

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN POST
OP NEPHROLITHOTOMY NEFROLITIASIS DI RUANG
BAITUSSALAM II RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN
AGUNG SEMARANG**

Karya tulis ilmiah

diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Wiwik Ambarwati

NIM : 40901800101

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2021

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN POST
OP NEPHROLITHOTOMY NEFROLITIASIS DI RUANG
BAITUSSALAM II RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN
AGUNG SEMARANG**

Karya tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Wiwik Ambarwati

NIM : 40901800101

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang diberikan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 31 Mei 2021

Penulis



(Wiwik Ambarwati)

NIM 40901800101

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN POST OP
NEPHROLITHOTOMY NEFROLITIASIS DI RUANG
BAITUSSALAM IIRUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Wiwik Ambarwati

Nim : 40901800101

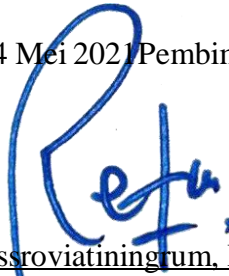
Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya
Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu
Keperawatan Unissula

Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 02 Juni 2021

Semarang, 24 Mei 2021 Pembimbing



(Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep.)
NIDN. 06-0403-8901


HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada Hari Rabu Tanggal 02 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 2 Juni 2021

Penguji I

(Ns. Retno Setyawati, M.Kep. Sp.KMB -
NIDN. 06-1306- 7403



Penguji II

(Ns. Muh. Abdurrouf,
M.Kep)NIDN. 06-
0505-7902



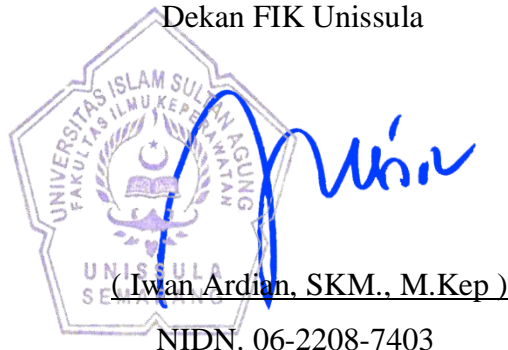
Penguji III

(Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep).
NIDN. 06-0403-8901



Mengetahui,

Dekan FIK Unissula



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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

MOTTO

“Jadilah seperti bunga yang memberikan keharuman bahkan pada tangan yang menghancurkannya. “ (-Ali bin Abi Thalib-)

“ Janganlah hanya menunggu tetapi ciptakan lah waktumu sendiri “

“ Karymu akan menepati bagian tersendiri dalam hidupmu “

“ Jangan pernah menyerah selama masih ada sesuatu yang bisa kita lakukan kita hanya benar- benar kalah kalau berhenti berusaha (MerryRiana)



KATA PENGANTAR

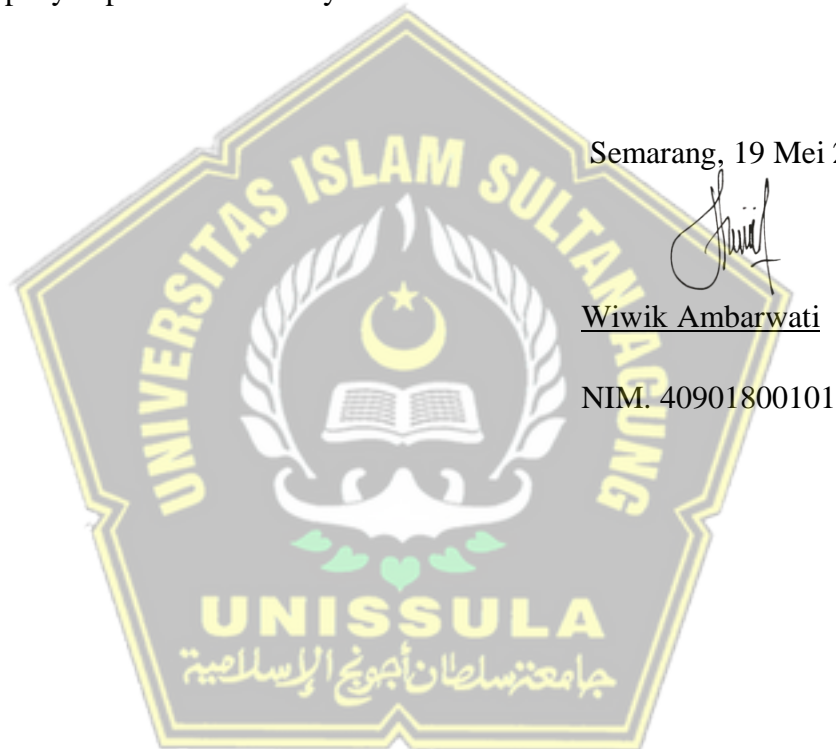
Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah yang MAha Esa yang telah melimpahkan rahmat, taufiq, dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan **judul “ Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Post Op Nephrolithotomy Nefrolithiasis di Ruang Baitussalam II Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang “.**

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai syarat untuk mengikuti ujian akhir program Diploma III Akademik Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, bantuan dan dukungan dari semua pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Drs. H. Bedjo Santoso, Ph D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung
2. Iwan Ardian, SMK, M.Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula
3. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep. selaku ketua program studi Diploma III keperawatan Unissula
4. Ns. Retno Isroviatiningrum, M.Kep selaku Dosen Keperawatan dan Pembimbing dalam penyusun KTI
5. Seluruh karyawan Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang di ruang Baitussalam II yang memperbolehkan untuk studi kasus.
6. Keluarga Bapak, Ibu, yang selalu memberikan semangat dan selalu mendoakan setiap saat sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kakak dan saudara saudara penulis yang yang selalu memberikan semangat dan dukungan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah

8. Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis berusaha untuk semaksimal mungkin dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang masih jauh dari kata sempurna, dan penulis juga menyadari dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini masih memerlukan penyempurnaan, maka dari itu penulis berharap saran dan masukan dari pembaca untuk penulis guna untuk perbaikan dan penyempurnaan dari Karya Tulis Ilmiah ini.



DAFTAR ISI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN POST OP NEPHROLITHOTOMY NEFROLITIASIS DI RUANG BAITUSSALAM II RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG.....	i
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN POST OP NEPHROLITHOTOMY NEFROLITIASIS DI RUANG BAITUSSALAM II RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG.....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME ..	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI.....	Error! Bookmark not defined.
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR DAN TABEL.....	i
DAFTAR LAMPIRAN	ii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat Penulis	4
BAB II KAJIAN PUSTAKA.....	5
A. Tinjauan Teori	5
1. Pengertian.....	5

2. Etiologi/ Penyebab	5
3. Patofisiologi.....	6
4. Manifestasi Klinis	8
5. Pemeriksaan Penunjang.....	8
6. Penatalaksanaan	9
7. Phatway	11
8. Komplikasi	12
B. ASUHAN KEPERAWATAN	12
RESUME ASUHAN KEPERAWATAN	23
A. Pengkajian	23
B. Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional Menurut Gordon (Data Fokus)	25
C. Pemeriksaan Fisik (HEAND TO TOE).....	28
D. Pemeriksaan Penunjang.....	29
E. ANALISIS DATA DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	35
F. INTERVENSI KEPERAWATAN.....	36
G. IMPLEMENTASI.....	37
H. Evaluasi	42
BAB IV PEMBAHASAN.....	45
A. Pengkajian	45
B. Diagnosa Keperawatan.....	46
BAB V PENUTUP.....	54
A. Kesimpulan.....	54
B. SARAN	55
DAFTAR PUSTAKA.....	56

DAFTAR GAMBAR DAN TABEL

DAFTAR GAMBAR

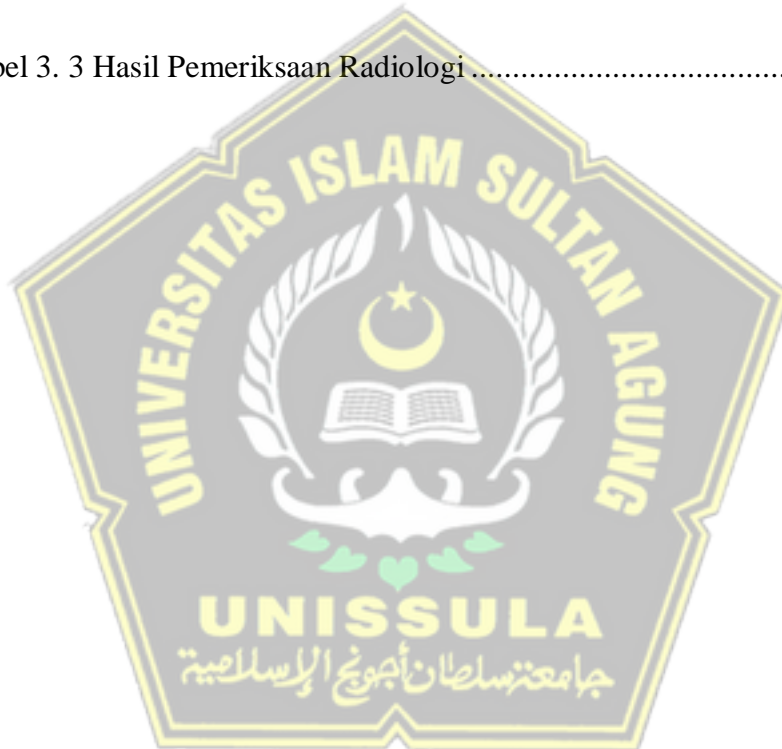
Gambar 2. 1 Wong Baker Facs Pain Scale..... 15

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik 30

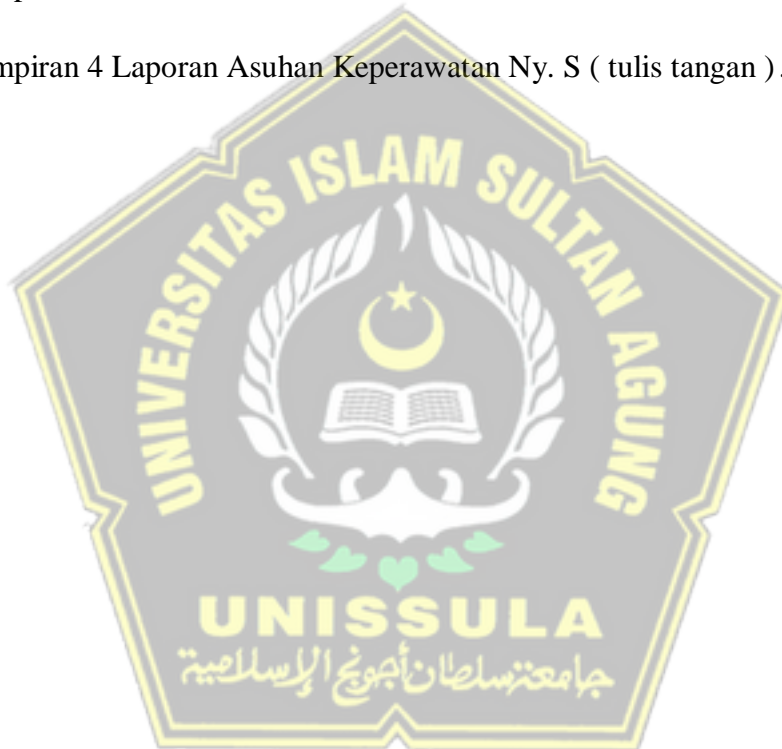
Tabel 3 .2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik 31

Tabel 3. 3 Hasil Pemeriksaan Radiologi 34



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING	59
Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi	60
Lampiran 3 Lembar Konsultasi	61
Lampiran 4 Laporan Asuhan Keperawatan Ny. S (tulis tangan).....	66



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Nefrolitiasis ataupun Batu ginjal merupakan salah satu penyakit, yang dimana ditemui batu yang memiliki komponen semacam Kristal serta matriks organik yang dapat menimbulkan terbentuknya kelainan pada saluran kencing. Posisi batu ginjal selalu ditemukan di kaliks ataupun pelvis serta apabila keluar hendak menyudahi serta bisa menutup pada wilayah ureter (batu ureter) serta pula kandung kencing (batu kandung kencing). Batu ginjal ini bisa tercipta dari kalsium, batu oksalat, kalsium oksalat ataupun pula dapat dari kalsium fosfat. Tetapi diantara itu, seluruhnya yang sangat selalu berlangsung terjadi pada batu ginjal ialah batu kalsium.(Fauzi and Putra, 2016)

Berdasarkan menurut WHO diseluruh dunia ada 1-2 % penduduk mengalami penyakit batu ginjal.Dari sekian ratus pengidap, penyakit tersebut ialah penyakit yang paling banyak ditemui di bidang urologi. Di negara Amerika Serikat panyit paling banyak terjadi pada system perkemihan adalah batu ginjal dengan jumlah presntase 30% dari 100.000 jumlah penderita penyakit batu ginjal.(IHSANIAH, 2020)

Prevalensi penyakit ini bisa diperkirakan sebesar 7 % pada wanita berusia dan 13 % di perkirakan pada laki – laki dewasa. 4 dari 5 % merupakan laki – laki, sedangkan untuk usia puncaknya yaitu dekade ke tiga sampai dengan ke 4. Di negara Indonesia sendiri penyakit ginjal yang sangat banyak ditemui di berbagai Rumah sakit adalah gagal ginjal dan batu ginjal atau sering disebut dengan nefrolitiasis. Dan untuk prevalensi yang tertinggi berada di daerah DI Yogyakarta dengan (1,2 %), selanjutnya diikuti oleh Aceh dengan (0,9 %), dan Jawa tengah, Jawa Barat, Sulawesi

Tengah dengan prevalensi sama yaitu masing – masing (0,8 %).(Fauzi and Putra, 2016)

Pengidap nefrolitiasis kerap mengalami keluhan rasa perih pada pinggang atau perut dasar, perih tersebut bertabiat kolik dan non kolik yang bisa berdiam dan sangat nyeri luar biasa saat sedang terjadi. Akibat nya jika nefrolitiasis tidak segera ditangani akan terjadi komplikasi lainnya seperti gagal ginjal, infeksi pada aliran urin, hidronefrosis, dan avaskuler ischemia. Ada beberapa pengobatan atau tindakan baik secara medis maupun terapi yang dapat dilakukan untuk menurunkan rasa nyeri pada penderita nefrolitiasis atau batu ginjal, untuk mengelamkan batu yang pernah ada serta mencegah terjadinya pembentukan batu kembali dapat dilakukan dengan berbagai tindakan yaitu : ESWL (Extracorporeal Shockwave Lithotripsy, Percutaneous Nephro Litholapaxy (PCNL), Bedah terbuka yaitu dengan Pielolitotomi serta Nefrolitotomi dan dapat juga dengan terapi Konservatif atau terapi Ekspulsif. (Hidayat, 2017).

Menurut Depkes Di Indonesia tahun 2011 dari data yang dikumpulkan di seluruh rumah sakit se-indonesia nominal kejadian batu ginjal yaitu 37.636. Dengan nilai pasien yang rawat inap yaitu 19.018 orang. Dengan meninggal 378 orang dari 100 ribu orang menderita batu ginjal di dunia (Nengsi, 2018).

Peran perawat yaitu sebagai pemberi asuhan keperawatan kepada pasien yang menderita batu ginjal adalah pelaksana dan pendidik. Peran sebagai pelaksana adalah perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan secara professional seperti memberikan dukungan kepada pasien supaya pasien merasa nyaman dan tidak mengeluh nyeri kembali setelah dilakukan Post Op, disini peran perawat melakukan manajemen nyeri secara non- farmakologi dengan metode pendekatan PQRST dan juga menggunakan alat pengukur nyeri yaitu *Wong baker faces pain scale* (Pradnia Paramitha, 2019), dan juga memberikan tindakan untuk mengurangi rasa nyeri pasien setelah perawat melakukan pengkajian untuk skala nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan memberikan distraksi

relaksasi yang meredakan skala nyeri yang dialami oleh pasien dengan cara tarik nafas dalam yang merupakan intervensi mandiri yang dilakukan oleh perawat tujuannya untuk menurunkan nyeri pasien dan distraksi dengan mendengarkan terapi musik yang bertujuan dapat merangsang hormone endorphin dimana hormone tubuh yang dapat membuat perasaan senang yang berperan dalam menurunkan skala nyeri pasien (Vindora, Ayu and Pribadi, 2017). Sedangkan peran perawat dalam pendidik yaitu memberikan edukasi kesehatan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dialami atau batu ginjal di mulai dari pengertian, penyebab dan gejala yang muncul pada penderita batu ginjal.(Hidayat, 2017)

latar belakang tersebut penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul kasus “ Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Nefrolitiasis Post Operasi Nephrolitotomi di ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tahun 2021 “.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu untuk memberikan asuhan keperawatan yang kompersif kepada pasien Ny. S dengan Nefrolitiasis diruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu untuk memahami tentang pengkajian asuhan keperawatan Post Op Nefrolitiasis
- b. Mahasiswa dapat menjelaskan mengenai analisa data asuhan keperawatan Post Op Nefrolitiasis
- c. Mahasiswa dapat menyusun diagnosa keperawatan yang muncul pada asuhan keperawatan Post Op Nefrolitiasis
- d. Mahasiswa mampu menyusun intervensi yang ada di dalam asuhan keperawatan Post Op Nefrolitiasis

- e. Mahasiswa dapat melakukan tindakan yang dilakukan kepada Post Op Nefrolitiasis
- f. Mahasiswa mampu untuk mengevaluasi asuhan keperawatan dengan Post Op Nefrolitiasis

C. Manfaat Penulis

1. Institusi Pendidikan

Karya Tulis Ilmiah mampu menjadi sebuah acuan dan referensi untuk adek adek Fakultas Ilmu Keperawatan dalam menyusun karya tulis ilmiah yang lebih baik lagi.

2. Profesi Keperawatan

Untuk memberikan pemahaman serta pengetahuan mengenai asuhan keperawatan meliputi pengkajian, Analisa data, Diagnosa keperawatan, Intervensi, Implementasi, Evaluasi dalam memberikan asuhan keperawatan dengan Post Op Nefrolitiasis

3. Lahan Praktik

Dapat menjadi acuan atau referensi yang baru bagi petugas kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan Post Op Nefrolitiasis di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

4. Masyarakat

memberikan pemahaman dan pengetahuan kepada masyarakat agar lebih mengerti mengenai konsep dasar dari Nefrolitiasis, gejala yang timbul dari nefrolitiasis dan cara penanganan dari penyakit nefrolitiasis.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Pengertian

Nefrolitiasis juga dikenal sebagai batu ginjal adalah jenis infeksi klinis yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor komponen dari batu Kristal yang menyumbat sehingga memperlambat kerja ginjal di bagian calyx atau punggung, yang dapat disebabkan oleh terganggunya kelarutan dan pengendapan garam di saluran kemih (Fikriani and Wardhana, 2018). Ukuran dari batu ginjal tersendiri Nefrolitiasis merupakan suatu pembentukan dari deposit mineral yang terlalu banyak yaitu kalsium oksalat serta kalsium phospat bisa dari yang lain yaitu urid acid dan Kristal juga dapat menjadi kalkulus (Batu ginjal) (Septiningsih, 2016). Batu ginjal yang berada di saluran kemih (Kalkulus uriner) merupakan suatu masa keras yang menyerupai batu yang terbentuk dari sepanjang saluran kemih yang dapat membuat nyeri, perdarahan , penyumbatan pada aliran kemih dan dapat menyebabkan infeksi. Batu tersebut dapat terbentuk dalam ginjal (batu ginjal) ataupun dari dalam kandung kemih (batu kandung kemih). Proses tersebut dikenal dengan sebutan urolitiasis (litiasis renalis, nefrolitiasis) (Nengsi, 2018).

