

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN UROLITHIASIS DI  
RUANG FLAMBOYAN B RSUD Dr. KANUJOSO DJATIWIBOWO  
BALIKPAPAN TAHUN 2021**



**Oleh :**

**DEVITA RISKA HIDAYAH**  
**NIM.P07220118075**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN KALTIM  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN  
SAMARINDA  
2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN UROLITHIASIS DI  
RUANG FLAMBOYAN B RSUD Dr. KANUJOSO DJATIWIBOWO  
BALIKPAPAN TAHUN 2021**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) Pada Jurusan  
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh :

**DEVITA RISKA HIDAYAH**  
**NIM.P07220118075**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN KALTIM  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN  
SAMARINDA  
2021**

## SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah (KTI) orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda, 28 Juli 2021

Yang menyatakan



**Devita Riska Hidayah**  
**NIM.P07220118075**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN**

TANGGAL 28 JULI 2021

Oleh

Pembimbing



Ns. Nurhayati, S.ST/M.Pd  
NIDN. 4024016801

Pembimbing Pendamping



Ns. Siti Nuryanti, S.Kep, M.Pd  
NIDN. 4023126901

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep  
NIP. 196803291994022001

**LEMBAR PENGESAHAN**

*Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Urolithiasis Di*

RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Telah diuji

Pada tanggal 28 Juli 2021

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

**Ns. Rus Andraini, A.kp., M.Ph**

**NIDN.4006027101**

  
(.....)

Penguji Anggota :

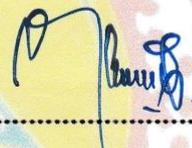
**1. Ns. Nurhayati, S.ST, M.Pd**

**NIDN.4024016801**

  
(.....)

**2. Ns. Siti Nurvanti, S.Kep.M.Pd**

**NIDN. 4008047301**

  
(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

**Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes.**

**NIP. 19650825198503200**

**Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep.**

**NIP. 196803291994022001**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

1. Nama : Devita Riska Hidayah
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Waru, 06 Agustus 2000
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jl. Propinsi Km 23 Waru, Penajam Paser  
Utara
7. Nama Ayah : Karto.M
8. Nama Ibu : Hj. Tiayah
9. Email : devitahidayah0@gmail.com

### B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 008 Waru
2. SMPN 13 Penajam Paser Utara
3. SMAN 2 Penajam Paser Utara
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2018  
sampai sekarang.

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala sehingga dapat menyelesaikan hasil penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.”

Adapun tujuan dari penulisan hasil penelitian ini adalah untuk menyusun karya tulis ilmiah yang ditekankan pada aspek Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Urolithiasis* pada Poltekkes Kemenkes Kaltim dan untuk memperoleh gelar Ahli madya keperawatan.

Pada kesempatan ini, peneliti menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materil sehingga hasil penelitian ini dapat selesai. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dr. H. Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep, M. Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku penanggung jawab Prodi D-III Keperawatan Samarinda Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
5. Ns. Nurhayati, S.ST., M.Pd sebagai Dosen Pembimbing I penyelesaian laporan KTI.
6. Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.M.Pd sebagai Dosen Pembimbing II dalam penyelesaian KTI.
7. Para Dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
8. Bapak Karto. M dan Ibu Hj. Tiayah yang telah mendidik, membesarkan, dan memotivasi penulis hingga sampai ketahap ini.
9. Rekan-rekan mahasiswa/I jurusan keperawatan Prodi D-III Keperawatan Samarinda Poltekkes kemenkes kaltim.

Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Samarinda, 28 Juli 2021

Devita Riska Hidayah

## ABSTRAK

### " ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN UROLITHIASIS DI RSUD DR. KANUDJOSO DJATIWIWOWO BALIKPAPAN "

**Pendahuluan :** Batu Saluran Kemih (BSK) merupakan masalah kesehatan yang sudah lama dikenal dan menempati urutan ketiga di bidang Urologi. Urolithiasis atau batu saluran kemih adalah suatu kondisi yang terjadi ketika batu - batu ini keluar dari ginjal dan berpindah ke bagian lain dari sistem pengumpul urin, yang meliputi ureter, kandung kemih dan uretra. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami secara mendalam mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

**Metode :** Penelitian ini menggunakan metode tinjauan kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan dengan melaksanakan asuhan sebagai unit analisis. Unit analisis adalah klien dewasa. Instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.

