**BAB IV**

**ANALISA DAN PEMBAHASAN**

# Analisi kasus

# Pada analisa data laporan ini penulis melakukan analisis terhadap kesamaan dan perbedaan antara teori dan masing-masing kasus meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implentasi serta evaluasi keperawatan. Untuk menyamakan standart pengkajian dari semua kasus penulis menggunakan format pengkajian keperawatan yang memuat pengkajian bio-psiko-sosial-spiritual. Dari pengkajian 4 kasus pasien pada waktu pasien post operasi diruangan OK dan ICU penulis menemukan data biologis meliputi : keluhan utama saat selesai operasi yaitu badan terasa dingin dan menggigil. Pada pengkajian aspek psiko-sosial-spiritual tidak dirinci secara detail karena penulis tidak menemukan masalah dalam aspek tersebut. Untuk memudahkan dalam melihat secara keseluruhan dalam membandingkan masing masing kasus maka analisis data tersebut dsajikan dalam bentuk tabel.

# Pada pembahasan pengkajian penulis membahas faktor faktor yang mempengaruhi keparahan kasus BPH post operasi TURP yaitu faktor usia, keluhan penyakit sekarang,besarnya, riwayat penyakit dahulu. Pembahasan pada diagnosa keperawatan yang dibahas adalah kesamaan diagnosa teori dengan kasus nyata serta kesenjanganya diagnosa teori yang tidak muncul pada kasus nyata dikarenakan faktor apa saja, serta kenapa masing masing kasus munculnya jenis diagnosa keperawatan yang berbeda. Pada intervensi yang dibahas adalah kesamaan intervensi apa saja antara teori dan kasus nyata serta adakah kesenjanganya. Untuk implementasi yang dibahas adalah kesenjangan dan kesamaan antara teori dan kasus serta antar masing masing kasus. Pada evaluasi keperawatan masing masing masalah keperawatan teratasi pada hari keberapa serta berapa lama total hari perawatan masing masing kasus.

