

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lanjut usia biasanya mengalami perubahan pada jaringan tubuh karena proses penuaan, terutama pada organ tubuh, di mana tidak ada lagi pertumbuhan sel. Mereka juga mengalami banyak perubahan secara fisik dan mental, terutama kehilangan berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah mereka miliki. Perubahan degenerasi tersebut juga terjadi pada sistem perkemihan atau traktus urinarus menyebabkan berbagai penyakit seperti BPH (Susilo, 2019). *Benign Prostat Hyperplasia* (BPH) memiliki pembuluh darah lebih banyak di bagian subuopithelial prostatic uretra, yang dianggap mudah terjadi perdarahan, dan menyebabkan hematuria atau darah dalam urine. Resistensi yang lebih besar pada leher buli-buli dan area prostat serta penebalan otot detrusor akan terjadi karena pembesaran kelenjar prostat (Yulia, 2020).

Salah satu gejala hematuria adalah perubahan warna urine menjadi merah muda, kemerahan, atau kecokelatan. Namun, warna urine mungkin tidak berubah jika hanya ada sedikit darah yang masuk ke dalamnya. Terlepas dari perubahan warna urine, hematuria juga dapat disertai dengan gejala lain, tergantung pada penyebab utamanya. Nyeri perut bagian bawah, sering buang air kecil, atau bahkan kesulitan buang air kecil adalah beberapa gejala yang dapat muncul (Airlangga, 2018). Faktor resiko, yang disebut dapat menyebabkan gangguan

saluran kemih pada umumnya. Beberapa faktor resiko yang dapat diubah termasuk umur atau penuaan, jenis kelamin, riwayat keluarga, penyakit seperti diabetes melitus, hipertensi, dan lainnya.

Data *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2015 diperkirakan terdapat sekitar 70 juta kasus degeneratif salah satunya yaitu *Benigna ProstatHyperplasia (BPH)* dengan insidensi di negara maju sebanyak 19%, sedangkan di negara berkembang sebanyak 5,35%. Kasus di Amerika Serikat terdapat lebih dari setengah (50%) pada laki-laki usia 60-70 tahun mengalami gejala *BPH* dan antara usia 70-90 tahun sebanyak 90% mengalami gejala *BPH*. Jika dilihat secara epidemiologi menurut umur, insidensi *Benigna Prostat Hyperplasia* pada usia di atas 40 tahun kemungkinan orang yang menderita penyakit ini sebesar 40%, dan bertambahnya usia dalam rentang usia 60-70 tahun akan meningkat menjadi 50%, kemudian di atas usia 70 tahun persentasenya dapat mencapai 90% (Haryanto, 2016).

Berdasarkan hasil survei Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2018, *Benigna Prostat Hyperplasia* menjadi penyakit urutan kedua setelah batu saluran kemih. Sebanyak 50% pria di Indonesia yang berusia 50 tahun ditemukan menderita *Benigna Prostat Hyperplasia* (Riskesdas, 2018). Angka kasus *Benigna Prostat Hyperplasia* di provinsi Lampung mencapai (29%) atau 689 kasus dan merupakan kasus penyakit saluran kemih kedua terbesar setelah infeksi saluran kemih yang mencapai (42%) atau 999 kasus (Dinkes Provinsi Lampung, 2018).

Berdasarkan hasil data record Rekam Medik Rumah Sakit Suaka

Insan Banjarmasin didapatkan data dari bulan Juli sampai Desember 2023 sebanyak 13 orang terkena *Benigna Prostat Hyperlasia* (BPH) yang melakukan operasi. Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah dan belum bisa BAB saat mengejan keluar darah dari kateter. Selain itu terapi relaksasi dan musik merupakan satu dari banyaknya tindakan keperawatan yang dapat digunakan untuk menurunkan nyeri. Nyeri akut dapat diturunkan dengan terapi kombinasi yaitu relaksasi dan musik terapi kombinasi ini dapat membantu melemaskan otot, pengalihan, memunculkan emosi positif dan menenangkan, sehingga nyeri teralihkan (Risnah, 2019).

Berdasarkan data dan fenomena diatas maka peneliti tertarik melakukan “Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Diagnosa Medis *Hematuria* Di ruang Perawatan Bangsal Anna Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2024”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, maka rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana asuhan keperawatan lansia dengan diagnosa medis *Hematuria* di ruang perawatan Bangsal Anna Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2024?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Tujuan umum penelitian adalah untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan lansia dengan diagnose medis *Hematuria* di ruang perawatan Bangsal Anna Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa pengkajian dan data yang telah diperoleh dari masalah kesehatan lansia dengan diagnosa medis *Hematuria* di ruang perawatan Bangsal Anna Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2024.
- b. Merumuskan diagnose keperawatan lansia dengan diagnose medis *Hematuria* di ruang perawatan Bangsal Anna Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2024.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan lansia dengan diagnose medis *Hematuria* di ruang perawatan Bangsal Anna Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2024.
- d. Mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan lansia dengan diagnose medis *Hematuria* di ruang perawatan Bangsal Anna Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2024.
- e. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnose medis *Hematuria* di ruang perawatan Bangsal Anna Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2024.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah diberikan pada lansia dengan diagnose keperawatan *Hematuria* di ruang perawatan Bangsal Anna Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2024.

D. Manfaat

1. Bagi Klien dan Keluarga

Bagi klien agar mendapatkan perawatan yang berkualitas sesuai dengan standar asuhan keperawatan, khususnya asuhan keperawatan

klien dengan *Hematuria*. Dengan diberikannya perawatan klien dapat merasakan manfaat bagi dirinya. Bagi keluarga selain mendapatkan bantuan dalam memberikan perawatan pada klien, keluarga juga mendapatkan pengetahuan dengan melihat secara langsung perawatan yang diberikan dan keluarga diajak untuk berpartisipasi dalam memberikan perawatan agar keluarga dapat merawat klien saat berada di rumah.

2. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa dapat memahami dan mempelajari lebih dalam mengenai penyakit dan penatalaksanaannya, baik penataklaksanaan medis maupun asuhan keperawatan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan perkembangan zaman yang ada. Membuat mahasiswa lebih mudah dalam menerapkan teori sesuai dengan kenyataan yang terjadi dilapangan. Ilmu yang telah didapat dapat dipelajari dan dapat terus berkembang serta menjadi sebuah pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan klien dengan *Hematuria*.

3. Bagi Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin

Dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit sehingga dapat menumbuhkan rasa percaya dan kepuasan klien dengan rumah sakit.

4. Bagi Perawat Profesional yang berada dipelayanan kesehatan

Perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan yang holistik dalam segi bio-psiko, social-spiritual yang memandang manusia sebagai

mahluk yang unik dan mempunyai sifat dan cara pendekatan yang berbeda-beda untuk terciptanya asuhan keperawatan yang optimal.

5. Bagi Profesi-profesi Terkait :

a. Dokter

Dokter sebagai tim media dapat berkolaborasi dengan perawat ruangan dalam perawatan klien. Terutama kolaborasi dalam pemberian terapi diagnosa dan pemberian terapi yang tepat.

b. *Laboratory Technician*

Kolaborasi dalam pemeriksaan laboratorium untuk membantu dalam menegakkan diagnose dan pemberian terapi yang tepat.

c. *Dietitian*

Membantu dalam pemberian diet yang tepat kepada klien sehingga mempercepat proses penyembuhan dan pemulihan klien.

d. Farmasi

Farmasi dalam hal ini membantu memberikan terapi yang diinstruksikan oleh dokter dimana farmasi bertugas untuk memberikan dosis dan menyediakan obat sesuai dengan indikasi penyakit yang dialami klien.

E. Keaslian Penulisan

Berdasarkan pengetahuan penulis judul yang diajukan penulis tentang “Bagaimana asuhan keperawatan lansia dengan diagnosa medis *Hematuria* di ruang perawatan Bangsal Anna Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2024. Belum pernah di teliti oleh siapa pun. Adapun penelitian yang berhubungan dengan topik yang sama pernah dilakukan oleh :

1. Dinar Maulani (2022) dalam penelitian tentang “Hubungan Pengetahuan Kebersihan Urogenital Dengan Infeksi Saluran Kemih. Metode : penelitian ini menggunakan Teknik *simple random sampling* yang berfokus untuk mengukur Tingkat pengetahuan kebersihan genitalia dan tingkat pengetahuan infeksi saluran kemih. Hasil penelitian merupakan survey analitik dengan melakukan pendekatan *cross sectional*. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* dengan besar sampel yang dibutuhkan sebanyak 80 responden remaja Perempuan. Kesimpulan : Mengenai pengetahuan dan kebersihan urogenitalia terhadap infeksi saluran kemih (Dinar Maulani, 2022)
2. Nelvia Ivanka (2020) dalam penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pre Operasi Dengan Benigna Prostat Hyperplasia” Metode penelitian : Penelitian ini merupakan pendekatan asuhan keperawatan dengan melaksanakan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi dan pemeriksaan penunjang. Hasil penelitian berdasarkan Analisa data diperoleh kesimpulan pengkajian membutuhkan keterampilan komunikasi yang efektif, diagnose keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien, perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung serta evaluasi dilakukan secara langsung baik formatif maupun sumatif (Nelvia Ivanka, 2020).

