

BAB 4

PEMBAHASAN

Penulis melaksanakan pemberian asuhan keperawatan pada pasien Bp. A berjenis kelamin laki-laki usia 59 tahun, bekerja sebagai wiraswasta (bapak kost), tinggal di Penumping JT 3/76 RT 010 RW 002 Gowongan Yogyakarta . Pasien masuk Rumah Sakit Panti Rapih pada tanggal 1 Juni 2025 pukul 15.23 WIB dari poli, kemudian menjalani rawat inap di ruang EG1 kamar 112B. Diagnosis pasien saat masuk adalah ISK, Hematuri, rencana dilakukan operasi sistoskopi sd TUR Buli pada hari Senin (2/6/2025) jam 14.00 WIB. Diagnosis saat dilakukan pengkajian adalah POST TURP BPH.

Penulis melaksanakan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, yaitu metode ilmiah yang disusun secara sistematis dan terorganisir dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien, baik secara individu, keluarga, maupun komunitas. Pendekatan ini berfokus pada pasien secara menyeluruh, mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Proses keperawatan terdiri dari lima tahapan yang saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan, karena membentuk satu kesatuan yang berkesinambungan. Tahapan tersebut mencakup proses pengenalan terhadap masalah keperawatan yang sedang dialami atau mungkin akan terjadi, perencanaan strategi intervensi yang tepat, pelaksanaan tindakan sesuai rencana, serta penilaian terhadap hasil dari intervensi yang telah diberikan. Adapun tahapan proses keperawatan secara berurutan meliputi: pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, penyusunan rencana intervensi, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan tahap akhir berupa evaluasi terhadap hasil keperawatan (Vonny Polopadang & Nur Hidayah, 2019).

4.1 Pengkajian

Pengkajian pada Bp . A ditemukan bahwa pasien telah dilakukan operasi TURP atas indikasi dari pemeriksaan radiologi MSCT urografi polos dengan arti ada kecurigaan adanya gumpalan darah pada *pelvicalyceal* sistem yang

merupakan pengumpul urin didarah yang mengindikasikan kemungkinan adanya perdarahan pada saluran kemih. Menurut (Tjahjodjati et al., 2021), perdarahan pada saluran kemih dapat disebabkan oleh berbagai kondisi, termasuk obstruksi saluran kemih, infeksi, trauma, atau proses tumor seperti BPH yang menyebabkan pembesaran prostat dan meningkatkan risiko perdarahan. Dalam kasus Bp. A, indikasi dilakukan TURP adalah untuk mengatasi obstruksi akibat BPH. Oleh karena itu, tindakan TURP menjadi pilihan utama dalam menangani gangguan aliran urin yang disebabkan oleh hipertrofi prostat jinak (Widyasari & Khayati, 2023).

Pada pengkajian awal ditemukan bahwa pasien bekerja sebagai wiraswata (bapak kost) hal ini berisiko terhadap terjadinya BPH yang sejalan dengan teori seseorang yang cenderung menjalani gaya hidup sedentari, yaitu duduk dalam waktu lama dan minim aktivitas fisik. Kurangnya aktivitas fisik menyebabkan sirkulasi darah ke organ pelvis berkurang, sehingga memperburuk proses inflamasi kronik lokal di jaringan prostat. Hal ini akan mempercepat stimulasi hormon androgen seperti dihidrotestosteron (DHT) yang merangsang pertumbuhan sel-sel stroma dan epitel di zona transisi prostat. Dengan demikian, pekerjaan pasien yang cenderung pasif dan tidak melibatkan aktivitas fisik teratur secara klinis sejalan dengan teori bahwa gaya hidup sedentari merupakan salah satu kontributor penting dalam patogenesis BPH (Ngai et al., 2017).

Hasil pengkajian pada riwayat dahulu : Pasien mengatakan pada tahun 1998 operasi *fraktur clavicula kanan* di Rumah Sakit Kediri, dan riwayat rawat inap karena demam berderah pada 2018 di Rumah Sakit Panti Rapih

Hasil pengkajian riwayat penyakit sekarang : Pasien mengatakan sejak bulan januari 2025 jika BAK urine bewarna merah, ada jendalan. Sejak tanggal 10 Mei 2025 nyeri saat BAK hilang timbul, lalu pasien periksa ke Dr. Trisula kemudian disarankan MSCT urologi , hasil MSCT urologi ada advis pro operasi dilakukan operasi pada tanggal 2 Juni 2025 lalu dilakukan rawat inap diruangan EG1 kamar 112B Rumah Sakit Panti Rapih

