

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. D DENGAN GANGGUAN SISTEM
PERKEMIHAN : POST OPERASI NEFROLITHIASIS DI RUANG
EDELWEISS RSUD BAYU ASIH PURWAKARTA**

KARYA TULIS ILMIAH

“Diajukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)
pada jurusan DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut”

DISUSUN OLEH :

TRISKA SITI HARDIANTI

KHGA19043



**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
TAHUN AKADEMIK 2021/2022**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.D DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN : POST OPERASI
NEFROLITIASIS DI RUANG EDELWEISS RSUD BAYU
ASIH PURWAKARTA

NAMA : TRISKA SITI HARDIANTI

NIM : KHGA19043

Garut, Juli 2022

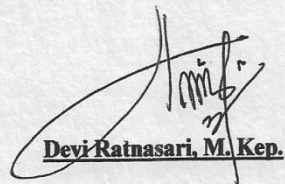
Karya Tulis Ini Disetujui Untuk Disidangkan Dihadapan

Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

Stikes Karsa Husada Garut

Menyetujui,

Pembimbing



Devi Ratnasari, M. Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. D DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN : POST OPERASI NEFROLITIASIS DI RUANG EDELWEISS RSUD BAYU ASIH PURWAKARTA

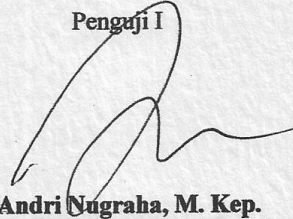
NAMA : TRISKA SITI HARDIANTI

NIM : KHGA19043

Garut, Juli 2022

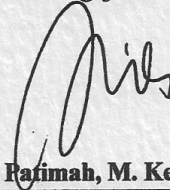
Menyetujui,

Penguji I



Andri Nugraha, M. Kep.

Penguji II

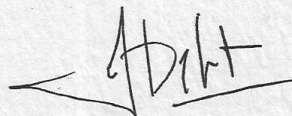


Iin Ratimah, M. Kep.

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan

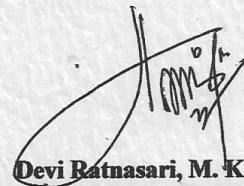
STIKES KARSA HUSADA GARUT



K. Dewi Budiarti, M. Kep.

Mengesahkan,

Pembimbing



Devi Ratnasari, M. Kep.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.D DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN: POST OPERASI *NEFROLITHIASIS* DI RUANG EDELWEISS RSUD BAYU ASIH PURWAKARTA

Oleh : Triska Siti Hardianti NIM: KHGA19043

IV BAB, 87 Halaman, 8 Tabel,

Karya tulis ilmiah ini di latar belakang oleh batu ginjal (*nefrolithiasis*) yang merupakan penyakit tidak menular *Nefrolithiasis* (batu ginjal) adalah salah satu penyakit ginjal dimana ditemukannya batu yang mengandung bagian permata dan jaringan alami yang merupakan penyebab paling umum dari masalah kemih. Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien, serta melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komperhensif meliputi aspek bio – psiko – sosial dan spiritual kepada pasien selama \pm 4 hari dengan *nefrolithiasis* melalui proses pendekatan keperawatan. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan tehnik studi kasus, cara yang digunakan yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan partisipasi aktif. *Nefrolithiasis* dikenal sebagai batu ginjal adalah jenis infeksi klinis yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor komponen dari batu kristal yang menyumbat sehingga memperlambat kerja ginjal di bagian calyx atau punggung, yang dapat disebabkan oleh terganggunya kelarutan dan pengendapan garam di saluran kemih. Melalui asuhan keperawatan ini di dapatkan hasil pengkajian pasien yang mengalami *nefrolithiasis* memiliki beberapa masalah keperawatan yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan pola tidur. Implementasi pada masalah nyeri akut yaitu mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam untuk menghilangkan nyeri, pemberian obat antibiotik dan analgetik, gangguan mobilitas fisik yaitu mengajarkan pasien untuk bermobilisasi gerak post operasi, gangguan pola tidur yaitu untuk memenuhi kebutuhan istirahat tidur pasien. Dalam kesimpulan ada 1 masalah yang teratasi sebagian yaitu nyeri akut, sedangkan yang sudah teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik dan gangguan pola tidur.

Kata kunci : *nefrolithiasis* asuhan keperawatan

KATA PENGANTAR

Puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ Asuhan Keperawatan pada Tn. D Dengan Gangguan Sistem Perkemihan : Post Operasi Nefrolithiasis Di Ruang Edelweiss RSUD Bayu Asih Purwakarta “. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan karena adanya bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Bersama ini perkenalkan saya mengucapkan banyak terimakasih dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak DR. H. Hadiat, M. A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak dr. H Kurnadi Sumawiganda, selaku Wakil Ketua Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. D. Saepudin, S. Sos., MM. Kes selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
4. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kep., M. Kep., selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut
6. Ibu Devi Ratnasari, S.Kep. Ners., M.Kep sebagai pembimbing karya tulis ilmiah ini yang telah banyak memberikan saran, bimbingan, pengetahuan

dan motivasi yang tinggi dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. Kepada kedua orang tua tercinta yaitu, Ayah saya Asep Sudrajat dan Ibu saya tercinta Euis Siti Komariah S.pd (alm) yang telah memberikan banyak cinta dan kasih sayang yang begitu besar kepada penulis sehingga menjadi motivasi terbesar bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini. Semoga do'a, keringat dan air mata dibalas dengan kebahagiaan yang haqiqi di dunia dan akhirat oleh Allah SWT.
8. Kepada kaka-kaka saya tercinta dan tersayang Yuni Tresnawati, Beny Ramdani S.pd, M Rivan Saefurrohman, M Ricky Saefurrohman, yang juga senantiasa memberikan do'a, dukungan, motivasi, waktu, tenaga, pikiran dan segalanya yang selalu setia menemani baik suka maupun duka untuk kelancaran penulis dalam menyelesaikan studi ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan nikmat sehat, nikmat rezeki, dan nikmat kebahagiaan bagi kalian semua. Aamiin.
9. Kepada omah saya tercinta Hj Momih Halimah, yang selalu memberikan do'a, cinta kasih sayang dan nasihat-nasihat bijaksana untuk penulis agar bisa menjadi pribadi yang lebih baik
10. Kepada kaka-kaka ipar saya Fajrin Dinal (alm), Diaz Awang Pondian, Siti Sundari S.pd, Robiatul Basriah dan semua keponakan saya yang saya cintai dan saya banggakan.
11. Kepada keluarga besar H. Oyo Sutisna, kepada keluarga besar H Entis Sutisna yang sangat saya hormati

12. Kepada sahabat saya Team : Drakor On Going, 3 Anggels, Calon Istri Solehah dan Rima Nur Solihat S.Kep Ners atas waktu, semangat, do'a dan membantu dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Kepada kekasih hati Arif Waliyudin, yang selalu sabar, memberikan do'a, waktu, dan selalu bijaksana dalam memberikan motivasi, dan selalu ada di saat suka maupun duka
14. Kepada teman-teman seperjuangan saya kelas 3A D3 Keperawatan yang telah memberikan banyak hal-hal baik selama +- 3 tahun ini.

Karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Garut, Juli 2022

Penulis,

Triska Siti Hardianti

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	viii
PATHWAY.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penulisan.....	5
D. Metode Telaahan.....	7
E. Sistematika Penulisan.....	9
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	10
A. Konsep Dasar Teori Nefrolithiasis.....	10
1. Definisi Nefrolithiasis.....	10
2. Etiologi/Penyebab.....	11
3. Patofisiologi.....	12
4. Manifestasi Klinis.....	16
5. Pemeriksaan Penunjang.....	16
6. Penatalaksanaan.....	18

7. Komplikasi Nefrolithiasis.....	20
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	22
1. Asuhan keperawatan.....	22
2. Pengkajian.....	22
3. Analisa data.....	28
4. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul.....	29
5. Intervensi Keperawatan.....	30
6. Implementasi Keperawatan.....	40
7. Evaluasi.....	41
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	42
A. Pengkajian.....	42
1. Biodata.....	42
2. Riwayat Kesehatan.....	43
3. Pemeriksaan Fisik Umum.....	44
4. Apek Biologis /Pola Aktivitas Sehari-hari.....	48
5. Pengkajian Psikososial Dan Spiritual.....	50
6. Pemeriksaan Penunjang.....	51
7. Terapi Obat.....	52
8. Analisa Data.....	53
9. Diagnosa Keperawatan.....	54
10. Intervensi Keperawatan.....	56

11. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan.....	63
12. Catatan Perkembangan.....	68
B. PEMBAHASAN.....	77
1. Pengkajian.....	77
2. Diagnosa Keperawatan.....	78
3. Rencana Keperawatan.....	81
4. Implementasi Keperawatan.....	83
5. Evaluasi Keperawatan.....	84
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	85
A. Kesimpulan.....	85
B. Rekomendasi.....	87

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi.....	30
Table 3.1 Aspek Biologis / Pola Aktivitas Sehari-hari.....	48
Table 3.2 Pemeriksaan Penunjang.....	51
Table 3.3 Terapi Obat.....	52
Table 3.4 Analisa data.....	53
Table 3.5 Intervensi Keperawatan.....	56
Table 3.6 Implementasi Dan Evaluasi	63
Table 3.7 Catatan Perkembangan.....	68

Pathway.....15

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

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

Menurut WHO *World Health Organization* (2013) diseluruh dunia ada 1-2 % penduduk mengalami penyakit batu ginjal. Dari sekian ratus pengidap, penyakit tersebut ialah penyakit yang paling banyak ditemui di bidang urologi. Di negara Amerika Serikat penyakit

paling banyak terjadi pada sistem perkemihan adalah batu ginjal, dengan jumlah persentase 30% dari 100.000 jumlah penderita penyakit ginjal. (IHSANIAH, 2020).