**Hasil dan pembahasan :** Berdasarkan data yang di peroleh pada saat dilakukan pengkajian, penegakkan diagnosa, intervensi, implementasi dan hasil evaluasi, didapatkan data dari masing-masing pasien mengeluh nyeri pada area post operasi. Pada pasien pertama ditemukan 3 diagnosa post operatif sedangkan pada pasien 2 didapatkan 2 diagnosa post operatif.

**Kesimpulan dan saran :** Masalah pada kedua pasien dapat teratasi yang ditandai dengan menurunnya skala nyeri post operatif. Bagi peneliti diharapkan dapat menjadi pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Urolithiasis*. Bagi tempat penelitian diharapkan dapat memberikan masukan kepada bidang pelayanan kesehatan mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan *Urolithiasis* sehingga dapat menjadi perantara untuk mengatasi masalah pasien dalam proses penyembuhan. Bagi perkembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori asuhan keperawatan pada pasien *Urolithiasis* secara langsung.

**Kata Kunci :** Asuhan Keperawatan, Urolithiasis

## **ABSTRACT**

### **"NURSING CARE FOR PATIENTS WITH UROLITHIASIS IN RSUD DR. KANUDJOSO DJATIWIOWO BALIKPAPAN"**

**Introduction :** *Urinary Stones (BSK) is a health problem that has long been known and ranks third in the field of Urology. Urolithiasis or urinary tract stones is a condition that occurs when these stones pass from the kidneys and move to other parts of the urine-collecting system, which includes the ureters, bladder and urethra. This study aims to study and understand in depth about nursing care in patients with urolithiasis at dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.*

**Methods :** *This study uses a case review method with a nursing care approach by implementing care as a unit of analysis. The unit of analysis is the adult client. The data collection instrument used a nursing care assessment format in accordance with the applicable provisions in the Nursing Study Program of the Poltekkes Kemenkes Kaltim.*

**Results and discussion :** *Based on the data obtained during the assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation results, data were obtained from each patient complaining of pain in the postoperative area. In the first patient there were 3 postoperative diagnoses, while in patient 2 there were 2 postoperative diagnoses.*

**Conclusions and suggestions :** *The problem in both patients can be resolved which is marked by a decrease in the postoperative pain scale. For researchers, it is expected to be an experience in providing nursing care to patients with Urolithiasis. For the place of research, it is expected to provide input to the field of health services regarding nursing care in patients with Urolithiasis so that it can be an intermediary to overcome patient problems in the healing process. For the development of nursing science is expected to obtain an overview of the application of nursing care theory to Urolithiasis patients directly.*

**Keywords :** *Nursing Care, Urolithiasis*

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN SAMBUNG .....	i
SURAT PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
ABSTRAK .....	ix
DAFTAR ISI .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xv
DAFTAR BAGAN .....	xvi
DAFTAR TABEL .....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
 <b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah .....	19
B. Rumusan Masalah .....	23
C. Tujuan Penelitian.....	24
1. Tujuan umum .....	24
2. Tujuan khusus .....	24
D. Manfaat Penelitian.....	25
1. Bagi peneliti .....	25
2. Bagi tempat penelitian .....	25

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan .....	25
---	----

## **BAB II. TINJAUAN PUSTAKA**

A. Konsep medis urolithiasis .....	26
1. Definisi .....	26
2. Etiologi .....	27
3. Anatomi .....	28
4. Fisiologi .....	29
5. Patofisiologi .....	30
6. Manifestasi klinis .....	32
7. Komplikasi .....	35
8. Pencegahan dan penanganan .....	36
9. Pemeriksaan diagnostik .....	38
10. Pathway .....	41
B. Konsep masalah keperawatan .....	43
1. Pengertian diagnosa keperawatan .....	43
2. Kriteria mayor dan minor .....	43
3. Kondisi klinis terkait .....	43
C. Konsep asuhan keperawatan .....	51
1. Pengkajian .....	51
2. Diagnosa keperawatan .....	56
3. Intervensi keperawatan .....	58
4. Implementasi keperawatan .....	65
5. Evaluasi keperawatan .....	65