Hasil pengkajian terhadap keluhan utama yang dirasakan pasien sudah sesuai dengan teori. Keluhan utama yang dikeluhkan pasien adalah nyeri pada area genitalia. Penulis menggunakan metode akronim PQRST untuk mengkaji nyeri yang dirasakan pasien. Menurut (Pinzon, 2016) nyeri merupakan suatu pengalaman tidak menyenangkan yang bersifat sensorik dan emosional, yang muncul akibat adanya kerusakan jaringan baik yang bersifat nyata maupun yang mungkin terjadi. Keluhan nyeri yang dialami oleh pasien setelah menjalani prosedur TURP umumnya berasal dari proses penyembuhan jaringan pascaoperasi, terutama pada area saluran kemih bagian bawah. Nyeri ini dapat muncul sebagai respon tubuh terhadap iritasi, inflamasi, atau trauma jaringan akibat tindakan reseksi prostat yang membesar akibat BPH (Tjahjodjati et al., 2021).

Pada pengkajian terhadap nyeri yang dialami pasien, penulis menggunakan pendekatan metode PQRST, adalah instrumen sistematis yang digunakan untuk mengevaluasi karakteristik nyeri secara menyeluruh. Pengkajian diawali dengan menanyakan P : (*Provocation/Palliation*), yakni faktor pencetus dan pereda nyeri, seperti aktivitas tertentu atau posisi tubuh tertentu yang memperburuk atau mengurangi nyeri. Kemudian, dilanjutkan dengan Q : (*Quality*) untuk mengetahui kualitas nyeri yang dirasakan pasien, apakah bersifat tajam, tumpul, terbakar, atau berdenyut. Pada tahap R : (*Region/Radiation*), pasien ditanya mengenai lokasi utama nyeri dan apakah nyeri menjalar ke area tubuh lainnya. Selanjutnya, aspek S : (*Severity*) dievaluasi dengan meminta pasien menjelaskan tingkat keparahan nyeri secara deskriptif atau menggunakan skala numerik 0–10 jika diperlukan. Terakhir, pada T : (*Timing*), ditanyakan kapan nyeri mulai muncul, seberapa sering terjadi, serta lamanya nyeri dirasakan. Hasil pengkajian pasien mengeluhkan nyeri ketika saat terasa BAK seperti di tusuk-tusuk dan diremas, pada area genitalia, nyeri dengan skala 4 (0-10) yang merupakan kategori nyeri sedang, nyeri yang dirasakan hilang timbul.

Keluhan penyerta lainnya dan riwayat penyakit keluarga : Pasien menyatakan tidak mengalami keluhan penyerta lainnya selama masa perawatan. Ia merasa

kondisi umumnya cukup stabil dan tidak menunjukkan gejala tambahan yang mengganggu. Selain itu, pasien juga mengonfirmasi bahwa tidak ada riwayat penyakit serupa dalam keluarganya. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi yang dialami saat ini kemungkinan besar tidak berkaitan dengan faktor genetik.

Pemeriksaan fisik merupakan proses penilaian sistematis terhadap kondisi tubuh pasien untuk mengetahui adanya gangguan atau masalah kesehatan. Tujuan utama dari pemeriksaan ini adalah untuk mengumpulkan data objektif tentang kondisi pasien. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menerapkan empat prinsip dasar, yaitu inspeksi dengan mengamati visual terhadap bagian tubuh, palpasi dengan perabaan menggunakan tangan untuk menilai tekstur atau massa, perkusi dengan melakukan pengetukan untuk menilai bunyi dan struktur di bawah permukaan tubuh, dan auskultasi untuk mendengarkan suara dari organ dalam menggunakan stetoskop (Hidayati, 2019). Hasil pemeriksaan fisik dilakukan oleh penulis dengan data fokus, yaitu area tubuh yang relevan dengan keluhan utama pasien, didapatkan hasil pemeriksaan abdomen, hasil inspeksi menunjukkan bahwa bentuk perut simetris, tidak tampak bekas luka operasi, serta tidak ditemukan adanya pembengkakan, hematoma, maupun kelainan lainnya, perut tampak datar. Pada palpasi, ditemukan nyeri tekan di daerah suprapubic, auskultasi terdengar bising usus sebanyak 12 kali per menit, dan hasil perkusi menunjukkan bunyi timpani. Pemeriksaan pada area genitalia menunjukkan bahwa kateter jenis *three way* masih terpasang dengan baik, dengan tampak cairan urin berwarna merah pekat pada selang kantung urin, serta sedikit residu darah keluar dari meatus uretra. Tidak ditemukan pembengkakan pada area genitalia maupun skrotum, testis tampak normal tanpa keluhan nyeri. Pemeriksaan lanjutan pada sistem kateter menunjukkan bahwa aliran irigasi NaCl 0,9% masih lancar, namun masih tampak sedikit residu darah pada kantung urin. Volume urin terakhir yang tercatat sebanyak 800 cc pada pukul 11.00 WIB. Pada pasien ditemukan pasien tampak meringis dan protektif terhadap area genitalianya, dan mengatakan sedikit gelisah jika terasa BAK karena nyeri, serta pasien mengungkapkan untuk segera bisa BAK secara normal, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan

darah 100/70 mmHg, nadi 63 kali per menit, suhu tubuh 36,4°C, dan frekuensi pernapasan 18 kali per menit.

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh penulis sejalan dengan temuan bahwa pemasangan kateter tiga-saluran (*three-way*) dan pemberian irigasi dengan bahasa NaCl 0,9 % berfungsi untuk menjaga agar kateter tetap paten, mencegah penyumbatan oleh bekuan darah, dan memelihara pengosongan kandung kemih secara optimal, Adanya hematuria pascaoperasi merupakan respons fisiologis terhadap trauma selama reseksi prostat. (Magdalena et al., 2021). Kondisi psikologis pasien yang merasakan terkadang gelisah karena nyeri saat BAK serta mengungkapkan keinginan untuk berkemih secara normal sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Venny Diana, 2017) yang menyatakan bahwa mayoritas pasien setelah prosedur TURP mengalami kecemasan ringan hingga sedang, terutama ketika merasakan nyeri saat BAK, dalam proses penyembuhan akan berlangsung melalui fase granulasi dan repitelisasi di area uretra pars prostatika (Mochtar et al., 2021). Pasien tampak meringis dan protektif terhadap area nyerinya sejalan dengan teori (Bunga Rampai, 2023) yang menyatakan pasien pasca operasi akan mengeluh nyeri ketika pemicunya muncul dan biasanya akan tampak meringis jika nyeri itu timbul, untuk protektif terhadap area nyeri itu hal yang wajar dialami dikarenakan pasien menakutkan jika area nyeri terpegang akan menambah nyeri yang dialami.

Terapi obat pasien dalam daftar obat terdapat beberapa jenis yang berfungsi menunjang proses penyembuhan pasca operasi TURP. Obat yang terdaftar adalah Cefotaxim dengan dosis 1 gram, yang diindikasikan untuk mengatasi infeksi saluran kemih dan diberikan karena pasien post-TURP memiliki risiko tinggi mengalami infeksi. Ketorolac dengan dosis 30 mg/mL diberikan untuk mengatasi nyeri pasca operasi. Obat ini tidak boleh digunakan pada pasien dengan gangguan ginjal berat. Selain itu, Ondansetron 4 mg/2 mL diberikan untuk mengatasi mual dan muntah yang mungkin terjadi sebagai efek samping dari prosedur pembedahan, dengan kontraindikasi berupa hipersensitivitas

terhadap obat ini. Terakhir, pasien juga mendapatkan Paracetamol 100 mL yang bertujuan untuk meredakan nyeri ringan hingga sedang, dengan kontraindikasi berupa hipersensitivitas. Penulis pada hari pertama memberikan cefotaxime dengan dosis 1 gram, dan ketorolac dengan dosis 30mg/ml, sebelum memberikan obat penulis memastikan 6 benar yaitu Benar Pasien, Benar Obat , Benar Dosis, Benar Waktu , Benar Cara Pemberian, Benar Dokumentasi dan pada hari kedua pasien diberikan obat Cefotaxim dengan dosis 1 gram, ketorolac dosis 30 mg/ml, dan ondansetron 4 mg/dl semua obat diberikan secara injeksi melalui akses intra vena pasien.