Prevalensi penyakit ini bisa diperkirakan sebesar 7 % pada wanita dewasa dan 13 % di perkirakan pada laki – laki dewasa. Di negara Indonesia sendiri penyakit ginjal yang sangat banyak ditemui di berbagai Rumah sakit adalah gagal ginjal dan batu ginjal atau sering disebut dengan nefrolitiasis. Dan untuk prevalensi yang tertinggi berada di daerah Yogyakarta dengan (1,2 %), selanjutnya diikuti oleh Aceh dengan (0,9 %), dan Jawa tengah, Jawa Barat, Sulawesi Tengah dengan prevalensi sama yaitu masing – masing (0,8 %). (Fauzi and Putra, 2016). Menurut Depkes RI (2011) dari data yang dikumpulkan di seluruh rumah sakit se-Indonesia angka kejadian batu ginjal yaitu 37.636, dengan nilai pasien yang di rawat inap yaitu 19.018 orang, dan meninggal 378 orang dari 100 ribu orang menderita batu ginjal di dunia (Nengsi, 2018).

Dalam proses penyembuhan pasien, peran perawat sangat penting yaitu sebagai : pendidik, pengelola, pelaksana dan peneliti. Dalam hal ini perawat sebagai pendidik yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien antara lain tentang post operasi batu ginjal sedangkan peran perawat sebagai pengelola yaitu perawat mengelola pasien post operasi batu ginjal dengan asuhan keperawatan antara lain berkolaborasi dengan keluarga pasien dan tenaga kesehatan lainnya,

Peran perawat sebagai pelaksana yaitu melakukan observasi kepada pasien tentang kemampuan pasien melakukan aktivitas sehari-hari post operasi batu ginjal, membantu pasien melakukan aktivitasnya, dan berkolaborasi dengan pihak keluarga untuk membantu aktivitas pasien dan peran perawat sebagai peneliti yaitu menerapkan ilmu-ilmu pengetahuan keperawatan dan mengimplementasikan kepada pasien post operasi *Nefrolitiasis*.

Penyebab dari penyakit batu ginjal bisa terbentuk jika air kencing atau urin yang terlalu banyak mengandung bahan kimia. Melakukan diet yang sangat tinggi protein, meminum terlalu sedikit air, obesitas atau berat badan berlebih akan meningkatkan resiko penyebab batu ginjal muncul. Faktanya, sekitar 85% batu ginjal penyebab batu ginjal terbuat dari zat kalsium (Sulistyowati, Setiani, & Nurjazuli, 2013). Penderita batu ginjal akan mengalami gejala awal yang biasanya berupa nyeri dibagian perut bagian belakang atau bawah perut, pendarahan urin, mual atau muntah, kehilangan nafsu makan, hingga pembengkakan di perut. Batu ginjal menyebabkan obstruksi pada ginjal sehingga menjadi hidronefrosis, lalu apabila hidronefrosis tidak ditangani maka akan terjadi komplikasi-komplikasi, diantaranya adalah gagal ginjal, infeksi, hidronefrosis dan avaskuler ischemia yang akhirnya dapat menyebabkan gagal ginjal serta akan mengakibatkan ancaman kematian (Nursalam, 2013).

Penatalaksanaan batu ginjal dibedakan menjadi terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. Terapi farmakologi yang berhubungan dengan obat-obatan atau operasi untuk menyembuhkan dan mengangkat penyakit dengan adanya efek samping dari obat tersebut. Untuk terapi farmakologi seperti ESWL (Extracorporeal Shockwava Lithotripsy), PCNL (Percutanes Nephro Litholapaxy), bedah terbuka, terapi konservatifa dan terapi ekspulsif medikamentosa (TEM). Operasi yang sering dilakukan di rumah sakit adalah ESWL karena operasi ini efektif menghancurkan batu berukuran kecil dan sedang. Kelebihan dari operasi ESWL tidak ada sayatan yang dilakukan pada kulit dan nyeri pasca operasi yang dialami minimal (Ahmad & Adi Putra, 2016). Sedangkan terapi non farmakologi yang tidak menggunakan obat-obatan, tetapi bisa menggunakan dengan herbal atau jamuan. Terapi non farmakologi seperti, olahraga teratur, minum air putih yang banyak, hindari beberapa makanan yang mengandung alcohol, makanan cepat saji, tidak menahan bila ingin kemih, dan menjaga dengan baik kebersihan organ intim (Suharyanto & Madjid, 2009).

Berdasarkan uraian data di atas maka penulis tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Gangguan Sistem Perkemihan : Post Operasi Nefrolithiasis Di Ruang Edelweiss Rsud Bayu Asih Purwakarta” dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan,

perencanaan/intervensi, pelaksanaan/implementasi, dan evaluasi pendokumentasian asuhan keperawatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah yang penulis ambil pada studi kasus ini adalah **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Sistem Perkemihan Post Operasi Nefrolithiasis Di Ruang Edelwiees RSUD Bayu Asih Purwakarta”** dengan melakukan pendekatan yang meliputi: Pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan/intervensi, pelaksanaan/implementasi, dan evaluasi pendokumentasian asuhan keperawatan.

C. Tujuan

Memahami dan mengetahui tentang batu ginjal beserta asuhan keperawatan batu ginjal.

1. Tujuan Umum

Adapun tujuan umum pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah :

Penulis dapat memperoleh pengalaman secara nyata dalam Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Gangguan Sistem Perkemihan : Post Operasi Nefrolithiasis Di Ruang Edelweiss Rsud Bayu Asih Purwakarta dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis,

sosial, spiritual dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus pada penulisan karya tulis ilmiah ini adalah:

- a. Melakukan pengkajian secara komprehensif yang meliputi pengumpulan data dan menetapkan masalah berdasarkan prioritas masalah pada kasus Tn. D dengan gangguan sistem perkemihan: post operai nefrolithiasis di ruang Edelwiees RSUD Bayu Asih Purwakarta
- b. Merumuskan diagnosa yang tepat berdasarkan pengkajian yang ditentukan pada kasus Tn. D dengan gangguan sistem perkemihan: post operai nefrolithiasis di ruang Edelwiees RSUD Bayu Asih Purwakarta
- c. Menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan yang tepat terhadap masalah yang timbul pada kasus Tn. D dengan gangguan sistem perkemihan: post operai nefrolithiasis di ruang Edelwiees RSUD Bayu Asih Purwakarta
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan yang telah ditetapkan pada kasus Tn. D dengan gangguan sistem perkemihan: post operai nefrolithiasis di ruang Edelwiees RSUD Bayu Asih Purwakarta
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan secara tepat yang telah dilaksanakan pada kasus Tn. D dengan gangguan

sistem perkemihan: post operai nefrolithiasis di ruang
Edelwiees RSUD Bayu Asih Purwakarta

D. Metode Telaahan/Penulisan.

Dalam metode penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, Metode yang digunakan adalah metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Teknik pengambilan data pada kasus **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Sistem Perkemihan Post Operasi Nefrolithiasis Di Ruang Edelwiees RSUD Bayu Asih Purwakarta”** dengan pengamatan wawancara, pemeriksaan fisik, dokumentasi/catatan perawat, partisipasi aktif, dan lain-lain. Sedangkan teknik dalam pengumpulan data pasien menggunakan teknik sebagai berikut :

1. Wawancara

Penulis mengumpulkan data melalui komunikasi secara lisan yaitu bertanya dan tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi pasien Tn. D atau disebut pengkajian, anamnesa yang bertujuan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan pada pasien Tn. D.

2. Observasi

Penulis mengamati perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien.

3. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk melakukan status kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan berbagai cara diantaranya : inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi

4. Studi Dokumentasi

Memperoleh data yang didapatkan dari status klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

5. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan secara langsung asuhan keperawatan pada pasien Tn. D dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi

6. Studi Kepustakaan

Hal ini dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teori yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang di dapat dengan fakta yang ada di lahan praktek, di peroleh kesenjangan, mencari penyebab dan pemecahan masalah. (Biskley, Lynn, 2015)

E. Sistematika Penulisan

Laporan asuhan keperawatan ini termasuk ke dalam mata ajar Keperawatan Medikal Bedah. Dalam metode penulisan Karya Tulis Ilmiah ini di bagi menjadi empat bab yang terdiri dari :

BAB I yaitu pendahuluan yang meliputi latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan (tujuan umum tujuan khusus), metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II yaitu tinjauan teoritis mengenai konsep dasar penyakit batu ginjal yang meliputi pengertian/definisi, anatomi dan fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan batu ginjal terhadap proses keperawatan.

BAB III yaitu tinjauan kasus yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan intervensi, implementasi, evaluasi yang dilakukan secara komperhensif serta pembahasan mengenai teori dan praktek dilapangan dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn. D.

BAB IV yaitu kesimpulan dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan formulasi saran atau rekomendasi yang operasional terhadap masalah yang ditemukan yang dapat menunjang karya tulis ilmiah.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR NEFROLITIASIS

1. Definisi Nefrolithiasis

Nefrolithiasis dikenal sebagai batu ginjal adalah jenis infeksi klinis yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor komponen dari batu kristal yang menyumbat sehingga memperlambat kerja ginjal di bagian calyx atau punggung, yang dapat disebabkan oleh terganggunya kelarutan dan pengendapan garam di saluran kemih (Fikriani and Wardhana, 2018). Ukuran dari batu ginjal tersendiri. *Nefrolitiasis* merupakan suatu pembentukan dari deposit mineral yang terlalu banyak yaitu kalsium oksalat serta kalsium fosfat bisa dari yang lain yaitu urid acid dan Kristal juga dapat menjadi kalkulus (Batu ginjal) (Septiningsih, 2016).

Batu ginjal yang berada di saluran kemih (Kalkulus uriner) merupakan suatu masa keras yang menyerupai batu yang terbentuk dari sepanjang saluran kemih yang dapat membuat nyeri, perdarahan, penyumbatan pada aliran kemih dan dapat menyebabkan infeksi. Batu tersebut dapat terbentuk dalam ginjal (batu ginjal) ataupun dari dalam kandung kemih (batu kandung kemih). Proses tersebut dikenal dengan sebutan urolitiasis (litiasis renalis, nefrolitiasis) (Nengsi, 2018).

