

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN
POST OP TUMOR GINJAL SINISTRA DI RUANG
BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

**diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Disusun Oleh :

Ulfa Setianingrum

NIM. 40901800097

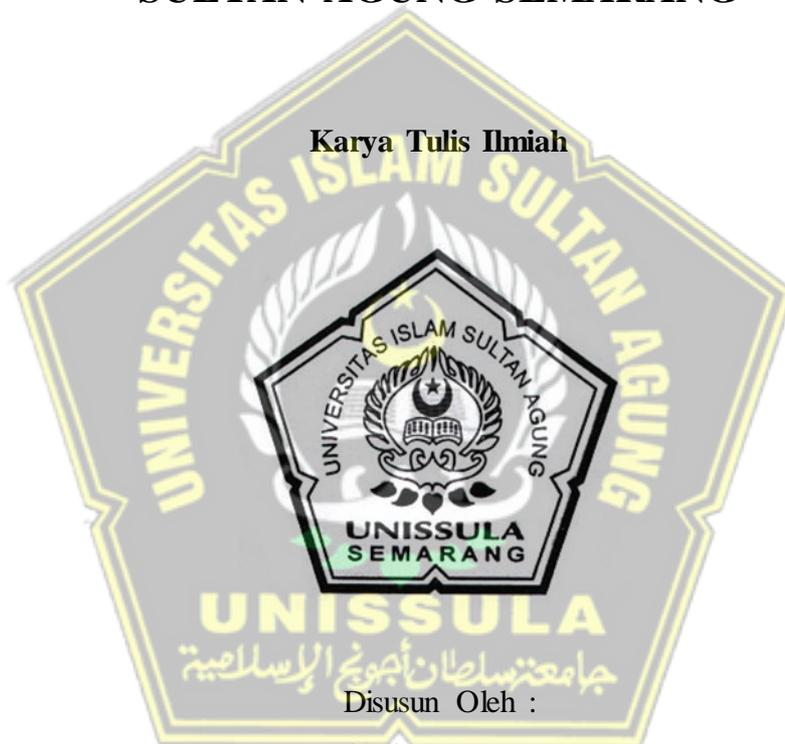
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2021

HALAMAN JUDUL

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN
POST OP TUMOR GINJAL SINISTRA DI RUANG
BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Ulfa Setianingrum

NIM. 40901800097

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

2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah 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 plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 15 Juni 2021



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN *POST OP* TUMOR
GINJAL SINISTRA DI RUANG BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Ulfa Setianingrum

NIM : 40901800097

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Minggu

Tanggal : 09 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN. 0622078602

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 15 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 15 Juni 2021.

Penguji I

Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN. 0604038901



Penguji II

Ns. Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB

NIDN. 0613067403



Penguji III

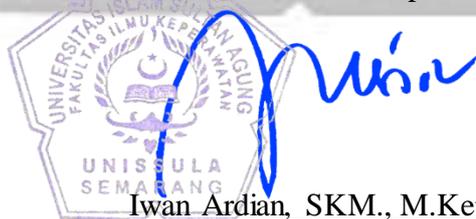
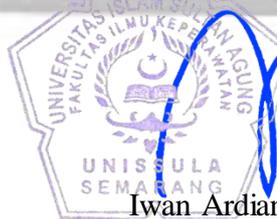
Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN. 0622078602



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 0622087403

HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah memberi kekuatan, membekaliku dengan ilmu. Atas karunia seta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Shalawat dan salam selalu terlimpahkan kepada nabi Muhammad SAW.

Ku persembahkan karya tulis ilmiah ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

Ayahanda dan Ibunda Tercinta

Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya tulis ilmiah ini kepada Ayah saya (Slamet Widodo) dan ibu saya (Sri Handayani) yang telah memberikan kasih sayang, secara dukungan baik moril maupun materi, ridho dan cinta kasih yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selembur kertas yang bertuliskan kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat ayah dan ibu bahagia karena kusadar, selama ini belum bisa berbuat lebih. Terima kasih Ayah.. Terima kasih

Ibu

Adik Tersayang

Sebagai tanda terima kasih, ku persembahkan karya tulis ilmiah ini untuk adikku (Ardian Kurnia Putra) terima kasih telah memberikan semangat dan inspirasi dalam menyelesaikan tugas akhir

Dosen Pembimbing Tugas Akhir

Ibu Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep selaku dosen pembimbing karya tulis ilmiah, terima kasih banyak ibu sudah membantu selama ini, sudah dinasihati, sudah diajari dan mengarahkan saya untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan baik

Teman-teman

Teman dekatku Yuli Artha Prihat, Martha Firda, Nita Fitri Ani, dan teman sekelompok karya tulis ilmiah yang selalu memberikan motivasi, nasihat, dukungan dan selalu mendoakan satu sama lain serta semua sahabat seperjuanganku DIII Keperawatan 2018 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, kuatkan tekadmu tuk hadapi rintangan, karena sesungguhnya Allah bersama kita



HALAMAN MOTTO

وَمَنْ سَلَكَ طَرِيقًا يَلْتَمِسُ فِيهِ عِلْمًا سَهَّلَ اللَّهُ لَهُ بِهِ طَرِيقًا إِلَى الْجَنَّةِ

"Siapa yang menempuh jalan untuk mencari ilmu, maka Allah akan mudahkan baginya jalan menuju surga."

(HR. Muslim, no. 2699)

إِن مَّعَ الْعُسْرِ يُسْرًا

"Sesungguhnya beserta kesulitan itu ada kemudahan."

(Q.S Al-Insyirah: 6)

***"Tetap semangat, terus berjuang, dan jangan pernah menyerah.
Dunia akan selalu baik-baik saja selagi senyum orang tua masih
terlukis diwajahnya."***

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah robbil'alamin. Segala puji syukur senantiasa penulis panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat, hidayah, dan karunia-Nya yang telah dilimpahkan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan *post op* Tumor Ginjal Sinistra di ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang". Sholawat serta salam tak lupa penulis haturkan kepada Baginda Rasulullah Muhammad SAW serta kepada keluarga, sahabat dan para pengikutnya yang tetap berpegang teguh pada manhaj beliau.

Karya tulis ilmiah ini merupakan tugas akhir yang disusun oleh penulis untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi DII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dukungan, dan pengarahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan, kemampuan, dan kemudahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

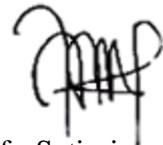
5. Ibu Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M. Kep selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu dan telah membimbing, mengarahkan, dan memotivasi, serta memberikan saran-saran kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh dosen dan staff yang sangat sabar dalam memberikan ilmu dan membimbing penulis selama kurang lebih tiga tahun ini.
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melaksanakan praktek disana sehingga saya dapat memperoleh studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah dan mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama pembelajaran di kampus.
8. Kedua orang tuaku tercinta, Bapak Slamet Widodo, Ibu Sri Handayani, serta saudara kandungku Ardian Kurnia Putra yang senantiasa mendoakan, memberi motivasi, semangat, serta dukungan baik moril maupun materi, dan semua yang telah dicurahkan kepadaku dengan segenap kasih dan sayangnya sehingga karya tulis ini dapat terselesaikan dengan baik.
9. Sahabatku tersayang Yuli Artha Prihat, Martha Firda Budiyan, Nita Fitri Ani, Arta Liana, Khaerul Indah, dan Deti Krismawati, yang selalu mendoakan satu sama lain, memberikan motivasi, nasihat, dan saling menguatkan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman satu kelompok bimbingan karya tulis ilmiah dan teman-teman seperjuanganku DIII Keperawatan 2018 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.
11. *Last but not least, I wanna thank me, I wanna thank me for believing in me, I wanna thank me for doing all this hard work, I wanna thank me for having no days off, I wanna thank me for never quitting, for just being me at all time.*

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak membutuhkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna dan bermanfaat bagi

penulis dan pembaca sehingga dapat memberikan peningkatan pelayanan keperawatan dimasa mendatang.

Semarang, 10 Mei 2021

Penulis



Ufa Setianingrum
NIM. 40901800097



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	v
HALAMAN MOTTO.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
1. Institusi Pendidikan.....	4
2. Profesi Keperawatan.....	4
3. Lahan Praktik Rumah Sakit.....	4
4. Masyarakat.....	4
BAB II.....	5
KAJIAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi.....	6
3. Patofisiologi.....	7
4. Manifestasi Klinis.....	8
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	9

6. Komplikasi	9
7. Penatalaksanaan Medis.....	10
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	11
1. Pengkajian	11
2. Diagnosa Keperawatan dan Intervensi	13
C. Pathways.....	16
BAB III.....	17
LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	17
A. PENGKAJIAN	17
1. Identitas	17
2. Keluhan Utama.....	17
3. Riwayat Penyakit Sekarang.....	17
4. Riwayat Kesehatan Lalu.....	18
5. Riwayat Kesehatan Keluarga	18
6. Riwayat Kesehatan Lingkungan.....	19
7. Pola Kesehatan Fungsional.....	19
8. Pemeriksaan Fisik.....	22
9. Data Penunjang.....	23
B. ANALISA DATA	25
C. PLANING ATAU INTERVENSI KEPERAWATAN	26
D. IMPLEMENTASI.....	28
E. EVALUASI.....	31
BAB IV	33
PEMBAHASAN	33
BAB V	43
PENUTUP	43
A. Kesimpulan.....	43
B. Saran.....	44
DAFTAR PUSTAKA	45
LAMPIRAN	49

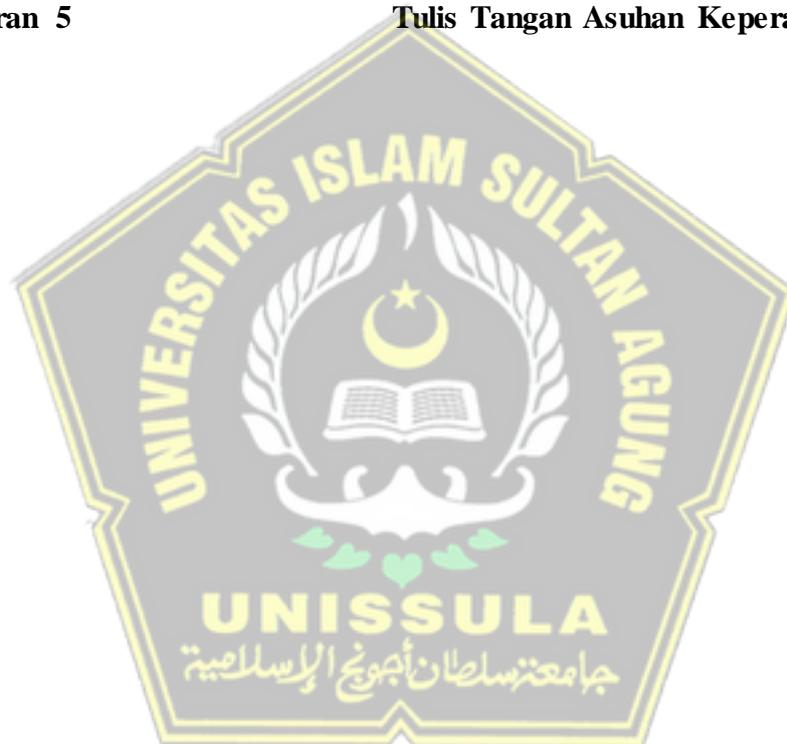
DAFTAR TABEL

Table 1. Pemeriksaan Laboratorium	24
---	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Kesediaan Membimbing
Lampiran 2	Surat Keterangan Konsultasi
Lampiran 3	Lembar Bimbingan Konsultasi
Lampiran 4	Lembar Berita Acara
Lampiran 5	Tulis Tangan Asuhan Keperawatan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ginjal merupakan organ yang berfungsi untuk mengatur keseimbangan cairan dalam tubuh terdiri dari sepasang organ yaitu ginjal kanan dan ginjal kiri. Sel tumor atau kanker merupakan sel yang tumbuh secara abnormal pada jaringan atau organ tubuh manusia dan dapat menyebar ke jaringan lain diluar kendali. Tumor ginjal merupakan pertumbuhan sel atau jaringan abnormal yang tumbuh diluar kendali pada organ ginjal (Lestari et al., 2019).

Tumor terbanyak yang menyerang seseorang di dunia ini adalah tumor prostat, tumor kandung kemih, dan kemudian tumor ginjal dengan kasus kurang lebih 208.500 (2%) dari seluruh tumor ganas di dunia. Karsinoma sel ginjal 85% kasus, kanker sel transisional 12% kasus, dan 2% jenis kasus lainnya. Kasus kanker ginjal mencapai 3/100.000 penduduk dengan perbandingan wanita dan pria 1 : 3,2 di Indonesia (Lestari et al., 2019).

Kasus tumor ganas yang menyerang pada setiap Negara berbeda-beda. Kasus yang ada di Eropa Utara dan Amerika Utara sekitar 200-350 kasus per 100.000 penduduk, di Eropa Selatan, Amerika Tengah, Amerika Utara, Asia Barat, dan Asia Tengah yaitu 150-200 kasus per 100.000 penduduk, kemudian di Afrika, Asia Selatan, dan Asia Timur paling rendah yaitu 75-150 kasus per 100.000 penduduk (Kustanto, 2016).

Tumor jinak maupun ganas walapun merupakan penyakit yang bukan menular, namun mempunyai dampak tersendiri bagi sumber daya manusia, karena penyakit ini menyerang ketahanan tubuh

pada manusia sehingga dapat menurunkan produktivitas bahkan kematian pada diri seseorang. Penderita penyakit ini sebagian besar terdiri pada penduduk dengan ekonomi menengah kebawah. Faktor risiko yang dapat menyebabkan seseorang terserang penyakit ini antara lain gaya hidup. Kebiasaan seseorang misalnya dengan merokok, mengkonsumsi alkohol, mengkonsumsi makanan cepat saji, obesitas, dan kurangnya aktivitas fisik diduga menjadi faktor penyebab seseorang terserang penyakit ini (Oemiati et al., 2011).

Kasus tumor ginjal ini apabila tidak segera ditangani dapat menimbulkan komplikasi antara lain hemoragi dan metastase yang meluas ke berbagai organ lain dalam tubuh. Selain itu apabila tumor ini berkembang menjadi ganas secara tidak terkendali dan terus tumbuh, maka dapat merusak bentuk serta fungsi organ ginjal itu sendiri bahkan tumbuh infiltratif ke jaringan sekitar sehingga dapat merusak organ lain di sekitarnya (Kustanto, 2016).

Peran perawat selain memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan tumor ginjal yang difokuskan pada penanganan nyeri, perawat juga berperan sebagai edukator, advokat, dan konselor. Peran perawat sebagai edukator yaitu memberikan penyuluhan kesehatan atau edukasi kepada klien tentang penyakit tumor ginjal, pencegahan agar tidak terjadi komplikasi, dan teknik manajemen nyeri setelah dilakukan operasi tumor ginjal. Peran perawat sebagai advokat yaitu memberikan perlindungan terhadap klien dengan menyediakan lingkungan yang aman bagi klien dan klien lain selama dirawat dirumah sakit. Selain itu perawat juga berperan dalam melakukan tindakan untuk mencegah komplikasi dalam pengobatan pada klien dengan tumor ginjal. Peran perawat sebagai konselor yaitu memberikan pelayanan konsultasi bagi pasien maupun keluarga mengenai masalah yang dialami dan memberikan perencanaan sesuai dengan metode pelayanan keperawatan (Wahyudi, 2020).

Berdasarkan data diatas, maka penulis tertarik melakukan studi kasus mengenai tumor ginjal. Dari studi kasus yang telah dilakukan, penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan *post op* tumor ginjal.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk menjelaskan asuhan keperawatan pada *post op* tumor ginjal secara komprehensif di ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui konsep dasar medis dan keperawatan pada kasus tumor ginjal
- b. Mengetahui dan melaksanakan pengkajian pada klien tumor ginjal yaitu Tn. S
- c. Menyusun analisa data pada pasien Tn. S dengan *post op* tumor ginjal
- d. Menegakkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Tn. S dengan *post op* tumor ginjal
- e. Mengetahui dan melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien Tn. S dengan *post op* tumor ginjal
- f. Melaksanakan implementasi untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul pada pasien Tn. S dengan *post op* tumor ginjal
- g. Melaksanakan evaluasi keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien Tn. S dengan *post op* tumor ginjal

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ilmiah yang disusun penulis ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi :

1. Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan tolok ukur mahasiswa selama perkuliahan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan tumor ginjal.