Penggunaan Cefotaxim sebagai antibiotik sudah sesuai teori yang di muat oleh (Lukito, 2019) yang menyatakan penggunaan obat ini untuk mencegah infeksi dengan menghambat sintesis dinding sel bakteri gram positif dan gram negatif serta dapat menurunkan kejadian bakteriuria yang bergejala setelah TURP (misalnya demam, nyeri suprapubik, disuria). Penggunaan ketorolac untuk mengurangi nyeri akibat agen prosedur invasive dikarenakan TURP menyebabkan trauma pada jaringan ureter dan prostat. Pasien yang menjalani prosedur pembedahan seperti TURP berisiko mengalami mual muntah pasca operasi akibat efek dari anestesi umum yang digunakan selama tindakan. Untuk itu, pemberian Ondansetron 4 mg secara intravena bertujuan mencegah mual muntah. (Firdaus et al., 2020)

Pemeriksaan penunjang laboratorium dan radiologi, pada pemeriksaan fungsi ginjal didapatkan hasil creatinin yang melebihi batas normal dikarenakan BPH sering menyebabkan obstruksi aliran urin, hal ini menyebabkan retensi urin dan menyebabkan penurunan pada fungsi ginjal, nilai basofil yang rendah bisa menandakan stress baik sebelum dan sesudah operasi. Pada pemeriksaan MSCT Urografi polos dengan hasil curiga blood clot di PCS Ren sinistra GIT, REN dextra, ureter, VU, dan prostat tak tampak kelainan interpretasi ada kecurigaan adanya gumpalan darah pada *pelvic/lyceal* sistem yang merupakan pengumpul urin diarah yang mengindikasikan kemungkinan adanya perdarahan pada saluran kemih.

4.2 Diagnosis keperawatan

Tahap selanjutnya, penulis melakukan proses penyusunan diagnosis keperawatan dengan mengkaji dan menafsirkan data penting yang mencakup informasi subjektif maupun objektif, termasuk gejala, tanda klinis, dan data penunjang lainnya. Seluruh data yang telah dikumpulkan dianalisis secara sistematis dan dibandingkan dengan karakteristik dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Setelah diagnosis ditegakkan, penulis menyusun skala prioritas diagnosis berdasarkan pendekatan Hierarki Kebutuhan Maslow, yang digunakan untuk menentukan kebutuhan pasien paling mendasar hingga yang lebih kompleks. Menurut (Arlina Dhian Sulistyowati et al., 2025) hierarki kebutuhan Maslow adalah model yang diaplikasikan oleh perawat agar memahami keterkaitan antara berbagai macam kebutuhan manusia. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien sebagai berikut :

4.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Berdasarkan hasil analisis dari data pengkajian, masalah keperawatan yang ditetapkan sebagai prioritas utama adalah nyeri akut yang berkaitan dengan agen pencedera fisik akibat prosedur operasi. Data yang mendukung penetapan diagnosis ini meliputi keluhan pasien yang menyatakan rasa nyeri, tampak ekspresi wajah meringis, serta adanya perilaku protektif terhadap area yang nyeri. Menurut hierarki kebutuhan Maslow, rasa aman dan terlindungi dari ancaman fisik maupun psikologis merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia, dan kondisi nyeri termasuk di dalamnya. Penetapan masalah ini sebagai prioritas pertama juga didasari oleh keluhan pasien yang paling dominan yaitu nyeri pada area genital yang muncul saat berkemih. Apabila tidak segera ditangani, nyeri dapat menimbulkan ketidaknyamanan yang signifikan serta rasa tidak aman pada pasien, sehingga perlu menjadi fokus utama dalam intervensi keperawatan.

4.2.2 Kesiapan peningkatan eliminasi urine

Penulis mengambil diagnosa menjadi prioritas kedua karena pasien telah dilakukan operasi TURP dan sudah memasuki hari kedua fase pemulihan pasca operasi. Penulis mengangkat diagnose ini dibuktikan dengan pasien

mengungkapkan keinginan untuk bisa berkemih secara normal dan lancar, serta didapatkan jumlah urin pasien 800ml di indikasikan normal untuk jumlahnya walaupun masih bewarna merah.

4.2.3 Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Penulis mengambil diagnosa menjadi prioritas ketiga karena kondisi pasien yang telah dilakukan prosedur operasi TURP. Hasil pengkajian didapatkan tampak terpasang kateter *threeway*, warna urine merah pekat, tampak terdapat residu darah yang keluar di meatus uretra. Diagnosis ini ditegaskan karena berisiko mengalami infeksi berkaitan dengan efek pembedahan pasca operasi.