2. Etiologi/ Penyebab

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

a. Genetik (Bawaan)

Terdapat beberapa yang mempunyai kelainan bahkan gangguan pada organ ginjalnya dari lahir walaupun kasusnya sangat relatif sedikit anak yang sudah sejak kecil mengidap gangguan pada metabolisme khususnya pada bagian ginjal seperti air seninya yang cenderung mudah mengalami pengendapan garam sehingga akan mudah membentuk batu karena fungsi ginjal yang tidak dapat bekerja secara normal sehingga kelancaran proses pengeluaran air kemihnya mengalami gangguan contohnya banyak zat kapur yang berada di air kemih sehingga mudah mengalami pengendapan batu.

b. Makanan

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

c. Aktifitas

Aspek dari karir dan sport juga dapat berdampak terjadinya penyakit batu ginjal. Resiko orang yang dapat mengalami penyakit ini adalah seseorang yang pekerjaannya sering bersandar atau sering duduk beresiko tinggi dari orang yang sering banyak berdiri atau beraktivitas dan juga jarang melakukan olahraga, sehingga menyebabkan peredaran darah atau air seni men

jadi kurang lancar. (Nengsi, 2018)

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

3. Patofisiologi

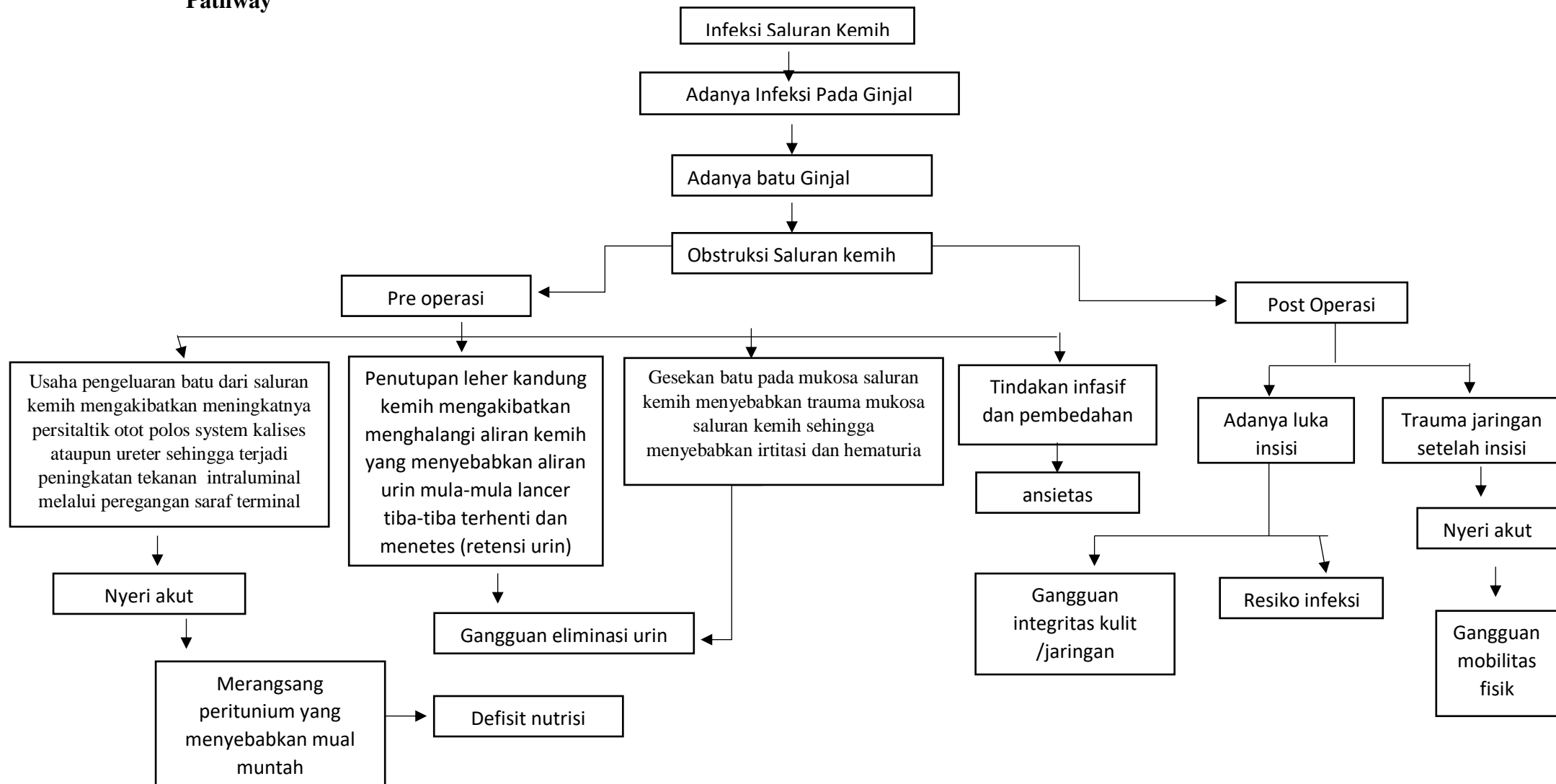
Nefrolitiasis adalah keadaan ginjal yang mana membutuhkan keadaan seperti supersaturasi, dan di dalam urin yang normal juga ditemukan sebuah adanya zat yaitu inhibitor yang dapat membentuk pembentukan batu. (Fauzi and Putra, 2016). Dan juga ditemukan

adanya suatu komponen yang jarang dalam pembentukan batu yaitu seperti struvit, magnesium, ammonium, asam urat atau bisa juga dari kombinasi dari bahan – bahan tersebut. Batu ginjal juga dapat disebabkan oleh adanya peningkatan terhadap Ph urin yang misalnya batu kalsium bikarbonat atau bisa juga karena adanya penurunan Ph urin (misalnya asam urat). Konsentrasi dari bahan – bahan pembentuk batu yang tinggi di dalam darah ataupun urin dan kebiasaan dalam mengkonsumsi makanan ataupun obat – obatan juga dapat merangsang dalam pembentukan batu.

Sesuatu yang dapat menghambat aliran urin dan dapat menyebabkan terjadinya statis (tidak ada bergerak) urin di bagian manapun di saluran kemih kemungkinan dapat membentuk batu ginjal. Batu kalsium yang terbentuk bersama dengan oksalat atau fosfat yang menyertai keadaan – keadaan yang dapat menyebabkan terjadinya resorpsi tulang termasuk juga dengan imobilisasi dan juga penyakit ginjal. Batu asam urat yang menyertai gout merupakan suatu penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya pembentukan atau penurunan ekskresi asam urat. Pada Asuhan keperawatan kegemukan dan kenaikan berat badan juga merupakan salah satu resiko yang dapat menyebabkan terjadinya batu ginjal atau *nefrolisisis* akibat adanya peningkatan ekskresi kalsium, oksalat dan juga asam urat yang berlebihan.

Pengenceran urin terjadi apabila adanya aliran obstruksi, karena kemampuan ginjal dalam memekatkan urin terganggu oleh pembengkakan yang terjadi di sekitar kapiler peritubulus. Komplikasinya obtruksi urin yaitu terjadinya di sebelah hulu dari batu di bagian manapun di saluran kemih. Obtruksi yang berada di bagian atas kandung kemih dapat terjadi *hidroureter* yaitu ureter yang membengkak pada urin. *Hidroureter* yang tidak segera diatasi atau obstruksi pada atau berada di atas ureter keluar dari ginjal dapat menyebabkan hidronefrosis, yaitu peradangan pada pelvis ginjal dan sistem saluran pendukung. Hidronefrosis bisa mengakibatkan tidak bisa nya penekanan urin sehingga akan terjadi ketidakseimbangan elektrolit dan cairan. Dan akhirnya akan dapat menakibtakan terjadinya gagal ginjal jika ginjal yang kedua ikut terserang. Dan setiap kali akan terjadi obstruksi aliran uein (stasis) dan kemungkinan jika bakteri tersebut terus meningkatkan maka dapat terbentuknya kanker ginjal akibat adanya peradangan dan cidera ulang yang terjadi. (Nengsi, 2018)

Pathway



4. Manifestasi Klinis

Gejala yang muncul sangat bervariasi tergantung dari ukuran pembentukan batu ginjal tersebut. Menurut Hariyanto (2008) rasa sakit yang dimulai dari pinggang bawah menuju kepinggul yang kemudian menjalar ke bagian perut dan alat kelamin luar. Intensitas rasa sakit ini berfluktuasi dan rasa sakit yang luar biasa dapat menjadi puncak dari kesakitan tersebut. (Nengsi, 2018).

Gejala umum lainnya yaitu :

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

5. Pemeriksaan Penunjang

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

a. Urinalisa

Warnanya terkadang kuning, coklat atau bahkan gelap untuk PH lebih dari 7, 6, dan sediment sel darah merah biasanya lebih dari 90 % dan terjadi ekskresi urin selama 24 jam fosfor, kalsium dan asam urat.

b. Labolatorium

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

c. Radiologi

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

6. Penatalaksanaan

a. Keperawatan

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

b. Penatalaksanaan Medis

1) ESWL (Extracorporeal Shockwave Lithotripsy)

Yang dimana alat ini pertama kali ditemukan tahun 1980 oleh Caussy. Yang cara kerjanya dengan menggunakan gelombang kejut yang dihasilkan di luar tubuh untuk menghancurkan batu yang ada di dalam tubuh. Dan batu tersebut nantinya akan dipecah menjadi beberapa bagian yang kecil sehingga nanti akan mudah untuk dikeluarkan melalui saluran kemih. ESWL ini adalah salah satu pengobatan yang dapat dianggap cukup berhasil untuk mengeluarkan batu ginjal yang berukuran kecil, menengah bahkan batu ginjal yang berukuran lebih dari 20 – 30 mm. (Fauzi and Putra, 2016)

2) Perkutan Nephro Litholapaxy (Percutaneous Nephro Litholapaxy)

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

3) Ureteroskopi

Ureteroskopi atau uretero renoskopi adalah cara memasukan alat ureteroskopi per utera untuk memeriksa kondisiureter atau sistem peilo kaliks ginjal. Dengan memakai energitertentu dapat memecahkan batu yang berpengaruh di dalam ureteroskopi, maupun sistem pelvikaliks, dengan

menggunakan ureteroskopi bantuan tersebut. (Fildayanti et al. 2019)

4) Bedah Terbuka

Merupakan sebuah jasa kesehatan yang masih belum mempunyai fasilitas PCNL dan ESWL, sehingga tindakan yang hanya bisa dilakukan yaitu dengan menggunakan Operasi terbuka. Pembedahan terbuka tersebut antara lain biasanya yaitu seperti Pielolitotomi atau Nefrolitotomi yang berfungsi untuk pengambilan batu pada saluran ginjal. (Fauzi and Putra, 2016)

5) Terapi Konservatif atau Terapi Eksplusif Medikamentosa (TEM)

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

7. **Komplikasi Nefrolithiasis**

a. Gagal Ginjal

Merupakan terjadi kerusakan neuron yang lebih lanjut dan pembuluh darah yang disebut dengan kompresi batu pada membrane ginjal sebab oleh itu suplai oksigen menjadi terlambat.