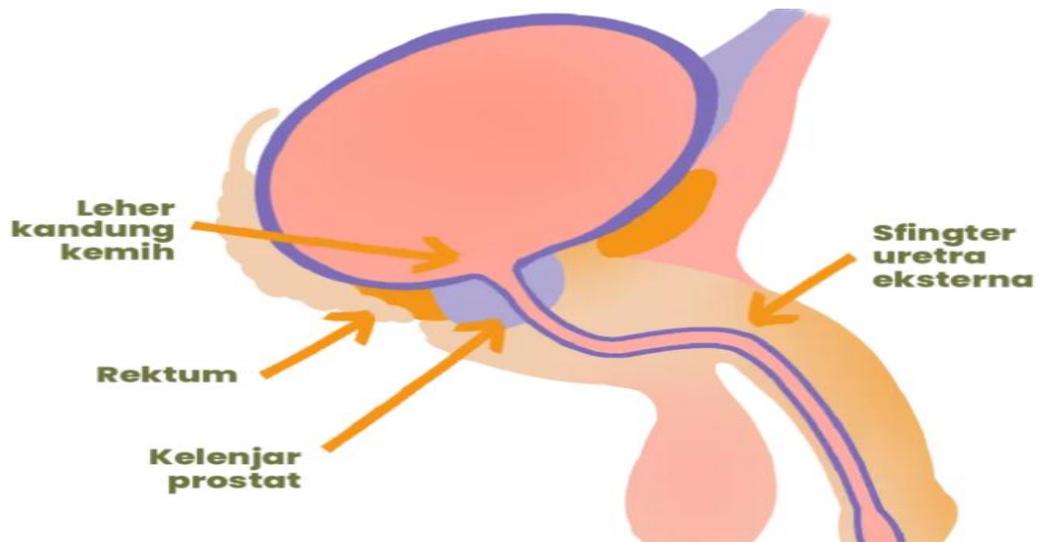
3. (Diah Triska Indriani 2019) dalam penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien BPH Post Turp Dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Janger RSD Mangusada Badung”. Metode penelitian : metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode studi kasus mencakup pengumpulan data, wawancara, operasi dan pemeriksaan fisik. Hasil penelitian : untuk membandingkan asuhan keperawatan pada pasien BPH post TURP dengan diagnose keperawatan nyeri akut yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. *BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH)*

1. Anatomi Kelenjar Prostat



Gambar 2.1 : Kelenjar Prostat

Sumber : (Amelia, 2023)

Prostat adalah organ lunak yang ukurannya kurang lebih sebesar buah kenari atau bola pingpong dengan berat sekitar 30 gram. Lokasinya berada tepat di bawah kandung kemih dan di depan rektum. Oleh sebab itu, kelenjar prostat bisa diraba dengan memasukkan jari ke dalam rektum dan menekannya ke arah depan tubuh. Organ yang berbentuk seperti kerucut ini mengelilingi uretra, saluran yang membawa urin dari kandung kemih ke luar tubuh. Bagian dasar prostat mengelilingi leher kandung kemih, dan bagian puncaknya berada di bawah sfingter uretra eksterna. Prostat dikelilingi oleh jaringan fibrosa yang mengandung serat otot dan disebut kapsul.

Adanya kapsul ini membuat prostat terasa elastis, kenyal dan lembut saat disentuh (Amelia, 2023).

2. Fisiologi Kelenjar Prostat

Kelenjar prostat memproduksi cairan yang melindungi dan menutrisi sel sperma. Prostat adalah kelenjar terbesar di dalam sistem reproduksi pria. Kelenjar ini berada tepat di bawah kandung kemih dan berperan dalam memproduksi dan menyempurnakan kandungan semen (air mani). Prostat mengeluarkan zat-zat yang memungkinkan semen tetap dalam kondisi cair, sehingga sel sperma mampu mengalir di sepanjang saluran reproduksi wanita dan berpotensi membuahi sel telur. Fungsi utama prostat adalah menambahkan cairan prostat ke dalam semen, menutup uretra saat ejakulasi, dan sebagai metabolisme hormon (Amelia, 2023).

3. Pengertian *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH)

Kelenjar prostat adalah organ tubuh pria yang paling sering mengalami pembesaran, baik jinak maupun ganas. Menurut Kapoor (2012) *Benign Prostate Hyperplasia* (BPH) atau pembesaran prostat jinak merupakan suatu keadaan terjadinya proliferasi sel stroma prostat yang akan menyebabkan pembesaran dari kelenjar prostat. Pembesaran kelenjar prostat akan mengakibatkan terganggunya aliran urine sehingga menimbulkan gangguan miksi. Pembesaran prostat jinak dapat diketahui melalui pemeriksaan fisik berupa colok dubur atau rectal toucher dan dapat dijadikan pemeriksaan fisik dasar untuk

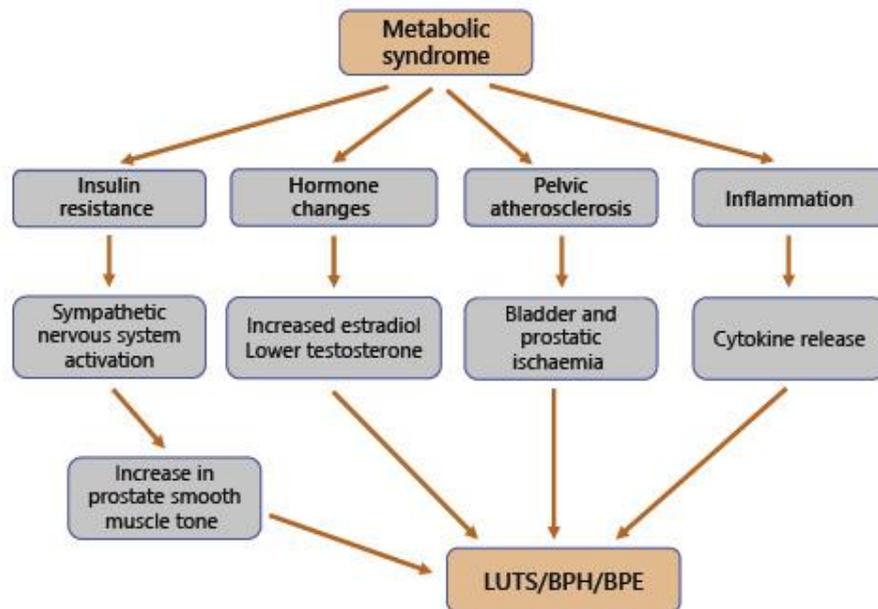
mengetahui informasi mengenai pembesaran prostat jinak. (Jamil, Pertiwi, & Elvira, 2018).

Penyakit ini merupakan penyebab tersering retensi urine yaitu sekitar 65% pada laki-laki dewasa. Retensi urine dapat menjadi faktor risiko untuk terjadinya pertumbuhan bakteri karena adanya stasis aliran urine.⁶ Pembesaran prostat jinak juga menyebabkan masih tersisanya urine didalam kandung kemih karena mengalami dekompensasi sehingga juga meningkatkan risiko pertumbuhan bakteri di saluran kemih dan munculnya kondisi seperti batu saluran kemih. Leukosituria dapat terjadi karena pada pembesaran prostat jinak akan menyebabkan obtruksi pada kandung kemih dan uretra yang akan menimbulkan retensi urine. Retensi urine sangat berisiko untuk menimbulkan terjadinya infeksi saluran kemih sehingga akan ditemukannya peningkatan leukosit pada urine pasien Pada penelitian Fujita et al (2016) juga didapatkan bahwa jumlah leukosit dikaitkan dengan derajat pembesaran prostat dan gejala saluran kemih bagian bawah (Purnomo, 2017).

4. Patofisiologi

Pengamatan peradangan kronis yang terjadi bersamaan dengan perubahan histologis BPH pada spesimen patologis menimbulkan kecurigaan bahwa peradangan berperan dalam perkembangan BPH. Peradangan lokal dapat dipicu oleh infeksi virus atau bakteri, yang akan menyebabkan sekresi sitokin, kemokin dan faktor pertumbuhan yang terlibat dalam respon inflamasi dengan konsekuensi pertumbuhan sel prostat epitel dan stroma. Telah dihipotesiskan

bahwa respons inflamasi dilanggengkan oleh pelepasan antigen prostat setelah kerusakan jaringan, yang akan menyadarkan sistem kekebalan dan memulai respons autoimun. Faktor penting dalam proses ini adalah sel stroma prostat, yang mengaktifkan limfosit CD4⁺ dan sitokin dan kemokin proinflamasi, seperti interleukin-8 yang diturunkan dari stroma. Peradangan prostat dikaitkan dengan perkembangan klinis secara keseluruhan dan peningkatan risiko retensi urin dan kebutuhan akan pembedahan. Selain itu, hubungan positif antara kadar protein C-reaktif plasma yang tinggi dan kemungkinan pelaporan LUTS sedang hingga berat juga dilaporkan (Madersbacher, Sampson, & Culig, 2019).



