

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. T DENGAN
NEFROLITIASIS POST OP NEFROLITOTOMI DIRUANG
BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

NATASHA ANGELA PUTRI

NIM : 40902000065

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. T DENGAN
NEFROLITIASIS POST OP NEFROLITOTOMI DI RUANG
BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh

NATASHA ANGELA PUTRI

NIM : 40902000065

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2023**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 19 Mei 2023



Natasha Angela Putri

40902000065

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. T
DENGAN NEFROLITIASIS POST OP NEFROLITOTOMI
DI RUANG BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Di persiapkan dan di susun oleh :

NATASHA ANGELA PUTRI

40902000065

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi
Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang Pada :

Hari : Senin

Tanggal : 22 Mei 2023

Pembimbing



Ns. Mohammad Arifin Noor M.Kep, Sp. Kep MB
NIDN. 0627088403

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DII Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada Hari Senin Tanggal 22 Mei 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 22 Mei 2023

Penguji I

Ns. Indah Sri W., M.Kep
NIDN.06-1509-8802



Penguji II

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



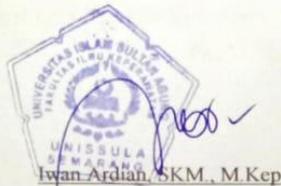
Penguji III

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



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep
NIDN. 062.208.7403

MOTTO

”Jangan bandingkan prosesmu dengan orang lain, karena tak semua bunga tumbuh dan mekar bersamaan”.

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan”

(QS. Al-Insyirah:5)



KATA PENGANTAR

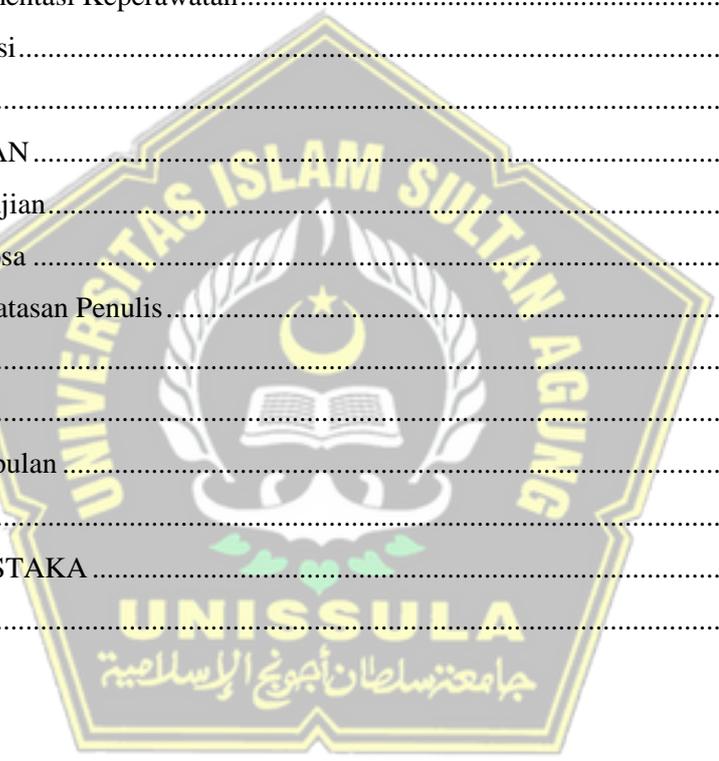
Puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya. Saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.T Dengan Nefrolitiasis Post Op Nefrolitotomi di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan jenjang pendidikan Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, dan untuk mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan. Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, dan arahan dari semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM., M.Kep, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep, selaku kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. M Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku dosen pembimbing yang selalu membimbing penulis, serta memberi motivasi dan ilmu yang bermanfaat kepada penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah.
5. Bapak dan Ibu dosen serta staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selalu membantu penulis dalam aktivitas akademik.
6. Bapak dan Ibu CI pembimbing di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah membimbing penulis dalam pengambilan kasus Karya Tulis Ilmiah.
7. Kepada kedua orang tua saya Bapak Teguh Wiyono dan Ibu Endang Sukei tersayang yang selalu memberi semangat, kasih sayang, mendoakan tiada hentinya, dan telah mendukung dengan material maupun non material.
8. Kepada sahabat saya Lia Septianingrum, Karisa Safitri, Anisa Nur Afifah dan teman DIII Keperawatan 2020 yang telah memberikan semangat sehingga dapat berjuang sampai di titik ini.
9. Seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Studi Kasus	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat penelitian	4
BAB II.....	6
KONSEP DASAR	6
A. Konsep Dasar	6
1. Pengertian	6
2. Etiologi.....	6
3. Patofisiologi	7
4. Manifestasi Klinis	9
5. Pemeriksaan Penunjang	9
6. Komplikasi	10
7. Penatalaksanaan	11
8. Pathways	13
B. Konsep Dasar Keperawatan	15
1. Pengkajian Keperawatan.....	15
2. Diagnosa keperawatan	18
3. Intervensi/ Rencana Tindakan.....	21

BAB III	26
LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	26
A. Pengkajian Keperawatan.....	26
B. Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional Gordon (Data Fokus)	27
C. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe).....	30
D. Pemeriksaan Penunjang	31
E. Analisis Data.....	33
F. Intervensi Keperawatan.....	34
G. Implementasi Keperawatan.....	35
H. Evaluasi.....	40
BAB IV	43
PEMBAHASAN	43
A. Pengkajian.....	43
B. Diagnosa	45
C. Keterbatasan Penulis.....	52
BAB V	53
PENUTUP	53
A. Kesimpulan	53
B. Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	55
LAMPIRAN.....	59



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Nefrolitiasis adalah salah satu macam penyakit yang berada di bagian saluran kemih, penyakit batu ini dapat teratasi dengan baik apabila dapat dideteksi sedini mungkin, maka dari itu diperlukan pengetahuan yang baik mengenai faktor-faktor penyebab seseorang terkena penyakit munculnya sejenis batu di ginjal, karena apabila faktor penyebab dapat diidentifikasi dengan baik maka tindakan pencegahan akan lebih mudah dilakukan (Widiastiwi & Ernawati, 2021). Nefrolitiasis terjadi akibat terdapat bagian batu Kristal yang menutup dan menghambat kerja ginjal pada pelvis ginjal karena masalah keseimbangan pada kelarutan dan pengendapan garam disaluran urin. (Fikriani & Wardhana, 2018)

Nefrolitiasis atau biasa juga disebut batu ginjal yaitu salah satu penyakit yang menyebabkan data penyakit bagian urologi yang sering ditemui di banyak negara. Menurut WHO di seluruh dunia rata-rata terdapat 1-2% penduduk yang mengalami batu ginjal. Dari jumlah 100 penderita, Penyakit ini merupakan penyakit terbanyak pada bidang urologi. Di Amerika serikat sendiri penyakit terbanyak pada sistem perkemihan yaitu penyakit batu ginjal dengan presentase 30% dari jumlah 100.000 jumlah penderita batu ginjal. (Ambarawati, 2021)

Di Indonesia sendiri, penyakit ginjal yang paling sering ditemui adalah gagal ginjal dan nefrolitiasis. Prevalensi tertinggi penyakit nefrolitiasis yaitu di daerah di Yogyakarta (1,2%), diikuti Aceh (0,9%), Jawa Barat, Jawa Tengah, Sulawesi Tengah masing-masing (0,8%), Sulawesi Utara ditemukan sebesar 0,5%. Prevalensi penyakit nefrolitiasis menambah seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur 55-64 tahun 1,3%, menurun sedikit pada kelompok umur 65-74 tahun 1,2% dan umur ≥ 75 tahun 1,1%.

Prevalensi lebih tinggi pada laki- laki 0,8% dibanding perempuan 0,4%. Prevalensi tertinggi pada masyarakat tidak bersekolah dan tidak lulus SD 0,8% serta masyarakat wiraswasta 0,8%. Prevalensi di pedesaan sama tinggi dengan perkotaan 0,6%. (Jejen & Susanti, 2020)

Penatalaksanaan nefrolitiasis dibedakan menjadi terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. Terapi farmakologi yang berhubungan dengan obat-obatan atau operasi untuk menyembuhkan dan mengangkat penyakit dengan adanya efek samping dari obat tersebut. Untuk terapi farmakologi seperti ESWL (Extracorporeal Shockwava Lithotripsy), PCNL (Percutanes Nephro Litholapaxy), bedah terbuka, terapi konservatifa dan terapi ekspulsif medikamentosa (TEM). Sedangkan terapi non farmakologi yang tidak menggunakan obatobatan, tetapi bisa menggunakan dengan herbal atau jamuan. Terapi non farmakologi seperti, olahraga teratur, minum air putih yang banyak, hindari beberapa makanan yang mengandung alcohol, makanan cepat saji, tidak menahan bila ingin kemih, dan menjaga dengan baik kebersihan organ intim. (Anarkie & Dimas, 2020)

Upaya pencegahan merupakan strategi yang dilakukan secara individu dalam menghalangi sesuatu hal yang buruk dapat terjadi. Upaya pencegahan pada penyakit batu ginjal dapat dilakukan dengan meningkatkan asupan cairan untuk mengurangi resiko pembentukan batu di saluran cerna yaitu dengan hindari mengkonsumsi tomat kaya akan sodium dan anggur juga cranberry kaya akan oksalat, meningkatkan jumlah konsumsi makanan yang mengandung asam sitrat seperti lemon, jeruk dan melon juga meningkatkan asupan kalium tubuh dengan mengonsumsi produk susu, ikan sarden, dan kacang almond, mengurangi konsumsi makanan yang mengandung senyawa oksalat seperti bayam dan kentang serta mengonsumsi minyak ikan sebanyak 1.200 mg/hari. (Fikriani & Wardhana, 2018)

Banyaknya kasus nefrolitiasis, peran perawat sangat dibutuhkan dalam membantu memberikan perawatan pada pasien post operasi nefrolitiasis. Peran perawat untuk memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien nefrolitiasis yaitu sebagai perawat pelaksana dan pendidik. Perawat sebagai pelaksana yaitu perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan secara profesional seperti memberikan semangat kepada pasien pasca operasi agar pasien merasa nyaman dan tidak mengeluh nyeri.

Peran perawat dalam menggunakan ilmunya dapat meringankan masalah nyeri setelah operasi secara mandiri atau kolaboratif dengan menggunakan dua pendekatan yaitu pendekatan farmakologi dan nonfarmakologi. Teknik non farmakologi diantaranya yaitu teknik distraksi, relaksasi, massage, hidoterapi, terapi panas dingin, dan aromaterapi sedangkan teknik farmakologi yaitu pemberian obat-obatan kepada pasien. Peran perawat sebagai pendidik yaitu memberikan penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarganya tentang pengertian, faktor penyebab, gejala, sebab-akibat dan pencegahan batu ginjal. (Ariana, 2022)

Berdasarkan data dan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan Judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. T dengan Nefrolitiasis Post Op Nefrolitotomi di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang”.

B. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan kepada Tn.T dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Tn.T dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- b. Mampu menegakkan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.T dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- c. Mampu menyusun intervensi keperawatan pada Tn.T dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada Tn.T dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Tn.T dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.

C. Manfaat penelitian

Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak terkait, antara lain :

1. Institusi pendidikan

Dapat digunakan sebagai bahan bacaan ilmiah, pedoman studi bagi mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami penyakit nefrolitiasis, serta sebagai kerangka perbandingan atau penyempurnaan dari ilmu keperawatan yang telah ada sebelumnya.