Hal tersebut mengakibatkan terjadinya iskemia ginjal dan jika di biarkan dapat menyebabkan ginjal.

b. Infeksi

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

c. Hidronefrosis

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

d. Avaskuler ischemia

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

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Asuhan keperawatan

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

2. Pengkajian

a. Identitas

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

b. Keluhan Utama

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

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

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

d. Riwayat Penyakit Dahulu

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

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengenai gambaran kesehatan keluarga apabila adanya keturunan dari orang tua.

f. Riwayat Psikososial

Siapa yang merawat klien, bagaimana hubungan pasien dengan keluarga, teman sebaya dan bagaimana perawat pada umumnya. (Septiningsih, 2016)

g. Pola – pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi

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

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

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

3) Pola Aktifitas atau Latihan

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

4) Pola Eliminasi

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

5) Pola tidur dan Istirahat

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

6) Pola persepsi dan konsep diri

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

7) Pola sensori dan Kognitif

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

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

Q (Quality) : Bagaimana kualitas nyerinya

R (Region) : arah penjalaran nyeri

S (Scale) : Skala nyeri antara 1- 10

T (Time) : Lamanya nyeri yang dirasakan pasien seperti hilang timbul. (Soares, 2013) :

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

8) Pola Reproduksi seksual

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

9) Pola hubungan peran

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

10) Pola Penanggulangan stress

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

11) Pola nilai dan Kepercayaan

Pasien tetap berusaha dan berdoa agar penyakit yang sedang dialami segera sembuh. (Handerson, M.A, "Ilmu

Bedah Untuk Perawat “. Yayasan Egsensia Medika
Yogyakarta, 1991). (Septiningsih, 2016)

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

- a) Kien biasanya keadaanya lemah
- b) Kesadarannya Compos metis
- c) Adanya rasa nyeri

2) Kepala

a) Rambut

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

b) Mata

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

c) Telinga

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

d) Hidung

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

e) Mulut

Mulut bersih dan baik, dan juga mukosa bibir kering.

3) Leher

Pasien dengan batu ginjal tidak adanya gangguan kelenjar tiroid.

4) Thorak

a) Paru – Paru

Inspeksi : Pasien dengan nefrolitiasis untuk dadanya terlihat simetris kanan kiri

Palpasi : Pada pasien saat dilakukan palpasi tidak teraba massa.

Perkusi : Pasien saat dilakukan perkusi diatas lapang paru bunyinya normal

Auskulturasi : Pasien nafasnya normal.

1) Jantung

Inspeksi : Pasien dengan batu ginjal icus cordis tidak dapat terlihat

Palpasi : Pascin dengan batu ginjal icus kordisnyatidak teraba.

Perkuasi : Bunyi jantung normal

Auskultuasi : Reguler tidak adanya suara tambahan.

b) Abdoemen

Inspeksi : Perut tidak tampak membesar atau menonjol,

Auskulturasi ; Peristaltik normal

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : suara abdomennya normal atau timpani

c) Ekstermitas

Pasien dengan batu ginjal atau nefrolitiasis biasanya keadaanya ekstermitasnya normal.

d) Genetelia

Pasien dengan batu ginjal tidak mengalami gangguan pada genetalianya.

i. Data Penunjang

1) Urin lengkap dan darah lengkap

2) Peningkatan bilirubin terkonjugasi yang disebabkan oleh obstruksi

3) Pemeriksaan IVP

4) Farmakoterapi : yaitu dikaji obat apa yang diprogramkan untuk penderita batu ginjal. (Septiningsih, 2016)

3. Analisa Data

Analisa data merupakan proses kegiatan terakhir dari tahap pengkajian setelah dilakukannya pengumpulan data dan juga validasi data dengan cara mengidentifikasi suatu pola atau masalah

yang mengalami gangguan dimulai dari pengkajian sampai dengan pola fungsi kesehatan. (Nengsi, 2018)

4. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul

Keperawatan Diagnosis merupakan proses menganalisis informasi subjektif serta informasi objektif yang telah diperoleh pada sesi pengkajian buat bisa menegakkan suatu masalah diagnose keperawatan . Diagnosa keperawatan sendiri mengaitkan beberapa kompleks tentang informasi yang telah dikumpulkan dari pasien, keluarga, rekam medik, serta pula pemberi layanan kesehatan lainnya. Ada satu hal yang bisa dilakukan, dan itu adalah;

- 1) Manganalisis dan menginterprestasi data
- 2) Pengenalan masalah pasien
- 3) Merumuskan masalah diagnosa keperawatan
- 4) Pengarsipan diagnosis keperawatan.

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

1. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik (D.0077)
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055)

3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi (D. 0111).
4. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan iritasi kandung kemih (D.0040)
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0019)
6. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)
7. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)
8. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)
(Nengsi, 2018)

5. Intervensi/ Rencana Tindakan

Tabel 2.1 Intervensi/ Rencana Tindakan

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

No	Dx Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama maka diharapkan nyeri dapat menurun dengan Kriteria Hasil : a) Nyeri menurun	Manajemen Nyeri : Observasi : a) Identifikasi karakteristik lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b) Identifikasi skala nyeri c) Mengidentifikasi dan

		<p>b) Meringis menurun</p> <p>c) Rasa gelisah menurun</p> <p>d) Sulit tidur menurun</p>	<p>mengukur faktor – faktor yang mempengaruhi nyeri</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (missal, kompres air hangat, terapi musik)</p> <p>b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <p>a) Jelaskan penyebab pemicu dan penyebab nyeri</p> <p>b) jelaskan cara untuk meredakan nyeri</p> <p>c) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a) Kolaborasi pemberian analgetik</p>
2.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D. 0055)</p>	<p>Setelah dilakukan perawatan selama maka diharapkan klien dapat tidur dengan cukup dengan criteria hasil :</p> <p>a) sulit tidur menurun</p>	<p>Dukungan Tidur :</p> <p>Observasi :</p> <p>a) Identifikasi pola tidur dan aktivitas</p> <p>b) Identifikasi faktor gangguan tidur</p>

		<p>b) keluhan selalu terjaga menurun</p> <p>c) keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>c) identifikasi makanan dan minuman yang rngganggu tidur</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Ikuti langkah – langkah untuk meningkatkan kenyamanan misal : pijat, penganturan posisi)</p> <p>b) Patuhi jadwal tidur yang teratur</p> <p>Edukasi</p> <p>a) tekankan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>b) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.</p>
3.	<p>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi (D.0111)</p>	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan selama diharapkan tingkat pengetahuannya meningkat sesuai dengan kriteria sebagai berikut:</p> <p>a)Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat</p> <p>b) Perilaku yang sama dengan pengetahuan yang sama</p>	<p>Edukasi Kesehatan :</p> <p>Observasi</p> <p>a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>b) Identifikasi faktor – faktor yang dapat membantu meningkatkan dan mempertahankan motivasi perilaku hidup sehat, bersih, dan bahagia</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a) Bagikan materi dan</p>

		<p>c) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</p>	<p>media kesehatan</p> <p>b) Jadwalkan kesehatan pendidikan sesuai kesepakatan</p> <p>c) Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi:</p> <p>a) Ajarkan resiko yang akan mempengaruhi kesehatan.</p> <p>b) Ajarkan hidup bersih dan sehat</p> <p>c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
4	<p>Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan iritasi kandung kemih (D.0040)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan eliminasi urine membaik.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Eliminasi urine L.04034</p> <p>a. Desakan berkemih menurun</p> <p>b. Berkemih tidak tuntas menurun</p> <p>c. Urine menetes (dribbling)</p>	<p>Manajemen eliminasi urine I.04152</p> <p>Observasi :</p> <p>a. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine</p> <p>b. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine</p> <p>c. Monitor eliminasi urine (frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</p> <p>Terapeutik :</p>

		<p>menurun</p> <p>d. Frekuensi BAK membaik</p>	<p>a. Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih</p> <p>b. Batasi asupan cairan, jika perlu</p> <p>c. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih</p> <p>b. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine</p> <p>c. Ajarkan mengambil spesimen urine midstream</p> <p>d. Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih</p> <p>e. Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan</p> <p>f. Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>g. Anjurkan mengurangi minum</p>
--	--	--	---

			menjelang tidur Kolaborasi : a. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu
5	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan D.0019	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan nstatus nutrisi membaik. Kriteria hasil : Staus nutrisi L.06053 a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat b. Nyeri abdomen menurun c. Berat badan membaik d. IMT membaik e. Frekuensi makan membaik f. Nafsu makan membaik g. Bising usus membaik h. Membran mukosa membaik	Manajemen nutrisi I.03119 Observasi : a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. Identifikasi makanan yang disukai d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik f. Monitor asupan makanan g. Monitor berat badan h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu b. Fasilitasi menentukan pedoman diet (piramida makanan)

		<p>c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>d. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>f. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>g. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika supan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>b. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (peredaya nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis</p>
--	--	--

			nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
6	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi D.0129	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ...</p> <p>Diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Integritas kulit dan jaringan L.14125</p> <p>a. Kerusakan jaringan menurun</p> <p>b. Kerusakan lapisan kulit menurun</p> <p>c. Nyeri menurun</p> <p>d. Hematoma menurun</p> <p>e. Kemerahan menurun</p>	<p>Dukungan mobilisasi I. 05173</p> <p>Observasi :</p> <p>a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)</p> <p>b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>c. Libatkan keluarga membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi</p> <p>b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur</p>

			ke kursi)
7	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri D.0054	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat. Kriteria hasil : Mobilitas fisik L.05042 a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Nyeri menurun d. Kecemasan menurun e. Gerakan terbatas menurun	Perawatan luka I. 05173 Observasi : a. Monitor karakteristik luka b. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik : a. Lakukan perawatan luka Edukasi : a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi : a. Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu b. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
8	Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif D.0142	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan tingkat infeksi menurun. Kriteria hasil : Tingkat infeksi L.14137 a. Kebersihan tangan meningkat b. Kebersihan badan	Pencegahan infeksi I. 14539 Observasi : Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik : a. Batasi jumlah pengunjung b. Cuci tangan sebelum dan