Gambar 2.2 : Pathway BPH

Sumber : (Madersbacher, Sampson, & Culig, 2019)

B. HEMATURIA

1. Pengertian Hematuria

Hematuria adalah suatu istilah medis adanya darah dalam urine dan merupakan salah satu tanda adanya kelainan pada ginjal dan saluran kemih. Hematuria dapat dikategorikan menjadi 4, yaitu hematuria makroskopik (*hematuria gros*), hematuria mikroskopik simptomatik, hematuria mikroskopik asimtomatik (*isolated microscopic hematuria*), dan hematuria mikroskopik asimtomatik dengan proteinuria. *Hematuria gros* atau hematuria makroskopik adalah hematuria yang dapat terlihat dengan mata telanjang, sedangkan hematuria mikroskopik adalah hematuria. Darah dalam urine dapat berasal dari dalam ginjal (glomerulus, tubulus, dan interstisium) atau dari saluran kemih (ureter, buli-buli, dan uretra). Hematuria karena BPH merupakan temuan klinis yang umum. Insiden hematuria dilaporkan menjadi 20%-33% pada BPH (Noer, 2018).

2. Penyebab Hematuria

Penyebab umum hematuria pada pria adanya infeksi saluran kemih, keganasan urologi, dan *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH). Kemudian, ada banyak faktor yang dapat menyebabkan hematuria pada BPH. Namun tidak diketahui apakah pembesaran volume prostat merupakan salah satu penyebab hematuria. Hematuria karena BPH merupakan temuan klinis yang umum. Insiden hematuria dilaporkan menjadi 20% -33% pada BPH (Jamil, Pertiwi, & Elvira, 2018).

Hematuria merupakan salah satu komplikasi dari pembesaran prostat jinak yang biasanya disebabkan oleh keadaan hipervaskular dari pembesaran prostat yang menyebabkan permukaan pembuluh darah prostat menjadi rapuh dan mudah terganggu oleh aktivitas fisik.

Adanya hambatan aliran urine pada pembesaran prostat jinak dapat menyebabkan kondisi infeksi saluran kemih dan akan didapatkan perubahan pada pH urine (Jamil, Pertiwi, & Elvira, 2018).

Adanya pembesaran kelenjar prostat akan menyebabkan terjadinya peningkatan resistensi pada leher buli-buli dan daerah prostat serta penebalan otot detrusor. Pada komplikasi lanjut dapat ditemukan adanya hematuria pada pemeriksaan urin. Bila terdapat hematuria, harus diperhitungkan etiologi lain seperti keganasan pada saluran kemih, batu, dan infeksi saluran kemih. Hematuria sering terjadi oleh karena pembesaran prostat menyebabkan pembuluh darahnya menjadi rapuh (Jamil, Pertiwi, & Elvira, 2018).

C. KONSEP LANSIA

Lanjut usia (Lansia) adalah periode penutup dalam rentang hidup seseorang dimulai dari usia 60 tahun hingga meninggal yang ditandai dengan perubahan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain (Ganya, 2016). Ketergantungan lanjut usia disebabkan kondisi orang lanjut usia banyak mengalami kemunduran fisik, kemampuan kognitif, serta psikologis, artinya lanjut usia mengalami perkembangan dalam bentuk perubahan- perubahan yang mengarah pada perubahan yang negatif. Jumlah populasi berusia 60 tahun atau lebih adalah yang paling cepat berkembang di dunia, disebabkan karena penurunan kesuburan dan meningkatnya usia harapan hidup. Fenomena ini dikenal sebagai penuaan penduduk yang terjadi di seluruh dunia. Pada tahun 2015, orang berusia 60 tahun atau lebih sebanyak 901 juta orang atau

12% dari populasi di dunia. Penduduk berusia 60 tahun atau lebih meningkat menjadi 3,26% pertahun (Yuswatiningsih & Suhariati, 2021).

Seiring bertambahnya usia, pasien semakin banyak menderita penyakit kronis, salah satunya adalah *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH). Merupakan penyakit representatif yang muncul pada pria selama proses penuaan. Kemunduran saluran kemih bagian bawah dikenal sebagai gejala umum penyakit pikun pada pria. Secara khusus, BPH menyumbang hampir 80% penyakit yang menyebabkan gejala saluran kemih bagian bawah, dan umumnya dialami oleh 25% pria di seluruh dunia. BPH, yang biasanya terjadi pada pria berusia 40-an dan 50-an, menimbulkan gejala saat buang air kecil, seperti ketegangan, pengosongan kandung kemih yang tidak tuntas, nyeri miksi, dll dan berperan sebagai faktor penurunan HRQOL. Selain itu, jika tidak diobati, penyakit ini dapat menyebabkan sistolit dan insufisiensi ginjal. Oleh karena itu, perawatan berkelanjutan diperlukan (Park, Ryu, & Lee, 2020).

BPH merupakan penyakit yang membatasi kehidupan sehari-hari dan berperan secara fisik sebagai penyebab infeksi saluran kemih dan bau, sehingga menjadi salah satu penyebab yang menurunkan status kesehatan subjektif dan HRQOL pasien. HRQOL mengacu pada status kesejahteraan subjektif yang mungkin dirasakan setiap individu dalam aspek fisik, mental, sosial ekonomi, dan spiritual. BPH mempengaruhi HRQOL dengan menimbulkan stres psikologis pada pasien akibat kecemasan dan penurunan fungsi sosialnya. Semakin parah gejala BPH, semakin rendah HRQOL; HRQOL pasien BPH yang mengalami gejala yang memburuk akibat penuaan telah terbukti berkurang secara

signifikan. BPH merupakan penyakit yang membatasi kehidupan sehari-hari dan berperan secara fisik sebagai penyebab infeksi saluran kemih dan bau, sehingga menjadi salah satu penyebab yang menurunkan status kesehatan subjektif dan HRQOL pasien. HRQOL mengacu pada status kesejahteraan subjektif yang mungkin dirasakan setiap individu dalam aspek fisik, mental, sosial ekonomi, dan spiritual. BPH mempengaruhi HRQOL dengan menimbulkan stres psikologis pada pasien akibat kecemasan dan penurunan fungsi sosialnya. Semakin parah gejala BPH, semakin rendah HRQOL pasien BPH yang mengalami gejala yang memburuk akibat penuaan telah terbukti berkurang secara signifikan (Braeckman & Denis, 2017).

D. PENATALAKSANAAN KEPERAWATAN

Konsensus IAUI 2015 maupun Panduan AUA 2010 membagi manajemen BPH menjadi beberapa kelompok, yaitu kelompok terapi konservatif (*watchful waiting*), medikamentosa, dan pembedahan. Terapi-terapi ini bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan tergantung pada derajat keluhan, keadaan pasien, dan ketersediaan fasilitas lokal. Pada manajemen konservatif, pasien tidak mendapatkan terapi apapun dari dokter, Meski demikian, perkembangan penyakit prostat yang dialami pasien tetap akan diawasi oleh dokter. Pengawasan ini biasanya dilaksanakan dalam bentuk kontrol berkala setiap 3-6 bulan sekali untuk melihat perubahan pada keluhan, skor IPSS, *uroflowmetry*, dan volume residu urin (Sutanto, 2021). Selain melakukan pengawasan berkala, pasien juga diberikan edukasi mengenai faktor risiko dan tindakan pencegahan untuk menghambat perkembangan penyakit BPH sang pasien. Edukasi ini

meliputi anjuran untuk mengurangi asupan minum, kopi, atau alkohol setelah makan malam, konsumsi cokelat serta bahan makanan yang menyebabkan iritasi vesica urinaria, penggunaan obat-obatan golongan fenilpropanolamin pada influenza, serta kebiasaan menahan urinasi dalam waktu lama. Selain itu, bila pasien memiliki riwayat konstipasi, dokter juga perlu menatalaksana keluhan tersebut

Menurut Sutanto (2021), terapi medikamentosa atau farmakologis digunakan pada pasien BPH yang memiliki gejala mengganggu atau skor IPSS > 7. Algoritma pemilihan tipe obat menurut gejala yang ditemukan dapat dilihat pada bagan berikut. Adapun beberapa golongan obat yang kerap digunakan sebagai terapi medikamentosa BPH meliputi α 1-blocker, Penghambat 5 α reduktase, Antagonis reseptor muskarinik, Penghambat fosfodiesterase-5, dan Terapi kombinasi Fitofarmaka. Selanjutnya dilakukan pembedahan meliputi, TURP *Laser prostatektomi* TUIP Termoterapi Kelenjar Prostat Pemasangan *stent intraluminal* Operasi terbuka Kateterisasi. Perawatan untuk BPH melibatkan pilihan manajemen medis atau bedah. *Transurethral resection of the prostate* (TURP) adalah salah satu jenis manajemen bedah yang paling umum ditawarkan. Namun, meskipun telah dilakukan intervensi ini pasien dapat kembali mengalami hematuria lebih lanjut setelah TURP. Dalam Murakami (2013) mengatakan bahwa perdarahan berkepanjangan dapat menyebabkan hematuria pada pasien normal dan terapi antikoagulan dapat menyebabkan hematuria pada 40% kasus *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH). Perlu diingat bahwa hematuria bukanlah penyakit tersendiri, melainkan salah satu gejala dari

penyakit. Oleh karena itu, tatalaksana dan prognosis harus dilihat dari penyakit yang mendasarinya (Airlangga, 2018).