2. Profesi Keperawatan

Untuk memberikan pemahaman serta pengetahuan mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi nefrolitiasis meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3. Lahan praktik

Dapat menjadi pedoman bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post operasi nefrolitiasis sehingga lebih mudah dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

4. Masyarakat

Sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan pengetahuan pada masyarakat agar mengetahui perkembangan, dampak, pencegahan, dan penanganan pada pasien post operasi nefrolitiasis.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Nefrolitiasis (batu ginjal) adalah salah satu penyakit ginjal akibat terbentuknya material keras yang menyerupai batu dan terdiri dari kristal dan matriks organik. (Eka Fildayanti, 2019). Nefrolithiasis yaitu gangguan pada kaliks atau pelvis ginjal yang dapat menyebabkan rusaknya fungsi ginjal akibat penyumbatan pada saluran urin, jika penyumbatan terjadi dalam waktu yang lama maka urin akan mengalir kembali kedalam ginjal dan menyebabkan ginjal mengalami peningkatan tekanan karena jumlah pengendapan urin yang meningkat. (Fikriani & Wardhana, 2018)

Nefrolitiasis adalah bentuk kecil yang keras yang ditemukan di dalam ginjal atau batu ginjal adalah proses pembentukan gagal ginjal kronis dan akut, batu yang ditemukan dalam sistem urinaria ini dapat menghalangi jalannya air seni. (Nurdiana, 2019)

2. Etiologi

Penyebab terjadinya nefrolitiasis terbagi menjadi dua, yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Adapun yang termasuk ke dalam faktor intrinsik, yaitu usia, jenis kelamin, dan herediter. Sementara faktor ekstrinsik, yaitu geografi (terutama suhu dan cuaca), pekerjaan, jumlah asupan air, diet, dan kondisi medis penyerta. (Mayasari & Wijaya, 2020)

Berikut merupakan penyebab yang berpengaruh dengan pembentukan batu ginjal antara lain : (Mayasari & Wijaya, 2020)

- a. faktor nutrisi dan gaya hidup, yaitu meliputi tingginya konsumsi protein dan garam serta rendahnya konsumsi sitrat, serat dan makanan alkali.

- b. Gangguan metabolik: hiperkalsiuria, hiper fosfaturia, hiperoksaluria, hiperurikosuria, hipositraturia, dan riwayat gout.
- c. Gangguan hiperkalsemia: hiperpara- tiroidisme primer dan gangguan metabolisme kalsium.
- d. Volume urin yang sedikit akibat konsumsi air tidak adekuat menyebabkan dehidrasi dan supersaturasi urin.
- e. Infeksi saluran kemih berulang: abnormalitas pH urin dan alkalinisasi urin oleh bakteri urease.
- f. Genetik.
- g. Kelainan anatomi: stenosis pada ureteropelvic junction, penyakit ginjal polikistik dan ginjal tapal kuda.
- h. Hipertensi
- i. Obesitas.
- j. Perubahan iklim, pekerjaan, keadaan geografis dan variasi musim (lebih banyak pada musim dengan paparan cahaya matahari tinggi).

3. Patofisiologi

Secara teoritis batu dapat terbentuk di seluruh saluran kemih terutama pada tempat-tempat yang sering mengalami hambatan aliran urine (stasis urine), yaitu pada sistem kalises ginjal atau buli-buli. Adanya kelainan bawaan pada pelvikalises (stenosis uretero-pelvis), divertikel, obstruksi infravesika kronis seperti pada hiperplasia prostat benigna, striktura, dan buli-buli neurogenic merupakan keadaan-keadaan yang memudahkan terjadinya pembentukan batu. Batu terdiri atas kristal-kristal yang tersusun oleh bahan-bahan organik maupun anorganik yang terlarut di dalam urine. Kristal-kristal tersebut tetap berada dalam keadaan metastable (tetap terlarut) dalam urine jika tidak ada keadaan-keadaan tertentu yang menyebabkan terjadinya presipitasi kristal.

Kristal-kristal yang saling mengadakan presipitasi membentuk inti batu (nukleasi) yang kemudian akan mengadakan agregasi, dan menarik bahan-bahan lain sehingga menjadi kristal yang lebih besar. Meskipun ukurannya cukup besar, agregat kristal masih rapuh dan belum cukup mampu membuntu saluran kemih. Untuk itu agregat kristal menempel pada epitel saluran kemih (membentuk retensi kristal), dan dari sini bahan-bahan lain diendapkan pada agregat itu sehingga membentuk batu yang cukup besar untuk menyumbat saluran kemih. (Permatasari, 2021)

Tiga faktor yang dapat menyebabkan terbentuknya batu yaitu supersaturasi, nucleus, dan kurangnya zat inhibitorik dalam urine. Ketika konsentrasi garam tidak larut dalam urine sangat tinggi, yaitu saat urine dalam keadaan supersaturasi, Kristal dapat terbentuk. Kristal pecah dan dibuang karena ikatan yang mengikatnya lemah. Namun, nucleus Kristal yang terbentuk disekitar matriks organik menjadi batu. Konsumsi makanan tinggi garam yang tidak larut atau penurunan asupan cairan yang terjadi selama tidur memungkinkan konsentrasi meningkat hingga ke titik pemicu dan batu terbentuk kemudian berkembang. Keasaman atau kebasaaan urine dan ada atau tidaknya senyawa penghambat batu juga mempengaruhi litiasis. Sebagian besar (70-80%) batu ginjal adalah batu kalsium, terdiri atas kalsium oksalat atau kalsium fosfat.

Batu ini umumnya dikaitkan dengan konsentrasi kalsium yang tinggi dalam darah atau urine. Batu asam urat terbentuk saat konsentrasi asam urat dalam urine tinggi. Lebih sering terjadi pada pria dan sering dikaitkan dengan gout. Faktor genetic menyebabkan pembentukan batu asam urat dan batu kalsium. Batu struvit (magnesium-amonium fosfat) dikaitkan dengan ISK yang disebabkan oleh bakteri penghasil urea seperti Proteus. Batu ini dapat tumbuh menjadi sangat besar, mmengisi pelvis ginjal dan kaliks (Priscilla LeMone, RN, DSN et al., 2016)

4. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala dari penyakit Nefrolitiasis yaitu diantaranya sebagai berikut : (Mayasari & Wijaya, 2020)

- a. Asimtomatis, gejala yang dirasakan individu saat pembentukan batu ginjal
- b. Kolik renal
- c. Nyeri pinggang (flank area), lokasinya tergantung dimana terbentuknya batu tersebut
- d. Hematuria
- e. Gejala obstruktif,
- f. Infeksi saluran kemih,
- g. Hambatan aliran urin
- h. Hidronefrosis (dilatasi ginjal).
- i. Mual dan muntah.

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan ada dua yaitu pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi. (Alini, 2022)

- a. Pemeriksaan laboratorium meliputi
 - 1) Urinalisis
 - 2) Darah rutin
 - 3) Faal ginjal
 - 4) Kadar asam urat, kadar hormon PTH dan kadar vitamin D bila di curigai hiperparatiroid primer.
- b. Pemeriksaan radiologi
 - 1) Ultrasonografi ginjal, menggunakan gelombang suara pantulan untuk mendeteksi batu dan mengevaluasi ginjal mengenai kemungkinan terjadinya hidronefrosis.
 - 2) Foto polos abdomen (kidney-ureter-bladder/KUB radiography), dapat menunjukkan batu seperti keburaman di ginjal, ureter, dan kandung kemih.

- 3) BNO-IVP, untuk melihat sistem urinaria dimulai dari ginjal, ureter, vesica urinaria, menggunakan media kontras positif yang dimasukkan lewat pembuluh darah vena.
- 4) Computed tomography/ CT Scan, dengan atau tanpa medium kontras, menunjukkan batu, obstruksi ureter, dan gangguan ginjal lain.
- 5) Sitoskopi, digunakan untuk memvisualisasikan dan kemungkinan mengangkat batu dari kandung kemih dan ureter distal. (Priscilla LeMone, RN, DSN et al., 2016)

6. Komplikasi

Jika penyakit Nefrolitiasis dibiarkan begitu saja tanpa melakukan pengobatan maka menyebabkan komplikasi. Komplikasi yang dapat terjadi terutama yang berhubungan langsung dengan fungsi ginjal, berikut komplikasi yang sering diderita pada pasien batu ginjal yang tidak melakukan pengobatan tidak tepat dan tidak tuntas: (Eka Fildayanti, 2019)

- a. Obstruksi, karena aliran urin terhambat oleh batu.
- b. Infeksi saluran kemih Infeksi dapat terjadi karena batu menimbulkan inflamasi saluran kemih dan terhambatnya aliran urin.
- c. Gagal ginjal akut Gagal ginjal akut dapat terjadi karena urin yang tidak dapat mengalir, akan kembali lagi ke ginjal, menekan bagian dalam ginjal dan mempengaruhi aliran darah keginjal, sehingga dapat menimbulkan kerusakan pada organ tersebut.
- d. Gejala gastrointestinal, meliputi mual muntah, diare, dan perasaan mual diperut berhubungan dengan refluks renointestinal dan penyebaran saraf (ganglion celiac) antar ureter dan intestin. (Nursalam & M. Nurs, 2006)

7. Penatalaksanaan

Tujuan dari penatalaksanaan adalah untuk menghilangkan batu, menentukan

jenis batu, mencegah kerusakan nefron, mengendalikan infeksi, dan mengurangi obstruksi yang terjadi. Penatalaksanaan penyakit batu ginjal di bagi menjadi dua terapi yaitu terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. (Anarkie & Dimas, 2020)

a. Terapi Farmakologi

1) ESWL (*Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy*) adalah tindakan operasi memecahkan batu ginjal dari luar tubuh tanpa adanya sayatan dengan menggunakan gelombang kejut. Rata-rata penanganan adalah antara 1000-3000 gelombang kejut. Batu akan dipecah menjadi bagian-bagian yang kecil sehingga mudah dikeluarkan di saluran kemih..

2) PCNL (*Percutaneous Nephro Litholapaxy*) adalah salah satu tindakan endourologi untuk mengeluarkan batu yang berada di saluran ginjal dengan cara memasukkan alat endoskopi ke dalam kalises melalui insisi pada kulit. Batu akan dipecah menjadi lebih kecil.

3) Bedah terbuka atau tindakan bedah Tindakan bedah dilakukan jika tidak tersedia alat litotripsor atau alat gelombang kejut. Pengangkatan batu ginjal secara bedah merupakan mode utama. Jenis pembedahan yang dilakukan antara lain :