2. Etiologi/ Penyebab

Penyakit batu ginjal atau Nefrolitiasis disebabkan yaitu antara lain : (Nengsi, 2018)

a. Genetik (Bawaan)

Terdapat beberapa yang mempunyai kelainan bahkan gangguan pada organ ginjalnya dari lahir walaupun kasusnya sangat relatif sedikit

anak yang sudah sejak kecil mengidap gangguan pada metabolisme khususnya pada bagian ginjal seperti air seninya yang cenderung mudah mengalami pengendapan garam sehingga akan mudah membentuk batu karena fungsi ginjal yang tidak dapat bekerja secara normal sehingga kelancaran proses pengeluaran air kemihnya mengalami gangguan contohnya banyak zat kapur yang berada di air kemih sehingga mudah mengalami pengendapan batu.

b. Makanan

Beberapa penyakit batu ginjal ini berawal dari faktor makanan dan minuman. Makanan yang memiliki komposisi bahan kimia dapat berefek pada pengendapan air kemih, contohnya makanan yang mempunyai kalsium banyak yaitu oksalat dan fosfat.

c. Aktifitas

Aspek dari karier dan sport juga dapat berdampak terjadinya penyakit batu ginjal. Resiko orang yang dapat mengalami penyakit ini adalah seseorang yang pekerjaannya sering bersandar makin tinggi dari orang yang sering banyak berdiri atau beralih dan jarang melakukan olahraga, sehingga menyebabkan peredaran darah atau air seni mengakibatkan jadi kurang lancar. (Nengsi, 2018)

d. Penyebab lain juga bisa karena terdapatnya suatu Kristal kalsium berada di dalam ginjal, dan Kristal tersebut bisa berupa seperti kalsium oksalat, kalsium fosfat bahkan kalsium sitrat. Tidak ada yang dapat membuktikan dengan sendiri bahwa faktor yang selalu dijadikan predisposisi merupakan saluran kemih, hiperkasiuria, hiperpostpasutria, hipervitarminosis, dan hipertiroidism. Sering sekali cenderung timbul presipitasi garam yang mengandung kalsium dalam urin terlalu banyak. (Soares, 2013)

3. Patofisiologi

Nefrolitiasis adalah keadaan ginjal yang mana membutuhkan keadaan seperti supersaturasi, dan di dalam urin yang normal juga ditemukan

sebuah adanya zat yaitu inhibitor yang dapat membentuk pembentukan batu.(Fauzi and Putra, 2016). Dan juga ditemukan adanya suatu komponen yang jarang dalam pembentukan batu yaitu seperti struvit, magnesium, ammonium ,asam urat atau bisa juga dari kombinasi dari bahan – bahan tersebut. Batu ginjal juga dapat disebabkan oleh adanya peningkatan terhadap Ph urin yang misalnya batu kalsium bikarbonat atau bisa juga karena adanya penurunan Ph urin (misalnya asam urat). Konsentrasi dari bahan – bahan pembentuk batu yang tinggi di dalam darah ataupun urin dan kebiasaan dalam mengkonsumsi makanan ataupun obat – obatan juga dapat merangsang dalam pembentukan batu. Sesuatu yang dapat menghambat aliran urin dan dapat menyebabkan terjadinya statis (tidak ada bergerak) urin di bagian manapun di saluran kemih kemungkinan dapat membentuk batu ginjal. Batu kalsium yang terbentuk bersama dengan oksalat atau fosfat yang menyertai keadaan – keadaan yang dapat menyebabkan terjadinya resorpsi tulang termasuk juga dengan imobilisasi dan juga penyakit ginjal. Batu asam urat yang menyertai gout merupakan suatu penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya pembentukan atau penurunan ekskresi asam urat.

Pada Asuhan keperawatan kegemukan dan kenaikan berat badan juga merupakan salah satu resiko yang dapat menyebabkan terjadinya batu ginjal atau nefrolisis akibat adanya peningkatan ekskresi kalsium, oksalat dan juga asam urat yang berlebihan. Pengenceran urin terjadi apabila adanya aliran obstruksi, karena kemampuan ginjal dalam memekatkan urin terganggu oleh pembengkakan yang terjadi di sekitar kapiler peritubulus. Komplikasinya obtruksi urin yaitu terjadinya di sebelah hulu dari batu di bagian manapun di saluran kemih. Obtruksi yang berada di bagian atas kandung kemih dapat terjadi hidroureter yaitu ureter yang membengkak pada urin. Hidroureter yang tidak segera diatasi atau obstruksi pada atau berada di atas ureter keluar dari ginjal dapat menyebabkan hidronefrosis, yaitu peradangan pada pelvis ginjal

dan sistem saluran pendukung. Hidronefrosis bisa mengakibatkan tidak bisa nya penekanan urin sehingga akan terjadi ketidakseimbangan elektrolit dan cairan. Dan akhirnya akan dapat menakibtakan terjadinya gagal ginjal jika ginjal yang kedua ikut terserang. Dan setiap kali akan terjadi obstruksi aliran uein (stasis) dan kemungkinan jika bakteri tersebut terus meningkatkan maka dapat terbentuknya kanker ginjal akibat adanya peradangan dan cidera ulang yang terjadi.(Nengsi, 2018)

4. Manifestasi Klinis

Gejala yang muncul sangat bervariasi tergantung dari ukuran pembentukan batu ginjal tersebut.

Menurut Hariyanto (2008) rasa sakit yang dimulai dari pinggang bawah menuju ke pinggul yang kemudian menjalar ke bagian perut dan alat kelamin luar. Intensitas rasa sakit ini berfluktuasi dan rasa sakit yang luar biasa dapat menjadi puncak dari kesakitan tersebut. (Nengsi, 2018). Gejala umum lainnya yaitu :

- a. Adanya nyeri hebat yang dapat mengakibatkan demam atau menggigil.
- b. kemungkinan adanya rasa mual yang terjadi seperti muntah dan gangguan perut lainnya
- c. Juga adanya darah yang keluar dari urin dan gangguan dalam buang air kecil, dan dapat terjadi sering BAK atau bisa juga terjadi penyumbatan pada saluran kemih tersebut. (Hasanah, 2016)

5. Pemeriksaan Penunjang

Adapun pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menegakkan diagnose nefrolitiasis atau batu ginjal (*American Urological Assosiation 2005*) :

- a. Urinalisa

Warnanya terkadang kuning, coklat atau bahkan gelap untuk PH lebih dari 7,6 , dan sediment sel darah merah biasanya lebih dari 90

% dan terjadi ekskresi urin selama 24 jam fosfor, kalsium dan asam urat.

b. Laboratorium

Harus adanya pemeriksaan seperti darah lengkap yaitu mencakup : Hb, Leukosit yang menurun, dan urin kreatinin, Kalsium, fosfor dan asam urat.

c. Radiologi

- 1) Harus adanya foto rontgens abdomen untuk melihat adanya batu
- 2) Edoskopi ginjal yaitu untuk menentukan pelvis yang ada pada ginjal dan untuk mengeluarkan batu kecil yang ada di ginjal
- 3) USG Abdomen untuk melihat semua jenis batu yang ada
- 4) PIV (Pieolografi Intravena) yang dilakukan tujuannya untuk melihat keadaan anatomi dan fungsi ginjal tersebut.
- 5) CT urografi tanpa kontras yaitu standart baku untuk melihat adanya suatu batu di traktus urinarius (Fauzi and Putra, 2016)

6. Penatalaksanaan

a. Keperawatan

Penatalaksanaan Keperawatan Nefrolitiasis yaitu dengan mengurangi rasa nyeri yang timbul, pengangkatan batu , dan memberikan terapi nutrisi dan medikasi yang dimana tujuan memberikan terapi diit rendah protein dan rendah garam tersebut dapat untuk menghalangi terjadinya pembentukan batu yang kembali.(Fauzi and Putra, 2016)

b. Penatalaksanaan Medis

1) ESWL(*Extracorporeal Shockwave Lithotrispy*)

Yang dimana alat ini pertama kali ditemukan tahun 1980 oleh Caussy. Yang cara berkerjanya dengan menggunakan gelombang kejut yang dihasilkan di luar tubuh untuk menghancurkan batu yang ada di dalam tubuh. Dan batu tersebut nantinya akan dipecah menjadi beberapa bagian yang kecil sehingga nanti akan mudah untuk dikeluarkan melalui

saluran kemih. ESWL ini adalah salah satu pengobatan yang dapat dianggap cukup berhasil untuk mengeluarkan batu ginjal yang berukuran kecil, menengah bahkan batu ginjal yang berukuran lebih dari 20 – 30 mm. (Fauzi and Putra, 2016)

2) Perkutan NephroLitholapaxy (*Percutaneous NephroLitholapaxy*)

Adalah tindakan minimal invasif di bidang urologi yang mempunyai tujuan untuk mengupas batu ginjal dengan memakai cara perkutan untuk mencapai pelviokalis . Dan PCNL memerlukan operasi yang lama dan perawatan yang singkat pasca operasi , dan komplikasi demam yang dapat terjadi pasca operasi dibandingkan dengan operasi terbuka. (Aslim *et al.*, 2014) Asosiasi Eropa Pedoman Urologi tentang urolitiasis tersebut menjadi pengobatan primer penyakit batu ginjal yang berdimensi lebih dari 20mm, sedangkan ESWL lebih disukai sebagai pengobatan kedua dalam pengobatan batu ginjal, karena ESWL sendiri membutuhkan beberapa perawatan dan juga menyimpan efek obstruksi ureter, sedangkan dibutuhkan juga potensi imbuhan . Sehingga ini merupakan salah satu alasan utama yang direkomendasikan untuk pengobatan batu ginjal pada pasien. (Fauzi and Putra, 2016).

3) Ureteroskopi

Ureteroskopi atau uretero renoskopi adalah cara memasukan alat ureteroskopi per utera untuk memeriksa kondisi ureter atau sistem peilo kaliks ginjal. Dengan memakai energi tertentu dapat memecahkan batu yang berpengaruh di dalam ureteroskopi, maupun sistem pelvikaliks, dengan menggunakan ureteroskopi bantuan tersebut. (2019, Fildayanti et al.)

4) Bedah Terbuka

Merupakan sebuah jasa kesehatan yang masih belum mempunyai fasilitas PCNL dan ESWL, sehingga tindakan yang hanya bisa dilakukan yaitu dengan menggunakan Operasi

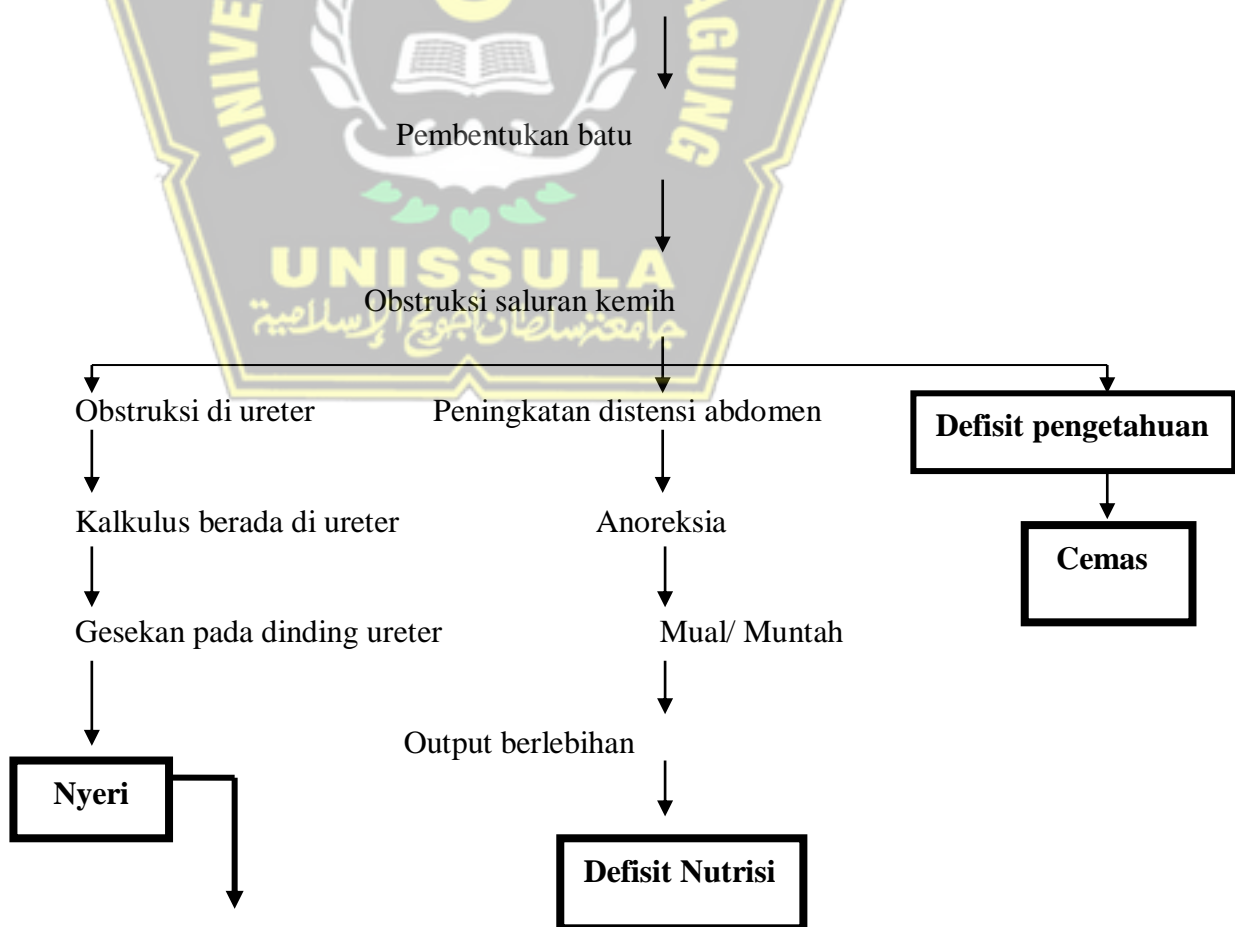
terbuka. Pembedahan terbuka tersebut antara lain biasanya yaitu seperti Pielolitotomi atau Nefrolitotomi yang berfungsi untuk pengambilan batu pada saluran ginjal.(Fauzi and Putra, 2016)

- 5) Terapi Konservatif atau Terapi Eksklusif Medikamentosa (TEM)

Dengan menggunakan terapi medikamentosa ini dapat ditunjukkan pada kasus batu yang berukuran masih kurang dari 5mm, dapat juga di digunakan pada pasien yang sama sekali belum pernah memili indikasi pengeluaran batu secara aktif. (Fauzi and Putra, 2016)

7. Phatway

Pengendapan garam mineral, Infeksi, mengubah Ph urine dari asam menjadi alkalis



Gangguan pola tidur

8. Komplikasi

a. Gagal Ginjal

Merupakan terjadi kerusakan neuron yang lebih lanjut dan pembuluh darah yang disebut dengan kompresi batu pada membrane ginjal sebab oleh itu suplai oksigen menjadi terlambat. Hal tersebut mengakibatkan terjadinya iskemia ginjal dan jika di biarkan dapat menyebabkan gagal ginjal.

b. Infeksi

Dalam suatu aliran urin yang statis tersebut merupakan tempat yang sangat baik untuk perkembangan microorganismenya. Sehingga nanti dapat menyebabkan infeksi pada peritoneal.

c. Hidronefrosis

adalah aliran urin yang terlambat sehingga menyebabkan tertahan dan tertumpuknya urin di ginjal dan nanti kelama – kelamaan ginjal akan membesar karena adanya penumpukan urin

d. Avaskuler ischemia

Terjadinya suatu aliran darah kedalam jaringan yang berkurang sehingga dapat menyebabkan kematian jaringan. (Soares, 2013)

B. ASUHAN KEPERAWATAN

Asuhan keperawatan adalah suatu proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerja sama antara perawat dengan klien, keluarga, dan masyarakat untuk mencapai suatu hasil yang optimal. (Suyono, Slamet, Dr.Prof, SPDO, KG, “ Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid II, FKUI, Jakarta, 2001.)(Septiningsih, 2016)

1. Pengkajian

a. Identitas

Data yang bisa diperoleh yaitu : nama, umur, jenis kelamin, suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, alamat, tanggal masuk Rumah Sakit dan terakhir diagnose medis.

b. Keluhan Utama

Adalah suatu keluhan yang sangat mengganggu ketidak nyamanan dalam beraktifitas atau yang sedang mengganggu saat ini.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Dimana dapat mengetahui bagaimana penyakit itu bisa timbul, penyebab, dan juga faktor yang dapat mempengaruhi , dan memperberat sehingga mulai sejak kapan timbul dan dibawa ke Rumah Sakit.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

klien dengan penyakit batu ginjal di dapatkan riwayat adanya batu dalam ginjal

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

mengenai gambaran kesehatan keluarga apabila adanya keturunan dari orang tua.

f. Riwayat Psikososial

Siapa yang merawat klien, bagaimana hubungan pasien dengan keluarga, teman sebaya dan bagaimana perawat pada umumnya.

(Septiningsih, 2016)

2. Pola – pola Fungsi Kesehatan

a. Pola Persepsi

Adalah bagaimana pola hidup orang tersebut atau klien yang memiliki penyakit batu ginjal dalam menjaga kebersihan diri klien dalam merawat diri tata hidup yang sehat.

b. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Bagaimana nafsu makan klien dengan penyakit batu ginjal, apakah nafsu makan nya menurun atau meningkat.

c. Pola Aktifitas atau latihan

Apakah klien mengalami gangguan aktivitas karena mengalami gangguan kehehan fisik akibat luka batu ginjal tersebut

d. Pola Eliminasi

Bagaimana dengan pola BAB dan BAK pasien dengan batu ginjal apakah BAK nya sedikit karena adanya sumbatan batu ginjal.

e. Pola tidur dan Istirahat

Mengkaji pola tidur pasien seperti waktu tidur, lamanya tidur, kebiasaan dalam tidur, serta kesulitan yang dialami selama tidur. Untuk pasien Nefrolitiasis atau batu ginjal biasanya mengalami kesulitan tidur dikarenakan adanya rasa nyeri yang dialaminya.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Bagaimana dengan persepsi pasien terhadap dengan tindakan operasi yang akan segera dilakukan.

g. Pola sensori dan Kognitif

Bagaimana pengetahuan pasien terhadap penyakit yang sedang dialaminya selama dirumah sakit. Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami oleh pasien harus dilakukan pengkajian nyeri dengan menggunakan metode pendekatan PQRST yaitu (Soares, 2013) :

P (*Provoked*) : pencetus nyeri, menanyakan hal yang dapat menimbulkan nyeri.

