

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S  
DENGAN POST NEFROLITHOTOMI DEXTRA  
HARI KEDUA DI RUANG BAITURRAHMAN  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



**Disusun Oleh:  
Siti Musarovah  
NIM: 893312920**

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

**2010**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan tim  
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 26 Mei 2010

Semarang, 26 Mei 2010

Pembimbing

Ns. Muh. Abdurrouf, S.Kep.,

NIK : 210902011


## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 31 Mei 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan dari tim Penguji.

Semarang, 31 Mei 2010

Tim Penguji

Penguji I

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


NIK: 20996002

Penguji II

  
(Muh. Abdurrouf, S.Kep., Ns)

NIK: 210902011

Penguji III

  
(Ns. Nani Prasanti, S. Kep)

NIK: 9311465

## MOTTO

- *“Barang siapa yang bertakwa kepada Allah niscaya Dia akan menjadikan baginya kemudahan dalam (semua) urusannya”. (Qs. ath-Thalaag: 4) (Kutubu Wa Rasaa'ilu Syaikh Muhammad bin Shaleh al-Utsaimiin, 4/14)*
- *“Bersabarlah karena dengan sabar pasti Allah akan memberikan petunjuk jalan keluarnya”.*
- *“Aku memperingatkan kamu supaya kamu jangan termasuk orang-orang yang tidak berpengetahuan”. (Qs. Hud: 46)*
- *“Tersenyumlah walau suasana hati dalam keadaan gundah gulana dan terasa berat karena senyum itu adalah ibadah”*
- *“(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tentram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allahlah hati menjadi tentram”. (Qs. Ar-Ra'd: 28)*
- *Katakanlah, “Sesungguhnya aku ini hanya seorang manusia seperti kamu, yang diwahyukan kepadaku, ‘Bahwa sesungguhnya Tuhan Kamu itu adalah Tuhan Yang Maha Esa’. Barang siapa mengharap perjumpaan dengan Tuhan-nya maka hendaklah ia mengerjakan amal yang saleh dan janganlah ia mempersekutukan seorang pun dalam beribadah kepada Tuhan-nya”. (Qs. Al-Kahf: 110)*

## KATA PENGANTAR

*Assalamu 'alaikum wr .wb*

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadiran ALLAH SWT atas limpahan rahmat, taufiq, serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan kasus ujian komprehensif ini dengan judul: "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN POST NEFROLITHOTOMI DEXTRA DAN URS DUPLEX II DI RUANG BAITUR RAHMAN RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG".

Karya tulis ini disusun dan disajikan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dengan selesainya laporan ini melibatkan banyak pihak yang dengan keikhlasannya meluangkan waktu dan memberikan bantuan dan bimbingannya. Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.sc., M.Eng. selaku Rektor Unissula
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan FIK UNISSULA yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menuntut ilmu di FIK UNISSULA
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, S.KM selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula.
4. Perawat di Baiturrahman Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bimbingan dan kesempatan penulis mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah.



5. Bapak Muh. Abdurrouf, S.Kep, Ns selaku pembimbing yang telah sabar membimbing dan memberikan waktu kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen serta staf pengajar FIK UNISSULA yang telah banyak membantu dalam pelaksanaan proses belajar-mengajar
7. Bapak dan Ibuku tercinta yang telah memberikan kasih sayang dan do'a serta dukungan material, moril, maupun spiritual sepenuhnya.
8. Buat kakak kakakku yang saya sayangi terima kasih sekali karena sudah membiayai saya untuk kuliah di FIK UNISSULA
9. Teman – temanku di kost Ibu Harny ada Isna, Ayuk, Sansit, Dewi, Vara, Iklm, Risa, Anita, Nobita, Susi, Dwi, Via, dan Mba Yeni.
10. Buat “Sekawan Sederek” ( musy, sansit, ayuk, siti), teman-teman seperjuanganku, *I Love You All* terimakasih banyak atas semua yang telah kalian berikan untuk mendukung terselesaikannya KTI ini.
11. Pihak-pihak lain yang tidak bisa penulis sebutkan semuanya.

Semoga Allah SWT memberikan balasan yang terbaik kepada pihak-pihak yang telah disebutkan di atas

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan penulis miliki, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun guna kesempurnaan penyusunan tugas berikutnya. Akhirnya penulis berharap karya tulis ini dapat bermanfaat.

Terima kasih.

*Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*

Semarang, Mei 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI .....	iii
MOTTO .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
C. Manfaat Penulisan.....	3
<b>BAB II KONSEP DASAR .....</b>	<b>4</b>
A. Konsep Dasar Penyakit.....	4
1. Pengertian.....	4
2. Etiologi.....	4
3. Patofisiologi.....	5
4. Pathways .....	7
5. Manifestasi klinik... ..	8
6. Pemeriksaan Diagnostik... ..	9
7. Komplikasi.....	11
8. Penatalaksanaan... ..	11
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	13

1. Pengkajian Keperawatan.....	13
2. Fokus Intervensi.....	15
<b>BAB III RESUME KEPERAWATAN.....</b>	<b>21</b>
<b>A. Pengkajian.....</b>	<b>21</b>
1. Identitas .....	21
2. Riwayat Penyakit .....	21
3. Fokus Pengkajian.....	23
4. Pemeriksaan Fisik.....	24
5. Pemeriksaan Diagnostik .....	25
6. Terapi.....	27
7. Analisa Data.....	28
<b>B. Rencana Tindakan Keperawatan .....</b>	<b>29</b>
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>36</b>
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>46</b>
A. Kesimpulan .....	46
B. Saran .....	47
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Batu ginjal merupakan penyebab terbanyak kelainan di saluran kemih. Di Negara maju seperti Amerika Serikat, Eropa, Australia, batu saluran kemih banyak dijumpai di saluran kemih bagian atas, sedang di Negara berkembang seperti India, Thailand, dan Indonesia lebih banyak dijumpai batu kandung kemih. Di daerah Semarang, sejak tahun 1979 proporsi batu ginjal dijumpai relative meningkat dibandingkan proporsi batu kandung kemih.

Peningkatan kejadian batu pada saluran kemih bagian atas terjadi di abad 20, khususnya di daerah bersuhu tinggi dan dari Negara yang sudah berkembang. Epidemiologi batu saluran kemih bagian atas di Negara yang berkembang dijumpai ada hubungan yang erat dengan perkembangan ekonomi serta dengan peningkatan pengeluaran biaya untuk kebutuhan makanan perkapita. Di beberapa rumah sakit di Indonesia dilaporkan ada perubahan proporsi batu ginjal dibandingkan batu saluran kemih bagian bawah. Hasil analisis jenis batu ginjal di Laboratorium patologi Klinik UGM sekitar tahun 1964 dan 1969 didapatkan proporsi batu ginjal sebesar 20% dan batu kandung kemih sebesar 80%, tetapi pada tahun 1970-1974 batu ginjal sebesar 70% (101-144) dan batu kandung kemih 30% (43/144 batu) (Sja'bani, dalam Sudoyo, 2006).

Berdasarkan angka kejadian yang dikutip dari Sja'bani, Mochammad dalam Sudoyo (2006), penulis memaparkan bahwa alasan untuk mengangkat masalah batu ginjal itu sangat penting karena dengan mengetahui angka kejadian sebelumnya akan bisa mempermudah menggali lebih dalam mengenai keberhasilan dalam penatalaksanaan, sehingga perawat akan lebih mudah dalam memberikan Asuhan keperawatan khususnya pada klien dengan post nefrolitotomi.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk mengetahui asuhan keperawatan pada Tn. S dengan post nefrolithotomi dextra hari kedua di Ruang Baiturrahman Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Memahami konsep dasar penyakit batu ginjal ( pengertian, etiologi, patofisiologi, komplikasi, manifestasi klinik, penatalaksanaan, dan konsep dasar keperawatannya / asuhan keperawatannya).
- b. Menggambarkan hasil pengkajian keperawatan pada Tn. S dengan Post nefrolitotomi hari kedua.
- c. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada Tn. S dengan Post nefrolitotomi hari kedua.
- d. Memahami perencanaan keperawatan pada Tn. S dengan Post nefrolitotomi hari kedua.

- e. Mengetahui tindakan keperawatan pada Tn. S dengan Post nefrolitotomi hari kedua
- f. Mengetahui evaluasi asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Post nefrolitotomi hari kedua.

### **C. Manfaat Penulisan**

#### **1. Lahan Praktik**

Menambah referensi dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan khususnya perawatan klien paska pembedahan urologi.

#### **2. Institusi Pendidikan**

Menambah referensi dalam bidang pendidikan sehingga dapat menyiapkan perawat yang berkompetensi dan berdedikasi tinggi dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistik, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan bedah pada batu ginjal.

#### **3. Masyarakat**

Memberikan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan perawatan paska bedah batu ginjal.

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit**

##### **1. Pengertian**

Batu ginjal adalah batu yang terbentuk karena kondisi metabolis seperti misalnya peningkatan kadar kalsium, asam sitrit, dan asam urat pada urin (Reeves, 2001).

Batu ginjal adalah keadaan tidak normal di dalam ginjal, dan mengandung komponen Kristal serta matriks organik, yang sebagian besar mengandung batu kalsium, batu oksalat atau kalsium fosfat, secara bersama dapat dijumpai sampai 65-85% dari jumlah keseluruhan batu ginjal (Sudoyo, 2006).

Batu ginjal ialah batu yang terdapat di mana saja di saluran kemih yang tersusun dari kristal kristal kalsium dan yang merangsang pembentukan batu misalnya meliputi; penurunan dan peningkatan urin, obat atau kebiasaan makan tertentu serta adanya hambatan aliran urin ( Corwin, 2001).

Dari ketiga pengertian di atas penulis menarik kesimpulan bahwa batu ginjal adalah batu ginjal di kaliks ginjal atau pelvis renalis akibat proses fisikokimiawi dari zat-zat yang terkandung di dalam air kemih.

