BAB III
LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Bab ini akan memaparkan tentang gambaran kasus kelolaan utama, analisa data, diagnosis keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan yang telah penulis lakukan.

A. Pengkajian

1. Identitas

Nama pasien	:	Tn. MD
Tempat /Tanggal lahir	:	Abiansemal, 31-12-1942 (79 th)
Agama	:	Hindu
JenisKelamin	:	Laki-laki
StatusPerkawinan	:	Kawin
Pendidikan	:	SD
Suku	:	Bali
Pekerjaan	:	Petani
Alamat	:	Br. Kedampal, Dauh Yeh Cani, Kecamatan Abiansemal, Kabupaten Badung, Provinsi Bali
No RM	:	3420xx
Tanggal Masuk RS	:	6 April 2021 pk. 07.30 WITA
Tanggal Pengkajian	:	7 April 2021 pk. 08.00 WITA
Diagnosis Medis	:	*Benign Prostatic Hyperplasia (*BPH) pasca Operasi TURP

2. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri

Karakteristk nyeri:

a. P : Pasien mengatakan nyeri, nyeri semakin terasa ketika merasa ingin kencing, nyeri hilang ketika tidur.

b. Q : Pasien mengatakan nyeri seperti disayat benda tajam (perih) dan terasa seperti terbakar.

c. R : Pasien mengatakan nyeri padaperut bagian bawah samapai ujung kelaminnya.

d. S : Pasien mengatakan skala nyeri 5.

e. T : Pasien mengatakan nyeri saat merasa ingin kencing, durasi nyeri dua sampai tiga menit, nyeri hilang timbul.

3. Riwayat penyakit sekarang

Berdasarkan Rekam Medik (RM 342xx) Pasien pasca operasi TURP pada tanggal 6 April 2021 pukul 16.30 Wita. Pengkajian pada tanggal 7 April 2021 pukul 08.00 Wita, Pasien mengeluh nyeri seperti tersayat saat merasa ingin BAK pada daerah perut bagian bawah sampai ujung kelamin, skala nyeri 5, durasi nyeri dua sampai tiga menit, nyeri hilang timbul. Keadaan umum stabil, kesadaran CM, GCS E4,V5,M6, Pasien tampak meringis, memegang perut bawah, gelisah dan sulit tidur. TD 150/90 mmHg, Nadi 88x/mt, RR 20x/mt, Suhu 36.8^{o}C. Terpasang cateter 3 saluran, irigasi kandung kemih dengan larutan Ns 1000 ml 80-100 tetes permenit. jumlah urine dan caiaran irigasi tertampung 1300 ml, warna merah. Terapi IVFD RL 500cc/8jam, Ampicilin Sulbactam 3x1,5 gr IV, Paracetamol 3x1gr IV, Harnal 0,2 mg 1x1 tablet, Urotractin 2x1 tablet, KSR 1x1 tablet.

Pasien mengatakan awal bulan Maret 2021 merasakan nyeri dan tidak tuntas saat berkemih. Pada tanggal 15 Maret 2021 pasien datang ke IGD RSD Mangusada karena tidak bisa buang air kecil. Pasien dipasang *dower cateter* dan kencing dapat keluar lancar. Pada tanggal 18 Maret 2021 pasien datang kontrol ke Klinik Urologi RSD Mangusada untuk melakukan perawatan cateter dan pemeriksaan USG Urologi. Hasil USG menunjukkan adanya pembesaran prostat volume 62,5cm^3, pasien dijadwalkan untuk operasi TURP. Pasien juga mengatakan pernah menderita penyakit TBC, sudah menjalani pengobatan selama enam bulan di Puskesmas dan selesai pengobatan pada bulan Desember 2020

4. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang memiliki kelainan maupun kecacatan dan menderita suatu penyakit yang berat.