4.3 Perencanaan

Rencana keperawatan adalah bagian penting dalam proses keperawatan yang digunakan untuk menentukan langkah-langkah yang akan dilakukan perawat dalam membantu mengatasi masalah pasien. Dalam tahap ini, perawat membuat tujuan yang ingin dicapai, menetapkan tanda-tanda keberhasilan, dan menyusun tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien. Semua rencana ini disesuaikan dengan masalah utama pasien dan dibuat sejelas mungkin agar mudah dilaksanakan dan dievaluasi. Tujuannya adalah agar pasien bisa mendapatkan perawatan yang tepat dan membaik sesuai harapan (Yani & Supartini 2019). Penulis memilih intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien agar tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai secara optimal. Intervensi tersebut mencakup empat jenis tindakan, yaitu tindakan observasi untuk memantau kondisi pasien, tindakan terapeutik untuk memberikan perawatan langsung, tindakan edukasi untuk meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga, serta tindakan kolaborasi yang melibatkan tenaga kesehatan lain guna menunjang keberhasilan perawatan.

4.3.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Pada diagnosis nyeri akut, penulis menyusun rencana dengan tujuan dan kriteria hasil yang di ambil dari luaran utama Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu tingkat nyeri. Penulis menetapkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam Tingkat nyeri menurun.

Kriteria hasil meliputi keluhan nyeri menurun (pasien tidak mengeluh nyeri), meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, dan kesulitan tidur menurun. Penulis sudah menerapkan metode SMART dalam menyusun kriteria hasil. Rencana tindakan yang penulis pilih agar dapat mencapai tujuan adalah manajemen nyeri (I.08238) dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Penulis tidak mencatumkan semua intervensi, tetapi memilih intervensi yang tepat bagi pasien.

4.3.2 Kesiapan peningkatan eliminasi urine

Pada diagnosis kedua penulis menyusun rencana setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam tujuan eliminasi urine membaik. Kriteria hasil adalah distensi kandung kemih menurun, frekuensi BAK membaik, karakteristik urine membaik. Menurut penulis, dalam 2 hari kedepan karena masa tersebut merupakan waktu penting bagi pasien setelah operasi TURP, di mana fungsi buang air kecil bisa terganggu akibat pembengkakan atau sumbatan darah. Dalam waktu dua hari, biasanya kondisi saluran kemih mulai membaik jika dilakukan perawatan yang tepat, seperti irigasi kandung kemih dan pemberian obat. Oleh karena itu, dalam waktu ini diharapkan frekuensi BAK membaik, kandung kemih tidak kembung lagi, dan warna urine menjadi lebih jernih.

Penulis menyusun rencana tindakan dengan mengambil intervensi keperawatan manajemen eliminasi urin (I.04152) dan perawatan kateter urine (I.04164) dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Penulis tidak mencatumkan semua intervensi, tetapi memilih intervensi yang tepat bagi pasien.

4.3.3 Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Pada diagnosis ini penulis menyusun rencana dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam Tingkat infeksi menurun. Kriteria hasil yang disusun oleh penulis untuk 2 hari kedepan meliputi nyeri menurun, demam menurun, bengkak menurun, kadar sel darah putih membaik. Penulis menyusun rencana dengan mengambil intervensi utama

pencegahan infeksi (I14539) dengan mengambil rencana sesuai kondisi pasien pasca operasi.

4.4 Implementasi

Penulis melaksanakan langkah keempat, yaitu implementasi keperawatan, dengan menegakkan intervensi sesuai rencana yang telah disusun untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Penulis memastikan bahwa tindakan yang dilakukan telah sesuai dengan diagnosis prioritas tinggi serta diagnosis prioritas rendah pasien, mencerminkan pemahaman yang baik terhadap prinsip perencanaan keperawatan berbasis bukti dan standar nasional (Mustamu et al., 2023).

Pada diagnosis pertama nyeri akut, tindakan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 4 Juni 2025 pukul 07.00 WIB adalah mengkaji nyeri menggunakan PQRST, tindakan tersebut dilakukan waktu kontrak pagi dengan pasien didapatkan hasil bahwa nyeri pada area genitalia dengan skala 4, nyeri seperti di tusuk-tusuk dan di remas, nyeri saat mau BAK, dan hilang timbul, selain mengkaji nyeri dalam waktu berdekatan penulis juga mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dan lingkungan sudah tampak tenang sehingga tidak memperberat rasa nyeri pasien. Pada pukul 08.15 WIB penulis memberikan obat analgetik yaitu ketorolac melalui jalur intravena yang terpasang kepada pasien, sebelum obat masuk penulis memastikan prinsip 6 benar pemberian obat didapatkan obat masuk dengan lancar tanpa ada keluhan dari pasien. Pemberian obat ini mundur yang seharusnya pukul 08.00 dikarenakan penulis masih melakukan tindakan keperawatan yang lain, selanjutnya pukul 10.00 penulis menjelaskan strategi meredakan nyeri yaitu teknik distraksi didapatkan hasil pasien memahami penjelasan teknik distraksi dan tampak melakukan teknik distraksi dengan berbincang-bincang dengan istrinya dan bermain hp. Pukul 11.15 penulis memfasilitasi istirahat tidur pasien didapatkan setelah ditinggal 10 menit kemudian di observasi lagi pasien sudah tampak tertidur, dan lingkungan pasien tenang. Evaluasi proses hari pertama di dapatkan hasil pasien mengatakan masih nyeri saat BAK,