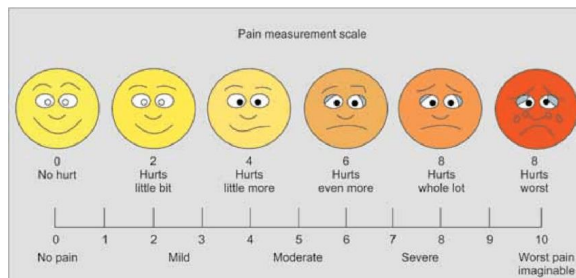
Q (*Quality*) : Bagaimana kualitas nyerinya

R (*Region*) : arah penjalaran nyeri

S (*Scale*) : Skala nyeri antara 1- 10

T (*Time*) : Lamanya nyeri yang dirasakan pasien seperti hilang timbul.

(Tjahya, 2017) Dan untuk mengkaji nyeri dapat menggunakan alat bantu skala nyeri untuk menentukan skala nyeri seperti, *wong-baker faces pain scale* yang dapat digunakan untuk orang. Untuk dewasa dan anak usia >3 tahun yang dimana pasien tidak dapat menggambarkan nyeri intensitasnya tersebut dengan angka.



Gambar 2. 1 Wong Baker Facs Pain Scale

h. Pola Reproduksi seksual

Apakah pasien dengan penyakit nefrolitiasis dalam hal ini masih dapat melakukan dan apakah selama sakit mengalami gangguan yang berhubungan dengan produksi seksual.

i. Pola hubungan peran

Biasanya pasien dengan penyakit nefrolitiasis dalam berhubungan dengan orang sekitar tetap baik atau mengalami gangguan.

j. Pola Penanggulangan stress

Klien dengan penyakit nefrolitiasis masih tetap berusaha untuk berfikir positif walaupun sedang muncul stress.

k. Pola nilai dan Kepercayaan

Pasien tetap berusaha dan berdoa agar penyakit yang sedang dialami segera sembuh.

(Handersone, M.A, “Ilmu Bedah Untuk Perawat “ Yayasan Egsensia Medika Yogyakarta, 1991). (Septiningsih, 2016)

3. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

- 1) Kien biasanya keadaanya lemah
- 2) Kesadarannya Komposmetis
- 3) Adanya rasa nyeri

b. Kepala

1) Rambut

pasien dengan penyakit batu ginjal atau nefrolitiasis biasanya rambutnya akan terlihat berminyak karena keterbatasan dalam mencuci rambut

2) Mata

Pasien dengan penyakit batu ginjal pemeriksaan matanya, penglihatan baik, mata simetris kiri dan kanan dan juga sklera tidak iterik.

3) Telinga

Pasien dengan penyakit batu ginjal tidak mengalami gangguan pada pendengarannya , tidak adanya serumen, telinga klien terlihat simetris, dan pasien tidak mengalami rasa nyeri pada telenginya saat dilakukan palpasi.

4) Hidung

Simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak ada pembengkakan.

5) Mulut

Mulut bersih dan baik, dan juga mukosa bibir kering.

c. Leher

Pasien dengan batu ginjal tidak adanya gangguan kelenjar tiroid.

d. Thorak

1) Paru – Paru

Inspeksi : Pasien dengan nefrolitiasis untuk dadanya terlihat simetris kanan kiri

Palpasi : Pada pasien saat dilakukan palpasi tidak teraba massa.

Perkusi : Pasien saat dilakukan perkusi diatas lapang paru bunyinya normal

Auskulturasi : Pasien nafasnya normal.

2) Jantung

Inspeksi : Pasien dengan batu ginjal icus cordis tidak dapat terlihat

Palpasi : Pasien dengan batu ginjal icus kordisnya tidak teraba.

Perkuasi : Bunyi jantung normal

Auskultasi : Reguler tidak adanya suara tambahan.

e. Abdoemen

Inspeksi : Perut tidak tampak membesar atau menonjol,

Auskultasi ; Peristaltik normal

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : suara abdomennya normal atau timpani

f. Ekstermitas

Pasien dengan batu ginjal atau nefrolitiasis biasanya keadaannya ekstermitasnya normal.

g. Genetelia

Pasien dengan batu ginjal tidak mengalami gangguan pada geneteliana.

h. Data Penunjang

- 1) Urin lengkap dan darah lengkap
- 2) Peningkatan bilirubin terkonjugasi yang disebabkan oleh obstruksi
- 3) Pemeriksaan IVP
- 4) Farmakoterapi : yaitu dikaji obat apa yang diprogramkan untuk penderita batu ginjal. (Septiningsih, 2016)

4. Analisa Data

Analisa data merupakan proses kegiatan terakhir dari tahap pengkajian setelah dilakukannya pengumpulan data dan juga validasi data dengan cara mengidentifikasi suatu pola atau masalah yang mengalami gangguan dimulai dari pengkajian sampai dengan pola fungsi kesehatan. (Nengsi, 2018)

5. Diagnosa Keperawatan

Keperawatan Diagnosis merupakan proses menganalisis informasi subjektif serta informasi objektif yang telah diperoleh pada sesi pengkajian

buat bisa menegakkan suatu masalah diagnose keperawatan . Diagnosa keperawatan sendiri mengaitkan beberapa kompleks tentang informasi yang telah dikumpulkan dari pasien, keluarga, rekam medik, serta pula pemberi layanan kesehatan lainnya.

Ada satu hal yang bisa dilakukan, dan itu adalah;

- a) Manganalisis dan menginterprestasi data
- b) Pengenalan masalah pasien
- c) Merumuskan masalah diagnosa keperawatan
- d) Pengarsipan diagnosis keperawatan.

Menurut (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) diagnosa keperawatn yang sering muncul pada pasien batu ginjal atau nefrolitiasis yaitu :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik (D.0077)
 - 2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan(D.0055)
 - 3) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi (D. 0111) (Nengsi, 2018)
6. Intervensi/ Rencana Tindakan menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
- 1) Nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik (D.0077)

Tujuan atau Kriteria Hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama maka diharapkan nyeri dapat menurun dengan Kriteria Hasil :

- a) Nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Rasa gelisah menurun
- d) Sulit tidur menurun

Intervensi Keperawatan

Manajemen Nyeri :

Observasi :

- a) Identifikasi karakteristik lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Mengidentifikasi dan mengukur faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri

Terapeutik :

- a) Berikan teknik non farmakologi s untuk mengurangi rasa nyeri (missal, kompres air hangat, terapi musik)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri

Edukasi :

- a) Jelaskan penyebab pemicu dan penyebab nyeri
- b) jelaskan cara untuk meredakan nyeri
- c) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian analgetik
- 2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D. 0055)

Tujuan dan kriteria Hasil :

Setelah dilakukan perawatan selama maka diharapkan klien dapat tidur dengan cukup dengan criteria hasil :

- a) sulit tidur menurun
- b) keluhan selalu terjaga menurun
- c) keluhan istirahat tidak cukup menurun

Intervensi Keperawatan

Dukungan Tidur :

Observasi

- a) Identifikasi pola tidur dan aktivitas
- b) Identifikasi faktor gangguan tidur
- c) identifikasi makanan dan minuman yang rngganggu tidur

Terapeutik

- a) Ikuti langkah – langkah untuk meningkatkan kenyamanan misal : pijat, penganturan posisi)
- b) Patuhi jadwal tidur yang teratur

Edukasi

- a) tekankan pentingnya tidur cukup selama sakit
 - b) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
- 3) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi (D.0111)

Tujuan dan Kriteria Hasil :

Setelah melakukan tindakan keperawatan selama diharapkan tingkat pengetahuannya meningkat sesuai dengan kriteria sebagai berikut:

- a) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat
- b) Perilaku yang sama dengan pengetahuan yang sama
- c) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun

Intervensi Keperawatan

Edukasi Kesehatan :

Observasi

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b) Identifikasi faktor – faktor yang dapat membantu meningkatkan dan mempertahankan motivasi perilaku hidup sehat, bersih, dan bahagia

Terapeutik

- a) Bagikan materi dan media kesehatan
- b) Jadwalkan kesehatan pendidikan sesuai kesepakatan
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- a) Ajarkan resiko yang akan mempengaruhi kesehatan.
- b) Ajarkan hidup bersih dan sehat
- c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

7. Implementasi

Implementasi merupakan dari perencanaan tindakan untuk mencapai sebuah tujuan yang sangat spesifik. Tahapan pelaksanaan ini dimulai setelah tersusunnya rencana tindakan dan ditunjukkan pada perawat orders untuk mencapai sebuah tujuan yang diharapkan. Tujuan pelaksanaan ini membantu pasien untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup tentang peningkatan kesehatan, pencegahan suatu penyakit, pemulihan untuk kesehatan dan untuk memfasilitasi dan menambah coping. Implementasi pada pasien dengan penyakit nefrolitiasis atau batu ginjal yaitu untuk membantu mencapai sebuah tujuan kebutuhan dasar antara lain yaitu :

- a) Melakukan sebuah pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi sebuah masalah baru
- b) Melaksanakan penyuluhan untuk membantu pasien mendapat pengetahuan baru tentang kesehatan
- c) Membantu pasien untuk dapat mengambil keputusan tentang keperawatan dirinya sendiri
- d) Konsultasi
- e) Memberikan tindakan keperawatan yang spesifik untuk meredakan rasa sakit
- f) Membantu pasien dalam melakukan aktivitasnya. (Nengsi, 2018)

8. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan terakhir untuk menyelesaikan diagnosa keperawatan, perencanaan atau intervensi, yang sudah tercapai. Evaluasi dilakukan antara pasien dengan perawat untuk perawat mengambil sebuah keputusan yang akan diambil dalam proses terakhir merawat pasien apakah akan tetap dilanjutkan atau dihentikan.



BAB III

RESUME ASUHAN KEPERAWATAN

Bab ini akan memaparkan sebuah resume Keperawatan "Asuhan Keperawatan KMB pada Ny.S dengan Post Op Nefrolitiasis Sinistra" yang meliputi antara lain : Pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan yang terakhir evaluasi. Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 13 Februari 2021 pada pukul 10.00 WIB, dilakukan semasa 3 hari.

A. Pengkajian

Pengkajian tersebut dilakukan kepada pasien berinisial Ny.S pada tanggal 13 Februari 2021 pada pukul 10.00 WIB dengan melakukan metode wawancara yang dilakukan secara langsung terhadap pasien dan keluarganya. Dan melakukan Observasi juga untuk menbah data agar lebih valid dan jelas, seperti melakukan pemeriksaan fisik dengan cara melihat atau inspeksi, perkusi, palpasi , auskultasi, melihat rekam medis pasien laboratorium pasien, terapi apa saja yang diberikan untuk pasien dengan batu ginjal, hasil radiologi, dan dapat juga dengan melihat catatan perkembangan pasien sejak sakit, dan melakukan penilaian skala nyeri yang dialami pasienNy. S yang berusia 55 tahun dengan jenis kelamin perempuan dengan pendidikan terakhir SD, agama Islam pekerjaan sehari hari pasien jualan jamu keliling. Pasien masuk di rumah sakit islam Sultan Agung pada tanggal 10 February 2021 pada pukul 15.30

1. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Pasien mengatakan pertama dibagian pinggang sebelah kiri terasa nyeri setelah selesai dilakukan operasi pengambilan batu ginjal dan tidak ada nafsu makan.

P : Nyeri saat bergerak
Q : Nyeri seperti tertusuk tusuk
R : Pinggang sebelah kiri
S : 5
T : Hilang timbul

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan sebelumnya nyeri di bagian perut sebelah kiri dan rasanya ingin muntah dan mual, pasien mengira penyakit asam lambungnya kambuh sehingga pasien mencoba memeriksakan keadaannya di klinik atau puskesmas tetapi tidak ada perubahan dan saat diperiksakan dokter hanya mengatakan asam lambung.. Kemudian tanggal 10 Februari 2021 pasien mencoba untuk memeriksakan keadaannya di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, setelahlah di lakukan pemeriksaan ternyata pasien mengalami penyakit batu ginjal atau Nefrolitiasis dan diharuskan untuk operasi, dan saat ini pasien tidak tau cara merawat luka bekas operasinya.

3. Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien mempunyai riwayat penyakit asam lambung dan asam urat dan hipertensi sebelumnya, pasien sebelumnya sudah pernah dirawat di Rumah Sakit tetapi dengan penyakit lain. Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan , pasien juga tidak memiliki alergi terhadap apapun, saat di tanya untuk imunisasi pasien mengatakan sudah lupa apakah dirinya sudah pernah di imunisasi atau belum tetapi pasien mengatakan jika pernah suntik cacar waktu kecil.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien, beliau adalah anak ke dua dari tiga bersaudara, sedangkan alm. suaminya adalah anak nomer 5 dari 5 bersaudara atau anak terakhir. Dari anggota keluarga Ny. S tidak ada yang mempunyai riwayat yang sama seperti yang Ny. S alami, dan saat ini juga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama seperti yang dialami oleh Ny.S. Ny.S adalah seorang janda karena Suaminya sudah meninggal lama, dan Ny. S mempunyai 2 anak perempuan, dan semua nya sehat.

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien tinggal di Semarang, di kampung sawah besar, dan untuk lingkungan tempat tinggalnya bersih dan dekat dengan jalan raya.

B. Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional Menurut Gordon (Data Fokus)

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien menyatakan bahwa kesehatan itu sangat berharga sehingga harus menjaga kesehatan dan harus lebih hati hati dalam menjaga kesehatan. Seelum sakit pasien Ny. S berjualan jamu Keliling. Pasien Ny. S mengetahui tentang penyakitnya yaitu batu ginjal atau nefrolitiasis ketika berobat di Rumah Sakit dan Ny. S menyesal karena tidak peka terhadap keadaan kesehatannya sehingga baru mengetahuinya sekarang.Ny. S juga masih sering mengkonsumsi obat nya agar rasa nyerinya mereda dan lekas membaik.

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien menceritakan sebelum sakit Ny. S makan 3x sehari dengan porsi banyak, ketika sakit nafsu makan nya terganggu . Pasien menyukai segala macam makanan kecuali yang bersifat pedas, dan asam, tidak mempunyai alergi juga terhadap suatu apapun. Ny. S tidak mengalami gangguan dalam menelan dan mengunyah makanan, Ny. S masih sering mengkonsumsi obat yang diberikan oleh dokter, Ny. S juga mengalamipenurunan berat badan yang awalnya berat badanya 68

menjadi 66 kg. Ny. S sering dan banyak minum air putih kira kurang lebih bisa 1 litera per hari. Ny. S di rumah sakit juga sedang terpasang selang infuse disebelah tangan kanan pasien. Pasien tidak sedang mengalami sakit demam.

3. Pola Eliminasi

Pasien menegaskan sebelum sakit BAB nya lancar dengan konstipasi yang padat dan berwarna kuning kecoklatan dan tidak ada perubahan sama sekali sebelum sakit dan sesudah sakit, namun semenjak operasi sudah dilakukan pasien NY. S masih belum bisa BAB dengan lancar. Ny. S BAK nya juga lancar sehari 5 x dan warna nya normal kuning. Pasien juga sedang terpasang Katter untuk BAK di kateter juga pasien dapat BAK sengan lancar.

4. Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum sakit pasien sering berjualan keliling jamu dengan jalan kaki pasien juga sering mealkukan aktifitas baru yaitu jogging di depan rumahnya, pasien dan keluarga juga tidak sedang mengakami gangguan mengenai kesehatannyayaitu mudah cepat lelah. pasien tidak mengalami gangguan aktifitas selama perkuliahan online maupun dengan daring. untuk perawatan mandinya pasien dapat melakukannya tetapi harus dengan bantuan seseorang . Pasien Ny. S tidak sedang mengalami gangguan pada sesak nafasnya. Pasien juga mengatakan jika terlalu banyak aktifitas membuat dirinya mudah merasakan lelah karena faktor dari dalamnya, sehingga membuat pasien Ny. S mudah merasa lemas dan kurang tidur.

5. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien Ny.S mengatakan bahwa sebelum sakit dirinya tidur tepat waktu yaitu pukul 20.00 – 04.00 WIB, dan semenjak sakit beliau jadi susah tidur dan kurang tidur kare rasa sakitnya, selalu terbangun walaupun mengantuk tetapi Ny.S tetap tidak bisa tidur.

6. Pola Kognitif – perceptual sensori

Ny. S tidak mengalami gangguan dalam penglihatannya, mengingat, dan bicara tetapi Ny.S mengatakan terkadang merasa mendadak merasakan nyeri dan dan perih disekitar pinggang sebelah kiri dengan menggunakan *Wong-Baker Faces Pain Scale* dan PQRT yaitu :

P (<i>Provocate</i>)	: Nyeri waktu beralih
Q (<i>Quality</i>)	: Nyeri semacam tertikam
R (<i>Region</i>)	: Pinggang bagian kiri
S (<i>Scale</i>)	: 5
T (<i>Time</i>)	: Hilang timbul

7. Pola Persepsi dan konsep diri

Pasien ingin segera cepat sembuh agar beraktifitas seperti sedia kala, untuk saat ini Ny. S mengatakan bahwa emosi dirinya itu sedang tidak stabil karena nyeri yang dialaminya. Pasien sejak sakit selalu butuh bantuan kepada anaknya, Ny. S tinggal dengan anaknya perempuan yang nomor dua. Ny.S juga mengatakan bahwa dirinya sudah puas dalam menjadi ibu rumah tangga dan mendidik kedua anak perempuannya tersebut. Pasien menjadi orang tunggal selama ini untuk menghidupkan kedua buah hatinya agar berkecukupan, hingga mendidik anak – anaknya menjadi sosok yang dewasa. Dipandangan ke dua anaknya Ny.S adalah sosok ibu yang baik dan lembut tegas dalam mendidik anak – anaknya.

8. Pola Mekanisme Koping

Ny. S saat mengambil keputusan selalu minta pendapat kepada anak-anaknya terlebih dahulu , seperti saat ini Ny. S selalu dibantu anak – anaknya untuk menyelesaikan masalah nya yang sedang dialaminya saat ini. Ny.S juga mengatakan jika perawat – perawat disini baik – baik dan selalu mengecek keadaannya serta member semangat agar cepat sembuh.

9. Pola Seksual – Reproduksi

Ny.S mengerti tentang masalah seksual dan dirinya tidak mengalami gangguan terhadap masalah seksual reproduksi . Ny.S sudah tidak

pernah berhungan seksual karena suaminya sudah meninggal dunia. Ny. S juga tidak mempunyai penyakit tumor di system reproduksinya. pasien sudah tidak mengalami menstruasi lagi.

10. Pola Peran – Berhubungan dengan orang lain

Ny. S mengatakan jika dirinya berhubungan baik dengan siapaun tetangga dan saudaradalam berkomunikasi. Orang terdekat Ny. S saat ini yaitu anak – anaknya. Ny.S mengatakan jika tidak ada masalah dan kesulitan dalam keluarganya.

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Pasien mengatakan jika Ibadah nya lancar dalam sholat 5 waktu , semenjak sakit Ny. S tetap sholat walaupun tidak 5 waktu . Untuk nila dan kepercayaan yang dianut tidak ada hubungannya dengan penyakit yang dialami saat ini dan juga tidak bertentangan dengan pengobatannya sekarang.