5. Data bio-psiko-sosial-budaya-spiritual

a. Pola napas

Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat bernapas. Frekuensi pernapasan 20 kali permenit.

b. Pola nutrisi

Pasien mengatakan kebiasaan makan tiga kali sehari dengan porsi dikurangi setengah dari biasanya. Jenis makanan yang dikonsumsi nasi, sayur, dan lauk pauk. Makanan yang disukai nasi dan sayur.

c. Pola eliminasi,

Pasien mengatakan buang air besar sekali sehari pada pagi hari. Selama dirawat pasien belum ada BAB dari kemarin. Buang air kecil sebelum masuk

rumah sakit pasien mengatakan sering tidak tuntas dan terasa perih seperti terbakar. Keaadaan sekarang terpasang dower cateter, jumlah urine dan caiaran irigasi tertampung 1300 ml.

d. Pola tidur dan istirahat

Pasien mengatakan kebiasaan tidur pada malam hari mulai pukul 21.00 wita dengan lama tidur 8 jam. Kesulitan dalam hal tidur kadang-kadang terbangun kencing malam hari dan merasa tidak puas setelah bangun tidur.

e. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan aktivitas sehari-hari yaitu kegiatan berkebun, tidak ada olahraga khusus yang dilakukan setiap hari. Kegiatan di waktu luang bercengkrama di rumah bersama keluarga. Kesulitan dan keluhanyang dialami dalam hal beraktivitas terganggu karena kencing kurang lancar dan terasa nyeri saat kencing.

f. Pola kerja

Pasien mengatakan pekerjaan sehari-hari sebagai petani, sejak masih muda sampai sekarang dengan jumlah jam kerja 6-8 jam setiap hari

g. Pola psikososial

Pasien mengatakan keluarganya sangat memeperhatikan baik sebelum dan selama mengalami sakit, dengan saling menguatkan dan saling mengerti keadaan keluarga satu sama lainnya. Pasien mengatakan sakit yang dideritanya saat ini karena faktor usia. Pasien mampu memandang dirinya secara positif dan mau menerima keadaanya.

h. Pola budaya dan spiritual

Kegiatan Agama atau Kepercayaan yang dilakukan sesuai agama Hindu

yaitu sembahyang di merajan, sembahyang ke Pura saat piodalan dan hari-hari suci. Selama di rumah sakit pasien hanya berdoa dari tempat tidur

6. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum sedang, Kesadaran CM, GCS E4V5M6, TD 150/90 mmHg, Suhu 36,8 ^{o} C, Nadi 88x/menit,Respirasi 20 x/menit.

b. Pemeriksaan kulit dan kuku

Warna kulit sawo matang, persebaran warna kulit merata, tidak ada lesi, kulit tampak keriput, kondisi kulit lembab ,turgor kulit < 2 detik , kuku tampak pendek dan cukup bersih. CRT: < 2 detik.

c. Pemeriksaan kepala

Bentuk kepala normal, kondisi kepala bersih, tidak terdapat lesi, tidak tampak massa. Palpasi tidak ada nyeri tekan. Warna rambut sebagian besar beruban, persebaran rambut tidak merata dan tampak cukup bersih.

d. Pemeriksaan mata,

Inspeksi mata simetris kanan dan kiri, alis mata simetris kanan dan kiri, persebaran alis merata berwarna putih (uban). persebaran bulu mata merata, palpebra normal,konjungtiva berwarna merah muda, reflek cahaya : (+/+), pupil isokor, fungsi penglihatan pasien dapatmengikuti pergerakan sesuai yang ditunjukkan. Palpasi tidak terdapat nyeri tekan.

e. Pemeriksaan Hidung

Inspeksi lubang hidung simetris kanan dan kiri, tepat berada di tengah wajah. Tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat bekas luka, tidak terdapat massa baik di dalam maupun di luar hidung, tidak terdapat perdarahan dan polip pada bagian dalam hidung, fungsi penciuman baik

Palpasi tidak terdapat nyeri tekan.