### **BAB III. METODE PENELITIAN**

A. Pendekatan atau desain penelitian.....	68
B. Subjek penelitian.....	68
C. Batasan istilah (Definisi operasional) .....	69
D. Lokasi dan waktu penelitian .....	70
E. Prosedur penelitian.....	70
F. Teknik dan instrument pengumpulan data.....	71
G. Uji keabsahan data .....	72
H. Analisa data.....	74

### **BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil .....	75
1. Gambaran lokasi penelitian .....	75
2. Data asuhan keperawatan .....	76
a. Pengkajian .....	76
b. Diagnosa dan Intervensi keperawatan.....	92
c. Implementasi keperawatan .....	99
d. Evaluasi keperawatan.....	105
B. Pembahasan .....	112
1. Pengkajian .....	113
2. Diagnosa keperawatan .....	116
3. Perencanaan keperawatan .....	122
4. Implementasi keperawatan .....	127
5. Evaluasi keperawatan.....	129

**BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan.....131

B. Saran.....133

**DAFTAR PUSTAKA.....134**

**LAMPIRAN - LAMPIRAN**

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1.1 Anatomi Saluran Kemih.....	28
---------------------------------------	----

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 <i>Pathway Urolithiasis</i> .....	41
---	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut pre operatif .....	59
Tabel 2.2 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine pre operatif .....	60
Tabel 2.3 Intervensi Defisit Nutrisi pre operatif.....	61
Tabel 2.4 Intervensi Ansietas pre operatif .....	62
Tabel 2.5 Intervensi Nyeri Akut post operatif.....	63
Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Integritas Kulit/Jaringan post operatif .....	64
Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik post operatif .....	64
Tabel 2.8 Intervensi Resiko Infeksi post operatif.....	65
Tabe 4.1 Hasil anamnese pasien Urolithiasis .....	76
Tabel 4.2 Hasil pemeriksaan fisik pasien Urolithiasis.....	79
Tabel 4.3 Hasil pemeriksaan data penunjang .....	88
Tabel 4.4 Penatalaksanaan terapi pasien.....	89
Tabel 4.5 Analisa data pada pasien 1 post operatif .....	90
Tabel 4.6 Analisa data pada pasien 2 post operatif .....	91
Tabel 4.7 Diagnosa dan Intervensi keperawatan pasien 1 dan pasien 2 post operatif.....	92
Tabel 4.8 Implementasi keperawatan pada pasien 1 dan 2 post operatif.....	99
Tabel 4.9 Evaluasi keperawatan pada pasien 1 dan 2 post operatif.....	105

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Lembar konsultasi
- Lampiran 2 Informed Consent
- Lampiran 3 Format Pengkajian Keperawatan
- Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan Pasien 1
- Lampiran 5 Format Asuhan Keperawatan Pasien 2
- Lampiran 6 Dokumentasi Seminar Hasil

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Batu Saluan Kemih (BSK) merupakan masalah kesehatan yang sudah lama dikenal dan menempati urutan ketiga di bidang Urologi. Urolithiasis atau batu saluran kemih adalah suatu kondisi yang terjadi ketika batu - batu ini keluar dari ginjal dan berpindah ke bagian lain dari sistem pengumpul urin, yang meliputi ureter, kandung kemih dan uretra (Trisnawati & Jumenah, 2018).