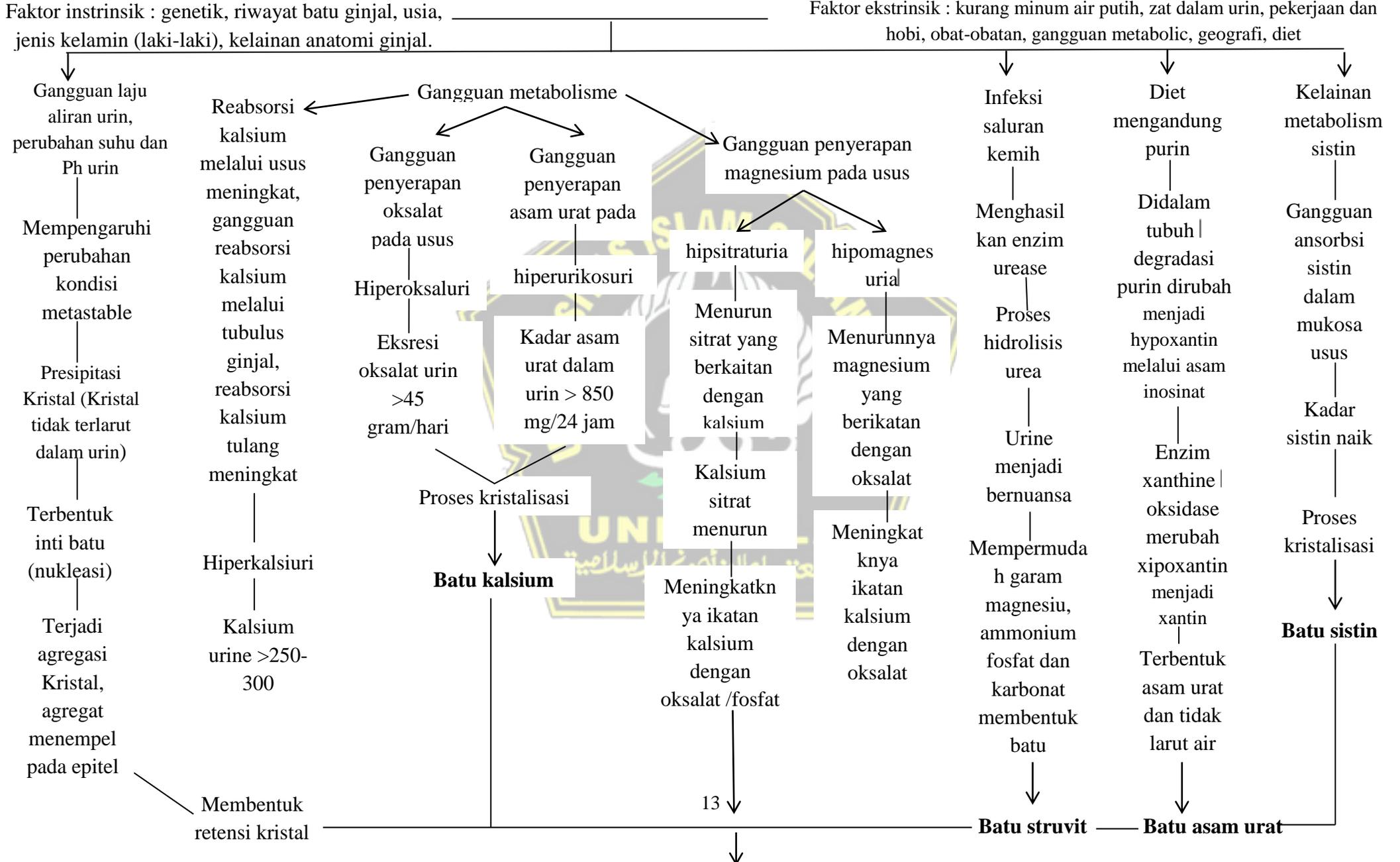
- a) Pielolitotomi adalah jika batu berada di pelvis renalis.
- b) Nefrolitotomi adalah bila batu terletak di dalam ginjal atau nefrektomi.
- c) Ureterolitotomi adalah bila batu berada di dalam ureter.
- d) Sistolitotomi adalah jika batu berada di kandung kemih.

4) Terapi konservatif dan terapi ekspulsif medikamentosa (TEM) Terapi dengan menggunakan medikamentosa ini ditujukan pada kasus dengan batu yang ukurannya masih kurang dari 5mm, dapat juga diberikan pada pasien yang belum memiliki indikasi pengeluaran batu secara aktif. Terapi konservatif terdiri dari peningkatan asupan minum dan pemberian diuretic, blocker, seperti tamsulosin, manajemen rasa nyeri pasien, khususnya pada kolik, dapat dilakukan dengan pemberian simpatolitik, atau antiprostaglandin, analgesic, pemantauan berkala setiap 1-14 hari sekali selama 6 minggu untuk menilai posisi batu dan derajat hidronefrosis.

b. Terapi Non Farmakologi

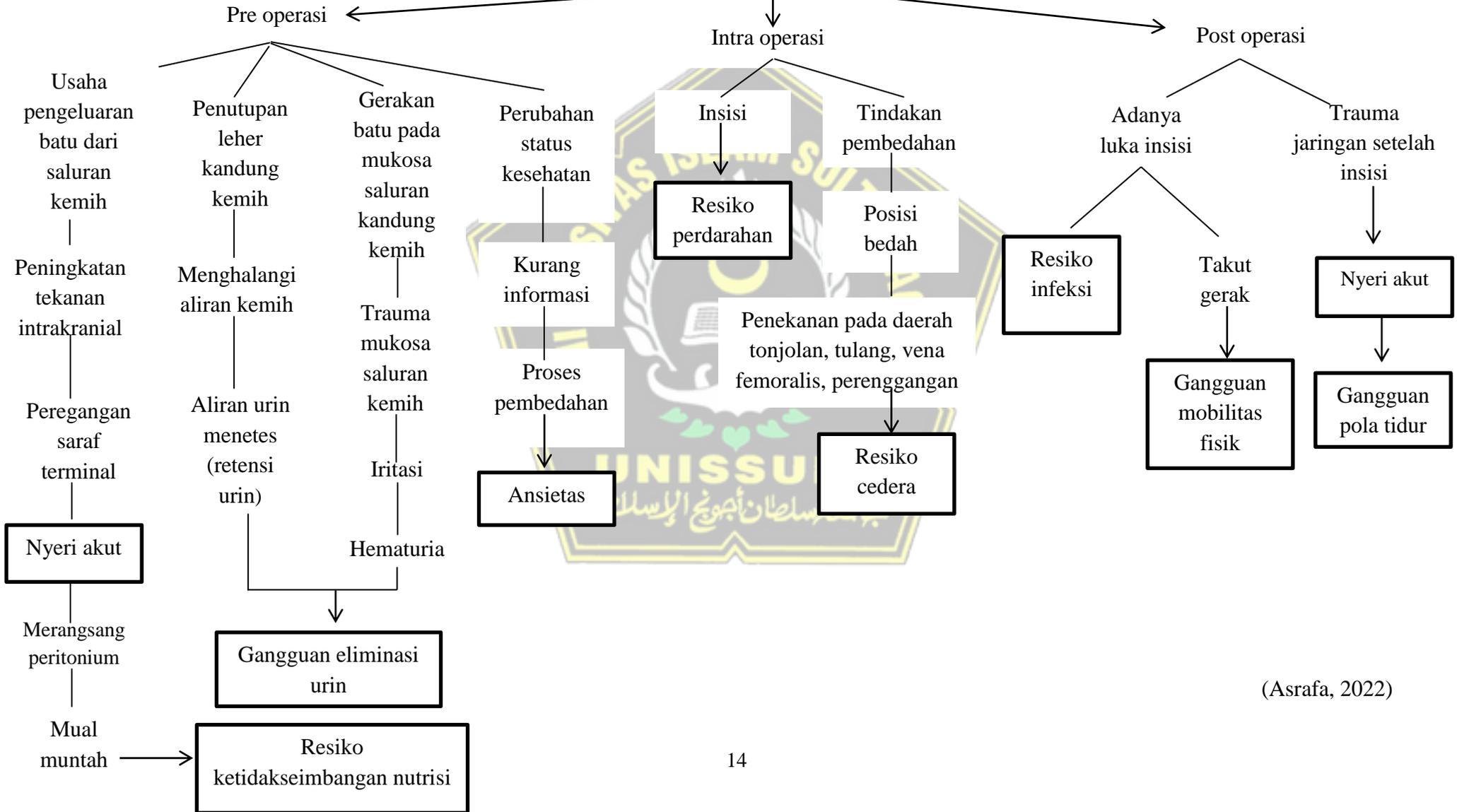
- 1) Minum air banyak Banyak minum air putih dapat membantu kerja ginjal lebih lancar untuk memecah kelebihan mineral yang jadi penyebab terbentuknya batu ginjal.
- 2) Olahraga secara teratur Aktivitas olahraga sangat diperlukan oleh pasien yang mempunyai penyakit batu ginjal. Cukup dengan melakukan olahraga yang ringan sampai sedang, keringat yang keluar pada saat berolahraga juga membawa garam dan mempertahankan kalsium tetap di tulang, sehingga tidak masuk ke ginjal dan urin dimana batu ginjal terbentuk.
- 3) Menghindari beberapa makanan yang mengandung alcohol dan makanan cepat saji seperti garam, kopi, soda, alcohol, daging sapi, telur, keju, kacang-kacangan, minuman manis, makanan ringan, makanan kaleng, gorengan, dan kentang.
- 4) Tidak menahan bila ingin kemih (Anarkie & Dimas, 2020)

8. Pathways



Batu saluran kemih (batu ginjal, batu ureter, batu buli-buli, dan batu uretra)

Obstruksi saluran kemih



(Asrafa, 2022)

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah pengumpulan dan analisis informasi secara sistematis dan berkelanjutan mengenai klien. Pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data dan menempatkan data ke dalam format yang terorganisir, dapat dilakukan melalui observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Menurut (Doenges et al., 2000) dasar data pengkajian pada klien dengan nefrolitiasis yaitu :

a. Aktivitas / Istirahat

Gejala : Pekerjaan monoton, pekerjaan dimana pasien terpajan pada lingkungan bersuhu tinggi. Keterbatasan aktivitas/imobilisasi sehubungan dengan kondisi sebelumnya (contoh penyakit tak sembuh, cedera medulla spinalis).

b. Sirkulasi

Tanda : Peningkatan tekanan darah atau nadi (nyeri, ansietas, gagal ginjal), kulit hangat, kemerahan, dan pucat.

c. Eliminasi

Gejala : Riwayat adanya infeksi saluran kemih kronis, obstruksi sebelumnya (kalkulus). Penurunan haluaran urine, kandung kemih penuh, rasa terbakar, dorongan berkemih, diare.

Tanda : Oliguria, hematuria, piuria, perubahan pola berkemih.

d. Makanan / Cairan

Gejala : Mual/muntah, nyeri tekan abdomen, diet tinggi purin, kalsium oksalat, dan fosfat, ketidakcukupan pemasukan cairan (tidak minum air dengan cukup).

Tanda : Distensi abdominal, penurunan atau tidak adanya bising usus, muntah.

e. Nyeri / Kenyamanan

Gejala : Episode akut nyeri berat, nyeri kolik, lokasi tergantung pada lokasi batu contohnya pada panggul di regio sudut kostovertebral, dapat menyebar ke punggung, abdomen dan turun ke lipat paha atau genitalia, nyeri dangkal konstan menunjukkan kalkulus ada dipelvis atau kalkulus ginjal. Nyeri dapat digambarkan sebagai akut, hebat tidak hilang dengan posisi atau tindakan lain.

Tanda : Melindungi, perilaku distraksi, nyeri tekan pada area ginjal pada palpasi.

f. Keamanan

Gejala : Penggunaan alkohol, demam, menggigil

g. Penyuluhan / Pembelajaran

Gejala : Riwayat kalkulus dalam keluarga, penyakit ginjal, hipertensi, gout, infeksi saluran kemih kronis. Riwayat penyakit usus halus, bedah abdomen sebelumnya, hiperparatiroidisme. Penggunaan antibiotik, antihipertensi, natrium bikarbonat, alupurinol, fosfat, tiazid, pemasukkan berlebihan kalsium atau vitamin.

Pertimbangan rencana pemulangan : DRG menunjukkan rerata lama dirawat 2 sampai 3 hari.

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik akan dilakukan secara sistematis, mulai dengan head to toe yang dilakukan dengan empat cara (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi) (Hapipah et al., 2022).

1) Keadaan Umum

Keadaan umum pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan dapat dilakukan dengan melihat secara spontan keadaan fisik tiap bagian tubuh pasien. Menilai tingkat kesadaran, hal ini penting dilakukan karena kondisi penurunan

kesadaran dapat terjadi pada pasien dengan gangguan ginjal yang bersifat sistemik seperti kondisi uremia dan pasien yang mengalami gangguan keseimbangan asam basa.

Pemeriksaan tanda-tanda vital sering didapatkan adanya perubahan nadi dan suhu tubuh yang sering meningkat karena pasien mengalami infeksi dan inflamasi pada saluran perkemihan.