		<p>meningkat</p> <p>c. Kemerahan menurun</p> <p>d. Nyeri menurun</p>	<p>sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>c. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>c. Ajarkan etika batuk</p> <p>d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
--	--	--	---

6. Implementasi Keperawatan

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

- 1) Melakukan sebuah pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi sebuah masalah baru
- 2) Melaksanakan penyuluhan untuk membantu pasien mendapat pengetahuan baru tentang kesehatan
- 3) Membantu pasien untuk dapat mengambil keputusan tentang keperawatan dirinya sendiri
- 4) Konsultasi
- 5) Memberikan tindakan keperawatan yang spesifik untuk meredakan rasa sakit
- 6) Membantu pasien dalam melakukan aktivitasnya. (Nengsi, 2018)

7. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Aspiani, 2015).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Pengkajian

1. Biodata

a. Biodata pasien

Nama	: Tn. D
Umur	: 53 tahun
Alamat	: Kp. Cipayung Sari, 04/03, Cibatu Purwakarta
Jenis kelamin	: Laki-laki
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Wiraswasta
Agama	: Islam
Ruang Rawat	: Edelwiees
Tanggal Masuk RS	: 28 Mei 2022
Tanggal Pengkajian	: 31 Mei 2022
No Rekam Medik	: 00.40.44.96
Diagnosa Medis	: Post Operasi Nefrolithiasis

b. Biodata Penanggung Jawab

Nama : Tn. A
Umur : 35 tahun
Alamat : Kp. Cipayung Sari, 04/03, Cibatu,
Purwakarta
Jenis kelamin : Laki-laki
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Wiraswasta
Agama : Islam
Hubungan Dengan Pasien : Anak Kandung Pasien

2. Riwayat Kesehatan**a. Keluhan Utama**

Pasien mengatakan nyeri pada perut sampai ke pinggang di sebelah kiri pada luka post operasi

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dikaji terdapat luka tertutup perban pada bagian perut sampai ke pinggang sebelah kiri, pasien mengatakan nyeri pinggang sebelah kiri, nyeri pinggang dirasakan ketika badan digerakan, nyeri dirasakan secara terus menerus seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 4 (0-10), nyeri hilang setelah meminum obat, pasien post op nefrolitiasis hari ke-1 (POD-1), pasien tampak meringis dan gelisah.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Sebelum di operasi pasien mengalami sulit BAK, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit batu ginjal, keluarga pasien menegaskan hanya pasien yang mengalami penyakit batu ginjal,

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit batu ginjal, tidak memiliki riwayat penyakit menular dan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan.

3. Pemeriksaan fisik umum

a. Keadaan umum

Kesadaran : Compos Mentis

Glasgow Coma Scale (GCS) : E, 4. V, 5. M, 6

Penampilan : lemas

Pemeriksaan tanda-tanda vital :

- TD : 120/80 mmHg

- Respirasi : 21x / menit

- Nadi : 70x / menit

- Suhu : 36,6 °C

- SpO² : 98 %

b. Pengkajian persistem

1) Sistem kardiovaskuler

Bentuk dada simetris antara kiri dan kanan, tidak ada peningkatan JVP, nadi 70x/ menit irama jantung regular, bunyi jantung normal, tekanan darah 120/80 mmHg, CRT < 3 detik.

2) Sistem pernafasan

Hidung : lubang hidung simetris antara lubang kiri dan kanan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tampak bersih, penciuman baik pasien bisa mencium bau ayu putih, tidak ada nyeri tekan pada hidung.

Paru-paru : bunyi paru-paru sonor, bunyi nafas vaskuler, irama teratur frekuensi 21x/ menit

3) Sistem integumen

Kulit klien warna sawo matang, integritas kulit baik, tampak luka jahitan di bagian perut sebelah kiri sampai pinggang, luka tertutup verban, kondisi balutan luka kering, tidak ada oedema, kuku tampak kotor dan panjang, dan tidak terdapat lesi disekitar kuku.

4) Sistem perkemihan

Pasien terpasang kateter dengan jumlah urine 500 cc dari 2000 cc dalam 24 jam, warna urine klien kuning jernih.

5) System muskuloseletal

Ekstermitas atas: Letak tangan simetris antara kanan dan kiri, reflekbisep (+), tidak terdapat nyeri tekan di ekstermitas atas pasien, terpasang infus di tangan sebelah kanan.

Ekstermitas bawah: Letak simetris antara kanan dan kiri, refleks patela (+), tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat oedema di ekstermitas bawah, kekuatan otot normal.

5	5
5	5

6) System endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

7) System pencernaan

Mukosa bibir kering, keadaan bibir bersih, warna bibir kecoklatan, gigi tampak kekuningan dan sudah tidak lengkap, fungsi menelan baik, fungsi pengecapan baik.

Abdomen:

Inspeksi: bentuk abdomen cembung, terdapat luka post operasi tertutup kasa, tampak terpasang selang drainase di perut sebelah kiri terdapat sedikit darah di selang drainase, darah berwarna sedikit kecoklatan.

Auskultasi: bising usus 18 x/menit

Perkusi : tympani

Palpasi : terdapat nyeri tekan di perut bagian kiri pos

Operasi

8) System neurologi

a) Nervus I (olfactorius)

Pasien dapat mencium bau minyak kayu putih

b) Nervus II (opticus)

Pasien dapat melihat dengan baik, terbukti bisa membedakan benda disekitarnya, dan membaca jarak jauh sejauh 1-2 meter

c) Nervus III (oculomotorius)

Pasien dapat menggerakkan bola mata ke kanan ke sisi pupil isokor.

d) Nervus IV (trochlearis)

Pasien dapat menggerakkan bola matanya ke atas ke bawah

e) Nervus V (trigeminalis)

Pasien dapat menggerakkan bola matanya ke samping kiri kanan

f) Nervus VI (abducens)

sensorik kulit wajah klien baik dapat merasakan gesekan, gesekan kapas ke pipi kanan dan kiri

g) Nervus VII (facialis)

Klien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi.

h) Nervus VIII (vestibulocochlear)

Fungsi keseimbangan klien terbatas karena luka post operasi terpasang kateter dan terpasang selang drainase di perut sebelah kiri

i) Nervus X (glosopharingeus)

Repleks menelan baik

j) Nervus XI (accessorius)

Klien dapat mengerakan kedua bahunya dengan cara menggerakannya

k) Nervus XII (hipoloses)

Klien dapat berbicara baik, fungsi lidah baik, dapat di gerakan ke segala arah

4. Aspek Biologis/ Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.1 / Pola aktivitas sehari-hari

No	Aktivitas	Sebelum Sakit	Saat sakit
1.	Pola Nutrisi		
	a. Makan	Jenis makanan nasi, lauk pauk dan sayuran, 3x sehari, dengan porsi habis, di lakukan secara mandiri	Bubur/nasi tim, 3x sehari, dengan 1 porsi habis, di bantu oleh keluarga
	b. Minum	Air putih +- 6-7 gelas/ hari, kopi 2-3 gelas/ hari dilakukan secara mandiri	Air putih +- 4-5 gelas/hari, dibantu orang lain
	Keluhan:	Tidak ada	Tidak ada

2.	Pola Eliminasi a. BAB b. BAK Keluhan:	2x sehari, dengan konsistensi padat, warna kuning kecoklatan, bauk has feces +- 5-6x Sehari Tidak ada	Klien mengeluh sulit BAB Menggunakan kateter Sulit BAB
3.	Personal Hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Gunting kuku e. Ganti pakaian Keluhan:	2x sehari, mandiri 2x sehari, mandiri 4x dalam satu minggu 1x dalam satu minggu 2x sehari, mandiri Tidak ada	Di lap saja 1x sehari, dibantu keluarga Tidak keramas Tidak gunting kuku 1x sehari, dibantu keluarga Sakit jika bergerak, sehingga perlu bantuan keluarga (aktivitas dibantu)
4.	Pola istirahat tidur a. Tidur Siang b. Tidur Malam c. Kualitas Tidur Keluhan:	+- 2-3 jam (tidur siang hanya di hari libur kerja) +- 7-8 jam Nyenyak Tidak ada	+- 1-2 jam +- 4-5 jam Tidak nyenyak/ sering terbangun Nyeri akibat post

			operasi menyebabkan pasien sulit tidur dan sering terbangun
--	--	--	---

5. Pengkajian Psikososial Dan Spiritual

a. Psikologi

Pasien dapat mengekspresikan perasannya dan merasa cemas sebelum operasi di lakukan, klien tampak lega setelah dilakukan operasi dan ingin cepat sembuh dan ingin segera bekerja, status emosi pasien baik karna pasien tampak sabar dan kooperatif pada saat dilakukan pengkajian.

b. Hubungan sosial

Pasien mengatakan sering ikut serta bersama masyarakat untuk saling gotong royong, pasien juga memiliki banyak teman baik di lingkungan masyarakat maupun di lingkungan pekerjaannya.

c. Spiritual

Pasien mengatakan dirinya menganut agama islam, sering mengikuti pengajian rutin dan sesekali sering melaksanakan solat di masjid, saat ini pasien mengalami kesulitan untuk melakukan ibadah solat namun saat ini pasien melakukan ibadah solat dengan berbaring di tempat tidur.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium

Nama Pasien : Tn. D Intansi : IRJ/Urologi

Tanggal lahir : 27 Juli 1968 No RM : 00.40.44.96

Usia : 53 tahun Jenis kelamin : Laki-laki

Tanggal Order : 28 Mei 2022 Tanggal Hasil : 28 Mei 2022

Tabel 3.2 / Pemeriksaan penunjang

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Ket
<u>HEMATOLOGI:</u>				
1. Hemoglobin	14,1	g/dl	14,0 - 17,5	normal
2. Hematokrit	42,4	%	36 – 47	normal
3. Leukosit	6,9	10 ³ /uL	4,4 – 11,3	normal
4. Eritrosit	4,58	10 ⁶ /uL	4 – 5,2	normal
5. Trombosit	307	10 ³ /uL	136 – 380	normal
6. MCU	93	Um ³	78 - 95	normal
7. MCH	30,7	pg	26 – 32	normal
8. MCHC	33,2	g/dL	32 – 36	normal
9. Waktu pembekuan	13'00	menit	9 – 15	normal
10. Waktu perdarahan	3'00	menit	1 – 6	normal
<u>IMUNO SEROLOGI:</u>				
11. HBs Ag Rapid	Non Reaktif	--	Non Reaktif	
<u>KIMIA:</u>				
12. Gula darah sewaktu	99	mg/dL	< 140	normal
13. Urium	34	mg/dL	10 – 50	normal