E. PENCEGAHAN

Roehrborn (2016), mengatakan bahwa BPH sejatinya merupakan kondisi yang tidak dapat dicegah karena merupakan kejadian yang akan menimpa hampir semua laki-laki di masa tua. Akan tetapi, beberapa kebiasaan dan pilihan gaya hidup dapat mengurangi faktor-faktor induktor BPH sehingga mampu meringankan gejala-gejala yang muncul. Faktor-faktor tersebut meliputi riwayat pemakaian obat-obatan, perilaku merokok, berat badan, aktivitas fisik, dan diet yang dimiliki seseorang (Braeckman & Denis, 2017).

F. Konsep Asuhan Keperawatan :

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Keperawatan Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan menggunakan tiga metode, yaitu wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik (Bolat & Teke, 2020).

Menurut (Lestari, 2019) pengkajian adalah fase pertama proses keperawatan, Data yang dikumpulkan meliputi:

a. Identitas

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor register, diagnosa medik, alamat, semua data mengenai identitas klien tersebut untuk menentukan tindakan selanjutnya.

2) Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab ini sangat perlu untuk memudahkan dan jadi penanggung jawab klien selama perawatan, data yang terkumpul meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien dan alamat.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Merupakan keluhan yang paling utama yang dirasakan olehklien saat pengkajian. Biasanya keluhan utama yang klien rasakan adalah nyeri. Menurut (Nisa, 2020) nyeri post operasi adalah suatu reaksi tubuh terhadap kerusakan jaringan (mulai dari sayatan kulit hingga kerusakan yang ditimbulkan saat proses operasi), tarikan atau regangan pada organ dalam tubuh maupun penyakitnya.

2) Riwayat penyakit sekarang

Merupakan pengembangan diri dari keluhan utama melalui metode PQRST, paliatif atau provokatif (P) yaitu focus utama keluhan klien, quality atau kualitas (Q) yaitu bagaimana nyeri

atau gatal dirasakan oleh klien, regional (R) yaitu nyeri/gatal menjalar kemana, Safety (S) yaitu posisi yang bagaimana yang dapat mengurangi nyeri/gatal atau klien merasa nyaman dan Time (T) yaitu sejak kapan klien merasakan nyeri/gatal tersebut.

Menurut teori (Puji, 2021) bahwa nyeri dapat terjadi setelah tindakan operasi. Proses nyeri dapat menyebabkan tekanan darah meningkat dari biasanya. Namun, peningkatan tekanan darah tersebut bersifat sementara dan tekanan darah akan kembali normal setelah mengatasi nyeri.

3) Riwayat kesehatan yang lalu

Perlu dikaji apakah klien pernah menderita penyakit sama atau pernah di riwayat sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Mengkaji ada atau tidaknya keluarga klien pernah menderita penyakit *Urolithiasis*

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Menurut (Darpana, 2021) keadaan umum yaitu baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda seperti kesadaran klien (apatis, sopor, koma, compos mentis) dan kesakitan (keadaan penyakit yaitu akut, kronik, ringan, sedang, berat).

a) Penampilan umum

Mengkaji tentang berat badan dan tinggi badan klien.

b) Kesadaran

Kesadaran mencakup tentang kualitas dan kuantitas keadaan

klien.

c) Tanda-tanda vital

Mengkaji mengenai tekanan darah, suhu, nadi dan respirasi. Menurut (Afif, 2018) *mean arterial pressure* adalah tekanan arteri rata rata selama satu siklus denyutan jantung yang didapatkan dari pengukuran tekanan darah *systole* dan tekanan darah *diastole*. Pada perhitungan MAP akan didapatkan gambaran penting dalam tekanan darah yaitu tekanan *sistolik* adalah tekanan maksimal ketika darah dipompakan dari ventrikel kiri, batas normal dari tekanan sistolik adalah 120 mmHg, tekanan diastolic adalah tekanan darah pada saat relaksasi, batas normal dari tekanan diastolic adalah 80 mmHg. Tekanan diastolik menggambarkan tahanan pembuluh darah yang harus dicapai jantung

d. Pola aktivitas

1) Nutrisi

Dikaji tentang porsi makan, nafsu makan

2) Aktivitas

Dikaji tentang aktivitas sehari-hari, kesulitan melakukan aktivitas dan anjuran bedrest

3) Aspek psikologis

Kaji tentang emosi, Pengetahuan terhadap penyakit, dan suasana hati

4) Aspek penunjang

a) Hasil pemeriksaan Laboratorium.

b) Obat-obatan terapi sesuai dengan anjuran dokter.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, Intervensi keperawatan pada pasien *post operatif*:

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan langkah perawat dalam menetapkan tujuan dan kriteria/hasil yang diharapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa dalam membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan/ diharapkan, dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2017). Intervensi keperawatan merupakan segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SLKI PPNI, 2018).

Luaran (*Outcome*) Keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan

intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim, Pokja SLKI, 2018).

Adapun komponen luaran keperawatan di antaranya label (nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran), ekspektasi (penilaian terhadap hasil yang diharapkan, meningkat, menurun, atau membaik), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur, dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi, menggunakan skor 1-3 pada pendokumentasian *computer-based*). Ekspektasi luaran keperawatan terdiri dari ekspektasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif. Pemilihan luaran keperawatan tetap harus didasarkan pada penilaian klinis dengan mempertimbangkan kondisi pasien, keluarga, kelompok, atau komunitas (Tim, Pokja SLKI, 2018).

Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu label, definisi, dan tindakan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi mengenai intervensi keperawatan. Label terdiri atas satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas dari intervensi keperawatan. Terdapat 18 deskriptor pada label intervensi keperawatan yaitu dukungan, edukasi, kolaborasi, konseling, konsultasi, latihan, manajemen, pemantauan, pemberian, pemeriksaan, pencegahan, pengontrolan, perawatan, promosi, rujukan, resusitasi, skrining, dan terapi. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan tentang makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi (Tim, Pokja SLKI, 2018).

Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulumenetapkan tujuan. Dalam hal ini tujuan yang diharapkan pada pasien dengan nyeri akut yaitu: Tidak mengeluh nyeri, tidak meringis, tidak bersikap protektif, tidak gelisah, tidak mengalami kesulitan tidur, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, melaporkan nyeri terkontrol, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, dan kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis. Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Rencana keperawatan pada pasien dengan nyeri akut antara lain: pemberian analgesik dan manajemen nyeri

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi) **D.0077**

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan nyeri pasien berkurang atau menurun.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Tingkat nyeri L.08066</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik g. Pola nafas membaik h. Tekanan darah membaik i. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen nyeri I. 08238</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.

	<p>TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <ul style="list-style-type: none">b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeric. Fasilitasi istirahat dan tidurd. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakannya <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicunyab. Jelaskan strategi meredakan nyeric. Anjurkan memonitor nyeri secara mandirid. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepate. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	--

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri **D.0054**

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Integritas kulit dan jaringan L.14125</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kerusakan jaringan menurun b. Kerusakan lapisan kulit menurun c. Nyeri menurun d. Hematoma menurun e. Kemerahan menurun 	<p>Dukungan mobilisasi I. 05173</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisikalainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu c. Libatkan keluarga membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

c. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif **D.0142**

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan tingkat infeksi menurun.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Tingkat infeksi L.14137</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kebersihan tangan meningkat b. Kebersihan badan meningkat c. Kemerahan menurun d. Nyeri menurun 	<p>Pencegahan infeksi I. 14539</p> <p>Observasi :</p> <p>Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Batasi jumlah pengunjung b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien c. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan etika batuk d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian

	antibiotik, jika perlu
--	------------------------

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap pelaksanaan dalam proses keperawatan. Dalam implementasi terdapat susunan dan tatanan pelaksanaan yang akan mengatur kegiatan pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan yang sudah ditetapkan. Implementasi keperawatan ini juga mengacu pada kemampuan perawat baik secara praktik maupun intelektual (Lingga, 2019).

5. Evaluasi keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Harahap, 2019). Menurut (Nanda, 2020) terdapat dua jenis evaluasi :

a. Evaluasi *Formatif* (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah

SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P(perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi *Sumatif* (Hasil)

Evaluasi *sumatif* adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi *sumatif* ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan implementasinya sudah berhasil di capai. Tujuan evaluasi adalah melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa di laksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang di berikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan.