C. Pemeriksaan Fisik (HEAND TO TOE)

1. Tanda – tanda Vital

TD : 160/100mmHg

N : 100x/mnt

S : 36°C

RR : 20x/mnt

2. Kesadaran : Composmetis

3. Kepala, leher

Bentuk kepala nesocephal, rambut sudah ada yang berwarna putih, bersih, tidak ada ketombe. Tidak ada benjolan di leher

4. Mata

Bentuk simetris kanan dan kiri, sclera tidak ikhterik, konjungtiva tidak anemis, tidak menggunakan alat bantu penglihatan

5. Hidung

Bentuk simetris tidak ada secret , tidak ada nafas cuping hidung

6. Telinga

Bentuk simetris , tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu apapun

7. Mulut dan tenggorokkan

Tidak ada pembesaran di vena jugularis

8. Dada

a. Jantung : Ictus kordis tidak terlihat, Ictus kordis teraba di IC5 ke 5, suaranya pekak dan suara jantung normal yaitu “ Lup dup lup dup “

b. Paru – paru : Terlihat simetris antara paru paru kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan, suaranya sonor, dan suara nafas vaskuler.

9. Abdomen

Tampak simetris tidak ada pembesaran abdomen , ada post operasi di bagian sebelah kiri terpasang selang drain sebelah kiri VD : 105 cc, tidak teraba pembekakan terdapat nyeri tekan pada daerah abdomen kuadran bawah sinistra, bising usus 10x/menit dengan suara timpani.

10. Genetalia

Pasien berjenis perempuan dan terpasang kateter, dc : 600cc

11. Ekstermitas

Tidak ada edema pada ekstermitas bawah maupun atas. tidak menggunakan alat bantu di bagian ekstermitas bawah. Saat kuku ditekan warna kembali normal kurang dari 2 detik. Otot normal tidak ada gangguan dan pergerakan kaki normal, terpasang infuse pada tangan sebelah kanan tidak ada pembekakan. Kulit pasien tampak bersih berwarna sawo mentah, kulit kering dan tidak ada luka.

D. Pemeriksaan Penunjang

1. Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium)

No.RM : 01422136

Nama : Ny.S

Alamat : Jl. Sawah besar Raya rt 06/06 kaligawe Gayamsari
Semarang

Tgl lahir/Usia : 16 – 08 – 1965 (55th) Perempuan

Ruang : Baitussalam 2
 Dokter : Ahmad Sulaiman Lubis, DR, SP, U
 Ringkasan klinis : Nefrolithiasis Post Nefrolitotomi
 lab.No : 21009123
 Jenis pasien : JKN PBI
 Tgl periksa : 13 – 2 - 2021
 waktu sampling : 13 – 2 - 2021
 waktu cetak : 13 – 2 – 2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hematologi	Satuan	Ket
Darah Rutin		
1		
Hemaglobin	L 9.8	11.7 – 15.5 g/dL
Hematokrit	L 29.4	33.0 – 45.0 %
Diuplo		
Leukosit	LH 18.56	360 – 11.00 ribu/ μ
Trombosit	372	150- 450 ribu/ μ

Tabel 3. 1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik

2. Hasil Pemeriksaan laboratorium klinik

No.RM : 01422136
 Nama : Ny.S
 Alamat : Jl. Sawah besar Raya rt 06/06 kaligawe Gayamsari Semarang
 Tgl lahir/Usia : 16 – 08 – 1965 (55th) Perempuan
 Ruang : Baitussalam 2
 Dokter : Ahmad Sulaiman Lubis, DR, SP, U
 Ringkasan klinis : Nefrolithiasis Post Nefrolitotomi

lab.No : 21009123
 Jenis pasien : JKN PBI
 Tgl periksa : 14 - 2 - 2021
 waktu sampling : 14 - 2 - 2021
 waktu cetak : 14 - 2 - 2021

Pemeriksaan			
HEMATOLOGI	Hasil	Nilai Rujukan	
	Satuan	Ket	
Darah Rutin 1			
Hemaglobin	L 10.4	11.7 – 15.5	g/dL
Sesuai			
Hematrokit	L 30.9	33.0 – 45.0	%
SADT			
Leukosit	H 24.27	3.60 – 11.00	ribu/ μ
Trombosit	385	150 – 440	ribu/ μ

Tabel 3 .2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik

3. Hasil Pemeriksaan Instalasi Radiologi

No : 2102100085-0003
 No.RM : 01422136
 Nama : Ny. S
 Jenis Kelamin/Umur : Perempuan/ 55th

1. USG DEGESTIVE System (USG Abdomen)

Pemeriksaan USG Abdomen

<p>Hepar</p>	<p>Ukuran normal, struktur parenkim homogen, ekogenesitas parenkim meningkat, permukaan regular, liver tip lancip, tak tampak nodul, v , porta tak melebar, v. hepatica tak melebar</p>
<p>Duktus biliaris</p>	<p>Intra dan ekstrahepatal tak melebar</p>
<p>Vesika felea</p>	<p>Dinding tak menebal, tak tampak batu, tak tampak massa</p>
<p>Pankreas</p>	<p>Ukuran normal, struktur parenkim homogen, tak tampak massa tak tampak klasifikasi</p>
<p>Lien</p>	<p>Ukuran norma, struktur parenkim homogen, tak tampak nodul, v. lienalis tak melebar</p> <p>Bentuk dan ukuran normal, batas</p>

Ginjal kanan	<p>kortikomeduler kabur, tampak penipisan korteks, tak tampak batu PCS tak melebar</p> <p>Ureter proksimal tak melebar</p>
Ginjal kiri	<p>Bentuk dan ukuran normal, batas kortikomeduler kabur, tampak penipisan korteks, tampak multiple lesi hiperechoic dengan acoustic shadow kecil – kecil (ukuran $\pm 2 \times 0,8$ cm). PCS melebar sedang. Ureter proksimal melebar.</p> <p>Tak tampak limfadenopati paraaorta</p> <p>Ukuran membesar, endometrial line tak menebal . tak tampak massa</p>
Aorta	
Uterus	<p>Dinding tak menebal, permukaan rata, tak tampak batu, tak tampak massa</p>
Vesika urinaria	

Tak tampak cairan bebas pada intraabdomen

Tak tampak cairan bebas supradiafragma kanan kiri

Kesan :

Multiple nefrolithiasis kiri (ukuran \pm 2x 0,84 cm)

Moderate hidronefrosis disertai hidroureter proksimal kiri

Gambaran fatty liver grade 1

Tabel 3. 3 Hasil Pemeriksaan Radiologi

4. Terapi

- a. RL (diberikan 20 TPM)
- b. Ceftriaxone 1 gr (Injeksi) diberikan 2x1
- c. Ketorolac 30ml (Injeksi) diberikan 3x1
- d. Omeprazole 20mg(Peroral) diberikan 2x1
- e. Cetirizine 10mg (peroral) diberikan 1x1
- f. Paracetamol (peroral) diberikan 3x1
- g. Kalium klorida 40mEq/L (Peroral) doberikan 3x1
- h. Ranitidin 150mg (peroral) diberikan 2x1
- i. Asam folac 1 mg (peroral) diberikan 1x1
- j. Allopurinol 100mg (diberikan peroral) diberikan 1x1

5. Diit yang diperoleh

Pasien Ny.S mendapat program diit yaitu tanpa makan sampai dengan Bising Usus, Bubur sumsum.

E. ANALISIS DATA DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

Berlandaskan data pengkajian yang di peroleh hari pertama tanggal 13 februari 2021 jam 10.00 di dapatkan sebuah analisa data yang pertama di dasarkan atas data Subjektif dan Objektif yaitu data Subjektif pasien mengatakan nyeri dibagian pinggang sebelah kiri setelah dilakukan post operasi , nyeri di rasa saat banyak beralih seperti tertikam dengan skala 5 dan nyeri leyap muncul. Sedangkan untuk data Objektifnya yaitu Pasien nampak lemas, dan meringis. Dari data subjektif dan Objektif tersebut muncul sebuah masalah yaitu **Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik yang disebabkan karena post operasi Nefrolitiasis. (D.0077)**

Pengkajian pada tanggal 13 Februari 2021 pada jam 10.00 di dapatkan data subjektif yaitu Pasien Ny. S mengatakan sulit tidur keika memejamkan mata sebentar selalu terbangun lagi. Sedangkan untuk data Objektifnya di dapatkan data yaitu Pasien terlihat mengantuk dan lemas dengan Tekanan darah 160/100mmHg , Nadi 100x/mnt, Suhu 36°C, RR 20x/mnt. Dari data subjektif dan objektif tersebut muncul masalah yang kedua yaitu **Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yang disebabkan karena keadaan di rumah sakit dan rasa nyeri nya tersebut. (D.0055)**

Pengkajian pada tanggal 13 februari 2021 pada jam 10.00 WIB di dapatkan sebuah data subjektif yaitu Pasien mengatakan jika dirinya baru mengetahui penyakit tersebut saat periksa di Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada tanggal 10 Februari 2021 karena pasien tidak begitu di rasa penyakitnya tersebut hanya dianggap biasa saja dan pasien mengatakan tidak tau bagaimana cara merawat luka setelah operasi tersebut. Untuk data objektif diperoleh data pasien terlihat sangat menyesal karena baru mengetahui nya, dan menyesal karena tidak langsung diperiksa di Rumah sakit dengan dokter spesialis bedah. Dari data subjektif dan objektif tersebut muncul sebuah masalah ketiga yaitu **Defisit Pengetahuan**

berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi yang disebabkan karena pasien tidak mengetahui cara merawat luka post operasi (D.0111)

F. INTERVENSI KEPERAWATAN

Untuk diagnosa yang pertamatanggal 13 Februari 2021 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang dibuktikan dengan adanya data subjektif dan objektif, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri yang dirasakan pasien menurun, Rasa gelisah yang dirasakan pasien menurun, Meringis menurun. Dengan intervensi yaitu : monitor TTV, Identifikasi lokasi nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang mempengaruhi nyeri, Jelaskan strategi untuk meredakan rasa nyeri yang dialami, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk meredakan rasa nyeri dengan dilakukannya distraksi dan relaksasi , berkolaborasi dengan pemberian analgetik pada pasien.

Untuk diagnosa yang kedua tanggal 13 february 2021 yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yang dapat di buktikan dengan berdasarkan data subjektif dan objektif , dan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan pasien dapat tidur dengan cukup dengan kriteria hasil yaitu : keluhan sulit tidur pasien menjadi menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan istirahat yang tidak cukup menurun. Dengan dilakukan Intervensi keperawatan yaitu : Monitor TTV, identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi pengganggu tidur , Identifikasi makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur , lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan pasien, tetapkan jadwal tidur rutin, Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit.

Untuk yang terakhir yaitu diagnose yang ke tiga pada tanggal 13 Februari 2021 yaitu deficit pengetahuan yang berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi yang dibuktikan dengan data subjektif dan

data objektif, dan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan dapat menambahkan informasi dan pengetahuan dengan kriteria hasil yaitu : kemampuan manajemen pengetahuan suatu topic meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan suatu penyakit meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi dapat menurun. Dan dengan dilakukan Intervensi keperawatan yaitu : identifikasi kesiapan serta keahlian menerima informasi, jelaskan aspek efek yang bisa mempengaruhi kesehatan, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih.

G. IMPLEMENTASI

Dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan sesuai dengan prioritas diagnose masalah, implementasi dilakukan pada 13 – 15 Februari 2021. Pada hari sabtu 13 Februari 2021 pukul 10.30 WIB, dilakukan implementasi keperawatan diagnose pertama yaitu memonitor TTV, dari respon subjektif yang didapatkan yaitu pasien mengatakan berapa suhu dan tekanan darahnya , dengan hasil reespon objektif yaitu tekanan darah 160/100mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36°C, pernafasan 20x/menit. Pada pukul 10.35 WIB dilakukan implementasi mengidentifikasi lokasi nyeri dengan respon subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri di bekas operasi rasanya jika terlalu banyak gerak seperti tertusuk tusuk, skala 5 dan berlangsung agak lama, dengan hasil respon objektif yaitu pasien menunjukkan lokasi nyerinya. Pada pukul 10.42 WIB dilakukan implementasi mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil respon subjektif yaitu pasien mengatakan skala nyeri 5 dengan respon objektif yaitu pasien menyebutkan skala nyeri dengan rentang 1 – 10. Pada pukul 10.47 WIB dengan implementasi mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi nyeri dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri muncul apabila terlalu banyak bergerak dan pada saat terapi injeksi masuk. Pada pukul 10.51 WIB dengan implementasi menjelaskan strategi meredakan rasa nyeri relaksasi distraksi dengan respon subjektif yaitu pasien mengatakan paham

dengan strategi yang dijelaskan mengenai relaksasi dan distraksi untuk meredakan rasa nyeri ketika muncul dengan respon objektif pasien tampak kooperatif. Pada pukul 10.58 WIB dengan implementasi mengajarkan teknik non farmakologi distraksi relaksasi dengan respon subjektif pasien mengatakan bersedia untuk diajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri seperti distraksi relaksasi dengan respon objektif pasien tampak kooperatif. Pada pukul 11.08 WIB dengan implementasi mengkolaborasi pemberian analgetik ketorolac 3x1/24 jam dengan respon subjektif pasien mengatakan nyeri saat obat masuk dengan respon objektif pasien nampak meringis.

Pada pukul 11.13 WIB dilakukan implementasi diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu memonitor TTV respon subjektif pasien mengatakan berapa tekanan darahnya dengan respon objektif tekanan darah 160/100mmHg, suhu 36°C, nadi 100x/mnt, RR 20x/mnt. Pukul 11.18 WIB dengan implementasi mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur respon subjektif pasien mengatakan susah tidur dan selalu terbangun dengan respon objektif pasien nampak mengantuk. Pukul 11.23 WIB dengan implementasi mengidentifikasi faktor pengganggu tidur respon subjektif pasien mengatakan nyeri di bagian operasinya sehingga susah tidur dengan respon objektif pasien nampak lesu dan mengantuk. Pukul 11.30 WIB dilakukan implementasi dengan implementasi mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur respon subjektif pasien mengatakan minum air putih sebelum sebelum tidur atau malam hari dengan respon objektif yaitu pasien nampak lesu. Pukul 11.35 WIB dengan implementasi melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti mengatur posisi atau mengusap - usap respon subjektif pasien sedikit nyaman dengan respon objektif pasien nampak tersenyum . Pukul 11. 40 WIB dengan implementasi menetapkan jadwal tidur rutin respon subjektif pasien mengatakan bisa tetapi tetap selalu terbangun dengan respon objektif pasien nampak sedih. Pukul 11.45

dengan implementasi menjelaskan pentingnya tidur cukup respon subjektif pasien mengatakan paham dengan yang dijelaskan dengan respon objektif pasien nampak kooperatif.

Lalu pada pukul 11.50 WIB dilakukan implementasi untuk diagnosa yang ketiga Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi dibuktikan dengan pasien tidak tau cara merawat luka post operasi dengan implementasi mengidentifikasi kesiapan kemampuan menerima informasi mengenai penyakit dan cara merawat luka respon subjektif pasien mengatakan belum tau cara merawat luka nya dan siap kapan saja menerima informasi seputar penyakit dan perawatan lukanya dengan respon objektif pasien nampak berkenan dengan kontrak waktu untuk penyeluruhan. Pukul 13.00 WIB dengan implementasi menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan respon subjektif pasien mengatakan sudah bisa mengerti dengan yang dijelaskan mengenai kesehatan dengan respon objektif pasien nampak sedikit paham dengan yang dijelaskan. Pukul 13.10 WIB dengan implementasi mengajarkan strategi yang dapat digunakan perilaku hidup sehat bersih respon subjektif pasien mengatakan akan sering olahraga , menjaga kesehatan dan chek-up kedokter dengan respon objektif pasien nampak kooperatif.

Implementasi hari kedua pada kasus 14 Februari 2021 pukul 07.00 WIB dilakukan implemetasi yang pertama yaitu memonitor TTV respon subjektif pasien pasien mengatakan berapa untuk tekanan darahnya dengan respon objektif takanan darah 145/89 mmHg , suhu 36,9°C, RR 20x/mnt, nadi 109x/menit . Pukul 07.20 WIB dengan implementasi mengidentifikasi skala nyeri respon subjektif pasien mengatakan nyeri dengan skala 4 dengan respon objektif pasien nyri dengan skala 4 dengan respon objektif pasien menyebutkan skala nyeri rentang 1-10 . Pukul 07. 22 WIB dengan implementasi mengajarkan teknik non farmakologi dstraksi relaksasi respon subjektif pasien mengatakan bersedia untuk diajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa

nyeri seperti tertusuk – tusuk seperti distraksi relaksai dengan respon objektif pasien nampak kooperatif. Pada pukul 07.30 dengan implementasi mengkolaborasi pemberian analgesic katorolac 3x1/24 jam respon subjektif pasien mengatakan nyeri saat obat masuk dengan respon objektif pasien tampak sedikit meringis.

Pada pukul 07. 35 WIB dilakukan implementasi diagnosa yang ke dua yaitu gangguan pola tidur berhubungan hambatan lingkungan yaitu melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti mengatur posisi atau mengusap usap respon subjektif pasien mengatakan sedikit berkurang rasa nyerinya dengan respon objektif pasien tersenyum. Pukul 07.40 dengan implementasi menetapkan jadwal tidur rutin respon subjektif pasien mengatakan bisa lumayan tidur sebentar tetapi terbangun kembali dengan respon objektif pasien nampak lesu.

Pada pukul 10.00 WIB dilakukan implementasi yang ketiga yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi dibuktikan dengan pasien tidak tau cara merawat luka post operasi dengan implementasi mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai penyakit dan cara merawat luka respon subjektif pasien mengatakan siap untuk menerima penyuluhan mengenai penyakitnya dan cara merawat luka dengan respon objektif pasien nampak sudah siap menerima informasi. Pukul 10.30 dengan implementasi menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan respon subjektif pasien mengatakan masih ingat mengenai yang dijelaskan kemarin tentang kesehatan. dengan respon objektif pasien nampak kooperatif .

Implementasi berlangsung hari senin 15 februari 2021 pada pukul 14.15 WIB dilakukan implementasi diagnosa pertama yaitu memonitor TTV respon subjektif di dapatkan pasien mengatakan berapa tekanan darahnya dengan respon objektif tekanan darah 170/80mmHg, suhu 36,2°C, nadi 100x/mnt, RR 20x/mnt. Pukul 14.20 WIB dengan

implementasi mengidentifikasi skala nyeri respon subjektif pasien mengatakan nyeri di perut dengan skala 3 dengan respon objektif menyebutkan skala nyeri rentang 1 – 10 dan berlangsung agak lama. Pukul 14.30 WIB dengan implementasi mengajarkan teknik nonfarmakologi distraksi dan relaksasi respon subjektif pasien mengatakan bersedia untuk diajarkan kembali teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti distraksi dan relaksasi dengan respon objektif pasien nampak kooperatif. Pukul 16.00 dengan implementasi mengkolaborasi pemberian analgetik katorolac 3x 1/24 jam respon subjektif pasien mengatakan nyeri saat sedang disuntik dan obat masuk dengan respon objektif pasien nampak meringis.

Pada pukul 16.15 WIB dilakukan implementasi untuk diagnosa yang kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yaitu melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti mengatur posisi atau usap – usap respon subjektif pasien mengatakan kadang nyeri nya muncul tiba – tiba dengan respon objektif pasien nampak sedikit lesu dan lemas. Pukul 16.30 dengan implementasi menetapkan jadwal tidur rutin respon subjektif pasien mengatakan lumayan bisa tidur walaupun masih suka terbangun dan paginya mengantuk dengan respon objektif pasien nampak lesu dan mengantuk.