14. Creatinine	1,11	mg/dL	0,6 – 1,2	normal
15. Natrium	1,45	mg/dL	135 – 145	normal
16. Calsium	3,9	mg/dL	3,5 – 5,5	normal
17. Clorida	99	mg/dL	96 - 106	normal

7. Terapi Obat Yang Diberikan

Tabel 3.3 / Terapi Obat



No	Hari/Tanggal	Nama Obat	Dosis Yang diberikan	Fungsi
1.	Senin 31 Mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Oxtercid • Keren • Omeprazole • Kalnex • Infus Futrolit 	<p>3x1 750 mg/vial</p> <p>2x1 25 mg</p> <p>1x1 40 mg</p> <p>3x1 100 mg</p> <p>500 ml (20 tpm)</p>	<p>Antibiotik</p> <p>Anti inflamasi</p> <p>Asam lambung</p> <p>Tranexamic acid</p>

8. Analisa Data

Tabel 3.4 / Analisa data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1	<p>Ds:</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang sebelah kiri</p> <p>Q: Pasien mengeluh nyeri seperti luka tertusuk</p> <p>R: nyeri pada perut kiri menjalar ke pinggang</p>	<p>Faktor genetik, makanan, minuman, aktivitas sehari-hari</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terjadinya</p>	<p>D.0077</p> <p>Nyeri akut</p>

	<p>S: skala nyeri 4</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis kesakitan • Pasien tampak gelisah • Ttv : <ul style="list-style-type: none"> - TD: 120/80 mmHg - Rr : 21x / menit - N : 70x / menit - S : 36,6 °C - Spo²: 98 % • tampak luka post operasi di perut sampai pinggang sebelah kiri yang tertutup kasa (POD-1) • kasa tampak kering 	<p>pengendapan mineral</p> <p>menjadi kristal</p> <p>↓</p> <p>Batu ginjal</p> <p>↓</p> <p>Tindakan operasi</p> <p>↓</p> <p>Adanya luka insisi bedah</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	
2	<p>Ds: Pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena nyeri post operasi mengakibatkan sakit ketika digerakan</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemas • Pasien terpasang selang drainase di perut sebelah kiri • Aktivitas dibantu 	<p>Post operasi</p> <p>↓</p> <p>Adanya luka insisi</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>D.0054</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>
3	<p>Ds : Pasien mengatakan sulit</p>	<p>Post operasi</p>	<p>D.0055</p>

<p>tidur karna nyeri pada luka post operasi yang membuatnya sering terbangun di malam hari karna rasa sakit yang hilang timbul</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak gelisah • Pasien tampak terbaring lemah ditempat tidur 	 Nyeri akut  Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur
---	---	---------------------

9. Diagnosa Keperawatan

Tanggal pengkajian: 31 mei 2022

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

Ds: P: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang sebelah kiri

Q: Pasien mengeluh nyeri seperti luka tertusuk

R: nyeri pada perut kiri menjalar ke pinggang

S: skala nyeri 4 dari (0-10)

T: nyeri hilang timbul

Do: Pasien tampak meringis kesakitan

Pasien tampak gelisah

Pemeriksaan Ttv :

- TD: 120/80 mmHg

- Rr : 21x / menit

- N : 70x / menit

- S : 36,6 °C

- Spo²: 98 %

Tampak luka post operasi di perut sampai pinggang sebelah kiri yang tertutup kasa (POD-1)

Kassa tampak kering

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya luka post operasi (D.0054)

Ds: Pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena nyeri post operasi mengakibatkan sakit ketika digerakan

Do: Pasien tampak lemas

Pasien terpasang selang drainase di perut sebelah kiri

Pasien tampak meringis kesakitan

Aktivitas dibantu

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi (D.0055)

Ds : Pasien mengatakan sulit tidur karna nyeri pada luka post operasi yang membuatnya sering terbangun di malam hari karna rasa sakit yang hilang timbul

Do: Pasien tampak gelisah

Pasien meminta obat tidur

Pasien tampak terbaring lemah ditempat tidur.

10. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2x8 jam Diharapkan nyeri pasien berkurang atau menurun. Kriteria hasil : Tingkat nyeri L.08066 a. Keluhan nyeri menurun	Manajemen nyeri I. 08238 Observasi : a. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan

		<p>b. Meringis menurun</p> <p>c. Sikap protektif menurun</p> <p>d. Gelisah menurun</p> <p>e. Kesulitan tidur menurun</p> <p>f. Frekuensi nadi membaik</p> <p>g. Pola nafas membaik</p> <p>h. Tekanan darah membaik</p> <p>i. Pola tidur membaik</p>	<p>memperingan nyeri</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>f. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>g. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi</p>
--	--	---	---

			<p>meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d adanya luka post operasi (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2x8 jam Diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat.</p>	<p>Dukungan mobilisasi I. 05173</p> <p>Observasi :</p> <p>a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>b. Identifikasi toleransi</p>

		<p>Kriteria hasil :</p> <p>Mobilitas fisik L.05042</p> <p>a. Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot meningkat</p> <p>c. Nyeri menurun</p> <p>d. Kecemasan menurun</p> <p>e. Gerakan terbatas menurun</p>	<p>fisik melakukan pergerakan</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)</p> <p>b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>c. Libatkan keluarga membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi</p> <p>b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
--	--	--	--

3.	Gangguan pola tidur b.d nyeri post operasi (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan nyeri teratasi dan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : a.keluhan sulit tidur teratasi b.keluhan sering terjaga di malam hari teratasi	Observasi: a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur b. jelaskan pentingnya tidur selama sakit c. anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur d. ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam untuk meredakan nyeri sebelum tidur Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • modifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) • batasi waktu tidur siang jika perlu • fasilitasi menghilangkan
----	---	---	--

			<p>strees sebelum tidur</p> <ul style="list-style-type: none">• tetapkan jadwal tidur yang teratur• lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresure)• sesuaikan jadwal pemberian obat dan Tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none">• jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit• anjurkan menepati kebiasaan waktu
--	--	--	---

			<p>tidur</p> <ul style="list-style-type: none">• anjurkan menghindari makanan/minuman yang memungkinkan mengganggu tidur• anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap REM• ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misalnya: psikologis: gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • ajarkan tehnik distraksi dan relaksasi.
--	--	--	---

11. Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi

Tabel 3.6 / Implementasi Keperawatan

Dx Kep	Hari/Tanggal	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
I	Selasa 31 Mei 2022 15.20	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi karakteristik dan kualitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengkaji tingkat nyeri - Observasi keadaan umum 	<p>Ds:</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang sebelah kiri</p> <p>Q: Pasien mengeluh nyeri seperti luka tertusuk</p> <p>R: nyeri pada perut kiri menjalar ke pinggang</p> <p>S: dengan skala nyeri 4</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak

I	<p>Selasa 31 Mei 2022 18.00</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (nafas dalam) - Melakukan kolaborasi pemberian analgetik - Melakukan kolaborasi pemberian antibiotic 	<p>meringis kesakitan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak gelisah • Keadaan umum : Compos mentis • Ttv : <ul style="list-style-type: none"> - TD: 120/80 mmHg - Rr : 21x / menit - N : 70x / menit - S : 36,6 °C - Spo²: 98 % <p>O : Masalah Belum Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan
---	---	--	---

			<p>paham cara mengatasi nyeri dengan tehnik nafas dalam</p> <p>- Pasien tampak melakukan tehnik nafas dalam</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ttv :<ul style="list-style-type: none">- TD: 124/78 mmHg- Rr : 23x / menit- N : 84x / menit- S : 36,4 °C- Spo²: 99 %• Klien tampak meringis kesakitan saat di berikan obat analgetik dan
--	--	--	---

			<p>antibiotic</p> <p>O : Masalah Belum Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
II	<p>Selasa</p> <p>31 Mei 2022</p> <p>15.28</p>	<p>- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan</p> <p>- anjurkan klien untuk miring kiri- miring kanan</p> <p>- anjurkan pasien untuk mobilisasi duduk</p> <p>- mengajarkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi dan distraksi pada saat bergerak</p> <p>- melibatkan keluarga untuk membantu klien mobilisasi</p>	<p>Ds: Pasien mengatakan sulit untuk bergerak karena nyeri post operasi mengakibatkan sakit ketika digerakan</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemas • Pasien terpasang selang drainase di perut sebelah kiri • Pasien tampak meringis kesakitan • Pasien tampak sudah mulai bergerak miring

			<p>kiri-miring</p> <p>kanan</p> <p>O : Masalah Belum Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
III	<p>Selasa</p> <p>31 Mei 2022</p> <p>20.18</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mengkaji tingkat nyeri - anjurkan pasien untuk istirahat dan berdoa - ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam untuk meredakan nyeri sebelum tidur - berkolaborasi pemberian obat sesuai advis 	<p>Ds :</p> <p>Pasien mengatakan sulit tidur karna nyeri pada luka post operasi yang membuatnya sering terbangun di malam hari karna rasa sakit yang hilang timbul</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien meminta obat tidur - Pasien tampak terbaring lemah ditempat tidur.