BAB III

STUDI KASUS

Seorang klien atas nama Tn. Y dengan jenis kelamin laki-laki berusia 68 Tahun, suku Jawa, dengan alamat rumah di Jalan BP No. 7X Banjarmasin. Klien Pendidikan terakhir SMA, Pekerjaan klien Tn. Y yaitu, wiraswasta (Pensiunan), klien mempunyai istri bernama Ny. N dan mempunyai tiga orang anak diantaranya dua Perempuan dan satu laki-laki, semua anak-anak Tn. Y dan Ny. N ketiga anaknya sudah menikah semua serta mempunyai empat cucu. Pada hari Sabtu, 13 Januari 2024 sekitar jam 19.30 Wita, klien Tn. Y datang bersama istri dan anaknya ke Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin datang sendiri dengan mobil pribadi. Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, saat di IGD kesadaran pasien sadar penuh, dengan GCS E4V5M6. Di lakukan tindakan pemasangan kateter dan segera di bawa ke ruang bangsal Anna.

Saat melakukan pengkajian di hari Senin, 15 Januari 2024 jam 08.00 Wita pasien mengeluh nyeri bagian perut bawah, nyeri saat bergerak, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 3, nyeri dirasakan saat malam hari. Pasien juga mengatakan selama ini belum ada BAB selama 3 hari dan saat BAK terasa nyeri, urine berwarna kemerahan, pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri perut. Pasien tampak menahan nyeri. Hasil TTV yang didapatkan TD : 140/90 mmHg, Suhu : 36, 5°, Nadi : 77x/menit, RP : 20x/menit, SPO2 : 98%, terpasang infus NaCl 0,9 % tetesan 20 tpm, pada tangan kiri dan terpasangannya DC.

Pada saat wawancara Tn. Y oleh Nikita Tesalonika Mahasiswa Profesi Ners STIKES Suaka Insan Banjarmasin. Di dapatkan data klien mengatakan mengeluh nyeri pada perut bagian bawah dan belum bisa BAB selama 3 hari ini saat mengejan keluar darah dari kateter. Dan BAK terasa nyeri urine berwarna kemerahan, serta klien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri perut. Upaya mengatasinya : mengajarkan klien cara teknik relaksasi dan terapi musik untuk menurunkan tingkat nyeri dapat mengatasi stress selama perawatan di Rumah Sakit, sebelumnya ada riwayat pembedahan prostat di tahun 2019 yang lalu masa perawatan di Rumah Sakit hanya 5 hari di rawat inap, dan kini masuk kembali di Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin dengan keluhan tidak bisa BAK di pagi hari. “Klien Tn. Y mengatakan dokter memberikan saran untuk melanjutkan tindakan operasi pembedahan prostat kedua kali ini di Rumah Sakit Siaga Banjarmasin.

Saat pemeriksaan fisik didapatkan data hasil pengkajian Tn. Y yaitu, keadaan umum : klien tampak menahan nyeri, klien tampak meringis, adanya nyeri tekan perut bagian bawah. Tingkat kesadaran : Compos Mentis. GCS : verbal 5, Psikomotor 6, Mata 4, total : 15. Tanda-tanda Vital : Nadi : 77x/menit, Suhu : 36,5°, Tekanan Darah : 140/90 mmHg , RR : 20 x/menit, SPO2 : 98%, hasil MAP : Jika MAP tinggi 100 mmHg maka menunjukkan bahwa banyak tekanan di arteri, hal tersebut dapat menyebabkan pembekuan darah atau kerusakan pada otot jantung yang harus bekerja lebih keras. Abdomen klien berbentuk simetris, tidak ada asites atau (penumpukan cairan di perut), tidak ada terjadi pembengkakan jaringan tubuh, adanya nyeri tekan perut bagian bawah, dan bising usus 18x/menit. Genitalia : Bentuk penis normal, penis terpasang DC, orificium uretra : berbentuk seperti celah kecil terletak pada permukaan ventral dari ujung glans penis, tidak

terlihat jaringan lemak pada selangkangan atas paha bagian dalam, kondisi kulit tidak ada terjadi gesekan atau lecet. Rectum : tidak ada terlihat tanda-tanda kemerahan, benjolan, edema atau pembengkakan dan tidak ada pembesaran rectum, tidak ada peradangan atau benjolan kecil di dekat anus dan area sekitar pantat.

Klien Tn. Y mengatakan selama sakit untuk aktifitas dan Latihan : saat ini klien tidak melakukan aktivitas penuh secara mandiri dalam melakukan aktivitas yang melibatkan anggota gerak tangan sehingga aktivitasnya selama sakit dibantu oleh istrinya. Klien Tn. Y mengatakan tidak memiliki alergi makanan ataupun obat-obatan, kebiasaan klien suka (Kopi) sebelum sakit dan setelah sakit untuk sekarang sudah berhenti. Tn Y porsi nutrisi sebelum sakit klien mengatakan tidak terdapat keluhan pada pemenuhan makanan, tidak ada pantangan diet apapun dan selama sakit Tn. Y mengatakan 3 kali sehari dengan porsi $\frac{1}{2}$ tidak habis tetapi makan hanya sedikit saja. Pola eliminasi : Tn. Y mengatakan sebelum sakit BAB 1 kali sehari setiap pagi dengan feses lembek, dan tidak keras, BAK 3-4 kali setiap harinya dengan warna kuning bening, dan selama sakit tidak BAB dan sekarang ini terpasang DC urine output 1100 cc, karena aktivitas pasien ini hanya di tempat tidur Upaya mengatasinya anjurkan pasien konsumsi buah-buahan, sayur-sayuran dan makanan berserat tinggi, seperti : Alpukat, Apel, Pisang, Pir, Kacang-kacangan atau kacang almond, Wortel, Ubi Jalar, kacang polong dan lakukan pergerakan aktif seperti menggerakkan kedua kaki atau mengekuk agar usus tetap bekerja dengan baik.

Pada tanggal 13 Januari 2024 hasil pemeriksaan lab, di mana hasil yang abnormal adalah leukosit 13,4 ribu/uL(High), normal leukosit 4-10 ribu/uL, dan

SGOT 51 u/L, normal SGOT 10-37 u/L. hasil pemeriksaan diagnostic pada tanggal 13 Januari 2024 di dapatkan hasil :