Pada pukul 16.45 WIB dilakukan implementasi untuk diagnosa yang ketiga yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi dibuktikan dengan pasien tidak tau cara merawat luka post operasi dengan implementasi mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi mengenai penyakit dan cara merawat luka respon subjektif pasien mengatakan senang atas informasi yang sudah diberikan mengenai penyakit dan merawat lukanyadengan respon objektif pasien tersenyum dan ramah. Pukul 17.00 WIB dengan implementasi menjelaskan faktor resiko yang mempengaruhi kesehatan respon subjektif

pasien mengatakan sudah paham dan akan lebih memperhatikan kesehatannya dengan respon objektif pasien nampak kooperatif.

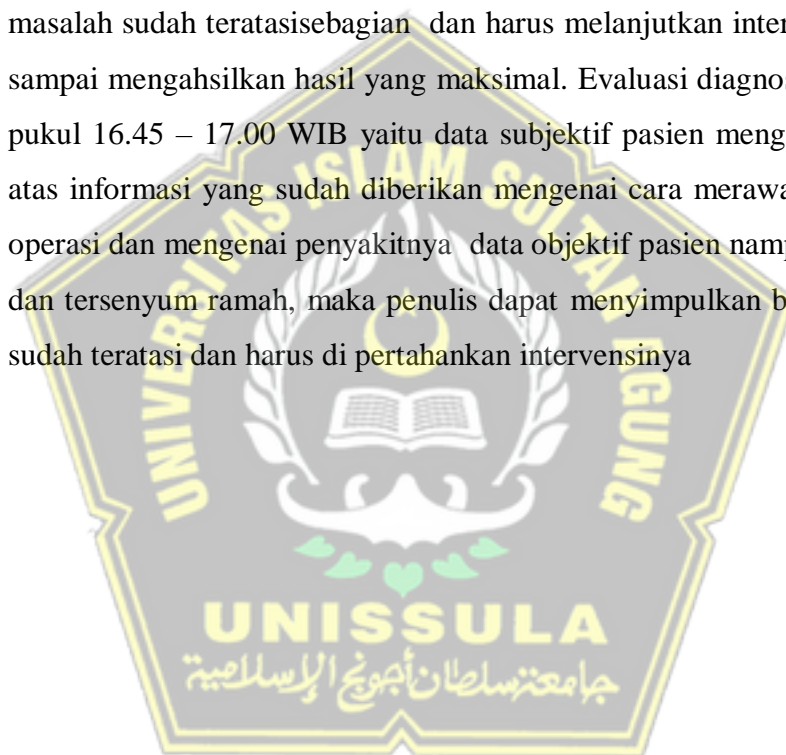
H. Evaluasi

Evaluasi diagnosa pertama yang dilakukan pada hari sabtu tanggal 13 februari 2021 pukul 10.30 – 11.08 WIB data subjektif yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mengatakan nyeri dibagian area bekas operasinya, P : pasien mengatakan nyeri saat bergerak terlalu banyak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk tusuk, R : Pasien mengatakan nyeri dibagian pinggang sebelah kiri, S : skala nyeri 5, T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan mendadak dan berlangsung agak lama, data objektif pasien nampak meringis tekanan darah 160/100mmHg, Nadi 100x/mnt, suhu 36°C, RR 20x/mnt. Maka penulis menyimpulkan bahwa masalah belum teratasi masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulang intervensi yang sudah dilakukan sampai menghasilkan hasil yang maksimal. Evaluasi diagnosa yang kedua yaitu pada pukul 11.13 – 11.45 WIB data subjektif yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mengatakan susah tidur selalu suka terbangun merasakan nyeri dibagian operasinya, data objektif pasien nampak mengantuk, lesu dan nampak sedih maka penulis menyimpulkan bahwa masalah hanya teratasi sebagian dan harus melanjutkan kembali intervensi yaitu mengulang intervensi yang sudah dilakukan sampai menghasilkan hasil yang maksimal. Evaluasi diagnosa yang ketiga yaitu pada pukul 11.50 – 13.10 WIB data subjektif yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mengatakan tidak tau bagaimana cara merawat luka post operasinya dan mengenai penyakitnya , dan siap untuk menerima informasi kapan saja, data objektif pasien nampak setuju, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah belum teratasi dan harus melanjutkan intervensi yaitu mengulang intervensi yang sudah dilakukan sampai menghasilkan hasil yang maksimal.

Evaluasi hari kedua diagnosa pertama pada tanggal 14 Februari 2021 pukul 07.00 – 07.30 setelah dilakukan tindakan keperawatan data subjektif didapatkan pasien mengatakan masih terasa sedikit nyeri di area bekas operasinya, P : pasien mengatakan nyeri saat bergerak banyak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk – tusuk , R : Pasien mengatakan nyeri di bagian pinggang sebelah kiri, S : skala nyeri 4, T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan secara mendadak dan berlangsung agak lama. Data objektif pasien tampak meringis, tekanan darah 145/89mmHg, s : 36,9°C, RR : 20x/mnt, N : 109x/mnt. Berdasarkan data tersebut maka penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sudah teratasi sebagian dan harus melanjutkan intervensi yaitu mengulang intervensi yang sudah dilakukan sampai menghasilkan hasil yang maksimal. Evaluasi diagnosa yang kedua yaitu pada pukul 07. 35 - 07. 40 WIB data subjektif yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mengatakan sedikit berkurang rasa nyerinya tetapi masih suka terbangun saat tidur data objektif pasien nampak lesu maka penulis menyimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian dan masih harus melanjutkan kembali intervensi dan mengulang intervensi sampai menghasilkan hasil yang maksimal. Evaluasi diagnosa yang ketiga yaitu pukul 10.00 – 10.30 WIB data subjektif yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien mengatakan siap untuk menerima penyuluhan mengenai penyakit dan cara merawat luka bekas operasinya, data objektif pasien nampak sudah sedikit paham setelah dilakukan penyuluhan maka penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sudah teratasi sebagian dan melanjutkan intervensi yaitu mengulang intervensi sampai menghasilkan hasil yang maksimal.

Evaluasi hari ketiga diagnose pertama pada tanggal 15 Februari 2021 pukul 14.15 – 16.00 setelah dilakukan tindakan keperawatan data subjektif yaitu pasien mengatakan terkadang masih terasa nyeri P : pasien mengatakan nyeri saat bergerak banyak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk – tusuk , R : Pasien mengatakan nyeri di bagian pinggang sebelah kiri, S : skala nyeri 3, T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan

secara mendadak dan berlangsung agak lama., data objektif pasien nampak meringis sedikit , maka penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sudah teratasi sebagian dan harus melanjutkan kembali sampai mendapatkan hasil yang maksimal . Evaluasi diagnosa yang kedua pukul 16.15 – 16.30 yaitu data subjektif pasien mengatakan sudah bisa tidur walaupun belum bisa nyenyak karena nyeri yang timbul secara tiba – tiba, yang membuat pagi hari selalu mengantuk .data objektif pasien nampak kooperatif dan mengantuk maka penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sudah teratasisebagian dan harus melanjutkan intervensi kembali sampai menghasilkan hasil yang maksimal. Evaluasi diagnose yang ketiga pukul 16.45 – 17.00 WIB yaitu data subjektif pasien mengatakan senang atas informasi yang sudah diberikan mengenai cara merawat luka setelah operasi dan mengenai penyakitnya data objektif pasien nampak kooperatif dan tersenyum ramah, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sudah teratasi dan harus di pertahankan intervensinya



BAB IV

PEMBAHASAN

Di bab IV penulis akan memberikan hasil dari analisis asuhan keperawatan KMB pada pasien dengan Post Op Nefrolitiasis sinistra, di RSI Sultan Agung Semarang yang dilaksanakan selama tiga hari pada tanggal 13 – 15 februari 2021. Untuk judul tersebut seharusnya “**Asuhan keperawatan Pada Ny. S dengan Nephrolithotomy Post Op d ruang Baitussalam II Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang**”. Pada bab ini penulis akan menjelaskan tentang masalah yang telah ditemukan selama melakukan Praktik Klinik di RSI Sultan Agung Semarang dengan konsep dasar yang sesuai dengan asuhan keperawatan yaitu : Pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian yang sudah dilakukan oleh penulis pada Sabtu 13 Februari 2021 pukul 10.00 WIB dapat diperoleh data pasien Ny.S dengan diagnosa Post Op nefrolitiasis sinistra. Pengkajian ini juga dapat memberikan kesempatan kepada perawat untuk menciptakan hubungan terapeutik dengan pasien. Dalam keperawatan KMB pengkajian dapat dilakukan dengan cara wawancara yang nanti dapat menggali informasi – informasi dari pasien mengenai dengan penyakit yang dialaminya, riwayat penyakit dahulu, atau gejala – gejala apa saja yang dirasakan oleh pasien. Dalam melakukan pengkajian penulis tidak menemukan kesulitan atau rintangan apapun karena pasien sangat responsif serta terbuka mengenai sakitnya dan tujuan dari ini adalah untuk mengetahui status kesehatan, ketidakmampuan fungsional, keterbatasan dan lain sebagainya. Pengertian dari nefrolitiasis sendiri adalah suatu gangguan klinis yang

diakibatkan adanya suatu komponen dari batu Kristal yang menyumpal sehingga memperlambat kerja ginjal pada kaliks atau pelvis dari ginjal yang dapat disebabkan oleh adanya gangguan keseimbangan kelarutan dan pengendapan garam pada saluran urin dan ginjal (Fikriani and Wardhana, 2018). Berdasarkan hasil dari pengkajian yang diperoleh di dapatkan sebuah data pemeriksaan fisik dan keluhan utama pasien yaitu pasien mengalami nyeri tekan di abdomen lateral sinistra di belakang tulang rusuk karena adanya post operasi yang telah dilakukan. yang penulis tidak perjas di bab 3 untuk lokasi nyeri yang dialami oleh pasien tersebut.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respons klien terhadap suatu masalah kesehatan atau suatu proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas yang berkaitan dengan kesehatan. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan penulis untuk asuhan keperawatan pada Ny.S mengenai Nefrolitiasis penulis dapat **menegakkan** 3 diagnosa yaitu :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan pencedera fisik dibuktikan dengan bekas post op nefrolitiasis (D.0077)

Menurut (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) adalah suatu pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan actual maupun fungsional yang terjadi secara mendadak dan dapat berintensitas ringan hingga yang berat dan dapat berlangsung kurang dari 3 bulan . Pada tanggal 13 february 2021 penulis dapat menegakkan diagnose keperawatan tersebut karena saat dilakukan pengkajian di dapatkan sebuah data mayor yaitu pasien mengeluh nyeri, pasien terlihat meringis, gelisah, sulit tidur dan berposisi untuk menghindari rasa nyeri. Dan juga sebuah data minor yaitu tekanan darah meningkat yaitu 160/100mmHg dengan nadi 100x/mnt dan

nafsu makan menjadi menurun yang penulis tidak tertulis di Bab 3 sebelumnya. Diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik dapat menjadi sebuah diagnosa prioritas utama karena setelah dilakukan operasi nefrolitotomi akan mengakibatkan rasa nyeri dan jika nyeri tersebut tidak segera ditangani maka dapat berpengaruh terhadap fisiologis, psikologis dan perilaku dari seseorang tersebut (Ediyanto, 2019). Oleh karena itu pentingnya diagnosa nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik ditegaskan dan dijadikan diagnose utama untuk menurunkan skala nyeri agar masalah tersebut dapat segera terselesaikan (Smeltzer & Bare, 2013).

Intervensi untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik selama 3x8 jam penulis membuat rencana tindakan keperawatan yang meliputi tujuan dan juga kriteria hasil yang sudah sesuai dengan SLKI dan SIKI agar dapat menurunkan skala nyeri yang dialami oleh pasien, tidak meringis, dan tidak gelisah. Penulis menetapkan beberapa intervensi antara lain yaitu : monitor ttv. Identifikasi lokasi nyeri rasionalnya yaitu untuk mengetahui lokasi nyeri yang dialami oleh pasien. Kaji skala nyeri, Identifikasi yang mempengaruhi rasa nyeri, Ajarkan teknik nonfarmakologi relaksasi distraksi , Pemberian analgetik ketorolac 3x / 24 jam. Intervensi yang utama untuk menurunkan nyeri berdasarkan buku Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yaitu terdapat pada manajemen nyeri yaitu mengajarkan teknik relaksasi distraksi. Teknik relaksasi napas dalam adalah intervensi mandiri yang dilakukan oleh perawat, dimana perawat tersebut akan mengajarkan bagaimana cara melakukan nafas dalam (Vindora, Ayu and Pribadi, 2017). teknik relaksai secara umum merupakan metode yang paling efektif untuk menurunkan nyeri ,berdasarkan hasil penelitian dari berbagai tempat juga telah membuktikan bahwa melakukan teknik relaksasi dapat menurunkan respon nyeri tersebut (Farrell and Kruger, 2015). Dan berdasarkan teori distraksi yaitu teori gate control (

Cummings 2006) teori ini menjelaskan bahwa spina cord, dan sel – sel reseptor yang dapat menerima stimulasi nyeri perifer tersebut terhambat oleh stimulasi dari serabut – serabut syaraf yang lainnya. Sehingga jika seseorang yang menerima input sensori yang berlebihan dapat terhambatnya implus nyeri ke otak atau nyeri yang dirasakan pasien dapat berkurang. Cara untuk teknik distraksi yaitu dengan melakukan terapi musik yang dapat bertujuan untuk menurunkan rasa nyeri yang dialami, karena music dapat merangsang hormon endorphin dimana hormone tubuh yang dapat memberikan perasaan senang yang berperan dalam menurunkan skala nyeri pasien (Vindora, Ayu and Pribadi, 2017). Kolaborasi Pemberian analgetik ketorolac rasionalnya memberikan asuhan keperawatan yang dilakukan secara berkolaborasi dengan tim medis lainnya.

Implementasi merupakan suatu melaksanakan tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Harefa, 2019). Implementasi ini dilakukan selama 3 hari berturut – turut yang dimulai pada tanggal 13 februari 2021 sampai dengan 15 februari 2021. Penulis dapat melakukan tindakan keperawatan sesuai yang telah dibuat di rencana tindakan keperawatan tanpa adanya kesulitan atau hambatan saat melakukan tindakan keperawatan tersebut dikarenakan pasien dan keluarga pasien yang sangat kooperatif dan dapat diajak untuk bekerja sama selama tindakan dilakukan. Teknik relaksasi dan distraksi tersebut dapat menurunkan intensitas nyeri berdasarkan Gate Control theory menurut Melzack dan Wall's gate control Theory (1965) dalam (Potter & Perry, 2009), karena dapat merangsang suatu peningkatan hormon endorfrin dan selanjutnya dapat merangsang substansi sejenis morfin yang nanti akan di suplai oleh tubuh, pada saat neuron perifer menghantarkan sinyal ke sinaps, terjadi sinaps antara neuron dan neuron yang menuju otak tempat substansi P untuk mengirimkan implus . Sehingga endorfrin memblokir

transmisi implus nyeri di medulla spinalis oleh karena itu rasa sensasi nyeri yang dialami dapat berkurang (Nur Intan Hayati HK, 2014)

Evaluasi adalah suatu tahapan terakhir dari suatu proses asuhan keperawatan (Harefa, 2019). Evaluasi dilakukan selama 3 hari dari tanggal 13 februari sampai dengan 15 februari 2021. Dan hasil dari evaluasi selama 3 hari tersebut yaitu masalah pasien dapat teratasi sebagian dengan respons subjektif pasien mengatakan masih sedikit terasa nyeri, data objektif pasien nampak meringis sedikit. dengan hasil P : pasien mengatakan nyeri saat bergerak banyak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk – tusuk , R : Pasien mengatakan nyeri di bagian pinggang sebelah kiri, S : skala nyeri dari 5 menjadi 3, T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan secara mendadak dan berlangsung agak lama.

2. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan keadaan rumah sakit dan nyeri yang dialami (D.0055)

Menurut (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) Gangguan pola tidur merupakan suatu gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Tanggal 13 februari 2021 penulis menegakkan diagnosa tersebut dikarenakan pada saat dilakukan pengkajian dengan pasien di dapatkan sebuah data mayor pasien sulit tidur, sering terjaga, istirahat tidak cukup, mengeluh tidak puas tidur. Pasien mengalami gangguan kesulitan tidur karena ada pengaruhnya dari rasa nyeri yang dialaminya sehingga mempengaruhi pola tidur pasien, selain itu juga pasien merasa terganggu tidur di rumah sakit. Pasien mengeluh tidak bisa tidur dan selalu terjaga ketika tidur sehingga waktu untuk tidur berkurang. Saat dilakukan pengkajian pasien nampak lemas dan mengantuk karena kurang tidur. Yang biasanya tidur pukul 20.00 malam sekarang sulit untuk tidur dan selalu terjaga saat tidur. Pada pengkajian PQSI untuk kualitas tidur pasien cukup buruk, durasi tidur

kurang dari 5 jam karena sering terjaga, dan mengalami gangguan tidur. Oleh sebab itu penulis menegakkan diagnosa tersebut menjadi diagnosa kedua karena masalah dari pasien tersebut menunjukkan jika pasien sedang mengalami gangguan pada pola tidurnya. Alasan penulis menegakkan diagnosa ini menjadi diagnosa kedua karena sudah sesuai dengan batasan karakteristik dari buku Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan juga dipengaruhi oleh nyeri sehingga pasien sulit untuk tidur dan jika orang yang mengalami kesulitan tidur saat sakit dapat menyebabkan muncul gejala penyakit yang lainnya. Karena kebutuhan dasar manusia adalah suatu unsur – unsur yang dibutuhkan oleh manusia itu sendiri dalam mempertahankan suatu keseimbangan fisiologis dan psikologisnya yang bertujuan untuk mempertahankan kesehatannya, menurut teori hirarki maslow kebutuhan dasar manusia salah satunya yaitu istirahat dan tidur. Tartowo dan Wartonah (2004) mengatakan bahwa seseorang yang mengalami sakit membutuhkan waktu untuk tidur lebih banyak dari normalnya , pada saat tersebut terjadilah pertumbuhan sel – sel tubuh misalnya pada seseorang pasca operasi masalah yang sering terjadi yaitu sulit tidur sedangkan fungsi tidur sendiri untuk sintesis pemulihan perilaku, waktu untuk dalam memperbaiki tubuh dan otak.(Fitri, Trisyani and Maryati, 2017)

Intervensi untuk diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan selama 3x8 jam. Penulis membuat rencana tindakan keperawatan yang meliputi tujuan dan juga kriteria hasil yang sudah sesuai dengan SLKI dan SIKI : keluhan sulit tidur pasien menjadi menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan istirahat yang tidak cukup menurun. Penulis menetapkan beberapa intervensi antara lain yaitu Monitor TTV ,identifikasi pola aktivitas dan tidur , identifikasi pengganggu tidur ,Identifikasi makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan

kenyamanan pasien, tetapkan jadwal tidur rutin, Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit. Intervensi yang utama untuk diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan berdasarkan buku Standart Intervensi Keperawatan Indonesi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yaitu dukangan tidur yaitu, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, pengaturan posisi atau mengusap- usap , menetapkan jadwal tidur. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan tidur dengan pengaturan posisi bisa dilakukan dengan miring ke kanan atau ke kiri di tempat tidur untuk memberikan rasa nyaman fisik agar dapat menurunkan intensitas nyeri, yang dapat dialkukan pada awal jam ke dua untuk mengubah posisi tidur dengan menaikan kepala pasien 30- 45°. untuk selanjutn pasien bisa mengantur posisi terlentang ataupun miring kanan kiri selama merasa nyaman (Dedi, 2019). Keberhasilan dalam pengaturan posisi pasca pembedahan telah dibuktikan dalam suatu penelitian pemulihan paristaltik usus pada pasien pasca pembedahan (Delima, Kartika and Deswita, 2019)

Implementasi merupakan suatu melaksanakan tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya(Harefa, 2019). Implementasi ini dilakukan selama 3 hari berturut – turut yang dimulai pada tanggal 13 february 2021 sampai dengan 15 february 2021. Penulis dapat melakukan tindakan keperawatan sesuai yang telah dibuat di rencana tindakan keperawatan yang bertujuan untuk membatu memecahkan masalah pada Ny. S. Hasil dari implementasi yaitu : melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan tidur dengan pengaturan posisi, mencoba membantu pasien dalam melakukannya mengubah posisi tidur agar lebih nyaman dan rasa nyeri yang dialami dapat berkurang.

Evaluasi adalah suatu tahapan terakhir dari suatu proses asuhan keperawatan (Harefa, 2019). Evaluasi dilakukan selama 3 hari dari

tanggal 13 februari sampai dengan 15 februari 2021. Dan hasil dari evaluasi selama 3 hari tersebut yaitu data subjektif pasien mengatakan sudah bisa tidur walaupun belum bisa nyenyak karena nyeri yang timbul secara tiba - tiba .data objektif pasien nampak kooperatif dan mengantuk maka penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sudah teratasi sebagian dan harus melanjutkan intervensi kembali sampai menghasilkan hasil yang maksimal.

3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan pasien tidak mengetahui cara merawat luka post operasi (D.0111)

Menurut SDKI (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) yaitu dimana ketiadaan atau kurangnya suatu informasi kognitif yang berhubungan dengan suatu topic tertentu. Diagnosa tersebut ditegakkan berdasarkan data subjektif yaitu Pasien mengatakan tidak mengetahui penyakitnya dan cara merawat luka setelah operasi tersebut. Untuk data objektif diperoleh data pasien terlihat sangat menyesal karena baru mengetahuinya, dan menyesal dan lemas. Oleh karena itu penulis mengangkat diagnose tersebut menjadi diagnose ketiga penulis.

Intervensi untuk diagnose defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi selama 3x8 jam penulis membuat rencana tindakan keperawatan yang meliputi tujuan dan juga kriteria hasil yaitu : kemampuan manajemen pengetahuan suatu topic meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan suatu penyakit meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi dapat menurun. Dan dengan dilakukan Intervensi keperawatan yaitu : identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi rasionalnya diharapkan pasien mau menerima informasi, jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan rasionalnya pasien mampu mengetahui faktor resiko mengenai sakitnya, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih

rasionalnya untuk meningkatkan hidup lebih sehat dan bersih dan cepat dalam menanggapi masalah.

Evaluasi adalah suatu tahapan terakhir dari suatu proses asuhan keperawatan (Harefa, 2019). Evaluasi dilakukan selama 3 hari dari tanggal 13 februari sampai dengan 15 februari 2021 dan hasil dari evaluasi selama 3 hari tersebut didapatkan data subjektif pasien mengatakan senang atas informasi yang sudah diberikan mengenai cara merawat luka setelah operasi dan mengenai penyakitnya data objektif pasien nampak kooperatif dan tersenyum ramah, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sudah teratasi dan harus di pertahankan intervensinya.

4. Buat permasalahan Asuhan keperawatan pada Ny.S dengan Nephrolithotomy Post Op di ruang Baitusslama II Rumah sakit Islam Sultan agung semarang ialah timbul diagnosa catatan Resiko Infeksi yang berhubungan dengan efek prosedur invasive. Resiko Infeksi yaitu berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik,(Tim Pokja SDKI PPNI, 2017). Penulis menimbulkan diagnosa ini sebab merujuk pada buku (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) serta aspek terpaut pada permasalahan keperawatan ini ialah penderita pasca operasi, terpasang infuse, dan terpasang kateter. Semua tindakan tersebut masuk dalam efek prosedur invasif dan benda yang masuk kedalam tubuh termasuk dalam masalah keperawatan resiko infeksi. Oleh sebab itu walaupun penulis tidak memiliki informasi mengenai luka operasi pada pasien akan tetapi penulis tetap mengangkat diagnosa tersebut karena di dapatkan sebuah data penunjang lainnya yang dapat menyebabkan terbentuknya infeksi yaitu haemoglobin pasien yang menurun dan leukosit pasien yang sangat besar sehingga pasien sudah terjadi infeksi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dalam bab v ini penulis memperoleh kesimpulan dari asuhan keperawatan diatas pada Ny. S dengan Post Op Nefrolitiasis selama 3 x 8 jam di ruang Baitussalam 2 RS Islam Sultan Agung Semarang sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis terhadap Ny. S dengan Post Op Nefrolitiasis di dapatkan data subjektif dan objektif yang pada akhirnya penulis dapat menegakkan 3 diagnosa keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut yaitu Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi

2. Prioritas masalah dan diagnose keperawatan

Diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan berdasarkan keluhan dan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan oleh penulis selama melakukan pengkajian dan dari rekam medis pasien. Diagnosa yang ditegakkan oleh penulis ada 3 yaitu : Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik dibuktikan dengan bekas post op nefrolitiasis merupakan diagnose utama , gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan keadaan rumah sakit dan nyeri yang dialami, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi dibuktikan dengan pasien tidak mengetahui

3. Intervensi untuk masalah keperawatan yang muncul telah ditetapkan berdasarkan buku Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sesuai dengan ketiga diagnose yang muncul.

4. Implementasi ataupun tindakan yang sudah dicoba sepanjang 3 hari sudah sesuai dengan Intervensi ataupun rencana keperawatan yang sudah disusun.
5. Evaluasi diagnose keperawatan yang dilakukan penulis yaitu dengan melanjutkan intervensi untuk meredakan nyeri pasien pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik dibuktikan dengan bekas post op nefrolitisis, pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan dengan keadaan rumah sakit dan nyeri yang dialami masalah sudah teratasi sebagian, untuk diagnosa yang ketida defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi dibuktikan dengan pasien tidak mengetahui cara merawat luka post op yaniti masalah sudah dapat teratasi dan harus dipertahankan.

B. SARAN

1. Bagi rumah sakit
Rumah sakit sebagai wadah pelayanan kesehatan diharapkan mampu mempertahankan dan meningkatkan kualitas mutu pada pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup sehat di masyarakat
2. Bagi Perawat
Bagi perawat diharapkan mampu mempertahankan asuhan keperawatan yang telah sesuai dengan standart prosedur yang sudah ada. dan dapat mengikuti perkembangan ilmu keperawatan yang terbaru.
3. Bagi institusi pendidikan
Bagi institusi pendidikan diharapkan dapat memperbanyak kerjasama dengan rumah sakit lain guna untuk meningkatkan dan memajukan proses pembelajaran dan pendidikan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aslim, O. *et al.* (2014) 'Original Article Dari Dua Sentimeter Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto Tahun 2011-2014 Treatment of Kidney Stone With Stone Burden More Than Two Centimeters in Gatot Soebroto Indonesia Army Central Hospital in 2011-2014'.
- Dedi (2019) 'Perpustakaan Universitas Sumatera Utara PENGARUH PENGATURAN POSISI MIRING KANAN DAN MIRING KIRI TERHADAP NYERI', *keperawatan medikal bedah*. Available at: <https://library.usu.ac.id>.
- Delima, M., Kartika, K. and Deswita, D. (2019) 'Pengaruh Pengaturan Posisi Terhadap Lama Pemulihan Keadaan Pasien Post Operasi Dengan Anestesi Umum Di Recovery Room Rsam Bukittinggi', *JURNAL KESEHATAN PERINTIS (Perintis's Health Journal)*, 6(1), pp. 35–41. doi: 10.33653/jkp.v6i1.206.
- Ediyanto, A. K. (2019) 'Studi Kasus: Upaya Penurunan Nyeri pada Klien Post Hemoroidektomi di RSK Ngesti Waluyo Parakan Temanggung', *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 1(2), p. 32. doi: 10.32584/jikmb.v1i2.189.
- Farrell, T. and Kruger, R. (2015) 'jurnal ilmu keperawatan Abdominal pain.', *Australian family physician*, 17(6), p. 467.
- Fauzi, A. and Putra, M. M. A. (2016) 'Nefrolitiasis', *Majority*, 5(2), pp. 69–73.
- Fikriani, H. and Wardhana (2018) 'Alternatif Pengobatan Batu Ginjal Dengan Seledri', 16, pp. 531–539.
- Fitri, M., Trisyani, M. and Maryati, I. (2017) 'Hubungan Intensitas Nyeri Luka Sectio Caesarea Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Post Partum

Hari Ke-2 Di Ruang Rawat Inap Rsud Sumedang’, *Milla Fitri Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran (Jl. Raya Bandung – Sumedang KM, 21*, pp. 1–14.

Harefa, E. I. J. (2019) ‘Penerapan Konsep Dasar Proses Keperawatan Keluarga’. doi: 10.31227/osf.io/xq75b.

Hasanah, U. (2016) ‘Mengenal Penyakit Batu Ginjal’, *Jurnal Keluarga Sehat Sejahtera*, 14(28), pp. 76–85. Available at: <https://jurnal.unimed.ac.id/2012/index.php/jkss/article/view/4698/4129>.

Hidayat, L. (2017) ‘Penerapan Embellishment Sebagai Unsur Dekoratif Pada Busana Modestwear’, *Penerapan Embellishment Sebagai Unsur Dekoratif Pada Busana Modestwear*, d(2017), pp. 1–15.

IHSANIAH, H. I. (2020) ‘ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA KASUS NEFROLITIASIS DENGAN TINDAKAN NEFROLITOTOMI DI INSTALASI BEDAH SENTRAL RSUD JENDRAL AHMAD YANI METRO’, pp. 1–5.

Nengsi, Y. F. (2018) ‘Nefrolitiasis’, pp. 1–104.

Nur Intan Hayati HK (2014) ‘Pengaruh Tehnik Distraksi Dan Relaksasi Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Rumah Sakit Immanuel Bandung’, *Karya Ilmiah Stikes Indramayu*, 8(26), pp. 1–26.

Pradnia Paramitha (2019) ‘MANUSKRIP PENGELOLAAN NYERI AKUT PADA AN . Z DENGAN TYPHOID DI RUANG MELATI RSUD UNGARAN Oleh : PRADNIA PARAMITHA’, *Pengolaan Nyeri*.

Septiningsih, H. (2016) ‘jurnal nefrolitiasis hasil penelitian’.

Soares, A. P. (2013) ‘jurnal of Nefrolitiasis (Gangguan Sistem Perkemihan)’, *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.

Tim Pokja SDKI PPNI (2017) *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia*. ke

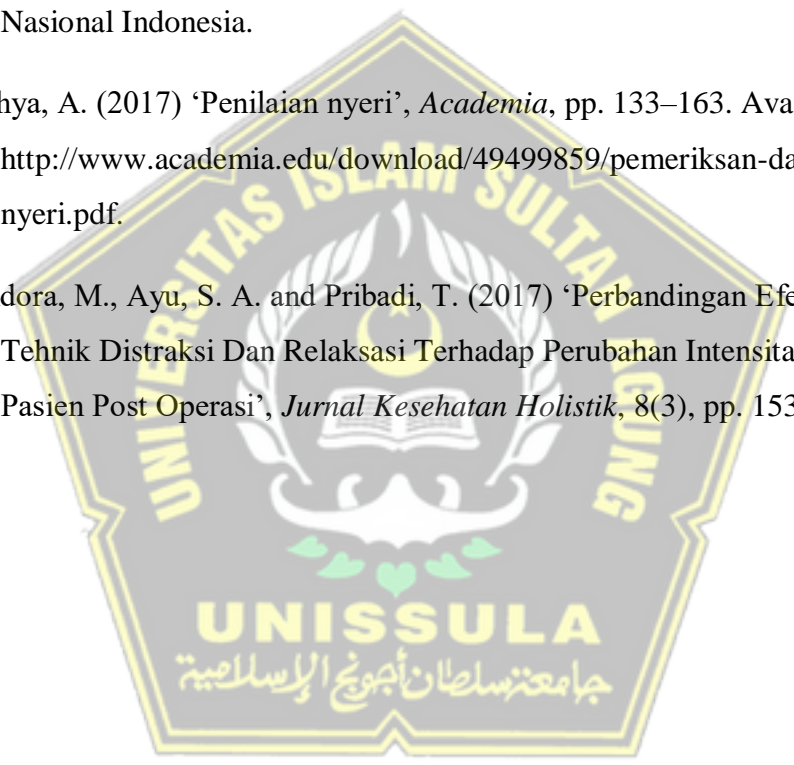
1 Cetak. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia*. Ke 1 Cetak. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) *Standart Luaran Keperawatan Indonesia*. Ke 1 Cetak. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tjahya, A. (2017) 'Penilaian nyeri', *Academia*, pp. 133–163. Available at: <http://www.academia.edu/download/49499859/pemeriksaan-dan-penilaian-nyeri.pdf>.

Vindora, M., Ayu, S. A. and Pribadi, T. (2017) 'Perbandingan Efektivitas Tehnik Distraksi Dan Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi', *Jurnal Kesehatan Holistik*, 8(3), pp. 153–158.



Lampiran 1 SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN : 06-0403-8901

Pekerjaan : Dosen

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

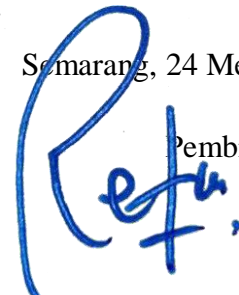
Nama : Wiwik Ambarwati

NIM : 40901800101

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.S dengan Post Op Nephrolithotomy Nefrolitiasis di Ruang Baitussalam II Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

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

Semarang, 24 Mei 2021


Pembimbing

Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN.06-0403-8901

Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN : 06-0403-8901

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Wiwik Ambarwati

NIM : 40901800101

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Post Op Nephrolithotomy Nefrolitiasis di Ruang Baitussalam II Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar – benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai dari tanggal 19 Mei 2021 sampai dengan 31 Mei 2021 yang dilakukan secara online melalui Google Meet.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sungguh – sungguh untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 31 Mei 2021

Pembimbing


Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN. 06-0403-89

Lampiran 3 Lembar Konsultasi


**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS
ILMIAH MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN**

FIK UNISSULA

NAMA MAHASISWA : Wiwik Ambarwati

**JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.S
dengan Post Op Nephrolithotomy Nefrolitiasis di Ruang Baitussalam
2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang**

**PEMBIMBING : Ns. Retno Issrovatiningrum,
M.Kep**

Hari/ tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
Selasa, 16 Februari 2021	Konsultasi kasus	ACC kasus	
Sabtu, 6 Maret 2021	Konsul Bab 1	Kirim lewat group	
Minggu, 7 Maret 2021	Konsul Bab 1	Di anjurkan untuk melanjutkan Bab 3	

		<p>gambar, missal ada nyeri , PQRST menggunakan skala apa dan gambarnya ditampilkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Latar belakang (pengertian dulu baru prevalensi) - Peran perawat harus lebih ditonjolkan apa yang di lakukan - Tujuan khusus - Etiologi harus ada sumbernya dari mana - di bab 2 pengkajian harus ditambahkan PQRST 	
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

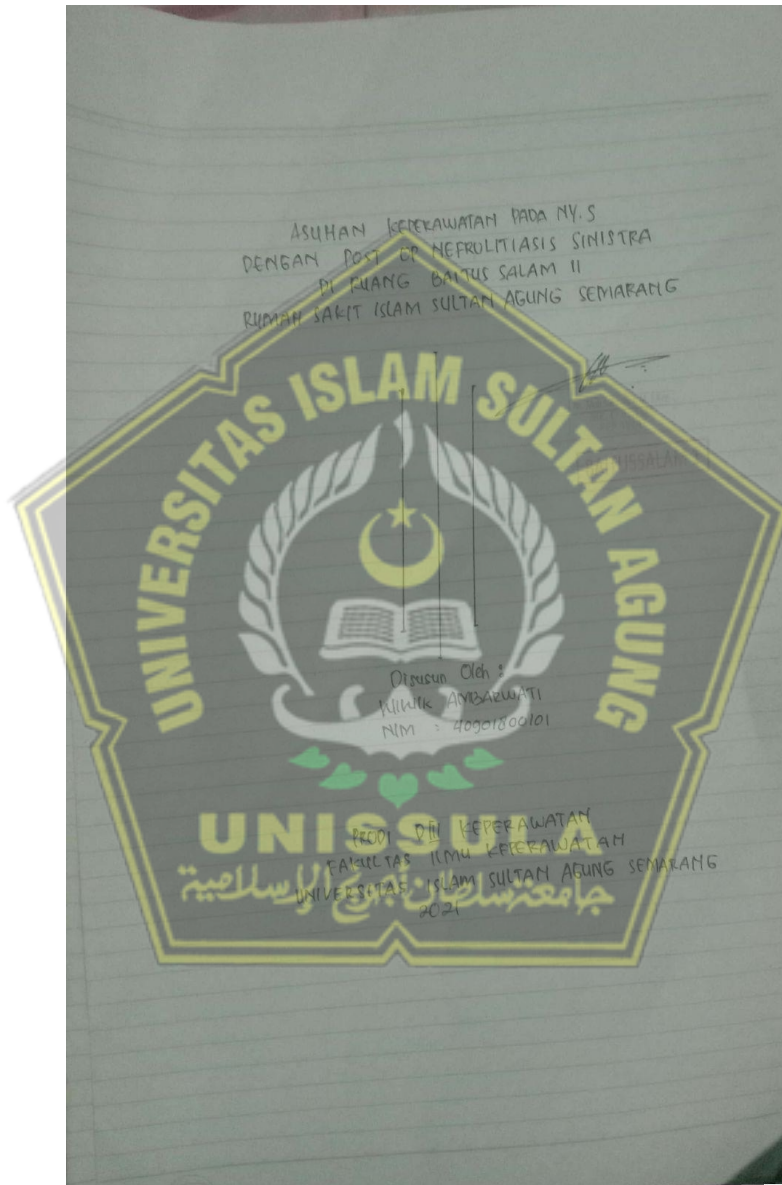
		<p>- Pola tidur diperbaiki</p> <p>SDKI dicantumkan tahun dan kodenya</p> <p>-Pengkajian boleh ditambahkan PQRST, ditambahkan juga di pola sensori dan kognitif di jelaskan</p> <p>- Pembahasan, pengangkatan diagnose harus ada</p> <p>- Penutup rata kanan kiri , konsep dasar penyakit dihapuskan, ditambahkan implementasi nya belum ada</p>	
Jumat, 21	Konsultasi	Di pembahasan	

Mei 2021	yang sudah direvisi	pengkajian tidak perlu dijabarkan terkait pengkajian riwayat keluarga	
Senin, 24 Mei 2021	Konsultasi Bab 1- 5	ACC, buat lembar konsultasi, lembar pengesahan di siapkan	



Lampiran 4 Laporan Asuhan Keperawatan Ny. S (tulis tangan)

Laporan Asuhan Keperawatan Ny.S (tulis tangan)



A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. DATA UMUM

a. Identitas

1. Identitas Klien

- Nama : NY S
- Umur : 55 tahun
- Jenis kelamin : Perempuan
- Agama : Islam
- Pendidikan : SD
- Pekerjaan : Jualan Jamu keliling
- Suku/bangsa : Jawa / Indonesia
- Alamat : Jl. Sawah besar raya Rt 06
Rw 06, Kaligawe Gayamsari
- Diagnosa Masuk : Nefrolithiasis
- Tanggal dan jam masuk : 10-2-2021 / 15.30

2. Identitas Penanggung Jawab

- Nama : N. E
- Umur : 26
- Jenis kelamin : Perempuan
- Agama : Islam
- Suku/bangsa : Jawa / bangsa
- Pendidikan terakhir : Si Manajemen
- Pekerjaan : —
- Alamat : Kp. Kebonharjo gang 1 Rt 3
Rw 4
- Hubungan dengan klien : Anak kandung

b. Keluhan Utama

- Pasien mengatakan pertama dibagian pinggang sebelah kiri nyeri setelah peragi dan tidak nafsu makan

c. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk Rumah sakit

- Pasien mengatakan datang ke rumah sakit untuk memeriksakan penyakitnya karena merasa perutnya nyembil dan perih, ketika sudah diperiksa ternyata ada batu ginjal dan harus dilakukan operasi

2. Faktor Pencegah

- Pasien mengatakan tidak mengetahui timbulnya penyakit, karena pasien mengira hanya asam lambung, dan pasien mengatakan tidak dirasakan penyakitnya.