2) Pemeriksaan Pada Ginjal

a) Inspeksi

Adanya pembesaran pada daerah pinggang atau abdomen sebelah atas harus diperhatikan pada saat melakukan inspeksi pada daerah ini. Pembesaran tersebut mungkin disebabkan oleh hidronefrosis.

b) Palpasi

Dilakukan untuk memeriksa adanya massa pada ginjal, secara patologis ginjal yang membesar biasanya menonjol kedepan, sedangkan kondisi pengumpulan cairan cenderung menonjol ke belakang.

c) Perkusi

Pemeriksaan ini dilakukan dengan memberikan ketukan pada sudut kostovertebra. Perkusi pada pasien pielonefritis, batu ginjal, dan batu ureter akan memberikan stimulus nyeri.

d) Auskultasi

Tanda yang penting adalah adanya bruit ginjal. Bruit ginjal paling jelas terdengar tepat diatas umbilicus

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan penelitian yang didapatkan dari SDKI (2018) dengan masalah nefrolitiasis adalah :

a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebabnya yaitu agen pencedera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gejala dan tanda mayor subjektif berupa mengeluh nyeri. Sedangkan Gejala dan tanda mayor objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Gejala dan tanda minor subjektif yaitu (tidak tersedia). Sedangkan Gejala dan tanda minor objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi klinis yang dapat terkait yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, dan glaucoma.

b. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055)

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Penyebab gangguan pola tidur yaitu hambatan lingkungan (misalnya kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan atau pemeriksaan atau tindakan), kurang kontrol tidur, kurang privasi, restraint fisik, ketiadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur.

Gejala dan tanda mayor subjektif meliputi mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup. Sedangkan gejala objektif tidak tersedia. Gejala dan tanda minor subjektif yaitu mengeluh kemampuan beraktivitas menurun, untuk objektifnya tidak tersedia.

Kondisi klinis terkait dengan gangguan pola tidur yaitu nyeri atau kolik, hipertiroidisme, kecemasan, penyakit paru obstruktif kronis, kehamilan, periode pasca partum, kondisi pasca operasi.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring (D.0056)

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab dari intoleransi aktivitas yaitu ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup yang monoton.

Gejala dan tanda mayor subjektif yaitu klien mengeluh lelah. Sedangkan objektifnya yaitu frekuensi jantung

meningkat >20% dari kondisi istirahat. Gejala dan tanda minor subjektif yaitu dyspnea saat atau setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, dan merasa lemah. Sedangkan objektifnya yaitu tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat atau setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, dan sianosis.

Kondisi klinis yang terkait dengan intoleransi aktivitas yaitu anemia, gagal jantung kongestif, penyakit jantung koroner, penyakit katup jantung, aritmia, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), gangguan metabolik, gangguan muskuloskeletal.

d. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab dari gangguan mobilitas fisik yaitu kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, indeks massa tubuh di atas persentil ke 75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori persepsi.

Gejala dan tanda mayor subjektifnya yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, sedangkan objektifnya yaitu kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun. Gejala dan tanda minor subjektifnya yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sedangkan objektifnya yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

Kondisi klinis terkait dari gangguan mobilitas fisik yaitu stroke, cedera medulla spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, dan keganasan.

e. Resiko infeksi berhubungan (D.0142)

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) resiko infeksi yaitu berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor risiko dari risiko infeksi yaitu penyakit kronis (misalnya diabetes mellitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, dan peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.

Ketidakedukatan pertahanan tubuh primer meliputi gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, dan statis cairan tubuh.

Ketidakekuatan pertahanan tubuh sekunder meliputi penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, dan vaksinasi tidak adekuat.

Kondisi klinis terkait meliputi AIDS, luka bakar, penyakit paru obstruktif kronis, diabetes mellitus, tindakan invasif, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW), kanker, immunosupresi, lymphedema, leukositopenia, dan gangguan fungsi hati.

3. Intervensi/ Rencana Tindakan

Berikut merupakan rencana tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa diatas menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) & (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

a. Nyeri akut

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) menyatakan nyeri akut yaitu tingkat nyeri (L.08066), diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur

menurun, frekuensi nadi membaik, pola nafas membaik, tekanan darah membaik, pola tidur membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) menyatakan bahwa intervensi nyeri akut yaitu manajemen nyeri (I.083238).

- 1) Observasi : a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, b) Identifikasi skala nyeri, c) Identifikasi respon nyeri non verbal, d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, i) Monitor efek samping penggunaan analgetik
 - 2) Terapeutik : a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, c) Fasilitasi istirahat dan tidur, d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
 - 3) Edukasi : a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, b) Jelaskan strategi meredakan nyeri, c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, d) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat, d) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri.
 - 4) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
- b. Gangguan pola tidur

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) menyatakan luaran dari gangguan pola tidur yaitu pola tidur (L.05045), diharapkan keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun,

keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, kemampuan beraktivitas meningkat.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) menyatakan intervensi gangguan pola tidur yaitu dukungan tidur (I.09265).

- 1) Observasi : a) Identifikasi pola tidur dan aktivitas, b) Identifikasi faktor gangguan tidur, c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, d) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.
 - 2) Terapeutik : a) Memodifikasi lingkungan (misalnya : pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), b) Batasi waktu tidur siang, jika perlu, c) Tetapkan jadwal tidur rutin, d) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya : pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure).
 - 3) Edukasi : a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, b) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, c) Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur, d) Ajarkan cara nonfarmakologis untuk relaksasi.
- c. Intoleransi aktivitas

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) menyatakan luaran dari intoleransi aktivitas yaitu toleransi aktivitas (L.05047), diharapkan frekuensi nadi meningkat, keluhan lelah menurun, dyspnea saat aktivitas menurun, dyspnea setelah aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, tekanan darah membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) menyatakan intervensi dari intoleransi aktivitas yaitu manajemen energi (I.05178).

- 1) Observasi : a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, b) Monitor kelelahan fisik dan

emosional, c) Monitor pola dan jam tidur, d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

- 2) Terapeutik : a) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, b) Lakukan rentang gerak pasif dan aktif, c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, d) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur.
- 3) Edukasi : a) Anjurkan tirah baring, b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, d) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda gejala kelelahan tidak berkurang, e) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.
- 4) Kolaborasi : kolaborasi ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

d. Gangguan mobilitas fisik

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) menyatakan luaran dari gangguan mobilitas fisik yaitu mobilitas fisik (L.05042), diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kelemahan fisik menurun.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) menyatakan intervensi utama dari gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan mobilisasi (I.05173).

- 1) Observasi : a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 2) Terapeutik : a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (missal pagar tempat tidur), b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

- 3) Edukasi : a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini, c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

e. Resiko infeksi

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) menyatakan luaran dari resiko infeksi yaitu tingkat infeksi (L.14137), diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, kadar sel darah putih membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) menyatakan intervensi dari resiko infeksi yaitu pencegahan infeksi (I.14539).

- 1) Observasi : Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- 2) Terapeutik : a) Batasi jumlah pengunjung, b) Berikan perawatan kulit pada area edema, c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, d) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.
- 3) Edukasi : a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi, b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, c) Ajarakan etika batuk, d) Ajarakan cara memeriksa kondisi luka operasi, e) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan.
- 4) Kolaborasi : kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilaksanakan pada tanggal 1 Maret 2023 di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang, dengan melakukan wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga pasien, melakukan observasi secara langsung, dan melakukan pemeriksaan fisik kepada pasien. Data yang didapatkan dari hasil tersebut kemudian divalidasi ulang dalam rekam medis pasien serta meninjau pemeriksaan penunjang yang diperoleh seperti pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi, terapi apa yang diberikan, serta catatan perkembangan pada pasien.

1. Data Umum

Identitas pasien Tn. T berusia 51 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pasien beragama islam, pendidikan terakhir SMA, pasien bekerja sebagai petani, berkediaman di Desa Tempuran Rt06/Rw04 Demak, Jawa tengah, Indonesia, dengan diagnosa medis Nefrolitiasis Sinistra. Pasien masuk pada tanggal 28 Februari 2023 jam 13.15 WIB. Identitas penanggung jawab adalah istrinya dengan identitas Ny. R berusia 43 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, pekerjaan sebagai petani, alamat Desa Tempuran Rt06/Rw04 Demak, Jawa Tengah Indonesia.

2. Status Kesehatan Saat Ini

Klien mengatakan nyeri dibagian pinggang kiri, alasan masuk rumah sakit karena klien mengatakan nyeri dibagian pinggang kiri kemudian mendapatkan rujukan untuk CT Scan, ternyata terdapat batu didaerah kiri dan diberi rujukan untuk rawat inap dan dilakukan tindakan operasi pada tanggal 1 Maret 2023. Faktor pencetus klien mengatakan tidak mengetahui timbulnya penyakit, klien mengira itu merupakan efek samping dari tindakan operasi sebelumnya.

Lamanya keluhan, klien mengatakan nyeri pada pinggang kiri sekitar kurang lebih 2 minggu yang lalu.

3. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan tidak pernah mempunyai riwayat penyakit sebelumnya, klien sebelumnya pernah dirawat di RSISA dengan penyakit yang sama yaitu operasi batu ginjal bagian kanan pada bulan September 2022. Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan, klien tidak memiliki alergi terhadap apapun, saat ditanya mengenai sudah pernah imunisasi atau belum klien mengatakan lupa akan hal itu.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien merupakan anak ke lima dari enam bersaudara, klien mengatakan orang tuanya sudah meninggal. Sedangkan, istrinya merupakan anak kelima dari delapan bersaudara, klien mengatakan mertuanya atau orang tua dari istrinya sudah meninggal. Dari pernikahan mereka dikarunia dua orang anak yaitu anak pertama perempuan dan anak keduanya laki-laki. Klien mengatakan tinggal serumah dengan istri dan kedua anaknya. Klien mengatakan Almarhum Ayahnya mengalami penyakit yang sama yaitu batu ginjal. Klien mengatakan saat ini tidak ada anggota keluarga yang sedang sakit.

5. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Klien mengatakan rumah dan lingkungannya bersih serta aman dari bahaya, tidak ada bahaya yang mungkin terjadi.

B. Pengkajian Pola Kesehatan Fungsional Gordon (Data Fokus)

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan mengerti dengan penyakitnya saat ini dan selalu berusaha untuk memperbaiki kesehatannya dengan melakukan pengobatan, klien merasa optimis dengan kesehatannya. Klien mengatakan upaya untuk mempertahankan kesehatannya yaitu dengan makan, makanan yang bergizi dan berusaha menghindari makanan

yang menjadi pantangannya. Klien mengatakan ketika sakit, klien memeriksakan ke dokter atau klinik terdekat rumahnya. Klien mempunyai kebiasaan mengkonsumsi kopi dan merokok.

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

Klien mengatakan sebelum sakit makan 3-4x sehari dengan porsi satu piring habis, ketika sakit makan 3x sehari dengan porsi sesuai makanan yang diberikan rumah sakit, tidak ada gangguan dalam nafsu makannya. Klien mengatakan sebelum sakit minum hanya habis setengah dari botol air mineral yang besar atau kurang lebih 750ml, ketika sakit klien minum sehari 1200 ml.

Klien tidak ada keluhan mual muntah, tidak mengalami kesulitan dalam menelan atau mengunyah. Klien tidak mengalami penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir. Klien mengatakan kondisi saat ini tidak mempengaruhi pola makannya tetapi berubah pada pola minumannya, karena diharuskan oleh dokter minum yang banyak. Klien mengatakan tidak ada keluhan demam.

3. Pola Eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit tidak ada masalah dalam BAB nya, sehari 1x berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat, ketika sakit klien mengatakan belum BAB selama dirawat di rumah sakit. Klien mengatakan sebelum sakit BAK lancar, tidak ada keluhan, 5-6x sehari berwarna kuning muda, sesudah sakit klien mengatakan tidak ada masalah dalam BAK nya.

4. Pola Aktivitas dan Latihan

Kegiatan dalam pekerjaan sehari-harinya sebelum sakit yaitu klien setiap hari bekerja sebagai petani, saat sakit ini klien sementara tidak bekerja. Dalam perawatan dirinya sebelum sakit, klien melakukannya secara mandiri dan sesudah sakit klien mengatakan dibantu oleh istrinya. Olahraga yang dilakukan sebelum sakit yaitu setiap harinya klien sudah olahraga disawah dan sesudah sakit klien mengatakan aktivitasnya dibatasi. Untuk saat ini dalam hal perawatan diri seperti

mandi, ganti baju, dan lainnya kemudian dalam berhajat seperti BAB, BAK klien dibantu oleh istrinya. Klien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas dan tidak ada keluhan mudah merasa lelah.