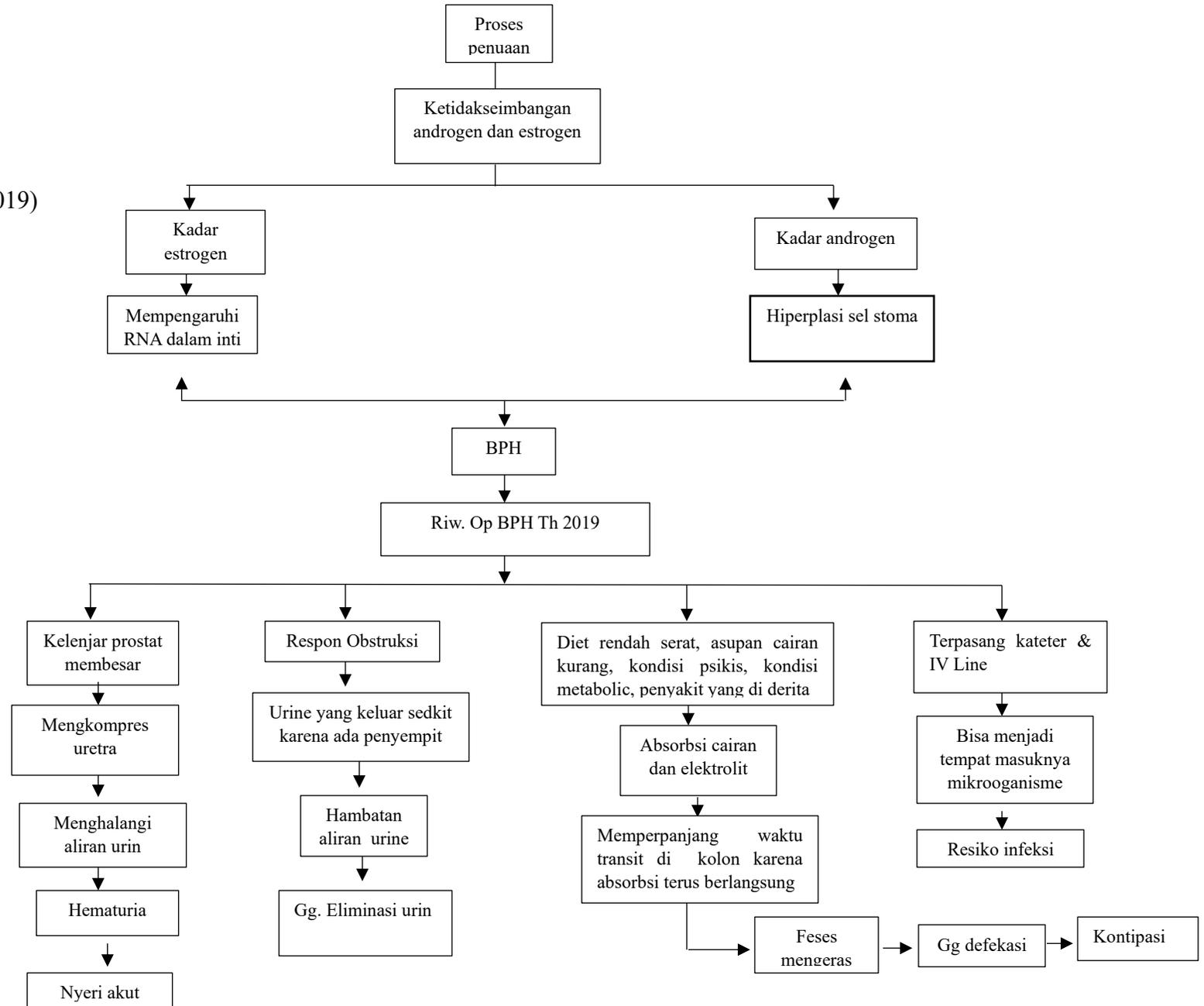
Gambar 1 MSCT Stonogram

Hepar : ukuran normal, tepi tajam regular, densitas parenkim homogen, sistem porta/vascular/bilier tidak melebar, nodul/kista (-). Gall Bladder : ukuran normal, dinding tidak menebal, batu/sludge (-), Pancreas : ukuran normal, denitas parenkim homoge, ductus pancreaticus tidak melebar, nodul/kista (-), Line : ukuran normal, tepi tajam regular, densitas parenkim homogen, nodul/kista (-), Ren D/S : ukuran normal, densitas cortex homogen, sistem pelviocalices tidak mlebar, batu/kista (-), Vesica urinaria : mukosa regular, tidak tampak batu/massa, Prostat : Volume 61,45 CC. densitas parenkim homogen, klasifikasi (-). Kesimpulan : Tidak tampak batu opaque sepanjang tractus urinarius Hyperplasia.

Untuk Drug Study Klien Tn. Y yaitu : Esola IV 40 mg, Ceftriaxone IV 1 gr, Kalnex IV 1 gr, Hanal Oscas (PO) 1x0,5 mg, Velacom plus (PO) & Vesicare (PO) 1x0,5 mg

Pathway Kasus

Sumber (Susilo, Latief;, 2019)



A. Analisa Data

Data	Etiologi	Promble
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah. P : Nyeri dirasakan saat bergerak Q : Nyeri terasa ditusuk-tusuk R :Nyeri pada perut bagian bawah S : Skala nyeri 3 T : Nyeri hilang timbul. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak menahan nyeri • Pasien tampak meringis • Adanya nyeri tekan perut bagian bawah • TTV <ul style="list-style-type: none"> ○ Temp : 140/90mmHg ○ Nadi : 77x/menit ○ Respirasi : 20x/menit ○ SPO2 : 98% 	<p>Non-glomerular</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tumor prostat, hyperplasia prostat jinak, BPH</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kelenjar membesar</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Mengkompres uretra</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Menghalangi aliran urin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kesulitan buang air kecil</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut b/d agen cedera fisiologis (D. 0077 SDKI)</p>

<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan saat BAK terasa nyeri dibagian perut bawah dan kondisi sebelumnya pernah BAK berwarna merah pekat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang DC, warna urine merah tercampur darah, urine di dapatkan 1100 cc • Hasil Pemeriksaan CT Scan tanggal 13 januari 2024 jam 19.07 Wita. - MSCT Stonogram, kesimpulan tidak tampak batu sepanjang traktur urinarius Hyperplasia. 	<p>Respon Obstruksi</p> <p>↓</p> <p>Urine yang keluar sedikit karena ada penyempit</p> <p>↓</p> <p>Hambatan aliran urine</p> <p>↓</p> <p>Gangguan eliminasi urine</p>	<p>Gangguan eliminasi Urine b/d Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. Operasi saluran kemih) (D. 0040 SDKI)</p>
---	---	---

<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan ada keinginan BAB tetapi tidak bisa keluar, saat mengejan mengeluarkan darah melalui kateter. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien merasa kesulitan BAB • Feses menjadi keras • Peristaltik usus 18x/menit • Sayur dan buah tidak habis di makan pasien 	<p>Diet rendah serat, asupan cairan kurang, kondisi psikis, kondisi metabolic, penyakit yang di derita</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Absorpsi cairan dan elektrolit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Memperpanjang waktu transit di kolon karena absorpsi terus berlangsung</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Feses mengeras</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan defekasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Konstipasi</p>	<p>Konstipasi b/d ketidakcukupan asupan serat (D. 0049 SDKI)</p>
--	--	---

<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang DC, dan terpasang infus • Hasil pemeriksaan Laboratorium tanggal 13 januari 2024 jam 20.09 Wita. - Leukosit 13.4 ribu/uL (High) 	<p>Terpasang kateter & IVLine</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bisa menjadi tempat masuknya mikroorganisme</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Resiko infeksi</p>	<p>Resiko infeksi b/d Efek prosedur invasive (Pemasangan DC & IV Line) (D. 0142 SDKI)</p>
--	--	--

B. Prioritas Keperawatan

- a. Nyeri akut b/d Agen cedera fisiologis **(D. 0077 SDKI)**
- b. Gangguan eliminasi Urine b/d Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. Operasi saluran kemih) **(D. 0040 SDKI)**
- c. Konstipasi b/d Ketidakcukupan asupan serat **(D. 0049 SDKI)**
- d. Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif (Pemasangan DC & IV Line) **(D. 0142 SDKI)**

C. Rencana Tindakan Keperawatan

1. Nyeri Akut b/dAgen Cedera Fisologis (D. 0077 SDKI)

Hari/ Tgl	Jam	Rencana Perawatan		TTD
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SMART)	Intervensi	
Senin, 15 Januari 2024	09.00	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Tingkat Nyeri (SLKI, L. 08066) pasien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (3-4) 2. Meringis menurun (2-3) 3. Gelisah menurun (4-5) 	<p>Manajemen Nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karaktersitik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Indentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 	Nikita

			<ul style="list-style-type: none">• Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)• Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri• Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu	
--	--	--	---	--

2. Gangguan eliminasi Urine b/d Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. Operasi saluran kemih) (**D. 0040 SDKI**)

Hari/ Tgl	Jam	Rencana Perawatan		TTD
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SMART)	Intervensi	
Senin, 15 Januari 2024	09.00	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Eliminasi Urine (SLKI, L.04034) Membaik dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi BAK meningkat (2-3) 2. Sensasi berkemih meningkat (3-4	<p>Manajemen Eliminasi Urine (I.0452)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor eliminasi urine (frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catat waktu-waktu dan saluran berkemih • Dokumentasi hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih • Anjurkan minum yang cukup jika tidak ada kontraindikasi <p>Kolaborasi</p>	Nikita

			<ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi dengan tim medis yang lain (Sp bedah urologi)	
--	--	--	--	--

3. Konstipasi b/d Ketidacukupan asupan serat (D. 0049 SDKI)

Hari/ Tgl	Jam	Rencana Perawatan		TTD
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SMART)	Intervensi	
Senin, 15 Januari 2024	09.00	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Konstipasi (SLKI, L.04033) Membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat (2-3) 2. Mengejan saat defeksi menurun (3-4) 3. Konsistensi feses membaik (4-5) 	<p>Manajemen Konstipasi (I.04155)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna) • Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis.obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan diet tinggi serat • Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi penggunaan obat 	

4. Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif (Pemasangan DC & IV Line) (D. 0142

SDKI)

Hari/ Tgl	Jam	Rencana Perawatan		TTD
		Tujuan dan Kriteria Hasil (SMART)	Intervensi	
Senin, 15 Januari 2024	09.00 Wita	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Tingkat Infeksi (SLKI, L.14137) Membaik dengan kriteria hasil : 1. Kemerahan menurun (3-4) 2. Nyeri menurun (4-5) 3. Bengkak menurun (3-4)	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 	Nikita

			<ul style="list-style-type: none">• Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi pemberian obat	
--	--	--	---	--

		Nyeri pada Pada Post Operasi di RS Paru dr. Ario Wirawan Salatiga.	
--	--	---	--

2. Gangguan eliminasi Urine b/d Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. Operasi saluran kemih) (D. 0040 SDKI)

Hari/ Tgl/Jam	Jam	Tindakan Keperawatan	TTD
Senin, 15 Januari 2024	09.00 Wita 10.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> • Indentifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia • Dukungan penggunaan toilet/<i>commode</i>/pispot/urinal secara konsisten • Menjaga privasi selama eliminasi • Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan • Melatih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu • Menganjurkan BAK/BAB secara rutin • Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu • Kolaborasi pemberian obat Kalnex 500 mg di jam 09.00 Wita. 	

