

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY S DENGAN *NEFROLITIASIS DEXTRA* (BATU GINJAL) POST OP LAPARASKOPI HARI PERTAMA DI RUANG BAITUS SALAM 1 DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Karya Tulis Ilmiah

Di ajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh:

Nadiffatur Rokhayanti

NIM. 40901800065

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

HALAMAN JUDUL

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY S DENGAN *NEFROLITIASIS DEXTRA* (BATU GINJAL) POST OP LAPARASKOPI HARI PERTAMA DI RUANG BAITUS SALAM 1 DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Karya tulis ilmiah



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

2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 08 Mei 2021



(Nadiffatur Rokhayanti)



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY S DENGAN *NEFROLITIASIS DEXTRA* (BATU GINJAL) POST OP LAPAROSKOPI HARI PERTAMA DI RUANG BAITUS SALAM 1 DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh:

NAMA: Nadiffatur Rokhayanti

NIM: 40901800065

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

Hari : senin

Tanggal : 08 mei 2021

Pembimbing

(Ns., Ahmad Ikhlasul Amal, MAN)

NIDN : 06-0510-8901

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada Hari Selasa, Tanggal 8 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

HALAMAN MOTTO

Semarang, 08 Juni 2021

Penguji I

Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB

NIDN. 06-2006-8504



Penguji II

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep

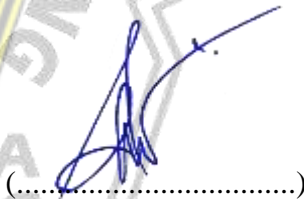
NIDN. 06-2708-8403



Penguji III

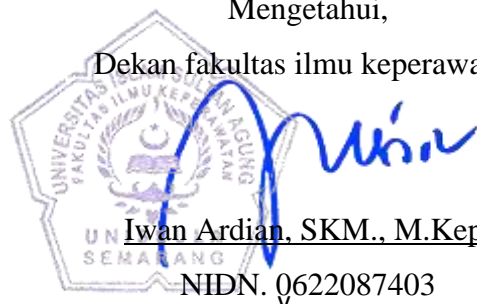
Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN

NIDN. 06-0510-8901



Mengetahui,

Dekan fakultas ilmu keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

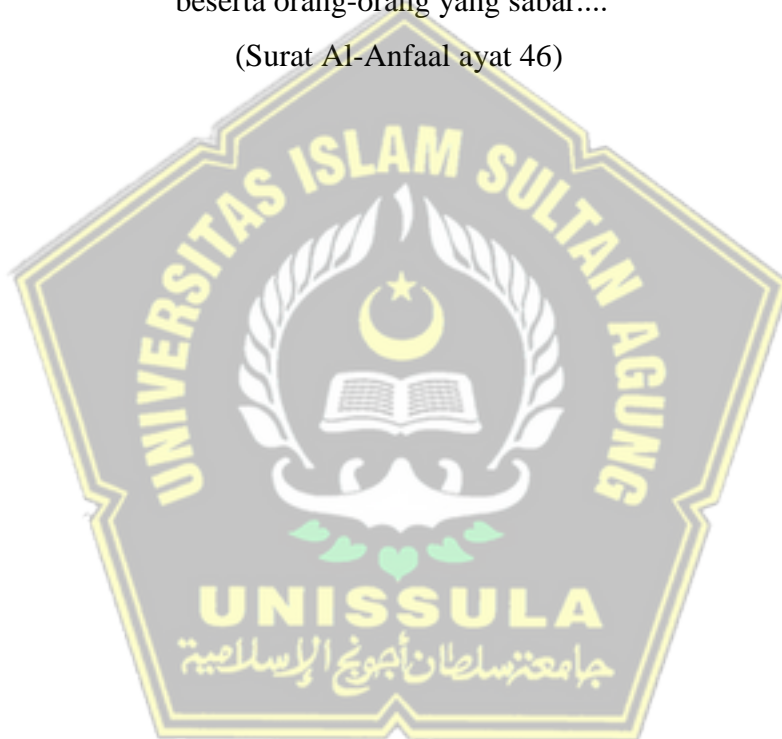
NIDN. 0622087403

“Memang tak mudah untuk menggapai cita-cita tapi yakinlah saat kamu berusaha keras dimasa muda, percayalah masa tuamu akan indah. Karena jawaban dari sebuah keberhasilan adalah belajar dan tak kenal putus asa”

(By. Saya)

“...Dan bersabarlah. Sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar...”

(Surat Al-Anfaal ayat 46)



HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

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

Saya persembahkan Karya Tulis Ilmiah ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

Ayahanda dan Ibunda Tercinta

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

Adikku Tersayang

Sebagai tanda terima kasih, ku persembahkan karya tulis ilmiah ini untuk adikku (Nadia Athfalun Nadhiroh). Terima kasih telah memberikan semangat dan doa dalam menyelesaikan tugas akhir.

Teman dan sahabatku

Terima kasih untuk teman maupun sahabatku yang sudah memberikan dukungan serta memberikan waktu luang untuk kesempatan bertemu dan bertukar cerita. Semoga apa yang di cita-citaku kita semua dapat terwujud semua dan menjadi orang yang sukses dunia dan akhirat

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh

Alhamdulillahirabilalamin, segala puji bagi Allah SWT, yang telah memberikan rahmat, nikmat, dan ridhoNya, sehingga penulis telah diberi kesempatan untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Sholawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW kepada keluarganya, sahabatnya, hingga kepada umatnya sampai akhir zaman.

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Nefrolitiasis Dextra Di Ruang Baitus Salam 1 Rsi Sultan Agung Semarang”.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari kesulitan dan kendala, namun berkat dukungan, bimbingan, saran dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya penulis mampu menyelesaikan dengan baik. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Drs. H. Bedjo Sasonto, MT., Ph.D Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM., M.Kep Dekan Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Muh. Abdurrouf., M. Kep selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ns., Ahmad Ikhlasul Amal, MAN selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang senantiasa bijaksana dan bersabar dalam memberikan bimbingan, semangat, nasehat, kepercayaan dan waktunya selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh Dosen Pengajar dan staff Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta dukungan kepada penulis selama menempuh studi.
7. Pihak rumah sakit islam sultan agung semarang yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Pihak Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya

peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

9. Keluarga hebat saya, Bapak Soleman, Ibu Siti Muntamah, adik tersayang saya Nadia Athfalun Nadhiroh, yang saya cintai terima kasih untuk dukungan, semangat, nasehat, waktu, biaya, dan semua yang telah dicurahkan pada saya dengan segenap kasih sayang memberikan ilmu, do'a dan bantuan moril dan material.
10. Dan buat manusia terbaik saya mas Rizkian yang selalu menyemangati saya, dan teman tenanku naili, bella, via, sinta, retno, dan teman sekelompok karya tulis ilmiah yang selalu memberikan motivasi, nasihat, dukungan dan selalu mendoakan satu sama lain.
11. Dan untuk teman-teman saya khususnya departemen KMB terima kasih untuk waktu yang kalian buat saya, yang mengajarkan saya dan memberikan semangat kepada saya
12. Teman-teman mahasiswa UNISSULA, teman-teman FIK UNISSULA terutama D3 Ilmu Keperawatan angkatan 2018, yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan warna dihidup saya juga memberikan semangat dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
13. Semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu per satu, terimah kasih atas bantuan dan kerjasamanya yang telah diberikan kepada penelitian

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat banyak membutuhkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi penulis dan pembaca dapat memberikan peningkatan pelayanan keperawatan dimasa mendatang.

Semarang, 08 Mei 2021

Penulis

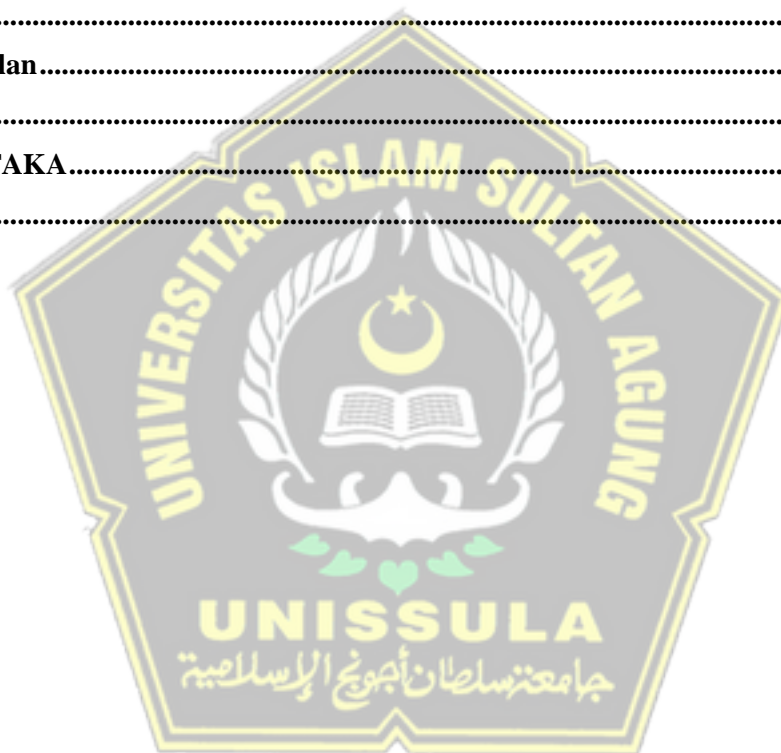


Nadiffatur Rokhayanti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II.....	4
KONSEP DASAR	4
A. Konsep dasar penyakit	4
1. Pengertian.....	4
2. Etiologi	4
3. Manifestasi klinik.....	6
4. Patofisiologi	7
5. Komplikasi.....	8
6. Faktor resiko	9
7. Pemeriksaan diagnostik.....	9
8. Penatalaksanaan medis.....	9
9. Pencegahan	10
B. Konsep dasar keperawatan	11
1. Pengkajian	11
2. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi	14
PATHWAYS NEFROLITIASIS	17
BAB III.....	19
RESUME KASUS	19
A. PENGAKAJIAN	19
B. ANALISA DATA	25

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN.....	26
D. INTERVENSI.....	26
F. EVALUASI.....	28
BAB IV.....	30
PEMBAHASAN.....	30
A. Pengkajian.....	30
B. Diagnosis keperawatan.....	31
C. Intervensi.....	32
D. Implementasi.....	33
E. Evaluasi.....	35
BAB V.....	37
PENUTUP.....	37
A. Kesimpulan.....	37
B. Saran.....	38
DAFTAR PUSTAKA.....	39
LAMPIRAN.....	42



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Nefrolitiasis (batu ginjal) dapat menyebabkan kerusakan kerja ginjal karena penyumbatan pada saluran kemih yang ada pada gangguan kaliks atau pelvis ginjal . Jika terjadi penyumbatan yang lama, kencing akan mengalir lagi ke ginjal sehingga ginjal mengalami tekanan yang tinggi terjadi karena urin yang mengendap terlalu tinggi. *Nefrolitiasis* dapat dipengaruhi oleh faktor gaya hidup, ras/bangsa, kondisi topografi atau faktor lain. Dalam penilaian lain, nefrolitiasis (batu ginjal) adalah masalah klinis karena adanya bagian batu kristal yang menghalangi dan menahan sistem kerja ginjal di kaliks atau pelvis yang disebabkan oleh peningkatan keseimbangan dan pengendapan garam pada saluran urin ginjal. (Fikriani & Wardhana, 2018)

Kejadian umum seseorang yang mengalami batu ginjal selama hidupnya dinilai antara 115%, dengan korban pria berkali-kali lipat lebih banyak daripada wanita, dan sebagian besar terjadi pada dekade ketiga hingga dekade kelima. Frekuensi *nefrolitiasis* dalam populasi mencapai 5-12%, dengan angka tertinggi terjadi pada usia 35-55 tahun. Di Amerika Serikat dominasi *nefrolitiasis* telah berlipat ganda sejak 1964-1972 dan telah seimbang sejak pertengahan 1980-an. Peningkatan dominasi juga terjadi di negara-negara seperti Jerman, Spanyol, dan Italia. Secara internasional, prevalensi normal adalah 3,25% selama 1980-an dan 5,64% selama 1990-an.

Nefrolitiasis adalah kondisi medis yang sangat berarti, baik di Indonesia maupun di luar negeri. Di Indonesia, *nefrolitiasis* merupakan infeksi dengan jumlah korban yang cukup tinggi (0,5% dari populasi). Informasi yang dihimpun dari rumahsakit seluruh Indonesia pada tahun 2002 adalah 37.636 kasus baru dengan 58.959 kunjungan, sedangkan 19.018 pasien ditangani, dengan 378 kematian.(Aprillia et al., 2017)

Susunan batu saluran kemih diduga ada kaitannya dengan aliran kencing yang terhambat, masalah metabolisme, kontaminasi saluran kemih, dehidrasi, dan berbagai kondisi yang belum terungkap (idiopatik). Beberapa spekulasi sehubungan dengan interaksi yang seharusnya dari framing *nefrolitiasis*, termasuk hipotesis supersaturasi, kerangka kerja, penghambat kebutuhan, dan kombinasi. (Ridwan et al., 2015)

Nefrolitiasis adalah infeksi yang dapat menyebabkan penyakit jika tidak ditangani secara medis dengan benar. Masalah kesulitan *nefrolitiasis* berbeda untuk setiap orang. Kompleksitas pada *nefrolitiasis* dibagi menjadi dua bagian, yaitu komplikasi akut dan jangka panjang. Kekacauan yang parah meliputi kematian dan gangguan kerja ginjal, sementara masalah jangka panjang termasuk, kontaminasi saluran kencing, dan gangguan ginjal yang disebabkan oleh hidronefrosis.

Keluhan yang dikumpulkan oleh pasien bergantung pada posisi atau area batu, ukuran batu dan kebingungan yang terjadi. Keluhan dirasakan sebagai nyeri punggung bawah (pinggang), hematuria (darah bercampur dengan kencing), sakit atau berpotensi memuntahkan. Untuk pemeriksaan penunjang yang disarankan adalah pemeriksaan ampas urin, Ultrasonografi (USG), *Intra Venous Pyelography (IVP)*, *Plain Mid-region*, dan *CT-Output tanpa kontras*, dan tingkat kualitas terbaik adalah *IVP (intra venous pielonography)*. (Fildayanti, 2019)

Terapi *nefrolitiasis* saat ini menghadapi pergantian peristiwa mekanis, khususnya di bidang klinis, dengan mengubah cara menangani terutama dalam kasus batu ginjal, dari prosedur medis terbuka menjadi prosedur medis yang diabaikan. Berbagai jenis prosedur medis yang dapat dilakukan untuk menangani kasus batu ginjal, termasuk Ureteroskopi, Prosedur Medis Laparoskopik, *Percutaneous Nephrolithotripsy (PCNL)*, dan *Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL)*. (Hadibrata et al., 2020)

Berdasarkan informasi yang didapat oleh pencipta di ruang Baitus Salam 1, diketahui bahwa Ny. S memiliki keluhan nyeri di perut bagian kanan. Ny S mendaftarkan diri ke poliklinik di fasilitas poli urologi, setelah diperiksa Ny S dinyatakan menderita *nefrolitiasis* sehingga tindakan medis harus dilakukan. Berkaitan dengan hal tersebut, penulis tertarik untuk menyusun karyanya dengan tema "Asuhan Keperawatan Ny. S dengan *Nefrolitiasis Dextra* di Baitus Salam 1 RSI Sultan Agung Semarang.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan secara umum dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu untuk bisa memahami dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny S dengan *Nefrolitiasis Dextra*.

2. Tujuan Khusus

- a. Memahami dari dasar konsep penyakit *Nefrolitiasis Dextra*, meliputi definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan medis, pemeriksaan diagnostik, pencegahan faktor resiko dan pathways.
- b. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnose, fokus intervensi.
- c. Menggambarkan dan menganalisa asuhan keperawatan pada Ny S mulai dari pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi:

1. Institusi pendidikan

Menjadi bahan tambahan wacana bagi mahasiswa dalam proses asuhan keperawatan medical bedah khususnya *Nefrolitiasis Dextra*, serta untuk mengetahui kemampuan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ny S.