##### **2. Etiologi**

Menurut Purnomo (2003) Penyebab terbentuknya batu saluran kemih diduga berhubungan dengan gangguan aliran urin, gangguan

metabolik, infeksi saluran kemih, dehidrasi dan keadaan-keadaan lain yang masih belum terungkap (*idiopatik*).

Secara epidemiologis terdapat beberapa faktor yang mempermudah terjadinya batu saluran kemih yang dibedakan sebagai faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik.

Faktor intrinsik, meliputi:

- a. Herediter; diduga dapat diturunkan dari generasi ke generasi.
- b. Umur; paling sering didapatkan pada usia 30-50 tahun
- c. Jenis kelamin; jumlah pasien pria 3 kali lebih banyak dibanding pasien wanita.

Faktor ekstrinsik, meliputi:

- a. Geografi; pada beberapa daerah menunjukkan angka kejadian yang lebih tinggi daripada daerah lain sehingga dikenal sebagai daerah stone belt (sabuk batu)
- b. Iklim dan temperatur
- c. Asupan air; kurangnya asupan air dan tingginya kadar mineral kalsium dapat meningkatkan insiden batu saluran kemih.
- d. Diet; diet tinggi purin, oksalat dan kalsium mempermudah terjadinya batu saluran kemih.
- e. Pekerjaan; penyakit ini sering dijumpai pada orang yang pekerjaannya banyak duduk atau kurang aktivitas fisik (*sedentary life*).

### 3. Patofisiologi

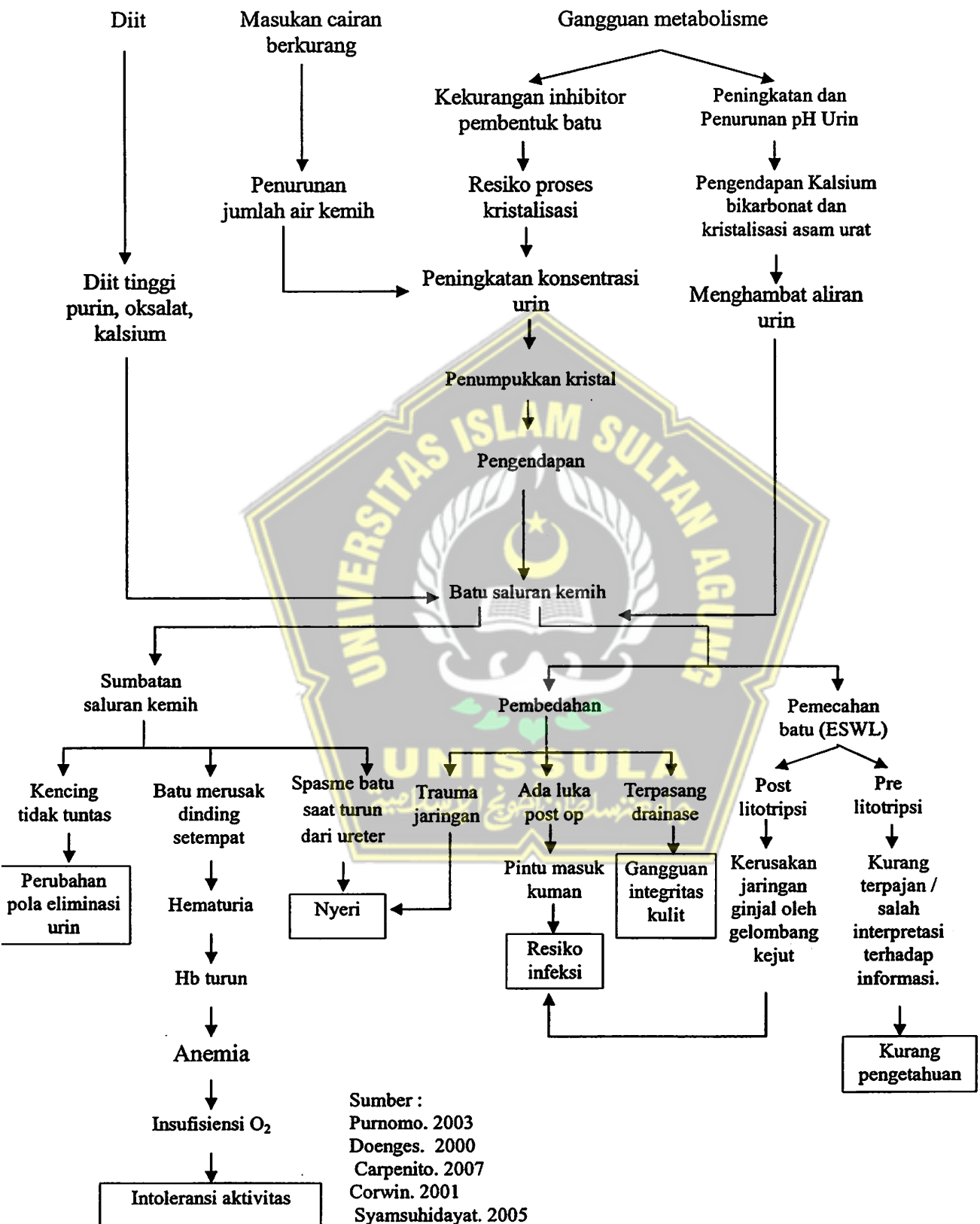
Batu ginjal dapat disebabkan oleh peningkatan pH urin (misal batu kalsium bikarbonat) atau penurunan pH urin (misal batu asam urat).

Konsentrasi bahan-bahan pembentuk batu yang tinggi di dalam darah dan urin, dan obat atau kebiasaan makan tertentu, dan juga dapat merangsang pembentukan batu. Segala sesuatu yang menghambat aliran urin dan menyebabkan statis (tidak ada pergerakan) urin di bagian mana saja di saluran kemih, meningkatkan kemungkinan pembentukan batu. Batu kalsium, yang biasanya terbentuk bersama oksalat atau fosfat, sering menyertai keadaan-keadaan yang menyebabkan resorpsi tulang, termasuk imobilisasi dan penyakit ginjal. Batu asam urat sering menyertai *gout*, suatu penyakit peningkatan pembentukan atau penurunan ekskresi asam urat. (Corwin, 2001).

Batu saluran kemih dapat menimbulkan penyulit berupa obstruksi dan ISK. Manifestasi obstruksi pada saluran kemih bagian bawah adalah retensi urine / keluaran miksi yang lain sedangkan pada batu saluran kemih bagian atas dapat menyebabkan *hidroureter* atau *hidronefrosis*. Batu yang dibiarkan di dalam saluran kemih dapat menimbulkan infeksi, *abses ginjal*, *pielonefritis*, *urosepsis*, dan kerusakan ginjal permanen (gagal ginjal). (Purnomo, 2003).



## 4. Pathway



## 5. Manifestasi Klinik

Pasien dengan batu ginjal akan terdapat *kolik* pada ginjal dan ureter dapat disertai dengan akibat lebih lanjut, misalnya *distensi* usus dan *pielonefritis* dengan demam. (Sjamsuhidayat dan Jong, W, 2005)

Menurut Corwin, (2001) Terdapat pula beberapa gambaran klinis yang lain dari penyakit batu yaitu meliputi:

- a. Nyeri : Pola tergantung pada lokasi sumbatan.
- b. Batu ginjal menimbulkan peningkatan tekanan hidrostatik dan distensi pelvis ginjal serta ureter proksimal yang menyebabkan kulit nyeri hilang setelah batu keluar.
  - 1) Batu ureter yang besar menimbulkan gejala atau sumbatan seperti saat turun ke ureter (*kolik uretra*).
  - 2) Batu kandung kemih menimbulkan gejala yang mirip *sistitis*
- c. Sumbatan batu menutup, aliran urin akan menimbulkan gejala infeksi saluran kemih demam dan menggigil.
- d. Gejala gastrointestinal meliputi mual, muntah, diare dan perasaan tidak mual di perut berhubungan dengan refluks renointestinal dan penyebaran saraf (*ganglion celiac*) antara ureter dan *intestin*.
- e. Pengenceran urin apabila terjadi obstruksi aliran, karena kemampuan ginjal memekatkan urin terganggu oleh pembengkakan yang terjadi di sekitar kapiler peritubulus.

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Price & Wilson (2006) pemeriksaan diagnostik pada batu ginjal yaitu meliputi :

### a. Urinalisa

Warna mungkin kuning, coklat gelap, berdarah, secara umum menunjukkan sel darah merah, sel darah putih, kristal ( sistem asam urat, kalsium oksalat), serpihan, mineral, bakteri, pus. PH mungkin asam (meningkatkan magnesium, fosfat ammonium atau batu kalsium fosfat)

### b. Urine (24 jam)

Kreatinin, asam urat, kalsium fosfat, oksalat atau sistin mungkin meningkat.

### c. Kultur urin

Mungkin menunjukkan ISK ( *stapilococcus aureus*, *proteus*, *klebsiela*, *pseudomonas* )

### d. BUN / Kreatinin

Serum dan urine abnormal (tinggi pada serum / rendah pada urin ) sekunder terhadap tingginya batu obstruktif pada ginjal menyebabkan iskemia / nekrosis.

### e. Sistoskopi

Memungkinkan visualisasi langsung dari saluran perkemihan untuk mendeteksi abnormalitas dan pada beberapa kasus untuk membuang batu.