3. Lamanya keluhan

- o Pasien mengatakan untuk penyakitnya yang ini tidak tau berapa lama karena pasien tidak dirasa, hanya saat memerikakan di Rumah sakit dan langsung diuruk rawat inap.

4. Timbulnya keluhan

- o Pasien mengatakan nyeri disekitar pinggang terus menerus seperti tertusuk tusuk.

5. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi

- o Pasien mengatakan jika merasa sakit langsung diperiksakan ke dokter umum.

6. Faktor yang memperberat

- o Pasien mengatakan kurang tau, tetapi terkadang nyeri

d. Riwayat Kesehatan Lalu

1. Penyakit yang pernah dialami

- o Pasien mengatakan pernah mempunyai penyakit asam lambung dan hipertensi.

2. Kecelakaan

- o Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan.

3. Pernah dirawat

- o Pasien mengatakan sebelumnya sudah pernah dirawat tetapi dengan penyakit lain.

4. Alergi (obat dan lainnya)

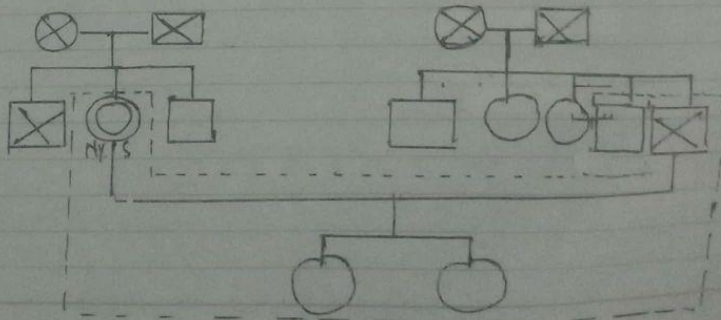
- o Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi apapun.

5. Imunisasi

- o Pasien mengatakan lupa dengan imunisasinya, tetapi pernah suntik cacar saat kecil.

e. Riwayat Kesehatan keluarga.

1. Susunan kesehatan keluarga (genogram 3 generasi)



Keterangan :

- ⊙ : Pasien
- ⊠ : Laki-Laki sudah meninggal *
- ⊗ : Perempuan sudah meninggal
- : Perempuan
- : Laki-Laki

2. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga.

o Pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang sedang diderita pasien

3. Penyakit yang sedang diderita keluarga

o Pasien mengatakan bahwa di keluarga pasien tidak ada yang sakit seperti yang berhubungan dengan penyakit pasien

F. Wilayah Kesehatan Lingkungan

1. Kebersihan rumah dan lingkungan

o Pasien mengatakan rumah dan lingkungan sekitar tempat tinggal pasien bersih.

2. Kemungkinan terjadi bahaya

o Pasien mengatakan bahwa rumah tempat tinggalnya dekat dengan jalan raya.

2. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL (DATA FOKUS)

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Menjelaskan tentang pola yang dipahami pasien tentang kesehatan dan bagaimana kesehatannya dikelola

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak terlalu mengelola kesehatannya

Saat sakit : Pasien mengatakan saat sakit lebih memperhatikan kesehatannya dan lebih hati-hati dalam menjaga kesehatannya.

2. Persepsi klien tentang kesehatan diri.

Sebelum sakit : Pasien mengatakan jika kesehatan itu sangat penting dan harus dijaga.

Saat sakit : Pasien mengatakan bahwa kesehatan itu sangat penting, karena sudah tua jadi harus lebih dijaga kesehatan tubuhnya.

3. Pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakit dan perawatannya

Sebelum sakit : Pasien mengatakan baru mengetahui penyakit yang dialaminya, saat diperiksa di Poli bedah

Saat sakit : Pasien mengatakan menyerah karena baru mengetahuinya dan pasien akan pesa lagi terhadap penyakitnya.

4. Upaya yang dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan jika merasa nyeri dan selalu merasa sakit, pasien memeriksakan kesehatannya ke dokter umum.

Saat sakit : Pasien mengatakan bahwa pasien menyesal tidak langsung membawanya ke dokter spesialis.

5. Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan selalu mengontrol tentang kesehatan dirinya.

Saat sakit : Pasien mengatakan harus lebih peka terhadap sakitnya dan tidak menganggap masalah sepele.

6. Kebiasaan tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan pernah mengonsumsi obat ketika penyakitnya kambuh.

Saat sakit : Pasien mengatakan masih mengonsumsi obat dan dokter untuk meredakan rasa nyerinya.

7. Faktor Sosioekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan biasanya sebelum sakit, pasien bekerja jualan jamu keliling.

Saat sakit : Pasien mengatakan jika saat sakit pasien tidak bisa berjualan jamu keliling.

8. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Pola makan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan 3x sehari dengan porsi banyak makan makanan yang bergizi seperti nasi, sayur, lauk-pauk.

Saat sakit : Pasien mengatakan bahwa semenjak sakit nafsu makannya menurun, biasanya satu porsi tidak habis.

1. Apakah keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan/minum

Sebelum sakit : Pasien mengatakan bahwa sebelum sakit pasien tidak ada gangguan dalam pola makan dan minumnya.

Saat sakit : Pasien mengatakan saat sakit nafsu makannya menurun, tetapi minumnya masih sama.

2. Makanan yang disukai pasien, adakah makanan pantangan / makanan tertentu yang menyebabkan alergi,

Sebelum sakit : Pasien mengatakan mengenai semua makanan yang dikonsumsi, ada pantangan makanan seperti pedas, asam,

Saat sakit : Pasien mengatakan ada pantangan terhadap makanan, tetapi tidak mempunyai alergi terhadap makanan.

3. Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet.

Saat sakit : Pasien mengatakan tidak ada kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet.

4. Kebiasaan mengonsumsi Vitamin / obat penambah nafsu makan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan mengonsumsi obat ketika merasa penakitnya kambuh.

Saat sakit : Pasien mengatakan mengonsumsi obat yang diresepkan dokter.

5. Keluhan dalam makanan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan bahwa pasien tidak ada keluhan dalam makanan.

Saat sakit : Pasien mengatakan bahwa nafsu makannya menurun.

6. Adakah keluhan anoreksia, nervosa, bulimia nervosa

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa.

Saat sakit : Pasien mengatakan tidak ada keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa.

7. Adakah keluhan mual / muntah (jika muntah berapa jumlahnya)

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada keluhan mual dan muntah.

Saat sakit : Pasien mengatakan ada keluhan mual saat makan.

8. Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan.

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam mengunyah maupun menelan.

Saat sakit :

Saat sakit : Pasien mengatakan dapat mengunyah dan menelan dengan baik.

g. Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir.
Sebelum sakit : Pasien mengatakan berat badannya sebelum sakit 68 kg, dan tingginya 152 cm.

Saat sakit : Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 68 kg menjadi 66 kg, dan tingginya 152 cm.

10. Pola minum (frekuensi dan jumlah cairan yang dikonsumsi)
Sebelum sakit : Pasien mengatakan minum air putih banyak kira-kira sehari ± 1 liter an.

Saat sakit : Pasien mengatakan minum air putih kurang yaitu 600 ml sehari.

11. Pola terpasang infuse
Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak terpasang infuse.

Saat sakit : Pasien mengatakan terpasang infuse dan cairan infuse ± 2400 ml.

12. Adanya keluhan demam.
Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak terjadi demam.
Saat sakit : Pasien mengatakan demam saat sakit.

C. Pola Eliminasi

1. Pola BAB
Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAB lancar dengan konstipasi padat dengan warna kuning keco-
katan.

Saat sakit : Pasien mengatakan setelah operasi belum BAB sama sekali.

b. Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB (terpasang kolostomi / ileostomy)

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada perubahan BAB.

Saat sakit : Pasien mengatakan tidak ada perubahan dan tidak terpasang kolostomi.

2. Pola BAK
Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAK lancar tidak ada gangguan, BAK 5x sehari berwarna kuning.

Saat sakit : Pasien mengatakan BAK lancar karena terpasang kateter, BAK 400 cc berwarna kuning.

d. Pola Aktivitas dan latihan

1. Kegiatan dalam pekerjaan.

Sebelum sakit : Pasien mengatakan bekerja jutaan jamu kelling setiap hari

Selama sakit : Pasien mengatakan selama sakit tidak bisa jalan.

2. Olahraga yang dilakukan (jenis dan frekuensi)

Sebelum sakit : Pasien mengatakan melakukan olahraga jalan-jalan di pagi hari dan berjemur di depan rumah.

Selama sakit : Pasien mengatakan tidak melakukan olahraga.

3. Kenyamanan / ketubuhan dalam aktivitas

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak memiliki keluhan dan kesulitan dalam beraktivitas.

Selama sakit : Pasien mengatakan mudah lelah setelah beraktivitas.

4. Pergerakan tubuh

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat bergerak aktif seperti biasanya.

Saat sakit : Pasien mengatakan saat sakit hanya melakukan pergerakan kecil.

5. Perawatan diri

Sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat mandi dan mengekstruksi alatannya sendiri.

Selama sakit : Pasien mengatakan selama sakit dibantu oleh anaknya.

6. Berhajat / BAB / BAK

Sebelum sakit : Pasien mengatakan bisa berhajat seperti biasanya dan ke kamar mandi sendiri.

Selama sakit : Pasien mengatakan belum BAB sesudah operasi, dan terpasang kateter.

7. Keluhan sesak nafas setelah melakukan aktivitas

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak mengalami sesak nafas.

Selama sakit : Pasien mengatakan tidak mengalami sesak nafas.

a. Mudah merasa keletihan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan jika kebanyakan beraktivitas mudah letih karena sudah tua.

Selama sakit : Pasien mengatakan jika beristirahat terlalu lama juga membuat badan lemas.

b. Pola Istirahat dan Tidur

1. Kebiasaan tidur.

Sebelum sakit : Pasien mengatakan bahwa tidur tepat waktu dari jam 20.00 - 04.00 Pagi

Selama sakit : Pasien mengatakan bahwa dirinya susah tidur selama sakit, selalu terbangun saat menjelang mata sebentar.

2. Kesulitan tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan tidur

Selama sakit : Pasien mengatakan mudah terbangun, mengantuk tetapi tidak bisa tidur kalau malam hari.

c. Pola kognitif - perseptual sensorii

1. Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensorii (penglihatan dan pendengaran)

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dengan penglihatan dan pendengarannya.

Selama sakit : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dengan penglihatan maupun pendengarannya selama sakit.

2. Kemampuan kognitif (kemampuan mengingat, bicara, dan memahami pesan yang diterima.)

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam mengingat dan bicara)

Selama sakit : Pasien mengatakan masih mampu mengingat dan bicara.

3. Kesulitan yang dialami (sering pusing, menurunnya sensitivitas terhadap nyeri dan panas / dingin)

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak merasa pusing tetapi terkadang mendadak nyeri dan perih di sekitar perut

Selama sakit : Pasien mengatakan nyeri dan perih dibagian perutnya.

4. Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan P,C,R,S,T

P : Pasien mengatakan nyeri dan perih saat bergerak banyak,

C : Pasien mengatakan nyeri seperti tertukar-tukar

R : Pasien mengatakan nyeri di bagian pinggang sebelah kiri

S : Pasien mengatakan nyeri dengan skala 5

T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan secara mendadak dan berlangsung agak lama.

6. Pola persepsi dan konsep diri

1. Persepsi diri

Sebelum sakit : Pasien mengatakan selalu sehat.

Selama sakit : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan bisa sehat seperti sebelumnya.

x. Status emosi : Pasien mengatakan bahwa saat ini terkadang emosinya tidak stabil karena rasa nyerinya.

2. Konsep diri

a. Cita diri / body image

o Pasien mengatakan seperti ingin butuh bantuan anaknya

b. Identitas

- Bagaimana status dan posisi pasien sebelum dirawat

o Pasien mengatakan hidup bersama anak perempuannya yang nomor dua, karena suaminya sudah meninggal.

- Bagaimana kepuasan pasien sebagai istri-tali dan perempuan

o Pasien mengatakan sudah puas dalam menjadi ibu rumah tangga dan mendidik anak-anaknya.

c. Peran

- Pasien mengatakan menjadi ibu rumah tangga dan menjadi ibu bagi anak-anaknya dan sudah mendidik anak-anaknya hingga dewasa.

d. Ideal diri

- Pasien mengatakan berharap cepat sembuh dan dapat melakukan keaktifitas seperti dulu.

e. Harga diri

- Pasien mengatakan di pandangan anak-anaknya adalah seorang ibu yang baik.

H. Pola Mekanisme Koping

1. Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)

Sebelum sakit : Pasien mengatakan saat memecahkan masalah, pasien selalu berdiskusi meminta bantuan kepada anak perempuannya.

Selama sakit : Pasien mengatakan saat mengambil keputusan dibantu oleh anak perempuannya.

2. Yang dilakukan jika menghadapi masalah.

Sebelum sakit : Pasien mengatakan saat memecahkan masalah pasien selalu berdiskusi dengan anak-anaknya.

Selama sakit : Pasien mengatakan saat memecahkan masalah pasien berdiskusi dengan kedua anak-anaknya.

3. Bagaimana upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang

Sebelum sakit : Pasien mengatakan menghadapi masalahnya dibantu anak-anaknya.

Selama sakit : Pasien mengatakan menghadapi masalahnya dengan anak-anaknya.

1. Menurut pasien apa yang didapat dilakukan perawat agar pasien merasa nyaman

- Pasien mengatakan memberikan tindakan dengan baik dan selalu mengeret keadaannya serta memberi semangat.

2. Pola Seksual - Reproduksi

1. Sebelum sakit : Pasien mengatakan paham dan mengerti fungsi seksual.

Selama sakit : Pasien mengatakan paham dan mengerti fungsi seksual.

2. Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan oleh berbagai kondisi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada gangguan hubungan seksual

Selama sakit : Pasien mengatakan bahwa pasien tidak ada gangguan hubungan seksual, karena suaminya sudah meninggal lama

3. Adakah permasalahan selama melakukan aktifitas seksual

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada masalah, tetapi sudah tidak pernah berhubungan seksual, karena suaminya

Sudah lama meninggal.

Selama sakit : Pasien mengatakan tidak ada masalah saat melakukan aktifitas seksual.

1. Pengobatan pada perempuan terutama pada klien dengan masalah tumor atau keganasan system reproduksi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak memiliki tumor di system reproduksi.

Selama sakit : Pasien mengatakan tidak memiliki tumor di system reproduksi

5. Riwayat Menstruasi

• Pasien mengatakan sudah tidak menstruasi lagi

6. Riwayat kehamilan

• Pasien mengatakan mempunyai dua anak perempuan.

J. Pola Peran - Berhubungan dengan orang lain.

1. Mengkaji bagaimana hubungan pasien dengan orang lain

Sebelum sakit : Pasien mengatakan berhubungan baik dengan orang lain

Selama sakit : Pasien mengatakan berhubungan baik dengan orang lain

2. Kemampuan Pasien dalam komunikasi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan berkomunikasi dengan jelas kepada orang lain

Selama sakit : Pasien mengatakan berkomunikasi dengan jelas kepada orang lain

3. Siapa orang yang terdekat dan lebih berpengaruh pada pasien

Sebelum sakit : Pasien mengatakan orang terdekatnya sekarang adalah anak-anaknya.

Selama sakit : Pasien mengatakan orang terdekatnya sekarang adalah 2 anak perempuannya.

4. Kepada siapa klien meminta bantuan bila mempunyai masalah.

Sebelum sakit : Pasien mengatakan saat ada masalah meminta bantuan pada anak perempuannya.

Selama sakit : Pasien mengatakan saat ada masalah selalu minta bantuan pada anak-anaknya.

5. Adakah kesulitan dalam keluarga

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak ada kesulitan

Selama sakit : Pasien mengatakan tidak ada kesulitan dalam keluarga.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

1. Bagaimana pasien menjalankan kegiatan agama dan kepercayaan.

o Pasien mengatakan ibadahnya lancar dalam menjalankan sholat swaktu.

2. Masalah yang berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat

o Pasien mengatakan tetap menjalankan sholat maupun belajar-belajar

3. Adakah kepribadian atau kebudayaan yang di anut pasien bertentangan dengan kesehatan

o Pasien mengatakan nilai / kepercayaan atau kebudayaan yang di anut tidak bertentangan dengan kesehatan

4. Adakah pertentangan nilai atau kepercayaan atau kebudayaan terhadap pengobatan yang dijalani

o Pasien mengatakan tidak ada pertentangan nilai terhadap pengobatan saat ini.