2. Lahan praktik

Mampu dimanfaatkan bagi rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya keperawatan pada klien yang mengalami *Nefrolitiasis Dextra*.

3. Masyarakat

Memberikan pengetahuan dan pemahaman bagi masyarakat tentang *Nefrolitiasis Dextra*.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep dasar penyakit

1. Pengertian

Nefrolitiasis (batu ginjal) adalah salah satu penyakit ginjal, di mana ditemukan batu yang mengandung bagian permata dan jaringan alami yang merupakan penyebab paling umum dari masalah kencing. Seperti yang ditunjukkan oleh penilaian lain. *Nefrolitiasis* (batu ginjal) adalah suatu kondisi di mana setidaknya ada satu batu di pelvis atau kelopak ginjal. Berbicara secara komprehensif, susunan batu ginjal dipengaruhi oleh komponen bawaan dan komponen asing. Variabel alami adalah usia, orientasi seksual, dan keturunan, sedangkan komponen asing adalah kondisi geologis, lingkungan, pola makan, zat yang terkandung dalam kencing, pekerjaan, dll. Area batu ginjal biasa ditemukan di kelopak, atau panggul dan ketika keluar itu akan berhenti dan menghentikan ureter (batu ureter) dan (batu kandung kemih). Batu ginjal bisa terbentuk dari kalsium, batu oksalat, kalsium oksalat, atau kalsium fosfat. Batu ginjal yang paling terkenal adalah batu kalsium. (Fauzi & Putra, 2016).

2. Etiologi

Interaksi susunan *nefrolitiasis* terjadi secara progresif, kristalisasi ini berlangsung cukup lama. Bermula dari ukurannya yang kecil dan terus berkembang hingga menyebabkan kerja ginjal menjadi cacat. Tidak adanya konsumsi air juga mempengaruhi. Siklus susunan batu disebut *Urolitiasis*. Selain di ginjal, *urolitiasis* bisa terjadi di kandung kemih, yang disebut batu kandung kemih. Selain kalsium, kadar korosif urat yang tinggi juga dapat menyebabkan *nefrolitiasis* korosif urat. Beberapa penyakit ini juga berisiko menyebabkan *nefrolitiasis* seperti sarkoidosis, hiperparatiroidisme, penyakit kanker, dan asidosis bulat ginjal.. (Hasanah, 2016)

Batu ginjal dicirikan ke dalam jenis berikut:

1. Batu Kalsium

Terdiri dari kalsium oksalat (setengah), kalsium fosfat (5%) dan kombinasi keduanya (45%). Kebanyakan batu kalsium oksalat terstruktur pada pH kencing 5,0-6,5, sedangkan batu kalsium fosfat terstruktur pada pH yang lebih basa.

Variabel perkembangan batu kalsium adalah:

a. Hiperkalsiuria

Ini diisolasi menjadi hiperkalsiuria absorptif, hiperkalsiuria ginjal, dan hiperkalsiuria resorptif. Hypercalciury absorbtif terjadi karena peningkatan retensi kalsium melalui sistem pencernaan, hypercalciury ginjal terjadi karena ketidakmampuan kapasitas untuk reabsorpsi kalsium melalui tubulus ginjal dan hypercalciury resorptive terjadi karena peningkatan resorpsi kalsium tulang.

b. Hiperoksaluri

Merupakan keluarnya oksalat urin yang melebihi 45 gram setiap hari.

c. Hiperurikosuria

Kadar korosif urat pada kencing yang melampaui 850mg / 24 jam.

d. Hipositraturia

Sitrat yang berfungsi untuk menghalangi efek kalsium dengan oksalat ata fosfat sedikit.

e. Hipomagnesuri

Magnesium yang berperan sebagai penghambat batu kalsium dalam kadar rendah dalam tubuh. Alasan paling terkenal untuk hipomagnesuria adalah penyakit usus provokatif diikuti oleh malabsorpsi yang dinonaktifkan.

2. Batu Struvite

10-15% batu ginjal adalah batu struvite. Pembentukan batu disebabkan oleh penyakit saluran kemih berulang oleh mikroba yang memproduksi urease, seperti *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa* dan *Enterobacter sp.* Batu struvite cenderung berbentuk batu staghorn dan lebih normal pada wanita.

3. Batu Asam Urat

Sebanyak 3-10% batu ginjal merupakan batu korosif urat dengan kejadian lebih tinggi pada jenis kelamin pria. Diet tinggi purin pada orang yang membakar protein berlebih, menyebabkan hiperurikosuria, volume urin rendah dan urin rendah (pH <5,05) meningkatkan frekuensi pembentukan batu korosif urat.

4. Batu sistin

Terjadinya batu ini adalah <2%. Batu sistin adalah penyakit hereditas laten autosomal yang menyebabkan kelainan bentuk kualitas rBAT pada kromosom 2. Hal ini dijelaskan oleh asimilasi sistin yang tidak biasa oleh tubulus ginjal, sehingga pengeluaran sistin urin mencapai lebih dari 600 mmol setiap hari.

5. Batu yang Digerakkan Obat

Beberapa obat, misalnya guaifenesin, triamterense, atazanivir, indinavir sulfat, dan sulfonamida dapat membentuk batu ginjal yang terbuat dari simpanan metabolitnya. Terlebih lagi, pergerakan obat ini dapat mengganggu pencernaan kalsium oksalat dan purin. (Mayasari & Wijaya, 2020)

3. Manifestasi klinik

Tanda dan gejala dari *Nefrolitiasis* diantaranya sebagai berikut:

- a. Nyeri dan pegal didaerah pinggang: lokasinya tergantung dimana terbentuknya batu tersebut.
- b. Hematuria: darah berwarna keruh dari ginjal, dapat terjadi karena cedera yang disebabkan oleh batu atau kolik.
- c. Penyumbatan: batu yang menghalangi aliran kencing akan menyebabkan kontaminasi saluran kemih Indikasi: demam dan menggigil
- d. Batu ginjal menyebabkan peningkatan faktor tekanan hidrostatik dan distensi pelvis ginjal dan ureter proksimal yang menyebabkan kolik.
- e. Gejala gastrointestinal termasuk sakit, memuntahkan, dan kelonggaran usus. (Nursalam, 2011)

4. Patofisiologi

Zat pembentuk batu dapat mempercepat dalam kencing jika batas solvabilitas terlampaui. Dalam jangkauan metastabil yang diduga, pengembangan batu mulia mungkin tidak terjadi sama sekali atau hanya berlanjut secara bertahap, meskipun susunannya sangat mendalam. Meskipun demikian, dengan asumsi peningkatan fokus melewati jangkauan metastabil, kristalisasi terjadi, melarutkan permata yang telah terbentuk bisa saja terjadi dengan menurunkan fiksasi di bawah jangkauan metastabil.

Menurut Silbernagl (2007), campuran paling terkenal yang ditemukan pada batu ginjal adalah kalsium oksalat (sekitar 70%), kalsium fosfat atau magnesium-amonium fosfat (sekitar 30%), dan xantin atau sistin (<5%). Beberapa zat dapat tersedia dalam satu batu karena permata yang dibentuk sebelumnya berfungsi sebagai inti kristalisasi dan bekerja dengan pernyataan zat metastabil lainnya yang rusak (selanjutnya, absolutnya adalah > 100%) pada peningkatan filtrasi dan pelepasan batu zat-zat penghantar akan mendorong fiksasi yang meluas di batu plasma.

Selanjutnya, hiperkalsiuria dan fosfaturia terjadi akibat perluasan konsumsi usus dan aktivasi dari tulang, misalnya jika ada kelebihan PTH atau kalsitriol. Hiperkalsemia dapat disebabkan oleh ketidakteraturan metabolisme dalam pemecahan asam amino atau melalui perluasan asimilasi dalam susu. Hiperurisemia terjadi karena pasokan yang berlebihan, campuran baru yang meluas, atau kerusakan purin yang meluas, batu xantin dapat terjadi jika perkembangan purin sangat meluas dari pemecahan xantin purin menjadi korosif urat terhambat. Meskipun demikian, xantin lebih pelarut daripada korosif urat, sehingga batu xantin lebih jarang terjadi.

Struktur batu ginjal di tubulus ginjal dan kemudian berdiam di kelopak, infidibulum, pelvis ginjal, dan bahkan dapat mengisi panggul, seperti kelopak seluruh ginjal. Batu yang mengisi pyelum dan beberapa kali ginjal memberikan gambaran taring rusa yang diduga batu staghorn, penyimpangan atau pemeriksaan pada kerangka pelvis ginjal (penyempitan infidibulum dan stenosis uretrepelvis) bekerja dengan perbaikan batu ginjal.

Batu yang tidak terlalu besar digerakkan oleh peristaltik otot rangka panggul dan turun ke ureter menjadi batu ureter. Gerak peristaltik ureter mencoba untuk

memasukkan batu ke dalam kandung kemih. Batu yang kecil (> 5 mm) secara keseluruhan dapat lewat dengan cepat, sementara yang lebih besar secara teratur tetap berada di ureter dan menyebabkan respons yang berapi-api, dan menyebabkan penyumbatan konstan sebagai hidronefrosis. menyebabkan anomali primer pada banyak saluran kemih bagian atas.

Hambatan di ureter menyebabkan hidroureter dan hidronefrosis, batu di pileum dapat menyebabkan hidronefrosis, dan batu di kaliks mayor dapat menyebabkan kaliumektasis di kaliks yang dimaksud. Kapanpun disertai dengan penyakit opsional, dapat menyebabkan pyonefrosis, urosepsis, bisul ginjal, sakit perinefrik, kanker paranephric, atau pielonefritis. Dalam kondisi mutakhir kerusakan ginjal dapat terjadi dan jika mengenai kedua sisi dapat menyebabkan gagal ginjal yang berkepanjangan. Keadaan batu ginjal memberikan masalah keperawatan pada pasien reaksi yang berbeda terhadap hambatan, kontaminasi, dan kejengkelan. (Raufandita, 2019)

5. Komplikasi

Nefrolitiasis mempunyai komplikasi yang terjadi diantaranya:

- a. Adanya obstruksi
- b. Infeksi ginjal

Dalam aliran kencing statis adalah tempat yang layak untuk ekspansi mikroorganisme. Sehingga akan menyebabkan penyakit peritoneum.

- c. Gagal ginjal

Ada kerusakan lebih lanjut pada neuron dan vena yang disebut batu tekanan dalam film ginjal karena suplai oksigen yang tidak memadai. Hal ini menyebabkan iskemia ginjal dan bila tidak diobati dapat menyebabkan gagal ginjal.

- d. Vaskuler iskemia

Terjadi karena aliran darah ke jaringan berkurang, menyebabkan lewatnya jaringan

- e. Hydronefrosis

Ada kerusakan lebih lanjut pada neuron dan vena yang disebut batu tekanan di lapisan ginjal karena suplai oksigen yang terhambat. Hal ini menyebabkan iskemia ginjal dan setiap kali tidak diobati dapat menyebabkan kekecewaan

ginjal. Terjadi karena aliran darah ke dalam jaringan berkurang sehingga terjadi kematian jaringan. (Tondok, 2014)

6. Faktor resiko

Faktor bahaya untuk *nefrolitiasis* termasuk usia, jenis kelamin laki-laki, berat badan, diabetes, kondisi metabolik, masalah ginjal yang mendasari, masuknya cairan rendah, infeksi ginjal dan penyakit terkait perut tertentu (Virapongse, 2016). Selain itu, variabel diet dan endokrin juga diketahui sangat memengaruhi risiko batu ginjal (Pearle et al. Dalam Ingimarsson et al., 2016). Selain itu, de Oliveira et al., (2014) menyusun secara sebanding bahwa variabel makanan berperan penting dalam batu ginjal. Misalnya, asupan cairan yang rendah dan asupan protein, garam, dan oksalat yang tidak masuk akal adalah faktor-faktor bahaya yang dapat dimodifikasi untuk batu ginjal. (Wira Citerawati SY et al., 2018)

7. Pemeriksaan diagnostik

- a. Penilaian skrining terdiri dari riwayat klinis dan diet yang pasti, ilmu darah, dan kencing pasien.
- b. Sinar-X wilayah tengah digunakan untuk mencari kemungkinan batu yang tidak dikenal oleh radio.
- c. Pielografi intravena yang bertujuan untuk melihat sistem kehidupan dan kapasitas ginjal. Penilaian ini dapat mengungkap batu radiolusen.
- d. Ultrasonografi (USG) dapat melihat berbagai macam batu.
CT urografi tanpa kontras adalah norma untuk melihat adanya batu di plot urin. (Fauzi & Putra, 2016)

8. Penatalaksanaan medis

- a. *Extracorporeal Shockwave Lithotripsy* (ESWL)

Ia bekerja dengan memanfaatkan gelombang kejut yang dibuat di luar tubuh untuk menghancurkan batu di dalam tubuh. Batu tersebut akan dipisahkan menjadi potongan-potongan kecil dengan tujuan agar tidak sulit untuk melalui saluran kemih yang banyak. Kegiatan ini sangat efektif untuk batu diperkirakan sedang dan sedang.

- b. *Percutaneous Nephrolithotomy* (PCNL)

Salah satu strategi endurologi untuk menghilangkan batu di ginjal adalah dengan menyematkan endoskopi ke dalam kelopak melalui sayatan kulit. Batu tersebut kemudian dikeluarkan dan kemudian dipisahkan menjadi bagian-

bagian kecil. Strategi ini disarankan sebagai pengobatan penting untuk batu ginjal yang berukuran > 20mm.

c. *Ureterorenoscopy (URS) Flexible*

Ini adalah teknik untuk menganalisis saluran kencing dengan menggunakan alat yang dipasang melalui tempat kencing ke dalam ureter dan kemudian batu pecah dengan gelombang pneumatik. Bagian batu akan keluar bersama kencing.

d. Tindakan Operasi Terbuka atau bedah Laparaskopi

Laparoskopi atau operasi lubang kunci ialah tindakan bedah minimal invasif yang dilakukan dengan cara membuat lubang kecil di dinding perut. Laparoskopi dikerjakan dengan menggunakan alat berbentuk tabung tipis. Prosedur medis terbuka terdiri dari *pyelolithotomy* atau *nephrolithotomy* untuk menghilangkan batu di bagian ginjal.

e. Terapi Konservatif atau Terapi Ekspulsif Medikamentosa (TEM)

Perawatan klinis ini difokuskan pada kasus batu yang ukurannya masih di bawah 5mm. Ini juga dapat diberikan kepada pasien yang tidak memiliki tanda-tanda keluarnya batu yang dinamis. Pengobatan sedang terdiri dari memperluas penerimaan minum dan mengatur diuretik; organisasi nifedipine atau spesialis alpha-blocker, misalnya tamsulosin, manajemen rasa nyeri terutama di kolik, dapat dibudidayakan dengan mengelola simpatolitik, atau antiprostaglandin, analgesik; pengamatan intermiten secara berkala selama sekitar satu setengah bulan untuk mensurvei posisi batu dan tingkat hidronefrosis. (Aslim et al., 2014)

9. Pencegahan

Untuk mencegah *Nefrolitiasis* dapat dilakukan beberapa cara diantaranya:

- a. Banyak mengonsumsi air putih
- b. Kurangi jenis makanan yang mengandung purin seperti ikan, sarden, jeroan, hati, dan otak.
- c. Menghindari makanan tinggi kadar oksalat seperti coklat, bayam, teh, merica dan jenis kacang-kacangan
- d. Memiliki kalsium rendah, makan lebih sedikit karbohidrat dan membakar natrium selulosa fosfat, dan selanjutnya konsumsi kalium sitrat untuk meningkatkan kadar sitrat. (Hasanah, 2016)

B. Konsep dasar keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap pertama dan fundamental yang akan menentukan pencapaian tahap berikut dari siklus keperawatan. Langkah-langkah penilaian harus memasukkan aksesibilitas desain evaluasi, informasinya harus sah dan tepat (Wedho, et al., 2015). Evaluasi terdiri dari pengumpulan data abstrak dan target (misalnya tanda-tanda penting, pertemuan pasien/keluarga, penilaian aktual) dan pemeriksaan data riwayat tenang dalam rekam medis. Petugas medis juga mengumpulkan data tentang kualitas (untuk membedakan celah peningkatan kesehatan) dan resiko (wilayah yang dapat dicegah oleh perawat atau potensi masalah yang dapat ditunda). penilaian dapat didasarkan pada spekulasi keperawatan eksplisit, misalnya, yang dibuat oleh saudari Callisa Roy, Wanda Horta, atau Dorothea Orem, atau struktur evaluasi standar, misalnya, desain Kesejahteraan Praktis sesuai dengan Marjory Gordon. SLKI dan SIKI SDKI memberikan pendekatan untuk menyusun banyak informasi berdasarkan contoh atau klasifikasi informasi evaluasi krisis dengan menggunakan kerangka penilaian.. (Gustiawan, 2019)

Selanjutnya adalah pengkajian klien dengan batu ginjal:

a. Kumpulan Data

1. Identitas

Informasi klien, termasuk: nama, usia, orientasi seksual, pelatihan, agama, pekerjaan, kebangsaan, status perkawinan, alamat, kesimpulan klinis, nomor RM, tanggal perjalanan, tanggal penilaian, dan ruangan tempat klien ditangani.