Penyebab terbentuknya batu dapat digolongkan dalam 2 faktor antara lain faktor endogen seperti faktor genetik, hiperkasiuria, pH urin yang bersifat asam maupun basa dan kelebihan pemasukan cairan dalam tubuh yang bertolak belakang dengan keseimbangan cairan yang masuk dalam tubuh dapat merangsang pembentukan batu, sedangkan faktor eksogen seperti kurang minum atau kurang mengkonsumsi air mengakibatkan terjadinya pengendapan kalsium dalam pelvis renal akibat ketidakseimbangan cairan yang masuk, tempat yang bersuhu panas menyebabkan banyaknya pengeluaran keringat, yang akan mempermudah pengurangan produksi urin dan mempermudah terbentuknya batu, dan makanan yang mengandung purin yang tinggi, kolesterol dan kalsium yang berpengaruh pada terbentuknya batu.

Faktor yang menyebabkan berkurangnya aliran urin dan menyebabkan obstruksi, salah satunya adalah statis urin dan menurunnya volume urin akibat dehidrasi serta ketidakadekuatan intake cairan, hal ini dapat meningkatkan resiko terjadinya urolithiasis. Rendahnya aliran urin adalah gejala abnormal

yang umum terjadi, selain itu, berbagai kondisi pemicu terjadinya urolithiasis seperti komposisi batu yang beragam menjadi faktor utama identifikasi penyebab urolithiasis.

Terapi dan perubahan gaya hidup merupakan intervensi yang dapat mengubah faktor resiko, namun ada juga faktor resiko yang tidak dapat diubah. Jenis Kelamin Pasien dengan urolithiasis umumnya terjadi pada laki-laki 70-81% dibandingkan dengan perempuan 47-60%, dapat dilihat dari anatomi sistem perkemihan laki-laki dan perempuan, dapat menjadi salah satu alasan bahwa *Urolithiasis* umumnya terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Urolithiasis banyak terjadi pada usia dewasa dibanding usia tua, namun bila dibandingkan dengan usia anak-anak, maka usia tua lebih sering terjadi. Kebiasaan diet dan obesitas Intake makanan yang tinggi sodium, oksalat yang dapat ditemukan pada teh, kopi instan, minuman soft drink, koko, arbei, jeruk sitrun, dan sayuran berwarna hijau terutama bayam dapat menjadi penyebab terjadinya batu.

Pekerjaan yang menuntut untuk bekerja di lingkungan yang bersuhu tinggi serta intake cairan yang dibatasi atau terbatas dapat memacu kehilangan banyak cairan dan merupakan resiko terbesar dalam proses pembentukan batu karena adanya penurunan jumlah volume urin. Cairan Asupan cairan dikatakan kurang apabila  $< 1$  liter/ hari, kurangnya intake cairan inilah yang menjadi penyebab utama terjadinya *urolithiasis* karena hal ini dapat menyebabkan berkurangnya aliran urin/ volume urin (Nugraha, 2019).

Di Asia, sekitar 1% –19,1% penduduknya menderita urolithiasis. Namun, karena variasi dalam status sosial ekonomi dan lokasi geografis, prevalensi dan insiden telah berubah di berbagai negara atau wilayah selama bertahun-tahun. Penelitian untuk faktor risiko batu saluran kemih sangat penting. Dalam ulasan ini, ditemukan prevalensi urolitiasis adalah 5% –19,1% di Asia Barat, Asia Tenggara, Asia Selatan, serta beberapa negara maju (Korea Selatan dan Jepang), sedangkan hanya 1% –8% di sebagian besar Asia Timur dan Asia Utara. Tingkat kekambuhan berkisar dari 21% sampai 53% setelah 3-5 tahun. Kalsium oksalat (75% –90%) adalah komponen batu yang paling sering, diikuti oleh asam urat (5% –20%), kalsium fosfat (6% –13%), struvite (2% –15%), apatite ( 1%) dan sistin (0,5% –1%) (Liu, et al., 2018).

Di Indonesia sendiri, angka kejadian batu saluran kemih yang sesungguhnya masih belum bisa diketahui, tetapi diperkirakan terdapat 170.000 kasus per tahunnya.

Menurut Riskesdas ( 2018 ) pravelensi batu ginjal > 15 tahun berdasarkan diagnosis dokter, Kalimantan Timur berada di urutan ke 16 dari 33 provinsi di Indonesia. Ini menunjukkan bahwa kasus batu saluran kemih sedikit tinggi (Riskesdas, 2018).