f. Pemeriksaan telinga

Inspeksi daun telinga simetris kanan dan kiri, tidak tampak bekas luka pada daerah telinga dan sekitarnya, kondisi lubang telinga bersih tidak terdapat serumen dan perdarahan, fungsi pendengaran baik, Palpasi tidak terdapat nyeri pada daerah tragus.

g. Pemeriksaan mulut

Inspeksi lipatan nasobial tepat berada di tengah, bibir tepat berada di tengah wajah dan berwarna merah muda, mukosa bibir lembab, tidak terdapat luka pada daerah bibir .Gigi tidak lengkap, terdapat karies gigi. Gusi berwarna merah muda, tidak terdapat stomatitis (sariawan). Lidah tepat berada di tengah, tampak bersih. Ovula tepat berada di tengah berwarna merah muda dan tonsil normal.

h. Pemeriksaan leher

Inpeksi tampak simetris, tidak terdapat pembengkakan di sekitar leher, warna sama dengan kulit sekitar, tidak terdapat bekas luka. Palpasi trakea tidak teraba adanya deviasi trakea, kelenjar limfe tidak teraba adanya pembesaran kelenjar limfe, dan tidak terdapat nyeri tekan. Vena jugularis tidak teraba adanya distensi vena jugularis. Kelenjar tiroid tidak teraba adanya pembesaran kelenjar tiroid.

i. Pemeriksaan dada

Inspeksi pergerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak tampak bekas luka operasi, tidak ada lesi, warna kulit tampak sama dengan daerah sekitarnya, tidak tampak otot bantu pernapasan, bentuk dada

normal. Palpasi pengembangan dinding dada teraba simetris kanan dan kiri saat inspirasi dan ekspirasi, tidak teraba adanya massa. Perkusi pada ICS 3-5 sebelah kiri sternum terdengar pekak. Auskultasi tidak terdengar suara napas tambahan pada seluruh lapang paru.

j. Pemeriksaan abdomen

Inspeksi bentuk abdomen datar, warna kulit sama dengan warna di sekitarnya, tidak memar, tidak tampak ada massa. Umbilikus normal, tidak menonjol, tidak tampak pernapasan abdomen. Auskultasi bising usus terdengar 10x/menit. Perkusi terdengar timpani di seluruh lapang abdomen. Palpasi terdapat nyeri tekan pada perut bagian bawah (Hipogastrium), tidak terdapat nyeri tekan pada McBurney.

k. Pemeriksaan genetalia

Inspeksi pasien menggunakan kateter 3 jalur ukuran 22, jalur satu ke *urobag* dan jalur lain untuk *spolling.* Kateter difiksasi pada simpisis pubis. Spolling menggunakan Ns 0,9% 80-100 tetes per menit. Produksi cairan dan urine 1300 cc berwarna kemerahan, tidak ada gumpalan. Pada ujung penis tampak dibalut perban dan tampak bengkak. Kebersihan genetalia tampak cukup bersih.

l. Pemeriksaan Muskoloskeletal

Inspeksi ekstremitas atas dan bawah simetris, persebaran warna kulit merata, tidak ada kelainan bentuk, tidak terdapat lesi.Pada ekstremitas atas bagian kanan terpasang infuse RL 500cc 20 tpm. Palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada ekstremitas atas dan bawah. Saat dilakukan palpasi pada daerah pretibial, kulit dapat kembali dengan cepat.

Kekuatan otot:

5	5
5	5

Keterangan: Tidak terdapat masalah

7. Pemeriksaan penunjang;

1) Hasil USG tanggal 16-03-2021, Prostat ukuran membesar dengan volume 62,5 cm^3. Kesan hipertrofi prostat disertai cystitis, hidronefrosis ringan bilateral, echo batu (-).