- f. Hitungan darah lengkap sel darah putih mungkin meningkat menunjukkan adanya kalkuli dan atau perubahan anatomi pada area ginjal dan sepanjang ureter.
- g. IVP ( intra vena pielogram ): memberikan konfirmasi cepat urolithiasis seperti penyebab nyeri abdominalis atau panggul. Menunjukkan abnormalitas pada struktur anatomi (distensi ureter) dan garis bentuk kalkuli. ( Doenges, 2000 )

Sedangkan menurut Sjamsuhidayat & Jong, (2005) pemeriksaan pasien dengan batu ginjal meliputi:

- a. Kemih
  - 1) Mikroskopik-endapan
  - 2) Biakan
  - 3) Sensitivitas kuman
- b. Faal ginjal
  - 1) Ureum
  - 2) Kreatinin
  - 3) elektrolit
- c. Foto polos perut ( 90% batu kemih radiopak)
- d. Foto pielogram intravena ( adanya efek obstruksi)
- e. Ultrasonografi ginjal ( hidronefrosis)
- f. Foto Kontras spesial
  - 1) Retrograde
  - 2) Perkutan



- g. Analisis biokimia batu
- h. Pemeriksaan kelainan metabolik

## 7. Komplikasi

Menurut Corwin (2001) komplikasi dari batu ginjal antara lain :

- a. Obstruksi urine dapat terjadi di sebelah hulu dari batu di bagian mana saja di saluran kemih. Obstruksi di atas kandung kemih dapat menyebabkan hidroureter karena ureter membengkak oleh urine. Hidroureter yang tidak diatasi, atau obstruksi pada atau di atas tempat ureter keluar dari ginjal dapat menyebabkan hidronefrosis yaitu pembengkakan pelvis ginjal dan system duktus pengumpul.
- b. Obstruksi menyebabkan peningkatan tekanan hidrostatis interstisium dan dapat menyebabkan penurunan GFR. Obstruksi yang tidak di atasi dapat menyebabkan kolapsnya nefron dan kapiler sehingga terjadi iskemia nefron karena suplai darah terganggu. Akhirnya dapat terjadi gagal ginjal.
- c. Setiap kali terjadi obstruksi aliran urine (stasis), maka kemungkinan infeksi bakteri meningkat.

## 8. Penatalaksanaan

- a. Medis

Menurut Syamsuhidayat (2005) penatalaksanaan medis meliputi :

### 1) Farmakoterapi

- a) Untuk mempertahankan pH urin

(1) Natrium bikarbonat untuk membuat urine lebih alkalin pada asam pencetus batu.

- (2) Asam askorbat untuk membuat urine lebih asam, pada alkalin pencetus batu
- b) Untuk mengurangi ekspresi dari substansi pembentuk batu
- (1) Diuretik tiazid untuk menurunkan ekskresi kalsium.
- (2) Aluporinol untuk mengatasi batu asam dengan menurunkan kadar asam urat plasma
- 2) Pengangkatan batu melalui pembedahan.
- a) Pielolitotomi (batu diangkat dari pelvis ginjal )
- b) Uretolitotomi ( batu diangkat dari ureter )
- c) Sistolitotomi ( batu diangkat dari kandung kemih )
- d) *Litotripsi ultrasonik perkutan ( UL ) dan Extracorporeal Shock Wave Litotripsi ( ESWL )* menggunakan gelombang suara dan gelombang kejut secara berturut-turut, untuk memecahkan batu menjadi potongan kecil untuk memudahkan ekskresi dalam urine. Metode ini terutama bermanfaat untuk pasien dengan risiko terhadap prosedur pembedahan.
- e) Terapi pelarutan menggunakan larutan kimia khusus batu yang dimasukkan melalui selang nefrostomi untuk mengeringi area dan melarutkan batu.

b. Keperawatan

Untuk segala tipe batu ginjal adalah dengan menganjurkan pada pasien untuk meningkatkan konsumsi cairan. Jika batu berada dalam ureter, maka ini akan menyebabkan sakit yang amat sangat, oleh karena itu, kontrol terhadap rasa sakit merupakan aspek penting



perawatan. Narkotik sering diberikan bagi terapi rasa sakit yang dirasakan. (Ini sangat penting untuk memiliki batu di dalam ureternya).

Perawat harus memonitor pemasukan dan pengeluaran dengan cermat. Seluruh urin harus diperiksa untuk mengetahui batu yang mungkin keluar bersamaan dengan urin. Perawat harus memonitor kemungkinan *hematuria* dan melaporkan segala perdarahan pada dokter. (Reeves, 2001)

## B. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

Menurut Doenges (2000) fokus pengkajian pada klien yang menderita penyakit batu ginjal meliputi :

#### a. Aktivitas / Istirahat

Gejala : Pekerjaan monoton, pekerjaan di masa terpajan pada lingkungan, Keterbatasan aktivitas / imobilitas sehubungan dengan kondisi sebelumnya (contoh penyakit tak sembuh-sembuh medulla spinalis)

#### b. Sirkulasi

Tanda : Peningkatan TD / nadi (nyeri, ansietas, gagal ginjal ). Kulit hangat dan kemerahan : pucat

#### c. Eliminasi

Gejala : Riwayat adanya / ISK kronis, obstruksi kalkulus ), penurunan haluaran urin, kandung kemih penuh, rasa terbakar, dorongan berkemih, diare.

Tanda : Oliguria, hematuria, perubahan pola berkemih

d. Makanan / Cairan

Gejala : Mual / muntah, nyeri tekan abdomen. Diet tinggi purin, kalsium oksalat, dan / atau fosfat. Ketidakcukupan pemasukan cairan, tidak minum air dengan cukup

Tanda : Distensi abdominal, penurunan / tak adanya bising usus, muntah.

e. Nyeri Kenyamanan

Gejala : Episode akut nyeri berat, nyeri kolik. Lokasi tergantung pada lokasi batu, contoh pada panggul diregio sudut kostovertebral, dapat menyebar ke punggung, abdomen, dan turun kelipat paha / genetalia. Nyeri dangkal konstan menunjukkan kalkulus ada di pelvis atau kalkulus ginjal. Nyeri dapat digambarkan sebagai akut hebat tidak hilang dengan posisi atau tindakan lain.

Tanda : Melindungi, perilaku distriksi

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, ISK kronis

Riwayat penyakit usus halus, bedah abdomen sebelumnya hiperparatiroidisme

Penggunaan antibiotik, antihipertensi, natrium bikarbonat, alupurinol, fosfat, tiazid, pemasukan berlebihan kalsium atau vitamin.

Menurut Harwono, (2002) pasien dengan kecurigaan batu ginjal dikaji untuk nyeri dan ketidaknyamanan. Berat dan lokasi nyeri ditentukan bersamaan dengan penyebaran nyeri. Pasien juga dikaji untuk adanya gejala yang berkaitan seperti mual, muntah, diare, dan distensi abdomen. Pengkajian keperawatan meliputi mengobservasi tanda infeksi traktus urinarius (menggigil, demam, disuria, sering berkemih, dan hesitansi) dan obstruksi (sering berkemih dengan jumlah sedikit, oliguria, atau anuria). Selain itu, urine dilihat terhadap adanya darah dan pecahan batu.

Riwayat difokuskan pada faktor-faktor yang mencetuskan pasien pada batu traktus urinarius. Faktor-faktor yang mencetuskan pasien pada pembentukan batu dapat meliputi riwayat keluarga tentang batu, adanya kanker atau gangguan sumsum tulang, atau penggunaan agens kemoterapi, penyakit inflamasi usus, atau diet tinggi kalsium atau purin. Faktor-faktor yang dapat mencetuskan pembentuk batu pada pasien yang telah mengalami batu ginjal meliputi episode dehidrasi, imobilisasi dalam waktu lama, dan infeksi. Pengetahuan pasien tentang batu ginjal dan tindakan pencegahan kejadian atau kekambuhannya juga perlu dikaji.

## **2. Fokus Intervensi**

- a. Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan reflek spasme otot sekunder akibat pembedahan

Tujuan : Nyeri hilang / berkurang.

Kriteria hasil : Melaporkan penurunan nyeri, ekspresi wajah dan muka tampak rileks.

Intervensi :

1) Kaji intensitas, lokasi, lamanya faktor pencetus dan pengurang nyeri.

Rasional : mengevaluasi tentang karakteristik nyeri.

2) Kaji adanya tanda-tanda vital maupun tanda non verbal nyeri.

Rasional : nyeri tiba-tiba dan hebat dapat mencetuskan ketakutan, gelisah, ansietas berat.

3) Pantau aliran urin, periksa kepatenan kateter.

Rasional : Mencegah stasis/retensi urin, menurunkan risiko peningkatan tekanan ginjal dan infeksi.

4) Dorong penggunaan nafas berfokus, bimbingan imajinasi, dan aktivitas terapeutik.

Rasional : Mengarahkan kembali perhatian dan membantu dalam relasasi otot.

5) Berikan lingkungan yang tenang.

Rasional : Meningkatkan relasasi, menurunkan tegangan otot, dan meningkatkan koping (Doenges. 2000)

b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan drainase luka.

Tujuan : Keutuhan kulit baik

Kriteria hasil : Tidak ada gejala, kemerahan pada kulit

Intervensi :

- 1) Gunakan teknik aseptik yang ketat.

Rasional; Melindungi luka dari perlukaan mekanis dan kontaminasi.

- 2) Periksa luka secara teratur, catat karakteristik dan integritas kulit.

Rasional: Pengenalan adanya kegagalan proses penyembuhan luka/berkembangnya komplikasi secara dini dapat mencegah terjadinya kondisi yang lebih serius.

- 3) Ingatkan pasien untuk tidak menyentuh area luka.

Rasional: Mencegah kontaminasi luka.

- 4) Bersihkan permukaan kulit dengan menggunakan hydrogen peroksida atau dengan air yang mengalir dan sabun lunak setelah daerah insisi ditutup.

Rasional: Menurunkan kontaminasi kulit, membantu dalam membersihkan eksudat.

- 5) Irigasi luka, bantu dengan menggunakan debridement sesuai kebutuhan.

Rasional; membuang jaringan nekrotik/luka eksudat untuk meningkatkan penyembuhan. ( Doenges. 2000)

- c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya tempat masuk mikroorganisme sekunder akibat pembedahan.

Tujuan : Tidak terjadi infeksi.

Kriteria hasil : Tidak ada tanda -tanda infeksi

Intervensi :

- 1) Identifikasi faktor-faktor penyebab infeksi.