2. Profesi Keperawatan

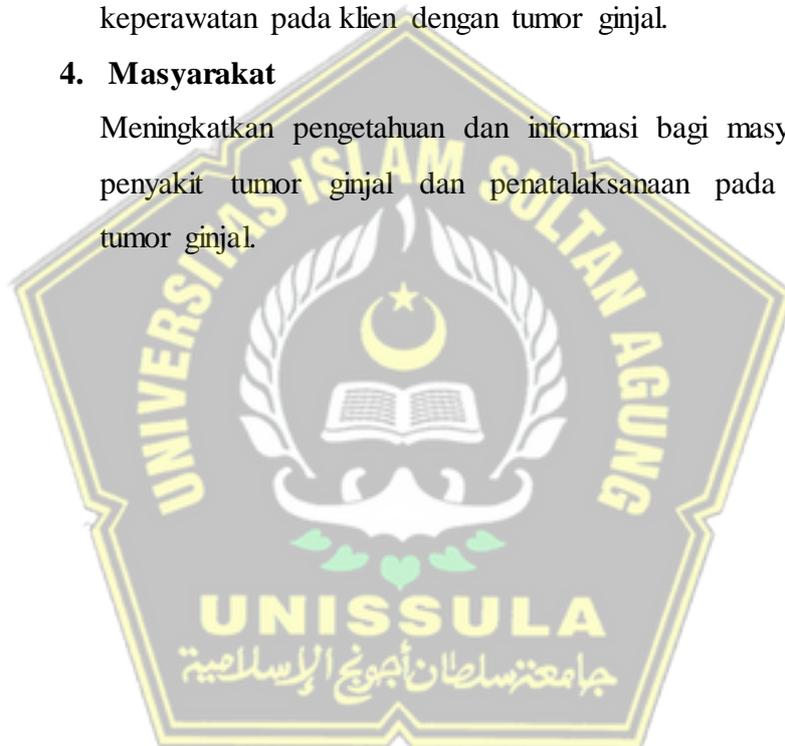
Menambah keluasan ilmu dan pembaharuan ilmu dalam penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan tumor ginjal.

3. Lahan Praktik Rumah Sakit

Sebagai sumber referensi baru dalam menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan tumor ginjal.

4. Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan dan informasi bagi masyarakat tentang penyakit tumor ginjal dan penatalaksanaan pada klien dengan tumor ginjal.



BAB II KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Ginjal adalah organ yang terdiri dari ginjal kanan dan ginjal kiri dan terletak dibalik rongga peritoneum. Ginjal memiliki peran dalam filtrasi, ekskresi, dan metabolisme. Layaknya organ tubuh lainnya, ginjal juga memiliki potensi mengalami karsinoma atau kanker (Melisa et al., 2016).

Ginjal merupakan sepasang organ penting yang terletak di rongga abdomen dikelilingi lemak dan jaringan ikat di belakang peritonium dan berperan dalam mempertahankan homeostatik dengan mengatur keseimbangan osmotik, asam basa, ekskresi sisametabolisme, dan mengatur volume cairan (Syaifuddin, 2018).

Sel tumor atau kanker merupakan sel yang tumbuh secara abnormal pada jaringan atau organ tubuh manusia dan dapat menyebar ke jaringan lain diluar kendali. Tumor ginjal merupakan pertumbuhan sel atau jaringan abnormal yang tumbuh diluar kendali pada organ ginjal (Lestari et al., 2019).

Penyebab kematian paling umum urutan 16 adalah kanker ginjal. Sedangkan tumor ginjal adalah tumor yang menyerang ureogenitalia dan merupakan tumor terbanyak ke-3 setelah tumor prostat dan tumor buli. *Renal cell carcinoma* (RCC) atau adenokarsinoma ginjal sering disebut hipernefroma atau tumor Grawitz. Tumor ginjal dapat merupakan tumor sekunder yang berasal dari metastasis keganasan di organ tubuh lain atau merupakan tumor primer dari ginjal itu sendiri (Melisa et al., 2016).

Data penelitian menunjukkan bahwa kasus karsinoma sel ginjal, 59% terjadi pada negara-negara antara lain Amerika Utara, Eropa, Asia, dan Afrika. Perbandingan penderita penyakit ini, wanita dan pria adalah 1 : 3,2 di Indonesia (Lestari et al., 2019).

Tumor ginjal ialah salah satu tumor yang penanganannya tanpa didahului dengan diagnosa preoperatif. Tumor padat ginjal (solid renal mass) dengan ukuran 4 cm bisa dilakukan pembedahan nefrektomi parsial, dan tumor ukuran 7 cm ataupun lebih dilakukan pembedahan nefrektomi radikal. Tumor ginjal yang sudah metastase bisa diberikan pengobatan berupa obat-obatan tanpa memperoleh diagnosa histologi terlebih dulu (Djatisoesanto, 2013).

2. Etiologi

Belum ditemukan penyebab yang spesifik pada penyakit ini. Namun banyak faktor risiko yang diperkirakan menjadi penyebab tumbuhnya adenokarsinoma pada ginjal, antara lain:

a. Demografi

Menurut Meyer et al., (2019) kasus ini lebih banyak menyerang negara Afrika dibandingkan Asia, Eropa, dan Amerika. Perbandingan angka kematian pada laki laki dan wanita dalam kasus ini adalah 1:3. Perbedaan ini dihipotesiskan oleh banyak orang bahwa faktor yang menyebabkan hal ini terjadi antara lain yaitu akses ke pelayanan kesehatan, gaya hidup, faktor risiko lingkungan dan genetika.

b. Gaya hidup

Gaya hidup memiliki kedudukan penting dalam pertumbuhan kasus tumor ginjal, antara lain,

1) Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor risiko dalam pertumbuhan kasus tumor ginjal. Tembakau mengandung senyawa seperti, hidrokarbon aromatik polisiklik dan amina aromatik yang dapat menyebabkan kerusakan DNA. Selain itu tembakau dapat meningkatkan pembentukan radikal bebas oksigen yang berakibat pada kerusakan DNA dan peningkatan onkogenesis atau pembentukan tumor.

2) Diet

Menurut Meyer et al., (2019) beberapa studi kasus membuktikan bahwa mengonsumsi daging yang tinggi akan meningkatkan risiko adenokarsinoma ginjal. Namun hasil dari studi tersebut ada sebagian yang tidak konsisten. Selain itu mengonsumsi asupan buah dan sayur dapat mengurangi faktor risiko adenokarsinoma ginjal, karena karotenoid yang terkandung dalam sayur dan buah dapat melindungi sel dari sel kanker dengan menghambat kerusakan pada DNA, mutagenesis, dan pertumbuhan tumor.

3) Alkohol

Mengonsumsi alkohol berlebih berakibat meningkatnya volume urin dan dapat mengurangi zat terlarut karsinogenik bersentuhan dengan epitel ginjal.

c. Obesitas

IMT yang berlebih dapat berakibat kerusakan pada ginjal, aterosklerosis ginjal, dan perubahan hormonal termasuk kadar insulin.

3. Patofisiologi

Tumor ini terjadi di parenkim renal dan tumbuh dengan cepat secara unilateral atau bilateral. Pertumbuhan tumor dapat

meluas hingga ke luar renal. Glomerulus dan tubulus yang primitif atau abortif merupakan gambaran khas dengan kapsula bowman yang tidak nyata dan tubulus abortif dikelilingi sel stroma. Pertama, jaringan ginjal akan mengalami penyimpangan kemudian diinvasi oleh sel tumor. Warna pada sayatan tumor ini terlihat putih keabu-abuan, lunak, dan encephaloid. Tumor tersebut akan meluas hingga ke abdomen dan akan teraba saat abdomen dipalpasi. Tumor yang tumbuh dan berkembang, akan mengenai ginjal dan menyebar ke organ tubuh yang lain. Metastase tumor biasanya terjadi pada organ paru, hati, otak, dan sumsum tulang belakang. Masalah yang biasanya muncul antara lain, hematuria dan nyeri pingul (Purnomo, 2011).

4. Manifestasi Klinis

Menurut Made et al., (2018), manifestasi klinis pada stadium awal karsinoma sel ginjal biasanya tidak menunjukkan gejala. Sedangkan gejala yang sering ditemui pada karsinoma sel ginjal, antara lain:

- a. Nyeri pinggang
- b. Teraba massa di abdomen (sedikit ditemukan)
- c. Hematuria

Pada karsinoma sel ginjal hematuria makroskopik yang intermitten lebih sering terjadi pada hematuria mikroskopik. Sebagian juga ditemukan hematuria masif yang dapat menyebabkan timbulnya nyeri yang tajam pada ginjal, sulit dan nyeri ketika buang air kecil, dan bahkan retensi urin.

- d. Gejala lain yang tidak spesifik

Pada karsinoma sel ginjal juga timbul gejala kllis yang tidak spesifik seperti anemia, demam, hipertensi, penurunan berat badan, dan lain-lain.

- e. Metastasis

Metastasis biasanya ditemukan pada karsinoma sel ginjal stadium lanjut.

5. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pada pemeriksaan ini dilakukan pemeriksaan urinalisis, laju endap darah, kadar hematologi, fosfatase alkali, LDH, fungsi ginjal, fungsi hati dan fungsi koagulasi dan kalsium serum. Pada pemeriksaan urinalisis dilakukan untuk mengetahui adanya hematuria.

b. Pemeriksaan *Split Gomerular Filtration Rate* (GFR)

Pada pemeriksaan ini biasanya menunjukkan adanya anemia, hipertensi, polisitemia, dan peningkatan LED.

c. Pencitraan

Pemeriksaan ini digunakan untuk mendiagnosis, menilai, atau mendeteksi karakteristik tumor ginjal yaitu dengan ultrasound dan CT scan. Selain itu, CT scan juga dapat mendeteksi adanya metastasis dan dianggap akurat dalam mendeteksi massa renal, sensitivitas, hingga spesifitas (Lestari et al., 2019).

d. Biopsi

Tindakan ini dilakukan dengan cara mengambil sebagian jaringan (tumor) bertujuan untuk mengetahui derajat infiltrasi tumor, kemudian menentukan terapi selanjutnya (Djatisoesanto, 2013).

6. Komplikasi

Tumor ginjal dapat menyebabkan komplikasi antara lain hemoragi dan metastase yang meluas ke berbagai organ lain dalam tubuh. Selain itu apabila tumor ini berkembang menjadi ganas secara tidak terkendali dan terus tumbuh, maka dapat

merusak bentuk serta fungsi organ ginjal itu sendiri bahkan tumbuh infiltratif ke jaringan sekitar sehingga dapat merusak organ lain di sekitarnya (Kustanto, 2016).

Selain itu tumor ginjal yang tidak segera di operasi dapat menyebabkan tumor maligna (tumor ganas) atau sering di sebut dengan kanker. Tumor ganas atau kanker ini juga dapat menyebar dengan cepat dan merusak jaringan sekitarnya, bahkan ke bagian tubuh manapun (metastasis).

Tumor ginjal biasanya hanya menyerang satu ginjal (unilateral) namun jika tumbuh, berkembang dan bermetastatis bisa juga menjadi tumor bilateral (Widyastuti, 2020).

7. Penatalaksanaan Medis

a. Sitostatika

Sitostatika merupakan obat yang digunakan untuk kemoterapi dan berfungsi untuk menurangi pertumbuhan sel kanker pada tubuh. Sitostatika diberikan pada pasien sebelum pembedahan dan dilanjutkan kembali setelah tindakan pembedahan agar memberikan hasil yang efektif (Purnomo, 2011).

b. Laparoscopy

Laparoscopy merupakan tindakan untuk melihat ke dalam perut tanpa melakukan tindakan pembedahan besar. Tindakan ini dilakukan pada tumor dengan diameter >4 cm dan <13 cm dan boleh dilakukan dengan kondisi pasien stabil (Matin, 2014).

c. Radikal Nefrektomi

Tindakan ini dilakukan pada tumor dengan ukuran 7 cm lebih, dengan prosedur pengangkatan ginjal beserta fascianya, kelenjar adrenal yang berdekatan. Pada tumor yang

bermetastasis yang disertai nyeri serta hematuria, tindakan nefrektomi merupakan terapi paliatif (Made et al., 2018).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Purwanto (2016) menjelaskan bahwa tahap awal yang sangat penting dalam proses asuhan keperawatan adalah pengkajian. Pada tahap ini menentukan keberhasilan perawat dalam mengkaji masalah pada pasien dan mengambil langkah selanjutnya untuk mengatasi masalah pada pasien. Adapun hal-hal yang perlu dikaji yaitu:

- a. Identitas klien dan identitas penanggung jawab
- b. Riwayat kesehatan
 - 1) Riwayat kesehatan saat ini
Keluhan klien saat ini
 - 2) Riwayat kesehatan lalu
Apakah dahulu klien memiliki riwayat penyakit atau kelainan pada ginjal, dan apakah memiliki gejala-gejala tumor
 - 3) Riwayat kesehatan keluarga
Apakah anggota keluarga keluarga klien memiliki riwayat penyakit ginjal atau tumor
- c. Riwayat kesehatan Lingkungan
Bagaimana lingkungan sekitar tempat tinggal klien.
- d. Pola Kesehatan Fungsional
 - 1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan
Merupakan persepsi klien mengenai penyakitnya dan bagaimana cara klien mempertahankan kesehatannya
 - 2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Terkait bagaimana kebiasaan klien dalam mengonsumsi makanan, adakah kesulitan dalam makan, dan bagaimana frekuensi makan klien tiap hari.

3) Pola Eliminasi

Apakah terdapat gangguan pada pola, frekuensi, dan warna pada eliminasi

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Terkait dengan aktivitas sehari-hari atau pekerjaan klien, apakah ada kesulitan dalam melaksanakan aktivitas

5) Pola Istirahat dan Tidur

Bagaimana pola kebiasaan tidur klien, apakah terdapat keluhan kesulitan tidur

6) Pola Kognitif dan Perseptual

Apakah klien mengeluh adanya gangguan pada kemampuan sensasi (penglihatan dan pendengaran), adanya keluhan nyeri, dan kesulitan yang dialami,.

7) Pola Persepsi Diri

Apakah klien dan keluarganya merasa cemas atas penyakit yang menimpa klien.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan tindakan untuk mengkaji bagian tubuh klien dengan melakukan pemeriksaan TTV dan pemeriksaan *head to toe*. Dalam pemeriksaan fisik pada abdomen pemeriksaan dilakukan secara sistematis yaitu, inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi.

f. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Pada pemeriksaan ini dilakukan pemeriksaan urinalisis, laju endap darah, kadar hematologi, fosfatase alkali, LDH, fungsi ginjal, fungsi hati dan fungsi koagulasi dan kalsium serum.

2) Pemeriksaan *Split Gomerular Filtration Rate* (GFR)

Pada pemeriksaan ini biasanya menunjukkan adanya anemia, hipertensi, polisitemia, dan peningkatan LED.

3) Pencitraan

Pemeriksaan ini digunakan untuk mendiagnosis, menilai, atau mendeteksi karakteristik tumor ginjal yaitu dengan ultrasound dan CT scan (Lestari et al., 2019).

4) Biopsi

Tindakan ini dilakukan dengan cara mengambil sebagian jaringan (tumor) bertujuan untuk mengetahui derajat infiltrasi tumor, kemudian menentukan terapi selanjutnya (Djatisoesanto, 2013).