--	--	--	--

E. Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri Akut b/d Agen Cedera Fisologis (D. 0077 SDKI)

Hari/Tgl Jam	Jam	Evaluasi	TTD
Senin, 15 Januari 2024	09.00 Wita	S : Pasien mengatakan masih nyeri sedang skala 3	
	09.30 Wita	O : Nyeri seperti di tusuk-tusuk	
	10.00 Wita	A : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisologis P : Lanjutkan intervensi	

2. Gangguan eliminasi Urine b/d Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. Operasi saluran kemih) **(D. 0040 SDKI)**

Hari/Tgl Jam	Jam	Evaluasi	TTD
Senin, 15 Januari 2024	09.00 Wita 09.30 Wita 10.00 Wita	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien mengatakan BAK selama 3 hari berwarna merah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Warna urinnya kemerahan ▪ Urin tampak keluar melalui selang kateter urin tertampung dalam urin bag sebanyak 200 cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gangguan eliminasi Urine berhubungan dengan Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. Operasi saluran kemih) <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lanjutkan intervensi 	

3. Konstipasi b/d Ketidacukupan asupan serat (D. 0049 SDKI)

Hari/Tgl Jam	Jam	Evaluasi	TTD
Senin, 15 Januari 2024	09.00 Wita 09.30 Wita 10.00 Wita	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien mengatakan pukul 08.00 pagi sudah bisa BAB <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Warna feses kecoklatan dan terasa keras <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Konstipasi b/d Ketidacukupan asupan serat <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Masalah teratasi 	

4. Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif (Pemasangan DC & IV Line) **(D.**

0142 SDKI)

Hari/Tgl Jam	Jam	Evaluasi	TTD
Senin, 15 Januari 2024	09.00 Wita 09.30 Wita 10.00 Wita	S : - O : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidak ada tanda-tanda infeksi pada area rectum ▪ Tidak ada kemerahan dan gatal A : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif (Pemasangan DC & IV Line) P : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lanjutkan intervensi 	

F. Catatan Perkembangan

1. Nyeri Akut b/d Agen Cedera Fisologis (D. 0077 SDKI)

Tgl	Diagnosa	Evaluasi	Paraf
16 Januari 2024 09.00 Wita	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisologis	S : <ul style="list-style-type: none">▪ Pasien mengatakan nyeri berkurang O : <ul style="list-style-type: none">▪ K/U baik▪ Pasien tampak rileks▪ Berkurangnya nyeri tekan perut bagian bawah TTV : <ul style="list-style-type: none">▪ Temp : 36, 7°▪ Nadi 96x/menit▪ TD : 120/80 mmHg▪ Respirasi : 21x/menit▪ SPO2 : 98% A : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisologis P : Masalah teratasi	

--	--	--	--

2. Gangguan eliminasi Urine b/d Efek tindakan medis dan diagnostik (mis. Operasi saluran kemih) **(D. 0040 SDKI)**

Tgl	Diagnosa	Evaluasi	Paraf
------------	-----------------	-----------------	--------------

<p>16 Januari 2024 09.00 Wita</p>	<p>Gangguan Eliminasi berhubungan dengan Efek Tindakan Medis Dan Diagnostik (mis. Operasi saluran kemih)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien mengatakan warna BAK mulai kuning <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Warna urinnya tampak kuning ▪ Urin tampak keluar melalui selang kateter urin tertampung dalam urin bag sebanyak 400 cc <p>A : Gangguan Eliminasi berhubungan dengan Efek Tindakan Medis Dan Diagnostik (mis. Operasi saluran kemih)</p> <p>P : Masalah teratasi</p>	
---	--	---	--

3. Konstipasi b/d Ketidacukupan asupan serat (**D. 0049 SDKI**)

Tgl	Diagnosa	Evaluasi	Paraf
-----	----------	----------	-------

<p>17 Januari 2024 09.00 Wita</p>	<p>Konstipasi berhubungan dengan Ketidakcukupan Asupan Serat</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien mengatakan pukul 08.00 wita pagi sudah bisa BAB <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien sudah tidak kesulitan BAB ▪ Warna feses kecoklatan dan terasa keras ▪ Peristaltik usus 20x/menit ▪ Sayur dan lauk habis di makan <p>A : Konstipasi berhubungan dengan Ketidakcukupan Asupan Serat</p> <p>P : Masalah teratasi</p>	
---	--	--	--

4. Resiko Infeksi b/d Efek Prosedur Invasif (Pemasangan DC & IV Line) **(D. 0142 SDKI)**

Tgl	Diagnosa	Evaluasi	Paraf
17 Januari 2024 09.00 Wita	Konstipasi berhubungan dengan Ketidalcukupan Asupan Serat	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien terpasang DC dan terpasang infus ▪ Tidak ada tanda-tanda infeksi pada rectum ▪ Tidak ada kemerahan dan gatal <p>A : Konstipasi berhubungan dengan Ketidalcukupan Asupan Serat</p> <p>P : Masalah teratasi</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Analisis Dan Diskusi Hasil

Asuhan keperawatan lansia dengan diagnosa medis *Hematuria* ruang perawatan bangsal Anna Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin terdiri dari tahapan asuhan keperawatan yang dimulai dengan pengkajian, perumusan, diagnosa, penyusunan rencana tindakan, implemntasi, dan evaluasi. Penulis akan membahas apakah ada kesesuaian atau perbedaan antara jurnal penelitian dan hasil asuhan keperawatan pada klien dengan masalah nyeri akut dalam pembahasan kasus ini.

1. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan utama yang dapat diangkat berdasarkan pengkajian pada Tn. Y dengan diagnosa medis *Hematuria* di Ruang Perawatan Bangsal Anna Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin yaitu:

- a. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Cedera Fisologis (**D.0077 SDKI**)
- b. Gangguan Eliminasi Berhubungan Dengan Tindakan Medis Dan Diagnostik (mis. Operasi Saluran Kemih) (**D. 0040 SDKI**)
- c. Konstipasi Berhubungan Dengan Ketidacukupan Asupan serat (**D. 0049 SDKI**)
- d. Resiko Infeksi Berhubungan Dengan Invasif (Pemasangan DC & IV Line) (**D.0142 SDKI**)

2. Intervensi Keperawatan

Intervensi pertama yang direncanakan untuk mengatasi masalah keperawatan pada diagnosa Nyeri akut adalah identifikasi karakteristik nyeri, skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetic, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan & kebisingan), fasilitas istirahat dan tidur anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis & Evidence Based Practice mengajarkan pasien cara teknik relaksasi dan terapi musik untuk menurunkan Tingkat nyeri (Setyono;, 2021). Pengalaman sensorik yang disebut nyeri memiliki berbagai tingkat intensitas (ringan, sedang, berat), durasi (transien, intermiten, persisten), dan penyebaran (superfisial atau dalam, terlokalisir atau difus). Terlepas dari fakta bahwa nyeri ini merupakan sensasi, itu juga memiliki aspek kognitif dan emosional, yang dimanifestasikan dalam bentuk penderitaan.

Penelitian (Raharjo, 2017) menunjukkan bahwa musik dapat digunakan sebagai terapi untuk menenangkan pikiran. Musik adalah bagian penting dari kehidupan manusia dan melakukan banyak hal, seperti memberikan kenikmatan estetis, menghilangkan stres atau menghibur, menjadi media ekspresi diri (self ekspresi), representasi simbolis, respons fisik, media terapeutik (penyembuhan), atau hanya untuk hiburan.

Intervensi kedua untuk mengatasi masalah keperawatan pada diagnosa Gangguan Eliminasi adalah monitor eliminasi urine (frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna), catat waktu-waktu dan haluan

berkemih, dokumentasi hasil pemantauan, Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih, Anjurkan untuk minum air yang cukup jika tidak ada kontraindikasi, dan kolaborasi dengan tim medis yang lain (Sp Urologi).

Intervensi ketiga mengatasi masalah keperawatan pada diagnosa Konstipasi adalah periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konstipasi, bentuk, volume, dan warna), indentifikasi faktor risiko konstipasi (mis. Obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat), anjurkan klien pergerakkan aktif seperti menggerakkan kedua kaki atau mengekuk agar usus tetap bekerja dengan baik, Evidence Based Practice anjurkan klien untuk makan-makanan yang tinggi serat seperti : Apukat, Apel, Pisang, Pir, kacang-kacangan atau kacang Almond, wortel, Ubi jalar, kacang polong dan kolaborasi dengan obat-obatan.

Faktor lain yang memengaruhi konstipasi adalah asupan serat. Seluruh cairan yang masuk ke dalam tubuh dari minuman dan makanan disebut sebagai asupan cairan. Air berfungsi sebagai pelumas untuk membantu sisa metabolisme bergerak di usus. Tubuh selalu membutuhkan air untuk menyerap kembali apa yang tersedia di dalam usus. Ini dapat dilihat dari fakta bahwa ketika tubuh kekurangan cairan, feses menjadi lebih kering dan keras dari pada biasanya (Claudina, Intan Dina;, 2018).