			<p>S: dengan skala nyeri 4 (0-10)</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis kesakitan • Pasien tampak gelisah • Keadaan umum : Compos mentis <p>A : Masalah belum Teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>I : - Mengkaji skala nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji faktor yang memperingan dan memperberat nyeri - Ajarkan tehnik relaksasi <p>E : klien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam</p>	
2.	Rabu 01 Juni 2022 09.40	Gangguan mobilitas fisik b.d adanya luka post	Ds: Pasien mengatakan sudah mencoba untuk bergerak namun masih terasa nyeri luka post operasi mengakibatkan	Triska SH

		<p>operasi (D.0054)</p>	<p>sakit ketika digerakan</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemas • Sudah tidak terpasang selang drainase di perut sebelah kiri • Pasien tampak meringis kesakitan • Pasien tampak sudah melakukan mobilisasi miring kiri-miring kanan di bantu oleh keluarga <p>O : Masalah Belum Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>I : - membantu pasien mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji ulang tingkat nyeri - Melibatkan keluarga untuk membantu mobilisasi <p>E : pasien mengatakan sudah bisa bergerak perlahan ketika</p>	
--	--	-----------------------------	--	--

			selang drainase dilepaskan	
3.	Rabu 01 Juni 2022 09.50	Gangguan pola tidur b.d nyeri post operasi (D.0055)	<p>Ds : pasien mengatakan sulit tidur karna nyeri post oprasi</p> <p>Do : - pasien tampak Lelah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah karena sulit tidur - Nyeri yang dirasakan pasien hilang timbul <p>A : Masalh belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>I : - mengkaji pola istirahat pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengatur posisi yang nyaman - Menganjurkan keluarga pasien untuk membatasi orang yang menjenguk di waktu pasien istirahat agar lebih tenang <p>E : pasien mengatakan sudah merasa nyaman dengan posisi yang di anjurkan</p>	Triska SH

1.	<p>Kamis 02 Juni 2022 08.43</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)</p>	<p>Ds: pasien mengatakan nyeuri hilang timbul</p> <p>Do : - pasien tampak sedikit lebih tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeuri berkurang 3 (0-10) - Td : 122/74 mmHg - N : 70X/menit - R: 21x/menit - S : 36,6°c - Spo2 : 98% <p>A: masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>I : - ajarkan dan aplikasikan relaksasi napas dalam pada saat nyeuri di rasakan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik distraksi - Kolaborasi pemberian obat analgetik sesuai advis dokter <p>E : pasien mengatakan nyeri berkurang setelah</p>	
----	---	---	---	--

			mengaplikasikan tehnik relasasi	
2.	Kamis 02 juni 2022 09:55	Gangguan mobilitas fisik b.d adanya luka post operasi (D.0054)	<p>Ds : pasien mengatakan sudah mengatakan bermobilisasi seperti miring kiri miring kanan duduk di tempat tidur</p> <p>Do : - pasien tampak terlihat duduk di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien bisa melakukan mobilisasi miring kanan miring kiri tanpa di bantu <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : hentikan intervensi</p> <p>I : - anjurkan keluarga untuk selalu memdampingi pasien saat bermobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meskipun masalah teratasi Sebagian pasien harus tetap latihan bermobilisasi <p>E : pasien mengatakan sudah mengerti yang di sampaikan perawat</p>	Triska SH

3.	Kamis 02 juni 2022 10:05	Gangguan pola tidur b.d nyeri (D.0055)	<p>Ds : pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri masih di rasakan</p> <p>Do : - pasien tampak lelah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri yang di rasakan pasien hilang timbul pasien tampak gelisah <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>I : anjurkan pasien untuk mengatur posisi tidur yang nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk banyak berdoa sebelum tidur - Kolaborasi pemberian obat analgetic sesuai advis dokter <p>E : pasien mengatakan sedikit lebih tenang setelah mengatur posisi yang nyaman</p>	Triska SH
1.	Jumat 03 Juni 2022	Nyeri akut b.d agen	S: Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang	Triska SH

	10.25	pencedera fisik (D.0077)	<p>O: - Klien tampak tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan pasien masih lemas - Pasien tampak duduk di tempat tidur - Skala nyeri : 2 (0-10) - Td: 100/67 mmhg - N: 81 x/menit - R: 21 x/menit - Spo²: 96% - S: 36,4 °c <p>A: Teratasi Sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>I: - kolaborasi pemberian obat analgetik</p> <p>E: nyeri yang di rasakan pasien sudah mulai berkurang</p>	
2.		Gangguan pola tidur b.d nyeri (D.0055)	<p>S: pasien mengatakan sudah bisa tidur dimalam hari tetapi kurang nyaman. Pasien mengatakan tertidur dari pukul 23.00 sampai subuh</p> <p>O: - pasien tampak lemas</p>	Triska SH

			- pasien tampak segar A: teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi	
--	--	--	--	--

Keterangan : Pasien pulang dengan acc dokter pada hari,tanggal: Jumat, 03 juni
2022 pada pukul 15:00 WIB

B. PEMBAHASAN

Pada BAB ini, penulis akan membahas tentang masalah yang di dapatkan selama melakukan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan gangguan system perkemihan: post operasi nefrolithiasis di ruangan Edelwiwees RSUD Bayu Asih Purwakarta. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dengan keadaan lapangan, serta faktor yang mendukung dan menghambat selama pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan : post operasi nephrolithiasis. Adapun dalam pembahasan penulis membagi 5 tahap yaitu, pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Tahap pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, dimana penulis melakukan suatu pendekatan terlebih dahulu kepada pasien dan keluarga untuk menjelaskan maksud dan tujuan dilakukannya asuhan keperawatan pada pasien, selanjutnya pengkajian dilanjutkan dengan cara sistematis dan kegiatannya meliputi pengumpulan data, menganalisis data yang terkumpul, dan Menyusun diagnose keperawatan yang merupakan permasalahan pasien yang actual maupun potensial dan membutuhkan perawatan secara medis, yang dilaksanakan wawancara langsung pada pasien dan keluarga pasien untuk memperoleh data subjektif dan pemeriksaan fisik untuk data yang lebih objektif.

Adapun data yang menyimpang yaitu pasien mengeluh nyeri akibat Tindakan pembedahan nefrolithiasis sehingga terdapat sayatan dengan mengalami sel atau jaringan rusak akibat luka sayatan yang mengakibatkan stimulus reseptor nyeri, data yang menyimpang lainnya yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan adanya luka pembedahan di bagian perut bawah sampai ke pinggang sebelah kiri yang tertutup perban, dan data selanjutnya pasien mengeluh sulit tidur karena nyeri yang di rasakan membuat pasien sulit tidur.

Pada tahap ini ada beberapa hal yang mendukung dalam pengumpulan data yaitu, adanya respon positif dari pasien dan keluarga dan sangat kooperatif dalam memberikan informasi untuk proses pengumpulan data yang berhubungan dengan pasien. Dan juga adanya dukungan dan bimbingan dari perawat ruangan, CI ruangan, dan beberapa ketersediaan waktu yang didapat selama berada di ruangan.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respons klien terhadap suatu masalah kesehatan atau suatu proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas yang berkaitan dengan kesehatan. Berdasarkan pengkajian yang telah

dilakukan penulis untuk asuhan keperawatan pada Tn. D mengenai Nefrolitiasis penulis dapat menegakkan 3 diagnosa yaitu :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan pencedera fisik dibuktikan dengan bekas post op nefrolitiasis (D.0077) Pada tanggal 31 Mei 2022 penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan tersebut karena saat dilakukan pengkajian di dapatkan pasien mengeluh nyeri, pasien terlihat meringis, gelisah, sulit tidur dan berposisi untuk menghindari rasa nyeri. Diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik dapat menjadi sebuah diagnosa prioritas utama karena setelah dilakukan operasi nefrolitotomi akan mengakibatkan rasa nyeri.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya luka post operasi (D.0054) pada saat melakukan pengkajian didapatkan data pasien mengeluh nyeri ketika badan di gerakan dikarenakan nyeri luka post operasi nefrolithiasis terasa sakit seperti tertusuk-tusuk. Gangguan mobilitas fisik yaitu dimana keterbatasan dalam pergerakan fisik dari satu atau ekstermitas secara mandiri. (Tim Pokja SDKI PPNI, 2016). Berdasarkan masalah diatas, penulis berasumsi bahwa jika pasien tidak melakukan mobilisasi dini, maka tidak ada peningkatan pergerakan pada pasien.
- c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan nyeri post operasi (D.0055). Menurut (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017) Gangguan pola tidur merupakan suatu gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur

akibat faktor eksternal. penulis menegakkan diagnosa tersebut dikarenakan pada saat dilakukan pengkajian dengan pasien di dapatkan sebuah data pasien mengeluh sulit tidur, sering terbangun di malam hari. Pasien mengalami gangguan kesulitan tidur karena ada pengaruhnya dari rasa nyeri yang dialaminya sehingga mempengaruhi pola tidur pasien.

Penulis menentukan salah satu diagnosa yang benar-benar menurut penulis sangat diutamakan adalah diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, alasannya mengapa penulis memprioritaskan diagnosa tersebut karena setiap muncul rasa nyeri pasien melakukan tindakan yang pernah diajarkan perawat yaitu melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Dengan melakukan tindakan tersebut pasien merasa meredakan nyerinya. maka dari itu penulis memprioritaskan diagnose tersebut.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah pedoman tertulis untuk melaksanakan Tindakan keperawatan dalam membantu pasien untuk memecahkan masalahserta memenuhi kebutuhan kesehatannya. Kegiatan yang di lakukan adalah membuat prioritas, menentukan tujuan, membuat rencana, melakukan rencana dan mengevaluasi. Oleh karena itu perencanaan yang penulis memutuskan disesuaikan dengan diagnose yang didapatkan pada kasus di lapangan rencana yang akan dilakukan diantaranya :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : Selama 3x8 jam penulis membuat rencana tindakan keperawatan yang meliputi tujuan dan juga kriteria hasil yang sudah sesuai dengan SLKI dan SIKI agar dapat menurunkan skala nyeri yang dialami oleh pasien tidak meringis kesakitan. Penulis menetapkan beberapa intervensi antara lain yaitu :
- 1) monitor ttv.
 - 2) Identifikasi lokasi nyeri rasionalnya yaitu untuk mengetahui lokasi nyeri yang dialami oleh pasien.
 - 3) Kaji skala nyeri, Identifikasi yang mempengaruhi rasa nyeri
 - 4) Ajarkan teknik nonfarmakologi relaksasi dan distraksi
 - 5) Pemberian analgetik ketorolac 3x / 24 jam. Intervensi yang utama untuk menurunkan nyeri berdasarkan buku Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yaitu terdapat pada manajemen nyeri yaitu mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya luka post operasi: Selama 3 x 8 jam penulis membuat rencana tindakan keperawatan yang meliputi tujuan dan juga kriteria hasil yang sudah sesuai dengan SLKI dan SIKI agar pasien dengan gangguan mobilitas fisik dapat meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, kelemahan fisik menurun. Dengan mengidentifikasi adanya nyeri

atau keluhan fisik lainnya, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana (mis. duduk ditempat tidur).

- c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan nyeri post operasi (D.0055). penulis menegakkan diagnosa ini menjadi diagnosa ketiga karena sudah sesuai dengan batasan karakteristik dari buku Standart

Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan juga dipengaruhi oleh nyeri sehingga pasien sulit untuk tidur dan jika orang yang mengalami kesulitan tidur saat sakit dapat menyebabkan muncul gejala penyakit yang lainnya.

Intervensi untuk diagnosa gangguan pola tidur berhubungan nyeri post operasi selama 3x8 jam. Penulis membuat rencana tindakan keperawatan yang meliputi tujuan dan juga kriteria hasil yang sudah sesuai dengan SLKI dan SIKI keluhan sulit tidur pasien menjadi menurun, keluhan sering terbangun di malam hari menurun Penulis menetapkan beberapa intervensi antara lain yaitu:

- 1) Monitor TTV
- 2) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- 3) Identifikasi pengganggu tidur
- 4) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan pasien,

- 5) Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit. Intervensi yang utama untuk diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi

Berdasarkan buku Standart Intervensi Keperawatan Indonesi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) yaitu dukungan tidur yaitu, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, pengaturan posisi atau mengusap-usap, menetapkan jadwal tidur. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan tidur dengan pengaturan posisi bisa dilakukan dengan miring ke kanan atau ke kiri di tempat tidur untuk memberikan rasa nyaman fisik agar dapat menurunkan intensitas nyeri.

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan Tindakan yang telah direncanakan. Implementasi yang dilakukan pada masalah keperawatan yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dari implementasi yang dilakukan oleh penulis lalu penulis mengevaluasi dan menyimpulkan maslaah nyeri akut pada pasien teratasi Sebagian. Masalah keperawatan yang ke-dua adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya luka post operasi dari implementasi yang dilakukan oleh penulis lalu penulis mengevaluasi dan menyimpulkan maslaah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi. Dan masalah keperawatan yang ke-tiga adalah gangguan

pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi implementasi yang dilakukan oleh penulis lalu penulis mengevaluasi dan menyimpulkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Merupakan proses keperawatan yang menentukan keberhasilan rencana keperawatan dalam memecahkan masalah yang ada pada pasien Tn. D dengan post operasi Nefrolithiasis tidak dapat teratasi semua karna ada masalah yang belum selesai tetapi pasien sudah di perbolehkan pulang atas rekomendasi dokter.

Masalah yang belum selesai adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sedangkan masalah keperawatan yang teratasi adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya luka post operasi di buktikan dengan pasien yang sudah bisa bermobilisasi gerak seperti miring kiri miring kanan, dan duduk di tempat tidur tanpa di bantu oleh keluarga, masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi telah teratasi di buktikan dengan pasien mengatakan sudah bisa tertidur di malam hari dengan nyenyak.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Tn.D Dengan Gangguan Sistem Perkemihan: Post Operasi Nefrolithiasis Di Ruang Edelwiees RSUD Bayu Asih Purwakarta” maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Selama melakukan pengkajian pada Tn. D dengan nefrolithiasis penulis menemukan data yaitu telah dilakukan tindakan operasi hari ke 1 hari yang lalu, pasien mengalami nyeri pada bagian perut sampai ke pinggang sebelah kiri bagian bawah dengan skala nyeri 4 (0-10) nyeri seperti tertusuk-tusuk, tampak ada luka operasi tertutup perban di bagian perut sampai ke pinggang sebelah kiri bagian bawah bawah.
2. Penulis dapat mengidentifikasi hasil analisa data yang diperoleh dan menyusun diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. D yaitu yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, yang kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya luka post operasi, dan yang ke-tiga gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi.
3. Penulis dapat mengidentifikasi serta menyusun intervensi dengan menggunakan prinsip SMART untuk masalah yang timbul pada Tn. D dengan Nefrolithiasis di ruang Edelwiees RSUD Bayu Asih purwakarta, penulis menyusun perencanaan tindakan keperawatan

pada masalah nyeri akut intervensi utamanya yaitu bantu pasien untuk menghilangkan rasa nyeri pada luka post operasi nefrolithiasis di perut sampai ke pinggang sebelah kiri dibagian bawah, gangguan mobilitas fisik intervensi utamanya adalah membantu pasien bermobilisasi gerak dan memfasilitasi pasien untuk bermobilisasi gerak misalnya pagar tempat tidur, gangguan pola tidur intervensi utamanya untuk memenuhi kebutuhan istirahat tidur pasien. Intervensi untuk masalah keperawatan yang muncul telah ditetapkan berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sesuai dengan ke-tiga diagnosa yang muncul.

4. Penulis dapat melakukan implementasi keperawatan sesuai rencana yang telah ditetapkan dan Kerjasama yang baik dengan pasien ataupun keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan yang muncul pada Tn. D dengan diagnose medis nefrolithiasis. Implementasi yang dilaksanakan pada ketiga diagnosa tersebut ditetapkan berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).
5. Penulis dapat melakukan evaluasi keperawatan dan Tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Setelah evaluasi, penulis dapat menyimpulkan masalah yang teratasi Sebagian adalah nyeri akut sedangkan masalah yang teratasi adalah gangguan mobilitas fisik dan gangguan pola tidur.

B. Rekomendasi

1. Bagi rumah sakit

Rumah sakit sebagai wadah pelayanan kesehatan diharapkan mampu mempertahankan dan meningkatkan kualitas mutu pada pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup sehat di masyarakat

2. Bagi Perawat

Bagi perawat diharapkan mampu mempertahankan asuhan keperawatan yang telah sesuai dengan standart prosedur yang sudah ada dan dapat mengikuti perkembangan ilmu keperawatan yang terbaru.

3. Bagi institusi pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan dapat memperbanyak kerjasama dengan rumah sakit lain guna untuk meningkatkan dan memajukan proses pembelajaran dan pendidikan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Dedi (2019) ‘Perpustakaan Universitas Sumatera Utara PENGARUH PENGATURAN POSISI MIRING KANAN DAN MIRING KIRI TERHADAP NYERI’, keperawatan medikal bedah. *Available at: <https://library.usu.ac.id>*.
- Ediyanto, A. K. (2019) ‘Studi Kasus: Upaya Penurunan Nyeri pada Klien Post Hemoroidektomi di RSK Ngesti Waluyo Parakan Temanggung’, *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 1(2), p. 32. doi: 10.32584/jikmb.v1i2.189.
- Farrell, T. and Kruger, R. (2015) ‘jurnal ilmu keperawatan Abdominal pain.’, *Australian family physician*, 17(6), p. 467.
- Fauzi, A. and Putra, M. M. A. (2016) ‘Nefrolitiasis’, *Majority*, 5(2), pp. 69–73.
- Fikriani, H. and Wardhana (2018) ‘Alternatif Pengobatan Batu Ginjal Dengan Seledri’, 16, pp. 531–539.
- Fitri, M., Trisyani, M. and Maryati, I. (2017) ‘Hubungan Intensitas Nyeri Luka Sectio Caesarea Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Post Partum Hari Ke-2 Di Ruang Rawat Inap Rsud Sumedang’, *Milla Fitri Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran (Jl. Raya Bandung – Sumedang KM, 21, pp. 1–14.*
- Hasanah, U. (2016) ‘Mengenal Penyakit Batu Ginjal’, *Jurnal Keluarga Sehat Sejahtera*, 14(28), pp. 76–85. *Available at: <https://jurnal.unimed.ac.id/2012/index.php/jkss/article/view/4698/4129>*.
- Hidayat, L. (2017)’, *Penerapan Embellishment Sebagai Unsur Dekoratif Pada Busana Modestwear*, d(2017), pp. 1–15.
- IHSANIAH, H. I. (2020) ‘ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA KASUS NEFROLITIASIS DENGAN TINDAKAN NEFROLITOTOMI DI INSTALASI BEDAH SENTRAL RSUD JENDRAL AHMAD YANI METRO’, pp. 1–5.
- Nengsi, Y. F. (2018) ‘Nefrolitiasis’, pp. 1–104.
- Nur Intan Hayati HK (2014) ‘Pengaruh Tehnik Distraksi Dan Relaksasi

Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Rumah Sakit Immanuel Bandung', Karya Ilmiah Stikes Indramayu, 8(26), pp. 1–26.

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

Septiningsih, H. (2016) 'jurnal nefrolitiasis hasil penelitian'.

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

Tim Pokja SDKI PPNI (2017) Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia. Ke 1 Cetak. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

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

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

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

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



LEMBAR BIMBINGAN




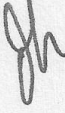
Nama : Triska Siti Hardianti


NIM : KHGA 19043

Pembimbing : Devi Ratnasari, M. Kep.

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. D Dengan Gangguan
Sistem Perkemihan: Post Operasi Nefrolithiasis Di
Ruang Edelwices RSUD Bayu Asih Purwakarta

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran pembimbing	Paraf Pembimbing
1	04 juli 2022	BAB I	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki latar belakang • Perbaiki sistematika penulisan 	
2	08 Juli 2022	BAB I BAB II	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki latar belakang • Perbaiki sistematika penulisan • Lengkapi pathway dan Analisa data 	

3.	11 Juli 2022	BAB I	<ul style="list-style-type: none"> • ACC BAB I • Tambahkan Abstrak 	
4	13 Juli 2022	BAB II	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki tulisan dan redaksi kalimat • Perbaiki penulisan dan tambahkan sumber kutipan • Pathway di buat sesuai patofisiologi • Abstrak dibuat singkat dan jelas 	
5.	15 Juli 2022	BAB II BAB III	<ul style="list-style-type: none"> • ACC BAB II • Perhatikan data harus sesuai dengan hasil pengkajian 	
6.	18 Juli 2022	BAB III BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> • Tambahkan Pembahasan pada BAB III • Perbaiki sistematika penulisan • Lengkapi draf sesuai juknis 	

7.	22 Juli 2022	BAB III BAB IV	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki penulisan dalam pembahasan harus sesuai dengan data• Perbaiki kesimpulan• Perbaiki dan perhatikan sistematika penulisan	
8.	26 Juli 2022	BAB II Dan BAB IV	<ul style="list-style-type: none">• ACC BAB III• ACC BAB IV	