Rasional: mengetahui mikroorganisme penyebab infeksi

- 2) Periksa kulit untuk memeriksa adanya infeksi yang terjadi.

Rasional: gangguan pada integritas kulit atau dekat dengan lokasi operasi adalah sumber kontaminasi luka. Menggunting/bercukur secara hati-hati adalah imperative untuk mencegah abrasi dan penorehan pada kulit.

- 3) Sediakan pembalut yang steril.

Rasional: Mencegah kontaminasi lingkungan pada luka yang baru.

- 4) Pertahankan gravitasi drain dependen dari kateter indwelling, selang, dan atau tekanan positif dari parenteral atau jalur irigasi.

Rasional: mencegah stasis dan refluks cairan tubuh.

- 5) Lakukan irigasi luka yang banyak misalnya normal salin, air, antibiotik atau antiseptik.

Rasional: Dapat digunakan pada intraoperasi untuk mengurangi jumlah bakteri pada lokasi dan pembersihan debris, misalnya tulang jaringan iskemik, kontaminan usus, toksin.

- 6) Berikan antibiotik sesuai petunjuk.

Rasional: Dapat diberikan secara profilaksis bila dicurigai terjadinya infeksi atau kontaminasi (Doenges, 2000).

- d. Kurang Pengetahuan ( kebutuhan belajar ) tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan salah menginterpretasi informasi

Tujuan : Mengatakan pemahaman poses belajar



Kriteria hasil : menghubungkan dengan gejala dengan faktor penyebab, melakukan pengobatan

1) Kaji ulang proses penyakit dan harapan masa datang

Rasional : Memberikan pengetahuan dasar dimana pasien dapat membuat pilihan berdasarkan informasi.

2) Tekankan pentingnya peningkatan, pemasukan cairan

Rasional : pembilasan sistem ginjal menurunkan kesempatan statis ginjal dan pembentukan batu

3) Kaji ulang program diet sesuai individual

Rasional : diet tergantung pada tipe batu

4) Diet rendah purin contoh : membatasi daging berlemak, kalkun, tumbuhan polong, gandum, alkohol

Rasional : menurunkan pemasukan oral terhadap prekursor asam urat

5) Diet rendah oksalat, contoh : pembatasan coklat / minuman mengandung kafein, bayam.

Rasional : menurunkan pembentukan batu kalsium oksalat

6) Diet rendah kalsium / fosfat dengan jeli karbonan aluminium 30-40 ml, menit per jam

Rasional : menengah kalkulus fosfat dengan membentuk prosipitat yang tak larut dalam traktus GI

7) Diet rendah kalium, contoh : membatasi susu, keju, sayur berdaun hijau, yogurt

Rasional : menurunkan resiko pembentukan batu kalium

8) Diskusikan program obat-obatan

Rasional : obat-obatan diberikan untuk mengasamkan atau mengalkalinkan urine, tergantung pada, penyebab dasar pembentukan batu (Doenges, 2000)



## BAB III

### RESUME KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan Hari Senin tanggal 15 Februari 2010 pukul 16.00 WIB di ruang Baiturrahman Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

##### 1. Identitas

Klien bernama Tn. S umur 49 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, suku Jawa dan berkebangsaan Indonesia, pekerjaan swasta, pendidikan tamat SMA, beralamat di jl. Kanfer VII No 3 Batang RT 05 RW 10. Klien masuk Rumah Sakit pada tanggal 11 Februari 2010, nomor RM 111.46.40 dengan diagnosa medis Post Nefrolitotomi. Adapun identitas penanggung jawab bernama Ny. A, umur 47 tahun, pekerjaan wiraswasta, alamat Kanfer VII No 3 Batang RT 05 RW 10, hubungan dengan klien sebagai istri.

##### 2. Riwayat Penyakit

Riwayat penyakit sekarang meliputi keluhan utama yaitu klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. P : karena luka post nefrolitotomi. Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk jarum. R : pada perut bagian kanan tengah sepanjang 15 cm terdapat jahitan luka yang hampir mengering. S : skala nyeri 5, T : nyeri terasa ketika digunakan untuk miring ke kanan. Alasan masuk rumah sakit yaitu klien mengatakan dirinya merupakan rujukan dari dr. Sumarawanti Sp.PD dengan GGA d.d

nefrolitotomi duplex untuk menjalani pembedahan di RSI Sultan Agung, klien masuk melalui IGD tanggal 11 Februari 2010 jam 14.50, Tn. S mendapatkan terapi RL 30 tpm dan injeksi IV ketopain 30 gr, gastridin 1 Ampul.

Untuk mendapatkan perawatan yang lebih intensif dipindahkan ke ruang Baiturrahman, serta mendapatkan persiapan diri sebelum menghadapi operasi. Klien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami operasi, namun klien pernah dirawat di RS Khodijah Pekalongan pada tanggal 6 Februari 2010 dengan keluhan kurang lebih seminggu yang lalu pada tanggal 30 Januari 2010. Klien keadaan umumnya lemah, mual, nyeri pinggang kanan dan kiri, klien mengatakan tidak bisa BAK (nyeri ketok). Sebelumnya klien juga pernah mengalami rawat jalan karena pada tanggal 14 Januari 2010 klien melakukan pemeriksaan USG yang hasilnya ada batu ginjal di kanan dan kiri.

Riwayat penyakit dahulu, klien mengatakan sering mengalami nyeri pinggang yang terjadi berulang / kumat-kumatan. Klien mengatakan dulu juga pernah mengalami BAK yang keluar batu. Riwayat alergi yaitu klien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap apapun.

Riwayat kesehatan keluarga, klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hati maupun penyakit menurun lainnya. Klien mengatakan dalam anggota keluarganya tidak ada yang menderita penyakit batu ginjal.

### 3. Fokus Pengkajian

#### a. Tidur/Istirahat

Sebelum klien dirawat di RISSA klien sering mengalami nocturia sehingga sangat mengganggu pola kebutuhan istirahat tidurnya. Klien hanya bisa tidur malam kurang lebih 5 jam, sedangkan selama dirawat di RISSA dan setelah operasi klien masih belum bisa istirahat dengan maksimal dikarenakan adanya proses hospitalisasi dan bukan karena kekhawatiran dalam eliminasi urin yang mengalami gangguan (nocturia).

#### b. Kognitif/Perseptual

Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan perasaan nyeri yang dirasakan. Ketika perawat menunjukkan rentang skala nyeri 1-10 klien menunjukkan rasa nyerinya berada pada posisi skala 5 yang sesuai dengan nyeri yang dirasakannya. Jadi skala nyeri klien ialah 5.

Klien mengalami sedikit gangguan pendengaran terbukti saat perawat memberikan informasi/anjuran/anak Tn.S selalu menjelaskan ulang pada ayahnya.

#### c. Aktivitas dan latihan

Sebelum klien sakit dapat melakukan pemenuhan kebutuhan dasar dan bekerja secara mandiri. Sebelum klien menjalani operasi sering mengeluh nyeri pinggang dan tidak bisa BAK, sehingga hal tersebut sangat mengganggu aktivitas klien sehari-hari dalam pemenuhan ADL. Selama klien menjalani perawatan (post nefrolitotomi) aktivitas klien terbatas dalam pemenuhan kebutuhan dasar secara mandiri. Klien dalam pemenuhan dasar misalnya:

berpakaian dibantu, makan disuapi, kebutuhan eliminasi urin dan BAB dibantu dan di tempat tidur.

Tn. S tidak terpasang alat bantu pernafasan saat dilakukan pengkajian. Irama pernafasan klien regular, frekuensi 22x/menit, klien tidak batuk dan tidak terdapat sputum. Denyut nadi Tn.S :84X/mnt, TD:120/80 mmHg, suhu ekstremitas klien teraba hangat, S:37<sup>0</sup> C. Tn. S Terpasang VD (*Vacum Drainage*), dan tampak luka operasi.

#### 4. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum klien lemah dengan kesadaran compos mentis, dan postur tubuhnya obesitas. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital hasilnya TD klien 120/80, Nadi klien 82x/mnt, suhu tubuh klien 36,8 C, dan RRnya 24x/mnt. Tinggi dan berat badan klien ialah 175cm dan 80kg.

Pada pemeriksaan kepala didapatkan data yaitu kepala klien tidak terdapat luka dengan bentuk mesocephal. Konjungtiva mata klien tampak anemis, sklera tak tampak ikterik, hidung klien tidak terdapat sekret, dan tidak ada pernafasan cuping hidung. Pada mulut klien Nampak lidah agak kotor, mukosa bibirnya lembab. Untuk telinga klien tidak ada serumen yang menebal namun Tn. S mengalami sedikit gangguan dalam mendengarkan suara yang jelas. Pada leher klien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Bentuk dada klien simetris.

Pada pemeriksaan paru paru saat di inspeksi nampak ekspansi paru kanan dan kiri simetris, palpasi terdapat vocal fremitus simetris antara paru kanan dan kiri, saat diperkusi resonan, dan saat diauskultasi terdengar vesikuler, dan tidak ada ronchi maupun wheezing.



Pada pemeriksaan jantung klien diperoleh hasil saat diinspeksi ictus cordis tak tampak, dengan palpasi ictus cordis teraba pada ICS 5 midclavicular line, perkusi jantung pekak dan saat auskultasi terdengar suara jantung S1 dan S2.

Pada pemeriksaan abdomen saat diinspeksi pada bagian kanan perut Tn. S tepat di regio ginjal berada hingga samping (pertengahan axial) terdapat luka jahitan subkutis kurang lebih 15cm post nefrolitotomi, auskultasi terdengar suara peristaltik usus 10x/mnt, saat dipalpasi tidak terdapat distensi abdomen, dan saat diperkusi timpani.

Pada punggung klien tidak terdapat lesi, pada alat kelamin klien terpasang kateter. Untuk ekstremitas tangan kanan klien terpasang infus RL 30 tpm. Pada pemeriksaan kulit klien hasilnya yaitu turgor kulit baik, kulit di sekitar luka post operasi tidak kemerahan, jahitan rapat dengan sempurna, luka semakin kering dan terpasang VD (*Vacum Drainage*) yaitu 5 cc, yaitu pada tanggal 15 Februari 2010. Klien mengatakan lukanya terasa gatal.