Intervensi keempat mengatasi masalah keperawatan pada diagnosa Resiko Infeksi adalah monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, Batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak klien dan lingkungan klien, pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi,

ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, & kolaborasi pemberian obat.

3. Implementasi Keperawatan

a. Nyeri akut

Implementasi pertama yang dilakukan mengidentifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, Pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi & durasi), identifikasi riwayat nyeri alergi obat, monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic, kolaborasi pemberian obat Vesicare 5 mg & Hanal Oscas 0,4 mg pukul 08.00 wita.

b. Gangguan Eliminasi Urine

Implementasi kedua adalah indentifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia, dukungan penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten, menjaga privasi selama eliminasi, bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan, menganjurkan BAK/BAB secara rutin dan kolaborasi pemberian obat kalnex 500 mg di jam 09.00 Wita.

c. Konstipasi

Implementasi ketiga adalah memonitor buang air besar (mis. Warna, frekuensi, konsistensi, volume), mengidentifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal, menyediakan makanan tinggi serat, anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses, anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, dan kolaborasi pemberian obat, jika perlu

d. Resiko infeksi

Implementasi keempat adalah memonitor tanda dan gejala infeksi local (Kemerahan, bengkak, panas, nyeri) dan sistemik (Mengukur suhu,

memonitor hasil leukosit), perawatan kateter dengan cara membersihkan kassa menggunakan NaCl 0,9 %, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi dan mencegah mikroorganisme, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan kolaborasi pemberian obat Ceftriaxone 100 mg di jam 09.00 Wita.

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan fase akhir menilai kembali dari tindakan yang telah diberikan pada pasien. Pada kasus Tn. Y setelah diberikan beberapa intervensi dan implementasi didapatkan bahawa pasien sudah mengalami perkembangan dan peningkatan secara signifikan selama dirawat di ruang Anna.

a) Nyeri akut

Setelah diberikan teknik relaksasi dan terapi music menunjukkan nilai nyeri klien menurun dan hasil pemeriksaan fisik TTV, Temp 36, 7° C, Nadi 96x/menit, Respirasi 21x/menit, TD 120/80 mmHg. Setelah melakukan teknik relaksasi dan terapi musik, klien mengatakan bahwa nyerinya berkurang dan dia bisa tidur di malam hari. Klien juga mengatakan bahwa suasana hatinya menjadi lebih rileks dan dia dapat mengatasi pemikiran negatif yang selalu menyebabkan stres selama perawatan di rumah sakit. Setelah melakukan teknik relaksasi dan terapi musik, pasien mengatakan dia dapat tidur siang dan merasa lebih tenang. Klien tidak terlihat gelisah dan terlihat tenang.

b) Gangguan eliminasi urine

Hasil data yang didapatkan klien mengatakan warna BAK mulai kuning, urine tampak keluar melalui selang kateter urin terpampung dalam urin bag sebanyak 400 cc. kemudian klien di rencana pulang oleh dokter dan di sarankan untuk melanjutkan tindakan pembedahan prostat kedua kali di Rumah Sakit Siaga Banjarmasin.

c) Konstipasi

Setelah melakukan edukasi mengkonsumsi makanan tinggi serat telah dibuktikan dengan klien mengatakan sudah bisa BAB di jam 08.00 Wita, klien sudah tidak kesulitan BAB, warna kecoklatan dan terasa keras serta sayur dan lauk. (Chandra, Anita;, 2022) Melakukan aktivitas fisik dan menjaga pola makan yang sehat adalah dua cara untuk mempertahankan kebugaran orang tua. Salah satu cara untuk mempertahankan kebugaran adalah dengan mengonsumsi buah dan sayur yang kaya akan antioksidan, yang bekerja dengan menghambat enzim oksidan.

d) Resiko infeksi

Hasil data yang didapatkan pasien terpasang DC dan terpasang infus, tidak ada tanda-tanda infeksi pada rectum, tidak terlihat adanya kemerahan dan gatal.

5. Keterbatasan Pelaksanaan

Selama asuhan keperawatan kepada klien, ditemukan kendala dan keterbatasan pelaksanaan dalam pengkajian dan pemberian asuhan keperawatan, seperti keterbatasan waktu untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada klien dan keluarga.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Selama proses keperawatan pada Tn. Y usia 68 tahun dengan *Hematuria* tanggal 15-17 Januari 2024 dapat disimpulkan :

1. Pengkajian

Metode pengumpulan data yang digunakan antara lain : wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, Analisa pemeriksaan laboratorium darah dan pengkajian status fungsional yang diwawancar dengan klien dan anggota keluarga.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri akut

Klien mengatakan nyeri bagian perut bawah, saat bergerak, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala 3 (0-10), nyeri dirasakan malam hari, Tanda-tanda Vital :140/90 mmHg, Suhu 35,5° C, Nadi :77x/menit, Respirasi 20x/menit, SPO2 : 98%. Implementasi keperawatan yang penulis berikan dengan mengidentifikasi nyeri (mis. Pencetus, Pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) dan memberikan edukasi kepada klien disarankan untuk relaksasi dan musik terapi kombinasi ini dapat membantu melemaskan otot serta menenangkan sehingga nyeri teralihkan.

b. Gangguan Eliminasi Urine

Klien mengatakan saat BAK terasa nyeri di bagian perut bawah dan kondisi sebelumnya pernah BAK berwarna merah pekat,

klien terpasang DC, warna urine merah tercampur darah, urine di dapatkan 1100cc, hasil pemeriksaan CT Scan MSCT Stonogram kesimpulan tidak tampak batu sepanjang traktur urinarius Hyperplasia. Implementasi keperawatan yang penulis berikan dukungan penggunaan toilet/commode/pispot/urinal secara konsisten bagi kenyamanan pasien.

c. Konstipasi

Klien mengatakan ada keinginan BAB tetapi tidak bisa keluar, saat mengejan mengeluarkan darah melalui kateter. Implementasi keperawatan Yang penulis berikan edukasi pasien untuk makan-makanan seperti : Alpukat, Apel, Pisang, Pir, Kacang-kacangan seperti kacang Almond, Wortel, Ubi jalar, kacang polong.

d. Resiko infeksi

Klien terpasang DC dan terpasang infus, hasil pemeriksaan laboratorium leukosit 13,4 ribu/uL (high). Hasil kesimpulan : tingginya kadar leukosit bisa menjadi tanda adanya masalah dengan kondisi tubuh untuk melawan infeksi dari efek samping obat. Implementasi keperawatan yang penulis berikan memonitor tanda dan gejala infeksi local (kemerahan, bengkak, panas, nyeri) dan sistemik (mengkukur memonitor hasil leukosit), edukasi klien meningkatkan asupan nutrisi dan kolaborasi pemberian obat.

3. Intervensi

Intervensi yang diberikan kepada klien Tn. Y sudah sesuai dengan diagnosa yang diangkat, terdapat intervensi mandiri keperawatan untuk menurunkan nyeri dengan kombinasi relaksasi dan terapi musik dan

kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan makanan yang tepat untuk konstipasi pada klien dengan Hematuria, Kolaborasi dengan dokter untuk obat tidur dikarenakan klien Tn. Y susah tidur serta kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

4. Implementasi

Sesuai dengan intervensi keperawatan maka rencana tindakan sudah dilakukan, keluarga kooperatif dalam membantu pemberian tindakan perawatan.

5. Evaluasi

Untuk evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut klien Tn. Y teratasi, Diagnosa keperawatan Gangguan eliminasi urine klien Tn. Y teratasi, diagnosa keperawatan konstipasi klien Tn. Y teratasi, diagnosa keperawatan resiko infeksi klien Tn. Y tidak terjadi. Pada kasus kelolaan dari empat diagnosa keperawatan yang diambil 4 diagnosa yang teratasi yaitu nyeri akut, gangguan eliminasi urine, konstipasi dan resiko infeksi tidak terjadi.

B. Saran

1. Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan klien dan keluarga dapat mengerti informasi tentang penyakit *Hematuria* yang diderita klien dapat meningkatkan self-care klien sehingga proses recovery klien dapat berjalan dengan lancar tanpa kekambuhan ataupun komplikasi yang lebih parah.

2. Bagi Pihak Rumah Sakit Suaka Insan

Pihak Rumah Sakit dapat memberikan untuk memberikan penyuluhan dan mengajarkan teknik relaksasi dan terapi musik pada pasien nyeri akut dengan pendampingan dan monitoring secara teratur.

3. Bagi Pihak Institusi STIKES Suaka Insan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi untuk evaluasi dan pendampingan mahasiswa yang memberikan perawatan kepada klien dengan diagnosa medik *Hematuria*. Mahasiswa yang memberikan perawatan ini harus diberikan oleh tenaga kesehatan yang ahli dan berpengalaman dalam menangani klien dengan *Hematuria*

4. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa dapat lebih mengembangkan pengetahuan mengenai perawatan kepada klien dengan diagnosa medis *Hematuria* serta bahan evaluasi apakah asuhan keperawatan yang sudah diberikan selama ini sudah sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang ada.