2) Hasil Laboratorium tanggal: 29 Maret 2021

Tabel 2

Hasil Laboratorium Tn MD

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
1	2	3	4
HGB	14,2	g/dL	13,2-17,3
HCT	42,4	%	40-52
WBC	8,49	10^3/µL	3.60-10.60
PLT	301	10^3/µL	150-440
Natrium	136	mmol/L	136-145
Kalium	3,2	mmol/L	3.5-5.1
Chlorida	102	mmol/L	94-110
Ureum	23	mg/dL	15-45
Creatinin Serum	0,5	mg/dL	0.70-1.20

8. Analisa data

Tabel 3

Analisa Data pada Pasien dengan Nyeri Akut

Data Fokus	Analisis	Masalah
1	**2**	**3**
Data Subjektif: Pasien mengeluh nyeri ketika merasa ingin kencing, nyeri hilang ketika tidur. nyeri seperti disayat benda tajam dan terasa seperti terbakar pada perut bagian bawah samapai ujung kelamin. skala nyeri 5(0-10). durasi nyeri dua sampai tiga menit, nyeri hilang timbul Data Objektif: Tampak meringis, memegang perut bawah, gelisah, sulit tidur. Keadaan umum stabil, Kesadaran composmentis, GCS: V4, E5, M6 TTV:TD:150/90mmHg N: 88x/menit, RR: 20x/menit	*Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) ↓ Tindakan Pembedahan TURP ↓ Trauma Bekas Resectocopy ↓ Rangsangan Saraf Diameter Kecil (nosiseptor) ↓ Saraf Aferen memberi respon ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut

B. Diagnosis Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, memegang perut bawah, gelisah, sulit tidur , frekuensi nadi 88 kali per menit, dan tekanan darah 150 /90 mmHg

C. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4

Perencanaan Keperawatan pada Diagnosis Keperawatan dengan Nyeri Akut

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI
1	2	3	4
1	Nyeri akut berhubungan dengan (prosedur operasi) ditandai dengan Data Subjektif: Pasien mengeluh nyeri • P : nyeri semakin terasa ketika merasa ingin kencing dan bergerak, nyeri hilang ketika tidur. • Q: nyeri seperti disayat benda tajam dan terasa seperti terbakar. • R: nyeri pada perut bagian bawah samapai ujung kelamin. • S : skala nyeri 5. • T: nyeri saat merasa ingin kencing, durasi nyeri dua sampai tiga menit • Keadaan umum stabil • Kesadaran composmentis • GCS: V4, E5, M6	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka Tingkat Nyeri menurun dan Kontrol Nyeri Meningkat dengan kriteria hasil: **1. Tingkat Nyeri** a. Keluhan nyeri menurun (5) b. Meringis menurun (5) c. Gelisah menurun (5) d. Frekuensi nadi membaik (5) e. Pola napas membaik (5) **2. Kontrol Nyeri** a. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat (5) b. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat (5) c. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat (5) d. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat (5)	**Intervensi Utama** **1. Manajemen Nyeri** *a. Observasi* 1) Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi,durasi) 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentangnyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8) Monitor efek samping penggunaan analgetik

1	2	3	4
	• TD:150/90mmHg N:88x/menit, S:36,8^{0}C, RR:20x/menit	e. Penggunaan analgesic menurun (5)	*b.Terapeutik* 1) Berikan teknik nonfarmakologis, mobilisasi dini untuk mengurangi rasa nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri *c.Edukasi* 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis, mobilisasi dini untuk 6) mengurangi rasanyeri *b. Kolaborasi* Kolaborasi pemberian analgetik

1	2	3	4
			2. Pemberian Analgesik *a.Observasi* 1) Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2) Identifikasi riwayat alergi obat 3) Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 4) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik 5) Monitor efektivitas analgesik *b.Terapeutik* 1) Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesiaoptimal 2) Pertimbangkan pengguanaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3) Tetapkan target efektivitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan *c.Edukasi* Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

1	2	3	4
			d.Kolaborasi Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan 2018

D. Implementasi Keperawatan

Tabel 5

Implementasi Intervensi Keperawatan Mobilisasi Dini pada Pasien Tn. MD yang Mengalami BPH dengan Nyeri Akut