#### **5. Pemeriksaan Diagnostik**

Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium tanggal 11 Februari 2010, WBC  $12,24 \times 10^3/\text{mm}^3$  normal (3,5-10,0), RBC  $4,36 \times 10^3/\text{mm}^3$  normal (3,80-5,80), HGB 12.0 g/dl normal (11,0-16,5), HCT 35.4 % normal (35,0-50,0), MCV 81.2 fl normal (80-97) MCH 27.5 pg normal (26,5-33,5), MCHC 33.9 g/dl normal (31,5-35,0), PCT  $411 \times 10^3/\text{mm}^3$  normal (150-440), RDW-CV 14.8 % normal (10,0-15,0), RDW SD 42.8 fl normal

(35-47, MPV 8.5 mm<sup>3</sup> normal (6,5-11,0), P-LRC 14.41 % normal (15.0-250).

Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium tanggal 13 Februari 2010, WBC 13,91 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> normal (3,5-10,0), RBC 2.95 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> normal (3,80-5,80), HGB 8.30 g/dl normal (11,0-16,5), HCT 25.1 % normal (35,0-50,0), PLT 411 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> normal (150-390), PCT 167 % normal (100-500), MCV 85.1 fl normal (80-97) MCH 28.1 pg normal (26,5-33,5), MCHC 33.1 g/dl normal (31,5-35,0), PCT 287 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> normal (150-440), RDW-CV 14.5 % normal (10,0-15,0), RDW SD 43.8 fl normal (35-47, MPV 7.8 mm<sup>3</sup> normal (6,5-11,0), P-LRC 9.6 % normal (15.0-250).

Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium tanggal 14 Februari 2010, WBC 18,25 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> normal (3,5-10,0), RBC 3.25 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> normal (3,80-5,80), HGB 8.9 g/dl normal (11,0-16,5), HCT 27.0 % normal (35,0-50,0), MCV 84.4 fl normal (80-97) MCH 27.8 pg normal (26,5-33,5), MCHC 33.0 g/dl normal (31,5-35,0), PCT 339 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> normal (150-440), RDW-CV 14.3 % normal (10,0-15,0), RDW-SD 43.0 fl normal (35-47, MPV 8.5 mm<sup>3</sup> normal (6,5-11,0), P-LRC 13.0% normal (15.0-250).

Diferential : NEUT 8.31, Lymph 2.30, Mono 1.01, EO 0.59, Baso 0.04, NEUT 67.9 %, Lymph 18.8%, Mono 8.3%, EO 4.7%, BASO 0.3%, LED I 101mm/jam, LED II 106 mm/jam, G01 rhesus +, CT 5'10", HBSAg, strip(-).

Pemeriksaan Urinalisa pada tanggal 11 Februari 2010 Urin Makroskopis : warna kuning, kejernihan keruh, BJ 10-30, pH : 5-6; kimiawi, protein: -(negatif), reduksi negatif, Bilirubin pos (+) I, Unrobilinogen: negatif, benda keton: negatif, Aitrit : negatif. Mikroskopis :

Epitel:1-2, silinder: negatif, eritrosit: >100, leukosit: 4-6, kristal: negatif, bakteri: negatif.

Pada tanggal 12 Februari 2010 hasil foto Rontgen *Retrograde Pyelography* (RPG) : X- Foto RPG kiri, Foto Polos Abdomen (FPA) : Tampak ujung ureter masuk setinggi corpus VL I kiri tampak gambaran opa, bentuk oval, batas tegas pada region ginjal kanan. RPG dextra: Tampak kontras masuk melalui kateter ureter mengisi PCS, ureter, tak tampak PCS Melebar, dinding regular, tampak bendungan setinggi VL 5, Total, VU tak terisi kontras. Kesan: Nefrolitiasis Dex, hidronefrosis dan hidroureter kiri, ec: Suspek batu luscent pada ureter distal.

Pada tanggal 14 Januari 2010 Tn.S juga pernah dilakukan pemeriksaan USG Abdomen di RS Khodijah Batang. Kesan: Nefrolitiasis dex, Hidronefrosis dan hidroureter kiri.

## 6. Terapi

Tn. S dilakukan tindakan operasi pada 13 Februari 2010, operasi yang dilakukan pada Tn. S ialah operasi pengangkatan batu ginjal kanan yaitu nefrolitotomi dextra. Obat-obatan yang diberikan kepada klien yaitu pada tanggal 15 Februari 2010 per os : urinter 2 x 1, Amanopo 2 x 1, Allupurinol 2 x 1, aminoral 3 x 1, hemobion 1 x 1; parenteral : infus RL 30 tpm, sodaf 2 x 1 gr, mikasin 1 gr / hari, ketopain 2 x 30. gr. Pada tanggal 16 Februari 2010 obat-obatan yang diberikan yaitu per os : urinter 2 x 1, Amanopo 2 x 1, Allupurinol 2 x 1, aminoral 3 x 1, hemobion 1 x 1; parenteral : infus RL 30 tpm, sodaf 2 x 1 gr, mikasin 1 gr / hari, ketopain 2 x 30 gr. Pada tanggal 17 Februari 2010 obat yang diberikan meliputi : urinter 2 x 1, Amanopo 2 x 1, Allupurinol 2 x 1, aminoral 3 x 1, hemobion

1 x 1; Inpepsa Sy 3 x 1 cth, Imodium 2 tab, Norit 3 tab; parenteral : infus RL 30 tpm, sodaf 2 x 1 gr, mikasin 1 gr / hari, ketopain 2 x 30 gr, rantin 2 x 1.

## 7. Analisa Data

Analisa data dilakukan pada hari senin 15 februari 2010 yang didapatkan data – data sebagai berikut :

Analisa data yang pertama didapatkan data focus klien. Data subjektif ; klien mengatakan nyeri pada luka post operasi. P : nyeri karena post operasi nefrolitotomi, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk jarum, R : pada perut bagian kanan tengah sepanjang 15 cm yang hampir mengering. S : skala nyeri 5, T : nyeri terasa digunakan untuk miring ke kanan. Data objektif : klien tampak merintih kesakitan, skala nyeri 5, TD 120/80 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,8<sup>0</sup>C, RR : 24x/menit. Problem : Nyeri. Etiologi : diskontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan.

Analisa data yang kedua didapatkan data fokus klien. Data subjektif : Klien mengatakan selama sakit dan dirawat setelah operasi tidak bisa tidur dengan baik di rumah sakit, klien mengatakan hanya tidur 5 jam saja. Data objektif : klien dampak lemah. Problem : perubahan pola tidur. Etiologi : proses hospitalisasi.

Sedangkan analisa data yang ketiga didapatkan data fokus klien yaitu, data subjektif : klien mengatakan lukanya terasa gatal. Data objektif: terpasang VD 5 cc, tampak luka bekas operasi. Problem : resiko tinggi infeksi. Etiologi; pintu masuk organisme.

## B. Rencana Tindakan Keperawatan

1. Nyeri berhubungan dengan diskontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan yang ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan nyeri pada luka post operasi, P : nyeri karena post operasi nefrolitotomi, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk jarum, R : pada perut bagian kanan tengah mid axial sepanjang 15 cm yang hampir mengering. S : skala nyeri 5, T : nyeri terasa digunakan untuk miring ke kanan. Data objektif : klien tampak merintih kesakitan, skala nyeri 5, TD 120/80 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,8<sup>0</sup>C, RR : 24x/menit

Perencanaan disusun pada jam 16.15 WIB dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam nyeri hilang atau berkurang, dengan kriteria hasil ekspresi wajah klien nampak rileks, skala nyeri berkurang menjadi 2-3. Intervensi yang ditetapkan yaitu mengkaji skala nyeri, memantau tanda-tanda vital, mengajarkan klien teknik pereda nyeri (distraksi-relaksasi), memberikan posisi yang nyaman, dan mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian analgesik sesuai advise. Implementasi segera dilakukan setelah perencanaan dibuat, jam 16.15 WIB perawat mengkaji intensitas skala nyeri dengan respon subjektif klien mengatakan merasa nyeri pada luka bekas operasi, respon objektifnya klien tampak merintih menahan nyeri dengan skala nyeri 5. Jam 16.20 WIB memonitor tanda-tanda vital klien, respon objektifnya TD 120/80 mmHg, N : 84x/menit, S : 36,8<sup>0</sup>C, RR : 22x/menit. Jam 16.30 WIB memberikan posisi yang nyaman dengan tidak memberikan



penekanan yang lama pada luka bekas operasi dengan respon subjektif klien mengatakan lebih merasa nyaman dengan posisi terlentang, respon objektifnya klien di atas tempat tidur dengan telentang dan nampak nyaman. Jam 17.00 WIB mengajarkan teknik pereda nyeri dengan kontrol pernafasan (latihan nafas dalam), dengan respon subjektif klien mengatakan bersedia melakukan latihan nafas dalam untuk mengurangi nyeri, respon objektifnya ekspresi wajah klien nampak rileks. Jam 20.00 WIB memberikan injeksi IV analgesik (ketopain 30 mg), dengan respon subjektif klien mengatakan sakit saat obat diinjeksikan, respon objektifnya obat masuk, klien tidak alergi dan klien nampak tenang.

Evaluasi yang didapatkan pada hari Senin, tanggal 15 Februari 2010 diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan masih merasa nyeri pada luka bekas operasinya, sedangkan data objektifnya yaitu skala nyeri. Berdasarkan data tersebut dapat dianalisis bahwa masalah teratasi sebagian, maka planning yang ditetapkan yaitu lanjutkan intervensi 1,2, dan 5.