2. Riwayat Kesejahteraan Klien

Riwayat klinis klien dengan batu ginjal adalah sebagai berikut:

a) Keluhan Pertama

Tujuan eksplisit di balik kunjungan klien ke fasilitas atau klinik medis. Biasanya klien dengan batu ginjal mengeluhkan nyeri punggung bawah.

b) Riwayat klinis saat ini

Apakah peningkatan tujuan utama dan berjalan dengan informasi yang memanfaatkan pendekatan P, Q, R, S, T.

c) Riwayat klinis masa lalu

Umumnya klien penderita batu ginjal merengek kesakitan di daerah perut, tekanan mental, yang dilatarbelakangi dengan meminum minuman kaleng.

3. Informasi alami dan fisiologis menggabungkan hal-hal berikut:

a) Pola makan

Mengevaluasi makanan pokok, kekambuhan makan, pembatasan diet dan ngidam, sama seperti rutinitas makan yang diberikan. Pada penderita batu ginjal, biasanya mengalami penurunan nafsu makan karena adanya cedera pada ginjal.

b) Pola eliminasi

Menyurvei contoh BAK dan BAB klien, BAK menganalisis kekambuhan kencing, jumlah, warna, bau dan keluhan saat buang air kecil, sedangkan pada BAB menilai kekambuhan, konsistensi, warna dan penciuman sama seperti keberatan yang dirasakan. Pada klien dengan batu ginjal, BAK umumnya disebabkan oleh penyumbatan atau batu ginjal di perut

c) Pola Tidur

Desain istirahat klien dievaluasi, sehubungan dengan waktu istirahat, lama istirahat, kecenderungan tertidur dan masalah dalam tertidur. Pada klien dengan batu ginjal, mereka biasanya mengalami gangguan desain istirahat karena sakit.

d) Pola Aktifitas

Perubahan yang disurvei dalam desain pergerakan klien. Pada klien dengan batu ginjal, klien mengalami masalah pergerakan karena kekurangan yang sebenarnya karena masalah fisik pada ginjal.

e) Pola hygiene individu

Mengevaluasi kapasitas klien untuk mengatasi masalah kebersihan individu (mencuci, kebersihan mulut, memotong

kuku, keramas). Pada penderita batu ginjal, ia jarang kali membersihkan diri karena sakit di bagian perut.

f) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

1) Rambut

Pada pasien dengan batu ginjal, biasanya penilaian rambut akan terlihat agak kusut karena klien tidak memiliki kemampuan untuk mencuci rambutnya karena pergerakan pasien yang terbatas.

2) Mata

Pada klien dengan batu ginjal pada penilaian mata, penglihatan klien normal, mata seimbang di kiri dan kanan, sklera tidak ikterik.

3) Telinga

Pada klien dengan batu ginjal tidak gangguan pendengaran, tidak ada serumen, telinga klien seimbang, dan klien tidak merasa nyeri saat disentuh.

4) Hidung

Klien dengan batu ginjal biasanya memiliki penilaian hidung yang seimbang, sempurna, tidak ada kotoran, tidak ada pembengkakan.

5) Mulut

klien dengan batu ginjal kebersihan mulut baik, mukosa bibir kering.

6) Leher

Penderita batu ginjal tidak mengalami pembesaran organ tiroid.

7) Thorak

a. Paru- paru

Inspeksi : dada simetris kanan kiri

Palpasi : tidak teraba massa

Perkusi : lapang paru bunyi normal

Auskultasi : suara nafas normal

b. Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat

Palpasi : ictus cordis tidak teraba

Perkusi : bunyi jantung normal

Auskultasi : reguler, apakah ada bunyi tambahan atau tidak

c. Abdomen

Inspeksi : abdomen tidak membesar atau menonjol, ada bekas paada bekas operasi dan mempunyai streacmac

Palpasi : tanpa adanya rasa nyeri

Perkusi : suara abdomen normal (timpani)

Auskultasi : peristaltik baik

8) Ekstermitas

Pasien dengan batu ginjal sebagian besar ektremitas dalam keadaan normal.

9) Genitalia

Pada penderita batu ginjal, tidak ada kelainan pada alat kelamin.

g) Data penunjang

a. Farmakoterapi : Dikaji obat yang diprogramkan serta jadwal pemberian obat.

b. Prosedur Diagnostik Medik.

c. Pemeriksaan Laboratorium

(Samita, 2018)

2. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi

a. Diagnosa keperawatan

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

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (D.0077)
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. (D.0054)

b. Intervensi

Standar intervensi keperawatan merupakan salah satu standar profesi keperawatan yang dibutuhkan dalam menjalankan praktik keperawatan di Indonesia. Intervensi keperawatan adalah pada seluruh obat yang dilakukan oleh petugas yang bergantung pada informasi klinis dan penilaian untuk mencapai hasil (outcome) yang diinginkan seperti level praktik, kategori, upaya kesehatan, berbagai jenis klien dan jenis intervensi Tim Pokja SIKI (2018). Intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosa diatas adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (agen injuri: mekanik)

Tujuan : memperlihatkan ukuran rasa sakit sampai hilang

- a. Kaji tanda – tanda vital
- b. Kaji skala nyeri (PQRST)
- c. Atur posisi pasien ke posisi nyaman
- d. Mengajari dasar merelaksasi nafas dalam apabila rasa sakit terlihat.
- e. Anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup.
- f. Kolaborasi pemberian analgetik

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme

Tujuan: status nutrisi meningkat

Weight control

- a. Evaluasi faktor-faktor yang mempengaruhi kapasitas pasien untuk memproses makanan
- b. Evaluasi kapasitas pasien untuk mendapatkan suplemen yang dibutuhkan
- c. Saring ukuran suplemen dan kandungan kalori
- d. Berikan data tentang kebutuhan nutri yang sehat
- e. Upaya bersama dnegan ahli gizi dalam merawat

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tujuan: mobilitas fisik meningkat

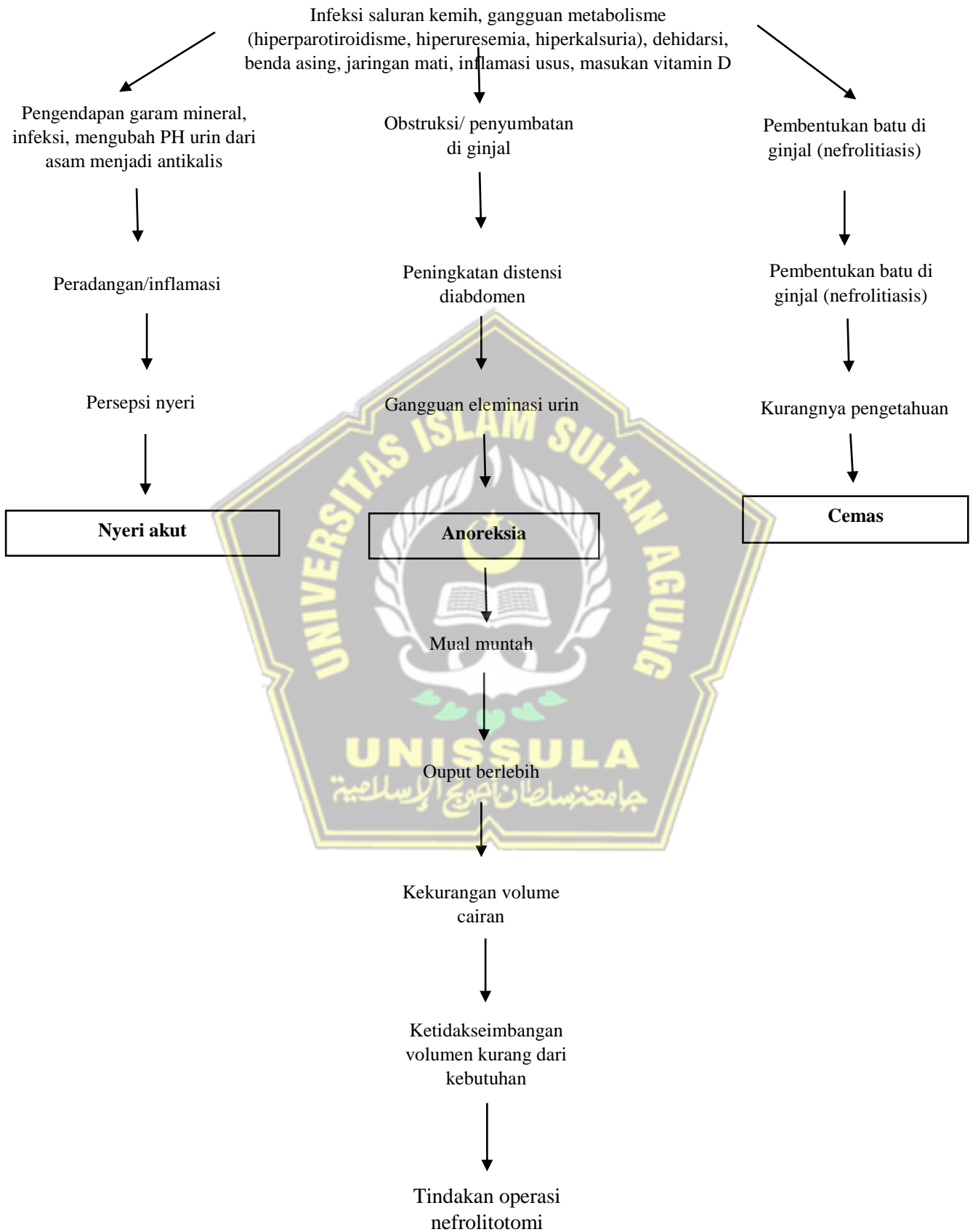
Ambulation (terapi aktivitas : ambulasi):

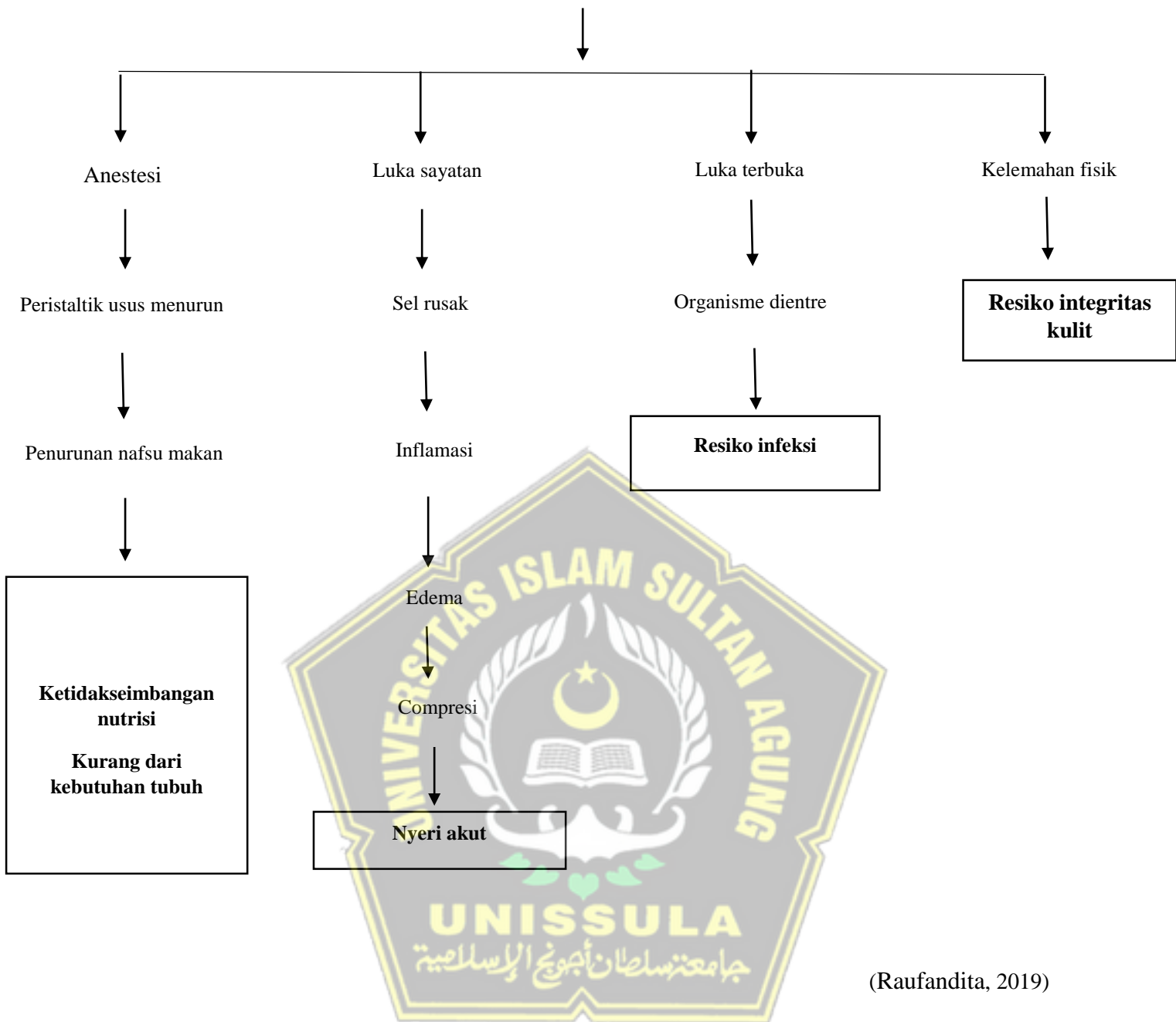
- a. Evaluasi kapasitas pasien dalam mobilisasi

- b. Latih pasien dalam menangani kebutuhan ADLs secara mandiri dan berdasarkan kasus per kasus
 - c. Saring tanda-tanda penting saat berolshraga
 - d. Tunjukkan strategi ambulasi pasien
 - e. Saring reaksi pasien setelah melakukan latihan
- (Egziabher & Edwards, 2013)



PATHWAYS NEFROLITIASIS





(Raufandita, 2019)