Dampak urolithiasis jika tidak segera ditangani adalah gagal ginjal. Berdasarkan hasil penelitian, sebanyak 3,2 persen kasus gagal ginjal permanen yang dialami orang dewasa disebabkan oleh batu ginjal. Batu ginjal yang semakin lama semakin besar di dalam ureter, akan menghalangi air seni untuk mengalir keluar. Air seni yang tidak bisa keluar ini lama-kelamaan akan

terakumulasi dan memberi tekanan yang besar pada ginjal. Kondisi ini dinamakan hidronefrosis (Fadli, 2021).

Pada pasien yang sudah didiagnosa mengalami *Urolithiasis* dapat dilakukan tindakan dengan cara bedah maupun *non*-bedah. Penanganan secara bedah adalah dengan operasi terbuka. Sedangkan penanganan secara *non*-bedah adalah dengan cara memperlancar pengeluaran batu menggunakan Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL), Ureteroscopic Lithotripsy (URS), Percutaneous Nephrolithotripsy (PNL), dan Retrograde Intra Renal Surgery (RIRS). Sementara efektivitas PNL tidak terlalu tergantung dari ukuran batu, efektivitas Stone Free Rate (SFR) dari SWL atau RIRS sangat tergantung dari ukuran batu. Tindakan ESWL sangat tergantung pada ukuran batu < 20 mm. Batu berukuran >20 mm harus diterapi secara primer dengan PNL, karena ESWL sering kali membutuhkan beberapa kali prosedur dan berkaitan dengan peningkatan risiko obstruksi ureter yang membutuhkan terapi tambahan (Ikatan Ahli Urologi Indonesia, 2018). Masalah yang terjadi pada saat sebelum tindakan bedah pasien mengalami gejala nyeri perut kanan atas bahkan mengalami kecemasan saat ingin menjalani tindakan pembedahan, dan setelah dilakukannya tindakan operasi dapat menimbulkan masalah baru yaitu, Pasien mungkin mengalami nyeri setelah efek obat bius hilang, perdarahan pada area yang dibedah, atau infeksi pada uretra akibat operasi atau pemasangan kateter.

Maka disini perawat berperan penting dalam memberikan asuhan pada pre maupun post operatif agar tidak terjadinya peningkatan keparahan penyakit pada pasien. Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan di tatanan pelayanan kesehatan, dituntut mampu melakukan pengkajian secara

komprehensif, menegakkan diagnose, merencanakan intervensi, memberikan intervensi keperawatan dan intervensi yang berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan kepada pasien, serta melakukan evaluasi dan tindak lanjut. Salah satu intervensi perawat dalam penanganan Pasien *Urolithiasis* pada pre operasi adalah dengan mengurangi keluhan nyeri pada pasien dengan cara pencegahan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Selain itu perawat juga berperan penting dalam melakukan perawatan luka kepada pasien selesai tindakan pembedahan atau post operasi untuk mencegah terjadinya infeksi (Kurniawan & Armiyati, 2017).

Berdasarkan uraian fenomena diatas dan diperkuat pula dengan data di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo tahun 2021 terdapat 53 kasus *urolithiasis* dari bulan Januari sampai bulan Juni 2021, maka peneliti tertarik untuk melakukan Asuhan keperawatan pada klien *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021 (Rekam Medik RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo, 2021).

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah, maka rumusan masalah ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawata pada Pasien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021?”

### C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penulisan proposal karya tulis ilmiah ini dibedakan menjadi dua tujuan yaitu sebagai berikut :

#### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021 ?