diarea genetalia, kualitas nyeri ditusuk dan diremas, dengan skala 3, pasien mengatakan bisa tidur tetapi kadang terbangun saat nyeri datang, tampak meringis, dan tampak protektif pada area genetalia, didapatkan hasil tanda vital : tekanan darah 110/59, nadi 52x/m suhu 36,2 C, spo2 98% dengan begitu masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi dan akan dilanjutkan hari kedua. Pada hari kedua tanggal 5 Juni 2025 pukul 07.15 penulis kembali mengkaji nyeri pasien didapatkan nyeri saat mau BAK saja seperti di remas remas, dengan skala 2, pasien tampak tenang, selanjutnya pukul 08.00 penulis memberikan obat anal getik ketorolac 30 mg pada pasien dan masuk dengan lancar tanpa ada keluhan serta saat pemberian obat penulis juga mengontrol lingkungan area pasien agar pasien nyaman dan tidak memperburuk lagi rasa nyerinya. Tindakan selanjutnya memfasilitasi istirahat tidur didapatkan hasil pasien tampak tertidur, diakhir shift dilakukan evaluasi hasil dengan hasil pasien mengatakan nyeri masih di skala 2 tetapi masih bisa ditoleransi, pasien mengatakan sudah bisa tidur tanpa terganggu nyeri, pasien tampak tenang, sudah tidak protektif dengan area genetalia atau area nyeri dibuktikan dengan saat pengecekan area genetalia dan melepas kateter pasien tampak tenang, didapatkan hasil tanda tanda vital sebagai berikut : tekanan darah 124/64mmhg, nadi 63x/menut, suhu 36,2 C, dan spo2 97% masalah nyeri akut teratasi sebagian dikarenakan nyeri masih diskala 2 walau pasien masih bisa mentoleransi, pasien dihentikan intervensi, pasien dipulangkan dan dilanjutkan rawat jalan diberikan obat yang diresepkan.

Diagnosis kedua yaitu kesiapan peningkatan eliminasi urine, penulis pada tanggal 4 Juni 2025 pukul 07.00 melakukan tindakan memonitor eliminasi urine didapatkan hasil pasien terpasang kateter *threeway*, terpasang irigasi 1000cc dan sudah plabot ke 27, urine bewarna merah pekat, bau khas darah, penulis juga memastikan selang kateter dan kantung urin terbebas dari lipatan serta memastikan kantung urin diletakan dibawah kandung kemih dengan hasil selang kateter dan kantung urin tidak terlipat dan kantung urin sudah diletakan di bawah kandung kemih. Pada pukul 11.10 penulis mencatat waktu dan haluaran berkemih didapatkan urine tamping sebanyak 800cc, serta penulis

menganjurkan pasien untuk minum yang cukup dan istri pasien mengatakan sudah mengetahui hal tersebut dan sudah memberikan minum air putih sering, dilakukan evaluasi proses untuk hari pertama didapatkan hasil istri pasien mengatakan kantung urine masih berwarna merah pekat, pasien mengatakan saat terasa BAK masih sakit, tampak isi kantung urine warna merah pekat, dan irigasi plabot ke 30, selang kateter dan kantung urine tidak terlipat, kantung urine diletakan di bawah bed pasien diatas ember maka didapatkan untuk hari pertama kesiapan peningkatan eliminasi urine belum tercapai, dan dilanjutkan hari kedua. Pada hari kedua tanggal 5 Juni 2025 pukul 07.00 penulis melakukan tindakan keperawatan memonitor eliminasi urine didapatkan pasien terpasang kateter yang sama, sudah tidak terpasang kateter, urine 150 ml berwarna merah jernih, selanjutnya menindaklanjuti program dokter penulis melakukan *bladder training* dengan hasil pasien mengatakan sudah terasa ingin BAK 3x setelah di lakukan *bladder training*, tampak diklem pada selang kateter, sudah 3x setiap terasa dilepas 30 menit kemudian diklem lagi sampai 3x, urine warna merah jernih. Pada pukul 11.30 penulis melakukan tindakan melepas selang kateter pada pasien dengan hasil pasien mengatakan sedikit sakit ketika selang kateter dilepas, kateter terlepas, dengan pengunci keluar 30cc, tampak sedikit keluar darah residu saat melepas kateter, selain itu penulis juga menganjurkan minum yang cukup agar pasien segera mampu BAK secara spontan, setelah selang beberapa jam penulis melakukan memonitor eliminasi urin pasien mengatakan sudah bis BAK di kamar mandi 2x dengan urine berwarna merah jernih, dan sedikit sakit saat BAK. Pada akhir shift penulis melakukan evaluasi hasil dengan hasil pasien sudah BAK spontan 2x, urine berwarna merah jernih, kateter terlepas, palpasi pada supra pubik tidak teraba masa, diagnose kesiapan peningkatan urine tercapai dan pasien pulang dilanjutkan rawat jalan.