Selasa, 16 Februari 2010 tindakan keperawatan dilanjutkan kembali karena implementasi sebelumnya masih belum mampu menuntaskan permasalahan. Implementasi yang dilakukan pada 14.00 WIB mengkaji ulang skala nyeri, respon subjektifnya klien mengatakan masih terasa nyeri pada lukanya, respon objektifnya skala nyeri turun menjadi 4. jam 16.00 WIB memantau tanda-tanda vital, dengan respon objektifnya TD 120/80 mmHg, N : 80x/menit, S : 36,8<sup>0</sup>C, RR : 20x/menit. Jam 20.00 WIB



memberikan injeksi IV ketopain 30 mg, dengan respon subjektif klien mengatakan sakit atau nyerinya berkurang, respon objektifnya nyeri berkurang menjadi 2.

Setelah Implementasi ulang dilakukan maka tahap evaluasinya pada 16 Mei jam 21.00 WIB diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri sudah tidak terasa, sedangkan data objektifnya yaitu skala nyeri menunjukkan 2. Berdasarkan data tersebut dapat dianalisis bahwa masalah teratasi, maka planning yang ditetapkan yaitu pertahankan kondisi klien dengan metode pengawasan dan pengamatan.

2. Perubahan pola tidur berhubungan dengan proses hospitalisasi yang ditandai dengan Data subjektif : Klien mengatakan selama sakit dan dirawat setelah operasi tidak bisa tidur dengan baik di rumah sakit, klien mengatakan hanya tidur 5 jam saja. Data objektif : klien nampak lemah.

Perencanaan tindakan keperawatan yang dibuat pada tanggal 15 Februari 2010 pukul 20.00 WIB dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam klien bisa tidur dengan nyaman, dengan kriteria hasil klien nampak segar, klien bisa tidur cukup (6-8 jam). Intervensi yang akan dilakukan yaitu mengkaji waktu tidur rutin, sebelum dan sesudah sakit, menganjurkan klien membatasi minum minuman berkafein, membatasi pengunjung dan mengurangi kebisingan, memberikan penerangan yang cukup dan tidak terlalu silau, menginstruksikan klien untuk menghindari konsumsi pil tidur.

Implementasi yang dilakukan jam 20.15 WIB mengkaji waktu tidur klien dengan respon klien subjektif klien mengatakan waktu tidurnya terasa kurang hanya 5 jam, respon objektifnya klien nampak lemah, lesu, dan ngantuk jam 20.20 WIB menganjurkan klien untuk membatasi mengkonsumsi minuman berkafein, dengan respon subjektif klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi kopi, respon objektifnya klien hanya mengkonsumsi banyak air putih. Jam 20.30 membatasi jumlah pengunjung dan mengurangi kebisingan, dengan respon subjektif klien mengatakan lebih rileks, respon objektifnya klien hanya ditunggu oleh anaknya. Jam 20.40 WIB memberikan penerangan yang cukup dan tidak terlalu terang, dengan respon subjektif klien mengatakan lebih nyaman, respon objektifnya klien bisa tidur dengan nyaman dengan lampu redup. Pada jam 21.00 WIB menginstruksikan klien untuk menghindari konsumsi pil tidur, dengan respon subjektif klien mengatakan bersedia mengikuti anjuran, respon objektifnya klien tidak pernah minum pil tidur.

Jam 20.00 WIB dilakukan evaluasi telah didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan waktu tidurnya terasa cukup, sedangkan data objektifnya ekspresi wajah klien nampak segar dengan tidur cukup selama selama 6 jam. Berdasarkan data tersebut dapat dianalisa bahwa masalah teratasi, maka planning yang ditetapkan yaitu pertahankan kondisi klien dengan metode pengawasan dan pemantauan.

Selasa 16 Februari 2010, tindakan keperawatan dilakukan ulang karena belum mampu menyelesaikan permasalahan secara tuntas sehingga

jam 16.00 WIB perawat mengkaji ulang waktu tidur klien, respon subjektif klien mengatakan waktu tidurnya cukup, respon objektifnya klien nampak lebih segar. Pada jam 20.45 WIB memberikan penerangan yang cukup dan tidak terlalu terang, dengan respon subjektif klien bisa tidur dengan nyenyak, respon objektifnya klien bisa tidur cukup (6 jam).

Evaluasi pada tanggal 16 Februari 2010 S diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan waktu tidurnya terasa cukup, sedangkan data objektifnya yaitu ekspresi wajah nampak segar dengan tidur selama 6 jam, berdasarkan data tersebut dapat dianalisa bahwa masalah teratasi, maka planning yang ditetapkan yaitu pertahankan kondisi klien dengan modifikasi pengawasan dan pengamatan.

3. Resti infeksi berhubungan dengan adanya pintu masuk organisme yang ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan lukanya terasa gatal. Data objektif: terpasang VD tampak luka operasi.

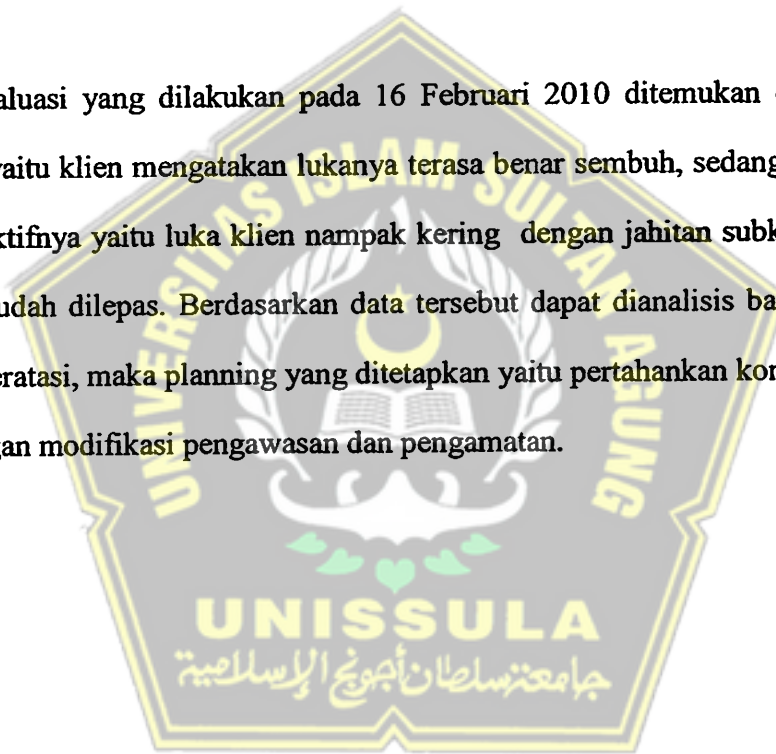
Jam 20.00 WIB dibuat daftar perencanaan yang meliputi : tujuan dari dibuatnya perencanaan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24jam infeksi tidak terjadi pada luka klien, dengan kriteria hasil luka bisa sembuh dengan sempurna, VD bisa dilepas, tidak nampak tanda-tanda infeksi. Intervensi yang akan dilakukan yaitu mengkaji tanda-tanda infeksi, mengkaji haluaran VD, jika  $\leq 2$  cc lepaskan VD, merawat luka dan mengganti balutan dengan teknik aseptik, memotivasi klien untuk menjaga kebersihan area luka, mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian antibiotik sesuai advice dokter.

Implementasi segera dilaksanakan jam 16.25 WIB yang meliputi mengkaji tanda-tanda infeksi, respon subjektifnya klien mengatakan lukanya terasa gatal, respon objektifnya luka klien mengering dan jahitannya merapat sempurna. Jam 16.30 WIB mengkaji keadaan luka, dengan respon subjektif klien mengatakan ingin tahu tentang lukanya, respon obyektifnya luka klien sudah mengering dan jahitan merapat sehingga bisa dilepas, terpasang VD 5 cc. pada jam 17. WIB merawat luka dan mengganti balutan dengan teknik akseptik dan steril, dengan respon subjektif klien mengatakan lukanya terasa gatal setelah diberikan betadin, respon objektifnya klien nampak menggaruk-garuk sekitar balutan. Jam 18.00 WIB memotivasi klien untuk menjaga kebersihan area luka, respon subjektif klien mengatakan bersedia untuk menjaga kebersihan luka, respon objektifnya klien nampak tidak menggaruk-garuk lagi luka dengan tangannya. Pada jam 20.00 WIB memberikan antibiotik soclaf 1 gr / IV, dengan respon subjektif klien mengatakan bersedia diinjeksi obat. Tahap akhir dari rangkaian tindakan keperawatan ialah dilakukannya evaluasi : klien mengatakan lukanya sudah kering dan membaik, jahitan sub kutis dan VD sudah dilepas, dari data tersebut masalah teratasi dan untuk planning pertahankan kondisi klien dengan metode pengawasan dan pengamatan.

Karena permasalahan belum teratasi semua maka dilanjutkan hari Selasa 16 Februari 2010, jam 16.30 WIB perawat mengkaji ulang tanda-tanda infeksi, respon subjektifnya klien mengatakan lukanya semakin

kering, respon obyektifnya luka klien nampak kering. Jam 15.30 WIB merawat luka dan mengganti balutan dengan teknik aseptik, dengan respon subjektif klien mengatakan lukanya sudah membaik, respon obyektifnya terpasang VD 2 cc, jahitan sub cutis kering dan tidak infeksi. Jam 20.00 WIB memberikan antibiotik soclaf 1 gr, dengan respon subjektif klien mengatakan bersedia diinjeksi agar lukanya benar-benar sembuh, respon obyektifnya luka tidak infeksi dan sembuh dengan sempurna.

Evaluasi yang dilakukan pada 16 Februari 2010 ditemukan data subjektif yaitu klien mengatakan lukanya terasa benar sembuh, sedangkan data obyektifnya yaitu luka klien nampak kering dengan jahitan subkutis dan VD sudah dilepas. Berdasarkan data tersebut dapat dianalisis bahwa masalah teratasi, maka planning yang ditetapkan yaitu pertahankan kondisi klien dengan modifikasi pengawasan dan pengamatan.





## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini akan dibahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. S dengan post nefrolitotomi dextra hari kedua di ruang Baiturrahman Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang selama dua hari dengan menggunakan proses keperawatan dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Metode pengkajian yang digunakan dengan Autoanamnesa dan Alloanamnesa, pada pengkajian pola fungsional tidur / istirahat data – data yang dikumpulkan kurang lengkap yaitu penulis tidak mencantumkan sebelum klien sakit kebiasaan tidurnya berapa lama, intensitasnya, adakah kebiasaan khusus menjelang tidur, masalah selama tidur, adanya terbangun dini, insomnia atau mimpi buruk, perbedaan pola tidur sebelum sakit dan selama sakit untuk perbedaan lama tidurnya tidak tercantum, sehingga perubahan pola tidur yang dialami klien tidak diketahui oleh perawat secara pasti.

Untuk pengkajian kognitif / perseptual data yang didapatkan tidak lengkap seharusnya penulis juga harus mengkaji tentang keadaan mental klien, klien dalam berorientasi, cara bicara, penciuman, dan persepsi sensori nyeri yang diungkapkan oleh klien kurang lengkap seharusnya dalam pengkajian nyeri komponen PQRST harus terpenuhi yaitu dapat dilihat pada keluhan utama yang meliputi : klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi. P : karena luka post nefrolitotomi. Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk jarum. R : pada perut bagian kanan tengah sepanjang 15 cm terdapat jahitan luka yang hampir mengering. S : skala nyeri 5, T : nyeri terasa ketika digunakan untuk miring ke kanan.



Pada pengkajian aktivitas dan latihan data yang didapatkan kurang lengkap, penilaian tentang tingkat kemampuan pada klien penulis tidak mengkajinya, penulis hanya mencantumkan bahwa klien berpakaian dibantu, makan disuapi, kebutuhan eliminasi urine dan BAB dibantu di atas tempat tidur, seharusnya tingkat kemampuan klien dinilai sehingga tingkat kemampuan klien bernilai 4 yaitu ketergantungan / tidak mampu. Untuk data Tn. S terpasang VD (*vacum drainage*) dan tampak luka operasi penulis menambahkannya dalam pengkajian aktivitas ini karena dengan adanya VD juga bisa mengakibatkan keterbatasan pergerakan.

Pada pemeriksaan abdomen terdapat hasil ada jahitan subkutis penulisan ini kurang tepat seharusnya penulis menuliskan hasil pada pemeriksaan abdomen terdapat luka jahitan.

Masalah keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian dan dilakukan analisa dapat dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan yang meliputi : Nyeri berhubungan dengan diskontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan, perubahan pola tidur berhubungan dengan proses hospitalisasi, resiko tinggi infeksi berhubungan dengan pintu masuk organisme

Adapun dari masalah keperawatan yang muncul penulis akan membahasnya sebagai berikut :

A. Nyeri berhubungan dengan diskontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan.

Menurut Carpenito (2007) Nyeri akut adalah keadaan dimana individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang.

Data mayor : komunikasi ( verbal atau penggunaan kode) tentang nyeri. Data minor : menutup rahang atau pergelangan tangan. Perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya, agitasi, ansietas, peka rangsang, menggosok bagian yang nyeri, mengorak, postur yang tidak masanya (lutut ke abdomen), ketidakaktifan fisik atau mobilitas, masalah dengan konsentrasi, perubahan pola tidur, rasa takut mengalami cedera tulang, menarik bila disentuh, mata terbuka lebar atau sangat tajam gambaran kurus mual dan muntah.

Diagnosa pertama penulis tegakkan karena pada pengkajian penulis menemukan data-data sebagai berikut data subjektif ; klien mengatakan nyeri pada luka post operasi. P : nyeri karena post operasi nefrolitotomi, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk jarum, R : pada perut bagian kanan tengah sepanjang 15 cm yang hampir mengering / sembuh. S : skala nyeri 5, T : nyeri terasa digunakan untuk miring ke kanan. Data objektif : klien tampak merintih kesakitan, skala nyeri 5, TD 120/80 mmHg, N : 82x/menit, S : 36,8<sup>0</sup>C, RR : 24x/menit.

Label diagnosa untuk diagnosa keperawatan di atas belum tepat karena menurut Carpenito, (2007) yang tepat adalah nyeri akut karena nyeri yang dirasakan oleh Tn. S kurang dari enam bulan Sehingga diagnosanya adalah nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan.

Diagnosa tersebut diatas penulis prioritaskan menjadi diagnosa keperawatan pertama karena menurut hirarkhi Maslow (1968 dalam Hidayat, 2004) menghindari nyeri merupakan salah satu dari kebutuhan fisiologis.

Nyeri merupakan respon tubuh terhadap adanya ketidaknyamanan yang diakibatkan oleh luka post operasi. Nyeri yang dirasakan apabila tidak ditangani akan mengganggu seseorang untuk memenuhi kebutuhan lainnya misalnya kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas dan nutrisi. Dengan teratasinya nyeri maka diharapkan klien dapat memenuhi kebutuhan yang lain,

Penulis merencanakan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri akut b.d jaringan sekunder akibat pembedahan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam nyeri hilang atau berkurang, dengan kriteria hasil ekspresi wajah klien nampak rileks, skala nyeri berkurang menjadi 2-3.

Adapun rencana keperawatan yang penulis tetapkan antara lain yang bersifat mandiri maupun kolaborasi yaitu kaji intensitas skala nyeri, lokasi, lama nyeri, faktor pencetus atau pemberat serta pantau vital sign dengan rasional nyeri merupakan data dasar untuk mengevaluasi kebutuhan. Ketidakefektifan intervensi dan sebagai catatan pengalaman nyeri adalah individual yang dihubungkan dengan respon fisik dan emosional. Ajarkan teknik mengurangi nyeri dengan teknik distraksi dan relaksasi dengan rasional, teknik relaksasi diharapkan dapat mengurangi intensitas nyeri dengan mengontrol ketidaknyamanan dengan menarik nafas dalam memberi posisi yang nyaman (semi fowler) dengan tidak memberikan penekanan yang lama pada luka bekas operasi dengan rasional perubahan posisi yang teratur dapat mengurangi nyeri. Kolaborasi dalam pemberian analgetik sesuai advise dokter dengan rasional analgetik melalui intravena akan segera mencapai pusat rasa

sakit, menimbulkan penghilang lebih efektif. Implementasi keperawatan, penulis telah melakukan tindakan sejalan dengan apa yang telah direncanakan yaitu mengkaji intensitas skala nyeri, lokasi, lama nyeri, factor pencetus atau pemberat serta memantau vital sign, mengajarkan klien teknik distraksi relaksasi dengan menarik nafas dalam supaya dapat digunakan jika nyeri muncul, dan memberikan posisi yang nyaman yaitu dengan tidak memberikan penekanan yang lama pada luka bekas operasi. Dan juga penulis juga melakukan tindakan yang bersifat kolaboratif yaitu berikan obat analgetik sesuai advis dokter.

Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan tindakan keperawatan karena didukung oleh sikap klien dan keluarga yang kooperatif dan dibantu dengan adanya kolaborasi untuk pemberian obat anti nyeri.

Pada implementasi perawat mengajarkan teknik distraksi relaksasi memiliki nilai yang lebih karena sewaktu waktu klien dapat melakukannya pada kondisi ringan sampai sedang teknik tersebut sangat efektif untuk mengontrol nyeri yang klien rasakan.

Evaluasi akhir pada diagnosa nyeri akut ini didapatkan data klien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri menunjukkan 2 sehingga berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan masalah nyeri dapat teratasi, walaupun hasil yang diharapkan oleh penulis telah tercapai. namun klien masih merasakan nyeri dengan skala ringan yaitu 2, sehingga untuk menghilangkan nyeri klien sampai tuntas penulis memberikan anjuran

agar klien melakukan tindakan keperawatan yang telah diajarkan dengan mandiri bila nyeri muncul.

#### B. Perubahan Pola tidur berhubungan dengan proses hospitalisasi

Menurut Carpenito (2007) Gangguan pola tidur yaitu keadaan ketika individu mengalami atau berisiko mengalami suatu perubahan dalam kuantitas atau kualitas pola istirahatnya yang menyebabkan rasa tidak nyaman atau mengganggu gaya hidup yang diinginkannya. Data mayor : Kesukaran untuk tertidur atau tetap tidur. Data minor : Kelelahan waktu bangun atau sepanjang hari, perubahan suasana hati, tidur sejenak sepanjang hari, agitasi.

Diagnosa kedua penulis tegakkan karena pada pengkajian, penulis menemukan data-data sebagai berikut data subjektif : Klien mengatakan selama sakit dan dirawat setelah operasi tidak bisa tidur dengan baik di rumah sakit, klien mengatakan hanya tidur kurang lebih 5 jam saja. Data objektif : klien dampak lemah.

Label diagnosa untuk diagnosa keperawatan diatas belum tepat, yang tepat adalah gangguan pola tidur karena sesuai dengan Carpenito, (2007), sehingga diagnosanya adalah gangguan pola tidur. b.d proses hospitalisasi.

Diagnosa tersebut diatas penulis prioritaskan menjadi masalah keperawatan kedua karena menurut Hirarkhi Maslow (1968 dalam Hidayat, 2004) kebutuhan istirahat tidur merupakan satu dari kebutuhan fisiologis. Gangguan pola tidur merupakan suatu keadaan yang mengganggu pemulihan kondisi tubuh dari kelelahan setelah tubuh ini bekerja dalam melakukan aktivitas fisik maupun berfikir. Dengan teratasinya perubahan pola tidur



diharapkan kondisi tubuh lebih segar dengan terpenuhinya kebutuhan istirahat tidur yang berkualitas dan berkuantitas yang baik, serta dalam menjalani aktivitas fisik maupun berfikir lebih baik lagi.

Penulis merencanakan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur b.d proses hospitalisasi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam klien bisa tidur dengan nyaman, dengan kriteria hasil klien nampak segar, klien bisa tidur cukup (6-8 jam).

