

BAB V

PEMBAHASAN

Dalam bab ini dibahas secara singkat penulis menguraikan tentang kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yang penulis temui pada pasien TN.W.R di ruangan St.Agustinus & St.Angela Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon pada tanggal 29 April sampai 02 Mei 2025, maka penulis membagi lima tahap dengan melakukan pendekatan proses asuhan keperawatan yang meliputi :Pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan

5.1 Pengkajian

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan tentang BPH (Benign Prostatic Hyperplasia) pada Tn W.R selama empat hari.Faktor predisposisi BPH (Benign Prostatic Hyperplasia) pada Tn. W.R faktor predisposisi yaitu usia, genetik, hormon. Sedangkan Faktor predisposisi yang ada ditinjau kasus didapatkan pada Tn W.R yaitu Usia.Usia menjadi faktor predisposisi karena pasien sudah berusia lanjut yaitu berusia 79 tahun. Sehingga terjadi pembesaran prostat yaitu peningkatan uretra yang membuat pasien sulit untuk berkemih. Faktor predisposisi berdasarkan tinjauan teori yaitu kebiasaan merokok, kebiasaan minum minuman beralkohol, obesitas, pola diet, aktivitas seksual dan kondisi medis sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan pasien memiliki riwayat kebiasaan merokok pada waktu SMA dan minum-minuman beralkohol

Tanda dan gejala BPH yang ada dalam tinjauan teori adalah frekuensi urine yaitu volume urine saat berkemih; seringkali hanya sedikit, urgensi urine yaitu BAK yang muncul dan sulit untuk ditahan, nokturia yaitu meningkatnya buang air kecil baik siang maupun malam, disuria yaitu rasa sakit atau ketidaknyamanan berkemih, kesulitan memulai urine, keraguan buang air kecil, penurunan aliran urine yaitu urine menjadi lemah dan tidak deras seperti biasanya, pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap yaitu penderita merasa kandung kemihnya belum benar-benar kosong. Dalam kondisi yang lebih parah, BPH dapat menyebabkan retensi urine, yaitu ketidakmampuan untuk mengeluarkan urine sama sekali yang dapat mengakibatkan perasaan penuh dan nyeri hebat diperut bagian bawah.Gejala lain yang mungkin

muncul termasuk nyeri saat berkemih atau disuria , urine yang bercampur darah atau biasa disebut hematuria serta urine yang berbau dan berwarna. Pada pemeriksaan fisik, tanda-tanda yang mungkin ditemukan adalah pembesaran prostat yang diraba saat pemeriksaan colok dubur, meskipun umumnya tidak disertai nyeri tekan dalam beberapa kasus. Siapapun yang mengalami masalah dalam buang air kecil Disarankan untuk segera berkonsultasi dengan dokter untuk mendapatkan diagnosis dan penanganan yang tepat.

Seperti yang ada ditinjauan teori terdapat kesamaan tanda dan gejala pada tinjauan kasus. Pada pasien didapatkan yaitu disuria yang berarti rasa sakit atau ketidaknyamanan berkemih, urine bercampur darah atau di sebut dengan hematuria, frekuensi urine yang hanya sedikit - sedikit, buang air kecil yang tidak tuntas, Tanda dan gejala lainnya yang ada ditinjauan teori tapi tidak ada ditinjauan kasus, BAK yang muncul dan sulit untuk ditahan, keraguan buang air kecil, penurunan aliran urine yaitu urine menjadi lemah dan tidak deras.

5.2 Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan yang ada dalam tinjauan teori dan juga ada di tinjauan kasus
 - a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengatakan merasakan nyeri saat berkemih dan merasa nyeri dibagian perut bawah
 - b) Retensi Urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra. Penulis mengangkat diagnosa ini karena terdapat tanda dan gejala pada pasien yaitu merasa tidak puas setelah berkemih dan sering merasa seperti ingin buang air kecil dikarenakan adanya pembesaran prostat
 - c) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Diagnosa ini diangkat karena pasien merasa takut dan gelisah dengan urinenya yang bercampur darah dan merasa khawatir jika penyakitnya tidak akan sembuh
 - d) Risiko perdarahan berhubungan ditandai dengan kurang terpapar informasi Diagnosa ini diangkat karena pasien mengalami BAK

campur darah, pasien tampak pucat sehingga diagnosa ini perlu diangkat agar tidak terjadi perdarahan yang banyak yang dapat terjadinya syok

- e) Risiko infeksi ditandai dengan Ketidakadekakuatan pertahanan tubuh primer (Kerusakan integritas kulit). Didapatkan Leukosit >50, Bakteri Positif 3. Diagnosa ini perlu diangkat dikarenakan agar tidak terjadi infeksi yang lebih parah

2. Diagnosa Keperawatan yang ada dalam tinjauan teori dan tidak ada di tinjauan kasus

- a) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan pola tidur diagnosa ini tidak diangkat karena pasien masih bisa untuk mengontrol tidurnya
- b) Gangguan Eliminasi berhubungan dengan iritasi kandung kemih diagnosa ini tidak diangkat dikarenakan salah satu diagnosa sudah termasuk dalam subkategori eliminasi

5.3 Intervensi

Penulis menetapkan 5 diagnosis keperawatan pada pasien Tn.W.R dan menyusun intervensi keperawatan serta mengimplementasikan kepada pasien intervensi yang disusun yaitu