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021.
- c. Menyusun perencanaan tindakan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021.
- d. Melaksanakan implementasi sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021.
- e. Mengevaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Bagi peneliti

Melalui kegiatan penelitian ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Bagi tempat penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada bidang Pelayanan Kesehatan mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Urolithiasis* sehingga dapat menjadi perantara untuk mengatasi masalah pasien dalam proses penyembuhan.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan pada pasien *Urolithiasis* secara langsung.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Medis Urolithiasis

##### 1. Definisi

Urolithiasis adalah proses pembentukan batu secara berbeda bagian dari saluran kemih, termasuk ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra. Pengelolaan urolitiasis rumit dengan tiga masalah utama yaitu, prevalensinya yang tinggi, kemungkinan kambuh yang tinggi dan kurangnya intervensi yang efektif, dan tidak diterapkannya pola hidup sehat (Primiano, et al., 2020).

*Urolitiasis* adalah kondisi dimana pasien datang ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan, termasuk analgesia dan perawatan untuk memfasilitasi pengeluaran batu. *Urolithiasis* terjadi terutama melalui supersaturasi urin dan biasanya timbul dengan nyeri pinggang, hematuria, dan mual / muntah. Urinalisis tidak mendiagnosis, tetapi dapat digunakan dalam kaitannya dengan pemeriksaan lain. Sejarah, pemeriksaan, dan penilaian dengan beberapa tes laboratorium merupakan landasan evaluasi bahwa benar adanya pasien tersebut menderita *Urolithiasis*. *Urolithiasis* adalah penyakit umum yang prevalensinya meningkat dengan potensi morbiditas yang signifikan. Evaluasi terfokus dengan riwayat, pemeriksaan, dan pengujian penting dalam diagnosis dan manajemen (Gottlieb, Long, & Koyfman, 2018).

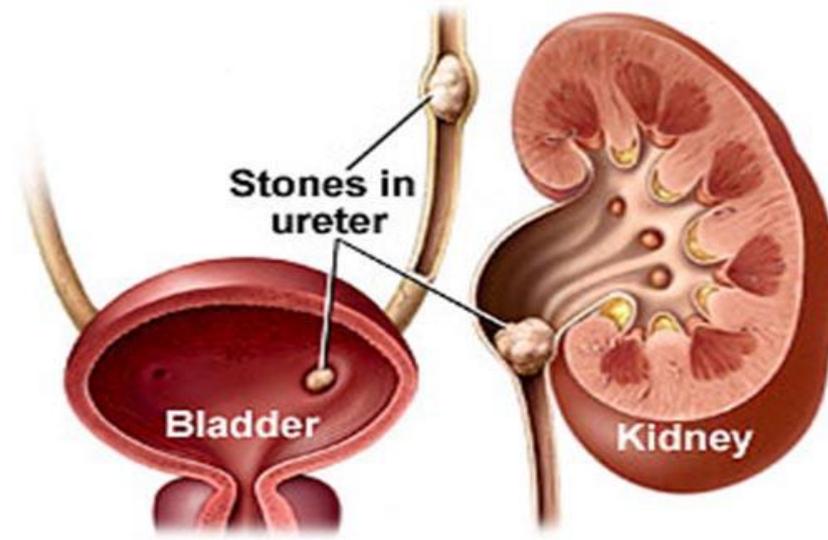
## 2. Etiologi

*Urolithiasis* adalah penyakit batu saluran kemih yang dapat ditemukan di sepanjang saluran perkemihan. Sekitar 97% batu kemih ditemukan di ginjal dan ureter (batu ginjal), sisanya 3% di kandung kemih dan uretra. Ukuran batu saluran kemih berkisar dari mikrometer hingga beberapa sentimeter dalam diameter. Penyakit batu saluran kemih sering tidak diperhatikan dalam waktu lama periode sebelum individu memanasifestasikan diri mereka sendiri bahwa ada gejala yang seringkali sangat menyakitkan (Fisang, et al., 2015).