5. Pola Istirahat dan Tidur

Klien mengatakan sebelum sakit tidur pada jam 10 malam dan bangun jam 5 pagi, dan biasanya juga melakukan tidur siang, klien tidak mengalami kesulitan tidur. Saat sakit klien mengatakan sulit tidur karena rasa nyeri pada luka operasinya, klien mengatakan tidur jam 9 dan sering terbangun, klien mengeluh susah tidur dan terkadang susah untuk memulai tidur

6. Pola Kognitif – Perseptual Sensori

Klien tidak memiliki keluhan dalam hal yang berkaitan dengan sensasi tubuhnya, klien jelas saat berbicara, suaranya jelas dan pelan, daya pikirnya normal, dan klien nyambung saat diajak bicara. Klien mengatakan merasakan nyeri didaerah luka bekas operasinya, dan persepsi nyerinya dapat dituliskan dengan pengkajian nyeri PQRST, sebagai berikut, P : Nyeri luka sayatan operasi, Q : Berdenyut, R : Pinggang bagian kiri, S : skala nyeri 4(numberic scale) , T : Hilang timbul.

7. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

Klien merasa khawatir dan sedih dengan keadannya saat ini, namun klien tetap optimis untuk sehat dan beraktivitas seperti semula. Klien mengatakan tidak ada perubahan pada dirinya dan selalu bersyukur. Klien adalah seorang suami sekaligus kepala rumah tangga yang bertugas mencari nafkah. Klien mempunyai harapan untuk hidupnya dan selalu bersyukur.

8. Pola Mekanisme Koping

Klien dalam mengambil keputusan dibantu atau diskusi dengan istri dan anak pertamanya. Klien selalu melibatkan istrinya dalam menghadapi masalah. Upaya yang klien lakukan dalam menghadapi

masalahnya saat ini yaitu dengan cara selalu berdoa, beribadah, sabar, dan berusaha yang terbaik dalam hal pengobatan.

9. Pola Seksual – Reproduksi

Klien mengerti tentang masalah seksual, klien mengatakan hal tersebut untuk memperoleh keturunan dan tidak ada masalah dalam hal seksual reproduksi.

10. Pola Peran – Berhubungan dengan Orang Lain

Klien mengatakan tidak ada masalah dalam hal berkomunikasi, orang terdekat yang berpengaruh untuk hidupnya yaitu istri dan anak-anaknya. Saat menghadapi masalah, klien meminta bantuan kepada orang terdekatnya terutama keluarganya. Klien mengatakan tidak ada masalah dan kesulitan dalam keluarga.

11. Pola Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan selalu ibadah sholat 5 waktu berdoa untuk dirinya dan keluarganya, untuk nilai dan kepercayaan yang dianut klien tidak ada pertentangan dengan pengobatan yang sedang klien jalani saat ini.

C. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien didapatkan kesadaran composmentis, penampilan lemas, dan tanda-tanda vital pasien meliputi tekanan darah: 140/80 mmHg, nadi: 62x/m, suhu: 36°C, respirasi: 20x/m. Pada pemeriksaan Kepala berbentuk normal, tidak teraba benjolan, rambut berwarna hitam, bersih, tidak ada ketombe. Mata konjungtiva anemis kanan kiri, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, tidak ikterik, mampu melihat dengan jelas. Hidung bersih, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak memakai oksigen. Telinga telinga bersih, pendengaran baik, tidak ada gangguan pendengaran. Mulut dan tenggorokan mulut pucat dan kering, tidak mengalami kesulitan/gangguan bicara.

Dada dilakukan pemeriksaan pada dua lokasi yaitu jantung dan paru-paru, pada saat pemeriksaan bagian jantung dilakukan inspeksi didapatkan tidak adanya pulsasi iktus kordis dan dada simeteris, saat

auskultasi terdengar suara jantung lup dup, dan saat dilakukan perkusi terdengar suara pekak. Pemeriksaan paru-paru, didapatkan hasil pergerakan dinding dada normal dan simetris saat dilakukan inspeksi, terdengar suara vesikuler saat auskultasi, tidak ada nyeri tekan ketika dilakukan palpasi, dan terdengar suara sonor saat perkusi.

Dari hasil pemeriksaan abdomen didapatkan hasil, inspeksi terdapat luka post operasi disebelah kiri, auskultasi terdengar bising usus normal yaitu 15x/m, palpasi terdapat nyeri tekan, dan perkusi terdengar suara timpani. Pemeriksaan genetalia pada pasien yaitu genetalia tampak bersih dan terpasang kateter. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah, kuku bersih, pucat, kulit sawo matang, turgor kulit baik, tidak ada edema, capillary refill kurang dari 2 detik, kekuatan otot koordinasi keseimbangan dan gerak mobilitas baik, tidak menggunakan alat bantu, tidak ada tanda infeksi dan nyeri tekan pada pemasangan infus.

D. Pemeriksaan Penunjang

1. Hasil Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 28 Februari 2023, dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil sebagai berikut. Pada pemeriksaan Hematologi, Darah rutin meliputi hemoglobin dengan hasil L 11.8 g/dL (nilai rujukan 13.2-17.3 g/dL), hematocrit dengan hasil 36.5% (nilai rujukan 33.0-45.0%), leukosit dengan hasil 7.17 ribu/ μ L (dengan nilai rujukan 3.80-10.60 ribu/ μ L), trombosit dengan hasil 260 ribu/ μ L (dengan nilai rujukan 150-440 ribu/ μ L). Golongan darah klien O dengan rhesus positif. Pada pemeriksaan PPT meliputi PT dengan hasil 9.7 detik (nilai rujukan 9.3-11.4 detik), PT(kontrol) dengan hasil 11.4 detik (nilai rujukan 9.2-12.4 detik).

Pada pemeriksaan APTT meliputi APTT dengan hasil H 31.9 detik (nilai rujukan 21.8-28.4 detik) keterangan duplo, APTT(Kontrol) dengan hasil 27.0 detik (nilai rujukan 20.3-27.5 detik). Pada pemeriksaan kimia klinik meliputi glukosa darah sewaktu dengan hasil 110 mg/dL (nilai rujukan <200 mg/dL), ureum dengan hasil 28 mg/dL

(nilai rujukan 10-50 mg/dL), creatinin dengan hasil 1.08 mg/dL (nilai rujukan 0.70-1.30 mg/dL).

Pada pemeriksaan elektrolit meliputi natrium dengan hasil 144.0 mmol/L (nilai rujukan 135-147 mmol/L), kalium dengan hasil L 3.40 mmol/L (nilai rujukan 3.5-5.0 mmol/L), klorida dengan hasil 99.0 mmol/L (nilai rujukan 95-105 mmol/L).

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 1 Maret 2023, pemeriksaan post operasi dengan hasil sebagai berikut. Pada pemeriksaan hematologi, darah rutin I meliputi hemoglobin dengan hasil L 10.9 g/dL (nilai rujukan 13.2-17.3 g/dL) keterangan duplo, hematocrit dengan hasil 34.0% (nilai rujukan 33.0-45.0%), leukosit dengan hasil H 16.41 ribu/ μ L (nilai rujukan 3.80-10.60 ribu/ μ L), trombosit dengan hasil 256 ribu/ μ L (nilai rujukan 150-440 ribu/ μ L).

Hasil pemeriksaan selanjutnya yaitu pemeriksaan radiologi thorax besar (non kontras), dengan hasil cor: bentuk dan letak normal, pulmo: corakan vaskuler tak meningkat tak tampak gambaran infiltrate, diafragma dan sinus kostofrenikus kanan kiri baik. Kesan dari pemeriksaan thorax besar yaitu COR TAK MEMBESAR, PULMO TAK TAMPAK KELAINAN.

Hasil pemeriksaan radiologi terakhir yaitu pada tanggal 1 maret 2023, dilakukan pemeriksaan BNO/FPA (Non kontras) post operasi dengan hasil Saat ini terpasang Dj stent sinistra, POSISI DJ STENT baik, nefrolitiasis sinistra post operasi, tak jelas sisa nefrolitiasis sinistra, operasi multiple diregio abdomen kanan atas curiga nefrolitiasis dekstra, spondilosis lumbalis, scoliosis lumbalis dengan konveksitas ke kanan.

2. Diit yang diperoleh

Diit yang diperoleh klien, pada pagi hari mendapat diit nasi, pada siang hari mendapat diit nasi, dan pada sore hari mendapat diit nasi.

3. Terapi obat

Pasien mendapatkan terapi obat injeksi meliputi, cefoperazone sulbactam 2x1 termasuk golongan antibiotic yang digunakan untuk menangani penyakit infeksi salah satunya infeksi saluran kemih. Ketorolac 30mg 2x1 termasuk golongan obat antiinflamasi nonsteroid digunakan untuk meredakan nyeri sedang hingga berat. Paracetamol 3x1 termasuk golongan obat antipiretik digunakan untuk menghilangkan rasa nyeri dan demam. Terapi obat oral mendapatkan amlodipine 5mg 1x1 termasuk golongan obat calcium channel blockers (CCBs) digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi, dan infus mendapatkan RI 20 tpm.

E. Analisis Data

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh, didapatkan analisis data yang didasarkan atas data subjektif dan objektif. Data pertama pada tanggal 1 Maret 2023, berikut data subjektifnya, klien mengatakan nyeri pada luka operasi, klien mengatakan nyerinya berdenyut, skala nyerinya 4, nyeri hilang timbul. Sedangkan untuk data obyektifnya yaitu klien tampak meringis, klien tampak gelisah, terdapat luka insisi operasi dipinggang kiri. Tanda-tanda vital yang diperoleh, tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 62x/m, respirasi 20x/m, suhu 36°C, dan SpO2 99%. Dari data subjektif dan objektif diatas maka muncul sebuah masalah keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik.

Data hasil pengkajian kedua tanggal 1 Maret 2023, berikut data subjektif dan objektif pasien. Data subjektif, klien mengatakan sulit tidur karena rasa nyeri pada luka operasinya, klien mengatakan sering terbangun dan terkadang sulit tidur. Data objektif, klien tampak lemas, klien tampak pucat, dengan hasil vital sign berikut, tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 62x/m, respirasi 20x/m, suhu 36°C, dan SpO2 99%. Dari data subjektif dan objektif diatas maka muncul masalah keperawatan Gangguan Pola Tidur yang berhubungan dengan Hambatan Lingkungan.

Data hasil pengkajian ketiga tanggal 1 Maret 2023, berikut data subjektif dan objektif pasien. Data subjektif, klien mengatakan nyeri pada luka operasi, klien mengatakan luka operasinya terasa panas. Data objektifnya, klien tampak menahan sakit, terdapat kemerahan pada luka operasi, hasil leukosit 16.41 ribu/ μ L, dengan hasil vital sign berikut, tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 62x/m, respirasi 20x/m, suhu 36°C, dan SpO₂ 99%. Dari data subjektif dan objektif di atas maka muncul masalah keperawatan Resiko Infeksi yang berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif.

F. Intervensi Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul pada tanggal 1 Maret 2023 dengan diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan Tingkat Nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik. Dengan intervensi yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperinakan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, fasilitasi istirahat tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Diagnosa yang kedua pada tanggal 1 Maret 2023 yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan Pola Tidur membaik dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun. Dengan intervensi yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, ajarkan relaksasi atau cara nonfarmakologi lainnya.

Diagnosa ketiga pada tanggal 1 Maret 2023 yaitu resiko infeksi yang berhubungan dengan efek prosedur invasif, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan Tingkat Infeksi menurun dengan kriteria hasil : kemerahan menurun, nyeri menurun, kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat. Dengan intervensi yaitu monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan cairan.