# Tabel : 4.1. Analisis asuhan keperawatan pasien dengan BPH post TURP

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **variabel** | **Kasus 1 : Tn. A** | **Kasus 2 : Tn. J** | **Kasus 3 : Tn. S** | **Kasus 4 : Tn. T** |
| **1** | **Pengkajian keperawatan** |
| **a** | **Identitas pasien** |
|  | 1) | Faktor usia (paling banyak menyerang usia > 50 Th) | 57 Tahun | 89 Tahun  | 81 Tahun | 86 Tahun  |
| **b** | **Riwayat sakit dan kesehatan (Post Op)** |
|  | 1) | Keluhan utama  | * Badan terasa dingin dan menggigil
 | * Badan terasa dingin dan menggigil
 | * Badan terasa dingin dan menggigil
 | * Badan terasadingin dan menggigil
 |
|  | 2) | Riwayat penyakit keluarga | Hipertensi  | * Hipertensi
* Diabetes melitus
 | Hipertensi  | Tidak ada  |
|  | 3) | Hasil USG Abdomen  | Pembesaran prostat | Pembesaran prostat | Pembesaran prostat | Pembesaran prostat |
|  | 4) | Teraphi medis  | IVFD RL 20 tpmInj Broadced 3x1 gramInj Ondancetron 3X4mgInj torasik 3x30 mgInj lasix 3x1 ampInj kalnex 3x500 mgPertahankan traksi sampai 24 jamLakukan spooling PZ sampai urine jernih | IVFD RL 20 tpmInj Broadced 3x1 gramInj Ondancetron 3X4mgInj torasik 3x30 mgInj lasix 3x1 ampInj kalnex 3x500 mgPertahankan traksi sampai 24 jamLakukan spooling PZ sampai urine jernih | IVFD RL 20 tpmInj Broadced 3x1 gramInj Ondancetron 3X4mgInj torasik 3x30 mgInj lasix 3x1 ampInj kalnex 3x500 mgPertahankan traksi sampai 24 jamLakukan spooling PZ sampai urine jernih | IVFD RL 20 tpmInj Broadced 3x1 gramInj Ondancetron 3X4mgInj torasik 3x30 mgInj lasix 3x1 ampInj kalnex 3x500 mgPertahankan traksi sampai 24 jamLakukan spooling PZ sampai urine jernih |
| **c** | **Riwy peny dahulu** |
|  |  | * Nyeri saat BAK sejak 5 hari yang lalu
 | * Nyeri saat BAK sejak 2 minggu yang lalu, anyang-anyangen dan kencing menetes
 | Nyeri saat BAK sejak 2 tahun yang lalu, nyeri hanya saat kencing | * Nyeri saat BAK sejak 1 hari yang lalu
 |
| **d** | **Pemeriksaan fisik** |
|  |  | Head to toe | * Keadaan Umum: lemah
* Kesadaran: Compos mentis
* Tanda vital
* TD: 130/70 mmHg
* N : 80 X/Mnt
* S : 35,5 `C
* RR : 24 X/Mnt
* SPO2 : 98%
* Menggigil
* Akral: dingin kering kemerahan
* Terpasng kateter threway nomor 24
* Urin berwarna kemerahan
* Produksi urine 1000 cc
* Terpasang traksi kateter
 | * Keadaan Umum: lemah
* Kesadaran: Compos mentis
* Tanda vital
* TD: 140/70 mmHg
* N : 90 X/Mnt
* S : 35 `C
* RR : 16 X/Mnt
* SPO2 : 98%
* Menggigil
* Akral: dingin kering kemerahan
* Terpasng kateter threway nomor 24
* Urin berwarna kemerahan
* Produksi urine 1500 cc
* Terpasang traksi kateter
 | * Keadaan Umum: lemah
* Kesadaran: Compos mentis
* Tanda vital
* TD: 150/70 mmHg
* N : 70 X/Mnt
* S : 35 `C
* RR : 16 X/Mnt
* SPO2 : 98%
* Menggigil
* Akral: dingin kering kemerahan
* Terpasng kateter threway nomor 24
* Urin berwarna kemerahan
* Produksi urine 1000 cc
* Terpasang traksi kateter
 | * Keadaan Umum: lemah
* Kesadaran: Compos mentis
* Tanda vital
* TD: 110/70 mmHg
* N : 60 X/Mnt
* S : 35,2 `C
* RR : 20 X/Mnt
* SPO2 : 98%
* Menggigil
* Akral: dingin kering kemerahan
* Terpasng kateter threway nomor 24
* Urin berwarna kemerahan
* Produksi urine 1000 cc
* Terpasang traksi kateter
 |
| **2** | **Diagnosa keperawatan** |
|  |  | **Muncul 3 diagnosa kep**1. hipotermi berhubungan dengan panas menyebar keseluruh tubuh
2. resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan spooling cairan PZ
3. resiko perdarahan berhubungan dengan proses pembedahan TURP
 | **Muncul 3 diagnosa kep**1. hipotermi berhubungan dengan panas menyebar keseluruh tubuh
2. resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan spooling cairan PZ
3. resiko perdarahan berhubungan dengan proses pembedahan TURP
 | **Muncul 3 diagnosa kep**1. hipotermi berhubungan dengan panas menyebar keseluruh tubuh
2. resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan spooling cairan PZ
3. resiko perdarahan berhubungan dengan proses pembedahan TURP
 | **Muncul 3 diagnosa kep**1. hipotermi berhubungan dengan panas menyebar keseluruh tubuh
2. resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan spooling cairan PZ
3. resiko perdarahan berhubungan dengan proses pembedahan TURP
 |
| **3** | **Intervensi keperawatan** |
|  |  |  |  | 1. Manajemen hipotermi2. Pemantauan elektrolit3. Pencegahan perdarahan  | 1. Manajemen hipotermi2. Pemantauan elektrolit3. Pencegahan perdarahan  | 1. Manajemen hipotermi2. Pemantauan elektrolit3. Pencegahan perdarahan  | 1. Manajemen hipotermi2. Pemantauan elektrolit3. Pencegahan perdarahan  |
| **4** | **Implementasi keperawatan** |
|  |  |  |  | **Manajemen Hipotermi:**1. Memonitor suhu tubuh,S : 35,5 ̊ C
2. Mengidentifikasi penyebab hipotermi, ruangan ICU yang dingin dan cairan infus yang dingin, cairan spooling.
3. Memonitor tanda dan gejala akibat hipotermi, pasien menggigil, kulit kemerahan, akral dingin
4. Melakukan penghangatan pasif, memberikan selimut, memasang penutup kepala