*Urolithiasis* adalah penyakit multifaktorial akibat interaksi kompleks antara faktor eksogen seperti lingkungan dan faktor endogen seperti genetik. Faktor lingkungan, seperti gaya hidup, obesitas, kebiasaan makan dan dehidrasi, serta kondisi air yang cenderung terdapat butiran pasir, telah terlibat dalam perkembangan urolitiasis, sedangkan hormonal, faktor genetik atau anatomis mungkin juga mempengaruhi patogenesisnya. Lebih dari 80% penderita batu ginjal menderita urolithiasis yang disebabkan oleh kalsium oxalate dan asam urat. Meskipun *urolithiasis* adalah penyakit yang dikenal sejak zaman kuno, bahkan sekarang banyak peneliti mencoba untuk menjelaskan mekanisme pembentukan batu ginjal kalsium oksalat dan asam urat. Mekanisme fisiokimia pembentukan batu melalui presipitasi, pertumbuhan, agregasi, nukleasi, pembentukan retensi kristal merupakan pemicu terjadinya *Urolithiasis* (Yasui, et al., 2017).

### 3. Anatomi

Gambar 1.1 Saluran Kemih



Saluran kemih dibagi menjadi dua bagian: saluran kemih bagian atas dan saluran kemih bagian bawah. Pembentuknya terdiri dari ginjal dan ureter, sedangkan saluran kemih bagian bawah terdiri dari kandung kemih dan uretra. Ginjal adalah organ saluran kemih yang terletak di rongga *retroperitoneal* bagian atas. Bentuknya menyerupai kacang dengan sisi cekungnya menghadap ke medial. Cekungan ini disebut sebagai *hilusrenalis*, yang didalamnya terdapat *apeks pelvis renalis* dan struktur lain yang merawat ginjal yakni pembuluh darah, sistem limfatik, dan sistem saraf. Ureter adalah suatu saluran muskuler berbentuk silinder atau pipa yang menghubungkan ginjal dengan kandung kemih. Ureter merupakan lanjutan dari pelvis renalis yang berjalan dari hilus ginjal menuju distal dan kemudian bermuara pada kandung kemih. Ureter terdiri dari 2 saluran pipa di sebelah

kanan dan kiri yang menghubungkan ginjal kanan dan kiri dengan kandung kemih. Ureter memiliki panjang sekitar 20 - 30 cm dengan diameter rata - rata sekitar 0,5 cm dan diameter maksimal sekitar 1,7 cm yang berada di dekat kandung kemih.

Kandung kemih adalah organ berongga yang terletak di rongga pelvis di bagian posterior symphysis pubis. Lapisan jaringannya memiliki struktur yang sama seperti ureter. Ketika kosong bentuknya seperti balon yang tidak berisi udara. Ketika berisi sedikit penuh bentuknya seperti sphere. Semakin terisi oleh urin kandung kemih akan berkembang menjadi seperti buah pir yang menonjol ke arah rongga abdomen. Urethra laki-laki dan wanita memiliki struktur yang berbeda. Pada pria, urethra memiliki panjang 18-20cm, dibagi menjadi: urethra pars preprostatica, urethra pars prostatica, urethra pars membranasea (intermediate), dan urethra pars cavernosa (spongy). Pada wanita, urethra lebih pendek dan ditutupi oleh transitional epithelium dan stratified squamous epithelium. Urethra wanita mempunyai panjang sekitar 2,5-4 cm sehingga tidak dibagi (Mahdevan, 2019).

#### 4. Fisiologi

Sistem urinaria adalah sistem organ yang berfungsi untuk menyaring dan membuang zat limbah dengan cara menghasilkan urine. Jika fungsi sistem ini terganggu, limbah dan racun bisa menumpuk di dalam tubuh dan menyebabkan berbagai gangguan kesehatan. Sistem

urinaria atau saluran kemih terdiri dari ginjal, kandung kemih, ureter, dan juga uretra (saluran kencing). Setiap bagian dalam sistem urinaria memiliki fungsi dan peranannya masing-masing. Melalui saluran kemih, urine yang membawa limbah dan racun akan dikeluarkan dari dalam tubuh.