BAB III

RESUME KASUS

A. Pengkajian

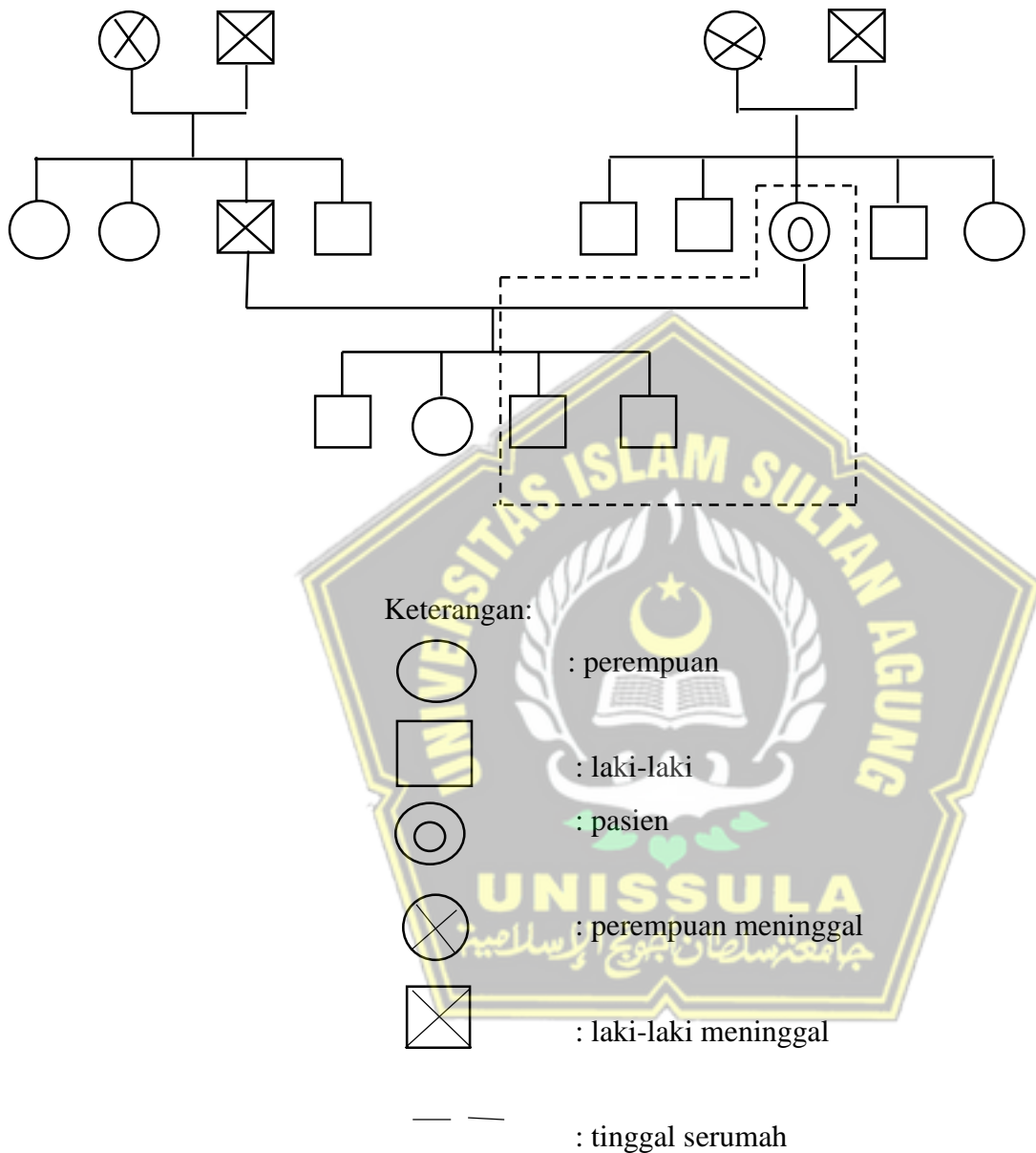
Hasil pengkajian yang dilaksanakan pada tanggal 13 februari 2021 jam 13.00 WIB di Ruang Baitus Salam 1 RSI Sultan Agung Semarang, dengan melakukan wawancara secara langsung dengan pasien dan keluarga, mengobservasi secara langsung dan melihat rekam medik seperti terapi yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, hasil radiologi serta catatan perkembangan pada pasien. Didapatkan identitas pasien Ny S berumur 49 tahun berjenis kelamin perempuan. Pasien beragama islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan pasien buruh tani, dengan suku jawa dan warga negara indonesia, alamat pasien Desa Wedean Rt 01/02 Harjowinangun Dempet Demak dengan diagnosa *Nefrolitiasis Dextra*. Pasien masuk pada tanggal 05 Februari 2021 jam 11.00 WIB. Penanggungjawab pasien bernama Tn N, umur 24 tahun, jenis kelamin pria, beragama muslim, bersuku/berbangsa Jawa/ Indonesia, sekolah terakhir SMA, pekerjaan swasta. Hubungan dengan pasien yaitu anak.

1. Riwayat kesehatan

Keluhan awal: Pasien mengatakan sakit dibagian perut kanan dan kaki. Alasan pasien masuk rumah sakit karena pasien mengatakan nyeri dibagian perut kanan dan susah BAB dan pasien datang ke RSI Sultan Agung Semarang untuk memeriksakan dirinya ke poli klinik urologi, setelah melakukan pemeriksaan pasien terkena penyakit *nefrolitiasis* atau batu ginjal dan harus dilakukan tindakan operasi laparaskopi. Diperoleh informasi dari klien bahwa klien mempunyai riwayat penyakit asam urat dan magh. Pasien juga mengatakan sebelumnya tidak pernah kecelakaan dan tidak mempunyai alergi pada makanan dan obat-obatan. Klien juga mengungkapkan keluarga klien tidak memiliki riwayat penyakit hampir sama seperti klien, dan dari keluarga, klienlah satu-satunya yang memiliki riwayat penyakit batu ginjal. Klien mengungkapkan bahwa lingkungan rumahnya bersih dan aman karena hampir setiap hari dibersihkan oleh klien. Klien juga mengatakan bahwa rumahnya terdapat ventilasi jendela, serta menggunakan air sumur yang digunakan setiap hari untuk mencuci baju,

mandi sedangkan untuk masak klien menggunakan air galon. Untuk pembuangan limbah klien mengatakan keluarganya mempunyai penampungan limbah yaitu septiteng.

Genogram



2. Pola kesehatan fungsional

Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan klien mengungkapkan tentang kesehatan sangatlah berguna pada keluarga. Ketika klien atau keluarga sakit klien langsung memeriksakan dirinya ke klinik tanpa ditunda-tunda. Untuk menunjang kesehatan hidupnya klien dan keluarga mempunyai asuransi yaitu BPJS. Pola nutrisi dan metabolik sebelum sakit: klien mengatakan sebelum sakit

pola makannya 3x sehari dengan porsi yang cukup ukuran dewasa, untuk jenis makanan yang dimakan ialah nasi, lauk, sayur-sayuran. Makanan pantangan klien yaitu kacang-kacangan dan sayur ijo-ijoan karena klien mempunyai riwayat asam urat. Saat sakit: klien mengatakan saat dirawat dirumah sakit pola makannya sama 3x sehari tetapi dengan porsi yang sedikit karena klien mengalami penurunan nafsu makan. Klien tidak memiliki keluhan dalam makan, semua masih dalam keadaan baik-baik saja. Klien juga mengatakan tidak mempunyai keluhan *anoreksia nervosa* tetapi teradapat keluhan pada *bulimia nervose*. Untuk pola minumannya klien mengataka tidak ada gangguan pola minum, sehari klien sehari klien minum kurang lebih 2 L. Keluhan makan.

Pola eliminasi Sebelum sakit: klien mengatakan pola BABnya lancar 1x sehari. Tidak kesulitan dalam BAB. Saat sakit: klien mengatakan saat dirawat di rumahsakit BAB tidak lancar dan setelah operasi klien belum BAB sama sekali. Sebelum sakit pola BAK klien mengatakan BAK lancar dan normal, tidak ada gangguan maupun kesulitan, klien mengatakan berkemih kurang lebih 7x sehari dengan warna kuning jumlah klien berkemih kurang lebih 300 cc sehari. Saat sakit: klien mengatakan saat dirawat dirumahsakit pola BAK masih sama seperti sebelum sakit, normal tidak ada gangguan dan kesulitan, klien terpasang kateter, jumlah klien berkemih 400cc dengan warna merah karena bercampur dengan darah karena pasien pasca operasi. Pola aktivitas dan latihan klien mengatakan aktivitasnya sebagai pekerja serabutan atau buruhh tani, klien mengatakan jarang melakukan olahraga karena harus pergi bekerja pagi buta setiap hari, klien mengatakan segala aktivitasnya tidak ada kesulitan apapun sehingga masih bisa melakukan aktivitas dengan mandiri dari mandi, BAK, BAB, mengganti pakaian dan lain-lain. Klien mengungkapkan tidak ada keluhan sesak nafas dalam melakukan aktivitasnya. Pola istirahat dan tidur klien mengatakan aktivitasnya sebagai pekerja serabutan atau buruhh tani, klien mengatakan jarang melakukan olahraga karena harus pergi bekerja pagi buta setiap hari, klien mengatakan segala aktivitasnya tidak ada kesulitan apapun sehingga masih bisa melakukan aktivitas dengan mandiri dari mandi, BAK, BAB, mengganti pakaian dan lain-lain. Klien mengungkapkan tidak ada masalah sesak nafas dalam beraktivitas. Pola istirahat dan tidur sebelum sakit: klien mengatakan sebelum dirawat dirumahsakit pola tidur pasien teratur kurang lebih 8 jam dengan pola tidur yang nyenyak, klien mengawalinya dari jam 21.00 WIB dan bangun pagi di jam 05.00

WIB. Saat sakit: klien mengatakan saat dirawat dirumah sakit klien mengeluh sulit tidur, sering terbangun dan pola tidurnya berubah. Pola kognitif-perseptual sensori klien mengatakan tidak ada keluhan pada pendengaran dan penglihatan, klien mampu mengingat dengan baik dan bisa menerima pesan yang disampaikan dokter, perawat maupun orang lain dengan baik. Selama sakit klien merasakan nyeri P: nyeri ketika banyak gerak Q: tajam R: pinggang bagian kanan S: 4 T: hilangnya timbul. Sebelum sakit pola perseptual klien normal. Pola persepsi dan konsep diri. Klien mengatakan untuk saat ini berharap penyakitnya cepat sembuh dan bisa melakukan aktivitasnya lagi dengan baik. Klien juga mengatakan perasaanya sedih karena klien adalah tulang punggung keluarga karena suami klien sudah meninggal, dan klien harus menghidupi kedua anaknya dan klien juga berharap agar penyakitnya tidak kambuh lagi. Pola mekanisem koping Klien mengatakan dalam mengambil keputusan klien berdiskusi dengan anak-anaknya dan keluarga yang lain. Klien selalu berdoa, sabar dan berikhtiar dalam menghaadapi masalah. Pola seksual-reproduksi klien mengatakan sudah tidak melakukan hubungan seksual sejak suaminya meninggal, suami klien meninggal tahun 2002. Klien juga mengatakan tidak ingin menikah lagi karena ingin fokus merawat anak-anaknya. Pola berhubungan dengan orang lain klien mengatakan bahwa ketika berhubungan atau bersosialisasi denagan orang lain tidak ada masalah apa-apa meskipun kini sedang sakit pola komunikasi tetap berjalan baik. Pola nilai dan kepercayaan klien mengatakan sebelum sakit ibadah klien rajin dan saat dirawat dirumahsakit sebelum operasi klien masih menjalankan ibadah namun setelah operasi klien sulit melakukan ibadah karena tidak bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri dan harus dibantu anaknya.

3. Pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik (*Head to toe*) pasien didapatkan keadaan umum pasien baik dengan penampilan nampak lemas pucat, dengan kesadaran composmentis GCS E: 4 M:6 V:5 dengan total 15. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 155/88 mmHg S: 36°C Nadi: 64x/ menit RR: 20x/ menit. Pada pemeriksaan kepala didapatkan informasi, khususnya: bentuk kepala mesocephal, bersih, rambut hitam dengan sedikit rambut perak, dan tidak berketombe. Bentuk mata seimbang, konjungtiva mata tidak lemah, sklera tidak ikterik, penglihatan pasien dapat diterima dan tidak memakai panduan visual. Hidung pasien pada

hak istimewa dan kiri rata, tidak ada pengeluaran cairan, tidak ada pernafasan lubang hidung dan klien tidak menggunakan oksigen. Telinga pasien tidak ada wax, pendengaran pasien dapat diterima, dan pasien tidak memakai amplifier. Mulut dan tenggorokan pasien terlihat sempurna, mukosa bibir lembek, tidak ada simpul dan amandel yang membesar dan tidak ada stomatitis. Pada pengkajian jantung pasien bila ditinjau tampak ictus cordis, dengan palpasi ictus cordis teraba, perkusi jantung redup dan pada auskultasi tidak ada suara tambahan. Pada pemeriksaan paru-paru saat diinspeksi paru kanan kiri simetris, palpasi tidak ada nyeri tekan, saat diperkusi sonor, dan saat diauskultasi suara nafas. Pada pemeriksaan abdomen saat di inspeksi terdapat bekas jahitan operasi diperut samping kanan, bentuk juga simetris, saat diperkusi timpani, dipalpasi terdapat nyeri tekan pada perut kanan bagian bawah, dan saat diauskultasi terdengar suara peristaltik usus. Pada pemeriksaan ekstremitas atas yaitu tangan kanan dan tangan kiri simetris tidak ada luka maupun lesi ditangan, tangan kiri terpasang infus RL 20 tpm dan nyeri tekan pada daerah tusukan infus. Untuk kaki kanan dan kiri simetris tidak ada lesi dan luka pada kaki semua pergerakan tidak ada masalah semua masih baik.

4. Data penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

13-02-2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
-------------	-------	---------------	--------	------------

HEMATOLOGI

Darah Rutin 1

Hemoglobin	12,2	11,7-15,5	g/ dL	
Hematocrit	40,5	33,0-45,0	%	
Leukosit	H 11,4	3,60-	Ribu/ μ L	
Trombosit	238	11,00 150-440	Ribu/	

b. Pemeriksaan Radiologi

29-02-2021

CT Scan Abdomen (CT SCAN Tanpa Kontras)

CT STONOGRAFI

GINJAL KANAN ukuran dan letak normal, aksis ginjal tampak berubah posisi PCS tampek lebih kelateral, PCS tampak lebih moderat, tampak batu dipelvie kareter, parenkim normal, PCS tak lebar, tampak batu di kaliks medis UK diameter sekitar 0,3 cm. URETER KIRI tak lebar tampak batu, VESIKA URINARIA dinding tak tebal, tak tampak batu, tak tampak cairan batu bebas intrabdominal, tak tampak efusi pleura.

KESAN: CURIGA ADA MALROTASI GINJAL KANAN, MODERAT HIDRONEFROSIS KANAN E.C BATU DIPELVIKOUTER JUNCTION KANAN UK SEKITAR 1.4 X 2,2 CM, NEFROLITIASIS KIRI D KALIKS MEDIA UK DIAMETER SEKITAR 0,34 CM, NON – OBTRUKSI, TAK TAMPAK VESIKOLITHIASIS.

05-02-21

Thorax Besar (Non Kontras)

X foto Thorax

Cor: Apeks jantung bergeser ke laterocaudal Elongatio Aorta, penebalan hillus kanan, cenderung vaskuler, PULMO: corakan vaskuler tampak meningkat, tampak bercak tipis paracardial kanan, hemidiafragma kanan setinggi costa 9 posterior, sinus costrophrenicus kanan kiri baik.

KESAN: Cardiomegdly (LV), Elongatio Aorta, Infiltrat tipis paracardial kanan, curiga bronchopneumonia.

c. Terapi dan diit yang diberikan

Ketorolac	3x1 gram (IV)
Ranitidine	2x1 bram (IV)
Ceftriaxone	2x1 gram (IV)
Natrium diklovenat	2x50 gram (oral)
Cefix tm	2x200 gram (oral)
Asam folac	1x1 gram (oral)
Infus RL	20 tpm

Dulcolas supp (suppositoria)
Diit: cair II (bubur sum-sum)

B. ANALISA DATA

Penilaian dilaksanakan pada tanggal 13 Februari 2021 pukul 20.00 WIB setelah memimpin evaluasi, pembuat merinci informasi dan memperoleh hasil untuk menetapkan temuan utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Masalah ini diperkuat oleh efek samping dari informasi abstrak klien yang mengatakan nyeri pinggang sebelah kanan (bekas luka prosedur medis) hari pertama dan sakit seperti ditusuk-tusuk, Provokes: pasien berkata sakit saat banyak gerak, Quality: pasien berkata rasa sakit seperti tertusuk Region: pasien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kanan, Severity: pasien mengatakan skala nyeri 4, Time: pasien berkata rasa nyeri berkurang timbul. Juga pada informasi tujuan, ditemukan bahwa informasi klien memberi kesan cemberut kesakitan dan kecemasan, klien memiliki selang yang terhubung ke pinggang kanan dengan informasi tentang tanda-tanda vital, TD: 151/88 mmHg, N: 64x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit.