G. Implementasi Keperawatan

Berdasarkan data intervensi yang telah disusun berdasarkan masalah, tahap selanjutnya yaitu melakukan implementasi sebagai tindak lanjut dari asuhan keperawatan pada pasien yang dilakukan pada tanggal 1 Maret 2023 sampai dengan 3 maret 2023. Berikut implementasi yang dilakukan :

1. Hari Pertama

Tanggal 1 Maret 2023, dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pada implementasi pertama jam 20.00 yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, dengan respon subjektif klien yaitu klien mengatakan nyeri pada luka operasinya, respon objektifnya yaitu P: nyeri luka sayatan operasi, Q: berdenyut, R: nyeri daerah pinggang kiri, S: skala nyeri 4, T: nyeri hilang timbul. Pada jam 20.08 mengidentifikasi skala nyeri dengan respon subjektif yaitu klien mengatakan skala nyerinya 4 (skala numeric), respon objektifnya yaitu klien tampak meringis.

Pada jam 20.10 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, dengan respon subjektifnya yaitu klien mengatakan nyeri saat digunakan untuk bergerak dan respon objektifnya yaitu tekanan darah: 140/80 mmHg, nadi: 62x/m, respirasi, 20x/m, suhu: 36°C, SpO2: 99%. Pada jam 20.15 memberikan teknik

nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, dengan respon subjektifnya yaitu klien mengatakan bersedia diajarkan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam sambil membaca bacaan dzikir, respon objektifnya yaitu klien tampak dapat mengikuti teknik yang diajarkan. Pada jam 20.18 memfasilitasi istirahat tidur, dengan respon subjektifnya yaitu klien mengatakan sulit tidur karena rasa nyerinya, respon objektifnya yaitu klien tampak lemas.

Pada jam 20.20 menjelaskan strategi meredakan nyeri, respon subjektifnya yaitu klien mengatakan memahami cara yang diajarkan, respon objektifnya yaitu klien tampak menganggukan kepala. Pada jam 20.23 mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri, respon subjektifnya yaitu klien mengatakan paham cara yang diajarkan, respon objektifnya klien tampak mempraktikan apa yang diajarkan.

Untuk implementasi diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Tindakan implementasi pertama yaitu pada jam 20.30 mengidentifikasi pola aktivitas tidur dengan respon subjektif klien mengatakan sulit tidur karena rasa nyeri pada luka operasinya, respon objektifnya yaitu klien tampak menahan nyeri. Pada jam 20.32 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan respon subjektifnya yaitu klien mengatakan rasa nyerinya menyebabkan sulit tidur, respon objektifnya yaitu klien tampak lemas.

Pada jam 20.35 memodifikasi lingkungan, klien mengatakan dapat tidur jika suasana sepi dan tidak terang, respon objektifnya yaitu klien tampak lemas. Pada jam 20.38 melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, dengan respon subjektifnya yaitu klien mengatakan merasa istirahatnya kurang, respon objektifnya yaitu klien tampak mengantuk. Pada jam 20.40 menganjurkan menepati kebiasaan tidur, respon subjektifnya klien mengatakan akan menepati waktu tidurnya, respon objektifnya yaitu klien tampak kooperatif. Pada jam 20.48 mengajarkan relaksasi nonfarmakologis, respon subjektifnya

yaitu klien mengatakan bersedia untuk diajari, respon objektifnya klien tampak kooperatif.

Untuk implementasi ketiga dengan diagnosa resiko infeksi yang berhubungan dengan efek prosedur invasif. Tindakan implementasi pertama yaitu pada jam 20.50 memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, respon subjektif klien mengatakan nyeri pada luka operasi, respon objektifnya yaitu tekanan darah: 140/80 mmHg, nadi: 62x/m, respirasi, 20x/m, suhu: 36°C, SpO₂: 99%, leukosit : 16.41 ribu/ μ L. Pada jam 20.52 membatasi jumlah pengunjung, respon subjektifnya yaitu klien mengatakan hanya istri dan anaknya yang menemaninya, respon objektifnya klien tampak kooperatif.

Pada jam 20.55 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, respon subjektifnya yaitu keluarga klien mengatakan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, respon objektifnya yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Pada jam 21.00 menjelaskan tanda dan gejala infeksi, respon subjektifnya yaitu klien mengatakan paham dengan apa yang dijelaskan, respon objektifnya yaitu klien tampak mengganggu kepala.

Pada jam 21.05 mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, respon subjektifnya yaitu klien mengatakan bersedia diajari cara mencuci tangan, respon objektifnya klien tampak mengikuti gerakan yang diajarkan. Pada jam 21.10 menganjurkan meningkatkan asupan cairan, respon subjektifnya yaitu klien mengatakan akan lebih banyak minum, respon objektifnya yaitu klien tampak kooperatif.

2. Hari Kedua

Pada tanggal 2 Maret 2023, dengan diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pada jam 15.00 mengidentifikasi luka, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dengan respon subjektif klien mengatakan nyeri

dibagian luka operasi, respon objektifnya yaitu klien tampak lebih rileks, P : klien mengatakan nyeri luka sayatan luka operasi. Q: nyeri berdenyut, R: dibagian pinggang kiri, S: skala nyeri 3, T: hilang timbul; tekanan darah: 135/86 mmHg, nadi: 66x/m, respirasi, 20x/m, suhu: 36°C, SpO₂: 99%.

Pada jam 15.10 mengidentifikasi skala nyeri, respon subjektif klien mengatakan skala nyerinya 3 (antara 1-10), respon objektifnya yaitu skala nyeri 3 (numeric scale). Pada jam 15.15 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, respon subjektif klien mengatakan memahami apa yang diajarkan, respon objektif klien tampak mencobanya.

Implementasi diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur yang berhubungan dengan hambatan lingkungan. Pada jam 15.30 melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan dengan respon subjektif klien mengatakan merasa lebih nyaman, respon objektif klien tampak lebih rileks. Pada jam 15.35 menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, respon subjektifnya yaitu klien mengatakan paham dengan yang dijelaskan, respon objektif klien tampak kooperatif.

Pada jam 15.45 menganjurkan menepati kebiasaan tidur dengan respon subjektif klien mengatakan akan menepati waktu tidur, respon objektif klien tampak kooperatif. Pada jam 15.50 mengajarkan relaksasi nonfarmakologis dengan respon subjektif klien mengatakan jika tidak bisa tidur akan mencobanya, respon objektif klien tampak lebih rileks.

Implementasi diagnosa ketiga yaitu resiko infeksi yang berhubungan dengan efek prosedur invasif. Pada jam 16.00 memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, respon subjektif klien mengatakan nyerinya sedikit berkurang, respon objektif klien tampak lebih rileks. Pada jam 16.05 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, respon subjektif klien mengatakan akan

mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, respon objektif keluarga klien tampak kooperatif.

Pada jam 16.15 menjelaskan tanda dan gejala infeksi, respon subjektif klien mengatakan memahami dengan apa yang dijelaskan, respon objektif klien tampak menganggukan kepala. Pada jam 16.20 mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, respon subjektif klien mengatakan akan mencuci tangan 6 langkah sesuai ajaran, respon objektif klien tampak kooperatif.

3. Hari Ketiga

Pada tanggal 3 Maret 2023, dengan diagnosa yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pada jam 09.00 mengidentifikasi skala nyeri, respon subjektif klien mengatakan skala nyerinya 2 (antara 1-10), respon objektifnya skala nyeri 2 (numeric scale). Pada jam 09.05 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi nyeri, respon subjektifnya klien mengatakan jika nyeri akan melakukan cara yang diajarkan, respon objektif klien tampak lebih rileks.

Implementasi diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur yang berhubungan dengan hambatan lingkungan. Pada jam 09.18 menganjurkan menepati kebiasaan tidur, respon subjektif klien mengatakan tidurnya sudah mulai kembali normal, respon objektif klien tampak tenang. Pada jam 09.25 mengajarkan relaksasi atau cara nonfarmakologis, respon subjektif klien mengatakan sudah melakukan relaksasi, respon objektif klien tampak kooperatif.

Implementasi diagnosa ketiga yaitu resiko infeksi yang berhubungan dengan efek prosedur invasif. Pada jam 09.35 memonitor tanda dan gejala infeksi, respon subjektif klien mengatakan nyerinya sudah berkurang, respon objektif tanda-tanda infeksi sudah berkurang. Pada jam 09.40 mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, respon subjektif klien mengatakan sudah mencuci tangan 6 langkah, respon objektif klien tampak kooperatif.

H. Evaluasi

Evaluasi yaitu tindakan untuk mengetahui hasil akhir pada pasien terhadap tindakan asuhan keperawatan yang telah diberikan serta untuk mengetahui perkembangan pasien. Evaluasi diberikan pada tanggal 1 maret 2023 sampai dengan 3 maret 2023.

Evaluasi diagnosa pertama yang dilakukan pada tanggal 1 maret 2023 pada jam 20.00 – 20.25 WIB (Waktu Indonesia Barat) data subjektif yang didapatkan setelah dilakukan tindakan keperawatan, klien mengatakan nyeri pada luka operasi, data objektifnya yaitu klien tampak meringis dan gelisah, P: nyeri luka sayatan operasi, Q: berdenyut, R: nyeri daerah pinggang kiri, S: skala nyeri 4, T: nyeri hilang timbul; tekanan darah: 140/80 mmHg, nadi: 62x/m, respirasi, 20x/m, suhu: 36°C, SpO₂: 99%, maka dapat disimpulkan bahwa tujuan belum tercapai masalah belum teratasi dan penulis merencanakan untuk mengulang intervensi atau melanjutkan intervensi yaitu identifikasi luka, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

Evaluasi diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan pada jam 20.30 – 20.48 WIB. Data subjektif yang didapatkan setelah tindakan keperawatan, klien mengatakan sulit tidur karena rasa nyerinya, klien mengatakan sering terbangun dan terkadang sulit memulai tidur, data objektifnya klien tampak lemas dan pucat, tekanan darah: 140/80 mmHg, nadi: 62x/m, respirasi, 20x/m, suhu: 36°C, SpO₂: 99%, maka dapat disimpulkan bahwa tujuan belum tercapai masalah belum teratasi dan harus mengulangi atau melanjutkan intervensi meliputi lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan tidur, ajarkan relaksasi atau cara nonfarmakologis.

Evaluasi diagnosa ketiga yaitu resiko infeksi pada jam 20.50 – 21.10 WIB. Data subjektif yang didapatkan setelah tindakan keperawatan yaitu klien mengatakan nyeri pada luka operasi, data objektif klien tampak menahan sakit tekanan darah: 140/80 mmHg, nadi: 62x/m, respirasi, 20x/m, suhu: 36°C, SpO₂: 99%, leukosit 16.41 ribu/ μ L, maka dapat disimpulkan tujuan belum tercapai masalah belum teratasi dan harus mengulangi atau melanjutkan intervensi meliputi, monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 2 maret 2023 pada diagnosa pertama pada jam 15.00 – 15.15 WIB. Setelah dilakukan tindakan keperawatan data subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan nyeri dibagian luka operasi berkurang, data objektif klien tampak lebih rileks P : klien mengatakan nyeri luka sayatan luka operasi. Q: nyeri berdenyut, R: dibagian pinggang kiri, S: skala nyeri 3, T: hilang timbul; tekanan darah: 135/86 mmHg, nadi: 66x/m, respirasi, 20x/m, suhu: 36°C, SpO₂: 99%, maka dapat disimpulkan bahwa tujuan tercapai sebagian masalah belum teratasi dan harus melanjutkan intervensi yaitu identifikasi skala nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri.

Evaluasi diagnosa kedua pada jam 15.30 – 15.50 WIB. Setelah dilakukan tindakan keperawatan data subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan sulit tidur berkurang, klien mengatakan jika nyeri tiba-tiba terbangun lagi, data objektifnya klien tampak lebih rileks, tekanan darah: 135/86 mmHg, nadi: 66x/m, respirasi, 20x/m, suhu: 36°C, SpO₂: 99%, maka dapat disimpulkan tujuan tercapai sebagian masalah belum teratasi dan harus melanjutkan intervensi yaitu anjurkan menepati kebiasaan tidur, ajarkan cara relaksasi atau nonfarmakologis.

Evaluasi diagnosa ketiga pada jam 16.00 – 16.20 WIB. Setelah dilakukan tindakan keperawatan data subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan nyerinya sedikit berkurang, data objektifnya klien tampak lebih rileks, tekanan darah: 135/86 mmHg, nadi: 66x/m, respirasi, 20x/m,

suhu: 36°C, SpO₂: 99%, maka dapat disimpulkan tujuan tercapai sebagian masalah belum teratasi dan harus melanjutkan intervensinya yaitu monitor tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 3 maret 2023 pada diagnosa pertama pada jam 09.00 – 09.10 WIB. Setelah dilakukan tindakan keperawatan data subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan sudah tidak terlalu nyeri, data objektif klien tampak tenang, skala nyeri 2, tekanan darah: 115/80 mmHg, nadi: 75x/m, respirasi, 20x/m, suhu: 36,5°C, SpO₂: 99%, maka dapat disimpulkan tujuan tercapai masalah teratasi dan dapat mempertahankan intervensi agar mendapatkan hasil yang maksimal.

Evaluasi diagnosa kedua pada jam 09.18 – 09.25 WIB. Setelah dilakukan tindakan keperawatan data subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan sudah bisa menepati waktu tidurnya, sudah bisa tidur karena nyerinya sudah berkurang, data objektifnya tekanan darah: 115/80 mmHg, nadi: 75x/m, respirasi, 20x/m, suhu: 36,5°C, SpO₂: 99%, maka dapat disimpulkan tujuan tercapai masalah teratasi dan dapat mempertahankan intervensi agar mendapatkan hasil yang maksimal.

Evaluasi diagnosa ketiga pada jam 09.35 – 09.40 WIB. Setelah dilakukan tindakan keperawatan data subjektif yang didapatkan yaitu klien mengatakan klien mengatakan rasa nyeri operasi berkurang, data objektifnya klien tampak lebih rileks, tidak ada kemerahan pada luka post operasi, tekanan darah: 115/80 mmHg, nadi: 75x/m, respirasi, 20x/m, suhu: 36,5°C, SpO₂: 99%, maka dapat disimpulkan tujuan tercapai masalah teratasi dan dapat mempertahankan intervensi agar mendapatkan hasil yang maksimal.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada Bab IV penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada Tn. T dengan post operasi nefrolitiasis sinistra yang telah disesuaikan dengan teori yang ditemukan. Asuhan keperawatan pada Tn. T dilakukan selama tiga hari yaitu dari tanggal 1 Maret 2023 sampai dengan 3 Maret 2023 di ruang Baitussalam I RSI Sultan Agung Semarang. Dalam bab ini Penulis akan membahas penyelesaian masalah pada kasus tersebut yang telah disesuaikan dengan konsep dasar asuhan keperawatan berupa pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan yaitu perawat melakukan pengkajian untuk mengetahui individu dan pengalamannya, yang secara akurat mengidentifikasi masalah pasien, dan melaksanakan tindakan keperawatan dengan tujuan mencapai hasil perawatan pasien yang optimal. (Herdman et al., 2021).

Pengkajian keperawatan pada Tn. T telah dilakukan pada tanggal 1 Maret 2023 dengan diagnosa post operasi nefrolitiasis diruang Baitussalam I RSI Sultan Agung Semarang. Pengertian dari nefrolitiasis yaitu batu kecil yang keras yang ditemukan di dalam ginjal atau batu ginjal adalah proses pembentukan gagal ginjal kronis dan akut, batu yang ditemukan dalam sistem urinaria ini dapat menghalangi jalannya air seni (Nurdiana & Neta, 2019).

Dalam melakukan pengkajian penulis tidak mengalami hambatan ataupun kesulitan karena klien dan keluarganya kooperatif dan terbuka dalam menyampaikan informasi kepada penulis. Selama melakukan pengkajian keperawatan penulis mendapatkan data subjektif dari klien yaitu klien mengeluh nyeri pada pinggang kiri karena luka sayatan operasi.

Dilakukan pengkajian nyeri dengan teori nyeri PQRST meliputi P (Provoking Incident : peristiwa yang menjadi faktor penyebab nyeri, rasa nyeri yang berkurang apabila beristirahat, rasa nyeri tambah berat bila beraktivitas, aktivitas yang menyebabkan nyeri bertambah saat (batuk, bersin, berdiri, dan berjalan). Q(Quality of Pain) : rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien (apakah seperti terbakar, berdenyut, tajam, atau menusuk). R(Region, radiation, relief) : lokasi nyeri harus ditunjukkan dengan tepat oleh klien (apakah rasa sakit bisa reda, menjalar, atau menyebar).

Tekanan pada saraf atau akar saraf akan memberikan gejala nyeri yang disebut radiating pain. Nyeri lain yang disebut nyeri kiriman (referred pain) adalah nyeri pada suatu tempat yang sebenarnya akibat kelainan dari tempat lain misalnya nyeri lutut akibat kelainan pada sendi panggul. S(Scale of pain) : sebesar apa rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri/gradasi dank lien menerangkan sejauh mana rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya. T(Time) : berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari (Muttaqin, 2008).

Pada pengkajian nyeri didapatkan data fokus pada pola kognitif perseptual sensori bahwa kemampuan kognitif pasien baik, mampu mengingat dan memahami pesan yang diterima, persepsi terhadap nyeri P: nyeri luka sayatan operasi, Q: berdenyut, R: pinggang bagian kiri, S: 4, T: hilang timbul. Pada pola istirahat tidur klien mengatakan klien sulit tidur karena rasa nyerinya, klien mengatakan sering terbangun dan susah tidur. Terdapat data pada pemeriksaan penunjang setelah operasi ditemukan leukosit yang tinggi dan data objektif terdapat kemerahan pada luka operasi.

B. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan pada klien Tn. T diruang Baitussalam I RSI Sultan Agung Semarang penulis menegakkan diagnosa keperawatan sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan nyeri pada pinggang kiri, klien tampak meringis, kualitas nyeri berdenyut, skala nyerinya 4 dan waktu nyeri hilang timbul. Penulis mengangkat diagnosa tersebut karena dipengkajian terdapat klien mengatakan nyeri. Dalam buku standar keperawatan Indonesia (SDKI) dicantumkan tanda dan gejala mayor subjektif klien mengeluh nyeri dan objektifnya yaitu tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur. Penulis merasa pengambilan diagnosa sudah sesuai karena sudah memenuhi syarat untuk 80% didapatkan dari data objektif.

Alasan penulis mengambil diagnosa nyeri akut karena pada saat pengkajian ditemukan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dipinggang bagian kiri, P: nyeri luka sayatan operasi, Q: berdenyut, R: nyeri daerah pinggang kiri, S: skala nyeri 4, T: nyeri hilang timbul dan data obyektifnya yaitu klien tampak meringis, klien tampak gelisah, terdapat luka insisi operasi dipinggang kiri. Tanda-tanda vital yang diperoleh, tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 62x/m, respirasi 20x/m, suhu 36°C, dan SpO₂ 99%.

Penulis menempatkan nyeri akut pada diagnosa utama karena itu merupakan diagnosa utama yang harus ditangani. Pasien post operasi akan merasakan nyeri, nyeri yang tidak diatasi akan menyebabkan pasien merasa cemas untuk melakukan mobilisasi dini menyebabkan tirah baring pasien terlalu lama. Pasien pasca operasi yang melakukan tirah baring terlalu lama dapat meningkatkan resiko terjadinya kekakuan atau penegangan otot-otot di seluruh tubuh, gangguan sirkulasi darah, gangguan pernafasan dan gangguan peristaltik maupun berkemih bahkan terjadinya dekubitus atau luka tekan (Utami & Khoiriyah, 2020)

Menurut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) setelah tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien nyeri akut yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik. Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi diberikan untuk mengatasi nyeri pada pasien dengan intervensi utama yaitu manajemen nyeri. Intervensi yang dilakukan penulis yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri, secara rasional untuk mengetahui lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, rasionalnya untuk mengetahui hal yang dapat memperburuk dan memperingan nyeri.

Memberikan teknik nonfarmakologis, rasionalnya untuk mengurangi nyeri yang dirasakan klien. Memfasilitasi istirahat tidur rasionalnya untuk memperingan nyeri saat digunakan istirahat. Menjelaskan strategi meredakan nyeri, rasionalnya untuk membantu klien cara meredakan nyeri saat nyeri muncul kembali.

Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, rasionalnya untuk membantu klien agar dapat mengatasi nyeri secara mandiri. Mengkolaborasi pemberian analgetik, rasionalnya untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien.

Implementasi dilakukan selama 3 hari pengelolaan, implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperinakan nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis, memfasilitasi istirahat tidur, menjelaskan strategi meredakan nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik. Dalam melakukan implementasi tidak ada kendala dan sudah sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Penulis dapat melakukan implementasi dengan baik karena klien bersedia dan kooperatif dalam mengatasi nyerinya.

Nyeri post operasi memerlukan tindakan yang tepat, upaya yang dapat dilakukan perawat dalam menangani nyeri post operasi dapat dilakukan dengan manajemen penatalaksanaan nyeri mencakup pendekatan farmakologis dan non-farmakologis (Utami & Khoiriyah, 2020). Teknik nonfarmakologis yang dapat dilakukan yaitu teknik distraksi dan relaksasi seperti nafas dalam diikuti dengan terapi dzikir, nyeri memberikan dampak yang buruk sehingga harus segera ditangani, terapi ini memiliki banyak manfaat selain untuk menurunkan nyeri juga dapat memberikan ketenangan jiwa, berserah diri, dan terlindung dari bahaya (Admin et al., 2020).

Evaluasi yang dilakukan, penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tinjauan yang ditetapkan dan dilakukan dengan maksimal agar masalah nyeri teratasi. Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 hari pengelolaan dengan melaksanakan tindakan dan kriteria hasil yang sesuai maka didapatkan data pasien menyatakan nyerinya berkurang pada daerah luka operasi pinggang bagian kiri dari hari pertama skala 4 menjadi hari ketiga skala 2.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Menurut SDKI gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, alasan penulis menegakkan diagnosa tersebut karena didapatkan data mayor subjektif klien mengeluh sulit tidur atau tidak bisa tidur, klien mengeluh sering terbangun saat tidur, klien mengeluh sulit untuk memulai tidurnya. Klien mengalami gangguan kesulitan tidur karena terdapat rasa nyeri post operasi yang memengaruhi tidurnya dan pasien merasa kurang nyaman dengan lingkungan rumah sakit. Saat dilakukan pengkajian klien tampak lemas dan mengantuk karena kurang tidur.

Menurut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) setelah tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan Pola Tidur membaik dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun. Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) intervensi utama yang diberikan pada diagnosa gangguan pola tidur yaitu dukungan tidur. Intervensi yang direncanakan penulis yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan pola tidur, rasionalnya untuk mengetahui pola aktivitas dan pola tidur.

Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, rasionalnya untuk mengetahui hal apa yang dapat mengganggu tidur klien. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, rasionalnya untuk memberikan kenyamanan pada klien agar dapat tidur dengan baik. Mengajarkan relaksasi atau cara nonfarmakologi, rasionalnya yaitu untuk memberikan rasa nyaman dan rileks pada klien sehingga klien dapat tidur dengan tenang.

Implementasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dari hasil intervensi yang ditetapkan. Implementasi dilakukan selama 3 hari pengelolaan, implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan pola tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, mengajarkan relaksasi atau cara nonfarmakologis. Dalam melakukan implementasi penulis sudah sesuai dengan intervensi yang ditetapkan sebelumnya. Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melakukan implementasi karena klien kooperatif.

Melakukan prosedur meningkatkan kenyamanan dengan cara relaksasi, salah satunya yaitu relaksasi benson. Relaksasi benson merupakan salah satu teknik yang digunakan untuk mengurangi nyeri, mengatasi gangguan tidur, dan mengatasi kecemasan. Salah satu keluhan yang dirasakan terkait gangguan tidur yaitu kesulitan tidur, sering terjaga, dan merasa tidak segar saat bangun tidur. Respon relaksasi yang melibatkan keyakinan yang dianut menurut Benson akan mempercepat terjadinya keadaan relaks, sehingga kombinasi respon relaksasi dengan melibatkan keyakinan akan melipat gandakan manfaat yang didapat dari respon relaksasi. Sehingga diharapkan dengan semakin cepat mencapai kondisi relaks maka seseorang akan lebih cepat untuk memasuki kondisi tidur yang berarti akan dapat mengatasi gangguan tidur yang dialami (Idea et al., 2021).

Evaluasi yang dilakukan, penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tinjauan yang ditetapkan dan dilakukan dengan maksimal agar masalah pola tidur membaik. Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 hari pengelolaan dengan melaksanakan tindakan dan kriteria hasil yang sesuai maka didapatkan data subjektif pasien menyatakan waktu tidurnya perlahan sudah kembali normal, data objektifnya klien tampak lebih tenang, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sudah teratasi dan harus tetap mempertahankan intervensi.

3. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Menurut SDKI resiko infeksi yaitu berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Banyak penyebab yang menjadi faktor dari terjadinya infeksi luka operasi. Infeksi luka bisa terjadi karena terkontaminasi bakteri ditempat bedah, hal ini dapat terjadi melalui: kerusakan pada dinding viskus berongga, bakteri flora normal pada kulit, serta teknik bedah kurang memenuhi standar sehingga bisa menyebabkan kontak eksogen dari team bedah, alat bedah dan lingkungan sekitar (Lestari et al., 2021)

Diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, alasan penulis menegakkan diagnosa tersebut menjadi diagnosa terakhir yaitu karena merupakan diagnosa resiko dan karena klien telah melakukan operasi pada daerah abdomen dan ditemukan data subjektif klien mengatakan nyeri pada luka operasi dan klien mengatakan luka operasinya terasa panas, sedangkan data objektif yang ditemukan yaitu terdapat kemerahan pada luka operasi dan hasil leukosit yang tinggi 16.41 ribu/ μ L.

Menurut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan Tingkat Infeksi menurun dengan kriteria hasil : kemerahan menurun, nyeri menurun, kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat. Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) intervensi utama yang diberikan yaitu pencegahan infeksi. Intervensi yang direncanakan penulis yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, rasionalnya untuk mengetahui gejala infeksi baik lokal maupun sistemik.

Batasi jumlah pengunjung, rasionalnya yaitu agar tidak banyak orang yang masuk yang dapat memperburuk kondisi klien. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, rasionalnya yaitu terhindar dari hal-hal yang menyebabkan penularan virus. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, rasionalnya yaitu agar dapat mencuci tangan dengan benar dan terhindar dari bakteri. Anjurkan meningkatkan asupan cairan, rasionalnya yaitu agar dapat mencegah terjadinya infeksi.

Implementasi dilakukan selama 3 hari pengelolaan. Implementasi yang dilakukan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, menganjurkan meningkatkan asupan cairan. Dalam melakukan implementasi sudah sesuai dengan intervensi yang ditetapkan sebelumnya. Penulis dapat melakukan implementasi dengan baik karena klien kooperatif dan menepati anjuran perawat. Evaluasi yang dilakukan, penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tinjauan yang ditetapkan dan dilakukan dengan maksimal agar masalah resiko infeksi teratasi. Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 hari pengelolaan dengan melaksanakan tindakan dan kriteria hasil yang sesuai maka didapatkan data subjektif pasien menyatakan nyerinya sudah berkurang dan rasa panas sudah menghilang, data objektifnya yaitu kemerahan

pada luka operasi berkurang maka penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah teratasi dan tetap mempertahankan intervensi.

C. Keterbatasan Penulis

Dalam melakukan asuhan keperawatan penulis mengalami beberapa keterbatasan baik dalam melakukan pengkajian dan menegakkan diagnosa keperawatan. Keterbatasan penulis dalam melakukan pengkajian yaitu penulis belum memasukkan data terkait dengan panjang dan lebar luka post operasi pada klien. Keterbatasan penulis dalam menegakkan diagnosa yaitu, selain diagnosa yang sudah ditegakkan pada Tn. T penulis juga membahas diagnosa yang kemungkinan muncul dari masalah yang dialami pasien tetapi tidak ditegakkan yaitu gangguan integritas kulit dan intoleransi aktivitas.

Diagnosa pertama yaitu gangguan integritas kulit, menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) gangguan integritas kulit yaitu kerusakan kulit (dermis dan epidermis). Dari data pengkajian yang didapatkan penulis yaitu terdapat luka sayatan post operasi dan terdapat kemerahan pada luka post operasi yang mengakibatkan gangguan kerusakan integritas kulit. Berdasarkan data tersebut maka harus dilakukan intervensi utama dari gangguan integritas kulit yaitu perawatan integritas kulit untuk meminimalisir terjadinya integritas kulit.

Diagnosa yang kemungkinan muncul kedua yaitu intoleransi aktivitas, menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Dengan pengkajian yang didapatkan penulis yaitu klien mengatakan selama sakit aktifitas perawatan diri seperti mandi, makan, berpakaian, buang hajat dibantu oleh istrinya. Maka dari itu dianjurkan untuk mendapatkan intervensi dukungan mobilisasi agar dapat memperbaiki kondisi klien sehingga klien dapat memenuhi aktivitas sehari-hari dengan mandiri tanpa bantuan dari orang lain.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Nefrolitiasis atau batu ginjal adalah bentuk kecil yang keras yang ditemukan di dalam ginjal atau batu ginjal adalah proses pembentukan gagal ginjal kronis dan akut, batu yang ditemukan dalam sistem urinaria ini dapat menghalangi jalannya air seni (Nurdiana & Neta, 2019). Penyebab dari nefrolitiasis yaitu usia, jenis kelamin, dan herediter, geografi (terutama suhu dan cuaca), pekerjaan, jumlah asupan air, diet, dan kondisi medis penyerta (Mayasari & Wijaya, 2020).

Penatalaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. T dengan diagnosa medis nefrolitotomi post op nefrolitiasis dilakukan selama tiga hari yaitu pada tanggal 1 Maret 2023 sampai dengan tanggal 3 Maret 2023, dimulai dari pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis selama tiga hari maka didapatkan hasil evaluasi keperawatan yaitu tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan tercapai dan masalah keperawatan pada klien teratasi.

B. Saran

1. Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi di institusi pendidikan dalam menyusun asuhan keperawatan mengenai kasus batu ginjal

2. Profesi Keperawatan

Pelayanan asuhan keperawatan pada pasien sudah cukup baik dan diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien sesuai dengan perkembangan standar asuhan keperawatan yang berlaku agar mendapatkan hasil pelayanan keperawatan yang bermutu dan berkualitas.

3. Lahan Praktik Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai wadah pelayanan kesehatan diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan yang baik dan benar sesuai dengan standar asuhan keperawatan dan dapat meningkatkan kualitas mutu pada pelayanan kesehatan.

4. Masyarakat

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan kepada masyarakat terkait penyebab terjadinya batu ginjal sehingga masyarakat dapat mengantisipasinya dan penanganan penyakit batu ginjal secara non farmakologis.



DAFTAR PUSTAKA

- Admin, Yorpina, & Ani Syafriati. (2020). Pengaruh Pemberian Terapi Dzikir Dalam Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operasi. *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan*, 10(20), 106–113. <https://doi.org/10.52047/jkp.v10i20.84>
- Alini, I. (2022). Penilaian Laboratoris dan Radiologik pada Kasus Nyeri Kolik Renal Akibat Batu Ginjal dan Batu Ureter Dd IGD RSUD Putri Bidadari Stabat. *Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Medan*, i–39. <http://repository.umsu.ac.id/handle/123456789/5163>
- Ambarawati, W. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Post Op Kolelitiasis (Batu Empedu) Di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. *Doctoral Disertation*, 94.
- Anarkie, & Dimas, R. (2020a). Pengalaman Pasien Batu Ginjal Dalam Menjalani Terapi Non Farmakologi. Vocational (Diploma) thesis, Universitas Muhammadiyah Malang. *Gastronomia Ecuatoriana y Turismo Local.*, 1(69), 5–24. <https://eprints.umm.ac.id/63378/>
- Anarkie, & Dimas, R. (2020b). *Pengalaman Pasien Batu Ginjal Dalam Menjalani Terapi Non Farmakologi*. 14–17.
- Ariana, R. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Post Op Percutaneous Nephrolithotomy*.
- Asrafa, E. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Nefrolitiasis Dengan Tindakan Bedah Mayor Nefrolitotomi Di Rumah Sakit Mardi Waluyo Metro Tahun 2022*.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*.

- Eka Fildayanti, W. (2019). Election of Open Stone Surgery (Oss) As Treatment To Case on Staghorn Stone. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 1(1), 16.
- Fikriani, H., & Wardhana Fakultas Farmasi Universitas Padjadjaran JIRaya Bandung Sumedang Km, Y. W. (2018). *Alternatif Pengobatan Batu Ginjal Dengan Seledri*. 16, 531–539.
- Hapipah, Kasegar, I. H., Kristiani, R. B., Simon, M. G., Banase, E. F. T., Aini, L. N., Aty, Y. M. V. B., Sulistyana, C. S., Safitri, Y., & Rohmawati, D. L. (2022). *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Perkemihan Berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI*. 277.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. 607.
- Idea, A., Journal, H., Hidayat, R., Amir, H., Masyarakat, F. K., & Indonesia, U. M. (2021). *Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Kualitas Tidur pada Lanjut Usia The Effect of the Benson Relaxation Technique on Sleep Quality in the Elderly*. 1(01), 21–25.
- Jejen & Yanti Susanti. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Tn. I Dengan Gangguan Sistem Perkemihan Akibat Batu Ginjal Di Ruang Prabu Siliwangi Lantai 4 Rumah Sakit Umum Daerah Gunung Jati Cirebon. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 4(1), 18–24. <http://poltekkesmajapahit.ac.id>
- Lestari, P., Haniah, S., & Utami, T. (2021). Asuhan Keperawatan pada Ny . S dengan Masalah Risiko Infeksi Post- Operasi Sectio Caesarea di Ruang Bougenvile RSUD Dr . R . Goeteng. *Asuhan Keperawatan Pada Ny . S Dengan Masalah Risiko Infeksi Post- Operasi Sectio Caesarea Di Ruang Bougenvile RSUD Dr . R . Goeteng*, 462–470.
- Mayasari, D., & Wijaya, C. (2020). Pembentukan Batu Ginjal pada Pekerja Agrikultur. *Agromedicine Unila*, 7(1), 13–18. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/article/view/2774>

- Muttaqin, A. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. 560.
- Nurdiana, & Neta, N. (2019). Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menurunkan Skala Nyeri Pada Pasien Post Op Batu Ginjal.. Diploma thesis, Universitas Islam Sultan Agung. *Jurnal Algoritma*, 12(1), 579–587. <http://jurtek.akprind.ac.id/bib/rancang-bangun-website-penyedia-layanan-weblog>
- Nursalam, D., & M. Nurs. (2006). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. 188.
- PERMATASARI, A. A. (2021). Diagnostik Urolithiasis. *MEDFARM: Jurnal Farmasi Dan Kesehatan*, 10(1), 35–46. <https://doi.org/10.48191/medfarm.v10i1.53>
- Priscilla LeMone, RN, DSN, F., Karen M. Burke, RN, M., & Gerene Bauldoff, RN, PHD, F. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Eliminasi Gangguan Kardiovaskuler*.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. 328.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. 527.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 193.
- Utami, R. N., & Khoiriyah, K. (2020). Penurunan Skala Nyeri Akut Post Laparatomi Menggunakan Aromaterapi Lemon. *Ners Muda*, 1(1), 23. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5489>

Widiastiwi, Y., & Ernawati, I. (2021). Klasifikasi Penyakit Batu Ginjal Menggunakan Algoritma Decision Tree C4 . 5 Dengan Membandingkan Hasil Uji Akurasi. *Jurnal IKRA-ITH INFORMATIKA*, 5(2), 128.