Tgl.	Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
07/04/2021	08.30 Wita	1. Mengajarkan pasien untuk meggunakan terapi nonfarmakologis mobilisasi dini level 1 yaitu latihan gerak (ROM) dilanjutkan dengan perubahan posisi di tempat tidur yaitu miring kiri dan kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari 15^0 , 30^0 , 45^0 , 60^0 , dan 90^0.	Subjektif : - Pasien mengatakan paham dan mau melakukan mobilisasi , - Pasien mengatakan nyeri terasa ketika merasa mau kencing - skala nyeri 5(0-10) Objektif : - Pasien kooperatif - Pasien menggerakkan ekstremitas bawah, miring kiri ,miring kanan dan meninggikan kepala samapi 45^0	
	16.00 Wita	1. Menganjurkan pasien untuk Mobilisasi (miring kanan, miring kiri, kemudian	Subjektif : Pasien mengatakan merasa nyaman dan nyeri berkurang,	

1	2	3	4	5
		meninggikan posisi kepala mulai dari 15^0 , 30^0 , 45^0 , 60^0 , dan $90^{0)}$	, skala nyeri 3 Objektif : Pasien dapat melakukan mobilisasi miring kiri dan kanan, meninggikan posisi kepala mulai dari 15^0 , sampai 90^0	
08/04/2021	08.00 Wita	1. Mengajarkan pasien untuk meggunakan terapi nonfarmakologis mobilisasi dini level 2 (diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur)	Subjektif: Pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 3 Objektif: Pasien dapat duduk di tempat tidur tanpa sandaran, dan duduk di tepi tempat tidur tanpa keluhan pusing.	
	16.00 Wita	1. Mengobservasi reaksi non verbal pasien dan mengevaluasi pengaplikasian teknik mobilisasi dini level 2	Subjektif: - Pasien mengatakan merasa nyaman dan bisa tidur .Skala Nyeri 3(0-10) - Pasien mengatakan dapat melakukan mobilisasi duduk di tepi tempat tidur. Objektif: - Pasien tampak tenang - Pasien melakukan mobilisasi duduk di tepi tempat tidur.	

1	2	3	4	5
09/04/2021	08.00 Wita	1. Mengajarkan teknik mobilisasi dini level 3 yaitu berdiri dan berjalan disamping tempat tidur.	Subjektif: - Pasien mengatakan nyeri berkurang , skala nyeri 2 Objektif: - Pasien dapat berdiri dan berjalan disamping tempat tidur.	
	16.00 Wita	1. Mengevaluasi pengaplikasian teknik mobilisasi dini level 3 yaitu berdiri dan berjalan disamping tempat tidur.	Subjektif: - Pasien mengatakan merasa nyaman, nyeri berkurang, skala nyeri 2 Objektif: - Pasien mengatakan sudah dapat melakukan mobilisasi berdiri dan jalan dalam ruangan	
10/04/2021	08.00 Wita	1. Mengajarkan mobilisasi Level 4 yaitu latihan tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri	Subjektif: - Pasien mengatakan nyeri berkurang , skala 2 Objektif: - Pasien dapat berjalan mandiri	

Implementasi intervensi keperawatan selengkapnya dalam Lampiran 3 :

Implementasi Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien Tn.MD yang Mengalami

BPH pasca operasi TURP (halaman 61)

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 6
Evaluasi Keperawatan Pasien dengan Nyerin Akut

Tanggal	Jam	Profesi	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Ttd
10-04-2021	08.00 WITA	Perawat	S: - Keluhan nyeri menurun (5) O:- Meringis menurun (5) - Gelisah menurun (5) - Frekuensi nadi membaik (5) - Tekanan darah membaik(5) - Pola napas membaik (5) A: Masalah nyeri akut teratasi P: - Pertahankan kondisi pasien - KIE rencana pemulangan pasien: • Kontrol ke Klinik Urologi sesuai jadwal • Makan dan minum yang baik(menu seimbang) • Minum obat sesuai dosis • Jaga kebersihan diri • Lakukan mobilisasi • Bila terjadi kedaruratan (perdarahan, retensi) segera ke IRD	Suanda