Informasi sorotan kedua adalah pada tanggal 13 Februari 2021 pukul 20.30 WIB, penulis merinci informasi tersebut dan mendapatkan hasil diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan invasif. Masalah ini diperkuat oleh informasi emosional klien yang mengatakan sakit di pinggang kanan (bekas operasi), Dolor: klien mengatakan sakit dipinggang kanan, Calor: klien mengatakan itu panas di daerah jahitan, Tumor: kata klien tidak ada bengkak, Rubor: klien bilang ada kemerahan disekitar jahitan luka, fungsi laesa: penyesuaian kerja ginjal. Dalam informasi objektif ada pembalut bekas luka dan keluhan klien nyeri. Tanda Imperatif TD: 151/88 mmHg, N: 64x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit.

Informasi sorotan ketiga pada 13 Februari 2021 pukul 21.00 WIB pencipta mempelajari informasi tersebut dan memperoleh hasil untuk membangun tekad ketiga, yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (tindakan). Masalah ini diperkuat oleh efek samping dari informasi emosional dari klien yang mengeluh bahwa mereka mengalami kesulitan tidur, sering terbangun dan mengubah desain istirahat mereka. Pada informasi target klien terlihat tidak berdaya dan pucat dengan tanda dasar TD: 151/88 mmHg, N: 64x / menit, S: 36 ° C, RR: 20x / menit.

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasiv
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (tindakan)

D. INTERVENSI

Pada 14 Februari 2021, rencana keperawatan untuk temuan keperawatan utama Penderitaan intens diidentifikasi dengan spesialis cedera yang sebenarnya. Setelah 3x24 lama melakukan aktivitas, biasanya rasa sakit akan berkurang dengan model berikut: klien tidak mengatakan hal negatif tentang cemberut dalam sakit dan skala sakit berkurang. Rencana kegiatan keperawatan adalah mengenali luas, atribut, panjang, kekambuhan, kualitas, kekuatan dan ukuran sakit, layar KU dan TTV, menunjukkan prosedur non-farmakologis (tarik nafas dalam), kerja sama penghilang rasa sakit

Kesimpulan keperawatan kedua adalah resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasiv. Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam, wajar jika angka penyakit akan berkurang dengan hasil langkah-langkah: klien terbebas dari gejala dan efek samping kontaminasi, TTV berada di dalam titik batas normal. Rencana kegiatan keperawatan adalah skrining KU dan TTV, survey kondisi luka, melakukan perawatan luka, penunjang perawatan diri: mandi.

Kesimpulan keperawatan ketiga adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (tindakan). Setelah dilakukan kegiatan keperawatan selama 3x24 jam, contoh selebihnya akan membaik dengan hasil pengukuran: keluhan kesulitan tidur dan pola istirahat yang berkurang. Rencana kegiatan keperawatan: membedakan contoh dan latihan istirahat, mengenali unsur-unsur yang mengganggu istirahat, memberikan istirahat, dan mengubah iklim.

E. IMPLEMENTASI

Pada hari minggu 14 februari 2021 pukul 12.00 WIB untuk diagnose pertama perawat memonitor intensitas nyeri post operasi hari pertama dengan menggunakan skala, hasil dari memonitor intensitas nyeri subjektif yang didapatkan yaitu pasien mengatakan Provokes: pasien mengungkapkan rasa nyeri sambil bergerak aktif, Kualitas: pasien mengatakan nyeri tajam, Region: pasien mengatakan sakit di pinggul, skala: keseriusan pasien mengatakan skala nyeri 4, Waktu: pasien

mengatakan sakit itu hilang timbul. Sekila pasien cemberut karena sakit dan kecemasan. Eksekusi tenaga medis berikut pada pukul 12.45 WIB, khususnya mendorong prosedur pelepasan nafas penuh, secara emosional pasien menyatakan siap untuk mengikuti pedoman dari petugas medis. Objektifnya pasien kooperatif dan tampak paham apa yang diajarkan perawat (tarik nafas dalam). Implementasi perawat yang dilakukan perawat selanjutnya pukul 14.00 WIB yaitu memonitor karakteristik perawatan luka perawat melakukan tindakan ganti balut, subjektifnya pasien mengatakan lembab di area perban lukanya, objektifnya pasien tampak nyeri kesakitan dan gelisah saat diganti balut, lukanya terdapat sedikit pus, kulit sekitar luka kemerahan. Implementasi selanjutnya yang dilakukan perawat pukul 14.30 WIB yaitu perawat melakukan edukasi tentang dukungan tidur dengan melakukan kegiatan yang membuat pasien mudah tidur seperti mendengarkan lagu, subjektifnya pasien mengatakan siap untuk mengikuti edukasi, objektifnya pasien tampak kooperatif.

Senin, 15 Februari 2021 jam 08.00 WIB untuk analisa prinsip, petugas medis menyaring kekuatan nyeri post operasi hari kedua dengan menggunakan skala, secara emosional pasien mengatakan sakit sudah mulai berkurang secara wajar, Provokes: pasien berkata sakit saat banyak gerak, Quality: pasien berkata rasa sakit seperti tertusuk Region: pasien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kanan, Severity: pasien mengatakan skala nyeri 4, Time: hilang timbul, target pasien terlihat menyiksa dan cemas. Pukul 08.15 WIB petugas medis bergerak untuk mendorong strategi menarik napas dalam-dalam, subjek mengatakan pasien harus mematuhi pedoman dari petugas. Objektifnya adalah bahwa pasien tampak membantu. Pada diagnosa kedua pukul 08.30 WIB perawat melakukan tindakan ganti balut, pasien mengatakan luka masih agak lembab tapi tidak seperti hari pertama, kulit sekitar luka masih kemerahan, objektifnya pasien tampak sedikit nyaman dilakukan ganti balut. Implementasi selanjutnya pada diagnosa ketiga pukul 12.00 WIB perawat melakukan tindakan edukasi dukungan tidur, pasien mengatakan pola tidurnya sudah mulai membaik dengan sebelum tidur pasien mendengarkan lagu kesukaan pasien, objektifnya pasien tampak sudah tidak lemas.

Selasa, 16 februari 2021 pukul 07.15 WIB untuk diagnosa pertama perawat melakukan tindakan memonitor intensitas nyeri post operasi hari ketiga dengan menggunakan skala, subjektifnya pasien mengungkapkan rasa sakit telah berkurang pada skala nyeri 2, objektifnya pasien tampak sudah tidak mengeluh nyeri. Pukul

07.30 WIB perawat melakukan tindakan relaksasi tarik nafas dalam, subjektifnya pasien mengatakan mampu melakukan sendiri saat timbul rasa nyeri, objektifnya pasien tampak paham apa yang diajarkan perawat. Pukul 08.10 WIB untuk diagnosa kedua perawat melakukan tindakan ganti balut, subjektifnya pasien mengatakan luka sudah mulai kering dan kulit sekitar luka kemerahannya berkurang, objektifnya pasien tampak tenang saat diganti balut. Untuk diagnosa ketiga pukul 14.00 WIB perawat melakukan tindakan edukasi dukungan tidur, subjektifnya pasien mengatakan sudah mampu mengatasi masalah tidurnya dengan melakukan mendengarkan lagu kesukaan pasien, objektifnya pasien tampak sudah tidak lemas lagi.

F. EVALUASI

Evaluasi melakukan tindakan pada februari 2021 jam 09.10 WIB dengan diagnosa kesatu, subjektifnya pasien mengatakan Provokes: pasien berkata sakit saat banyak gerak, Quality: pasien berkata rasa sakit seperti tertusuk Region: pasien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kanan, Severity: pasien mengatakan skala nyeri 4, Time: pasien berkata rasa nyeri berkurang timbul Objektif nya pasien kesakitan dan gelisah. Analisa masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi memonitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala. Pukul 09.25 WIB diagnosa yang pertama pasien mengatakan subjektifnya siap mengikuti intruksi dari perawat. Objektif nya pasien kooperatif dan tampak paham apa yang diajarkan perawat (tarik nafas dalam). Pukul 09.35 WIB untuk diagnosa kedua subjektifnya pasien mengatakan lembab di area perban lukanya, objektifnya pasien tampak nyeri kesakitan dan gelisah saat diganti balut, lukanya terdapat sedikit pus, kulit sekitar luka kemerahan. Analisa masalah belum teratasi , lanjutkan intervensi memonitor karakteristik luka. Pukul 10.00 WIB untuk diagnosa ketiga subjektifnya pasien mengatakan siap untuk mengikuti edukasi dukungan tidur, objektifnya pasien tampak kooperatif. Analisa masalah belum teratasi lanjutkan intervensi memberikan edukasi dukungan tidur.

Senin 15 februari 2021 pukul 08.30 WIB subjektifnya pasien mengatakan Provokes: pasien berkata sakit saat banyak gerak, Quality: pasien berkata rasa sakit seperti tertusuk Region: pasien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kanan, Severity: pasien mengatakan skala nyeri 4, Time: pasien berkata rasa nyeri berkurang timbul Objektif nya pasien kesakitan dan gelisah. Analisa masalah

belum teratasi, lanjutkan intervensi memonitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala. Pukul 09.00 WIB diagnosa yang pertama pasien mengatakan mau mengikuti instruksi dari perawat objektifnya pasien tampak kooperatif. Analisa masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi mengajarkan teknik tarik nafas dalam. Untuk diagnosa kedua pukul 09.15 WIB pasien mengatakan luka masih agak lembab tapi tidak seperti hari pertama, kulit sekitar luka masih kemerahan, objektifnya pasien tampak sedikit nyaman dilakukan ganti balut. Analisa masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi memonitor karakteristik luka. Pukul 10.00 WIB diagnosa ketiga pasien mengatakan pola tidurnya sudah mulai membaik dengan sebelum tidur mendengarkan lagu kesukaan pasien, objektifnya pasien tampak sudah tidak lemas. Analisa masalah teratasi sebagian lanjutkan intervensi memberi dukungan tidur.

Evaluasi yang terakhir pada tanggal 16 februari 2021 pukul 08.20 WIB subjektifnya pasien berkata rasa sakit telah berkurang skala nyeri 2, objektifnya pasien tampak sudah tidak mengeluh nyeri. Analisa masalah teratasi hentikan intervensi. Diagnosa pertama pukul 08.40 WIB subjektifnya pasien mengatakan mampu melakukan sendiri saat timbul rasa nyeri, objektifnya pasien tampak paham apa yang diajarkan perawat. Analisa masalah teratasi hentikan intervensi. Pukul 09.10 WIB diagnosa kedua pasien mengatakan luka sudah kering dan kulit sekitar luka kemerahannya berkurang, objektifnya pasien tampak tenang saat diganti balut. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi. Pukul 10.29 WIB subjektifnya pasien mengatakan sudah mengatasi masalah tidurnya dengan melakukan mendengarkan lagu kesukaan pasien sebelum tidur, objektifnya pasien tampak sudah tidak lemas. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi ketika masalah teratasi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab IV membahas tentang kasus yang diambil oleh penulis mengenai asuhan keperawatan pada Ny S dengan *Nefrolitiasis Dextra* dalam ruangan Baitus Salam 1 RSI Sultan Agung Semarang, yang dilakukan mulai tanggal 13 februari 2021 sampai tanggal 15 februari 2021. Peneliti akan menjelaskan terkait asuhan keperawatan yang diberikan pada Ny S dengan *Nefrolitiasis Dextra* dengan memberikan urutan cara merawat berdasarkan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan hasil evaluasi.

A. Pengkajian

Evaluasi keperawatan adalah interaksi pengumpulan, konfirmasi dan penyampaian informasi klien yang teratur. Periode siklus keperawatan ini mencakup dua tahap, khususnya informasi dari sumber penting (klien), dan sumber opsional (keluarga dan tenaga kesehatan) dan pemeriksaan informasi sebagai alasan analisis keperawatan. Pengkajian adalah segmen penting dalam siklus keperawatan, sehingga evaluasi yang sesuai akan menentukan tahap berikutnya. (Yuniarti, 2018)

Dari hasil kajian Ny S penulis mengangkat judul asuhan keperawatan dengan *Nefrolitiasis Dextra* pada Ny S dalam ruangan Baitus Salam 1 RSI Sultan Agung Semarang. Saat melakukan analisa penulis melakukan wawancara, observasi, dan metode pemeriksaan fisik dan penulis tidak mengalami hambatan atau kesulitan, hal ini dikarenakan pasien kooperatif dan terbuka dalam menyampaikan informasi kepada penulis.

Ada pengkajian yang sebenarnya perlu dikaji lebih mendalam, namun penulis belum mengkaji secara lengkap. Penulis akan membahas data-data pengkajian yang belum terdokumentasi secara lengkap yaitu pada pengkajian data antara keluhan pasien mengenai tanda dan gejala pasien mengatakan sakit pada pinggang sebelah kanan (bekas operasi). Pada pengkajian data didapatkan bahwa pasien belum mengetahui secara detail apa itu *nefrolitiasis dextra* dilihat dari penjelasan, sebab dan akibat dan gejala, komplikasi serta pencegahannya.

B. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan reaksi manusia (kondisi kesejahteraan atau perubahan dalam desain komunikasi nyata/potensial) dari individu atau kelompok, di mana perawat sah dalam mengidentifikasi dan perawat memberi intervensi dengan cara yang jelas untuk mencegah masalah atau mengurangi, mengabaikan atau mencegah perubahan. Diagnosis keperawatan yang lazim muncul pada kasus batu ginjal yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Diagnosis yang muncul berdasarkan pengkajian penulis kepada klien yaitu menegakkan tiga diagnosa:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yang sebenarnya skala nyeri yang berbeda-beda, merupakan suatu pengalaman yang tidak menyenangkan secara aktual. Penulis menegakkan diagnosa ini karena pasien telah melakukan operasi pengangkatan batu ginjal dan saat dilakukan tindakan ganti balut pasien merasakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan untuk skala nyeri 4
2. Resiko infeksi berhubungan pada prosedur efek invasif (pembedahan), diagnosis ini ditegakkan karena pada Ny S ditemukan data-data tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan pada luka bekas operasi.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (tindakan), diagnosis ini ditegakkan karena Ny S mengalami gangguan pola tidur akibat nyeri tindakan operasi dipinggang bagian kanan, pasien mengatakan pola tidurnya berubah setelah menjalankan operasi batu ginjal.

Penulis menentukan salah satu diagnosa yang benar-benar menurut penulis sangat diutamakan adalah diagnosis cedera fisik, alasannya mengapa penulis memprioritaskan diagnosis tersebut karena setiap muncul rasa nyeri pasien melakukan tindakan yang

pernah diajarkan perawat yaitu melakukan teknik tarik nafas dalam. Dengan melakukan tindakan tersebut pasien merasa nyerinya berkurang, maka dari itu penulis memprioritaskannya.

C. Intervensi

keperawatan adalah peningkatan teknik perencanaan untuk mencegah, mengurangi, dan menyelesaikan masalah yang diakui dalam analisis keperawatan. Mengatur konfigurasi menggambarkan sejauh mana petugas dapat memutuskan bagaimana menangani masalah secara layak dan produktif (Samita, 2018). Tujuan akan ditetapkan sementara (eksplisit) dan jangka panjang (umum), eksplisit atau tidak pendek, tujuan eksplisit dapat diperkirakan, dapat diilhami atau menawarkan kepastian kepada pasien bahwa kemajuan sedang berlangsung dan membimbing pasien menuju tujuan jangka panjang atau umum. Selain itu untuk mencapai tujuan yang efektif penulis dapat menggunakan konsep S,M,A,R,T (Specific, Measurable, Achievable, Realistic dan Timely).

Penulis menyusun intervensi keperawatan diagnosis pertama bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang pasien mampu mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam tujuan yang akan dicapai yaitu setelah melakukan keperawatan pasien mampu mengetahui dan melakukannya sendiri tanpa instruksi dari perawat kriteria hasil pasien mampu memahami apa yang diajarkan perawat ketika timbul rasa nyeri.

Intervensi untuk diagnosis yang kedua yaitu bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dapat memahami karakteristik luka dengan cara ganti balut setiap hari agar tidak terjadi infeksi.

Intervensi diagnosis ketiga yaitu diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil pasien mampu mengatasi keluhan kesulitan tidur dan pola tidur membaik dengan memberikan edukasi dukungan tidur.

Pasien diberikan intervensi teknik tarik nafas dalam pada diagnosa pertama, mengkararakteristik luka dengan cara ganti balut pada diagnosa kedua dan memberikan edukasi dukungan tidur pada diagnosa ketiga, tindakan tersebut dilakukan secara tiga hari berturut-turut di rumah sakit,

dan sebelum melakukan implementasi penulis meminta persetujuan kepada pasien atas kesediannya serta menyampaikan kontrak dan waktu.

D. Implementasi

Implementasi merupakan tahap perencanaan yang sudah direncanakan sebelumnya. Dalam implementasi berdasarkan pengelolaan pasien berbagai diagnosis.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, penulis saat melakukan implementasi monitoring skala nyeri pada hari pertama dan kedua penulis dibantu perawat karena adanya perbedaan jadwal namun pada hari terakhir penulis melakukannya sendiri, selama 3x24 jam mengkaji penilaian nyeri menggunakan teknik P, Q, R, S, T secara abstrak reaksi pasien adalah bahwa pasien mengatakan nyeri di bagian pinggang kanan, di terang fakta bahwa setelah batu ginjal prosedur medis. Provokes: pasien mengatakan nyeri saat banyak bergerak, Quality: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, Region: pasien mengatakan nyeri dipinggang kanan, Severity: pasien mengatakan skala nyeri adalah 4, Time: pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Reaksi target pasien adalah cemberut dalam nyeri dan kecemasan. Motivasi di balik penilaian adalah untuk menemukan aktivitas petugas berikut untuk pasien. Selain itu, untuk tujuan utama, pencipta juga menginstruksikan prosedur pernapasan dalam dengan reaksi emosional pasien mengatakan bahwa diperbolehkan setelah mengambil napas penuh ketika rasa sakit muncul, tujuan informasi adalah bahwa pasien terlihat lebih longgar dan tidak gelisah. , pasien tampak terbantu dalam melakukan strategi pernapasan dalam. Pelaksanaan teknik tarik nafas dalam bertujuan untuk mereleksasikan pasien ke kondisi yang lebih nyaman dan mengalihkan pikiran pasien dari rasa nyeri dan fokus ke tarik nafas dalamnya. Menurut (Fernalia, 2019) pengertian teknik relaksasi nafas dalam adalah dengan cara nafas dalam lambat (menahan inspirasi secara maksimal), dan menghembuskan nafas secara perlahan. Hal ini disebabkan dengan teknik relaksasi nafas dalam dapat merangsang tubuh untuk menurunkan intensitas nyeri melalui

mekanisme mereleksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme, merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin serta melibatkan sistem otot dan respirasi sehingga dapat dilakukan kapan saja dan sewaktu-waktu, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan infasiv (pembedahan), saat melakukan implementasi tindakan ganti balut pada hari pertama dan kedua penulis dibantu oleh perawat dalam tindakan ganti balut dikarenakan adanya perbedaan jadwal, namun pada hari terakhir penulis melakukannya sendiri dalam melakukan tindakan ganti balut dan dalam mengobservasi luka pasien, selama 3x24 jam penulis melakukan implementasi untuk mengurangi resiko infeksi dengan tindakan perawatan luka atau ganti balut dengan menggunakan prinsip steril, subjektifnya pasien mengatakan lembab pada perban lukanya dan kemerahan pada kulit sekitar luka, dilakukan perawatan luka dengan prinsip steril, menggunakan alat yang sebelumnya sudah di sterilkan dan membersihkan luka menggunakan NaCl, NaCl bersifat isotonik sehingga tidak mengganggu proses penyembuhan luka, selain itu juga tidak menyebabkan reaksi alergi atau perubahan ekosistem di kulit, luka dibersihkan sampai kemerahan, kemudian ditutup kembali dengan kasa steril dan dibalut lagi dengan kasa agar dapat menutup luka dengan rapat, tidak boleh terlalu kencang.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (tindakan) selama 3x24 jam penulis melakukan implementasi untuk mengatasi gangguan pola tidur dengan memberi edukasi dukungan tidur, dengan memberi dukungan tidur pasien mampu mengatasi gangguan polanya seperti melakukan kegiatan-kegiatan positif sebelum tidur yang memicu pasien mengantuk dengan cara mendengarkan musik favorit pasien dan membaca buku, dengan diiberikannya dukungan tidur diharapkan keluhan kesulitan tidur pasien berkurang.

E. Evaluasi

Evaluasi keperawatan menurut (Samita, 2018) adalah penilaian dengan membandingkan perubahan kondisi pasien dan tujuan serta aturan hasil yang dibuat pada tahap pengaturan. Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilannya memenuhi kebutuhan perawatan klien. Perawat perlu melakukan evaluasi untuk membuat peningkatan diri dari hasil yang sudah didapatkan. Proses evaluasi dalam asuhan keperawatan di dokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planning).

Berdasarkan hal tersebut penulis melakukan evaluasi keperawatan pada kasus ini diantaranya:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik

Pada diagnosis yang pertama penulis melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan maksimal sesuai dengan tinjauan pada masalah nyeri. Penulis melakukan implementasi keperawatan kepada pasien pengkajian nyeri dan tarik nafas dalam yang sudah dijabarkan pada proses keperawatan sebelumnya. Begitu dengan evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 3x24 jam nyeri teratasi sebagian, pasien masih merasakan nyeri sebagian namun hilang timbul dengan skala nyeri berkurang menjadi 2. Untuk mengatasi nyeri akut harus melanjutkan intervensi pengkajian nyeri dan mengajarkan teknik tarik nafas dalam. Setelah melakukan tarik nafas dalam pasien tampak merasa lebih rileks dan tenang. Pasien melakukan teknik tarik nafas dalam secara berkala jika nyeri timbul karena dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam dapat merangsang tubuh untuk menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme mereleksasikan otot-otot.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan infasiv (pembedahan)

Penyembuhan pada luka pasca operasi *nefrolitiasis* kurang lebih 6 minggu, untuk itu perawat harus mengontrol pola kebersihan pada luka bagian operasi supaya tidak infeksi. Pada luka pasien kulit sekitar luka kemerah-merahan, terdapat pus dan area sekitar perban lembab, pasien masih dilakukan tindakan ganti balut setiap hari. Yang

diharapkan penulis masalah resiko infeksi berkurang dan luka segera kering sembuh sesuai dengan yang kriteria hasil yang ditentukan.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (tindakan)

Istirahat yang berubah pasca operasi itu wajar dikarenakan merasakan nyeri bekas operasi sehingga membuat pola tidur berubah. Pasien mengatakan mengeluh sulit tidur, sering terbangun dan pola tidur berubah. Dengan memberi dukungan tidur kepada pasien, penulis berharap pasien dapat istirahat dengan baik dengan melakukan hal-hal positif yang dapat memicu pasien mengantuk seperti mendengarkan lagu kesukaan pasien atau membaca buku



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. *Nefrolitiasis* atau batu ginjal adalah masalah klinis karena adanya bagian batu permata yang menghambat dan menghambat pembentukan ginjal di kelopak atau pelvis ginjal yang disebabkan oleh masalah keseimbangan dalam solvabilitas dan kadar garam di dalam saluran kemih. dan ginjal. (Fikriani & Wardhana, 2018)

Nefrolitiasis adalah salah satu penyebab kematian dan kemalasan yang meluas di seluruh dunia karena ketidaknyamanan yang ditimbulkannya, seperti hidronefrosis dan gagal ginjal. Pembentukan batu ginjal terjadi karena kejenuhan beberapa zat dalam urin, seperti kalsium, fosfor, dan oksalat. Jenis batu ginjal antara lain batu kalsium oksalat (75% kasus), batu kalsium fosfat, batu korosif urat, batu struvite, dan batu sistin.

Faktor bahaya utama *nefrolitiasis* adalah pola makan dan iklim. Berbagai sumber makanan dan minuman yang dapat memicu pembentukan batu antara lain protein makhluk hidup, suplemen kalsium, nutrisi D, dan minuman dengan gula berlebih atau menggunakan gula palsu. (Mayasari & Wijaya, 2020)

Kajian yang dapat dilakukan pada *nefrolitiasis* adalah asesmen skrining, rontgen lambung, pielografi intravena untuk menentukan kondisi anatomi dan kerja ginjal, ultrasonografi (USG) dan CT urografi tanpa kontras. Sedangkan administrasi yang diselesaikan adalah *Extracorporeal Shockwave Lithotripsy (ESWL)*, *Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL)*, *Adaptable Ureterorenoscopy (URS)*, *Open a medical procedure and Moderate Treatment or Clinical Expulsive Treatment (TEM)*.

2. Investigasi yang diarahkan pencipta pada Ny. S dengan *Nefrolitiasis Dextra* mendapatkan informasi emosional dan target di mana pencipta dapat mengatur tiga analisis keperawatan, untuk lebih spesifik, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan infasiv dan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (tindakan).
3. Diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan penulis dapat membantu penulis merencanakan tindakan terhadap pasien untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami pasien. Penulis dapat mengimplemntasikan semua rencana tindakan

keperawatan yang sudah direncanakan dengan baik. Setelah berhasil mengimplementasikan rencana keperawatan, penulis melakukan evaluasi yang digunakan sebagai tolak ukur keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Nefrolitiasis Dextra*.

4. Evaluasi diagnosis keperawatan yang dilakukan penulis adalah dengan melanjutkan intervensi keperawatan luka (ganti balut) pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan infasiv, meskipun pada diagnosa nyeri akut sudah teratasi.

B. Saran

1. Bagi lahan praktik

Diharapkan rumah sakit dapat menumbuhkan pengetahuan kepada seluruh pengunjung, pasien maupun keluarga pasien agar dapat menjaga dan memperhatikan teknik aseptik di rumah sakit khususnya pada penderita *Nefrolitiasis Dextra*.

2. Bagi Pendidikan

Penulis menyarankan agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan bahan untuk tambah referensi untuk penulis selanjutnya.

3. Bagi masyarakat

Di harapkan dapat menambah wawasan yang luas kepada masyarakat tentang pemahaman tindakan mandiri yang dapat dilakukan oleh pasien *Nefrolitiasis Dextra* dalam menarapkan teknik relaksasi tarik nafas dalam.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprillia, Tubagus, V., & Loho, E. (2017). Profil CT-Scan Non-kontras pada Penderita Nefrolitiasis di Bagian Radiologi FK Unsrat / SMF Radiologi RSUP Prof . Dr . R . D . Kandou. *Jurnal E-Clinic (ECl)*, 5, 2–6.
- Aslim, O., Utomo, N. B., Prasadja, N., Prasetyo, R. B., Aslim, O., Utomo, N. B., Prasadja, N., & Prasetyo, R. B. (2014). *Original Article Dari Dua Sentimeter Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto Tahun 2011-2014 Treatment of Kidney Stone With Stone Burden More Than Two Centimeters in Gatot Soebroto Indonesia Army Central Hospital in 2011-2014.*
- Egziabher, T. B. G., & Edwards, S. (2013). ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN: POST OPERASI NEFROLITOTOMI DEXTRA HARI KE-II DI RUANG EDELWAIS RSUD BANYUMAS. *Africa's Potential for the Ecological Intensification of Agriculture*, 53(9), 1689–1699.
- Fildayanti, W. (2019). Election of Open Stone Surgery (Oss) As Treatment To Case on Staghorn Stone. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 1(1), 16.
- Fauzi, A., & Putra, M. M. A. (2016). Nefrolitiasis. *Majority*, 5(2), 69–73.
- Fikriani, H., & Wardhana Fakultas Farmasi Universitas Padjadjaran JIRaya Bandung Sumedang Km, Y. W. (2018). *Alternatif Pengobatan Batu Ginjal Dengan Seledri*. 16, 531–539.
- Hadibrata, E., Tjahjo, M. D., Fadli, M. Y., Priyono, A. H., Spesialis, D., Urologi, B., Kedokteran, F., Lampung, U., Umum, D., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2020). *Efikasi dan Keamanan Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) tipe Piezoelektrik Pada Pasien Batu Ginjal The Efficacy and Safety of Piezoelectric Type Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) as Management of Kidney Stone Patients*. 4, 122–127.
- Gustiawan. (2019). No TitleEAENH. In *Ayan* (Vol. 8, Issue 5).
- Hasanah, U. (2016). Mengenal Penyakit Batu Ginjal. *Jurnal Keluarga Sehat Sejahtera*, 14(28), 76–85. <https://jurnal.unimed.ac.id/2012/index.php/jkss/article/view/4698/4129>
- Mayasari, D., & Wijaya, D. C. (2020). Faktor Paparan Sinar Matahari dan Hiperkalsiuria

- sebagai Faktor Risiko Pembentukan Batu Ginjal pada Pekerja Agrikultur. *J Agromedicine Unila* , 7(1), 13–18. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/article/view/2774>
- Nursalam. (2011). *asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan perkemihan*. 155–168.
- Raufandita, A. (2019). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OP NEFROSTOMI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI 4 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR SOEKARDJO TASIKMALAYA*.
- Ridwan, M. S., Timban, J. F. J., & Ali, R. H. (2015). Gambaran Ultrasonografi Ginjal Pada Penderita Nefrolitiasis Dibagian Radiologi Fk Unsrat Blu Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode 1 Januari – 30 Juni 2014. *E-CliniC*, 3(1). <https://doi.org/10.35790/ec1.3.1.2015.6828>
- Samita, L. (2018). *Program studi d iii keperawatan sekolah tinggi ilmu kesehatan perintis padang tahun 2018*. 1–104.
- Tondok, M. E. B. (2014). Angka Kejadian Batu Ginjal Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari 2010 – Desember 2012. *E-CliniC*, 2(1), 1–7. <https://doi.org/10.35790/ec1.2.1.2014.3722>
- Wira Citerawati SY, Y., Nurjanah Widiastuti, E., & Ayu Hapsari, R. (2018). Faktor Risiko Pasien Batu Ginjal Rawat Jalan RSUD Dr. Doris Sylvanus Palangkaraya. *Jurnal Vokasi Kesehatan*, 4(2), 97. <https://doi.org/10.30602/jvk.v4i2.140>
- Yuniarti, Y. (2018). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA” Tn. J” DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN (VESIKOLITHIASIS) DI RUANGLAMBU BARAKATI RSU BAHTERAMAS KENDARI*. 88



LAMPIRAN

Lampiran 1.

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Ahmad Ikhlasul Amal , MAN

NIDN : 06-0510-8901

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Nadiffatur Rokhayanti

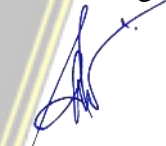
NIM : 40901800065

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny S Dengan *Nefrolitiasis Dextra* (Batu Ginjal) Post Op Laparaskopi Hari Pertama Di Ruang Baitus Salam 1 Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

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

Semarang, 24 mei 2021

Pembimbing



Ns. Ahmad Ikhlasul Amal , MAN

NIDN: 06-0510-8901

Lampiran 2.

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns,. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN

NIDN : 06-0510-8901

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Nadiffatur Rokhayanti

NIM : 40901800065

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny S Dengan *Nefrolitiasis Dextra* (Batu Ginjal) Post Op Laparaskopi Hari Pertama Di Ruang Baitus Salam 1 Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 maret 2021 sampai dengan 28 mei 2021 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

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

Semarang, 24 mei 2021

Pembimbing



Ns. Ahmad Ikhlasul Amal , MAN

NIDN: 06-0510-8901




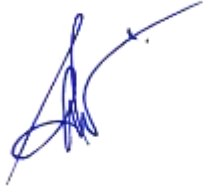
Lampiran 3.