2. Diagnosa Keperawatan dan Intervensi

a. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin dapat ditegakkan pada pasien dengan *post op* tumor ginjal berdasarkan SDKI menurut (PPNI, 2016):

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- 2) Resiko infeksi
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- 4) Risiko defisit nutrisi

b. Fokus Intervensi

Fokus intervensi keperawatan pada pasien dengan *post op* tumor ginjal berdasarkan SIKI menurut (PPNI, 2018):

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Tujuan dan Kriteria hasil:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri pada klien menurun dengan kriteria hasil:

- a) Keluhan nyeri menurun

- b) Tampak meringis menurun
- c) Mampu menuntaskan aktivitas
- d) Rasa gelisah menurun
- e) Mampu menggunakan teknik nonfarmakologis
- f) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat

Intervensi:

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, skala, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi faktor yang memperberat nyeri
- c) Berikan teknik non farmakologik untuk mengurangi rasa nyeri (misal: terapi pijat, aromaterapi, kompres hangat/dingin, teknik relaksasi)
- d) Ajarkan teknik nonfarmakologik untuk mengurangi rasa nyeri
- e) Kolaborasi pemberian analgesik
- f) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan

2) Resiko infeksi

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko infeksi pada klien menurun dengan kriteria hasil:

- a) Tidak terdapat bau pada cairan luka pasien
- b) Bengkak berkurang
- c) Nyeri berkurang
- d) Kerusakan lapisan kulit menurun
- e) Kerusakan jaringan menurun
- f) Perdarahan menurun

Intervensi:

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi
- b) Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik
- c) Berikan perawatan kulit pada area luka
- d) Batasi jumlah pengunjung

e) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien

f) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

3) Gangguan mobilitas fisik

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan gangguan mobilitas fisik pada klien menurun dengan kriteria hasil:

a) Gerakan terbatas pada klien menurun

b) Kelemahan fisik klien menurun

c) Pergerakan ekstremitas klien meningkat

d) Kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat

e) Tekanan darah membaik

f) Nyeri klien menurun

g) Kecemasan menurun

Intervensi:

a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

b) Monitor TTV

c) Fasilitasi aktivitas pasien dengan alat bantu

d) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan

e) Ajarkan mobilisasi sederhana (mis: duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

4) Risiko defisit nutrisi

Tujuan dan Kriteria Hasil:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan risiko defisit nutrisi pada klien menurun dengan kriteria hasil:

a) Nafsu makan membaik

b) Porsi makan meningkat

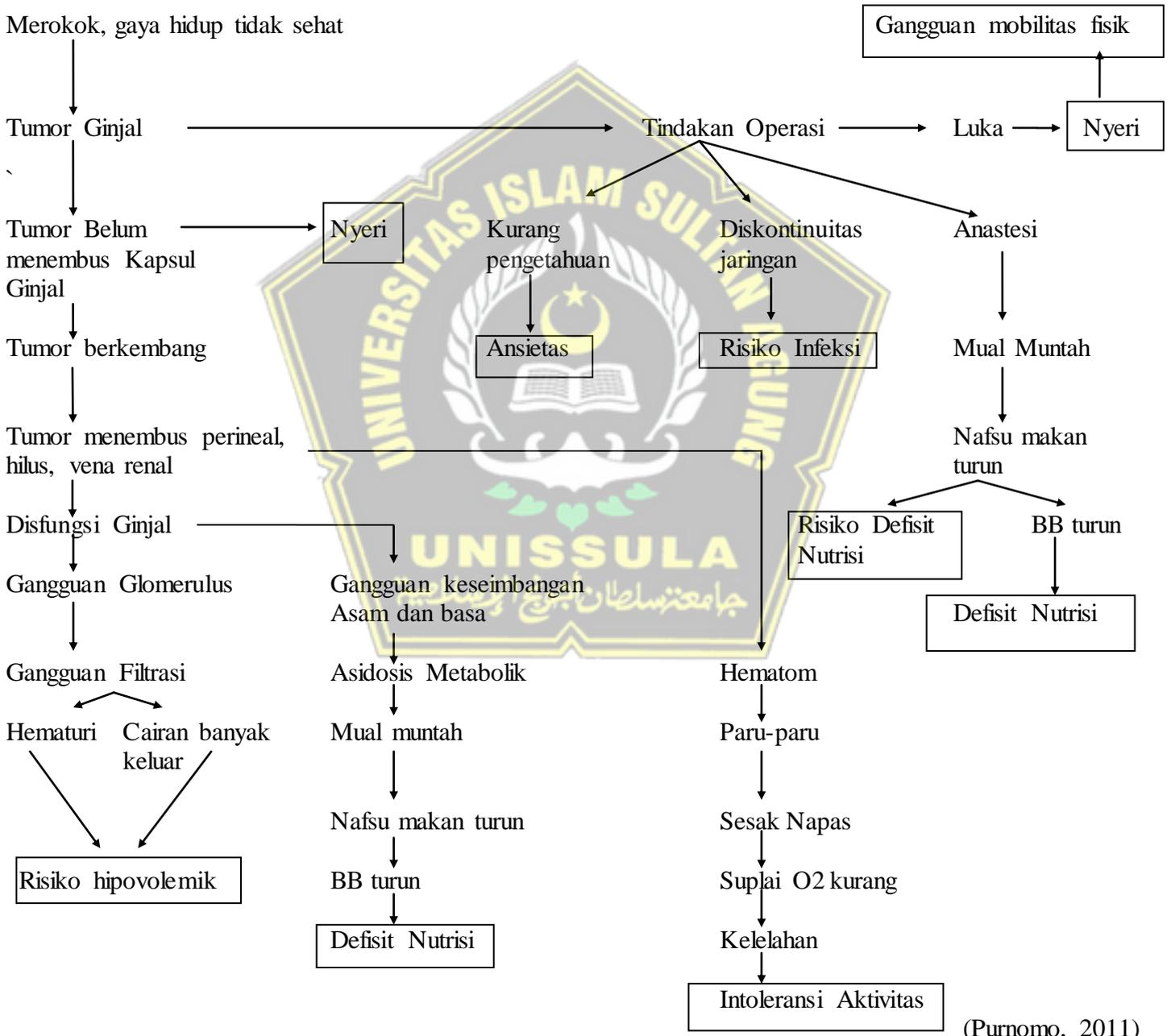
c) Perasaan cepat kenyang menurun

d) Frekuensi makan meningkat

Intervensi

- a) Identifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi
- b) Monitor mual dan muntah
- c) Identifikasi kemampuan menelan
- d) Berikan makanan sesuai keinginan jika memungkinkan

C. Pathways



BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan oleh penulis pada hari Minggu 14 Februari 2021 pukul 16.00 WIB pada pasien Tn. S dengan masalah *post op* tumor ginjal di ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Didapatkan gambaran kasus sebagai berikut:

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. S dengan usia 56 tahun bekerja sebagai petani tinggal di Kunduran, Blora. Pasien masuk rumah sakit pada hari Kamis 11 Februari 2021 dan di diagnosa medis Tumor Ginjal. Dengan nomor rekam medik 01426247

b. Identitas Penanggung Jawab

Selama di rumah sakit yang bertanggung jawab atas perawatan Tn. S adalah Ny. S yaitu istrinya. Ny. S beragama Islam dan bekerja sebagai pedagang. Pendidikan terakhir Ny. S adalah SMP dan tinggal di Jakung, Kunduran, Blora dengan suku Jawa dan Bangsa Indonesia.

2. Keluhan Utama

Pasien Tn. S mengatakan setelah dilakukan operasi pada ginjal kirinya, ia mengeluh nyeri pada luka *post op*, sulit bergerak karena nyeri, dan kadang merasa mual.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien masuk rumah sakit karena ada benjolan di pinggang sebelah kirinya dan terasa nyeri. Keluhan tersebut timbul sejak 30

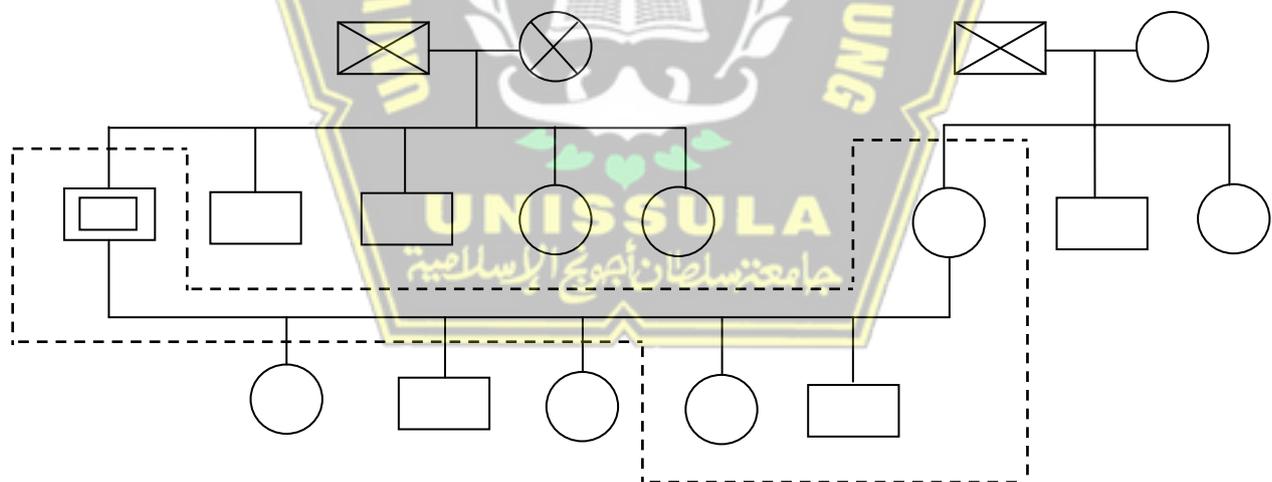
Desember 2020. Faktor yang memperberat keluhan pasien adalah apabila pasien melakukan aktivitas berlebih maka nyerinya semakin terasa. Pasien mengatakan keluhannya timbul secara mendadak.

4. Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien mengatakan 5 tahun silam pernah menderita vertigo dan sekarang sudah sembuh dan tidak pernah kumat. Kemudian pasien juga pernah jatuh dari sepeda karena diserempet oleh sepeda motor ketika hendak pergi ke sawah. Pasien baru kali ini dirawat di rumah sakit. Pasien juga tidak memiliki alergi pada makanan maupun obat-obatan.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Susunan genogram



Keterangan:

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Laki-laki meninggal
-  : Perempuan meninggal
-  : Klien (pasien)
- : Hubungan suami istri

- : Hubungan saudara kandung
----- : Hubungan dalam satu rumah

b. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga

Klien mengatakan ayahnya dahulu pernah menderita hernia dan ibunya pernah menderita jantung bocor.

c. Penyakit yang sedang diderita anggota keluarga

Klien mengatakan adik laki-laknya (anak nomor tiga) kakinya sering terasa nyeri dibagian lututnya.

6. Riwayat Kesehatan Lingkungan

a. Kebersihan Rumah dan Lingkungan

Klien mengatakan lingkungan rumahnya ada di pedesaan, dekat dengan sawah, namun lingkungannya bersih.

b. Kemungkinan Terjadinya Bahaya

Klien dan istrinya mengatakan tidak ada kemungkinan terjadi bahaya.

7. Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit ia tidak begitu mengetahui tentang penyakitnya, dan tidak begitu memperhatikan status kesehatannya. Klien juga sering mengkonsumsi rokok dan kopi. Namun setelah periksa di pelayanan kesehatan dan mengetahui ada benjolan di bagian perut kiri, ia sudah mengurangi konsumsi rokok dan kopi bahkan sekarang sudah tidak mengkonsumsi rokok dan kopi sama sekali. Sekarang klien dan istrinya lebih memperhatikan kesehatan klien yaitu Tn. S.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Klien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit, ia makan sehari 3 kali dengan porsi 1 piring penuh nasi dan sayur lauk pauk. Karena klien merupakan petani yang pekerjaannya lumayan memakan energi, maka porsi makan klien cukup banyak. Klien minum sehari 2-3 botol ukuran 500ml tiap botolnya, minum air putih teh, dan kopi. Namun setelah dirawat di rumah sakit, istrinya mengatakan bahwa klien lebih sering makan namun sekali makan hanya 2-3 sendok makan nasi dan kadang bubur karena klien mudah merasa kenyang dan kadang merasa mual namun tidak sampai muntah. Berat badan klien 59 kg dan tidak mengalami penurunan. Tidak ada gangguan menelan. Klien minumannya berkurang, sehari hanya 500 ml dan susu.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit, klien mengatakan sehari BAB 1 kali dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning. Klien BAK 5-6 kali sehari dengan warna urin. Namun setelah sakit, klien BAB 1 kali dalam 2-3 hari, konsistensi lunak warna kuning. BAK klien lebih jarang dari sebelumnya dan pernah warna urin klien menjadi merah seperti darah, tetapi setelah dilakukan tindakan operasi, urin klien sudah kembali putih kekuning-kuningan. Klien terpasang kateter.

d. Pola Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan sebelum sakit ia tidur pukul 20.00 dan pukul 23.00-24.00 terbangun lalu tidur kembali dan bangun diwaktu subuh. Setelah dirawat di rumah sakit, istri klien mengatakan klien lebih sering tidur. Klien mengatakan tidak ada kesulitan dalam tidur.

e. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit klien mengatakan tidak ada masalah dalam aktivitas sehari-harinya. Klien setiap pagi selepas salat subuh pergi ke sawah dengan berjalan kadang juga naik sepeda untuk bekerja. Setelah sakit klien mengatakan mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas karena merasakan nyeri di bagian perutnya dan hampir tidak pernah pergi ke sawah. Setelah operasi klien juga mengalami kesulitan bergerak karena nyeri dibagian luka *post op*. Sehingga klien hanya terbaring di tempat tidur dan terbatas pergerakannya. Klien terpasang kateter.

f. Pola Kognitif dan Perseptual Sensori

Klien mengatakan kemampuan sensori, pendengaran, maupun penglihatannya tidak ada gangguan. Klien mengatakan nyeri pada abdomen sebelah kirinya.

P : Nyeri timbul ketika klien bergerak

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri pada abdomen sebelah kiri

S : 4

T : Nyeri hilang timbul

g. Pola Persepsi Diri

Klien mengatakan ia akan lebih memperhatikan kesehatannya dan saat ini yang klien saat ini setelah mengetahui penyakitnya ia sudah berserah diri kepada Allah SWT dan berharap semoga lekas diberi kesembuhan dan kesabaran menghadapi apa yang diberikan Allah kepadanya. Klien juga tidak pernah merasa kurang puas atas apa yang diberikan Allah kepadanya.

h. Mekanisme Koping

Dalam mengambil keputusan ketika dihadapkan masalah, klien mengatakan bahwa ia mengambil keputusan sendiri dengan mempertimbangkan pendapat istri dan anaknya dengan musyawarah.

i. Pola Seksual Reproduksi

Klien dan istrinya mengatakan tidak terdapat masalah atau penyakit reproduksi.

j. Pola Peran Hubungan dengan Orang Lain

Klien mengatakan bahwa hubungannya dengan orang lain baik-baik saja, orang terdekat klien adalah istri, anak, dan saudaranya. Apabila klien membutuhkan bantuan ia meminta bantuan pada orang terdekat. Istri klien mengatakan klien adalah orang yang pendiam.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

Agama klien Islam, ia mengatakan tidak ada masalah dalam menunaikan ibadah salat dan dapat menunaikan ibadah salat di mushola terdekat. Namun ketika sakit klien menunaikan ibadah salat di rumah.

8. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran klien composmentis, klien terlihat lemah karena telah menjalani operasi tumor ginjal. Tanda-tanda vital TD 140/70 mmHg, Suhu 36,8° C, Nadi klien 88/menit, Pernafasan klien 20x/menit.

Pada kepala bentuk kepala mesocephal, simetris, rambut hitam namun ada uban, bersih dan tidak terdapat ketombe. Pada mata, bentuk mata bulat, simetris, konjungtiva tidak anemis,

penglihatan normal dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Pada hidung tidak dijumpai kelainan, lesi, edema, hidung tampak bersih, dan tidak ada alat bantu pernafasan. Pada telinga antara telinga kanan dan kiri simetris, pendengaran baik dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Pada mulut dan tenggorokan tidak terdapat gangguan berbicara maupun menelan, tidak ada pembesaran tyroid, tidak terdapat lesi, kondisi gigi bersih namun ada yang berlubang.

Pemeriksaan dada pada jantung inspeksi *ictus cordis* tidak tampak, bentuk dada simetris, dan tidak dijumpai lesi. Palpasi jantung *ictus cordis* teraba, perkusi terdengar suara pekak. Pada auskultasi jantung terdengar suara lup dup. Pemeriksaan dada pada paru-paru inspeksi bentuk dada simetris, pernapasan dinding dada. Palpasi paru-paru tidak teraba benjolan, tidak ada massa maupun edema, dan tidak terdapat nyeri tekan. Perkusi resonan atau sonor, auskultasi terdengar bunyi vesikular.

Pemeriksaan abdomen, inspeksi pada perut kiri terdapat luka *post op* yang panjangnya kurang lebih 15-18 cm. Auskultasi terdengar bising usus. Perkusi terdengar bunyi timpani. Palpasi abdomen terdapat nyeri tekan di sekitar luka *post op*.

Pada genitalia kebersihan terjaga, klien terpasang kateter. Pada ekstremitas atas terpasang infus di tangan kanan, terdapat keterbatasan mobilitas karena klien merasa nyeri. Kuku sedikit kotor, tidak ada edema dan luka, tidak terdapat tanda-tanda infeksi. Kebersihan pada kulit baik, turgor baik, warna kulit sawo matang sedikit gelap, sudah sedikit keriput, dan tidak ada edema.