**Pemantauan Elektrolit:**1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit, dilakukan spooling cairan PZ dengan tetesan cepat.
2. Memonitor tanda dan gejala hiponatremia (disorentasi, otot berkedut, sakit kepala, membrane mukosa kering,penurunan kesadaran)
3. Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien setiap 15 menit
4. Mendokumentasikan hasil pemantauan
5. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemantauan.

**Pencegahan Perdarahan :**1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan
2. Mempertahankan bedrest selama perdarahan
3. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan
4. Berkolaborasi dalam pemberian obat pengontrol perdarahan, injeksi kalnex 500 mg iv
 | **Manajemen Hipotermi:**1. Memonitor suhu tubuh, S: 35 ̊ C
2. Mengidentifikasi penyebab hipotermi, cairan spooling dan cairan infus yang dingin
3. Memonitor tanda dan gejala akibat hipotermi, pasien mengeluh dingin, kulit teraba dingin, kulit kemerahan, menggigil
4. Melakukan penghangatan pasif, memberikan penutup kepala, memberikan selimut

**Pemantauan Elektrolit:**1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit
2. Memonitor tanda dan gejala hiponatremia (disorentasi, otot berkedut, sakit kepala, membrane mukosa kering,penurunan kesadaran)
3. Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien setiap 15 menit
4. Mendokumentasikan hasil pemantauan
5. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemantauan.

**Pencegahan Perdarahan :**1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan
2. Mempertahankan bedrest selama perdarahan
3. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan
4. Berkolaborasi dalam pemberian obat pengontrol perdarahan, injeksi kalnex 500 mg, pengunci kateter 30 CC, dipasang traksi 24 jam
 | **Manajemen Hipotermi:**1. Memonitor suhu tubuh
2. Mengidentifikasi penyebab hipotermi
3. Memonitor tanda dan gejala akibat hipotermi
4. Melakukan penghangatan pasif

**Pemantauan Elektrolit:**1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit
2. Memonitor tanda dan gejala hiponatremia (disorentasi, otot berkedut, sakit kepala, membrane mukosa kering,penurunan kesadaran)
3. Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
4. Mendokumentasikan hasil pemantauan
5. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemantauan.

**Pencegahan Perdarahan :**1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan
2. Mempertahankan bedrest selama perdarahan
3. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan
4. Berkolaborasi dalam pemberian obat pengontrol perdarahan
 | **Manajemen Hipotermi:**1. Memonitor suhu tubuh
2. Mengidentifikasi penyebab hipotermi
3. Memonitor tanda dan gejala akibat hipotermi
4. Melakukan penghangatan pasif

**Pemantauan Elektrolit:**1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit
2. Memonitor tanda dan gejala hiponatremia (disorentasi, otot berkedut, sakit kepala, membrane mukosa kering,penurunan kesadaran)
3. Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
4. Mendokumentasikan hasil pemantauan
5. Menjelaskan prosedur dan tujuan pemantauan.

**Pencegahan Perdarahan :**1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan
2. Mempertahankan bedrest selama perdarahan
3. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan
4. Berkolaborasi dalam pemberian obat pengontrol perdarahan
 |
| **5** | **Evaluasi keperawatan** |
|  |  |  |  | * Diagnosa kep hipotermi mulai teratasi pada jam pertama post op saat diruang ICU. Pasien mengatakan dingin sudah berkurang, S : 35,9 ̊ C, TD : 120/80 mmhg, N: 78 x/m, SPO2 : 99%, RR : 18 x/m
* Diagnosa kep resiko ketidakseimbangan elektrolit mulai dilakukan observasi sejak masuk ruangan ICU, dari data obyektif didapatkan dalam 1 jam pertama kesadaran compos mentis, cairan spooling PZ yang masuk 2500 cc dan urine yang keluar 2000 cc, pasien tidak mengeluh pusing, mual atau muntah.
* Diagnosa kep Resiko perdarahan sudah mulai teratasi setelah 2 jam masuk ruangan ICU didapatkan data obyektif yaitu produksi urine 2000 cc/2 jam warna urine kemerahan, terpasang kateter threway dengan kunci 30 cc dan dilkukan traksi selama 24 jam
 | * Diagnosa kep hipotermi mulai teratasi pada jam pertama post op saat diruang ICU. Pasien mengatakan dingin sudah berkurang, S : 36,9 ̊ C, TD : 120/80 mmhg, N: 68 x/m, SPO2 : 99%, RR : 18 x/m
* Diagnosa kep resiko ketidakseimbangan elektrolit mulai dilakukan observasi sejak masuk ruangan ICU, dari data obyektif didapatkan dalam 1 jam pertama kesadaran compos mentis, cairan spooling PZ yang masuk 2500 cc dan urine yang keluar 2000 cc, pasien tidak mengeluh pusing, mual atau muntah.
* Diagnosa kep Resiko perdarahan sudah mulai teratasi setelah 2 jam masuk ruangan ICU didapatkan data obyektif yaitu produksi urine 2000 cc/2 jam warna urine kemerahan, terpasang kateter threway dengan kunci 30 cc dan dilkukan traksi selama 24 jam
 | * Diagnosa kep hipotermi mulai teratasi pada jam pertama post op saat diruang ICU. Pasien mengatakan dingin sudah berkurang, S : 36,5 ̊ C, TD : 120/80 mmhg, N: 66 x/m, SPO2 : 99%, RR : 18 x/m
* Diagnosa kep resiko ketidakseimbangan elektrolit mulai dilakukan observasi sejak masuk ruangan ICU, dari data obyektif didapatkan dalam 1 jam pertama kesadaran compos mentis, cairan spooling PZ yang masuk 2500 cc dan urine yang keluar 2000 cc, pasien tidak mengeluh pusing, mual atau muntah.
* Diagnosa kep Resiko perdarahan sudah mulai teratasi setelah 2 jam masuk ruangan ICU didapatkan data obyektif yaitu produksi urine 2000 cc/2 jam warna urine kemerahan, terpasang kateter threway dengan kunci 30 cc dan dilkukan traksi selama 24 jam
 | * Diagnosa kep hipotermi mulai teratasi pada jam pertama post op saat diruang ICU. Pasien mengatakan dingin sudah berkurang, S : 36,2 ̊ C, TD : 120/80 mmhg, N: 64 x/m, SPO2 : 99%, RR : 18 x/m
* Diagnosa kep resiko ketidakseimbangan elektrolit mulai dilakukan observasi sejak masuk ruangan ICU, dari data obyektif didapatkan dalam 1 jam pertama kesadaran compos mentis, cairan spooling PZ yang masuk 2500 cc dan urine yang keluar 2000 cc, pasien tidak mengeluh pusing, mual atau muntah.
* Diagnosa kep Resiko perdarahan sudah mulai teratasi setelah 2 jam masuk ruangan ICU didapatkan data obyektif yaitu produksi urine 2000 cc/2 jam warna urine kemerahan, terpasang kateter threway dengan kunci 30 cc dan dilkukan traksi selama 24 jam
 |

# Pembahasan

# Analisa pengkajian keperawatan pada pasien dengan post op TURP

# Pengkajian adalah fase yang sangat menentukan terhadap fase selanjutnya yaitu diagnose keperawatan, intervensi sampai evaluasi. Dalam pengkajian ini penulis membahas tentang faktor yang menyebabkan resiko terjadinya Pneumonia. sehingga setiap antar pasien kasus dilapangan (kasus 1-4) memiliki diagnosa yang muncul, intervensi dan evaluasi keperawatan yang berbeda. Factor factor tersebut adalah

# Faktor usia.

# Berdasarkan dari data yang didapatkan dari empat pasien diatas satu pasien berusia 57 tahun dan tiga pasien berikutnya berusia > 80 tahun. Hal ini sesuai dengan teori dari R. Sjamsuhidajat dan Wim de jong (2010) dengan bertambahnya usia, akan terjadi perubahan keseimbangan testosteron dan estrogen karena produksi estrogen menurun dan terjadi konversi testosteron menjadi estrogen pada jaringan adiposa di perifer. Perubahan mikroskopik pada prostat telah terjadi pada pria usia 30-40 tahun. Bila perubahan mikrokopik ini berkembang, akan terjadi perubahan patologik anatomi yang ada pada pria usia 50 tahun angka kejadiannya sekitar 50%, dan pada usia 80 tahun 80%. Sekitar 50% dari angka tersebut menyebabkan gejala dan tanda klinis. Peneliti beranggapan bahwa semakin tua usia seseorang maka fungsi dari organ-organ tubuh juga semakin menurun sehingga menurun pula kerja dari organ tersebut.

# 2.Riwayat kesehatan sekarang

# Berdasar data pengkajian yang ada semua pasien mengeluh badannya terasa dingin dan menggigil hal ini karena selain pengaruh dari cairan yang masuk dan ruang operasi yang suhunya tidak boleh dihangatkan untuk meminimalkan resiko infeksi nosokomial juga dari pengaruh obat anestesi yang menyebabkan vasodilatasi serta berpengaruh pada hipotalamus sebagai pusat pengontrol panas tubuh. Menurut Marta (2013), kejadian hipotermia terjadi 60%- 90% dari keseluruhan pasien post operasi yang menggunakan anastesi spinal. Anastesi spinal adalah salah satu cara menghilangkan sensasi motorik dengan jalan memasukkan obat anastesi ke ruangan subaraknoid. Pada tindakan anastesi spinal terjadi blok pada sistem simpatis sehingga vasodilatsi yang menyebabkan perpindahan panas dari kompartemen sentral ke perifer.

# Analisa diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah pada pasien dengan kasus BPH post op TURP

1. Persamaan dan Kesenjangan Diagnose keperawatan antara teori dan kasus
2. Persamaan

Diagnosa keperawatan pasca operasi BPH yang muncul diruang Recovery Room, yaitu :

1. Hipotermi berhubungan dengan efek lingkungan dan obat anestesi
2. Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan diuresis dari drainase kandung kemih yang terlalu cepat.
3. Resiko perdarahan berhubungan dengan agen cidera biologi (terputusnya kontinuitas jaringan akibat pembedahan)
4. Nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan
5. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik.
6. Resiko infeksi berhubungan dengan peningkatan paparan lingkungan terhadap patogen (adanya media masuknya kuman akibat prosedur invasif).

Pada kasus dilapangan diagnosa keperawatan rata rata yang muncul adalah sama dengan diagnosa keperawatan yang ada dalam teori.

1. Kesenjangan

Dalam teori keperawatan jumlah diagnosa keperawatan yang muncul adalah berjumlah 7 diagnosa keperawatan sedangkan pasien kasus dilapangan dari ke empat kasus muncul 3 diagnosa yang sama, jadi tidak semua diagnosa keperawatan dalam teori muncul dalam semua kasus. Diagnosa keperawatan dalam teori yang tidak pernah muncul dalam semua kasus adalah nyeri akut, kerusakan mobilitas fisik,resiko kerusakan integritas kulit dan resiko infeksi. Untuk diagnosa aktual yaitu nyeri akut belum muncul karena pasien masih didalam ruang pulih sadar dan masih dalam efek dari obat-obat anestesi sehingga nyeri belum terasa nyeri.

# Dari 4 kasus diatas pada pasien dengan kasus BPH post op TURP muncul 3 diagnosa yang sama yaitu :

# Hipotermi berhubungan dengan efek lingkungan dan obat anestesi

# Dari 4 pasien dengan kasus post op TURP semua pasien mengeluh badannya terasa dingin dan badan menggigil ini disebabkan oleh faktor lingkungan yaitu ruangan operasi yang suhunya harus dingin yaitu sekitar 19-24 derajat celcius untuk mengurangi resiko infeksi nosokomial (PERMENKES RI No. 1204/MENKES/SK/X/2004) dan juga dipengaruhi oleh obat-obat anestesi yang efeknya mempengaruhi hipotalamus sebagai pusat pengaturan suhu tubuh. Pemberian anastesi umum ataupun spinal sangat mempengaruhi terjadinya hipotermia. Temperatur inti biasanya turun antara 0,5ºC - 1,5ºC pada jam pertama setelah induksi anestesi, baik melalui anestesi umum atau neuroaksial akibat adanya redistribusi panas dari pusat ke perifer. Setiap obat anestesi, baik opioid maupun obat sedasi, menyebabkan vasodilatasi dan menurunkan kontrol otonom termoregulasi, hal ini memfasilitasi terjadinya hipotermia (Mathews, 2002 dalam Pamuji, 2008). memiliki penyakit kronis seperti diabetes. Pada tindakan anestesi spinal (SAB) terjadi blok pada sistem simpatis sehingga terjadi vasodilatasi yang mengakibatkan perpindahan panas dari kompartemen sentral ke perifer, hal ini yang akan menyebabkan hipotermi.

# Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan drainase dari kandung kemih yang terlalu cepat.

# Pada pasien dengan kasus post op TURP kejadian yang sangat ditakutkan adalah terjadinya komplikasi Syndrom TURP yaitu sindrom yang disebabkan karena kelebihan volume cairan irigasi sehingga menyebabkan hiponatremia (Peters and Olson, 2011). Sindrom ini disebabkan oleh *post* TUR tumor kandung kemih, diagnostik penyakit dengan *cystoscopy*, *percutaneus nephrolithotomy*, *arthroscopy*, berbagai macam tindakan ginekologi yang menggunakan endoskopi dan irigasi, kelebihan penyerapan cairan irigasi TURP, terbukanya sinus pada prostat, tingginya tekanan cairan irigasi, waktu operasi > 60 menit (Gravenstein D, 1997, Moorthy, 2002, Hawary, 2009).

# Resiko perdarahan berhubungan dengan diskontinuitas jaringan

# Pada pasien dengan post op TURP produksi urine berwarna kemerahan karena terdapat luka pada prostat, urine berwarna kemerahan biasanya berlangsung selama lebih dari 24 jam kemudian selanjutnya akan berwarna jernih. Pasien dengan TURP terpasang kateter dengan ukuran besar yaitu nomor 24 threeway dan dilakukan penguncian sebanyak 30 cc untuk menekan pedarahan dikandung kemih dan dilakukan pemasangan traksi agar posisi kateter tidak berubah. Pasien TURP dilakukan spooling atau drainase cairan PZ dengan tetesan diguyur untuk menghentikan perdarahan.

# Analisa perencanaan tindakan keperawatan pada masalah yang timbul meliputi penetapan tujuan dan intervensi keperawatan pada pasien dengan kasus BPH post op TURP

# Persamaan dan kesenjangan rencanaan tindakan keperawatan antara teori dan kasus

# Perencanaan tindakan keperawatan pada masalah yang timbul di setiap kasus sangat bergantung pada analisa data yang didapatkan dan rumusan diagnosa keperawatan. Dalam laporan ini rencana tindakan keperawatan antara teori dan kasus memiliki kesamaan antara keduanya yang meliputi :

1. Hipotermi dengan intervensi manajemen hipotermi
2. Resiko ketidakseimbangan elektrolit dengan intervensi pemantauan elektrolit
3. Resiko perdarahan dengan intervensi pencegahan perdarahan

Namun dalam kenyataannya tidak semua tidakan keperawatan bisa dilakukan seperti penanganan hipotermi penghangatan aktif tidak bisa dilakukan karena terkendala fasilitas kemudian menghangatkan lingkungan juga tidak bisa dilakukan karena ruang OK dan ICU suhunya hrus dingin untuk menghindari infeksi nosokomialserta menganjurkan pasien makan atau minumhangat tidak bisa dilakukan karena pasien masih dipuasakan.

# Analisa tindakan keperawatan berdasarkan tujuan dan intervensi keperawatan yang sudah ditetapkan pada pasien dengan kasus BPH post op TURP

# Dari keempat pasien mendapatkan tindakan keperawatan yang sama yaitu :

# Diagnosa 1 : Hipotermi

Managemen hipotermi yang bisa diberikan diruang ICU terutama adalah memonitor suhu tubuh, memonitor tanda dan gejala hipotermi, mengganti linen yang basah, melakukan penghangatan pasif yaitu memberikan selimut dan penutup kepala. Untuk tindakan terapeutik sepeti menyediakan lingkungan yang hangat tidak bisa dilakukan karena ruang ICU suhunya harus dingin untuk meminimalkan infeksi nosokomial dan tindakan penghangatan aktif juga tidak bisa dilakukan di RSU Aminah karena belum tersedianya fasilitas. Pasien juga masih dipuasakan sampai kaki bisa digerakkan atau bising usus positif sehingga edukasi untuk makan atau minum hangat tidak bisa dilakukan. Pasien dengan shivering atau derajat hipotermi yang berat akan diberikan analgetik opioid yaitu petidin tetapi tindakan ini harus sesuai dengan advis dokter anestesi. Untuk tindakan penanganan hipotermi di RSU Aminah terutama di ruang OK dan ICU pada pasien post operasi belum sesuai dengan teori karena terkendala dengan fasilitas.

# Diagnosa 2 : Resiko ketidakseimbangan elektrolit

# Pemantauan elektrolit yang diberikan di ruang ICU terutama adalah memonitor keluhan mual dan muntah, memonitor kehilangan cairan karena pasien dilakukan spooling dengan tetesan yang cepat dan diberikan deuretik, memonitor tanda dan gejala hiponatremia akibat irigasi cairan TURP seperti membran mukosa kering, sakit kepala, disorentasi dan penurunan kesadaran, mengatur interval pemantauan pasien setiap 15 menit hal ini dilakukan untuk mengantisipasi bila terjadi komplikasi Syndrom TURP. Penanganan resiko ketidakseimbangan elektrolit antara lahan dan pada teori sudah sama.

# Diagnosa 3 : Resiko perdarahan

# Pencegahan perdarahan yang diberikan diruang ICU terutama adalah memonitor tanda dan gejala perdarahan untuk pasien TURP produksi urine berwarna kemerahan, mempertahankan bedrest dan terpasang kateter threway nomor 24 dengan diberikan penguncian sebanyak 30 cc serta dilakukan traksi pada kateter selama 24 jam, berkolaborasi dalam pemberian obat pengontrol perdarahan yaitu injeksi kalnex 500 mg iv. Penanganan resiko perdarahan antara lahan dan teori sudah sama.

# Analisa evaluasi keperawatan berdasarkan tujuan keperawatan yang telah dicapai pada pasien dengan kasus BPH post op TURP

# Berdasarkan Analisis asuhan keperawatan pasien Pneumonia dijelaskan bahwa dari tiap tiap kasus diagnosa keperawatan yang muncul teratasi dalam waktu yang berbeda beda dalam laporan ini penulis akan membahasanya pada setiap diagnosanya

# Diagnosa keperawatan hipotermi

# Semua pasien kasus nomer 1-4 muncul diagnosa keperawatan hipotermi karena semua pasien mengalami keluan dingin dan menggigil, dari keempat pasien mengatakan merasa badannya dingin sejak didalam ruang operasi dan bertambah dingin setelah dilakukan pembiusan, pasien masih mengeluh badan terasa dingin dan menggigisetelah selesai operasi. Keluhan dingin mulai berkurang setelah dilakukan observasi diruang ICU, observasi dilakukan selama 2 jam sampai pasien stabil, biasanya efek dari anestesi spinal hilang dalam 4 sampai 5 jam. Awalnya rasa dingin akan berkurang kemudian kaki mulai bisa digerakkan maka pasien boleh pindah keruang rawat inap biasa. Masalah hipotermi sudah teratasi pasien dipindahkan keruang rawat inap biasa.