3. Pemeriksaan Fisik (HEENT)

a. Kesadaran

: Pasien sadar penuh (Composmetis) GCS: E4 M6 V5

b. Permalan

: Pasien nampak lemas dan pucat.

c. Vital sign

- Suhu

: 36°C

- Tekanan darah

: 160/100 mmHg

- Respirasi

: 20 x/menit

- Jantung

: 100 x/menit

d. Kepala

: Bentuk kepala mesocephal, rambut sudah ada yang berwarna putih, bersih, tidak ada ketombe

e. Mata

: Bentuk simetris kanan dan kiri, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

f. Hidung

: Bentuk simetris tidak ada secret, tidak ada nafas cuping hidung.

g. Telinga

: Bentuk simetris, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu.

h. Mulut dan Tenggorokkan : Tidak ada kesulitan berbicara gigi bersih, rapih dan terdapat karies

Tidak ada pembesaran vena jugularis dan tidak ada bergetas di leher.

i. Dada

o Jantung

- Inspeksi : letus kardis tidak tampak
- Palpasi : letus kardis teraba di ICS ke-5
- Perkusi : Suara Pekak
- Auskultasi : Suara jantung terdengar "lup dup - lup dup"

o Paru

- Inspeksi : Simetris antara paru kanan dan kiri
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : Suara sonor
- Auskultasi : Suara nafas vasikular

J. Abdomen

- Inspeksi : Tampak simetris, tidak tampak pembesaran abdomen, ada post operasi di bagian samping sebelah kiri, terpasang selang drain sebelah kiri VD. Ictera tidak teraba pembekakan terdapat men tekan pada daerah abdomen kuadran bawah sinistra timbani
- Palpasi
- Perkusi
- Auskultasi : Bising usus 16 kali/menit

K. Genitalia

Pasien berjenis perempuan, terpasang kateter, dc: 600 cc

L. Ekstremitas atas dan bawah

1. Inspeksi kakai kulit

Atas : Lengan terpasang infus, kulit bersih, berwan. tidak ada edema.

Bawah : Tidak ada edema, bersih, kering, tidak menggunakan alat bantu

2. Capillary refill

Jika kuku ditekan warna kembali normal kurang dan sedikit

3. Kemampuan berfungsi

Otot tidak ada gangguan, pergerakan kaki tidak ada gangguan.

4. Djala terpasang infus

Terpasang infus, tidak ada infeksi dan pembengkakan pada daerah yang terpasang infus.

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	L 10.4	11.7 - 15.5	g/dL	
Hematokrit	L 30.9	35.0 - 40.0	%	
Leukosit	H 211.27	3.60 - 11.00	ribu/ μ L	Sesuai SADI
Trombosit	385	150 - 440	ribu/ μ L	

c. Hasil Pemeriksaan Instalasi Radiologi

No.	: 010200085 - 0003	Ruang/Poli	: Unit IGD
No. RM	: 01222136	Kelas	: Rawat Jalan
Nama	: M.Y.S	Dr. Pengirim	: Ayu Setar Mahad
Jenis kelamin/umur	: Perempuan/55 th.	Tgl. Pemeriksaan	: 10-02-2021
Alamat	: Jl. Suroboyo besar Raya Rt 06/06 Kaligawe Goyaman SEMARANG	Tgl Hasil	: 10-02-2021
		Jenis pasien	: JKM PBI

1. USG DEEPERATIVE System (USG Abdomen)

Pemeriksaan USG Abdomen

- Hepar : ukuran normal, struktur parenkim homogen, ekogeneritas parenkim meningkat, permukaan reguler, liver tip lancip, tak tampak nodul, v. porta tak melebar, v. hepatica tak melebar
- Duktus biliaris : intra dan ekstrahepatik tak melebar
- Vesika fellea : dinding tak menebal, tak tampak batu, tak tampak massa
- Pankreas : ukuran normal, struktur parenkim homogen, tak tampak massa tak tampak kalsifikasi
- Uter : ukuran normal, struktur parenkim homogen, tak tampak nodul, v. uterinus tak melebar
- Ginjal kanan : bentuk dan ukuran normal, batas kortikomeduler kabur, tampak penipisan korteks, tak tampak batu PCS tak melebar. Ureter proksimal tak melebar
- Ginjal kiri : bentuk dan ukuran normal, batas kortikomeduler kabur, tampak penipisan korteks, tampak multiple lesi hiperechoic dengan acoustic shadow kecil-kecil (ukuran $\pm 2 \times 0,84$ cm), PCS melebar sedang. Ureter proksimal melebar.
- Aorta : tak tampak limfadenopati paraaorta
- Uterus : ukuran tak membesar, endometrial line tak

menebal, tak tampak massa
 Vesika minotia : dinding tak menebal, permukaan rata, tak tampak batu, tak tampak massa

Tak tampak cairan bebas pada Intraabdomen
 Tak tampak cairan bebas supradiafragma kanan kiri

KESAN :

- Multiple nephrolithiasis kiri (ukuran $\pm 2 \times 0,84 \text{ cm}$)
- Moderate hidronefrosis disertai hidroureter proximal kiri
- Gambaran fatty liver grade 1.

d. Diet yang diperoleh :

- Tanpa makan s/d Bising Usung
- Buber puasa

e. Terapi yang diberikan :

- Ceftriaxone 2 x 1gr (IV)
- Ketorolac 3 x 100mg (IV)
- DMZ 2 x 100mg (P.O)
- Ceterizine 1 x 10mg (P.O)
- Paracetamol 3 x 1 (P.O)
- KCL 3 x 1 40mg (P.O)
- Ranitidin 2 x 1 150 mg
- Asam folat 1 x 1 mg (P.O)
- Allopurinol 100 mg 1 x 1 (P.O)
- Injeksi 20TPM (P.O)

B. Analisa Data

Tgl / Jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	P.T.O.
13-02-2021	DS : - Pasien mengatakan nyeri, perih di area pinggang sebelah kiri DO : - Pasien nampak lemas, meringis. P : nyeri saat bergerak Q : Tertusuk - tusuk R : pinggang sebelah kiri	Nyeri Akut	Agen pencedera fisik	Hinf

Tgl / Jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	Htd
	S = 5 H = Hilang timbul TTW : TD : 160/100 mmHg N : 100x/mnt S = 36°C RR = 20x/mnt.			
13-2-21 10.00	DS : - Pasien mengatakan sulit tidur ketika memejamkan mata sebentar selalu terbangun lagi. DO : - Pasien terlihat mengantuk. - Pasien terlihat lemas. TD : 160/100 mmHg N : 100x/mnt S : 36°C RR : 20x/mnt.	Gangguan Pola Tidur	Hambatan lingkungan	Hind
13-2-21 10.00	DS : - Pasien mengatakan baru mengetahui tentang penyakitnya saat dipencatikan di KSI Sultan Agung, karena pasien tidak tidak begitu peka dengan sakitnya. dan pasien juga tidak tau cara merawat luka bekas operasinya. DO : - terlihat menyesal karena baru mengetahui - Melakukan pemeriksaan yang kurang tepat. TD : 160/100 mmHg N : 100x/mnt. S : 36°C	Defisit Pengetahuan	Kurang terpapar informasi	Hind

RR: 20x/menit

C. Diagnosa Keperawatan (SDKI)

1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik d.d DS/DO (D.0077)
2. Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan Lingkungan d.d DS/DO (D.0142)
3. Defisit Pengetahuan b.d Kurang terpapar Informasi d.d DS/DO (D.0111)

D. Intervensi

Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SLKI)	Htd
13-02-2021 10.00	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik d.d DS/DO (D.0077)	Setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam maka diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun - Gelisah menurun - Meriangis menurun	Manajemen Nyeri - Observasi • Monitor ETV • Identifikasi lokasi nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi faktor yang mempengaruhi nyeri • Edukasi • Jelaskan strategi meredakan rasa nyeri • Ajarkan teknik non farmakologi • Distraksi • Relaksasi • Kolaborasi pemberian Analgesik.	Stim
13-02-21 10.00	Gangguan Pola tidur b.d Hambatan Lingkungan d.d DS/DO (D.0142)	Setelah dilakukan perawatan selama 3x8 jam maka diharapkan klien dapat tidur dengan cukup dengan kriteria hasil :	Dukungan Tidur Observasi • Monitor ETV • Identifikasi pola aktifitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur.	

		<ul style="list-style-type: none"> - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur Teraupetik : <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan • Tetapkan jadwal tidur rutin, Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
13-02-2021 10.00	Defisit Pengetahuan b.d Kurang terpapar Informasi d.d. DS/DO (P. 0111) Subkategori : Pembelajaran dan Pembelajaran	Setelah dilakukan perawatan selama 2 x 8 jam, maka diharapkan meningkatnya pengetahuan klien dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik meningkat • Perilaku sesuai dengan pengetahuan suatu penyakit meningkat • Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. 	Edukasi Kesehatan Observasi. <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kesia-siaan dan kemampuan menerima informasi Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup sehat dan bersih.

E. IMPLEMENTASI

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon	ttt
13-02-21 10.30	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik d.d DS/DO (D. 0077) Subkategori : Psiko- logis.	Manajemen Nyeri 1. Memonitor TTV	S : Pasien bertanya berapa suhu, dan te- kanan darahnya. O : TD : 160/100mmHg M : 100x/menit S : 36°C RR : 20x/menit.	
10.35		2. Mengidentifikasi lokasi nyeri.	S : Pasien mengata- kan nyeri di perut Sebelah kiri, nyeri nya seperti terturuk- turus dan secara mendadak bertan- gguhng lama. O : Pasien menunjuk- kan lokasi nyeri- nya.	
10.42		3. Mengidentifikasi skala nyeri	S : klien mengatakan skala nyeri 5 O : Pasien menyebut- kan skala nyeri rentang 1-10	
10.47		4. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi nyeri	S : Pasien mengatakan nyeri muncul apabila pasien terlalu banyak gerak dan pada saat terapi injeksi masuk. O : Pasien menjelaskan faktor yang dapat memperberat nyeri	
10.51		5. Menjelaskan strategi meredakan rasa nyeri	S : Pasien mengatakan paham dengan strategi yang dijelaskan untuk mer- edakan rasa nyeri saat, nyeri muncul O : Pasien tampak kooperatif	

10.58		6. Mengajarkan teknik non farmakologi distraksi relaksasi	S: Pasien mengatakan bersedia untuk diajarkan teknik nonfarmatologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti distraksi dan relaksasi O: Pasien tampak kooperatif.
11.08		7. Mengkolaborasi pemberian Analgetik ketorolac 30ml 3x1/24 jam	S: Pasien mengatakan nyeri saat obat masuk. O: Pasien tampak sedikit meringis.
10-02-21 11.13	11.13	1. Gangguan Pola tidur b.d. Hambatan lingkungan d.d. DS/DO (D.OSS) Sub kategori: Aktivitas, istirahat	1. Monitor TTV S: Pasien mengatakan merasa tekanan darahnya. O: TD: 160/100mmHg S: 36°C N: 100x/menit RR: 20x/menit
11.17	11.17	2. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	S: Pasien mengatakan susah tidur selalu terbangun O: Pasien nampak mengantuk.
11.23	11.23	3. Mengidentifikasi faktor pemicu gangguan tidur	S: Pasien mengatakan nyeri dibagian operasinya sehingga tidak bisa tidur O: Pasien nampak lesu dan mengantuk.
11.30	11.30	4. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur	S: Pasien mengatakan belum pernah makan atau minum sebelum tidur atau malam hari O: Pasien nampak

		bersih dan sehat	0 - Pasien nampak kooperatif.
14-02-21 07.00	Nyeri akut b.d Agen pencedera Hik d.d. DS/DO (D.0077) Subkategori: Psikologis.	Manajemen Nyeri 1. Memonitor TTV	S : Pasien menga- takan tekanan darahnya D : TD : 145 / 89 mmHg. S : 36,9°C RR : 20 x/mnt M : log.
07.30		3. Mengidentifikasi skala nyeri	S : Pasien menga- takan nyeri deng- an skala 4. D : Pasien menye- butkan skala nyeri rentang 1-10
07.22		6. Mengajarkan tek- nik non farmakologi distraksi relaksasi	S : Pasien menga- takan bersedia untuk diajarkan teknik nonfarma- kologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti dis- traksi dan relaksasi
07.30		7. Mengkolaborasi Pemberian Analgesik Ketorolac 30mg 3x1 / injam	0 - Pasien nampak kooperatif. S : Pasien menga- takan nyeri saat obat masuk. D : Pasien tampak sedikit meringis
14-02-21 07.35	Coangguan Pola hidur b.d Hamba- tan lingkungan d.d DS/DO (D.0051) Subkategori: Aktivitas / Istira- hat.	5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti mengatur posisi atau mengucap ulang	S : Pasien menga- takan sedikit berkurang rasa nyerinya. D : Pasien tersenyum

09.10		6. Menetapkan jadwal tidur rutin.	S : Pasien mengatakan bisa luma- yan tidur sebentar tetapi terbangun kembali 0 : Pasien nampak lesu.	
14.02.21 10.00	Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar Informasi d.d DS/DO (D.0111) Subkategori : Penyeluruhan dan Pengetahuan	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima Informasi 2. Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.	S : Pasien mengatakan siap untuk menerima penyeluhan 0 : Pasien nampak sudah siap. menerima Informasi. S : Pasien mengatakan masih ingat mengenai yang dijelaskan kemarin tentang pemelintnya 0 : Pasien nampak kooperatif.	Juli
15.03.21 11.15	Nyeri akut b.d. Agen pencedera Fisik d.d DS/DO (D.0077) Subkategori : Psikologis.	Manajemen Nyeri 1. Memonitor ttv. 2. Mengidentifikasi skala nyeri	S : Pasien mengatakan beberapa tekanan darahnya 0 : TD : 170/80mmHg S : 36.2°C N : 100x/mnt RR : 20x/mnt. S : Pasien mengatakan nyeri di perut dengan skala 3 0 : Pasien menyebutkan skala nyeri rentang 1-10 - Berlangsung agak lama.	Juli

14.30		6. Mengajarkan teknik nonfarmakologis dist-taksi relaksasi	S : Pasien mengatakan bersedia untuk diajarkan kembali teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti distraksi relaksasi. O : Pasien nampak kooperatif.
16.00		7. Mengkolaborasi pemberian Analgetik. Ketorolac 30ml 3x1/24jam	S : Pasien mengatakan nyeri saat sedang diinjeksi dan obat masuk. O : Pasien nampak meningesis.
15.2-21 16.15	Gejala gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan dan d.d DS/DO (D.0055) Subkategori : Aktivitas /istirahat	5. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan seperti mengatur suhu ruangan, menutup tirai, dan daerah ahalmennya	S : Pasien mengatakan kadang nyerinya muncul tiba-tiba O : Pasien nampak sedikit lesu dan lemas.
16.30		6. Menetapkan jadwal rutin tidur.	S : Pasien mengatakan lumayan bisa tidur walaupun masih takut terbangun dan paginya mengantuk. O : Pasien nampak lesu dan mengantuk
15.2-21 16.45	Defisit pengetahuan b.d Kurang terpapar Informasi d.d DS/DO (D.0111) Subkategori : Penveluruhan dan pengetahuan	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima Informasi	S : Pasien mengatakan senang atas Informasi yang telah diberikan O : pasien terlihat tersenyum dan ramah.

17-00		<p>P. Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p>	<p>S. Pasien mengatakan paham tentang faktor resiko pada penyakitnya. dan akan lebih berhati-hati dan Peka dengan keadaan kesehatan.</p> <p>O. : Pasien nam: Pak kooperatif.</p>
-------	--	-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

F. EVALUASI

Tgl/jam	Diagnosa keperawatan	Catatan Perkembangan	Htd.
13-2-21 10.30- 11.08	<p>Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik d.d DS/DO (D.0077)</p> <p>Subkategori: Patologis</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada paku operatifnya.</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak banyak.</p> <p>A : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk.</p> <p>R : Pasien mengatakan nyeri di bagian pinggang sebelah kiri setelah dilakukan postoperatif.</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan secara mendadak dan berlangsung agak lama</p> <p>O : - Pasien tampak meringis.</p> <p>- TD : 160/100 mmHg.</p> <p>M : 100 x/menit</p> <p>S : 36°C</p> <p>RR : 20 x/menit.</p>	<p>Htd.</p>

		<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 1,3,6,7</p>	
13-02-21	<p>Gangguan pola tidur b.d Ham-batan lingkungan d.d DS/DO (D.0055)</p> <p>Subkategori : Aktifitas / Istirahat</p>	<p>S : Pasien mengatakan susah tidur selalu suka terbangun, merasakan nyeri di bagian operasinya.</p> <p>O : - Pasien nampak mengantuk. - Pasien nampak lelu. - Pasien nampak sedih.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 5,6.</p>	Handwritten signature
13-2-21	<p>Defisit Pengetahuan b.d Kurang terpapar informasi d.d DS/DO (D.0111)</p> <p>Subkategori : Penyerukan dari pengetahuan</p>	<p>S : Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya dan pap untuk menerima informasi kapan saja.</p> <p>O : - Pasien nampak sedikit paham</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi 1 dan 2.</p>	Handwritten signature
Hari ke-2			
14-2-21	<p>Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik d.d DS/DO (D.0077)</p> <p>Subkategori : Psikologis</p>	<p>S : Pasien mengatakan masih nyeri dan berlangsung agak lama dengan skala nyeri 4.</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri dan perih saat bergerak banyak.</p> <p>O : - Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri di bagian perut sebelah kiri.</p> <p>S : Skala nyeri 4.</p> <p>T : Pasien mengatakan nyeri dirasakan secara mendadak dan berlangsung agak lama.</p> <p>O : - Pasien tampak meringis.</p> <p>TO : 145 / 89 mmHg.</p> <p>S : 36,5°C</p> <p>HR : 20x / menit</p> <p>M : 10g.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p>	

		P : Lanjut Intervensi 1,3,6,7	Titik
14-2-21 07.35 - 07.40	Gangguan Pola tidur b.d Hambatan lingkungan d.d DS/DO (D.085) Subkategori : Aktivitas / Istirahat	S : Pasien mengatakan sedikit berkurang rasa nyerinya tetapi masih puka terbangun saat tidur. O : Pasien nampak lesu A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 5,6	Jan
14-2-21 10.00 - 10.30	Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar Informasi d.d DS/DO (D.011) Subkategori : Penyeluruhan dan Pengetahuan	S : Pasien mengatakan siap untuk menerima penyuluhan mengenai penyakit dan cara merawat luka operasinya O : Pasien nampak sudah sedikit paham A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1,2	Feb

Hari Ketiga

Tgl / Jam	Diagnosa keperawatan	Catatan Perkembangan	ttid
15-2-21 14.15 - 14.00	Nyeri akut b.d Agen Pencedera fisik d.d DS/DO (D.0077) Subkategori : Psikologis	S : Pasien mengatakan terkadang masih terasa nyeri P : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak banyak O : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk. U : Pasien mengatakan nyeri di pinggang sebelah kiri S : Skala nyeri 3 T : Pasien mengatakan nyerinya diredakan secara mendadak dan berangsur-angsur lama. O : Pasien nampak meringis sedikit A : Masalah teratasi sebagian	

		P : Lanjutkan intervensi	
15-2-21 16.15- 16.30	Gangguan pola tidur b.d. Hambatan lingkungan d-d DS/DO (D.OOST) Subkategori : Aktipitas / Istirahat	S : Pasien mengatakan sudah bisa tidur walaupun bisa nyentak karena nyeri yang timbul secara tiba-tiba dan pagi harinya selalu mengantuk. D : Pasien nampak kooperatif dan mengantuk. A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi s.l.	<i>Handwritten signature</i>
15-2-21 16.45- 17.00	Defisit nutrisi b.d kurang terpapar informasi d-d DS/DO (P.OIII) Subkategori : Perkembangan dan Pengetahuan	S : Pasien mengatakan senang atas informasi yang sudah diberikan mengenai cara merawat luka setelah operasi dan penyakitnya. D : Pasien nampak kooperatif, tersenyum, ramah A : Masalah sudah teratasi P : Perawatan intervensi	<i>Handwritten signature</i>