9. Data Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Nama : Tn. S
No. RM : 01426247

Jenis Kelamin : Laki-laki
 Alamat : Jakung, Kunduran, Blora
 Umur : 56 tahun
 Waktu : 11 Februari 2021

Table 1. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	L 9.1	13.2 – 17.3	g/dL	Sesuai SAD
Hematokrit	L 27.9	33.0 – 45.0	%	Sesuai SAD
Leukosit	H 28.30	3.80 – 10.60	ribu/uL	Sesuai SAD
Trombosit	323	150 – 440	ribu/uL	Sesuai SAD
KLINIK				
KIMIA				
Elektrolit (Na, K, Cl)				
Natrium (Na)	L 122.0	135 – 147	mmol/L	Duplo
Kalium (K)	4.90	3.5 – 5.0	mmol/L	Duplo
Klorida (Cl)	105.0	95 – 105	mmol/L	Duplo
Calcium	L 66	8.8 – 10.8	mg/dL	Duplo
Magnesium	2.1	1.6 – 2.4	mg/dL	Duplo

b. Hasil Pemeriksaan Patologi Anatomi

Nama : Tn. S
 No. RM : 01426247
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Alamat : Jakung, Kunduran, Blora

Umur : 56 tahun
Waktu : 12 Februari 2021

Lokasi : Ginjal sinistra

Cara pengambilan : Operasi

Histologi Jaringan Sedang

Sediaan ukuran 18x12x8 cm, warna putih, konsistensi kenyal, berlobus-lobus, berlipat-lipat.

Mikroskopik menunjukkan:

Kelompok sel-sel epitel agak pleimorfik dengan 1 unit berormatin kasar, nukleoli prominat, mitosis dapat ditemukan, disertai struktur mutiara tanduk, tampak menginfiltrasi ke stroma.

c. Diit yang diperoleh

Klien diprogramkan diit nasi dan bubur.

d. Terapi

Ceftriaxone IV (2x1) gram

Humalog 4 unit (3x4) unit

NaCl 3% ekstra

Ketorolac IV (3x1) gram

Ranitidin IV (2x1)

Infuse RL 20 tpm

B. ANALISA DATA

Pada hari Minggu tanggal 14 Februari 2021 pada pukul 16.00 WIB, didapatkan data fokus subyektif bertama yaitu klien mengatakan nyeri di perut bagian kiri pada luka *post op*, P: klien merasakan nyeri ketika bergerak, Q: klien merasakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R:

klien merasakan nyeri di abdomen sebelah kiri pada luka *postop*, S: skala nyeri klien 4, T: nyeri hilang timbul. Kemudian data obyektif didapatkan klien tampak meringis merasakan nyeri, tekanan darah 140/70 mmHg, frekuensi nadi 88 kali/menit, frekuensi pernapasan 20 kali/menit, dan suhu tubuhnya 36,8°C. Berdasarkan data yang didapatkan, penulis menegakkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan klien mengeluh nyeri di perut kiri pada luka *post op*.

Data fokus yang kedua pada hari Minggu tanggal 14 Februari 2021 pada pukul 16.05 WIB, didapatkan data subyektif klien mengeluh nyeri di perut kirinya dan tidak bisa duduk, hanya terbaring saja. Data obyektif klien tampak lemah, pergerakan terbatas, tekanan darah 140/70 mmHg, frekuensi nadi 88 kali/menit, frekuensi pernapasan 20 kali/menit, dan suhu tubuhnya 36,8°C. Dari data fokus tersebut penulis menegakkan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pergerakan klien terbatas.

Data fokus ketiga pada tanggal 14 Februari 2021 pukul 16.10 WIB, didapatkan data subyektif klien mengatakan mudah merasa kenyang atau perut terasa penuh saat makan baru 2-3 sendok makan dan klien kadang merasa mual tapi tidak sampai muntah. Data obyektif, klien sekali makan hanya 2-3 sendok makan, makanan yang dimakan bubur dan nasi, tekanan darah 140/70 mmHg, frekuensi nadi 88 kali/menit, frekuensi pernapasan 20 kali/menit, dan suhu tubuhnya 36,8°C. Berdasarkan data fokus tersebut, penulis menegakkan diagnosa keperawatan risiko defisit nutrisi ditandai dengan klien mengeluh mual dan perut terasa penuh atau mudah kenyang.

C. PLANING ATAU INTERVENSI KEPERAWATAN

Pada hari Minggu tanggal 14 Februari 2021 pukul 17.00 WIB, penulis menyusun intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa yang muncul.

Diagnosa keperawatan pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan klien mengeluh nyeri di perut kiri pada luka *post op*. Tujuannya setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan nyeri pada klien berkurang dengan kriteria hasil, keluhan nyeri pada klien menurun, wajah klien tidak tampak meringis kesakitan, rasa gelisah menurun, dan klien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. Intervensi yang ditetapkan yaitu, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, skala, frekuensi, dan kualitas nyeri, monitor tanda-tanda vital, ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi napas dalam), ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, serta kolaborasi pemberian terapi farmakologi.

Diagnosa keperawatan kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pergerakan klien terbatas. Tujuannya setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik pada klien teratasi dengan kriteria hasil, pergerakan ekstremitas klien meningkat, kekuatan tubuh meningkat, kelemahan fisik menurun, dan keterbatasan gerak menurun. Intervensi yang ditetapkan adalah identifikasi adanya nyeri, monitor tanda-tanda vital, libatkan keluarga dalam membantu klien bergerak, dan ajarkan ambulasi dini bila perlu.

Diagnosa keperawatan ketiga adalah risiko defisit nutrisi ditandai dengan klien mengeluh mual dan perut terasa penuh atau mudah kenyang. Tujuannya setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam maka risiko defisit nutrisi pada klien menurun dengan kriteria hasil, nafsu makan membaik, porsi makan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, mual berkurang, dan frekuensi makan meningkat. Intervensi yang ditetapkan yaitu identifikasi faktor

yang mempengaruhi asupan gizi, monitor mual dan muntah, identifikasi kemampuan menelan, dan berikan makanan sesuai keinginan jika memungkinkan.

D. IMPLEMENTASI

Pada hari Senin 15 Februari 2021 pukul 21.40 WIB, melakukan implementasi pertama diagnosa ke-1, yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, skala, dan kualitas nyeri. Respon klien pada data subyektif yaitu P: klien mengatakan nyeri terasa saat bergerak, Q: nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri di abdomen kiri, S: skala nyeri 4, T: nyeri hilang timbul. Sedangkan data obyektif yaitu klien tampak masih meringis merasa nyeri. Pukul 21.45 melakukan implementasi kedua diagnosa ke-1, yaitu memonitor tanda-tanda vital. Respon klien pada data subyektif yaitu klien mengatakan bersedia untuk dicek tanda-tanda vitalnya. Sedangkan data obyektif klien kooperatif, tekanan darah 125/81 mmHg, suhu tubuh 36.8°C, nadi 75 kali/menit, pernapasan 22 kali/menit. Pukul 21.50 WIB melakukan implementasi ketiga pada diagnosa ke-1, yaitu mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. Respon klien pada data subyektif klien mengatakan bersedia untuk diajarkan teknik relaksasi, sedangkan pada data obyektif klien kooperatif dan dapat mengikuti ajaran dengan baik dan benar.

Pada diagnosa ke-2 dilakukan implementasi pertama pada pukul 21.40 WIB yaitu mengidentifikasi adanya nyeri. Respon klien pada data subyektif yaitu klien mengatakan nyeri ada di abdomen kiri dengan skala 4 dan respon pada data obyektif klien kooperatif. Pada pukul 21.45 WIB melakukan implementasi kedua pada diagnosa ke-2 yaitu memonitor tanda-tanda vital. Respon klien pada data subyektif adalah klien bersedia untuk dicek tanda-tanda vitalnya. Sedangkan pada data obyektif klien kooperatif, tekanan darah 125/81 mmHg, nadi 75 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit, dan suhu tubuh 36.8°C.

Pukul 22.00 WIB melakukan implementasi ketiga pada diagnosa ke-2, yaitu melibatkan anggota keluarga dalam membantu klien untuk bergerak. Respon klien pada data subyektif, istri klien mengatakan klien masih dibantu istrinya saat ingin bergerak, klien juga belum bisa duduk. Sedangkan data obyektif klien tampak terbaring di tempat tidur.

Pada diagnosa ke-3 dilakukan implementasi yang pertama pada pukul 22.05 WIB yaitu mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi. Respon klien pada data subyektif klien mengatakan setiap kali makan baru 2-e sendok makan perutnya sudah terasa penuh/kenyang, sedangkan pada data obyektif klien tampak lemas. Pukul 22.10 WIB melakukan implementasi kedua pada diagnosa ke-3 yaitu memonitor mual dan muntah. Respon klien pada data subyektif klien mengatakan kadang mual namun tidak sampai muntah. Kemudian dilakukan implementasi ketiga pada diagnosa ke-3 yaitu mengidentifikasi kemampuan menelan. Respon klien pada data subyektif klien mengatakan mampu menelan dan tidak ada masalah dalam menelan.

Hari Selasa tanggal 16 Februari 2021 pukul 05.30 WIB pada diagnosa ke-1 dilakukan implementasi pertama yaitu memonitor tanda-tanda vital. Respon klien pada data subyektif klien mengatakan bersedia untuk dicek tanda-tanda vitalnya. Sedangkan data obyektif, tekanan darah klien 121/74 mmHg, nadi 78 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit, dan suhu tubuh 37.5°C. Pada pukul 05.35 WIB melakukan implementasi kedua diagnosa ke-1 yaitu mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. Respon klien pada data subyektif klien mengatakan lebih enak dan nyaman dari sebelumnya. Sedangkan data obyektif menunjukkan klien kooperatif dan dapat melakukan teknik relaksasi dengan baik dan benar. Pukul 08.00 WIB, melakukan implementasi ketiga pada diagnosa ke-1 yaitu memberikan terapi farmakologi ketorolax (2x1) gram. Respon klien pada data subyektif klien bersedia

diberikan obat tersebut secara IV. Sedangkan data obyektif menunjukkan klien kooperatif.

Pada diagnosa ke-2 dilakukan implementasi pertama pada pukul 05.30 WIB yaitu memonitor tanda-tanda vital. Respon klien pada data subyektif klien mengatakan bersedia untuk dicek tanda-tanda vitalnya. Sedangkan data obyektif, tekanan darah klien 121/74 mmHg, nadi 78 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit, dan suhu tubuh 37.5°C. Pukul 05.40 WIB melakukan implementasi kedua yaitu melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak. Respon klien pada data subyektif klien mengatakan sudah bisa duduk dengan dibantu istrinya. Sedangkan data obyektif menunjukkan klien tampak sudah bisa duduk dengan bantuan istrinya.

Pada diagnosa ke-3 dilakukan implementasi pertama pada pukul 06.00 WIB yaitu memonitor mual dan muntah. Respon klien pada data subyektif klien mengatakan masih mual namun ia sudah bisa makan lebih dari 2 sendok makan. Sedangkan data obyektif menunjukkan klien tampak menghabiskan ½ porsi bubur. Pada pukul 06.30 melakukan implementasi kedua yaitu memberikan makanan sesuai keinginan klien. Respon pada data subyektif klien mengatakan suka bubur dan susu putih. Sedangkan pada data obyektif menunjukkan klien tampak menghabiskan ½ porsi bubur.

Hari Rabu tanggal 17 Februari 2021 pukul 13.00 WIB melakukan implementasi pertama pada diagnosa ke-1 yaitu mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. Respon klien pada data subyektif klien mengatakan merasa nyaman dan nyeri sudah berkurang dari hari sebelumnya. Sedangkan pada data obyektif menunjukkan klien kooperatif dan dapat melakukan teknik relaksasi secara mandiri dengan baik dan benar. Pada pukul 13.05 WIB, melakukan implementasi kedua yaitu menciptakan lingkungan dan posisi yang nyaman (semi fowler). Respon klien pada data subyektif klien mengatakan nyaman dengan posisinya. Sedangkan data obyektif

menunjukkan klien kooperatif dan tampak nyaman. Pukul 14.30 WIB melakukan implementasi ketiga yaitu memberikan terapi farmakologi ketorolax (2x1) gram. Respon klien pada data subyektif klien bersedia diberikan obat tersebut secara IV. Sedangkan data obyektif menunjukkan klien kooperatif.

Pada diagnosa ke-2 pukul 13.10 WIB melakukan implementasi yaitu melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak. Respon klien pada data subyektif klien mengatakan sudah dapat duduk sendiri. Sedangkan data obyektif menunjukkan klien tampak duduk sendiri.

Pada diagnosa ke-3 dilakukan implementasi pada pukul 14.00 WIB yaitu memberikan makanan sesuai keinginan klien. Respon klien pada data subyektif klien mengatakan sudah ingin makan nasi dan sayur bening. Sedangkan pada data obyektif klien tampak makan nasi.

E. EVALUASI

Pada hari Senin 15 Februari 2021 pukul 22.30 hasil evaluasi diagnosa pertama S: klien mengatakan masih merasa nyeri di perut kiri seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 4, nyeri terasa ketika klien bergerak, dan nyeri hilang timbul. O: klien tampak masih merasakan nyeri, tekanan darah 125/81 mmHg, nadi 75 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit, dan suhu tubuhnya 36.8°C. A: masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai. P: lanjutkan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa kedua pada tanggal 15 Februari 2021 yaitu S: klien mengatakan nyeri di perutnya dan belum bisa duduk. O: Klien tampak masih terbaring dan masih dibantu istrinya dalam bergerak. A: masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai. P: lanjutkan intervensi. Pada diagnosa ketiga hasil evaluasi tanggal 15 Februari 2021 yaitu S: klien mengatakan kadang merasa mual namun tidak sampai muntah dan perut terasa penuh/kenyang ketika makan 2-3

sendok makan. O: klien tampak lemas. A: masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai. P: lanjutkan intervensi.

Pada hari Selasa 16 Februari 2021 pukul 09.00 WIB hasil evaluasi diagnosa pertama S: klien mengatakan nyerinya sudah berkurang dengan skala nyeri 3. O: klien tampak tidak begitu merasakan nyeri. A: masalah belum teratasi, tujuan tercapai. P: lanjutkan intervensi. Pada diagnosa kedua, hasil evaluasi pada tanggal 16 Februari 2021 yaitu S: klien mengatakan sudah bisa duduk walaupun dengan bantuan istrinya. O: klien tampak bisa duduk, tekanan darah 121/74 mmHg, nadi 78 kali/menit, pernapasan 20 kali/menit, dan suhu tubuh 37.5°C. A: masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai. P: lanjutkan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa ketiga pada tanggal 16 Februari 2021 yaitu S: klien mengatakan mualnya sudah berkurang dan makan sudah habis hampir ½ porsi makan. O: klien tampak menghabiskan ½ porsi makan bubur. A: masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai. P: lanjutkan intervensi.

Hari Rabu 17 Februari 2021 pukul 15.00 WIB hasil evaluasi diagnosa pertama S: klien mengatakan sudah tidak nyeri, namun kadang masih timbul dengan skala nyeri 1. O: klien tampak sudah tidak merasakan nyeri, tekanan darah 133/83 mmHg, nadi 78 kali/menit, pernapasan 20 x/menit, dan suhu tubuh 36.8°C. A: masalah teratasi, tujuan tercapai. P: hentikan intervensi. Hasil evaluasi pada diagnosa kedua tanggal 17 Februari 2021 yaitu S: klien mengatakan sudah bisa duduk sendiri. O: klien tampak bisa duduk. A: masalah teratasi, tujuan tercapai. P: hentikan intervensi. Pada diagnosa ketiga hasil evaluasi tanggal 17 Februari 2021 yaitu S: klien mengatakan sudah enak makan, tidak mual, dan makan dengan nasi sayur bening. O: klien tampak lahap makan nasi. A: masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai. P: hentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab IV penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada klien Tn. S dengan *post op* tumor ginjal sinistra di ruangan Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang dikelola selama 3 hari pada tanggal 15 Februari 2021 sampai dengan tanggal 17 Februari 2021 dengan metode *alloanamnesa* dan *autoanamnesa*.

Pada bab ini penulis akan membahas tentang penyelesaian masalah yang ditemukan pada proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Selain itu penulis akan menyarankan diagnosa yang seharusnya ada, namun tidak ditegakkan oleh penulis.