- a. Retensi urine berhubungan dengan peningkatan uretra dengan data subjektif : Pasien mengatakan merasakan tidak puas setelah buang air kecil, pasien mengatakan selalu merasa ingin buang air kecil dibuktikan dengan Pasien mengatakan serinhg merasa buang air kecil, Pasien mengatakan sering merasa tidak puas setelah buang air kecil. Intervensi yang dilakukan Monitor kepatenan kateter urine, monitor tanda dan gejala obstruksi aliran urine, menggunakan teknik aseptik selama perawatan kateter urine, pastikan selang kateter dan kantung urine terbebas dari lipatan, pastikan kantung urine diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai, mengosongkan kantung urine jika kantung urine elah terisi setengahnya

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan data subjektif: Pasien mengatakan merasa nyeri dibagian perut, pasien mengatakan nyeri pada saat berkemih. Data objektif didapatkan pasien tampak meringis menahan sakit pasien tampak gelisah, pasien tampak lemah, pasien tampak pucat. Dengan pengkajian nyeri didapatkan P: Nyeri ketika berkemih Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Perut bagian bawah hingga kelamin S: 7 T: 5 menit. Intervensi yang dilakukan Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, Intensitas nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri nonverbal, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian obat analgetik
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan karena pasien merasa takut dan gelisah dengan urinenya yang bercampur darah dan merasa khawatir jika penyakitnya tidak akan sembuh. Intervensi yang dilakukan Identifikasi saat tingkat ansietas berubah Identifikasi saat tingkat ansietas berubah, monitor tanda – tanda ansietas (verbal dan nonverbal), pahami situasi yang membuat ansietas Dengarkan dengan penuh perhatian, identifikasi situasi yang memicu kecemasan, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, latih teknik relaksasi
- d. Risiko Perdarahan ditandai dengan kurang terpapar informasi pencegahan perdarahan dibuktikan dengan pasien mengaakan BAK campur darah, pasien mengatakan BAK campur darah dari 1 hari yang lalu, pasien mengatakan warna urinenya berwarna kemerahan. Data objektif urine masih tampak kemerahan, urine pasien masih tampak berwarna kemerahan, pasien tampak berkeringat, pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, pasien terpasang kateter foley. Intervensi yang dilakukan

- monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor tanda-tanda vital, pertahankan bed rest selama perdarahan, jelaskan penyebab/faktor resiko syok, Jelaskan tanda dan gejala perdarahan, anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan ,Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan
- e. Risiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (Kerusakan integritas kulit) ditandai dengan Pasien mengatakan terdapat bengkak dibagian alat kelamin. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman menggunakan folley Kateter. Intervensi yang dilakukan monitor tanda dan gejala infeksi, membatasi jumlah pengunjung, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien menjelaskan tanda dan gejala infeksi.Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar : Pasien diajarkan cara mencuci tangan dengan benar

5.4 Implementasi

Berdasarkan intervensi yang tersusun, maka penulli dapat melakukan Implementasi atau tindakan keperawatan pada keluarga pasien dan pasiemi sesuai dengan masalah yang dialami yaitu dengan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosis yang diangkat seperti

- a) Nyeri akut implementasi yang dilakukan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memberikan teknik non farmakologis , fasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, penatalaksanaan pemberian analgetik
- b) Retensi Urine implementasi yang dilakukan memonitor kepatenan kateter urine, memonitor tanda dan gejala obstruksi urine, megunakan teknik aseptik selama perawatan kateter urine, memastikan selang kateter dan kantung urine terbebas dari lipatan, memastikan kantung urine diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai, kosongkan kantung urine jika kantung urine telah terisi setengahnya

- c) Ansietas implementasi yang dilakukan mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah, memonitor tanda – tanda ansietas (verbal dan nonverbal), memahami situasi yang yang membuat ansietas mendengarkan dengan penuh perhatian, mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, Informasikan secara faktual mengenai diagnosis pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, melatih teknik relaksasi
- d) Resiko perdarahan implementasi yang dilakukan memonitor tanda dan gejala perdarahan, memonitor tanda-tanda vital :mempertahankan bed rest selama perdarahan, pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, menjelaskan penyebab/fakor resiko syok, menjelaskan tanda dan gejala perdarahan, menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan, penatalaksanaan obat pengontrol perdarahan
- e) Resiko Infeksi implementasi yang dilakukan memonitor tanda dan gejala Infeksi, membatasi jumlah pengunjung , mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar

5.5 Evaluasi

- a) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis tingkat nyeri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dan evaluasi, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah keperawatan belum teratasi karena pasien masih merasa nyeri saat berkemih dan nyeri dibagian abdomen bawah
- b) Retensi Urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dan evaluasi, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah keperawatan belum teratasi karena pasien masih merasa tidak puas setelah berkemih dan sering merasa BAK
- c) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dan evaluasi, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah keperawatan teratasi dikarenakan BAKnya sudah tidak bercampur darah dan sudah memahami tentang penyakitnya

- d) Risiko Perdarahan berhubungan dengan kurang terpapar informasi pencegahan perdarahan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dan evaluasi, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah keperawatan teratasi dikarenakan BAKnya sudah tidak bercampur darah
- e) Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dan evaluasi, maka evaluasi yang diperoleh yaitu masalah keperawatan belum teratasi dikarenakan terdapat pembesaran prostat