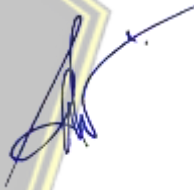
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2021

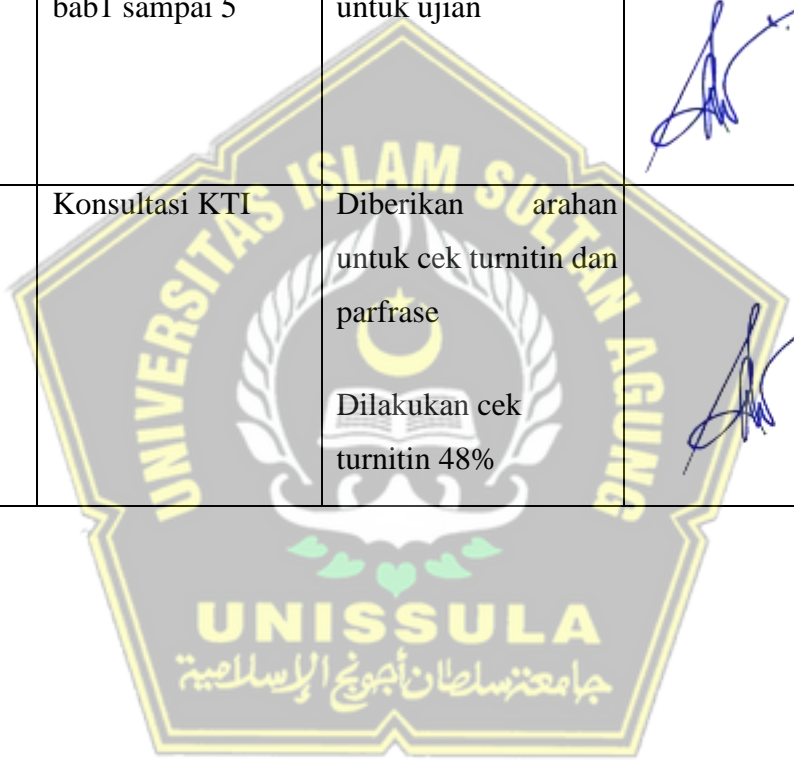
Nama Mahasiswa : Nadiffatur Rokhayanti

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny S Dengan *Nefrolitiasis Dextra* (Batu Ginjal) Post Op Laparaskopi Hari Pertama Di Ruang Baitus Salam 1 Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Pembimbing : Ns. Ahmad Ikhlasul Amal , MAN

Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	Ttd Pembimbing
Senin, 1 maret 2021	Konsultasi mengenai penentuan kasus.	Diberikan arahan untuk mulai menyusun bab 1	
Kamis, 25 maret 2021	Konsultasi bab 1 dan 2 (online)	Diberikan arahan untuk konsul ulang secara offline .	
kamis, 15 april 2021	Mengirim ulang bab 1 dan 2	Reschedule konsul offline dan mengadakan zoom meeting	
Jumat, 16 april 2021	Konsultasi bab 1 dan 2 (offline)	Diberikan arahan untuk memperbaiki data kasus pada bab 1 dan kutipan pada bab 2	

Minggu, 16 mei 2021	Konsultasi bab 1 sampai 5 (online)	Diberikan arahan untuk memperbaiki bab 4, untuk bab 1,2,3,5 sudah acc	
Selasa, 19 mei 2021	konsultasi bab 4 (revisian)	Mengadakan google meeting untuk review revisian bab 4	
Senin 24 mei 2021	Konsultasi KTI bab1 sampai 5	acc dan disiapkan untuk ujian	
Senin 31 mei 2021	Konsultasi KTI	Diberikan arahan untuk cek turnitin dan parfrase Dilakukan cek turnitin 48%	



Lampiran 4.

ANAMNESIS KEPERAWATAN NINA NY S
 DENGAN MERUMAHKANTIKAN TERATA (MAGNUSCHIA)
 PORT OF LAPAROSKOPI NINA PERUTAMA DI RUMAH BANTUANALAM I
 DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
 SEMARANG

Ditulis oleh:
 Ningsih Rukhayanti
 NIM - 40801800066

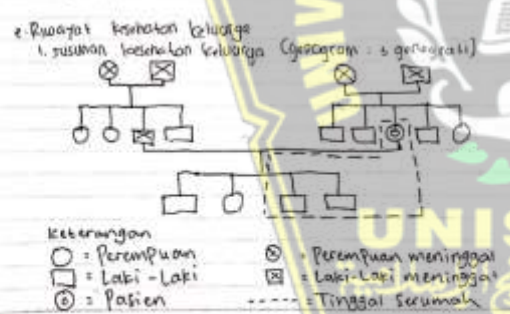
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
 FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
 UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
 2021

PENGKAJIAN KEPERAWATAN
 1. DATA UMUM
 a. IDENTITAS
 1) Identitas klien
 Nama : Ny S
 Umur : 49 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : Iuran tani
 Suku / Bangsa : Jawa / Indonesia
 Alamat : Wadon pr 01/02
 Halangan bangun tempat tidur : Nefrolitiasis dextra
 5-02-21
 2) Identitas penanggungjawab
 Nama : Tn. H
 Umur : 24 tahun
 Jenis kelamin : laki-laki
 Agama : Islam
 Suku / Bangsa : Jawa / Indonesia
 Pendidikan terakhir : SMA
 Pekerjaan : Swasta
 Alamat : Wadon pr 01/02
 Halangan bangun tempat tidur : Anal

Hubungan dengan klien
 b. Edukasi Umana
 Dapat mengatakan nyeri dibagian perut kanan dan
 kiri
 c. Status kesehatan saat ini
 1. Alasan pemohon suite
 pasien mengatakan nyeri dibagian perut kanan dan
 sudah 24h dan pasien memisalkan dirinya
 Fe praktik urologi, ketika sudah diperiksa ternyata
 ada batu ginjal dan harus dilakukan tindakan
 operasi
 2. Faktor pendorong
 pasien mengatakan tidak menghamui keluarga
 panti karena ketika pasien merasa di klinik pasien

- 1. Letihnya magh dan pasien hanya mengatakan nyeri diperut.
- 2. Lama-lama keluhan
 - 3. bulan yang lalu
- 4. Timbulnya keluhan
 - pasien mengatakan nyeri di bagian perut terus menerus seperti terdapat "buruk".
- 5. Upaya yang dilakukan untuk mengatasi
 - pasien mengatakan jika merasa sakit, pasien pemeriksaan dirinya di klinik lokal.
- 6. faktor memperburuk
 - pasien mengatakan kurang sar, tetapi terkadang nyeri.

- d. Riwayat kesehatan lalu
- 1. penyakit yang pernah dialami
 - pasien mengatakan mempunyai penyakit asma usut dan magh
 - 2. kecelakaan
 - pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan
 - 3. pernah dirawat
 - pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat
 - 4. alergi
 - pasien mengatakan tidak mempunyai alergi apapun
 - 5. imunisasi
 - pasien mengatakan lupa dengan imunisasinya, tetapi pernah dirawat cacar sewaktu kecil.



- 2) penyakit yang pernah dialami anggota keluarga
 - pasien mengatakan bahwa keluarga tidak memiliki riwayat cecit
- 3. penyakit yang sedang dialami pasien
 - pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak sedang menderita penyakit seperti yang dialami pasien.

- F. Riwayat kesehatan lingkungan
- 1. kebersihan rumah dan lingkungan
 - pasien mengatakan rumah dan lingkungan sekitar tempat tinggal pasien bersih
 - 2. Keamanan terhadap bahaya
 - pasien mengatakan bahwa rumah pasien aman dari ancaman bahaya.

2. Pola kesehatan fungsional (DATA FOKUS)
- a. Pola persepsi dan pengetahuan kesehatan
- 1. saat ditanya kesehatan dan bagaimana mengatasinya sebelum sakit
 - pasien mengatakan ketika sakit ia pergi ke klinik
 - saat dirawat : pasien mengatakan lebih memperhatikan kesehatannya dan menjaga kesehatannya dengan baik
 - 2. saat ditanya kesehatan diri
 - sebelum sakit : pasien mengatakan bahwa kesehatannya penting tetapi kurang diperhatikan
 - saat dirawat : pasien mengatakan bahwa kesehatannya sangat penting dan lebih memprioritaskannya.
 - 3. pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakit dan pencegahannya
 - sebelum sakit : pasien mengatakan tidak mengetahui penyakitnya dikala hanya sakit magh biasa
 - saat dirawat : pasien mengatakan mengerti penyakitnya dan pencegahannya.
 - 4. upaya yang dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - sebelum sakit : pasien mengatakan ketika sakit ia pergi ke klinik
 - saat dirawat : pasien mengatakan upaya yang dilakukan

rehabing adalah periksa ke rumah sakit dan diinjeksi dokter operasi.

5. Kemampuan pasien mengontrol kesehatan sebelum sakit : pasien memperhatikan gejala, mengontrol biaya kesehatan nya

saat dirawat : pasien mengatakan benar lebih peka terhadap sakit nya dan tidak menganggap masalah sepele.

C. Kebiasaan hidup

sebelum sakit : pasien mengatakan menggunakan obat kafein pemecah lemak

saat dirawat : para mengatakan masih menggunakan obat dari dokter untuk meredakan nyerinya.

7. faktor sosioekonomi yang berhubungan dengan kesehatan sebelum sakit : pasien mengatakan penergiannya sebagai buruh tani

saat sakit : pasien mengatakan saat sakit tidak bisa bekerja

dan tidak ada alergi makanan

4. Adanya keyakinan atau kebudayaan yang diartikan yang mempengaruhi diet

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada kebudayaan yang diartikan dalam diet

saat sakit : pasien mengatakan diinjeksi dokter diet dan mengonsumsi makanan lembut seperti bubur sam-sam setelah post op

5. Kebiasaan mengonsumsi vitamin / obat pemicu nafsu makan sebelum sakit : pasien mengatakan mengonsumsi obat

saat sakit : pasien mengatakan mengonsumsi obat yang diberikan dokter

6. Keluhan dalam istirahat

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam istirahat

saat sakit : pasien mengatakan bahwa nafsu makannya menurun

7. Adanya keluhan anoreksia, nervosa, bulimia nervosa

berat badan

11. Pola minum (frekuensi dan jumlah)

sebelum sakit : pasien mengatakan minum air putih sekitar 1 liter lebih

saat sakit : pasien mengatakan air minum putih kurang lebih 800 ml / sehari

12. Bila terpasang infus berapa cairan yang masuk dalam sehari

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak terpasang infus

saat sakit : pasien mengatakan terpasang infus dan cairan infus 3000 ml

13. Adanya keluhan demam

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak merasakan demam

saat sakit : pasien mengatakan tidak merasakan demam

C. Pola Eliminasi

1. pola BAB

sebelum sakit : pasien mengatakan BAB lancar, konstipasi padat dengan warna kuning kecoklatan

saat sakit : pasien mengatakan BAB tidak lancar dan sedikit operasi belum BAB sama sekali

- Adanya perubahan dalam kebiasaan BAB

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada perubahan BAB

saat sakit : pasien mengatakan ada perubahan BAB, BAB tidak lancar, tidak terpasang kateter

2. pola BAK

sebelum sakit : pasien mengatakan BAK lancar, tidak ada gangguan, BAK 7 x sehari warna kuning

saat sakit : pasien mengatakan tidak ada gangguan BAK, terpasang kateter, BAK 400cc / 6 jam berwarna merah karena tercampur dengan darah.

a. Pola Aktivitas dan latihan

1. Kegiatan dalam pekerjaan

sebelum sakit : pasien mengatakan bekerja sebagai buruh tani

saat sakit : pasien mengatakan selama sakit tidak bisa bekerja

2. Olahraga yang dilakukan

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak pernah olahraga

saat sakit : pasien mengatakan tidak melakukan olahraga

3. Kesulitan atau keluhan dalam aktifitas

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak memiliki keluhan dalam kesulitan beraktifitas

saat sakit : pasien mengatakan mudah lelah setelah beraktifitas

4. Pergerakan tubuh

sebelum sakit : pasien mengatakan dapat bergerak aktif seperti biasanya

saat sakit : pasien mengatakan saat ini hanya melakukan pergerakan kecil.

5. Pergerakan air

sebelum sakit : pasien mengatakan mampu melakukan pergerakan air sendiri

saat sakit : pasien mengatakan selama sakit dibantu anaknya

6. Berhad BAB / BAK

sebelum sakit : pasien mengatakan mampu berhad BAB sendiri

saat sakit : pasien mengatakan belum BAB setelah operasi, BAK lancar, terpasang kateter

7. Keluhan sesak napas

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak napas

saat sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak napas

B. Mudah merasa lelah

sebelum sakit : pasien mengatakan jika terlalu banyak aktifitas merasa lelah karena sudah tua

saat sakit : pasien mengatakan banyak istirahat

katena post op
b. pola istirahat tidur

1. Kebiasaan tidur

sebelum sakit : pasien mengatakan tidur kurang lebih
8 jam dari jam 21.00 - 05.00 pagi

saat sakit : pasien mengatakan bahwa dirinya
susah tidur selama sakit, sering terbangun
dan ketika terbangun susah untuk tidur
lagi

2. Kesulitan tidur

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak mengalami kesuli-
tan tidur

saat sakit : pasien mengatakan mudah terbangun, dan
sulit untuk tidur lagi ketika terbangun

c. pola kognitif - perseptual sensori

1. keluhan dalam kemampuan sensori

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam
penglihatan dan pendengaran

saat sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan
dalam penglihatan dan pendengaran.

2. kemampuan kognitif

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam
mengingat dan berbicara

saat sakit : pasien mengatakan masih mampu
mengingat dan bicara.

3. Kesulitan yang dialami

sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan
pusing

saat sakit : pasien mengatakan tidak ada keluhan
pusing

4. Persepsi terhadap nyeri

P = nyeri saat banyak bergerak

Q = seperti ditusuk - tusuk

R = pinggang bagian kanan

S = 3

T = hilang timbul

d. pola persepsi diri dan konsep diri

1. Persepsi diri

sebelum sakit : pasien mengatakan sehat-sehat saja

saat sakit : pasien mengatakan bahwa ingin cepat sembuh dan pulang kerumahnya

status emosi : pasien mengatakan emosinya kurang terkontrol selama sakit.

2. Konsep diri

a. Citra diri / Body Image

pasien mengatakan tidak ada masalah terhadap citra tubuhnya yang sekarang

b. Identitas

pasien mengatakan bekerja sebagai buruh tani dan status pasien janda

c. Peran

pasien mengatakan bekerja sebagai buruh tani sekaligus sebagai kepala keluarga karena suaminya sudah meninggal

d. Ideal diri

pasien mengatakan berharap agar cepat sembuh dari penyakitnya

e. Harga diri

pasien mengatakan keluarga pasien merawat pasien selama sakit, dan mengayahi pasien

e. pola mekanisme coping

1. Pengambilan keputusan

sebelum sakit : pasien mengatakan mampu mengambil keputusan sendiri

saat sakit : pasien mengatakan saat sakit anak-anaknya yang mengambil keputusan

2. Tanggapan jika mengalami masalah

pasien mengatakan jika mengalami masalah berdiskusi dengan keluarganya

3. Upaya dalam menghadapi masalah sekarang

sebelum sakit : pasien mengatakan mampu menghadapi masalah dan menyelesaikannya

saat sakit : pasien menyatakan jika menghadapi masalah berdiskusi dengan anak-anaknya

4. peran perawat agar pasien nyaman

pasien mengatakan berharap perawat memberikan

hindakan dan selalu mengecek keadaannya.

F. Pola seksual - Reproduksi

1. Pemahaman tentang fungsi seksual

sebelum sakit : pasien mengatakan paham dan mengerti tentang seksual

saat sakit : pasien mengatakan paham dan mengerti tentang seksual.