Sebelum mencantumkan data hasil pengkajian, penulis menyampaikan beberapa data yang kurang dicermati, sehingga tidak dilakukan pengkajian pada beberapa data tersebut. Pengkajian adalah tahap awal yang sangat penting dalam proses asuhan keperawatan dan menentukan keberhasilan perawat dalam mengkaji masalah pada pasien dan mengambil langkah selanjutnya untuk mengatasi masalah pada pasien (Purwanto, 2016). Diantaranya penulis tidak mengkaji lebih detail mengenai awal mulanya tumbuh benjolan pada abdomen klien yang akhirnya klien didiagnosa tumor ginjal, klien mengatakan nyeri di abdomen bagian kirinya. Selain itu ada beberapa kekurangan dalam pengkajian antara lain kekurangan dalam data pemeriksaan diagnostik, penulis juga hanya melihat diagnosa klien pada rekam medik klien tanpa mengumpulkan data yang cukup untuk mendukung ketepatan tentang penyakit klien.

Pada saat pengkajian didapatkan data dari klien bahwa klien mengeluh nyeri pada luka *post operasi* di abdomen kirinya. Kemudian klien juga mengatakan sulit bergerak karena jika ia bergerak nyeri pada abdomen kirinya

akan timbul. Selain itu penulis juga mendapatkan data bahwa klien merasa mual dan cepat merasa kenyang, namun tidak muntah.

Terdapat ketidaktepatan penulisan dalam analisa data khususnya pada data fokus obyektif. Menurut PPNI (2016) batasan karakteristik pada nyeri akut gejala dan tanda mayor data obyektif menyebutkan klien tampak meringis menahan nyeri, bersikap protektif (misal: waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit untuk tidur. Sedangkan pada gejala dan tanda minor menyebutkan tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis. Batasan karakteristik pada diagnosa gangguan mobilitas fisik, gejala dan tanda mayor data obyektif menyebutkan kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun. Sedangkan gejala dan tanda minor menyebutkan, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah. Sehingga untuk data obyektif yang penulis cantumkan dalam ketiga diagnosa keperawatan diatas kurang tepat, karena ketiga-tiganya mencantumkan tanda-tanda vital. Seharusnya berdasarkan batasan karakteristik yang telah disebutkan menurut PPNI (2016) tanda-tanda vital hanya dicantumkan dalam diagnosa keperawatan nyeri akut. Kemudian pada diagnosa keperawatan ketiga yaitu risiko defisit nutrisi penulis tidak mencantumkan etiologi atau penyebab masalah keperawatan tersebut. Menurut PPNI (2016) faktor risiko pada masalah keperawatan risiko defisit nutrisi yaitu, ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi, dan faktor psikologis (misal: stres, keengganan untuk makan). Sehingga berdasarkan analisa data obyektif pada diagnosa ini dan faktor risiko menurut PPNI (2016) etiologi yang dapat dicantumkan penulis adalah faktor psikologis: keengganan untuk makan.

Pada tahap evaluasi juga terdapat kekurangandalan catatan perkembangan klien pada *planning* yang hanya tertulis lanjutkan intervensi. Seharusnya penulis memperjelas intervensi mana yang akan dilanjutkan dengan mencantumkan intervensi apa saja pada *planning* di evaluasi.

Masalah keperawatan yang ditegaskan penulis dari hasil pengkajian dan analisa data sehingga dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan, meliputi: nyeri akut, gangguan mobilitas fisik dan risiko defisit nutrisi. Dari masalah keperawatan yang ditegaskan penulis pada Tn. S, penulis membahas tiga diagnosa yang muncul dari beberapa data yang akan menjadifokus permasalahan yaitu sebagai berikut:

1. Nyeri Akut

Definisi nyeri akut menurut PPNI (2016) adalah pengalaman sensorik maupun emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan secara aktual maupun fungsional, dengan permulaan mendadak atau lambat dan berintegritas ringan hingga berat yang berlangsung selama kurang dari 3 bulan. Luka pasca insisi pembedahan dapat menyebabkan pengeluaran impuls nyeri oleh saraf yang diperantarai oleh sistem sensorik. Terdapat beberapa tahap proses dalam nyeri: adanya reseptor yang menghantarkan persepsi nyeri berupa stimulus, kemudian terdapat pendeteksi stimulus, penguat, dan penghantar menuju saraf pusat (Hermanto et al., 2020).

Batasan karakteristik nyeri: mengeluh nyeri, mengekspresikan perilaku meringis dan gelisah, perubahan selera makan, fokus pada nyeri. Penulis menegakkan diagnosa nyeri akut ini sesuai dengan batasan karakteristik nyeri menurut PPNI (2016).

Diagnosa nyeri akut diangkat penulis sebagai diagnosa prioritas karena dirasa jika nyeri yang dirasakan klien teratasi maka masalah keperawatan lainnya juga akan teratasi.

Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan pada diagnosa nyeri akut dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, rasa nyeri yang dirasakan klien berkurang dengan kriteria hasil menurut (PPNI, 2018), keluhan nyeri pada klien menurun, wajah klien tidak tampak meringis kesakitan, rasa gelisah menurun, dan klien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. Intervensi yang ditetapkan yaitu, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, skala, frekuensi, dan kualitas nyeri, monitor tanda-tanda vital, ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi napas

dalam), ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, serta kolaborasi pemberian terapi farmakologi (PPNI, 2018).

Tidak ada kesulitan yang dialami oleh penulis dalam melakukan tindakan keperawatan karena klien kooperatif ketika diberi tindakan keperawatan. Implementasi dari perencanaan yang telah disusun penulis salah satunya adalah memberikan latihan teknik relaksasi napas dalam. Hasil penelitian Agung et al., (2013), teknik relaksasi napas dalam dinyatakan dapat dilakukan oleh seluruh responden dan hasilnya menunjukkan terdapat pengaruh yang cukup signifikan terhadap penurunan nyeri pada pasien *post op* anastesi umum di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moeardi Surakarta.

Implementasi pemberian teknik relaksasi napas dalam yang telah diterapkan penulis dirasa cukup efektif untuk mengurangi nyeri pada klien *post* operasi tumor ginjal. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa ketika dikaji klien mengatakan skala nyerinya 4 kemudian setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan salah satu intervensinya yaitu teknik relaksasi napas dalam skala nyeri klien berkurang hingga menjadi skala 1 dengan melanjutkan intervensi monitor TTV, ajarkan teknik non farmakologi (relaksasi napas dalam), ciptakan lingkungan tenang dan nyaman, serta kolaborasi pemberian analgetik.

Terdapat intervensi manajemen nyeri yang tidak diterapkan oleh penulis, salah satunya yaitu pemberian terapi Murottal Al-Qur'an. Terapi ini jika diberikan secara harmonis dapat menurunkan dan mengurangi hormon-hormon stress serta mengaktifkan hormon endorfin. Sehingga klien yang diberikan terapi ini akan merasa rileks, perasaan takut dan cemas berkurang, hingga nyeri dan tegang pun berkurang. Selain itu pemberian terapi ini juga dapat memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga tekanan darah, pernapasan, detak jantung, dan denyut nadi membaik (Susanti et al., 2019).

Hasil penelitian (Khashinah, 2015) menyatakan bahwa terapi Murottal Al-Qur'an efektif dalam mengurangi rasa nyeri pada pasien *post* operasi.

Sehingga terapi ini dirasa efektif jika diterapkan oleh penulis pada pasien kelolaan dengan *post* operasi tumor ginjal.

2. Gangguan Mobilitas Fisik

Definisi: keterbatasan dalam pergerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas tubuh secara mandiri. Batasan karakteristik pada gangguan mobilitas fisik yaitu, klien merasa nyeri saat bergerak, mengeluh sulit bergerak, gerakan terbatas, dan kondisi fisik lemah (PPNI, 2016).

Pada proses pengkajian dan analisa data, didapatkan data klien mengeluh nyeri ketika bergerak, merasa lemas, dan klien tampak terbatas pergerakannya dan dibantu istri ketika bergerak. Penulis menegakkan diagnosa setelah nyeri akut yaitu gangguan mobilitas fisik dirasa sesuai dengan batasan karakteristik gangguan mobilitas fisik menurut PPNI (2016).

Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik pada klien teratasi dengan kriteria hasil menurut PPNI (2018), pergerakan ekstremitas klien meningkat, kekuatan tubuh meningkat, kelemahan fisik menurun, dan keterbatasan gerak menurun. Intervensi yang ditetapkan adalah identifikasi adanya nyeri, monitor tanda-tanda vital, libatkan keluarga dalam membantu klien bergerak, dan ajarkan ambulasi dini bila perlu (PPNI, 2018).

Salah satu intervensi pada masalah keperawatan ini yang diimplementasikan oleh penulis adalah melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak atau melakukan aktivitas. Masalah fisiologis *post* operasi yang didominasi oleh nyeri yang disebabkan karena luka insisi pasca pembedahan menyebabkan pasien kesulitan dalam bergerak. Nyeri pada luka *post* operasi akan membuat pasien sulit menggerakkan badan bahkan tidak mau turun dari tempat tidur (Ruwayda, 2015).

Pada masalah keperawatan ini keluarga sangat berperan dalam membantu pasien bergerak. Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik

seperti mandi, berpakaian, berpindah tempat atau bergerak, makan, dan minum tentu membutuhkan bantuan orang lain atau keluarga (Airiska et al., 2020).

Penulis tidak mengalami kesulitan pada saat mengimplementasikan intervensi ini kepada klien. Karena klien kooperatif dan keluarga lebih berperan dalam membantu klien bergerak. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, hasil evaluasi klien pada hari pertama klien masih tampak terbaring ditempat tidur, apapun masih dibantu oleh istrinya. Pada hari kedua, klien bisa miring ke kanan dan duduk dengan bantuan istrinya. Kemudian hari berikutnya klien sudah bisa duduk sendiri. Intervensi yang dilanjutkan setelah evaluasi dilakukan yaitu monitor TTV, libatkan keluarga dalam membantu meningkatkan pergerakan klien, dan ajarkan ambulasi dini bila perlu. Keterlibatan keluarga sangatlah penting dalam membantu klien yang mengalami kesulitan bergerak karena nyeri pasca operasi.

3. Risiko Defisit Nutrisi

Definisi: berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Batasan karakteristik pada masalah keperawatan ini antara lain, ketidakmampuan klien menelan, ketidakmampuan mencerna makanan dan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi, dan faktor psikologis (stres, perasaan enggan makan) (PPNI, 2016).

Pada proses pengkajian dan analisa data didapatkan klien mengeluh mual namun tidak muntah, perasaan enggan makan karena klien merasa cepat kenyang ketika makan. Klien sekali makan hanya 2-3 sendok saja, namun klien juga minum susu. Penulis menegakkan diagnosa ini dirasa sudah sesuai dengan faktor risiko menurut PPNI (2016).

Terdapat pengkajian nutrisi yang tidak dilakukan oleh penulis, yaitu pengkajian ABCD. Tujuan dari pengkajian ABCD ini adalah untuk mengidentifikasi kebutuhan nutrisi pada pasien. Pengkajian ABCD terdiri

dari pengkajian antropometri yaitu dengan mengukur berat badan, tinggi badan, lalu biokimia dengan melakukan pemeriksaan laboratorium, kemudian clinical sign yaitu dengan mengkaji tanda-tanda abnormal pada fisik maupun fisiologis, dan yang terakhir yaitu diit dengan mengkaji riwayat makanan yang dikonsumsi, frekuensi, pola, dan jenis makanan yang dikonsumsi (Usman, 2019).

Penulis menyusun intervensi keperawatan pada diagnosa risiko defisit nutrisi dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka risiko defisit nutrisi pada klien menurun dengan kriteria hasil menurut PPNI (2018), nafsu makan membaik, porsi makan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, mual berkurang, dan frekuensi makan meningkat. Intervensi yang ditetapkan yaitu identifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi, monitor mual dan muntah, identifikasi kemampuan menelan, dan berikan makanan sesuai keinginan jika memungkinkan (PPNI, 2018).

Klien kooperatif ketika dilakukan implementasi selama 3x24 jam. Hasil evaluasi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, hari pertama klien masih merasa mual dan cepat merasa kenyang ketika makan baru 2 sendok. Hari kedua klien sudah mulai makan setengah porsi bubur dan segelas susu. Hari berikutnya klien sudah makan nasi dengan sayur yang disukainya yaitu sayur bening. Intervensi yang dilanjutkan setelah dilakukan evaluasi yaitu monitor mual dan muntah, identifikasi kemampuan menelan, dan berikan makanan sesuai keinginan jika memungkinkan.

4. Diagnosa Tambahan

a. Risiko Infeksi

Selain membahas masalah keperawatan yang muncul pada Tn. S dengan post operasi tumor ginjal, penulis juga akan membahas diagnosa tambahan yang tidak ditegakkan oleh penulis, yaitu risiko infeksi. Penulis menambahkan diagnosa ini karena terdapat luka pada abdomen kiri klien pasca operasi.

Area pembedahan selalu berkaitan dengan udara di lingkungan sekitar ruang operasi yang dapat menyebabkan masuknya flora bakteri eksogen dan translokasi bakteri endogen. Durasi operasi yang lama juga berpengaruh terhadap peluang masuknya bakteri melalui udara karena pasien terpapar udara lebih lama di ruang pembedahan (Nirbita et al., 2017).

Lamanya waktu operasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi pada luka insisi pasca operasi dan komplikasi pada umumnya. Jika waktu atau durasi operasi semakin lama maka akan mempengaruhi proses penyembuhan luka pasca operasi dan akan meningkatkan risiko terjadinya infeksi pada luka tersebut sehingga waktu perawatan pasca operasi akan lebih lama. Selain itu faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi adalah teknik operasi yang mengakibatkan kerusakan jaringan yang luas (Rahmayati et al., 2017).

Kadar leukosit tinggi juga berpengaruh terhadap risiko infeksi pada pasien. Pada penelitian Nasari et al., (2018) menunjukkan terdapat hubungan antara kadar leukosit dengan kejadian infeksi. Kadar leukosit seseorang yang awalnya normal lebih tidak mengalami infeksi daripada pasien dengan kadar leukosit tinggi.

Salah satu intervensi yang dapat diterapkan perawat dalam mencegah terjadinya infeksi pada pasien pasca operasi adalah perawatan luka operasi. Dalam mengimplementasi intervensi ini perawat harus memperhatikan dan menerapkan kewaspadaan universal (*Universal Precaution*) untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi pada melalui darah dan cairan tubuh pada pasien pasca operasi (Nursanty & Arofiati, 2020).

Pasien dengan gangguan nutrisi memiliki risiko terjadinya gangguan pada penyembuhan luka. Jaringan yang terbuka akibat luka setelah dilakukan operasi mempunyai kebutuhan nutrisi lebih besar dibanding jaringan normal. Ketersediaan protein mempengaruhi pembentukan kolagen dan infeksi biasanya terjadi pada pasien dengan

kadar albumin rendah. Vitamin C dan seng (Zn) berguna sebagai kofaktor enzim yang berperan dalam proses penyembuhan luka. Komponen imunitas lain seperti antibodi juga mengandung zat protein yang dapat diperoleh dari makanan atau nutrisi sehari-hari (Nirbita et al., 2017).

Pada kasus Tn. S juga dapat berisiko terjadinya infeksi karena terdapat luka insisi pasca operasi di abdomen kirinya. Selain itu kadar leukosit tinggi pada pemeriksaan laboratorium sehingga dicurigai terjadi risiko infeksi pada pasien.

b. Perlambatan Pemulihan Pasca Bedah

Diagnosa keperawatan yang seharusnya dapat ditambahkan pada pasien Tn. S selain risiko infeksi yaitu perlambatan pemulihan pasca bedah. Definisi: Pemanjangan jumlah hari pasca bedah untuk memulai aktivitas sehari-hari. Batasan karakteristik: pasien mengeluh nyeri, area luka pasca operasi yang terbuka, waktu atau durasi penyembuhan yang memanjang, nafsu makan pasien menurun, terdapat gangguan mobilitas, membutuhkan bantuan orang lain dalam perawatan diri, tertundanya pekerjaan, dan bahkan tidak dapat melanjutkan pekerjaan (PPNI, 2016).

Dari pengkajian yang telah dilakukan penulis, didapatkan data klien mengeluh nyeri atau tidak nyaman, terdapat masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, keengganan untuk makan atau tidak nafsu makan, terdapat luka pasca operasi, dan klien membutuhkan bantuan perawatan diri karena terdapat gangguan mobilitas fisik. Selain itu hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan data klien diberi terapi humalog sebanyak 4 unit, sehingga dicurigai klien memiliki riwayat DM, dan kadar hemoglobin klien rendah sehingga berpengaruh dalam lamanya pemulihan pada luka pasca operasi tersebut.