Adapun rencana keperawatan yang penulis tetapkan antara lain yaitu yang bersifat meliputi : mengkaji waktu tidur rutin, sebelum dan selama sakit dengan rasional mengidentifikasi kualitas maupun kuantitas tidur klien, menganjurkan klien membatasi minum minuman berkafein dengan rasional kafein bisa memperberat kerja jantung dan system syaraf di otak sehingga relaksasi pada system syaraf tertekan jadi mata kita akan tetap terjaga , membatasi pengunjung dan mengurangi kebisingan rasionalnya memberikan lingkungan yang nyaman, memberikan penerangan yang cukup dan tidak terlalu silau relaksasi dan untuk kenyamanan, menginstruksikan klien untuk menghindari konsumsi pil tidur rasional ketergantungan pil tidur tidak akan memberikan kualitas dan kuantitas tidur yang baik.

Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan tindakan keperawatan karena didukung oleh sikap klien dan keluarga yang kooperatif dalam setiap tindakan keperawatan. Namun penulis mengalami kesulitan dalam mengatur waktu pelaksanaan tindakan keperawatan karena penulis



dalam bertugas mendapat giliran shift sehingga penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai jadwal dinas yang ada.

Pada implementasi perawat menganjurkan klien menghindari konsumsi pil tidur memiliki nilai yang lebih karena klien mengatakan takut apabila ketergantungan terhadap obat tidur tidak bisa dihilangkan, sehingga klien berjanji tidak akan pernah mengkonsumsinya.

Evaluasi akhir pada diagnosa gangguan pola tidur b.d proses hospitalisasi yaitu subjektifnya klien mengatakan waktu tidurnya terasa cukup, secara objektif klien nampak lebih segar dengan tidur selama 6 jam, analisa yang diperoleh masalah klien teratasi dengan pencapaian hasil yang memuaskan klien bisa tidur selama kurang lebih selama 6 jam dalam sehari dan klien bisa segar setelah kebutuhan istirahat tidurnya tercukupi, sehingga untuk planningnya ialah pertahankan kondisi klien dengan modifikasi pengawasan dan pengamatan .

#### C. Resti infeksi berhubungan dengan adanya pintu masuk mikroorganisme.

Menurut Carpenito (2007) definisi dan faktor yang berhubungan dari resti infeksi yaitu meliputi :

Resiko infeksi adalah keadaan ketika seorang individu berisiko terserang oleh agens patogenik atau oportunistik ( virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain ) dari sumber – sumber eksternal, sumber – sumber endogen atau eksogen.

Diagnosa ketiga penulis tegakkan karena pada pengkajian, penulis menemukan data sebagai berikut data subjektif : klien mengatakan lukanya

terasa gatal. Data objektif: terpasang VD 5 cc, tampak luka bekas operasi. Label diagnosa untuk diagnosa keperawatan diatas belum tepat, yang tepat adalah Resiko infeksi sesuai dengan Carpenito, (2007), sehingga diagnosanya adalah resiko infeksi b.d adanya pintu masuk mikroorganisme

Diagnosa tersebut di atas penulis prioritaskan menjadi masalah keperawatan ketiga karena menurut Hirarkhi Maslow (1968 dalam Hidayat, 2004) bebas dari infeksi merupakan salah satu kebutuhan keamanan dan keselamatan. Resti infeksi adalah respon tubuh yang merupakan tanda adanya keamanan dan keselamatan yang memiliki gangguan sehingga apabila resti infeksi dapat teratasi dengan adanya pintu masuk kuman yang selalu terjaga dan steril maka mikroorganisme patogen tidak akan bisa masuk dan menimbulkan infeksi. Pada Tn. S, jika post operasi dengan penanganan masalah tersebut tidak akan dapat mencegah infeksi dari awal, sehingga tidak akan memperburuk keadaan klien.

Penulis merencanakan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah resti infeksi b.d adanya pintu masuk kuman baik yang bersifat mandiri maupun kolaborasi yaitu dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam infeksi tidak terjadi pada luka klien, dengan kriteria hasil luka bisa sembuh dengan sempurna, VD bisa dilepas, tidak nampak tanda-tanda infeksi.

Adapun rencana keperawatan yang penulis tetapkan antara lain yang bersifat mandiri maupun kolaborasi yaitu mengkaji tanda-tanda infeksi rasionalnya mengetahui adakah tanda infeksi seperti kolor, dolor, tumor, rubor, maupun fungsiolesa pada luka klien, mengkaji haluaran VD jika  $\leq 2$  cc

lepaskan VD rasionalnya memantau adanya perdarahan pada luka, merawat luka dan mengganti balutan dengan teknik aseptik rasionalnya meminimalkan masuknya kuman pembawa penyakit yang bisa menyebabkan infeksi, memotivasi klien untuk menjaga kebersihan area luka rasionalnya mencegah masuknya kuman penyebab infeksi, mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian antibiotik sesuai advice dokter rasionalnya membantu dalam proses penyembuhan luka karena antibiotik spectrum luas dapat ditujukan pada mikroorganisme khusus bila dicuigai adanya infeksi.

Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan tindakan keperawatan karena didukung oleh sikap klien dan keluarga yang kooperatif dan dibantu dengan adanya kolaborasi untuk pemberian obat antibiotik sesuai advise dokter.

Pada implementasi perawat menganjurkan klien untuk tetap menjaga area sekitar luka hal ini memiliki nilai yang lebih karena sewaktu waktu klien dapat melakukannya pada kondisi seperti apapun sehingga sepanjang waktu area luka tetap terjaga kebersihan dan kesterilannya.

Evaluasi akhir pada diagnosa resti infeksi ini ialah klien mengatakan lukanya terasa benar sembuh, luka klien nampak kering dengan jahitan subkutis sehingga masalah teratasi dengan luka klien mengering dengan baik, pengeluaran VD minimal dan telah dilepas saat pengeluaran akhir 2 cc, tanda-tanda infeksi tidak nampak, luka tidak infeksi dan sembuh dengan sempurna. Sehingga untuk planning selanjutnya ialah pertahankan kondisi klien dengan modifikasi pengawasan dan pengamatan.

## BAB V

### PENUTUP

Pada bab akhir penulisan laporan ini penulis akan mengemukakan tentang rangkuman atau kesimpulan Asuhan Keperawatan yang dilakukan dengan menyertakan saran yang meliputi :

#### A. Kesimpulan

1. Penyebab terjadinya nefrolitiasis pada Tn. S adalah gangguan metabolisme karena Ph urin klien cenderung asam pada pemeriksaan laboratorium pada 11 Februari 2010 yang hasilnya Ph urin 5-6.
2. Masalah keperawatan yang muncul pada Tn. S ialah : Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan, gangguan pola tidur berhubungan dengan proses hospitalisasi, resiko infeksi berhubungan dengan adanya pintu masuk mikroorganisme
3. Tindakan keperawatan untuk nyeri akut b.d diskontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan ialah : mengkaji skala nyeri, memantau tanda-tanda vital, mengajarkan klien teknik pereda nyeri (distraksi-relaksasi), memberikan posisi yang nyaman, dan mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian analgesik sesuai advise.

Tindakan keperawatan untuk gangguan pola tidur b.d proses hospitalisasi adalah mengkaji waktu tidur rutin, sebelum dan sesudah sakit, menganjurkan klien membatasi minum minuman berkafein, membatasi pengunjung dan mengurangi kebisingan, memberikan penerangan yang

cukup dan tidak terlalu silau, menginstruksikan klien untuk menghindari konsumsi pil tidur.

Tindakan keperawatan untuk resiko infeksi b.d adanya pintu masuk mikroorganisme ialah mengkaji tanda-tanda infeksi, mengkaji haluaran VD, jika  $\leq 2$  cc lepaskan VD, merawat luka dan mengganti balutan dengan teknik aseptik, memotivasi klien untuk menjaga kebersihan area luka, mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian antibiotik sesuai advice dokter.

4. Evaluasi akhir dari masalah keperawatan yang muncul pada Tn. S dengan Post Nefrolitotomi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dua hari masalah dapat teratasi semua.

## B. Saran

### 1. Lahan Praktek

Dalam melakukan perawatan pada klien dengan post Nefrolitotomi yang harus ditekankan dalam perawatan luka adalah mempertahankan teknik aseptik dan antiseptik, dan untuk mengatasi nyeri yang muncul akibat luka post operasi kita harus memperhatikan skala nyeri, karena akan menentukan apakah cukup dengan manajemen nyeri atau dengan kolaborasi pemberian analgetik.

### 2. Institusi Pendidikan

Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sebagai referensi dan juga dapat dijadikan tolak ukur bagi mahasiswa dalam mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapatkan di bangku kuliah.

### 3. Masyarakat

Tindakan mandiri yang bisa dilakukan untuk mengatasi nyeri pada pasien post Nefrolitotomi ialah dengan melakukan manajemen nyeri diantaranya dengan menggunakan teknik distraksi relaksasi.





## DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L.J & Moyet, 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan* edisi 10, Jakarta: EGC.
- Corwin, E,J, 2001. *Buku Saku Patofisiologi*, Jakarta: EGC.
- Doenges at al, 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*, Ed.3, Jakarta: EGC.
- Harnowo, S, 2002. *Keperawatan Medikal Bedah*, Wijaya medika: Jakarta.
- Hidayat, A.A, 2004. *Pengantar Konsep dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Price & Wilson, 2006. *Patofisiologi-Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, Edisi ke 6, Jakarta:EGC.
- Purnomo, BB, 2003. *Dasar-dasar Urologi*, Jakarta: Sagung Seto.
- Reeves C. J, dkk, 2001. *Keperawatan Medikal Bedah*,. Jakarta: Salamba Medika.
- Sudoyo Aru, dkk, 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Edisi Ke 4, Jakarta:FKUI.
- Syamsuhidayat & Jong, 2005. *Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi ke 2*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC .

