

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN BATU
URETER *POST OP URETEROLITOTOMI* HARI KE 0 DI
RUANG BAITUS SALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN
AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Anis Widiana

40901800006

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN BATU
URETER *POST OP URETEROLITOTOMI* HARI KE 0 DI
RUANG BAITUS SALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN
AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Anis Widiana

40901800006

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2021**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 2 Juni 2021



Anis Widiana

NIM 40901800006

HALAMAN PERSETUJUAN

**KARYA TULIS ILMIAH BERJUDUL ASUHAN
KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN BATU URETER POST OP
URETEROLITOTOMI HARI KE 0 DI RUANG BAITUS SALAM 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan Disusun Oleh :

Nama : Anis Widiana

Nim : 40901800006

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan penguji karya tulis ilmiah program studi D-III keperawatan fakultas ilmu keperawatan unissula semarang pada

Hari : Rabu

Tanggal : 2 Juni 2021

Semarang, 2 Juni 2021

Pembimbing



(Ns. Mohammad Arifin Noor, M. Kep)

NIDN.06-2708-8403

HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah prodi DIII keperawatan FIK unissula pada hari Jum'at Tanggal 11 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan tim penguji

Semarang, 11 Juni 2021

Penguji I

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN
NIDN. 06-0510-8901

()

Penguji II

Ns. Suyanto, M. Kep, Sp. Kep.MB
NIDN. 06-2006-8504

()

Penguji III

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep
NIDN. 06-2708-8403

()

Mengetahui
Dekan fakultas ilmu keperawatan

()

Iwan Ardian , SKM., M.Kep
NIDN.06-2208-7403

HALAMAN PERSEMBAHAN

Segala puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan kemudahan, kekuatan, dan kelancaran sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Shalawat dan salam, semoga senantiasa tercurah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, yang membawa dan menerangi hati nurani kita, menjadi cahaya bagi segala perbuatan mulia.

Persembahan karya tulis ilmiah ini dan rasa terima kasih, penulis ucapkan kepada:

1. Bapak dan ibu tercinta terimakasih atas doa, semangat, motivasi, pengorbanan, nasehat serta kasih sayang yang tiada henti sampai saat ini
2. Saudara- saudaraku tersayang yaitu kak Anas, mbak Lia, mbak Ani, mbak Zum dan kembaran saya Diani, terimakasih atas dukungan, doa, nasehat, masukan dan semangatnya.
3. Sahabat- sahabat terbaik saya yang sudah memberikan masukan, saran, motivasi dalam mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
4. Teman seperjuangan D3 Keperawatan Angkatan 2018, terimakasih atas segala bantuan kalian. Semoga kebersamaan selama ini dapat menjadi kenangan yang tidak terlupakan.
5. Seluruh pihak yang turut berkontribusi atas terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.

HALAMAN MOTTO

Karunia Allah yang paling lengkap adalah
kehidupan yang didasarkan pada ilmu pengetahuan.

(Ali bin Abi Thalib)

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb,

Alhamdulillahirobbil'alamin, segala puji dan syukur bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunianya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Shalawat dan salam penulis haturkan kepada Nabi Muhammad SAW yang menjadi suri tauladan kita sepanjang zaman, sehingga penulis telah diberi kesempatan menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. S dengan Batu Ureter *Post Ureterolitotomi* Hari ke 0 di Ruang Baitus Salam 1 RSI Sultan Agung Semarang" sebagai salah satu syarat meraih gelar Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari kerjasama dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada :

1. Drs. Bedjo Santoso, MT., Ph.D, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep, selaku Kaprodi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep, selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan motivasi selama proses penyusunan karya ulis ilmiah.
5. Seluruh dosen serta staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang selalu membantu penulis dalam aktivitas akademik.
6. Kedua orang tua tercinta yang senantiasa mendoakan, menyemangati, dan kasih sayang yang luar biasa sehingga dapat menyelesaikan tugas dengan baik.

7. Saudara-saudara saya yang tersayang yaitu kak Anas, mbak Lia, mbak Ani, Mbak zum dan kembaran saya Diani yang selalu memberikan perhatian, semangat dan membantu dalam pendidikan selama ini.
8. Sahabat terbaik saya Ayu Meilia, Haliza, Rina, Uswa, Tari, Hilda dan Siska yang selalu memberikan semangat dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
9. Sahabat saya dari luar institusi Erika Dian, Elok Okta, Rina, Fina dan Silfi yang selalu memberikan motivasi dan memberikan semangat selama pembuatan karya tulis ilmiah ini.
10. Teman satu bimbingan dengan saya Alvia Ilfa dan Arta Liana yang dari awal menemani dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini dan teman-teman seperjuangan D3 Keperawatan Angkatan 2018 yang selalu memberikan semangat dan keceriaan tersendiri.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk hasil yang lebih baik kedepannya. Akhirnya, penulis berharap karya tulis ilmiah ini nantinya dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Wassalamu'alaikum wr.wb.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
HALAMAN MOTTO	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
I. Latar Belakang	1
II. Tujuan Penulisan.....	3
III. Manfaat Penulisan	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
I. Konsep Dasar	5
A. Pengertian	5
B. Etiologi	5
C. Patofisiologi.....	5
D. Tanda dan Gejala.....	6
E. Pemeriksaan diagnostik	6
F. Komplikasi	7
G. Penatalaksanaan Medis.....	7
II. Konsep Dasar Keperawatan	9
A. Pengkajian keperawatan	9
B. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi	10
III. Pathways.....	13

BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	14
I. Pengkajian Keperawatan.....	14
II. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan.....	22
III. Planning/ Intervensi Keperawatan.....	22
IV. Implementasi	23
V. Evaluasi.....	26
BAB IV PEMBAHASAN.....	30
I. Pengkajian	30
II. Diagnosa Keperawatan.....	31
BAB V PENUTUP.....	34
I. Simpulan	34
II. Saran.....	35
DAFTAR PUSTAKA	36
LAMPIRAN.....	38

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Laboratorium 1.....	19
Tabel 3. 2 Laboratorium 2.....	19
Tabel 3. 3 Urinalisa.....	21
Tabel 3. 4 Radiologi.....	21

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Kesediaan Pembimbing.....	38
Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi	39
Lampiran 3 Lembar Konsultasi Bimbingan.....	40
Lampiran 4 Asuhan Keperawatan.....	43

BAB I

PENDAHULUAN

I. Latar Belakang

Batu ureter terjadi ketika terdapat proses pengendapan dan kristalisasi batu. Menurut Muttaqin, Arif & Sari (2014) pengendapan kristalisasi batu pada ureter disebabkan adanya peningkatan pemekatan urin dan perubahan pH.

Menurut (Purnomo, 2011) penemuan kasus pasien dengan batu buli banyak ditemui di Negara berkembang dan penyakit batu saluran bagian kemih bagian atas banyak ditemui di Negara maju. Tingkat status gizi masing-masing individu dan kepadatan kegiatan harian memengaruhi kejadian tersebut. Sekitar 1-12% jiwa di dunia mengalami gangguan batu saluran kemih.

Angka kejadian batu ureter di Indonesia diperoleh sebesar 499,800 jiwa, 58,959 jiwa melakukan kunjungan, 19,018 jiwa dirawat dengan presentase angka mortalitas 1,98% atau 378 jiwa dari semua jumlah pasien yang dirawat. Presentase jumlah kejadian batu saluran kemih 0,6 %. Pravelensi kasus di Jawa Tengah mencapai 0,8% sejajar dengan daerah Jawa Barat dan Sulawesi Tengah. Jumlah kasus tertinggi di Yogyakarta dengan presentasi 1,2% dan disusul Aceh presentase 0.9%. Sebanyak 10% masyarakat di Indonesia memiliki resiko untuk menderita Ureterolithiasis, dan 50% pada mereka yang pernah menderita, Ureterolithiasis akan timbul kembali dikemudian hari (RISKESDAS,2018).

Menurut Hidayah, Nugroho, & T Widiyanto, (2013) Manifestasi klinis pada pasien batu ureter adalah nyeri pinggang hingga nyeri kolik,

nausea, muntah, dysuria hingga hematuria (adanya darah atau sel eritrosit dalam urin). Adanya batu ureter dapat menimbulkan obstruksi, menurut Muttaqin (2014) obstruksi pada ureter dapat menimbulkan *hidroureter* dan *hidronefrolitiasis* selain itu obstruksi yang terjadi pada ureter memicu kontraksi otot polos ureter sehingga menimbulkan rasa nyeri akut dan nyeri kolik serta peningkatan miksi, dan trauma fisik antara batu dan epitel ureter akan menimbulkan luka sehingga akan terjadi hematuria dan pyuria.

Penatalaksanaan medis harus segera dilakukan apabila *ureterolithiasis* terdiagnosa. Suddarth (2013) menjelaskan bahwa terdapat 2 jenis tindakan yang dapat dilakukan yaitu tindakan bedah dan non bedah. Pada tindakan bedah, salah satu prosedurnya adalah ureterolitotomy atau open surgery. Hal yang dilakukan tersebut akan menimbulkan beberapa masalah keperawatan. Masalah keperawatan yang terjadi pada pasien pasca operasi ureterolitotomy diantaranya nyeri akut kemudian dapat menyebabkan resiko infeksi, pola tidur yang terganggu, dan hambatan mobilitas fisik (Price, 2013) .

Semua pasien yang baru menjalani operasi pasti akan merasakan nyeri. Menurut Nurarif (2013) nyeri akut ditimbulkan dari kerusakan jaringan sehingga menimbulkan pengalaman yang tidak menyenangkan pada persepsi sensori individu tersebut.

Solusi untuk menangani pasien yang mengalami nyeri dilakukan dengan teknik farmakologi atau obat-obatan yaitu kolaborasi memberikan analgesik atau pereda nyeri dan teknik non farmakologi yaitu teknik relaksasi nafas dalam (Mayasari, 2016). Cara ini dapat membantu menghilangkan rasa nyeri. Menurut (Potter, 2010) merileksasikan otot-otot tubuh dengan cara tersebut merupakan metode yang tepat untuk meminimalkan rasa tidak nyaman atau nyeri.

Perawatan luka pasca operasi diperlukan untuk mengurangi resiko infeksi. Tindakan harus sesuai dengan ketentuan SOP karena berpengaruh terhadap waktu proses penyembuhan luka (Hakim,2015).

Pola tidur pasien pasca operasi terganggu karena nyeri yang dirasakan. Kualitas tidur dan waktu kecukupan tidur pasien terganggu karena hal tersebut. Upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan dukungan tidur dan edukasi aktivitas/istirahat (PPNI, 2018).

Pada pasien pasca operasi *ureterolitotomi*, perawat berperan sebagai pelaksana dan edukasi. Peran sebagai pelaksana yaitu memberikan layanan asuhan keperawatan secara professional seperti memberikan tindakan manajemen nyeri dan melakukan perawatan luka pada pasien pasca operasi *ureterolitotomi*. Peran perawat sebagai pendidik yaitu memberikan edukasi pada pasien dan keluarga tentang perawatan luka serta pentingnya istirahat dan tidur.

Berdasarkan latar belakang yang didapatkan maka penulis tertarik untuk menyusun “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Batu Ureter *Post Op Ureterolithotomi* Hari ke 0 di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

II. Tujuan Penulisan

A. Tujuan Umum

Karya tulis ilmiah ini bertujuan agar peneliti mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Batu Ureter *Post Op Ureterolitotomi* Hari ke 0.

B. Tujuan Khusus

1. Mampu menjelaskan konsep dasar Batu Ureter meliputi pengertian, etologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, komplikasi dan penatalaksanaan medis.
2. Mampu menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan batu ureter meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi.
3. Mampu menjelaskan dan menganalisa asuhan keperawatan pada Tn. S dengan *Post Op Ureterolitotomi* Hari ke 0 yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

III. Manfaat Penulisan

A. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan memberikan masukan dan menjadi evaluasi untuk mengetahui perkembangan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan *Post Op Ureterolitotomi*.

B. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan menjadi wacana mengenai asuhan keperawatan *Post Op Ureterolitotomi*

C. Bagi lahan praktik

Diharapkan rumah sakit mampu menerapkan dan dijadikan tolak ukur mengenai asuhan keperawatan yang tepat diberikan pada *Post Op Ureterolitotomi*

D. Bagi masyarakat

Diharapkan memberikan informasi perawatan dan upaya promotif khususnya bagi pasien dengan *Post Op Ureterolitotomi*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

I. Konsep Dasar

A. Pengertian

Pengendapan dari senyawa tertentu yang berangsur lama dapat menjadi hambatan benda di saluran kemih yang disebut *urolithiasis* (Purnomo, 2011).

Ureterolithiasis merupakan suatu kondisi adanya batu (kalkuli) di ureter. Batu ureter dapat menyebabkan masalah pada sistem kemih dan masalah keperawatan lainnya (Muttaqin, Arif & Sari, 2014).

B. Etiologi

Secara epidemiologis, faktor yang berpengaruh adalah (Purnomo, 2011):

1. Faktor dari dalam pasien yaitu apakah pasien mempunyai keluarga yang memiliki penyakit yang sama, rentang usia antara tiga puluh tahun hingga lima puluh tahun, potensi dimana pria lebih besar sebanya tiga kali lipat dibandingkan wanita.
2. Faktor dari luar pasien yaitu letak wilayah, cuaca dan temperature, tingkat konsumsi air dan mineral, dan aktivitas sehari-hari.

C. Patofisiologi

Peristaltic otot-otot pada pelvikalis berperan mendorong batu turun menuju saluran ureter, sehingga munculah batu ureter. kemudian tenaga peristaltic ureter mendorong batu hingga kandung kemih. Diameter batu kurang dari <5mm dapat keluar spontan namun jika lebih dari itu biasanya berada di ureter dan menimbulkan reaksi peradangan (Muttaqin, Arif & Sari, 2014).

D. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada pasien batu ureter adalah (Hidayah et al., 2013):

1. Nyeri pada pinggang

Nyeri yang terjadi meliputi nyeri tumpul dan tidak spesifik yang bersifat akut atau kronik.

2. Nyeri kolik

Nyeri kolik disebabkan adanya peregangan pada ureter dan gerakan peristaltic ureter.

3. Mual dan Muntah

4. Dysuria

Dysuria adalah perasaan tidak tenang hingga perasaan nyeri pada saat buang air kecil.

5. Hematuria

Terbawanya darah atau sel eritrosit yang keluar bersama urine.

E. Pemeriksaan diagnostik

Menurut (Muttaqin, Arif & Sari, 2014) beberapa pemeriksaan diagnostic yang dilakukan adalah:

1. Pemeriksaan sedimen urine

Mengetahui adanya sel darah putih dalam urine, sel eritrosit dalam urine, dan komponen penyusun batu.

2. Pemeriksaan kultur urine

Mengetahui adanya kuman yang bertambah sebagai perombak urea.

3. Pemeriksaan fungsi ureter

mengontrol degradasi fungsi.

4. Pemeriksaan elektrolit

Mengetahui peran kalsium darah yang meningkat.

5. Pemeriksaan foto polos abdomen, PIV, urogram dan USG

Mengintrepetasi letak, ukuran dan bentuk batu.

F. Komplikasi

Beberapa komplikasi yang mungkin terjadi pada batu ureter adalah (Zamzami, 2018) :

1. Hematuria atau buang air kecil berdarah.
2. Keluar batu saluran kencing spontan.
3. Gagal ginjal.

G. Penatalaksanaan Medis

Pengeluaran batu dapat menggunakan cara sebagai berikut (Purnomo, 2011)

1. Medikamentosa

Pada batu yang berukuran kurang dari 5mm penerapan terapi medikamentosa dapat dilakukan. Terapi ini diharapkan dapat mengeluarkan batu secara langsung sehingga nyeri dapat berkurang, aliran urine lancar setelah diberikan obat diuretik, konsumsi cairan yang cukup juga diupayakan dapat membantu mengeluarkan batu.

2. ESWL (*Extracorporeal Shockwave Lithotripsy*)

Pengeluaran batu dengan tindakan ini dilakukan tanpa pembiusan. Terapi ini bertujuan untuk memecah batu sehingga memperlancar pengeluaran batu.

3. Endurologi

Pada terapi ini, mengeluarkan batu dari saluran kemih dengan memecah batu kemudian dikeluarkan melalui alat yang sudah terpasang pada saluran kemih.

4. Bedah Laparoscopi

Teknik bedah ini banyak diminati karena meminimalkan luka sayatan pada tindakan operasi

5. Bedah terbuka

Jenis tindakan yang dilakukan pada pasien *ureterolithiasis* yaitu tindakan *Ureterolitotomi*. Ini merupakan jenis tindakan operasi terbuka.

II. Konsep Dasar Keperawatan

A. Pengkajian keperawatan

Menurut (Eka Pranata, Andi & Prabowo, 2014) pengkajian utama yang dapat dilakukan adalah:

1. Biodata

Pada data yang ditemukan, presentase laki-laki lebih tinggi mengalami kejadian ureterolithiasis dibandingkan wanita.

2. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan dominan yang terjadi dan biasanya diucapkan bersumber dari pasien dan harus segera ditangani. Pada kasus ini, biasanya klien mengeluh nyeri.

3. Riwayat penyakit

Mengkaji tentang faktor yang menunjukkan resiko terjadi batu seperti asam urat, kolestrol tinggi, kadar kalsium dalam darah tinggi, dan lainnya.

4. Pola psikososial

Pada pola psikososial tidak ada pengaruh antara kondisi penyakit *urolithiasis* terhadap interaksi sosial, namun dapat terjadi hambatan yang dikarenakan adanya ketidaknyamanan (nyeri) yang mengakibatkan pasien hanya terfokus pada rasa sakitnya.

5. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Aktivitas terganggu akibat nyeri yang dirasakan, pemenuhan kebutuhan cairan kurang akibat pasien sering takut ketika mengonsumsi banyak air sehingga urine bertambah dan memperberat rasa tidak nyaman.

6. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan ini, melakukan pemeriksaan TTV dan mengobservasinya. Pengkajian head to toe juga dilakukan untuk mengetahui gangguan lainnya yang terjadi pada pasien.

B. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi

Menurut SDKI (PPNI, 2018) setelah dilakukan analisa data, diagnosa keperawatan pada pasien adalah:

1. Nyeri akut

a. Pengertian

Nyeri akut terjadi secara tiba-tiba atau lama dengan kekuatan nyeri berkisar ringan hingga berat dan dialami dalam waktu 0-3 bulan. Nyeri akut terjadi saat terdapat kerusakan jaringan sehingga mengakibatkan pengalaman tidak menyenangkan pada persepsi sensori dan atau emosional.

Data Mayor :

Keluhan nyeri, wajah pasien meringis dan bersikap melindungi , pasien merasa gelisah, denyut nadi naik.

Data Minor :

Tekanan darah pasien naik, pola napas tidak efektif, proses berpikir terganggu, menarik diri.

2. Risiko infeksi

a. Pengertian

Resiko infeksi adalah berisiko terpapar kuman yang lebih tinggi.

Faktor risiko:

Faktor risiko terjadinya infeksi adalah penyakit yang menetap, efek prosedur invasive, malnutrisi, terpapar kuman atau bakteri, daya imun tubuh.

3. Gangguan Pola Tidur

a. Pengertian

Terganggunya pola tidur meliputi kualitas dan kebutuhan tidur yang diakibatkan penghambat tidur.

b. Data Mayor

Pasien biasanya mengeluh sulit tidur, merasa kurang tidur, jadwal keseharian tidur mengalami perubahan, dan kecukupan istirahat kurang.

c. Data Minor

Keluhan pasien aktivitas menurun.

Menurut SLKI (PPNI, 2018) dan SIKI (PPNI, 2018) Tujuan dan kriteria hasil serta intervensi yang dapat dilakukan adalah:

1. Nyeri akut

Diharapkan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun.

Intervensi :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri
- c. Beri teknik non farmakologis
- d. Kontrol lingkungan sesuai kondisi pasien
- e. Kolaborasi analgesic

2. Risiko infeksi

Diharapkan demam menurun kemerahan menurun nyeri menurun.

Intervensi:

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- b. Batasi jumlah pengujung
- c. Lakukan perawatan luka dengan prinsip aseptik
- d. Kolaborasi antibiotic yang sesuai

3. Gangguan Pola Tidur

Diharapkan keluhan sulit tidur, sering terjaga, pola tidur berubah menurun

Intervensi:

- a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b. Identifikasi faktor pengganggu tidur
- c. Modifikasi lingkungan
- d. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- e. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

III. Pathways

(Price, 2013)

Faktor

idiopatik:

gangguan aliran urine, gangguan metabolisme, ISK, dehidrasi.

Faktor ekstrinsik:

Faktor intrinsik:

keturunan, umur, jenis kelamin,

Defisiensi kadar magnesium, sitrat prifosfor, mukoprotein, dan peptide

Resiko kristalisasi mineral

Peningkatan konsistensi larutan urine

Penumpukan kristal

Pengendapan

Batu saluran kemih

Dilakukan tindakan pembedahan

Terputusnya kontinuitas jaringan kelemahan fisik perubahan status kesehatan

Nyeri akut

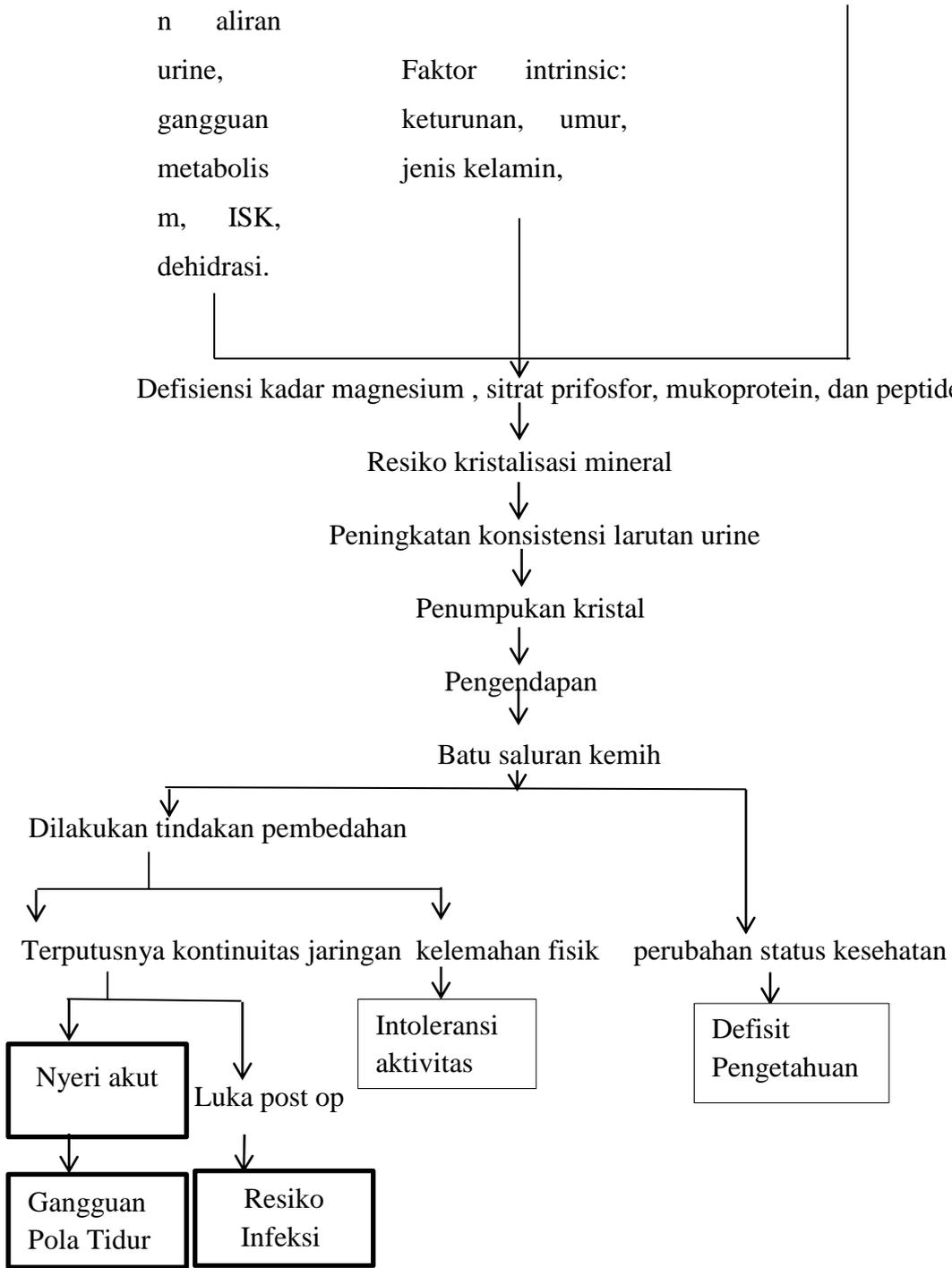
Luka post op

Intoleransi aktivitas

Defisit Pengetahuan

Gangguan Pola Tidur

Resiko Infeksi



BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

I. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dimulai pada tanggal 1 Februari 2021 pukul 15.00 WIB. Penulis melakukan wawancara secara langsung terhadap pasien dan keluarganya, penilaian langsung ke pasien dan melihat data dari rekam medik seperti hasil laboratorium, terapi apa yang didapat oleh pasien, hasil radiologi dan melihat catatan perkembangan pasien serta melakukan penilaian skala nyeri pasien. Pasien Tn.S memiliki usia 60 tahun, pendidikan SMP, pasien masuk RS pada tanggal 30 Januari 2021 pukul 16.00 WIB. Pasien dibawa ke RSI Sultan Agung Semarang karena merasakan nyeri dibagian pinggang, nyeri saat BAK dan BAK tidak lancar rasanya seperti tidak tuntas dan urine sedikit yang keluar kemudian dari data pemeriksaan yang didapatkan pasien mengalami *Ureterolithiasis* kemudian mendapatkan tindakan operasi *Ureterolithotomi* pada tanggal 1 Februari 2021 pukul 07.00 WIB

A. Riwayat Kesehatan

Keluhan utama yaitu nyeri pada luka setelah operasi. Riwayat kesehatan pada pasien sekarang mengatakan nyeri dirasakan pada saat istirahat/bergerak. P : Nyeri setelah operasi dirasakan pada saat istirahat/bergerak, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : pinggang sebelah kanan, S : 5 (1-10), T : hilang timbul

Pada riwayat kesehatan sebelumnya pasien mengatakan mengalami keluhan nyeri dibagian pinggang, nyeri saat BAK dan BAK tidak lancar. Pasien merasakan keluhan bertahap kurang lebih 3 bulan yang

lalu dan melakukan rawat jalan. Pasien tidak pernah mengalami trauma fisik seperti kecelakaan serta tidak memiliki alergi obat-obatan tertentu, dan pasien sudah lupa dengan imunisasi yang pernah dilakukan waktu kecil

Pasien Tn.S merupakan anak ke 2 dari 4 bersaudara , istrinya merupakan anak ke 2 dari 2 bersaudara. Tn S dan istrinya memiliki 3 anak yaitu 1 laki-laki dan 2 perempuan. Keluarga pasien pernah memiliki penyakit seperti yang diderita pasien saat ini yaitu saudara laki-laki pasien akan tetapi sudah dilakukan pengobatan. Pasien tinggal di daerah perkampungan, rumah dan lingkungan sekitar bersih, dan jauh dari jalan raya serta kemungkinan terjadi bahaya rendah.

B. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon (Data Fokus)

Pada pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, menurut Tn.S kesehatannya itu harus dijaga dan penting serta merupakan rahmat dari tuhan yang perlu disyukuri. Pasien jika sakit pergi berobat ke pelayanan kesehatan setempat. Pasien mengatakan penyakit yang sedang diderita dikarenakan pola hidup yang dijalannya kurang baik seperti mengonsumsi rokok. Sebelum sakit Tn.S bekerja sebagai petani. Selama dirawat pasien tidak lagi bekerja dan mulai berusaha menjaga kesehatannya dan saat ini ingin fokus pada pengobatan dan kesembuhan yang dilajani.

Pada pola nutrisi dan metabolic, Tn.S mengatakan sebelum sakit pola makan teratur yaitu 3x sehari dengan lauk yang seadanya, tidak ada pantangan atau makanan tertentu yang tidak boleh dimakan, Tn.S tidak mengalami gangguan menelan maupun mengunyah, BB 68Kg, sedangkan untuk pola minumannya yaitu 4-5 gelas dalam sehari biasanya air putih dan teh. Selama dirawat Tn.S makannya juga teratur 3x sehari namun mengalami penurunan nafsu makan sehingga hanya habis setengah porsi yang didapatkan dari rumah sakit, BB pasien

tidak mengalami penurunan, sedangkan untuk pola minum 5 gelas dalam sehari yaitu air putih.

Pada pola eliminasi, Tn.S mengatakan sebelum sakit, dalam sehari pasien BAB sebanyak 1x, frekuensi BAK sebanyak 3-4x sehari dan lancar, selama dirawat BAB 1x sehari, BAK tidak lancar dan hanya sedikit (menetes) namun setelah dilakukan tindakan operasi BAK lancar jumlah 600 cc warna kuning kemerahan.

Pada pola aktivitas dan latihan, Tn.S mengatakan sebelum sakit dalam kesehariannya ia berperan sebagai petani, tidak mengalami hambatan selama bekerja, tidak merasakan sesak nafas ketika setelah melakukan aktivitas, selama dirawat pasien tidak bekerja hanya istirahat dan membatasi pergerakan karena ketika sering bergerak akan menimbulkan atau merasakan nyeri.

Pada pola tidur dan kebutuhan istirahat, sebelum ia sakit, Tn.S mengaku tidurnya teratur dan tepat waktu, tidak ada kesulitan tidur, tidurnya nyaman dalam sehari tidur 8 jam, selama dirawat tidurnya tidak teratur dalam sehari 5 jam dan m sering terganggu karena merasakan nyeri

Pada pola kognitif dan persepsi sensori, Tn.S mengatakan fungsi penglihatan dan pendengaran baik, tidak memiliki gangguan dalam mengingat dan memahami saat diajak bicara, selama dirawat ia mengatakan nyeri setelah dilakukan tindakan operasi pada pinggang kanan P : nyeri setelah operasi dirasakan pada saat istirahat/ bergerak, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : pinggang sebelah kanan, S : 5, T : hilang timbul.

Pada pola persepsi dan konsep diri, Tn.S mengatakan percaya dan yakin akan kesembuhannya. Pasien ingin segera sembuh dari penyakitnya supaya dapat beraktivitas dan bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarganya. Pasien mengatakan tubuhnya lengkap dan tidak ada persepsi buruk mengenai tubuhnya, didapatkan data pasien seorang suami dan ayah bagi anak-anaknya.

Pada pola mekanisme koping, Tn.S dapat mengatasi masalah didukung istri dan ketika pengambilan keputusan Tn. S selalu mendiskusikan bersama istri dan dibantu oleh anaknya.

Pada pola seksual-reproduksi, Tn.S mengatakan sebelum sakit paham dan mengerti tentang fungsi seksual, tidak ada masalah saat melakukan aktivitas seksual, tidak terdapat tumor pada system reproduksi, selama dirawat pasien tidak dapat melakukan hubungan seksual dengan istrinya dan pasien tidak pernah mempunyai riwayat pemeriksaan genokologi.

Pada pola peran-berhubungan dengan orang lain, Tn.S mengatakan sebelum sakit bersosialisasi dengan teman dan tetangganya, selama dirawat pasien saat ada masalah meminta bantuan istrinya dan tidak ada kesulitan dalam keluarga.

Pada pola nilai dan kepercayaan, Tn.S mengatakan dirinya seorang muslim dan menjalankan kewajibannya selama dirawat pasien tetap menjalankan kewajibannya dibantu keluarganya.

C. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

Hasil pengkajian pemeriksaan fisik pada Tn.S *Post opp Ureterolitotomi* Hari ke 0 didapatkan Kesadaran pasien composmentis, penampilan pasien tampak kooperatif. Hasil TD : 110/70 mmHg, S : 37°C, N : 83x/ menit, RR : 20x/ menit. Bentuk kepala pasien mesocephal, rambut lurus dan beruban. Bentuk kedua mata simetris sclera tidak ikterik. Tidak ada polip di hidung dantidak ada pernafsan cuping hidung. Telinga tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran baik. Pemeriksaan Dada yaitu yang pertama Jantung simetris, ictus cordis tak nampak, ictus kordis teraba di ICS ke 5, suara jantung terdengar s1 lup dan s2 dup (lup du lup dup). Pemeriksaan paru-paru simetris, terdenga suara vesikuler. Pemeriksaan Abdomen, simetris, datar, terdapat jahitan operasi di bagian kuadran kanan bawah, bising usus 7 x/menit, suara timpani, terdengar bising usus normal dan ada nyeri tekan, Pemeriksaan

Genetalia : pasien berjenis kelamin laki-laki, terpasang kateter. Pemeriksaan Ekstremitas atas dan bawah pasien, lengan kiri dipasang infus, kulit bersih, edema tidak ada, dan tidak menggunakan alat bantu untuk berjalan, Capiralarry refill : jika kuku ditekan maka kembali normal kurang dari 2 detik, Kemampuan berfungsi : otot tidak ada gangguan. Pemeriksaan Kulit : terdapat luka jahitan pada pinggang sebelah kanan.

D. Data Penunjang

1. Hasil pemeriksaan penunjang

No. Rm : 01045395 Tgl periksa : 30-01-2021

Nama : Tn.S

Usia : 60 th

Ruang : Baitussalam 1

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	15.1	13.2-17.3	g/dL	
Hematokrit	44.7	33.0-45.0	%	
Leukosit	9.50	3.80-10.60	ribu/ μ L	
Trombosit	248	150-440	ribu/ μ L	
Gol. B/ positif				
Darah/RH				
PPT	9.8	9.3-11.4	Detik	
PT	10.8	9.1-12.3	Detik	
PT (kontrol)				
APTT				

APTT	23.7	21.8-28.4	
APTT (kontrol)	27.0	21.0-28.4	
Kimia klinik			
Glukosa	100	75-110	mg/dL
Darah Sewaktu			
Ureum	50	10-50	mg/dL
Creatinine	H 1.80	0.70-1.30	
Elektrolit (Na, K,Cl)			
Natrium (Na)	137.0	135-147	mmol/L
Kalium (K)	3.80	3.5-5.0	Mmol/L

Tabel 3. 1 Laboratorium 1

No. Rm : 01045395

Tgl periksa : 01-02-2021

Nama : Tn.S

Usia : 60 th

Ruang : Baitussalam 1

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
Hematologi				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	L 13.1	13.2-17.3	g/dL	
Hematokrit	44.7	33.0-45.0	%	
Leukosit	H 14.98	3.80-10.60	ribu/ μ L	
Trombosit	248	150-440	ribu/ μ L	

Tabel 3. 2 Laboratorium 2

No. Rm : 01045395 Tgl periksa : 30-01-2021

Nama : Tn.S

Usia : 60 th

Ruang : Baitussalam 1

Pemeriksaan	Hasil	Nilai	Satuan	Ket
URINALISA				
Urin lengkap				
Warna	Kuning			
Kejernihan	Agak keruh	Jernih		
Protein	100	<30 (negative)	mg/dL	
Reduksi	Neg	<15 (negative)	mg/dL	
Bilirubin	Neg	<1 (negative)	mg/dL	
Reaksi pH	6.5	4.8-7.4		
Urobilinogen	0.2	<2	mg/dL	
Benda keton	Neg	<5 (negative)	mg/dL	
Nitrit	Neg	Negative		
Berat jenis	1.015	1.015- 1.025	Err/uL	
Darah (blood)	25	<5 (negative)	Err/uL	
Leukosit	70	<10 (negative)	Leu/uL	
Sel epitel	0-2	5-15	/LPK	

Eritrosit	2-4	<1/LBP	/LPB
Leukosit	3-5	3-5	/LPB
Silinder	0		
Parasit	Negative	Negative	
Bakteri	Negative	Negative	
Jamur	Negative	Negative	
Kristal	Negative		
Benang mucus	Positif 1 (+)		

Tabel 3. 3 Urinalisa

No. Rm : 01045395 Tgl periksa : 01-02-2021

Nama : Tn.S

Usia : 60 th

Ruang : Baitussalam 1

BNO/FPA (Non Kontras)

Yth. Tn.S

FPA

Dibandingkan dengan foto tanggal 30/1/2021

- Uretrolithiasis dextra post op tak tampak sisa batu

- -SPA Lumbalis

Tabel 3. 4 Radiologi

2. Diit yang diperoleh : Tinggi kalsium dan tinggi protein
Tn.S memperoleh nasi, ayam, tahu, telur bulat, tumis buncis dengan selingan pisang/ papaya.
3. Terapi yang didapatkan
 - a. RL 20 tpm
 - b. Sharox 2x1 1.5 gr

- c. Asam tranex 3x1 A
- d. Peinloss 400 mg 2x1
- e. Paracetamol 3x1 flash

II. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Data ditemukan pada saat melakukan Analisa data pertama pada tanggal 1 Februari 2021 pukul 15.30. Di dapatkan data subjektif pertama : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi P :nyeri setelah operasi pada saat istirahat/bergerak, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : pinggang sebelah kanan, S : 5 (1-10), T : hilang timbul. Data objektif didapatkan pasien tampak meringis merasakan nyeri, pasien tampak gelisah dan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu TD : 110/70 mmHg, S : 37,0°C, N : 88x/ menit, RR : 20x/ menit. Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Analisa data yang kedua pada tanggal 1 Februari 2021 pukul 15.30, data subjektif meliputi pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan data objektif meliputi luka tampak tertutup kasa dan tidak ada rembesan S : 37,0°C, Dari data tersebut maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif.

Analisa data yang ketiga pada tanggal 2 Februari 2021 pukul 07.45 WIB, data subjektif : pasien mengatakan tidurnya tidak teratur dalam sehari tidur 5 jam dan pasien sering terbangun karena nyeri yang dirasakan muncul. Data objektif : pasien tampak kurang tidur dan lesu. Dari data tersebut maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

III. Planning/ Intervensi Keperawatan

Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun dari 5 menjadi 2, ,meringis yang dirasakan menurun dan gelisah yang dirasakan menurun. Intervensi antara lain identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,

kualitas, dan intensitas nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, ajarkan teknik non farmakologis (Tarik napas dalam) dan kolaborasi pemberian analgetik.

Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : demam menurun, nyeri menurun. Intervensi antara lain monitor tanda dan gejala infeksi pada pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik dan kolaborasi pemberian antibiotik.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun. Intervensi antara lain identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

IV. Implementasi

Intervensi telah disusun berdasarkan masalah yang sudah ada, kemudian melakukan Implementasi sebagai tindakan lanjut dari proses asuhan keperawatan pada Tn.S. Implementasi dilakukan pada tanggal 1 Februari 2021.

Implementasi hari pertama tanggal 1 Februari 2021 yaitu :

Diagnosa pertama. Pukul 16.15 WIB mengkaji karakteristik nyeri, didapatkan pasien mengeluh nyeri pada bagian luka setelah operasi dirasakan pada saat istirahat/bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri di pinggang sebelah kanan, skala 5 (1-10), nyeri hilang timbul dan respon objektif : pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis menahan nyeri, pemeriksaan tanda tanda vital pasien yaitu Tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 85x/menit, laju pernafasan 20x/menit dan suhu pasien 36.8 C . selanjunya, pada Pukul 16.20 WIB mengontrol lingkungan yang

memperberat rasa nyeri didapatkan data pasien merasa nyaman saat lingkungan tenang, posisi miring dan penulis mengamati pasien tampak sedikit tenang. Pukul 16.30 WIB mengajarkan teknik non farmakologis berupa tarik napas dalam didapatkan respon subjektif : pasien mengatakan memahami cara teknik napas dalam dan respon objektif : pasien mampu mempraktikkan teknik tarik nafas dalam. Pukul 16.45 WIB mengkolaborasi pemberian analgetik yaitu Peinloss 400 mg 2x1 dan paracetamol 3x1flash didapatkan data pasien bersedia diberikan obat serta kooperatif.

Diagnosa kedua, Pukul 16.55 WIB memonitor tanda gejala infeksi local dan sistemik diperoleh hasil pasien mengeluh nyeri luka operasi dan respon objektif tidak terdapat kemerahan, perdararahan, bengkak pada area luka post operasi, S: 36.8 C. Pukul 17.05 WIB menjelaskan tanda dan gejala infeksi, respon subjektif: pasien dan keluarga mengatakan mengerti ciri infeksi dan mampu menjelaskan setelah diberikan edukasi, pukul 17.30 WIB mengkolaborasi pemberian antibiotik yaitu sharox 1.5 gr 2x1 didapatkan data pasien bersedia diberikan obat serta kooperatif.

Implementasi hari kedua tanggal 2 Februari 2021 yaitu :

Diagnosa pertama, Pukul 08.00 WIB mengkaji karakteristik nyeri, didapatkan pasien mengeluh nyeri pada bagian luka setelah operasi dirasakan saat bergerak atau berpindah posisi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri di pinggang sebelah kanan, skala 4 (1-10), nyeri hilang timbul dan respon objektif pasien tampak meringis saat bergerak dan diperoleh pemeriksaan tanda vital yaitu tekanan darah 110/70 , nadi 86x/m Suhu tubuh pasien : 36.5 C , laju pernafasan 21 x/m. Pukul 08.05 WIB mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri didapatkan respon subjektif pasien mengatakan lebih nyaman saat lingkungan tenang dan respon objektif pasien tampak tenang. Pukul 08.10 WIB penulis mengajari pasien cara untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan tarik napas dalam, setelah dilakukan pasien mengungkapkan dapat melakukannya secara mandiri dan terlihat dapat mengulangi secara mandiri Pukul 08.30 WIB

mengkolaborasi pemberian analgetik yaitu Peinloss 400 mg 2x1 dan paracetamol 3x1 flash didapatkan data pasien bersedia diberikan obat serta kooperatif.

Diagnosa kedua, Pukul 08.45 WIB memonitor tanda gejala infeksi local dan sistemik diperoleh hasil mengeluh nyeri luka operasi dan respon objektif tidak terdapat perdarahan pada area luka post operasi, luka tertutup kasa. S:36.5 C . Pukul 08.50 WIB mengkolaborasi pemberian antibiotik yaitu sharox 1.5 gr 2x1.

Diagnosa ketiga, pukul 09.00 WIB mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur didapatkan data respon subjektif pasien mengatakan tidurnya tidak teratur dalam sehari tidur 5 jam dan pasien sering terjaga ketika nyeri yang dirasakan muncul. Data objektif : pasien tampak kurang tidur dan lesu, diperoleh pemeriksaan tanda vital yaitu tekanan darah 110/70 , Nadi 86x/m, Suhu pasien 36.5 C, laju pernafasan 21 x/m. Pada pukul 09.10 WIB mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, respon subjektif pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri yang dirasakan dan terlihat kurang tidur. Pada pukul 09.20 WIB memodifikasi lingkungan didapatkan respon subjektif pasien mengatakan lebih nyaman saat lingkungan tenang dan respon objektif pasien tampak lesu Pukul 09.25 WIB menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit diperoleh pasien mengatakan paham terkait pentingnya istirahat dan tidur yang cukup saat sakit dan respon objektif pasien tampak paham dan mengerti.

Implementasi hari ketiga tanggal 3 Februari 2021 yaitu :

Diagnosa pertama, Pukul 08.00 WIB mengkajik karakteristik nyeri, diperoleh pasien mengatakan nyeri pada bagian luka setelah operasi berkurang, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri di pinggang sebelah kanan, skala 2 (1-10), nyeri masih terasa jika bergerak berlebihan dan respon objektif pasien tampak lebih tenang dan tidak gelisah, didapatkan data tekanan darah 110/80, nadi : 84x/m , suhu pasien : 36.3 C , laju pernafasan 21 x/m. Pukul 08.10 WIB memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tarik napas dalam) didapatkan

respon subjektif pasien mengatakan sudah melakukan teknik tarik napas dalam dan nyerinya berkurang dan respon objektif pasien tampak rileks. Pukul 08.30 WIB mengkolaborasi pemberian analgetik yaitu Peinloss 400 mg 2x1 dan paracetamol 3x1 flash didapatkan data bahwa pasien mengatakan sudah diberikan obat anti nyeri, pasien tampak kooperatif.

Diagnosa kedua, Pukul 08.45 WIB memonitor tanda gejala infeksi local dan sistemik diperoleh hasil nyeri luka operasi berkurang dan respon objektif area luka bersih dan tidak terdapat kemerahan, perdararahan, bengkak, pus pada area luka post operasi, S: 36.3 C. Pukul 08.50 WIB melakukan perawatan luka, pasien bersedia dilakukan tindakan kemudian luka operasi pada pasien terlihat bersih tanpa ada tanda-tanda infeksi dan jahitan luka tampak kering, pukul 09.10 WIB mengkolaborasi pemberian antibiotik yaitu sharox 1.5 gr 2x1.

Diagnosa ketiga, Pada pukul 09.15 WIB mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur didapatkan data respon subjektif pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur dan respon objektif pasien tampak rileks. Pada pukul 09.20 WIB mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, pasien mengungkapkan sudah dapat tidur dengan nyaman, nyeri berkurang dan tidak mengganggu dan pada respon objektif pasien tampak bugar dan tampak rileks.

V. Evaluasi

A. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Evaluasi hari pertama pada tanggal 1 Februari 2021:

Didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka operasi P :nyeri setelah operasi dirasakan pada saat istirahat/bergerak, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : pinggang sebelah kanan, S : 5 (1-10), T : hilang timbul. Data objektif didapatkan pasien tampak meringis merasakan nyeri, pasien tampak gelisah dan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 85x/menit, laju pernafasan 20x/menit, Suhu 36.8 C. Maka dapat disimpulkan bahwa

masalah nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik belum teratasi, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu yang pertama identifikasi lokasi, karakteristik, kualitas nyeri, kedua kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, ketiga ajarkan teknik non farmakologis dan keempat kolaborasi pemberian analgetik.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 2 Februari 2021:

Didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka operasi P :nyeri setelah operasi dirasakan ketika bergerak atau berpindah tempat, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : pinggang sebelah kanan, S : 4 (1-10), T : hilang timbul. Data objektif didapatkan pasien tampak meringis ketika bergerak dan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu data Tekanan darah 110/70 , nadi 86x/m , suhu 36.5 C, lju pernafasan 21 x/m. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik belum teratasi, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu yang pertama identifikasi lokasi, karakteristik, kualitas nyeri, kedua anjurkan teknik non farmakologis dan ketiga kolaborasi pemberian analgetik.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 3 Februari 2021

Didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang P :nyeri setelah operasi dirasakan ketika bergerak berlebihan Q : seperti ditusuk-tusuk, R : pinggang sebelah kanan, S : 2 (1-10), T : hilang timbul. Data objektif didapatkan pasien tampak lebih tenang dan tidak gelisah dan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 110/80, nadi 84x/m, suhu 36.3, laju pernafasan 21 x/m. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sudah teratasi dan intervensi dihentikan.

B. Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif.

Evaluasi hari pertama pada tanggal 1 Februari 2021:

Didapatkan data subjektif : pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi, O : tampak luka post op di pinggang sebelah kanan, tidak ada kemerahan, bengkak, pada area luka, S: 36.8 C. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan belum teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu memonitor tanda gejala infeksi local dan sistemik dan kolaborasi pemberian antibiotik.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 2 Februari 2021:

Didapatkan data subyektif : pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi, O : tampak luka post op di pinggang sebelah kanan, tidak ada perdarahan pada area luka dan tampak tertutup kassa, S : 36.5 C. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan belum teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu memonitor tanda gejala infeksi local dan sistemik, melakukan perawatan luka dan kolaborasi pemberian antibiotik.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 3 Februari 2021:

Didapatkan data subjektif : pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi berkurang dan data objektif : tampak luka post op di pinggang sebelah kanan, luka tampak bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi, S : 36.3 C. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan sudah teratasi dan penulis merencanakan penulis merencanakan untuk menghentikan intervensi.

C. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

Evaluasi hari pertama pada tanggal 2 Februari 2021:

Didapatkan data subjektif : pasien mengatakan tidurnya tidak teratur dalam sehari tidur 5 jam dan pasien sering terbangun karena nyeri yang dirasakan muncul dan data objektif : pasien tampak lesu dan kurang tidur. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur belum

teratasi dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur dan identifikasi faktor pengganggu tidur.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 3 Februari 2021:

Didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur dan data objektif didapatkan pasien tampak rileks. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur teratasi dan penulis merencanakan untuk menghentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis melakukan asuhan keperawatan Tn. S dengan *post op ureterolithotomi* di ruang Baitus Salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Penulis akan membahas terkait aspek proses keperawatan secara deskriptif dan sistematis.

I. Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian sebagai langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan untuk menuju tahap berikutnya. Pada pengkajian ini seluruh data akan dikumpulkan secara sistematis guna mengetahui kondisi kesehatan pasien (Harahap, 2020).

Dalam pengkajian akan ditemukan tanda dan gejala menurut Muttaqin, Arif & Sari (2014) yaitu nyeri pada pinggang, perubahan TTV, anoreksia, kemudian pasien akan mengalami gangguan eliminasi urine.

Hasil pengkajian yang sudah dilakukan penulis ditemukan data pasien Tn. S dengan usia 60 tahun Pasien merupakan seorang petani bertempat tinggal Wonosalam, Demak. Pasien diantar keluarga ke RS pada tanggal 30 Januari pukul 16.00 WIB dengan keluhan nyeri dibagian pinggang dan BAK tidak lancar seperti ingin berkemih namun hanya sedikit yang keluar. Pasien mengatakan sudah 3 bulan yang lalu ia merasakan gejala tersebut. Pasien dirawat dengan diagnosa medis ureterolitiasis dan untuk penanganan lebih lanjut diberitahukan untuk tindakan operasi ureterolitotomi pada tanggal 1 Februari 2021 pukul 07.00 WIB. Hasil pengkajian setelah dilakukan pembedahan pada tanggal 1 Januari 2021 ditemukan keluhan utama pasien yaitu pasien mengatakan nyeri setelah operasi.

Menurut (Muttaqin, Arif & Sari, 2014) ada beberapa faktor yang penyebab terjadinya batu ureter. Berdasarkan teori bahwa faktor terjadinya batu ureter pada klien bisa disebabkan karena faktor keturunan mengingat

saudara laki-laki dari pasien mengalami penyakit yang sama dan jenis kelamin.

II. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, didapatkan data focus yang dapat ditegaskan tiga masalah keperawatan yaitu:

A. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Nyeri akut merupakan masalah utama pada pasien. Nyeri harus segera ditangani karena apabila dibiarkan begitu saja dapat mengakibatkan perasaan tidak nyaman dan menghambat aktifitas pasien. Nyeri akut pasca operasi akibat luka insisi pembedahan dan rusaknya jaringan.

Data subjektif, pasien mengatakan nyeri pada luka operasi P: nyeri setelah operasi dirasakan pada saat istirahat/ bergerak, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pinggang sebelah kanan, S : skala 5, T : nyeri hilang timbul dan data objektif pasien tampak meringis menahan nyeri, pasien tampak gelisah dan didapatkan TD : 110/70 mmHg, S : 37°C, N : 88x/ menit, RR : 20x/ menit. Data tersebut sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa tersebut (PPNI, 2018).

Perencanaan tindakan keperawatan bertujuan menurunkan nyeri dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun dari 5 menjadi 2, meringis yang dirasakan menurun dan gelisah yang dirasakan menurun. Penulis menyusun rencana tindakan, diharapkan mampu mengatasi nyeri akut yaitu dengan manajemen nyeri. Manajemen nyeri bertujuan mengurangi skala nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien.

Manajemen nyeri dilakukan dengan cara non farmakologi dan farmakologi. Pada teknik nonfarmakologi, tindakan yang dilakukan salah satunya adalah teknik relaksasi nafas dalam, distraksi, massage, dan terapi es (Mayasari, 2016).

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilaksanakan secara berkesinambungan dengan mengkaji nyeri secara komprehensif, mengendalikan factor lingkungan pemberat nyeri, memberikan teknik

non farmakologi yaitu relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri secara mandiri (Anestesi, Di, & Moewardi, 2013) dan mengkolaborasi pemberian analgesic.

Evaluasi proses pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan tidak mengalami adanya hambatan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Evaluasi hasil setelah dilakukannya tindakan dalam asuhan keperawatan pada tanggal 1 Februari 2021 sampai tanggal 3 Februari 2021, tujuan yang diharapkan penulis tercapai, pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari skala 5 menjadi 2, Tekanan darah 10/70 mmHg, Nadi 85x/menit, Laju pernafasan 20x/menit, Suhu pasien 36.3 C. Sesuai dengan kriteria hasil, masalah keperawatan teratasi.

B. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

Penulis menjadikan resiko infeksi sebagai diagnosa prioritas kedua dikarenakan untuk mencegah komplikasi dari adanya luka dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik.

Data subjektif , pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dan data objektif luka tampak tertutup kasa, tidak ada rembesan dan diperoleh S : 37°C. Data hasil pengkajian diatas sesuai dengan faktor resiko yaitu efek prosedur invasif (PPNI, 2018).

Perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan bertujuan agar tingkat infeksi menurun. Penulis membuat rencana tindakan monitor tanda dan gejala infeksi pada pasien, lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik, jelaskan tanda dan gejala infeksi dan kolaborasi pemberian antibiotik.

Penulis melakukan memonitor tanda dan gejala infeksi, melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik untuk mencegah jalan masuknya bakteri, memberikan informasi tentang tanda dan gejala infeksi, dan perawatan luka pasca operasi sehingga dapat meningkatkan pemahaman pasien dan memberikan antibiotik.

Perawatan luka yang optimal merupakan hal yang penting dalam proses penyembuhan luka (Wintoko, Dwi, & Yadika, 2020) selain itu

dengan memberikan edukasi terhadap pasien dapat meningkatkan pengetahuan yang dapat mempengaruhi perilaku pasien dan keluarga.

Evaluasi tidak ditemukan kendala karena pada tanggal 3 Februari kondisi luka tampak bersih dan tidak terdapat infeksi, S : 36.3 C dan keluarga mampu memahami informasi mengenai perawatan luka pasca operasi.

C. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol

Penulis menegakan diagnosa gangguan pola tidur karena tidur merupakan kebutuhan dasar yang sangat dibutuhkan dan jika mengalami gangguan pola tidur maka akan berdampak pada aktivitas yang akan dilakukan keesokan harinya.

Data subjektif, pasien mengatakan tidurnya tidak teratur dalam sehari tidur 5 jam, pasien mengatakan sering terbangun karena tidak nyaman akibat nyeri. Data objektif, pasien tampak kurang tidur dan lesu. Data diatas sesuai dengan batasan karakteristik (PPNI, 2018)

Perencanaan tindakan keperawatan bertujuan agar pola tidur membaik. Penulis melakukan dukungan tidur yang dilakukan dengan identifikasi pola aktivitas dan tidur yang rasionalnya membantu mengetahui aktivitas dan pola tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur yang rasionalnya membantu mengidentifikasi masalah yang mengganggu tidur, tetapkan jadwal tidur rutin yang rasionalnya memberikan rutinitas dan jadwal yang teratur, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur yang rasionalnya membantu dalam menyesuaikan kebiasaan tidur yang baik, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit yang rasionalnya memberikan pemahaman pada pasien mengenai pentingnya istirahat/tidur.

Evaluasi tidak ditemukan kendala karena pada tanggal 3 Februari, pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur dan didapatkan pasien tampak rileks.

BAB V

PENUTUP

I. Simpulan

Hasil dari studi kasus yang dilakukan secara langsung oleh penulis mulai 1 Februari 2021 - 3 Februari 2021 pada Tn. S di ruang Baitus Salam 1 RSI Sultan Agung Semarang dengan asuhan keperawatan *post op ureterolitotomi.*, sehingga didapatkan rumusan kesimpulan diantaranya:

A. Pengkajian

Pada pengkajian yang telah dilakukan oleh penulis terhadap Tn. S ditemukan keluhan utama pasien mengatakan nyeri setelah dilakukan tindakan operasi pada pinggang sebelah kanan dengan skala 5.

B. Diagnosa keperawatan

Masalah keperawatan pada Tn. S dengan *Post Op Ureterolitotomi* yaitu diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, diagnosa kedua resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive, dan diagnose ketiga gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur.

C. Intervensi

Rencana keperawatan untuk masalah keperawatan yang muncul sudah ditetapkan sesuai dengan buku SLKI dan SIKI yang meliputi tujuan, kriteria hasil dan intervensi.

D. Implementasi

Dalam implementasi keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang disusun, dalam pelaksanaannya sudah sesuai dengan kondisi pasien.

E. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan dilakukan secara berkelanjutan dan masalah keperawatan pada pasien sudah teratasi.

II. Saran

A. Bagi institusi pendidikan

Karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan referensi untuk mahasiswa keperawatan agar dapat menambah wawasan ketika melakukan asuhan keperawatan

B. Bagi rumah sakit atau lahan praktek

Karya tulis ilmiah ini dapat meningkatkan kualitas mutu pelayanan kesehatan pada pasien dan diharapkan mampu menjadi wacana standar asuhan keperawatan.

C. Bagi profesi keperawatan

Karya tulis ilmiah ini sebagai informasi dan sebagai evaluasi lebih lanjut mengenai asuhan keperawatan Post Op Ureterolitotomi.

D. Bagi mahasiswa

Karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat sebagai literatur bahan belajar untuk membuat tugas atau melakukan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anestesi, D., Di, U., & Moewardi, R. (2013). *Kata Kunci : Teknik relaksasi nafas, nyeri pasien post operasi*. 3(1), 52–60.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2019). Laporan Riskesdas Jawa Tengah 2018. In *Dinkesjatengprov.Go.Id*. Retrieved from <https://dinkesjatengprov.go.id/v2018/storage/2019/12/CETAK-LAPORAN-RISKESDAS-JATENG-2018-ACC-PIMRED.pdf>
- Eka Pranata, Andi & Prabowo, E. (2014). *Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan* (Edisi 1). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hakim. (2015). *Hubungan Penerapan Standar Operasional Prosedur Perawatan Luka Terhadap Mempercepat Proses Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Operasi Di RS. Panti Nirmala Malang*. Universitas Brawijaya Malang.
- Harahap. (2020). Pengkajian Dalam Proses Asuhan Keperawatan. *Journal Pengkajian Dalam Proses Asuhan Keperawatan*.
- Hidayah, I. D., Nugroho, & T Widiyanto, A. (2013). Hubungan Lokasi Batu Ureter dengan Manifestasi Klinis pada Pasien Ureterolithiasis di RSKB An Nur Yogyakarta. *Jkki*, Vol. 5, pp. 97–105.
- Mayasari, C. D. (2016). Pentingnya Pemahaman Manajemen Nyeri Non Farmakologi bagi Seorang Perawat. *Jurnal Wawasan Kesehatan*, 1(1), 35–42.
- Muttaqin, Arif & Sari, K. (2014). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurarif, A. H. & K. H. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediacion Publishing.

- Potter, P. (2010). *Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practic* (Edisi 7). Jakarta: EGC.
- PPNI, T. P. (2018a). *Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia (SDKI) : Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi I). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T. P. (2018b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) : Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi I). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T. P. (2018c). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- Price, S. A. W. (2013). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.
- Purnomo, B. B. (2011). *Dasar- dasar Urologi* (Edisi III). Jakarta: CV Sagung Seto.
- Suddarth, B. &. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* (Edisi 8). Jakarta: EGC.
- Wardana, I. N. G. (2017). *Urolithiasis [Skripsi]*. Denpasar : Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.
- Wintoko, R., Dwi, A., & Yadika, N. (2020). Manajemen Terkini Perawatan Luka Update Wound Care Management. *JK Unila*, 4, 183–189.
- Zamzami, Z. (2018). Penatalaksanaan Terkini Batu Saluran Kencing di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru, Indonesia. *Jurnal Kesehatan Melayu*, 1(2), 60. <https://doi.org/10.26891/jkm.v1i2.2018.60-66>

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Kesediaan Pembimbing

SURAT KESEDIAAN PEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Mohammad Arifin Noor, M. Kep

NIDN : 0627088403

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang sebagai berikut:

Nama : Anis Widiana

NIM : 40901800006

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Batu Ureter *Post Op Ureterolitotomi* Hari Ke 0 Di Ruang Baitus Salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 2 Juni 2021

Pembimbing



Ns. Mohammad Arifin Noor, M. Kep

NIDN. 0627088403

Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep
NIDN : 0627088403
Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang sebagai berikut:

Nama : Anis Widiana
NIM : 40901800006
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Batu Ureter *Post Op Ureterolitotomi* Hari Ke 0 Di Ruang Baitus Salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Januari 2021 sampai dengan 24 Mei 2021 secara online melalui media sosial WhatsApp/ gmeet. Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 2 Juni 2021

Pembimbing



Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep

NIDN. 0627088403

Lampiran 3 Lembar Konsultasi Bimbingan

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ISLMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2021**

Nama Mahasiswa : Anis Widiana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Diagnosa Batu Ureter *Post op Ureterolitotomi* H0 Di Ruang Baitus Salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Pembimbing : Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD
26 Januari 2021	Mencari kasus KTI	1. Mencari kasus yang menarik	
20 Februari 2021	Judul KTI	1. Acc judul 2. Membuat sesuai buku panduan	

24 April 2021	BAB 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencari referensi lain terutama dari buku 2. Menambahkan angka pravelensi 3. Menyesuaikan tujuan penulisan 	
22 Mei 2021	BAB 1, 2 dan 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencari sumber yang lebih relevan 2. Sesuaikan penulisan dan penomoran sub bab dengan buku panduan 3. Penulisan harus konsisten 4. Menjabarkan mengenai pengertian, data mayor, data minor, faktor yang berhubungan dan faktor resiko dari SDKI 5. Bab 3 dibuat narasi 	
24 Mei 2021	BAB 1, 2, 3, 4 dan 5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan penulisan lebih diteliti kembali 2. Cantumkan pengertian sesuai scki 3. Perbaiki tujuan dan kriteria hasil berdasarkan siki dan slki 4. Buat dan teliti kembali daftar tabel/ narasi di bab 3 pemeriksaan penunjan 5. Teliti kembali pemberian 	

		<p>therapy pada pasien</p> <p>6. Perhatikan pengangkatan diagnosa keperawatan harus sesuai</p> <p>7. Bab 5 saran disesuaikan dengan manfaat</p>	
--	--	---	--

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN MEDICAL BEDAH
PADA TMS DENGAN HETEROLITHIASIS
DI RUANG BAYUS SALAM I
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG



Disusun oleh:
Anis widiono
4090180006

D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
2021

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S
DENGAN URETEROLITIASIS
DI RUANG BAITUS SALAM I

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. DATA UMUM

a. Identitas klien

Nama : Tn.S
 Umur : 60 Th
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Agama : Islam
 Pendidikan terakhir : SMP
 Pekerjaan : Petani
 suku / bangsa : Jawa, Indonesia
 Alamat : Wonorejo, Demak
 Diagnosa Medis : Ureterolitiasis
 Tanggal & Jam Masuk : 30/1/2021 : 16.00 WIB

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Tn.S
 Umur : 51 Th
 Jenis kelamin : Laki-laki
 Agama : Islam
 suku / bangsa : Jawa/Indonesia
 Pendidikan terakhir : SMP
 Pekerjaan : Petani
 Alamat : Wonorejo, Demak
 Hubungan dengan klien : Adik

c. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi. Nyeri dirasakan pada saat istirahat / bergerak. P : Nyeri setelah operasi dirasakan saat istirahat / bergerak, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : pinggang sebelah kanan, S : 5 (1-10), T : hilang timbul.

d. Status Kesehatan saat ini

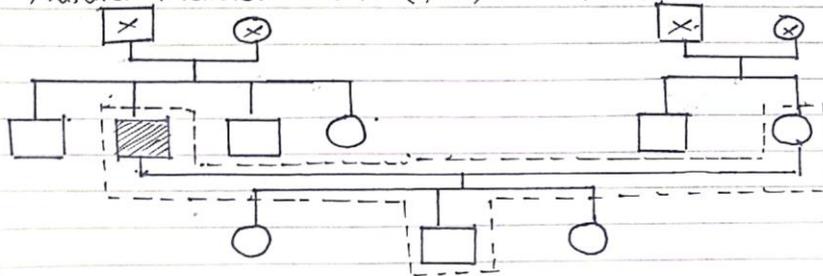
- 1) Alasan masuk RS
Klien mengatakan alasan masuk RS yaitu karena merasakan nyeri di bagian pinggang. nyeri saat BAK dan BAK tidak lancar seperti ingin berkemih namun hanya sedikit yang keluar.
- 2) Faktor pemicu
Klien mengatakan awalnya merasa nyeri pada pinggang.
- 3) Lamanya keluhan
Klien mengatakan kurang lebih 3 bulan merasakan keluhan tersebut.
- 4) Timbulnya keluhan
Klien mengatakan keluhannya secara bertahap
- 5) Upaya yang dilakukan
Klien mengatakan tt dengan rawat jalan.

e. Riwayat Kesehatan lain

- 1) Penyakit yang pernah dialami
Klien mengatakan pernah mengalami penyakit yang sama namun rawat jalan saja
- 2) Kecelakaan
Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan
- 3) Pernah dirawat
Klien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit dengan keluhan yang sama
- 4) Alergi
Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi
- 5) Imunisasi
Klien mengatakan pernah diimunisasi namun sudah lupa

f. Riwayat Kesehatan keluarga

1) susunan kesehatan keluarga (genogram : 3 generasi)



Keterangan :



: Laki-laki



: Pasien

----- : Tingkat serius



: Perempuan



: Meninggal

2) Penyakit yang pernah diderita keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang serius. Akan tetapi, saudara laki-laki klien pernah menderita penyakit yang serius.

3) Penyakit yang sedang diderita keluarga

Klien mengatakan keluarganya saat ini tidak ada keluarganya yang menderita penyakit serius.

f. Riwayat kesehatan keluarga

1) Kebersihan rumah dan lingkungan

Klien mengatakan rumahnya bersih, dan kebersihannya baik.

2) Kemungkinan terjadi bahaya

Klien mengatakan kemungkinan terjadi bahaya rendah.

2. POLA KESEHATAN Fungsional (DATA FOKUS)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Persepsi klien tentang kesehatan diri

Klien mengatakan bahwa kesehatan sangatlah penting dan merupakan suatu anugerah dari Tuhan yang Maha Esa yang perlu dijaga dan disyukuri.

2) Pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakit dan perawatannya.

Klien mengatakan penyakit yang sedang dialaminya dikarenakan pola hidup yang dijalankannya kurang baik, untuk mencegah timbulnya komplikasi klien kooperatif menjalani perawatan dengan baik.

3) Upaya yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan

Klien mengatakan jika sakit, pergi ke pelayanan kesehatan setempat, klien sebelum dirawat kerap merokok dan kurang menetapkan pola hidup sehat, klien mengatakan mulai saat ini akan berusaha menjaga kesehatannya.

4) Kemampuan klien untuk mengontrol kesehatan

Klien mengatakan jika sakit pergi berobat ke pelayanan kesehatan setempat.

5) Kebiasaan hidup

Klien mengatakan bahwa dirinya mengonsumsi rokok, dalam sehari bisa menghabiskan 2-5 batang rokok. Untuk kebiasaan olahraga, klien menganggap aktivasinya sebagai petani merupakan olahraga.

6) Faktor sosio ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

Klien mengatakan hubungan sosio-ekonomi klien baik, klien memiliki jaminan kesehatan.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

1) Pola makan

Sebelum sakit : klien mengatakan pola makan teratur 3x sehari dengan lauk secukupnya, dengan jumlah 1 porsi.

Selama sakit : klien mengatakan pola makan juga teratur 3x sehari namun mengalami penurunan nafsu makan sehingga hanya habis 1/2 porsi saja.

2) Apakah keadaan saat ini mempengaruhi pola makan

klien mengatakan selama sakit nafsu makan berkurang.

3) Makanan yang disukai pasien, adakah makanan pantangan / makanan

tertentu yang mengakibatkan alergi, adakah makanan yang dibatasi

klien mengatakan tidak mempunyai alergi terhadap makanan / minuman.

4) Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet.

klien mengatakan tidak ada keyakinan / kebudayaan yang mempengaruhi kepercayaannya.

5) Kebiasaan mengonsumsi vitamin / obat penambah nafsu makan

klien mengatakan tidak mengonsumsi obat penambah nafsu makan.

6) Keluhan dalam makan

klien mengatakan selama sakit nafsu makan berkurang.

7) Adakah keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa.

8) Adakah keluhan mual muntah

klien mengatakan sebelum dan selama sakit tidak mengalami keluhan mual muntah.

9) Bagaimana ~~kelebihan~~ kemampuan mengunyah dan menelan

klien mengatakan tidak mengalami keluhan mengunyah & menelan.

10) Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir

sebelum sakit : klien mengatakan BB nya 68 kg

selama sakit : klien mengatakan BB nya 68 kg

11) Pola Minum

Sebelum sakit : pola minum 4-5 gelas per hari dengan jenis air putih dan teh

Selama sakit : pola minum 5 gelas per hari dengan jenis air putih.

12) Adanya keluhan demam

suhu klien 37,0 °C

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit : Pola BAB normal sehari 1x dengan konsistensi lunak, warna kuning.
UNTUK POLA BAK sehari-hari frekuensi 3-4 kali sehari dengan warna kuning.

Selama sakit : Pola BAB 2x1 dengan konsistensi lunak, warna kuning. Untuk pola BAK setelah kambuh hanya sedikit (mepet) dengan warna kuning. Setelah dilakukan operasi bak lancar jumlah urin 600 cc. dengan warna kuning pekat

d. Pola aktivitas dan istirahat

1) Kelelahan dalam pekerjaan

sebelum sakit : klien mengatakan kelelahan dalam pekerjaannya baik, hanya terkadang merasakan pegal dan nyeri

Selama sakit : Klien mengatakan tidak bekerja.

2) istirahat yang dilakukan

sebelum sakit : klien mengatakan jarang beristirahat

Selama sakit : klien mengatakan tidak pernah melakukan istirahat

3) kesulitan / ketidakan dalam aktivitas

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam beraktivitas

Selama sakit : klien mengatakan jika beraktivitas berlebih mengalami nyeri

4) Pergerakan tubuh

sebelum sakit : klien mengatakan pergerakannya tidak terganggu

• Selama sakit : Klien mengatakan pergerakannya terhambat karena nyeri setelah operasi

5) Perawatan diri

Sebelum sakit : Klien mengatakan perawatan dirinya secara mandiri

Selama sakit : Klien mengatakan perawatan dirinya dibantu keluarganya

6) Bercakus

Sebelum sakit : Klien mengatakan mengeluh susah BAK, nyeri saat BAK dan merasa penuh pada

Selama sakit : Klien terpasang DC kateter, dengan warna BAK kuning sebanyak 600 ml

7) Keluhan serok napas selama aktivitas

Sebelum sakit : Klien mengatakan tidak mengalami keluhan serok napas setelah aktivitas

Selama sakit : Klien mengatakan tidak mengalami keluhan serok napas setelah aktivitas.

8) Mudah merasa kelelahan

Sebelum sakit : Klien mengatakan mudah merasa lelah. Klien menganggap kelelahannya karena faktor usia

Selama sakit : Klien mengatakan mudah merasa lelah.

2. Pola kognitif - perseptual sensori

1) keluhan (penglihatan & pendengaran)

Sebelum sakit : Klien mengatakan penglihatannya mulai sedikit kabur karena faktor usia. Pendengaran klien masih normal.

Selama sakit : Klien mengatakan penglihatannya mulai sedikit kabur, karena faktor usia. Pendengaran klien masih normal.

2) kemampuan kognitif

Sebelum sakit : Klien mengatakan kemampuan mengingat pasien ~~baik~~ baik, Klien dapat menerima dan memahami pesan yang diterima

Selama sakit : Klien mengatakan kemampuan mengingat pasien baik, Klien dapat menerima dan memahami pesan yang diterima

3) kesulitan yang dialami

Sebelum sakit : Klien mengatakan jika melakukan aktivitas berlebih mudah merasa lelah dan pusing.

Selama sakit : Klien mengatakan setelah operasi kesulitan untuk menggerakkan badannya, Klien dalam melakukan aktivitas dibantu oleh keluarganya.

4) Persepsi terhadap nyeri

P : Nyeri setelah operasi

Q : ditusuk - tusuk

R : Pinggang sebelah kanan

S : skala 5

T : Mendadak, nyeri hilang timbul.

F. Pola istirahat dan tidur

3 sebelum sakit : klien mengatakan kebiasaan tidurnya selama 7-8 jam setiap harinya, klien tidak mengalami kesulitan tidur

sejama sakit : klien mengatakan kebiasaan tidurnya terganggu, hanya 5 jam.

G. Pola persepsi dan konsep diri

1) Persepsi klien

Klien mengatakan percaya dan yakin akan kesembuhannya, klien berharap dapat segera sembuh agar bisa beraktivitas seperti biasa.

2) status emosi

Klien tampak tenang saat dilakukan perawatan, klien mengatakan merasa khawatir saat akan melakukan operasi. Perilaku verbal dan non-verbal klien sesuai.

3) konsep diri

a) citra diri : klien mengatakan dirinya baik-baik saja dan tidak ada persepsi buruk mengenai tubuhnya.

b) identitas : klien mengatakan ia sebagai seorang suami yang mempunyai 3 anak

c) ideal diri : klien mengatakan ia sebagai seorang suami dan ayah bagi anak-anaknya.

d) ideal diri : klien mengatakan ingin segera sembuh.

e) Harga diri : klien tampak ~~tidak~~ berperilaku baik ke keluarganya/orang lain

h. Pola mekanisme coping

1) Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan

Klien mengatakan jika mengambil keputusan melibatkan keluarganya

2) Yang dilakukan jika menghadapi masalah

Klien mengatakan jika menghadapi masalah bermusyawarah dengan keluarganya

3) Bagaimana upaya dalam menghadapi masalahnya

Klien mengatakan bercerita dengan keluarganya

4) Menurut pasien apa yang dilakukan perawat agar pasien merasa nyaman

Klien mengatakan perawat memberikan perawatan dan

edukasi terbaik.

i. Pola seksual / Reproduksi

- 1) Bagaimana pemahaman pasien tentang fungsi seksualitasnya :
Klien mengatakan paham mengenai fungsi seksualitasnya.
- 2) Adakah gangguan fungsi seksual
Klien mengatakan tidak mengalami gangguan fungsi seksualitasnya
- 3) Adakah permasalahan selama melakukan aktivitas seksual
Klien menyatakan tidak ada masalah dalam aktivitas seksual.
- 4) Pengesjian pada kemampuan terutama pada pasien dengan masalah tumor atau keganasan sistem reproduksi : -

j. Pola peran - Berhubungan dengan orang lain

- 1) Kemampuan pasien dalam berkomunikasi
Klien mengatakan dalam berkomunikasi mampu mengerti orang lain.
- 2) Siapa orang terdekat dan lebih berpengaruh pada klien :
Klien mengatakan orang yang paling berpengaruh adalah istrinya
- 3) Mengkaji bagaimana hubungan pasien dengan orang lain
Klien mengatakan menjalin hubungan yang baik ke semua orang terutama keluarganya. Selama sakit klien mengatakan banyak orang yang memberikan support untuk kesembuhannya.
- 4) Kepada siapa klien meminta bantuan bila mempunyai masalah
Klien mengatakan jika mengalami masalah, klien meminta bantuan ke istrinya.
- 5) Adakah kesulitan dalam keluarga
Klien mengatakan berhubungan baik dengan keluarganya.

k. Pola nilai dan kepercayaan

- 1) Bagaimana pasien dalam menjalankan kegiatan agama
Klien mengatakan sering mengikuti kegiatan keagamaan
- 2) Masalah yang berkaitan dengan aktivitasnya selama dirawat :
Klien mengatakan tidak ada masalah mengenai kewajiban
- 3) Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut pasien
Klien mengatakan tidak menganut kebudayaan yang bertentangan dengan kesehatan
- 4) Adakah pertentangan nilai / keyakinan / budaya terhadap pengobatan yang dijalani
Klien mengatakan tidak ada pertentangan terhadap pengobatan.

3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

a. Kesadaran

Comperment

b. Perampuan

Pasien tampak lemah

c. Vital sign

1) S : $37,8^{\circ}\text{C}$

2) TD : $140/80$ mmHg

3) RR : $20 \times / \text{menit}$

4) N : $83 \times / \text{menit}$

d. Kepala

Mesochepok, warna rambut beruban, dan keadaan rambut bersih

e. Mata

Kemampuan penglihatan pasien sedikit kabur, ukuran dan bentuk proporsional, respon pupil baik, konjungtiva tidak anemis, dan sklera tidak ikterik

f. Hidung

Tidak ada secret, tidak ada polip, tidak ada nafas cuping hidung, dan tidak menggunakan alat bantu pernapasan.

g. Telinga

Telinga simetris, kemampuan mendengar normal, tidak ada infeksi, tidak ada serumen, tidak menggunakan alat bantu dengar.

h. Mulut dan tenggorokan

1) kesulitan / gangguan bicara : klien tidak mengalami gangguan berbicara, dan berbicara normal

2) kondisi mulut : bersih, tidak ada gangguan

3) pemeriksaan gigi : kondisi gigi sudah tidak lengkap, terdapat gigi berlubang dan kebersihan gigi baik

4) kesulitan menelan : klien mengatakan tidak mengalami gangguan menelan

5) Benjolan leher : Tidak terdapat benjolan pada leher

6) Benjolan pembesaran tonsil : Tidak terdapat pembesaran pada tonsil

i. Leher

Tidak ada benjolan pada leher, tidak ada pembesaran pada kelenjar tyroid.

j. Dada

1) Jantung

Inspeksi : simetris, tidak ada pulsasi jantung

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.

Perkusi : redup

Auskultasi : Terdengar bunyi lup-dup

2) Paru-paru

Inspeksi : simetris, tidak ada benjolan

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : sonar

Auskultasi : vesikuler

3) Abdomen

Inspeksi : tidak ada benjolan, terdapat jahitan operasi di bag. kuadran kanan bawah

Auskultasi : 8 bisung usus 8 x/menit

Perkusi : timpani

Palpasi : ada nyeri tekan (nyeri luka insisi)

k. Genitalia

Klien berjenis kelamin laki-laki, terpasang kateter

l. Ekstremitas

1) Kuku, kulit

Warna kulit sawo matang, kulit normal tidak kering, tidak ada edema, keadaan kuku bersih dan pendek

2) capillary refill time : < 2 detik

3) Bila terpasang infus keji daerah tusukan

Infus berada di sebelah kanan, tidak ada tanda infeksi pada area tusukan

Infus, tidak ada nyeri tekan berlebihan

m. Kulit

Kulit bersih, warna sawo matang, turgor normal, tidak ada edema,

Data Penunjang

1. Hasil pemeriksaan penunjang

No. RM : 01045395

Tgl Periksa : 30-01-2021

Nama : Tn.S

Usia : 60 th

Ruqang : Baitussalam 1

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Referensi	Satuan	ket
-------------	-------	--------------------	--------	-----

Hematologi

Darah rutin

Hemoglobin 15.1 13.2 - 17.3 g/dL

Hematokrit 44.7 33.0 - 45.0 %

Leukosit 9.50 3.80 - 10.60 ribu/uL

Trombosit 248 150 - 400 ribu/uL

Gardoran /
3/postif

pH

PPT 9.8 9.3 - 11.4 Detik

RT 10.8 9.1 - 12.3 Detik

PT (kontrol)

APTT 23.7 21.8 - 28.4

APTT (kontrol) 27.0 21.0 - 28.4

Kimia Klinik

GDS 100 75 - 110 mg/dL

Ureum 50 10 - 50 mg/dL

Creatinin H 1.80 0.70 - 1.30

Elektrolit

(Na, K, Cl)

Natrium (Na) 137.0 135 - 147 mmol/L

Kalium (K) 3.80 3.5 - 5.0 mmol/L

Tabel 2.1 Laboratorium 1

No. RM : 01045395		Tg. Periksa : 01-02-2021		
Nama : Tn. S				
Usia : 60 th				
Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
Hematologi				
Darah rutin	13.1	13.2 - 17.3	g/dl	
Hemoglobin	11.7	33.0 - 45.0	%	
Hematokrit	41.14.98	38.0 - 46.0	ml/ml	
Leukosit	248	4.0 - 11.0	ml/ml	
Tabel. Laboratorium 2				
Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
URINALISA				
urin lengkap				
warna	kuning	Jernih		
kejernihan	Agar putih			
protein	100	< 30 (negatif)	mg/dl	
Reduksi	Neg	< 15 (negatif)	mg/dl	
Bilirubin	Neg	< 1 (negatif)	mg/dl	
Reaksi pH	6.5	4.8 - 7.4		
urobilinogen	0.2	< 2	mg/dl	
Benda keton	Neg	< 5 (negatif)	mg/dl	
Nitrit	Neg	Negatif		
Batal jenis	1.015	1.015 - 1.025	Esr/ul	
Leukosit	70	< 10 (negatif)		
Sel epitel	0-2	5-15	/LPK	
Eritrosit	2-4	< 1/LPB	/LPB	
Leukosit	3-5	3-5	/LPB	
Silinder	0			
Parasit	Neg	Neg		
Bakteri	Neg	Neg		
Jamur	Neg	Neg		
Kristal	Neg			
Benang mukus	Positif 1			

Tabel 3. Urinalisa

BNO / FPA (Non kontrol)

7th. Tn. 5

FPA

Dibandingkan dengan foto tanggal 30/1/2021

- Ureterolithiasis destra post op tak tampak sisa batu
- spt Umbalik

Tabel 4. Rektologi

2. Diet yang diperolah : Tinggi kalsium dan tinggi protein

Tn. 5 memperoleh diet nasi, ayam, tahu, telur bulat, tumis
buncis dengan selingon pisang / pepaya

3. Terapi yang didapatkan

1. RL 20 TPM
2. shorax 2x1 1.5 gr
3. Asam tranex 3x1 A
4. painlof 400 mg 2x1
5. paracetamol 3x1 flash
6. GB per 2 hari.

ANALISA DATA					
NO	Tanggal / Jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD
1.	Senin, 1 Feb 21/ 15.30 WIB	<p>Ds: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</p> <p>P: nyeri setelah operasi dirasakan pada saat istirahat / bergerak</p> <p>Q: seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: pinggang sebelah kanan</p> <p>S: 5 (1-10)</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak gelisah - pasien tampak meriang - TTV: TD: 110/70 mmHg N: 88 x/menit RR: 20 x/menit S: 37,0 C 	Nyeri Akut	Agen cedera fisik	
2.	Selasa, 1 Feb 21/ 15.30 WIB	<p>Ds: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</p> <p>Do: - luka tampak tertutup baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak ada rembesan - S: 37,0 C 	Risiko Infeksi	Efek prosedur invasif	
3.	Selasa, 2 Feb 21/ 07.45 WIB	<p>Ds: -</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan tidurnya tidak teratur dalam sehari 5 jam - pasien sering terbangun saat nyeri muncul <p>Do: :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak kurang tidur dan kusy - TD: 110/70 mmHg N: 86 x/m S: 36,5 C RR: 21 x/m 	Gangguan Pola tidur	Kurang kontrol tidur	

DIAGNOSA KEP

1. Nyeri Akut b.d Agen cedera fisik
2. Risiko Infeksi d.d Efek prosedur invasif
3. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur

RENCANA KEP / INTERVENSI

Tanggal / Jam	Dr. Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi kep	TTP
1/21 : 15.35 2	1	<p>Setelah dilakukan tindakan KEP selama 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluhan nyeri menurun dan 5 menjadi 2 - menangis menurun - gelisah menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakter, durasi, frek, kualitas dan intensitas nyeri 2. Kontrol lingkungan yang 3. Aplikasi teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri 4. Kolaborasi pemberian analgesik 	
1/21 : 15.35	2	<p>Setelah dilakukan tindakan KEP selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demam menurun - nyeri menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda & gejala infeksi pada pasien 2. Jelaskan tanda & gejala infeksi 3. Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik 4. Kolaborasi pemberian antibiotik 	
2/21 : 07.10 21	3	<p>Setelah dilakukan tindakan KEP selama 2x24 jam diharapkan dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluhan tidak puas tidur menurun, - bangun sulit tidur menurun - keluhan sering terbangun menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Modifikasi lingkungan 4. Jelaskan pentingnya istirahat & tidur 	

IMPLEMENTASI KEP				
Tgl / Jam	No Dx	Implementasi	Respon Pasien	TTD
1/21 : 16:15 2	1	1. Mengidentifikasi iskar, karakteristik durasi, frek. kualitas & intensitas nyeri	Ds: pasien mengatakan nyeri pada bagian lutea setelah operasi dirasakan saat istirahat / bergerak, seperti diusut- usut, pada pinggang kanan, skala 5 (1-10) Do: - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak malas menahan nyeri.	
16:20		2. Mengontrol lingkungan yg memperbaiki nyeri	Ds: - Pasien mengatakan nyaman saat istirahat & posisi miring. Do: - Pasien tampak lebih rileks	
16:30		3. Menjabarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (tarik napas dalam)	Ds: - Pasien mengatakan paham dan mengerti cara teknik tarik napas dalam Do: - Pasien mampu mempraktikkan teknik tarik napas dalam	
16:45		4. Mengkolaborasi pemberian analgetik - Parasetamol 400 mg, 2x1 - PCT 3x1 Flart	Ds: - Pasien mengatakan bersedia diberi analgetik Do: - Pasien tampak kooperatif.	

$\frac{1}{2}^{21}$: 16.55	1	1. Memantau tanda-tanda gigitan infeksi pada pasien	<p>Di:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak terdapat kemerahan, perdarahan, terakak pada area luka post operasi <p>S: 36.8 C</p>
$\frac{1}{2}^{21}$: 17.05		2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	<p>Di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien dan keluarga memaham mengenai tanda dan gejala infeksi <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali
$\frac{1}{2}^{21}$: 17.30		3. Mengkolab. pemberian antibiotik.	<p>Di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan bersedia <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak kooperatif
$\frac{2}{1}^{21}$: 08.00	1	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, per, kualitas dan intensitas nyeri p	<p>Di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, dirasakan saat bergerak atau berpindah posisi di pinggang sebelah kanan, skala 4-10 dan hilang timbul <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak tenang ketika berpindah posisi <p>- TTU:</p> <p>TD: 110 / 70 mmHg</p> <p>N: 86 x/m</p> <p>S: 36.5 C</p> <p>R: 24 x/m</p>

$\frac{2}{2}$: 08.05	1	2. Mengontrol lingkr. yang memperberat nyeri	Ds: - pasien mengatakan lebih nyaman saat lingkr. tenang. Do: - pasien tampak tenang.
$\frac{2}{2}$: 08.10	1	3. Menunjukkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri	Ds: - pasien mengatakan sudah melakukan teknik nafas dalam & merasa lebih tenang Do: - pasien tampak rileks
: 08.30	1	4. Mengkolaborasi pemberian analgesik	Ds: - pasien mengatakan bersedia Do: - pasien tampak kooperatif
$\frac{2}{2}$: 08.45	2	1. Monitor tanda dan gejala infeksi	Ds: - pasien mengatakan nyeri pada luka sctiion operasi Do: - tidak tampak kemerahan, perdarahan berlebih pada area luka post op. S: 36,5 C
$\frac{2}{2}$: 08.50	2	2. Mengkolaborasi pemberian antibiotic	Ds: - pasien mengatakan bersedia Do: - pasien tampak kooperatif.
$\frac{2}{2}$: 09.00	3	4. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	Ds: - pasien mengatakan tidurnya tidak tenang dalam sehari 5 jam - pasien sering terbangun karena nyeri yang dirasakan

2/21 05:30	3	1.	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak kurang tidur dan lesu <p>TTU:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tp: 110/70 mmHg N: 86 x/m S: 36,5 C Rr: 21 x/m
09.30		2. Mengidentifikasi faktor penyebab tidur	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri yang dirasakan
09.20		3. Memodifikasi lingkungan	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak kurang tidur <p>Di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan lebih nyaman dan lingkungan tenang.
09.25		4. Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak lesu <p>Di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan sudah paham pentingnya tidur cukup selama sakit
3/21 08:00	1	4. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	<p>Di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri pada luka operasi betis dengan skala 2, seperti ditusuk tusuk, di pinggang sebelah kanan. nyeri masih terasa jika bergerak berlebihan

3/21 : 08.16 1/2	1	2. Mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (tarik napas dalam)	Do: - Pasien tampak rileks - Pasien tampak tidak gelisah
08.30		3. Mengetelaborasi pemberian analgetik	Di: - Pasien mengatakan nyeri berkurang Do: - Pasien tampak rileks
3/21 : 08.45 1/2	2	1. Memantau tanda dan gejala infeksi	Di: - Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang. Do: - Pasien tampak rileks
			Di: - Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang.
			Do: - Arca luka bersih, tidak terdapat kemerahan, perdarahan bergkat, plus pada arca luka post op
108.50		2. Melakukan perawatan luka	Do: s = 36.5 C Di: - Pasien mengatakan bersedia
			Do: - Luka operasi pada pasien terlihat bersih tanpa ada tanda-tanda infeksi
09.10		3. Mengetelaborasi pemberian antibiotik	Di: - Pasien mengatakan bersedia
			Do: - Pasien tampak kooperatif

3/2 ¹ .09.15	3	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	Ds: Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur Do: - pasien tampak rileks Di: - pasien mengatakan sudah dapat tidur dengan nyaman, nyeri berkurang dan tidak mengganggu Do: TTV: TD: 110/80 mmHg N: 84 x/m S: 36.7 C RR: 21 x/m
09.20		2. Mengidentifikasi faktor penganngu tidur	

EVALUASI

Tgl/jam	Diagnosa Kep	Catatan Perkemb.	TTD
3/2 ¹ : 20.00	Nyeri akut b.d Agan cedera fisik	S: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi P: nyeri setelah operasi dirasakan saat istirahat / bergerak Q: ditusuk-tusuk R: Pingsang sebelah kanan S: 5 (1-10) T: Hilang timbul O: - Pasien tampak menangis - Pasien tampak gelisah TTV: TD: 110/70 mmHg N: 85 x/m S: 36.8 C RR: 20 x/m O: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frek, kualitas & intensitas nyeri 2. kontrol ingk. yang memperberat nyeri 3. Anjurkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri 4. Kolaborasi pemberian analgetik. 	
1/21 : 2000	Risiko Infeksi d.d Efek prosedur invasif		<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</p> <p>O : - tampak luka post op di pinggang sebelah kanan - tidak terjadi pembesaran, kemerahan, pengkakan pada area luka</p> <p>A : belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. kolaborasi pemberian antibiotik 	
Tgl / Jam	Diagnosa Kep	Catatan Perkemb.	TTD	
2/21 : 1500	Nyeri Akut b. d Agen Cedera fisik	<p>S : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</p> <p>P : nyeri stlh operasi dirasakan berat</p> <p>Ⓢ : bergerak</p> <p>R : dihisuk - hisuk</p> <p>R : pinggang kanan</p> <p>S : 4 (1-10)</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>O : - Pasien tampak menangis ketika berpindah tempat.</p> <p>A : diatasi - TTU:</p> <p>Td: 110/70 mmHg</p> <p>N: 36 36.5 °C</p> <p>S: 36.5 °C</p> <p>RR: 21 x/m</p> <p>A : Malah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, 		

			<p>durasi, frekuensi, kualitas & intensitas nyeri</p> <p>2. Anjurkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>3. Kolaborasi pemberian analgesik</p>	
2/2 ¹ , 13.00	Risiko infeksi d.d cefeprosedur invasif		<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</p> <p>O: tampak luka posisi ap, tidak ada kemerahan, bengkak pada area luka. S: 36.5 C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda & gejala infeksi 2. lakukan perawatan luka. 3. kolaborasi antibiotik 	
2/2 ¹ , 13.00	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur		<p>S: pasien mengatakan nyeri pada tidurnya tidak teratur dalam sehari 5 jam dan pasien sering terbangun karena nyeri yang dirasakan</p> <p>O: pasien tampak kesugungkurang tidur</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pemicu tidur 	

Tanggal/jam	Diagnosa kep	Catatan Perkemb.	TTD
3/2 ¹ , 13.00	Nyeri akut b.d Agen cedera fisik	<p>S: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dirasakan ketika bergerak berlebihan, seperti nyeri pada luka operasi dirasakan ketika bergerak berlebihan</p> <p>Q: ditusuk-tusuk</p> <p>R: pinggang kanan</p>	

		<p>S : 2 (1-10)</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O : - Pasien tampak tenang</p> <p>- Pasien tampak tidak gelisah</p> <p>- TTV :</p> <p>TD : 110 / 80 mmHg</p> <p>H : 84 x/m</p> <p>S : 36.3 C</p> <p>RR : 21 x/m</p> <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>
3/21.13.00 /2	Risiko infeksi ditanda dengan efek prosedur invasif	<p>S : - pasien mengatakan nyeri pada luka setelah operasi berkurang</p> <p>O : - tampak luka post op di pinggang kanan</p> <p>- luka tampak bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>- S : 36.3 C</p> <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>
3/21.13.00 /2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	<p>S : Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur</p> <p>O : Pasien tampak rileks</p> <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>