Diagnosa ketiga adalah risiko infeksi, penulis pada tanggal 4 Juni 2025 pukul 07.00 melakukan memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada area genetalianya ketika BAK, tampak sedikit keluar residu darah pada meatus uretra pasien dan hasil tanda vital tekanan

darah :115/56 mmhg, nadi : 61x/menit, suhu : 36,6C. lalu pada pukul 08.15 penulis berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian anti biotik yaitu cefotaxime 1 gram sebelum obat diberikan penulis mengecek prinsip 6 benar obat didepan pasien kemudian obat diberikan tanpa ada keluhan dan masuk dengan lancar, selang beberapa jam pada pukul 10.15 penulis memberikan edukasi terkait tanda gejala infeksi selama 15 menit didapatkan hasil istri pasien mampu mengulangi materi yang diberikan seperti tanda infeksi berupa demam, bengkak,nyeri, keluar darah pada area pembedahan dan mengatakan sudah memahami materi yang diberikan. Pada pukul 12.00 penulis menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan dengan hasil istri pasien mengatakan sudah meningkatkan asupan cairan dengan minum air putih secara berkala dan asupan nutrisi suaminya (pasien) selalu menghabiskan makanan dari rumah sakit dan selalu saya berikan buah, diakhir shift dilakukan evaluasi proses dengan hasil pasien mengatakan masih nyeri pada area genetalia nya dan tampak masih keluar residu darah pada meatus uretra, area genetalia tidak bengkak atau kemerahan, hasil tekanan darah : 110/59 mmhg, nadi 52x/menit s: 36,2 C, spo 2 : 98 % dengan begitu resiko infeksi teratasi sebagian dan dilanjutkan intervensi keperawatan pada hari kedua. Pada hari kedua tanggal 5 Juni 2025 pukul 07.40 penulis melakukan tindakan memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada area genetalia berkurang dan bisa ditoleransi, tampak tidak bengkak dan kemerahan pada area genetalia, balutan pada area genetalia tampak bersih, lalu pada pukul 08.00 penulis memberikan obat anti biotik cefotaxime 1gram kepada pasien dan masuk melalui akses intra vena pasien dengan lancar tanpa ada keluhan. Diakhir shift pukul 13.10 dilakukan evaluasi hasil pasien mengatakan nyeri saat BAK spontan masih bisa ditoleransi dengan skala 2, genetalia tidak bengkak dan tidak kemerahan, balutan area genetalia tampak bersih , limfosit 27,8 (normal), tekanan darah : 124/62 mmhg, nadi : 63x/menit, suhu : 36,3 C dengan hasil ini masalah resiko infeksi teratasi, hentikan intervensi pasien pulang dan dilanjutkan rawat jalan.

4.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan langkah penting dalam proses asuhan keperawatan yang dilakukan secara sistematis dan terencana untuk menilai apakah tujuan yang telah ditetapkan tercapai atau belum. Tujuan dari evaluasi ini adalah untuk mengetahui sejauh mana efektivitas tindakan keperawatan dalam memperbaiki kondisi pasien, serta menentukan apakah perlu dilakukan penyesuaian terhadap intervensi yang diberikan. Evaluasi dilakukan dengan mengumpulkan dan membandingkan data subjektif (keluhan pasien) dan data objektif (hasil pemeriksaan) dengan tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi ini mencakup dua bentuk, yaitu evaluasi proses yang dilakukan selama pemberian asuhan untuk menilai kesesuaian pelaksanaan intervensi, dan evaluasi akhir yang dilakukan setelah intervensi selesai untuk memastikan apakah tujuan akhir perawatan telah tercapai. Hasil evaluasi ini tidak hanya digunakan untuk menentukan langkah selanjutnya dalam perawatan pasien, tetapi juga untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan secara keseluruhan (Mustamu et al., 2023).

Evaluasi dari diagnosis keperawatan nyeri akut pasien menyatakan bahwa nyeri masih dirasakan pada skala 2 namun masih dapat ditoleransi. Pasien juga mengatakan sudah dapat tidur dengan nyaman tanpa terganggu oleh rasa nyeri. Secara umum, pasien tampak tenang dan tidak menunjukkan perilaku protektif terhadap area genitalia atau area yang sebelumnya terasa nyeri, yang dibuktikan saat dilakukan pemeriksaan dan pelepasan kateter, pasien tetap dalam kondisi tenang dan kooperatif. Tanda-tanda vital menunjukkan kondisi stabil dengan tekanan darah 124/64 mmHg, frekuensi nadi 63 kali per menit, suhu tubuh 36,2°C, dan saturasi oksigen (SpO₂) sebesar 97%. Berdasarkan evaluasi tersebut, masalah keperawatan nyeri akut dinyatakan teratasi sebagian dikarenakan nyeri masih diskala 2 walau pasien masih bisa mentoleransi, intervensi keperawatan dihentikan, dan pasien diperbolehkan pulang untuk melanjutkan perawatan secara rawat jalan dengan obat yang sudah diresepkan.

Evaluasi dari diagnosis keperawatan kesiapan peningkatan eliminasi urine hasil evaluasi, pasien telah mengalami buang air kecil (BAK) secara spontan sebanyak dua kali dengan urin berwarna merah jernih. Kateter telah dilepas, dan hasil palpasi pada area suprapubik menunjukkan tidak teraba massa atau pembengkakan. Hal ini menunjukkan bahwa diagnosis keperawatan kesiapan peningkatan eliminasi urin telah tercapai. Dengan kondisi tersebut, pasien dinyatakan stabil dan diperbolehkan pulang untuk melanjutkan perawatan secara rawat jalan.

Evaluasi dari diagnosis keperawatan risiko infeksi Hasil evaluasi menunjukkan bahwa pasien masih merasakan nyeri saat buang air kecil (BAK) spontan, namun nyeri tersebut berada pada skala 2 dan masih dapat ditoleransi. Tidak ditemukan tanda-tanda infeksi pada area genitalia; area tersebut tampak tidak bengkak, tidak kemerahan, dan balutan terlihat bersih. Hasil laboratorium menunjukkan kadar limfosit dalam batas normal, yaitu 27,8%. Tanda-tanda vital pasien juga dalam rentang normal, dengan tekanan darah 124/62 mmHg, frekuensi nadi 63 kali per menit, dan suhu tubuh 36,3°C. Berdasarkan data tersebut, masalah risiko infeksi dinyatakan teratasi. Intervensi dihentikan dan pasien diperbolehkan pulang untuk melanjutkan perawatan secara rawat jalan.

4.6 Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan catatan tertulis yang dibuat oleh perawat sebagai bukti dari semua aktivitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Catatan ini memuat hasil pengkajian, diagnosis, rencana tindakan, pelaksanaan intervensi, dan evaluasi terhadap kondisi pasien. Tujuan utama dari dokumentasi ini adalah untuk memastikan keberlanjutan perawatan, mempermudah komunikasi antar tim kesehatan, serta menjadi bukti legal atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Dengan dokumentasi yang baik dan lengkap, perawat dapat memberikan pelayanan yang aman, terarah, dan sesuai standar. Dokumentasi juga menjadi bagian penting dari tanggung jawab profesional seorang perawat (Hidayat, 2021). Penulis mencatat asuhan

keperawatan sesuai dengan prinsip dokumentasi yang berlaku. Penulisan dilakukan menggunakan tinta hitam, memakai bahasa Indonesia yang baik dan benar, serta jika terjadi kesalahan penulisan, diperbaiki dengan mencoret satu garis dan diakhiri dengan tanda tangan. Proses dokumentasi mencakup seluruh tahapan asuhan keperawatan, mulai dari pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan tindakan, hingga evaluasi. Informasi yang dicatat berasal dari hasil interaksi langsung dengan pasien, serta sumber lain seperti rekam medis, diagnosis dokter, hasil laboratorium, terapi obat, dan data tambahan lain yang dibutuhkan untuk memperkuat keakuratan informasi pasien.