Penderita DM dengan kadar glukosa darahnya yang tinggi dapat menimbulkan kaki mati rasa karena adanya kerusakan saraf yang

merupakan komplikasi yang dapat menyebabkan munculnya luka serta memperlambat proses pemulihan luka tersebut (Setyawan, 2019).

Pada data yang ditemukan dikasus Tn. S, maka dapat ditegakkan diagnose Perlambatan Pemulihan Pascabedah yang sesuai dengan batasan karakteristik menurut PPNI (2016).



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penulis memperoleh kesimpulan dari asuhan keperawatan pada Tn. S dengan *post* operasi tumor ginjal sebagai berikut:

1. Tumor ginjal merupakan kasus tumor urogenital terbanyak nomor tiga setelah tumor prostat dan tumor kandung kemih.
2. Pengkajian pada Tn. S yang telah dilakukan pada hari Minggu 14 Februari 2021 pukul 16.00 WIB didapatkan data Tn. S pasca operasi mengeluh nyeri di abdomen kirinya pada luka *post* operasi, sulit bergerak karena nyeri, dan merasa mual, cepat kenyang ketika makan, serta perasaan enggan makan.
3. Masalah keperawatan yang muncul pada Tn. S adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan klien mengeluh nyeri di perut kiri pada luka *post* op, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pergerakan klien terbatas, dan risiko defisit nutrisi ditandai dengan klien mengeluh mual dan perut terasa penuh atau mudah kenyang. Dengan diagnosa keperawatan prioritas adalah nyeri akut.
4. Rencana tindakan yang ditetapkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Fokus intervensi yang diberikan kepada Tn. S dengan dioagnosa keperawatan prioritas nyeri akut yaitu teknik relaksasi napas dalam dan kolaborasi pemberian analgesik.
5. Implementasi dilakukan selama 3 hari sesuai intervensi yang telah disusun pada masing-masing diagnosa keperawatan.
6. Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan asuhankeperawatan selama 3 hari didapatkan diagnosa pertama tujuan tercapai dan masalah teratasi. Pada diagnosa kedua tujuan

tercapai dan masalah teratasi. Kemudian pada diagnosa ketiga tujuan tercapai dan masalah teratasi sebagian.

B. Saran

1. Institusi Pendidikan

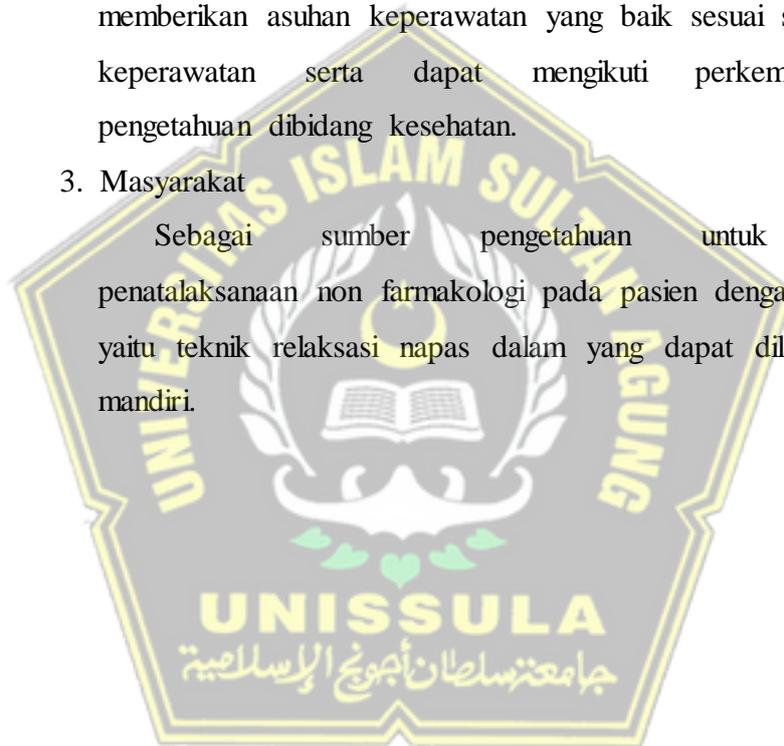
Sebagai referensi pada institusi pendidikan dalam penyusunan asuhan keperawatan dengan kasus tumor ginjal.

2. Lahan Praktik Rumah Sakit

Diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang baik sesuai standar asuhan keperawatan serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

3. Masyarakat

Sebagai sumber pengetahuan untuk mengetahui penatalaksanaan non farmakologi pada pasien dengan tumor ginjal yaitu teknik relaksasi napas dalam yang dapat dilakukan secara mandiri.



DAFTAR PUSTAKA

- Agung, S., Andriyani, A., & Sari, D. K. (2013). *Terdapat Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi dengan Anastesi Umum di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. *Jurnal Infokes Apikes Citra Medika Surakarta*, 3.
- Airiska, M., Winarni, L. M., & Ratnasari, F. (2020). *Hubungan Pengetahuan Kesehatan Terhadap Peran Keluarga Dalam Perawatan Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Perawatan Rsud Pakuhaji Kabupaten Tangerang*. *Menara Medika*, 3(1), 32–39. <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menaramedika/index> JMM
- Djatisoesanto, W. (2013). *Biopsi Pada Tumor Ginjal: Dampaknya Terhadap Penanganan Klinis*. *Journal Seminar and Workshop of Renal Pathology*, 91–94.
- Hermanto, R., Isro'in, L., & Nurhidayat, S. (2020). *Upaya Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur*. *Health Sciences Journal*, 4(1), 112–123. <http://studentjournal.umpo.ac.id/index.php/HSJ%0AHUBUNGAN>
- Khashinah, N. (2015). *Pengaruh Pemberian Terapi Murottal Juz 'Amma Terhadap Tingkat Nyeri pada Pasien Post Open Reductio Internal Fixation (ORIF) di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(No. 3), 213–216.
- Kustanto, I. D. (2016). *Karya Tulis Ilmiah: ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.S DENGAN PRE DAN POST OP TUMOR GINJAL KIRI DIRUANG BAITUSSALAM II RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG SEMARANG*.
- Lestari, A. S., Harun, H., & Program, M. P. (2019). *Pemeriksaan Penunjang Dalam Mendiagnosis Tumor Ginjal*. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 1(2), 112–117.

- Made, N., Adnyani, D., & Widiana, I. G. R. (2018). *Diagnosis dan tatalaksana pasien karsinoma sel renal*. *Jurnal Penyakit Dalam Udayana*, 2(2), 23–27.
- Matin, S. F. (2014). *Management of Small Renal Masses and Early-Stage Renal Cell Carcinoma*. In N. M. Tannir (Ed.), *Renal Cell Carcinoma*. Oxford University Press.
- Melisa, J., Monoarfa, A., & Tjandra, F. (2016). *Profil penderita karsinoma sel ginjal (renal cell carcinoma)*. *Jurnal E-Clinic (ECI)*, 4(2).
- Meyer, A. R., Allaf, M. E., & A. Gorin, M. (2019). *Epidemiology and Risk Factors of Renal Cell Carcinoma*. In M. A. Gorin & M. E. Allaf (Eds.), *Diagnosis and Surgical Management of Renal Tumors (pp. 1–12)*. Springer International Publishing AG. <https://doi.org/10.1001/archsurg.1957.01280160094012>
- Nasari, R. P., Rambe, A. S., & Fithrie, A. (2018). *HUBUNGAN KADAR LEUKOSIT, MONOSIT, DAN PROKALSITONIN DENGAN KEJADIAN INFEKSI DAN LUARAN FUNGSIONAL PADA STROKE AKUT*. *Neurona*, 35(2), 137–143.
- Nirbita, A., Rosa, E. M., & Listiowati, E. (2017). *Faktor Risiko Kejadian Infeksi Daerah Operasi pada Bedah Digestif di Rumah Sakit Swasta*. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 93–98.
- Nursanty, O. E., & Arofiati, F. (2020). *Penerapan Standar Operasional Prosedur Perawatan Luka Bersih melalui Pelatihan Perawatan Pasca Operasi*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 19(01), 29–37. <https://doi.org/10.33221/jikes.v19i01.532>
- Oemiati, R., Rahajeng, E., & Kristanto, A. Y. (2011). *PREVALENSI TUMOR DAN BEBERAPA FAKTOR YANG MEMPENGARUHINYA DI INDONESIA*. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 39(4), 190–204.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1)*. DPP PPNI.

- PPNI. (2018).Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (*Edisi 1*). DPP PPNI.
- PPNI. (2018).Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (*Edisi 1*). DPP PPNI.
- Purnomo, B. (2011).Dasar Dasar Urologi (*H. Yosef (ed.)*). CV. Infomedika.
- Purwanto, H. (2016). Keperawatan Medikal Bedah II (*D. Mustafa & Mutimanda Dwisatyadini (eds.)*). Kemenkes RI.
- Rahmayati, E., Asbana, Z. Al, & Aprina. (2017). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN LAMA PERAWATAN PASIEN PASCA OPERASI DI RUANG RAWAT INAP BEDAH RUMAH SAKIT*. Jurnal Keperawatan, XIII(2), 195–202. <https://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JKEP/article/view/929>
- Ruwayda. (2015). *HUBUNGAN NYERI, PERAN KELUARGA, DAN PERAN PETUGAS KESEHATAN DENGAN PELAKSANAAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASCA OPERASI SECTIO CAESARIA DI RUANG KEBIDANAN RSUD RADEN MATTAHER JAMBI TAHUN 2015*. Jurnal Poltekkes Jambi, XIII, 141–149.
- Setyawan, D. (2019). *PENGELOLAAN RISIKO TINGGI INFEKSI PADA PASIEN NY. L DENGAN DIABETES MELITUS DI RUANG DAHLIA RSUD UNGARAN*.
- Susanti, S., Widyastuti, Y., & Sarifah, S. (2019). *Pengaruh Terapi Murottal Al-Qur ' an Untuk Menurunkan Nyeri Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah Hari Ke 1 The Effect Of “ Murottal Al- Qur ' an ” Therapy To Decrease Pain Of Lower Extremity Fracture Post Operation Day 1*. Indonesian Journal On Medical Science, 6(2), 57–62.
- Syaifuddin, H. (2018). Anatomi Fisiologi: Kurikulum Berbasis Kompetensi untuk Keperawatan dan Kebidanan (*M. Ester (ed.)*; Ed. 4). ECG.

Usman, T. A. (2019). *Karya Tulis Ilmiah: ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK GASTROENTERITIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RISIKO KETIDAKSEIMBANGAN NUTRISI.*

Wahyudi, I. (2020). *Pengalaman Perawat Menjalani Peran Dan Fungsi Perawat Di Puskesmas Kabupaten Garut.* *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 2(01), 36–43. <https://doi.org/10.32938/jsk.v2i01.459>

Widyastuti, V. (2020). *Karya Tulis Ilmiah: ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. I DENGAN PRE OPP TUMOR GINJAL DI RUANG BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG.*



LAMPIRAN

Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN : 0622078602

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Ulfa Setianingrum

NIM : 40901800097

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Post Op Tumor Ginjal Sinistra di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

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

Semarang, 9 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN. 0622078602

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN : 0622078602

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Ulfa Setianingrum

NIM : 40901800097

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Post Op Tumor Ginjal Sinistra di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 23 Februari 2020 sampai dengan 9 Mei 2020 bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

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

Semarang, 9 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN. 0622078602

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA

2021

NAMA MAHASISWA : ULFA SETIANINGRUM
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Post Op
Tumor Ginjal Sinistra di Ruang Baitussalam 1
Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
PEMBIMBING : Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
Selasa, 23-02- 2021	Pengajuan judul KTI	Acc, lanjutkan Bab berikutnya	
Sabtu, 27-03- 2020	Konsultasi BAB I dan II	<ul style="list-style-type: none">- Penulisan reference diperbaiki- Latar belakang ditambahi komplikasi apabila penyakit tersebut tidak segera ditangani- Tujuan penulisan diperbaiki- Spasi penulisan pada bab I dan II diperbaiki 1,5 semua	
Sabtu, 8-05- 2021	Konsultasi BAB I-IV dan daftar pustaka	<ul style="list-style-type: none">- Pada analisa data terdapat ketidaktepatan di data obyektif karena	

		<p>semua mencantumkan TTV seharusnya data fokus berdasarkan karakteristik yang ada di buku SDKI. Sehingga ketidaktepatan ini dimasukkan ke dalam BAB IV (pembahasan).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada defisit nutrisi, tidak mencantumkan etiologi yang ada di faktor risiko pada buku SDKI. Ini juga dibahas di BAB IV (pembahasan) - Tahap evaluasi dalam catatan perkembangan pada <i>planning</i> hanya tertulis lanjutkan intervensi. Seharusnya diperjelas intervensi mana yang akan dilanjutkan. Hal ini juga dibahas di BAB IV (pembahasan). 	
Sabtu, 8-05-2021	Konsultasi BAB I-V dan daftar pustaka	- Lengkapi halaman motto dan daftar lampiran	
Rabu, 19-05-2021	Uji turnitin KTI	Hasil turnitin 24%	

Kamis, 27-05- 2021	Hasil uji turnitin KTI 24%	Lanjutkan menyusun ppt untuk sidang	
Kamis, 10-06- 2021	Konsul mengenai tambahan pada pembahasan KTI dari dosen penguji	ACC	



Lampiran 4

BERITA ACARA
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN POST OP TUMOR
GINJAL SINISTRA DI RUANG BAITUSSALAM 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

NAMA : ULFA SETIANINGRUM

NIM : 40901800097

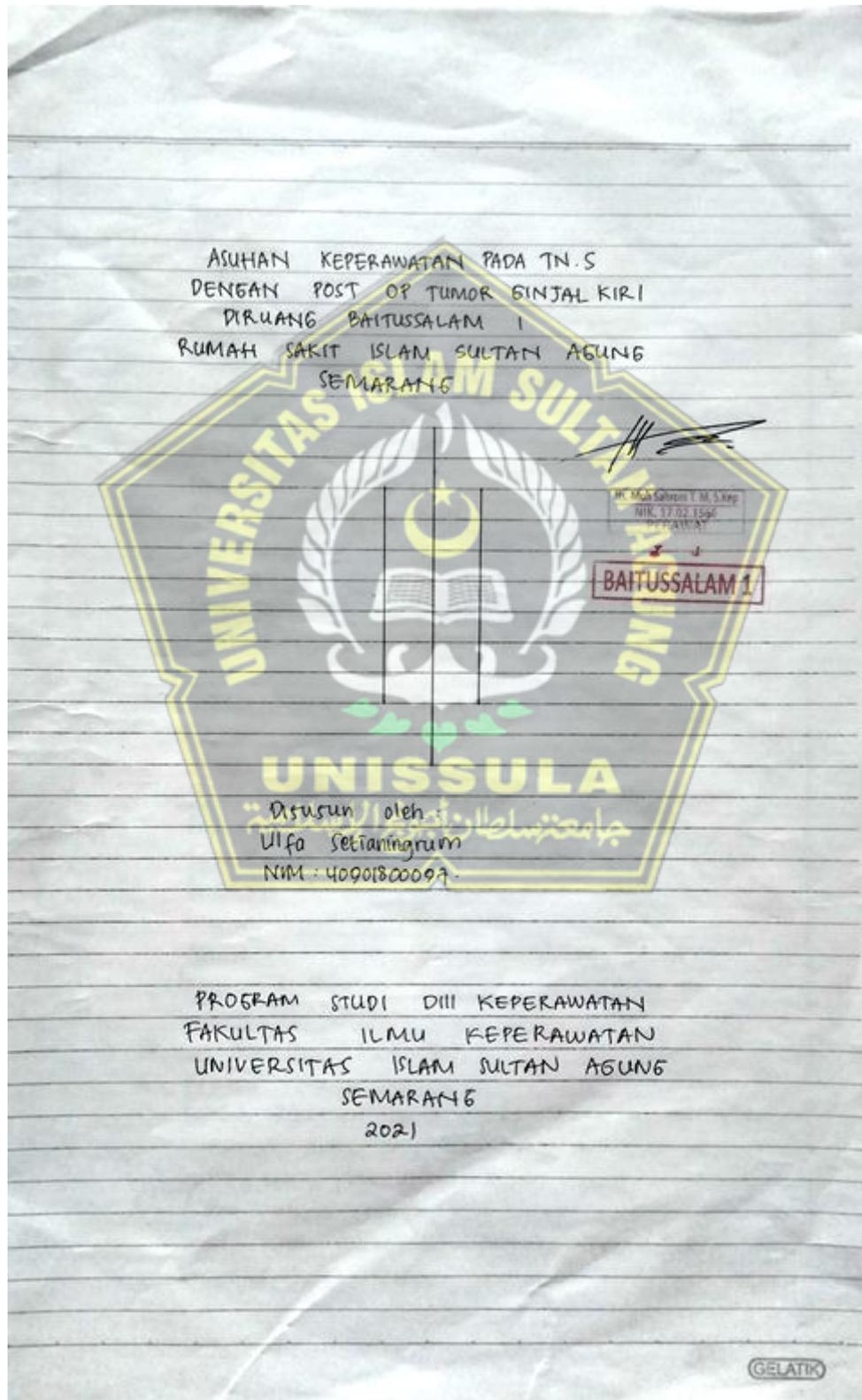
No	Nama Penguji	Direvisi pada Bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda Tangan
1	Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep	- Pengkajian ABCD pada nutrisi ditambahkan pada pembahasan - Hubungan leukosit tinggi dengan masalah keperawatan Risiko Infeksi ditambahkan pada pembahasan	38-41	Ya		
2	Ns. Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB	- Diagnosa tambahan Perlambatan Pemulihan Pascabedah karena terdapat pemberian terapi humalog dan dicurigai pasien memiliki riwayat DM - Perbaiki redaksi pada penulisan tujuan umum	41-42 3	Ya Ya		