# Diagnosa keperawatan resiko ketidakseimbangan cairan elektrolit

# Semua pasien kasus nomor 1-4 muncul diagnosa keperawatan resiko ketidakseimbangan cairan elektrolit karena pada pasien TURP diberikan irigasi cairan yang cepat untuk membersihkan kandung kemih dan menghentikan perdarahan, hal yang paling ditakutkan pada pasien denganTURP adalah terjadinya komplikasi Syndrom TURP yaitu kelebihan cairan akibat irigasi cairan sehingga menyebabkan hiponatremia.

# Perawatan pasien post operasi TUR P seharusnya dilakukan observasi selama 24 jam di ruangan ICU karena pasien dengan post op tur p ditakutkan mengalami syndrom turp yaitu merupakan komplikasi yang terjadi pada pasien post operasi TURP yang didefinisikan dengan kelebihan volume cairan selama irigasi yang menyebabkan hiponatremia dan hipervolemia (Gravenstein, 1997; Moorthy, 2002; Hawary, 2009; dan Hawary, 2009). Karakteristik dari sindrom TURP syndrome adalah kebingungan mental, mual dan muntah, hipertensi, bradikardi dan gangguan pengelihatan. Hal itu dikarenakan dilusi hiponatremia (serum natrium <125 mEq/l) yang awalnya muncul saat terjadinya perforasi kapsular atau sinus yang kemudian dilanjutkan dengan irigasi cairan. Pasien dengan anestesi spinal menunjukkan sikap yang tidak bisa tenang, gangguan cerebral dan gemetaran. Ketiga hal ini adalah tanda dan gejala minimal sampai jika kurang mendapatkan intervensi spesifik dapat mengakibatkan kolap kardiovaskuler, kegagalan multi organ dan bahkan kematian (Marszalek, 2009; Claybon, 2009; dan Hawary, 2009). Kejadian sindrom TURP sangat cepat, dapat terjadi 15 menit setelah operasi selesai hingga 24 jam (Swaminathan dan Tormey, 1981). sehingga apabila tidak dilakukan pemeriksaan post operasi TURP secara dini, maka dikuatirkan telah sindrom TURP yang mengakibatkan kematian.

# Menurut peneliti perawatan pasien post op tur p setelah 2 jam diobservasi di ICU boleh dilakukan perawatan diruangan dengan catatan harus dilakukan observasi yang ketat, harus dilakukan pengkajian tentang keluhan yang dirasakan dan bila muncul tanda-tanda syndrom turp maka perawat harus segera melaporkan ke dokter jaga atau DPJP sehingga mendapatkan tindakan yang tepat. Menurut peneliti rumah sakit sudah tepat dalam mengambil keputusan karena jika pasien tur p dirawat di ICU selama 24 jam Post Op maka beban biaya perawatan semakin bertambah karena sewa ruang ICU relatif mahal.

# Masalah keperawatan resiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi sehingga dilanjutkan diruang rawat inap biasa dengan dilakukan observasi yang ketat untuk meminimalkan komplikasi TURP.

# Diagnosa 3: resiko perdarahan

# Pada diagnosa ini semua kasus 1-4 ada, dikarenakan semua mengalami resiko perdarahan, dari keempat pasien tidak mengeluh pusing, badan terasa masih lemah dan kaki mulai bisa digerakkan, evaluasi dari keempat pasien saat dilakukan observasi selama 2 jam di ruang ICU didapatkan urine wasih berwarna merah segar, urine akan mulai jernih biasanya setelah 24 jam. Masalah resiko perdarahan belum teratasi dan dilanjutkan diruangan.