2. gangguan seksual oleh kondisi

pasien mengatakan sudah tidak melakukan hubungan seksual sejak suaminya meninggal tahun 2002

3. Adakah permasalahan saat melakukan aktivitas seksual

pasien mengatakan tidak ada masalah dan tidak melakukan hubungan seksual sejak suaminya meninggal

4. Pengkajian apakah ada kelainan pada system reproduksi

pasien mengatakan tidak ada kelainan pada system reproduksi

5. Riwayat menstruasi

sebelum dan saat dirawat pasien mengatakan tidak ada gangguan pd menstruasi

6. Riwayat kehamilan

pasien mengatakan hamil 1 kali dan melahirkan 1x

7. pemeriksaan ginekologi

pasien mengatakan tidak ada kelainan pada area genitalia

6. pola Peran - Berhubungan dengan orang lain

1. Hubungan pasien dengan orang lain

sebelum dan saat sakit hubungan pasien dengan orang lain baik tidak ada pertengkaran

2. Kemampuan pasien dalam berkomunikasi

sebelum dan selama sakit pasien mampu berkomunikasi dengan baik dengan orang lain

3. Orang terdekat pasien

pasien mengatakan orang terdekat pasien adalah anak-anaknya dan keluarganya

4. Kepada siapa klien meminta bantuan

pasien mengatakan meminta bantuan kepada anak-anak

- dan keluarganya
5. Adakah kesulitan dalam keluarga -
 pasien mengatakan tidak ada masalah dengan anggota keluarganya
 - h. Pola makan dan kepercayaan
 1. Bagaimana klien menjalankan ibadah :
 sebelum sakit : pasien mengatakan menjalankan ibadah shalat 5 waktu .
 saat sakit : pasien mengatakan tidak bisa menjalankan ibadah karena habis operasi
 2. Masalah yang berkaitan
 pasien mengatakan tidak bisa menjalankan ibadah karena habis operasi
 3. Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut
 pasien bertentangan dengan kesehatan
 pasien mengatakan tidak ada bertentangan antara kebudayaan yang dianut pasien dengan kesehatan

3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

a. Kesadaran

Composmentis GCS = E=4 M=6 V=5 =15

b. Penampilan

pasien nampak lemas, pucat

c. Vital sign

1. Suhu : 36°C

2. TD : 115/88 mmHg

3. RR : 20 x menit

4. N : 69 x menit

d. Kepala

Bentuk mesocephal, rambut hitam, sedikit ada uban, bersih tidak ada ketombe.

e. Mata

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

f. hidung

simetris kanan kiri, tidak ada secret, tidak ada epistaksis tidak ada polip, tidak ada nafas cuping hidung, tidak memakai oksigen.

g. Telinga

Simetris kanan kiri, tidak memakai alat bantu dengar, tidak ada serumen atau infeksi.

h. Mulut dan tenggorokan

tidak ada kesulitan berbicara, gigi putih, tidak ada bau, tidak ada kesulitan mengunyah atau menelan, tidak ada benjolan di leher, tidak ada pembesaran tonsil dan terdapat deny jugularis

i. Dada

Jantung

Inspeksi: simetris kiri dan kanan, letus cordis terlihat

palpasi: letus cordis teraba, trauma jantung ferretur

perkusi: redup

auskultasi: tidak ada bunyi tambahan

Paru-paru

Inspeksi: Pergerakan dinding dada normal, simetris, tidak ^{an alat bantu} menggunakan

palpasi: tidak ada nyeri tekan

Perkusi: sonor

auskultasi: suara nafas vesikuler

j. Abdomen

Inspeksi: warna kulit disekitar abdomen normal, perut tidak ^{melejit} buncit

palpasi: bising usus 10x/menit

perkusi: terdapat nyeri tekan dibagian pinggang kanan

auskultasi: tympani

k. Genitalia

terpasang kateter, tidak ada infeksi, tidak ada hemoroid

l. Ekstremitas atas dan bawah

1. Inspeksi kaki

warna pink, tidak ada edema, bersih.

2. capillary refill

kurang dari 3 detik.

3. Kemampuan berfungsi

otot tidak ada gangguan dan kaki tidak ada gangguan

4. Infus

tidak ada infeksi disekitar tusukan infus, terdapat nyeri tekan

M. Kulit

Kulit bersih, sawo matang, turgor kulit baik, tidak ada edema. terdapat luka operasi, ada-sa jahitan luka, tidak ada infeksi pada luka, balutan luka bersih

4. Data penunjang

1. pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	satuan	ket
HEMATOLOGI				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	12,2	11,7 - 15,5	g/dL	
Hematokrit	40,5	33,0 - 45,0	%	
Leukosit	H 11,04	3,60 - 11,00	ribu / μ L	
Trombosit	238	150 - 440	ribu / μ L	

2. pemeriksaan Radiologi

a. CT SCAN Abdomen (CT SCAN Tanpa kontras)

Tc. Tth

CTSTOHOGRAFI

GINJAL KAHAM Ukuran dan letak normal, aksis ginjal tampak berubah posisi. PCS tampak lebih ke lateral, PCS tampak lebih moderat, tampak batu di pelvi kouter. parenkim normal, PCS tak lebar, tampak batu di kaliks media. Uk diameter sekitar 0,3 cm.

URETER KIRI tak lebar, tak tampak batu

VESIKA URINARIA dinding tak tebal, tak tampak batu

Tak tampak cairan bebas Intra abdominal

Tak tampak efusi pleura

KESAM

CURIGA ADA MALROTASI GINJAL KAHAM

MODERAT HIDRONEFROSIS KAHAM E.E BATU DI PELVIKOUTER

JUNCTION KAHAM UK. SEKITAR 1,1 x 2,2 CM

NEPHROLITHIASIS KIRI DI KALIKS MEDIA UK DIAMETER

SEKITAR 0,34 CM, NON-OBSTRUKSI

TAK TAMPAK VESIKOLITHIASIS

3. Pemeriksaan Radiologi

1. Thorax besar (Non Kontras)

Tc. Tth

x Foto Thorax

Cor :

Apex jantung bergeser ke lateral aortal

Elongatio Aorta

pengebalan hilus kanan, cenderung vaskuler

Pulmo :

Corakan vaskuler tampak meningkat

Tampak bercak tipis paracardial kanan

Hemidiaphragma kanan setinggi costa posterior

Sinus costophrenicus kanan kiri baik

KESAH :

Cardiomegaly (LW)

Elongatio Aorta

Infiltrat tipis paracardial kanan, curiga bronchopneumonia

b. Diet yang Diperoleh

Diet cair II (Bubur sum-sum)

c. Terapi

a. ketorolac 3x1 gr (iv)

b. ranitidin 2x1 gr (iv)

c. Ceftriaxone 2x1 gr (iv)

d. natrium diklovenat 2x50 gr (oral)

e. Cefix tm 2x200gr (oral)

f. asam folat 1x1gr (oral)

g. Dulcolat supp ex (suppositoria)

h. infuse RL 20 tpm

B. Analisa Data

1/20	Data Fokus	Problem	Etiologi	T+D
	<p>Ds = klien mengatakan nyeri pinggang sebelah kanan bekas operasi</p> <p>-klien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk</p> <p>Do : -klien tampak terpasang selang di pinggang sebelah kanan</p> <p>-klien tampak meriang kesakitan dan gelisah</p> <p>-P : nyeri saat bangun bergerak</p> <p>Q: Seperti ditusuk2</p> <p>R: Pinggang kanan</p> <p>S: 3</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>TD: 151/88 mmHg</p> <p>N: 69 xmenit</p> <p>S: 36°C</p> <p>RR = 20 xmenit</p>	<p>Nyeri akut</p>	<p>Agen cedera fisik</p>	<p>Act</p>
	<p>Ds = klien mengatakan nyeri dibagian bekas operasi</p> <p>Do = -terdapat belahan bekas luka</p> <p>-luka klien ± 2cm</p> <p>-TD = 151/88 mmHg</p> <p>N = 69 xmenit</p> <p>S = 36°C</p> <p>RR = 20 xmenit</p> <p>Dolor : nyeri dibagian pinggang kanan</p>			<p>Act</p>



<p>Kolor: klien merasakan panas di area jahitan luka tumor: klien tidak ada benjolan di sekitar jahitan luka Ruber: terdapat kemerahan di sekitar jahitan luka Fungsi: Laesa = adanya perubahan fungsi pada gumpal</p>	<p>Risiko Infeksi</p>	<p>Efek prosedur Invasif.</p>	<p>Cat</p>
<p>Ds: - klien mengatakan mengeluh sulit tidur - klien mengeluh tidur sering terbangun - klien mengeluh pola tidur berubah Do = - klien tampak lemas - klien tampak pucat T: 155/88 mmHg N: 69 x menit S: 36°C RR: 20 x menit</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>	<p>Hambatan Lingkungan (Anclakan)</p>	<p>Cat</p>



Tgl/jam	Data fokus	Problem	Etiologi	TCD
	- bangun - klien mengeluh pola tidur berubah DO : - klien tampak lemas - klien tampak pucat TD = 155/88 mm Hg N = 64 x/menit S = 36°C RR = 20 x/menit	Gangguan pola tidur	Hambatan lingkungan (tindakan)	Def

C. Diagnosa Keperawatan :

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik.
2. Risiko Infeksi b.d efek tindakan invasif
3. Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan (tindakan)

D. Planning / Intervensi Keperawatan

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi	TCD
13/7/21	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : - skala nyeri menurun - klien tidak meringis kesakitan	Manajemen n. Observasi 1. Identifik lokasi, karakteritik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Monitor KU dan ITU 3. Ajarkan teknik non farmakologi (distraksi relaksasi) 4. Kolaborasi pemberian Analgetik.	Def

Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	TRP
14/21/02	Risiko infeksi b.d efek tindakan invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: - klien bebas dari tanda dan gejala infeksi - TVU dalam batas normal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor KU dan TVU 2. Kaji keadaan luka 3. Dukungan perawatan diri Mandi 4. Lakukan perawatan luka 5. Edukasi pencegahan luka tekan 	Cef
15/21/02	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (tindakan)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: - keluhan kesulitan tidur menurun - keluhan pola tidur menurun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan tidur 2. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 3. Identifikasi faktor pengganggu tidur 4. Modifikasi lingkungan 	Cef

E. Implementasi			
Tgl/ Jam	Diagnosa Perawatan	Implementasi	Rasional
15/23 11.00	Nyeri akut b.d. agen cedera fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Memonitor ku dan TTU 3. Mengajarkan teknik non farmakologi (distraksi relaksasi) 4. Mengkolaborasikan dalam pemberia analgetik 	<p>S: klien bersedia diidentifikasi</p> <p>O: klien sangat kooperatif</p> <p>S: klien mengatakan kesadaran cukup</p> <p>O: ! TTU klien normal</p> <p>S: klien bersedia mengikuti ajaran perawat</p> <p>O: klien sangat kooperatif</p> <p>S: klien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O: klien sangat tidak meningkat kesakitan lagi</p>
19/21 12.00	Risiko Infeksi b.d. Efeke prosedur Invasiv	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor ku dan ttu 2. Mengekaji Keadaan luka 3. Melakukan perawatan luka 4. Mendukung perawatan diri : Mandi 5. Memberikan Edukasi pencegahan luka tekan 	<p>S: klien mengatakan kesadaran cukup</p> <p>O: TTU klien normal</p> <p>S: klien bersedia ditaji</p> <p>O: klien kooperatif</p> <p>S: klien mengatakan bersedia dilakukan tindakan</p> <p>O: klien kooperatif</p> <p>S: klien menyatakan bersedia melakukan cibir atau mandi</p> <p>O: klien kooperatif</p> <p>S: klien mengatakan bersedia di edukasi</p> <p>O: klien kooperatif</p>

Tgl/ jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Rasional	TTD
15/02 12.00	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	1. Memberikan dukungan tidur 2. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 3. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur 4. Memodifikasi lingkungan	S: klien mengatakan bersedia mengikuti dukungan tidur O: klien tampak kooperatif S: klien bersedia diidentifikasi O: klien kooperatif S: klien menyetujui bersedia diidentifikasi O: klien kooperatif S: klien senang dengan modifikasi lingkungan yang baru O: klien tampak senang	Def

F. Evaluasi

Tgl/ jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	TTD
15/02 12.00	Nyeri akut b.d dengan cedera fisik	S: klien mengatakan masih merasakan nyeri O: klien tampak menangis P: 7 R: seperti dihentak - tusuk R: Pinggang kanan S: 3 T: hilang timbul TD: 155/88 mmHg S: 36°C N: 64x/menit RR: 20x/menit A: masalah belum teratasi tujuan belum tercapai P: lanjutkan intervensi 2,3,4	Def

Waktu / Jam	Diagnosa keperawatan	Catatan Perkembangan	TD
	Risiko infeksi b.d. efek prosedur invasif	<p>S = klien mengatakan rasa nyeri dib. area bekas operasi</p> <p>O = tampak terdapat bekas luka luka kira-kira + 2 cm</p> <p>Pelut = nyeri dipinggir bagian kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - kultur = klien merasakan panas disekitar jahitan luka - tumor = tidak ada benjolan disekitar jahitan luka - rubor = terdapat kemerahan disekitar jahitan luka - fungsi lasi = adanya perubahan pada fungsi ginjal. <p>A = masalah belum teratasi tujuan belum tercapai</p> <p>P = lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 5</p>	21
	Gangguan pola tidur b.d. hambatan lingkungan (hindatan)	<p>S = klien mengatakan mengeluh sulit tidur</p> <p>O = klien tampak tenang, pulak</p> <p>TD = 155 / 88 mmHg</p> <p>IU = 69 / menit</p> <p>S = 36°C</p> <p>RR = 20 / menit</p> <p>A = masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai</p> <p>P = lanjutkan intervensi 2, 3, 4</p>	21
14/02 ²¹	Nyeri akut b.d. agen cedera fisik	<p>S = klien mengatakan nyeri sudah berkurang</p> <p>O = klien tampak tidak begitu mengeluh nyeri</p> <p>P = nyeri saat banyak bergerak</p> <p>Q = seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R = pinggang kanan</p> <p>S = 3</p> <p>T = hilang timbul</p>	21

Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	TTD
14/02 12.00		TD = 128/70 mmHg N = 78 x menit S = 36°C RR = 20 x/menit A = Masalah belum teratasi tujuan tercapai P = lanjutkan intervensi	Cat
	Risiko Infeksi b.d efek prosedur Invasif	S = Klien mengatakan nyeri sudah berkurang disekitar jahitan luka. O = jahitan luka pasien tampak bersih dan kering luka klien ± 2cm Dolor = nyeri dipinggir kanan kendor = klien merasakan panas daerah jahitan luka. tumor = tidak ada benjolan sekitar jahitan luka rubor = terdapat kemerahan sekitar jahitan luka TD = 128/70 mmHg NU = 78 x menit S = 36°C RR = 20 x menit A = Masalah teratasi sebagian. tujuan tercapai P = lanjutkan intervensi 3,4,5	Cat
	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan	S = Klien keluhan kesulitan tidur berkurang O = klien tampak tidak lemas dan pucat TD = 128/70 mmHg S = 36 N = 78 x menit RR = 20 x menit A = Masalah teratasi sebagian	Cat



E. Implementasi

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Rasional	TTU
19/21/2022	Nyeri akut b.d agen cedera fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Memonitor kudian TTU 3. Mengajarkan teknik non farmakologi (distraksi relaksasi) 4. Mengkolaborasi dalam pemberian analgetik 	<p>S: klien bersedia diidentifikasi</p> <p>O: klien tampak kooperatif</p> <p>S: klien menyatakan kesadaran cukup</p> <p>O: TTU klien normal</p> <p>S: klien bersedia mengikuti ajaran perawat</p> <p>O: klien tampak kooperatif</p> <p>S: klien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O: klien tampak tidak meningkat kesakitan lagi</p>	Cal
19/21/2022	Risiko infeksi b.d Efek prosedur Invasif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kudian ttu 2. Mengkaji keadaan luka 3. Melakukan perawatan luka 4. Mendukung perawatan diri : Mandi 5. Memberikan Edukasi pencegahan luka tekan 	<p>S: klien menyatakan kesadaran cukup</p> <p>O: TTU klien normal</p> <p>S: klien bersedia dikaji</p> <p>O: klien kooperatif</p> <p>S: klien mengatakan bersedia dilakukan tindakan</p> <p>O: klien kooperatif</p> <p>S: klien menyatakan bersedia melakukan cibir atau mandi</p> <p>O: klien kooperatif</p> <p>S: klien mengatakan bersedia di edukas</p> <p>O: klien kooperatif</p>	Cal

(SIDV)

Tgl/ jam	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	TTD
	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (tindakan)	<p>S = klien mengatakan sudah tidak mengeluh kesulitan tidur</p> <p>O = klien tampak tidak lemas dan pucat</p> <p>TD = 144/77 mmHg N = 87 x/menit</p> <p>S = 36 °C RR = 20 x/menit</p> <p>A = Masalah teratasi tujuan tercapai</p> <p>P = hentikan intervensi.</p>	Cat