3	Ns. Dyah Wiji Puspita M.Kep	Saran dari penguji segera ditambahkan dan dikonsulkan		Ya		
---	-----------------------------	---	--	----	--	---



Lampiran 5

Tulis Tangan Asuhan Keperawatan



A. PENGKAJIAN

I. DATA UMUM

1. Identitas

a. Identitas Klien

Nama : Tn. S
Umur : 56 tahun
Jenis Kelamin : Laki - Laki
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Suku/bangsa : Jawa / Indonesia
Alamat : Jaluung, Kunduran, Blora
Diagnosa medis : Tumor Ginjal Sinistra
Tanggal/jam masuk : Kamis, 11 - 02 - 2021

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. S
Umur : 46 Th
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Pedagang
Alamat : Jaluung, Kunduran, Blora.
Hubungan dg Klien : Istri

2. Status Kesehatan Saat Ini

a. Keluhan Utama

Setelah dilakukan operasi pada ginjal kirinya, klien mengeluh nyeri pada luka post op, sulit bergerak karena nyeri, dan kadang merasa mual.

b. Alasan masuk rumah sakit.

Istri klien mengatakan perutnya sakit dibagian kiri kemudian kalau makan muntah

c. Faktor Pencetus

Adanya benjolan di perut kiri klien.

d. Lamanya Keluhan.

Isteri klien mengatakan bahwa klien mulai merasakan keluhannya sejak 30 Desember 2020. Timbulnya mendadak.

e. Timbulnya Keluhan.

Klien mengatakan keluhannya timbul secara mendadak.

f. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi

Klien mengatakan jika keluhan itu timbul ia akan pergi ke puskesmas atau RSUD setempat.

g. Faktor yang memperberat.

Klien mengatakan jika serak terlalu banyak nyeri nya semakin terasa.

3. Riwayat Kesehatan Lalu.

a. Penyakit yang pernah di alami

Klien mengatakan 5 tahun yang lalu pernah menderita vertigo.

b. Kecelakaan.

Klien mengatakan ia pernah jatuh dari sepeda karena diserempet sepeda motor. Hanya kaki dan siku tangan yang lecet.

c. Pernah dirawat.

Klien mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya.

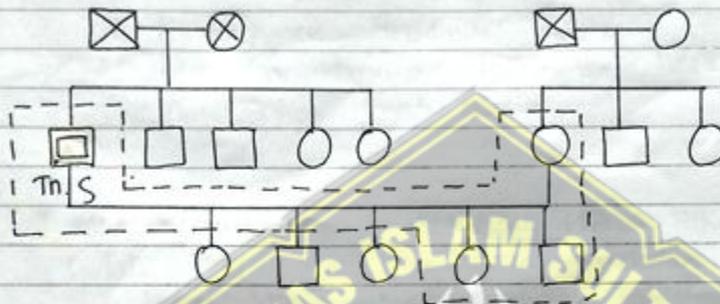
d. Alergi

Klien mengatakan tidak ada alergi obat maupun makanan.

e. Imunisasi

4. Riwayat Kesehatan Keluarga :

a. Susunan Kesehatan Keluarga (genogram : 3 generasi)



Keterangan :

- ⊗ : laki-laki meninggal
- ⊗ : perempuan meninggal
- : laki laki
- : perempuan
- ▣ : kelien (pasien)
- : hubungan suami isteri
- ┌ : hubungan saudara kandung
- - : tinggal dalam satu rumah.

b. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga.
Klien mengatakan, ayahnya dulu pernah menderita hernia dan ibunya pernah menderita jantung bocor.

c. Penyakit yang sedang diderita keluarga.
Klien mengatakan adile laki-lakinya (anda no. 3) kakinya sering terasa nyeri dibagian lututnya.

9. Riwayat Kesehatan Lingkungan.

a. Kebersihan rumah dan Lingkungan.

Klien mengatakan lingkungan rumahnya ada di pedesaan, dekat dengan sawah, namun lingkungannya bersih.

b. Kemungkinan terjadinya bahaya.

Klien dan isterinya mengatakan tidak ada kemungkinan terjadi bahaya.

II. POLA KESEHATAN Fungsional (DATA FOKUS)

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan.

a. Persepsi klien tentang kesehatan diri

Sebelum: klien mengatakan bahwa dulu sebelum ia sakit ini, ia tidak begitu memperhatikan kesehatannya.

Sesudah: klien mengatakan ia lebih memperhatikan kesehatannya.

b. Pengetahuan klien tentang penyakit dan perawatannya.

Sebelum: klien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya.

Sesudah: klien mengatakan sudah sedikit mengetahui tentang penyakitnya setelah pemeriksaan di berbagai pelayanan kesehatan.

c. Upaya yang dilakukan dalam mempertahankan kesehatan.

Sebelum: Klien mengatakan ia tidak terlalu memperhatikan status gizinya, pola makannya.

Sesudah: klien memperhatikan kesehatannya, dan memperhatikan pola makan dll.

d. Kemampuan Pasien mengontrol kesehatan.

Sebelum: Klien mengatakan jika perutnya terasa nyeri ia diabaikan saja, nanti hilang sendiri.

Sesudah: Klien mengatakan setelah mengetahui ada benjolan di perut bagian kiri, ia langsung memeriksakan ke RS.

e. Kelelahan +tidur.

Sebelum : Klien mengatakan dulu selalu merokok dan minum kopi.

Sesudah : Klien mengatakan sudah berhenti merokok dan kopi juga hampir tidak pernah mengkonsumsi.

f. Faktor sosialekonomi yang berhubungan dengan keahofan
Klien mengatakan tidak ada masalah. Ia juga memiliki KIS (Kartu Indonesia Sehat).

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Pola Makan

Sebelum : Kteri klien mengatakan klien makan 3x sehari dengan porsi 1 piring lauk & sayur

Sesudah : Kteri klien mengatakan klien makan lebih sering dari biasanya namun sekali makan hanya 1-3 sendok saja. Nasi dan laupang bubur.

b. Makanan yang disukai klien.

Klien mengatakan makanan yang disukainya adalah

c. Kebiasaan mengkonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan.

Tidak ada

d. Keyakinan atau kebudayaan yang dianut dan mempengaruhi diet

Tidak ada.

e. Keluhan dalam Makan.

Sebelum : Klien mengatakan tidak ada

Sesudah : Klien mengatakan perutnya terasa penuh ketika makan baru 2 sendok, sehingga sekali makan hanya 1-3 sendok saja.

f. Adakah keluhan mual dan muntah.

Sebelum : klien mengatakan tidak ada

Sesudah : klien mengatakan sedikit mual namun tidak sampai muntah.

g. Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan.

Sebelum dan sesudah, klien mengatakan tidak ada masalah dalam menelan dan mengunyah.

h. Adakah keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa
Tidak ada

i. Adakah penurunan BB dalam 6 bulan terakhir

Klien mengatakan tidak ada penurunan BB.

BB klien = 59 kg.

j. Pola Minum

Sebelum : Istri klien mengatakan klien minum 2-3 botol (500 ml/botol) tiap harinya, minum air putih dan teh.

Sesudah : Istri klien mengatakan klien minumannya berkurang, mungkin hanya 1 botol sehari air putih dan susu.

k. Bila terpasang infus, berapa cairan yang masuk tiap hari

2400 ml.

l. Adanya keluhan demam.

Tidak ada.

3. Pola Eliminasi

a. Eliminasi Feses.

Sebelum : Klien mengatakan sehari BAB 1x

Sesudah : klien mengatakan 1a BAB 1x dalam 2-3 hari

b. Pola BAK

Sebelum : Klien mengatakan ia BAK 5-6 x sehari dgn warna urin putih kadang kelungingan

Sesudah : Ulien mengatakan ia BAK lebih jarang dari sebelumnya dan warna urin pernah merah seperti darah namun setelah operasi urin sudah kembali kuning. Klien terpasang kateter.

4. Pola Istirahat dan Tidur.

a. Kebiasaan Tidur

Sebelum : Istri klien mengatakan klien pukul 20.00 sudah tidur namun pukul 23.00-24.00 terbangun lalu tidur lagi dan bangun diwaktu subuh.

Sesudah : Istri klien mengatakan klien lebih sering tidur

b. Kesulitan tidur tidak ada.

5. Pola Aktivitas dan Latihan.

a. Kegiatan dalam Pekerjaan.

Sebelum : Ulien mengatakan setiap pagi selepas shalat subuh ia pergi ke sawah untuk bekerja

Sesudah : Klien mengatakan setelah ia merasakan nyeri dipertangkanya, ia hampir tidak pernah pergi ke sawah.

b. Olahraga yang dilakukan

Sebelum : Setiap pagi selepas subuh klien berjalan santai menuju sawah untuk bekerja.

Sesudah : Ulien mengatakan hampir tidak pernah berjalan santai ke sawah.

c. Kesulitan / Keluhan dalam aktivitas.

Sebelum : klien mengatakan tidak ada kesulitan dalam beraktivitas

Sesudah : klien mengatakan ia sulit bergerak/aktivitas karena nyeri diperut bagian kiri.

d. Pergerakan tubuh.

Sebelum : Klien mengatakan tidak ada kesulitan dalam bergerak

Sesudah : Klien mengatakan sulit bergerak karena perut kirinya terasa nyeri

e. Berhajat (BAB/BAK)

Sebelum : Klien mengatakan ia dapat BAB/BAK ke kamar mandi sendiri

Sesudah : Klien mengatakan ia BAK melalui kateter karena terpasang kateter dan juga terpasang pemper.

f. Keluhan Serah Napas setelah melakukan aktivitas
Tidak ada

g. Mudah merasa lelah

Sebelum : Klien mengatakan tidak merasa ~~tidak~~ mudah lelah.

Sesudah : Klien mengatakan ia mudah lelah setelah beraktivitas berat.

6. Pola Kognitif dan Perseptual Sensori

a. Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensoris
Klien mengatakan pendengaran maupun penglihatannya tidak ada gangguan.

b. Kemampuan kognitif.

Isteri klien mengatakan klien masih mampu mengingat dan tidak pusing saat sakit maupun sebelum sakit.

GELA

c. Kesulitan yang dialami

Sebelum: klien mengatakan tidak ada

Sesudah: klien mengatakan merasakan nyeri diperut bagian kiri

d. Persepsi terhadap nyeri

P = Nyeri dirasakan ketika klien bergerak

Q = Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R = Nyeri di abdomen / perut sebelah kiri

S = Skala nyeri 4

T = Nyeri hilang timbul.

7. Pola Persepsi Diri

a. Persepsi diri

Sebelum: klien mengatakan biasa saja

Sesudah: klien mengatakan akan lebih memperhatikan kesehatannya. Saat ini ia juga sudah menerima dengan ikhlas penyakitnya.

b. Konsep Diri

Sebelum: klien mengatakan dirinya berperan sebagai ayah dan suami yg baik. Ia merasa puas dapat membesarkan anak-anaknya dengan baik.

Sesudah: Klien mengatakan ia merasakan hal yang sama, namun ketika diketahui penyakitnya ia sudah berserah diri kepada Tuhan. Semoga segera diberi kesembuhan.

8. Mekanisme Koping

a. Bagaimana pasien mengambil keputusan.

Sebelum: klien mengatakan sebagai kepala keluarga ia mengambil keputusan sendiri dgn pertimbangan isteri

Sesudah: Klien mengatakan isteri dan anak laki-lakinya ikut berperan dalam pengambilan keputusan.

b. Yang dilakukan dalam menghadapi masalah

Sebelum - klien mengatakan bahwa jika klien ada masalah maka akan diselesaikan secara musyawarah

Sesudah - klien mengatakan tidak ada perubahan

c. Upaya yang dilakukan dalam menghadapi masalah

Sebelum : klien mengatakan berdiskusi dengan Isten dan menghadapi masalahnya.

Sesudah : Klien mengatakan tidak ada perubahan.

d. Menurut klien apa yang dilakukan perawat agar

pasien merasa nyaman

Klien mengatakan perawat tetap menjaga privasi klien.

9. Pola Seksual Reproduksi

Klien dan isterinya mengatakan tidak ada masalah / pengalut reproduksi.

10. Pola Peran Hubungan dengan orang lain

a. Istri klien mengatakan klien dapat berhubungan baik dengan orang lain, namun klien orang yang pendiam

b. Klien mengatakan orang terdekat klien adalah Isten dan anak-anaknya

c. Klien mengatakan jika membutuhkan bantuan ia meminta bantuan kepada keluarga.

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

a. Klien mengatakan tidak mengalami gangguan dalam melakukan ibadah sholat 5 waktu

b. Klien mengatakan tidak ada kebudayaan yang bertentangan dgn pengobatannya.

III. PEMERIKSAAN FISIK.

1. Kesadaran = Composmentis GCS = E₄M₆V₆

2. Penampilan = Lemah

3. Vital Sign

a. Suhu = 36^o C

b. TD = 140/70 mmHg

c. RR = 20 x/menit

d. N = 88 x/menit.

4. Kepala

Bentuk simetris, warna rambut hitam namun ada uban, kondisi bersih.

5. Mata.

Bentuk simetris, konjunktiva tdk anemis, penglihatan normal.

6. Hidung

Tidak dirungpai kelainan, lesi, atau edema.

7. Telinga

Bentuk simetris, pendengaran masih normal.

8. Mulut dan Tenggorokan.

Tidak terdapat gangguan berbicara, tidak ada pembengkakan tyroid, tidak ada sarrawan.

9. Dada.

a. Jantung

- Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ditemukan lesi

- Palpasi : Ictus cordis teraba.

- Perkusi : Terdengar suara kep dup.

- Auskultasi : Bunyi jantung kep dup.

b. Paru-paru

- Inspeksi : Bentuk dada simetris, pernapasan dinding dada

- Palpasi : Tidak teraba benjolan.

- Perkusi : resonan suruh lapang paru
- Auskultasi : bunyi vesikular.

10. Abdomen.

- Inspeksi : Terdapat lula di atas abdomen bagian kiri
- Auskultasi : Terdapat suara peristaltik usus, bising usus
- Perkusi : Terdengar bunyi timpani
- Palpasi : Terdapat nyeri tekan di abdomen kiri

11. Genetalia.

Tidak terdapat kelainan atau penyakit kelamin.

12. Ekstremitas

- Pada ekstremitas atas terpasang infus di tangan kanan
- Terdapat keterbatasan mobilitas
- Kulit sedikit kebiruan, tidak ada edema, tidak ada luka.

13. Kulit.

Warna kulit sawo matang sedikit gelap, sudah sedikit kering, tidak ada edema.

IV. DATA PENUNJANG

1. Hasil Pemeriksaan Penunjang
Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	ket
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	L 9,1	13,2 - 17,3	g/dL	
Hematokrit	L 27,9	33,0 - 45	%	
Leukosit	H 28,30	3,80 - 10,60	ribu/uL	Sesuai
Trombosit	323	150 - 440	ribu/uL	
KIMIA KLINIK				
Elektrolit (Na, K, Cl)				
Natrium (Na)	L 122,0	135 - 147	mmol/L	Duplo
Kalium (K)	4,90	3,5 - 5,0	mmol/L	
Klorida (Cl)	105,0	95 - 105	mmol/L	
Calcium	L 6,6	8,8 - 10,8	mg/dL	Duplo
Magnesium	2,1	1,6 - 2,4	mg/dL	

Pemeriksaan Patologi Anatomi

Lokasi : Gigi Sinistra

Cara Pengambilan : Operasi

Histologi Jaringan : Selang

Sediaan ukuran 18 x 12 x 8 cm, warna putih, konsistensi kenyal, bertubus-lobus, berlipat-lipat.

Mikroskopik Menunjukkan :

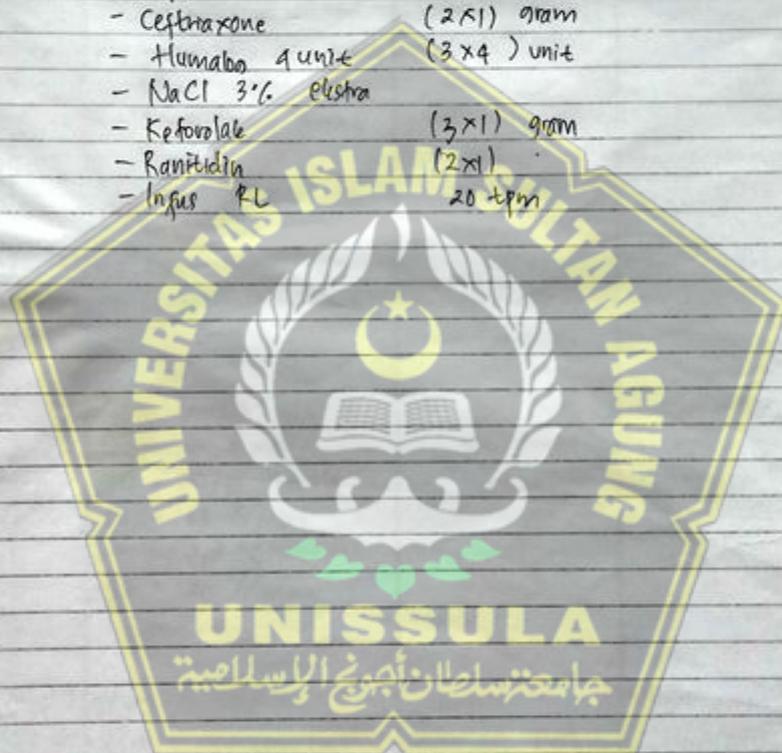
Kelompok sel-sel epitel agak pleimorfik dengan 1 unit berornatin kasar, nukleoli prominat, mitosis dapat ditemukan, disertai struktur mukosa tanduk, tampak menginfiltasi ke stroma.

2. Diet yang diperoleh

- Nasi
- Bubur

3. Terapi

- Ceftriaxone (2x1) gram
- Humalo 4 unit (3x4) unit
- NaCl 3% ektstra
- Keftorale (3x1) gram
- Ranitidin (2x1)
- Infus RL 20 tpm



B. ANALISA DATA

Tgl/jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTC
14/2/2021 (16.00)	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri di perut kiri bagian luka post op. P = Nyeri dirasakan ketika klien bergerak Q = Nyeri seperti ditusuk tusuk R = Nyeri di abdomen / perut sebelah kiri S = Skala nyeri 4 T = Nyeri hilang timbul <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis merasakan nyeri TD = 140/90 mmHg N = 88 x/menit S = 36° C RR = 20 x/menit 	Nyeri Akut	Agen cedera fisik	204
14/2/2021 (16.05)	<p>DS =</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri diperutnya dan tidak bisa duduk, hanya terbaring saja <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Pergerakan klien klien terbatas 	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri	204

GELATIK

- TD = 140/70 mmHg
- N = 88 x/menit
- RR = 20 x/menit
- S = 36° C

14/2/2021

DS =

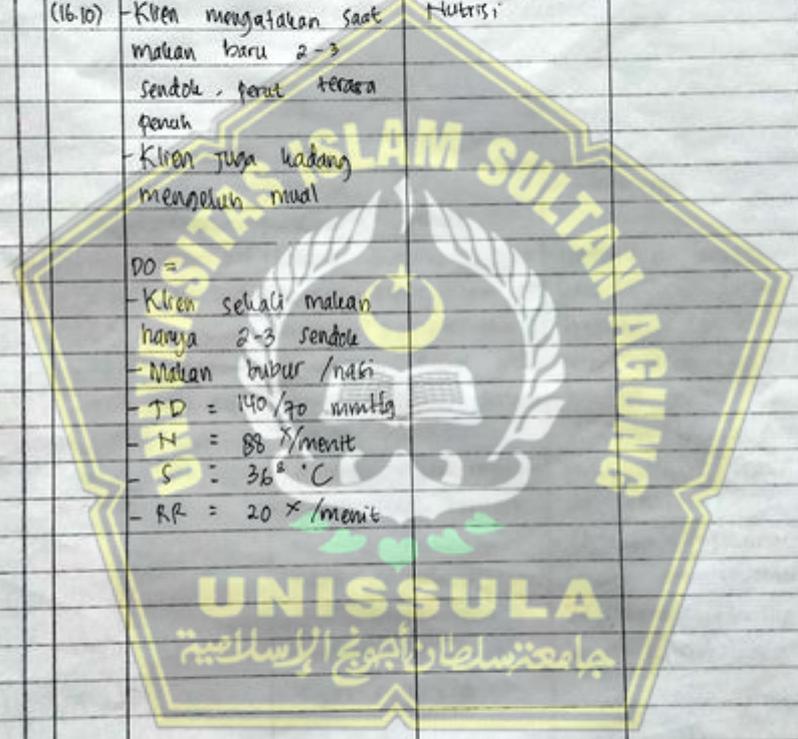
- (16.10)
- Klien mengatakan saat makan baru 2-3 sendok, perut terasa penuh
 - Klien juga kadang mengeluh mual

Risiko Defisit Nutrisi

7/4

DO =

- Klien selalu makan hanya 2-3 sendok
- Makan bubur / nasi
- TD = 140/70 mmHg
- N = 88 x/menit
- S = 36° C
- RR = 20 x/menit



C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan klien mengeluh nyeri pada luka post op di abdomen kirinya.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pergerakan klien terbatas.
3. Risiko defisit nutrisi ditandai dengan klien mengeluh mual dan perut terasa penuh saat makan.

D. INTERVENSI

Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	TTD
14/02 (17.00)	Nyeri akut b.d agen cedera fisik d.d klien mengeluh nyeri pada luka post op di abdomen kiri	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri pada klien berkurang dengan kriteria hasil: - Keluhan nyeri menurun - Wajah tidak tampak meringis kesakitan - Rasa gelisah menurun - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri, serta skala. - Monitor TTV - Ajarkan teknik non farmakologi (distraksi dan relaksasi) - Ciptakan lingkungan tenang dan nyaman. - Kolaborasi pemberian terapi farmakologi	7/4
14/02 (17.15)	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d pergerakan klien terbatas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik pada klien teratasi dengan kriteria hasil:	- Identifikasi adanya nyeri - Monitor TTV - Libatkan keluarga dalam membantu klien untuk meningkatkan pergerakan	7/4

GELAT

		<ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan elektromitas lilien meningkat - Kekuatan kulum meningkat - Kelemahan fisik menurun - Keterbatasan gerak fisik lilien menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan ambulasi bila perlu.
14/2021 102 (17-30)	<p>Risiko defisit nutrisi ditandai dengan lilien tidak mengekuh mual dan perut terasa penuh saat makan.</p>	<p>Sudah dilakukan arahan keperawatan selama 3x 24 jam maka risiko defisit nutrisi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nafsu makan membaik - porsi makan meningkat - perasaan cepat kenyang menurun - frekuensi makan meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi - Monitor mual dan muntah. - Identifikasi kemampuan menelan. - Berikan makanan sesuai keinginan jika memungkinkan

E. IMPLEMENTASI

Tgl/waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon	TTD
15/02 (21.40)	Nyeri akut b.d agen cedera fisile d.d klien mengeluh nyeri pada luka post op di abdomen kiri	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, dan kualitas nyeri	- S = klien mengatakan P: nyeri terasa saat klien bergerak. Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk R: nyeri di abdomen kiri S: skala nyeri 9. T: nyeri hilang tumbuh. O = klien tampak masih merasa nyeri	7/4
(21.45)		- Memonitor TTV	- S = klien mengatakan bersedia O = klien kooperatif TD = 125/81 S = 36° C N = 75 x/menit RR = 20 x/menit	7/4
(21.50)		- Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam	- S = klien mengatakan bersedia O = klien kooperatif dan dapat mengikuti dengan baik	7/4

15/2021 (21.40)	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d-d pergerakan klien terbatas	- Mengidentifikasi adanya nyeri	S = klien mengatakan nyeri ada di abdomen kiri dengan skala = 5 O = klien kooperatif	
(21.45)		- Memonitor TTV	S = klien mengatakan bersedia O = klien kooperatif TD = 125/81 N = 75 x/menit RR = 20 x/menit S = 36° C	
(22.00)		- Melibatkan keluarga dalam membantu klien untuk bergerak	S = klien mengatakan membantu istrinya saat ingin bergerak. Ia juga mengatakan belum bisa duduk. O = klien tampak terparang	
15/2021 (22.05)	Risiko defisit nutrisi d-d klien merasa dan mengeluh mual	- Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi asupan	S = klien mengatakan setiap kali makan baru 2-3 sendok, perut terasa penuh O = klien tampak lemas	
(22.10)		- Memonitor mual dan muntah	S = klien mengatakan kadang mual tapi tidak sampai muntah O = -	
(22.10)		- Identifikasi kemampuan menelan	S = klien mengatakan mampu menelan makanan O = -	

16/02 05.30	Nyeri akut b.d agen cedera fisik d.d klien mengeluh nyeri di abdomen kiri	- Memonitor TTV	S = klien mengatakan bersedia O = klien kooperatif TD = 121/74 S = 37.5 N = 20x/mnt RR = 20x/mnt	PA
05.35		- Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam	S = klien mengatakan lebih tenang (nyaman) dari sebelumnya O = klien kooperatif dan dapat melakukan dgn baik dan benar	PA
06.00		- Memberikan terapi farmakologi (kolaborasi) keforolax (2x1) gram	S = klien bersedia O = klien kooperatif	PA
16/02 05.30	Sanggauan mobilitas fisik b.d	- Memonitor TTV	S = klien bersedia O = klien kooperatif TD = 121/74 S : 37.5 °C N = 20x/mnt RR : 20x/mnt	PA
05.40		- Melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak	S = klien mengatakan sudah bisa duduk dan dibantu isterinya O = klien tampak sudah bisa duduk	PA
16/02 06.00	Risiko defisit nutrisi d.d klien mengeluh mual dan perut terasa penuh saat makan	- Memonitor mual dan muntah	S = klien mengatakan masih mual tapi ia sudah bisa makan lebih dari 3 sendok O = klien tampak bisa menghabiskan 1/2 porsi bubur	PA

06.30		- Memberikan makanan sesuai keinginan klien	- S = klien mengatakan suka bubur dan susu putih - O = klien tampak menghabiskan 1/2 porsi bubur	7/11
17/200 02	Nyeri akut b.d agen adera fisile	- Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam	- S = klien mengatakan merasa nyaman dan nyeri berkurang - O = klien dapat melakukan teknik napas dalam secara mandiri	7/11
08.00	d.d klien mengeluh nyeri di abdomen kiri			
13.05		- Menciptakan lingkungan dan posisi yang nyaman (semi Fowler)	- S = klien mengatakan / nyaman dengan posisinya - O = klien tampak nyaman	7/11
		- Memberikan terapi farmakologi (kolaborasi ketorolax 2x1)	- S = klien bersedia - O = klien kooperatif.	7/11
13.10	Gangguan mobilitas fisile b.d nyeri d.d pergerakan klien terbatas	- Melibatkan keluarga dalam membantu klien bergerak.	- S = Klien mengatakan sudah bisa duduk dgn sendiri - O =	7/11
14.00	Risiko defisit nutrisi d-d klien mengeluh mual dan	- Memberikan makanan sesuai keinginan klien	- S = klien mengatakan sudah ingin makan nasi dan sayur bening - O = klien tampak makan nasi	7/11

F. EVALUASI

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	TTD
15/02 (22.30)	Nyeri akut b.d agen cedera fisile d-d klien mengeluh nyeri pada luka post op di abdomen kiri	<p>C = klien mengatakan masih merasa nyeri</p> <p>q = nyeri terasa ketika bergerak</p> <p>a = nyeri seperti dihisuk-hisuk</p> <p>R = nyeri di abdomen kiri</p> <p>S = skala nyeri 4</p> <p>t = nyeri hilang timbul.</p> <p>O = klien tampak masih merasa nyeri</p> <p>TD : 125/81</p> <p>S : 36°</p> <p>N : 75 x/mnt</p> <p>RR : 20 x/mnt</p> <p>A = masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai</p> <p>P = lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 5.</p>	PP
22.35	Gangguan mobilitas fisile b.d nyeri d-d pergerakan klien terbatas	<p>S = Klien mengatakan nyeri di perutnya, ia mengatakan belum bisa duduk.</p> <p>O = klien tampak masih terbaring dan masih dibantu isternya dlm bergerak</p> <p>A = masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai</p> <p>P = Lanjutkan intervensi 2, 3, 4.</p>	PP
22.40	Risiko defisit nutrisi d-d. klien mengeluh mual dan perut terasa penuh saat makan.	<p>S = klien mengatakan kadang merasa mual tapi tidak sampai muntah dan perut terasa penuh ketika makan 2-3 sendok</p> <p>O = klien tampak lemas</p> <p>A = masalah belum teratasi tujuan belum tercapai</p> <p>P = lanjutkan intervensi 2, 3, 4.</p>	PP

16/02 ²⁰²¹ (09.00)	Nyeri akut b.d agen cedera fisik d-d klien mengeluh nyeri di abdomen kiri	<p>S = klien mengatakan nyerinya sudah berkurang</p> <p>P : nyeri terasa saat bergerak Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk R : nyeri di abdomen kiri S : skala nyeri 3 T : nyeri hilang timbul</p> <p>O = klien tampak tidak begitu merasakan nyeri.</p> <p>A = masalah belum teratasi, tujuan tercapai</p> <p>P = lanjutkan intervensi 3,4,5.</p>	7/1
(09.10)	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d-d pergerakan klien terbatas	<p>S = klien mengatakan ia sudah bisa duduk walaupun dgn bantuan isterinya</p> <p>O = klien tampak bisa duduk TD : 121/74 N : 78 X/menit S : 37,5°C RR : 20 X/menit</p> <p>A = masalah : teratasi sebagian tujuan tercapai</p> <p>P = lanjutkan intervensi 3,4.</p>	7/1
(09.20)	Risiko defisit nutrisi d-d klien mengeluh mulut dan perut terasa penuh saat makan.	<p>S = klien mengatakan mualnya sudah berkurang dan sudah habis makan 1/2 porsi bubur</p> <p>O = klien tampak menghabiskan 1/2 porsi makan bubur</p> <p>A = masalah teratasi sebagian tujuan tercapai.</p> <p>P = lanjutkan intervensi 4.</p>	7/1

14/2021 15.00	Nyeri akut b.d agen udara fisik d.d klien mengeluh nyeri di abdomen kiri	<p>S = klien mengatakan sudah tidak nyeri, namun kadang terasa</p> <p>P = nyeri ketika bergerak</p> <p>Q = seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R = nyeri di abdomen kiri</p> <p>S = skala 1</p> <p>T = hilang timbul</p> <p>O = klien sudah tidak tampak merasakan nyeri</p> <p>TD = B3/B3 N = 78 x/menit</p> <p>S = 36° C RR = 20 x/menit</p> <p>A = masalah teratasi, tujuan tercapai</p> <p>P = hentikan intervensi</p>	77
15.00	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d pergerakan klien terbatas.	<p>S = klien mengatakan sudah bisa duduk sendiri</p> <p>O = klien tampak bisa duduk</p> <p>A = masalah teratasi sebagian tujuan tercapai</p> <p>P = hentikan intervensi</p>	77
15.15	Risiko defisit nutrisi d.d klien mengeluh mual dan perut berasa penuh saat makan.	<p>S = klien mengatakan sudah bisa makan dan tidak mual makan nasi dengan sayur bening</p> <p>O = klien tampak lahap makan nasi</p> <p>A = masalah teratasi, tujuan tercapai</p> <p>P = hentikan intervensi.</p>	77