Fungsi utama ginjal adalah mengatur jumlah air dalam darah, menyaring zat limbah atau sisa metabolisme tubuh, menghasilkan hormon yang berfungsi untuk mengendalikan tekanan darah dan produksi sel darah merah, serta mengatur pH atau tingkat keasaman darah. Ureter adalah bagian dari sistem urinaria yang berbentuk menyerupai saluran pipa atau tabung. Ureter berfungsi untuk mengalirkan urine dari masing-masing ginjal untuk ditampung di kandung kemih. Organ yang berada di dalam perut bagian bawah ini bertugas menyimpan urine. Jika kandung kemih sudah terisi penuh oleh urine, akan timbul dorongan untuk buang air kecil. Kandung kemih orang dewasa mampu menampung urine hingga 300–500 ml. Uretra atau saluran kencing adalah saluran yang menghubungkan antara kandung kemih ke lubang saluran kemih pada ujung penis atau vagina (Adrian, 2020).

##### 5. Patofisiologi

Pembentukan batu saluran kemih adalah prosedur kompleks yang mencakup gangguan biokimiawi urin yang merangsang terjadinya nukleasi kristal dan agregasi. Gangguan penyerapan magnesium pada

usus berperan dalam pembentukan kalsium oksalat. Memang, penyimpangan saluran kemih yang mempengaruhi perkembangan batu disebabkan oleh meliputi terus-menerus rendah pH urin yang rendah (faktor utama), hiperurikosuria (kadar asam urat urin harian melebihi 850 mg / hari), volume urine yang rendah, dan penghambat makromolekul kristalisasi.

a. Ph urin rendah

Urolithiasis biasanya dikaitkan dengan penurunan pH urin yang persisten. Hampir semua pasien dengan batu asam urat menunjukkan pH urin yang terus-menerus rendah. PH urin yang rendah diduga dapat memicu kalkulasi asam urat melalui kimia asam basa dan kelarutan asam urat.

b. Hiperurikosuria

Hiperurikosuria dengan pH urin yang teratur juga dapat menyebabkan pembentukan batu bercampur yang terdiri dari monosodium urat dan kalsium oksalat. Meskipun urat sebagian besar lebih mudah larut daripada asam urat, dapat dicatat bahwa tidak demikian. Monosodium urat pada kadar tinggi mengendap dari larutan dan diduga menghasilkan kristalisasi kalsium oksalat melalui keduanya. Hiperurikosuria sebagian besar berasal dari kelalaian nutrisi, meskipun mutasi di saluran monosodium urat dapat menyebabkan hiperurikosuria hipourikemia ginjal kongenital.

c. Volume urin rendah

Pengeluaran urin yang berkurang menyebabkan peningkatan konsentrasi zat terlarut dalam urin. Konsentrasi urat yang tinggi dapat mengakibatkan pengendapan asam urat dan monosodium urat sebagai akibat dari kelarutan asam urat yang terbatas. Akibatnya, batu asam urat banyak ditemukan di daerah tropis dan lingkungan panas.

d. Penghambat makromolekul kristalisasi

Urin mengandung faktor-faktor yang menghambat pembentukan kristal yaitu kristalisasi asam urat dan pembentukan kalkulus. Sur-factant urin, glikoprotein dan glikosaminoglikan (GAGs) memiliki efek penghambat pada kristal asam urat. Studi menunjukkan tingkat GAGs yang secara signifikan lebih rendah dalam urin dari pembentuk asam urat.

Faktor keluarga, genetik dan lingkungan mempengaruhi pembentukan batu saluran kemih. Gen ZNF365 yang terletak pada chromo-some 10q21-q22 dilaporkan terkait dengan asam urat urolithi-asis. Meskipun DNA ini mengkodekan empat macam protein melalui penyambungan pengganti, hanya satu petunjuk untuk kemajuan batu asam urat (Abou-Elela, 2017).

6. Manifestasi klinis

*Urolithiasis* dapat menimbulkan berbagai gejala tergantung pada letak batu, tingkat infeksi dan ada tidaknya obstruksi saluran kemih.

Beberapa manifestasi klinis yang dapat muncul pada pasien

*Urolithiasis* :

a. Nyeri

Nyeri pada ginjal dapat menimbulkan dua jenis nyeri yaitu nyeri kolik dan non kolik. Nyeri kolik terjadi karena adanya stagnasi batu pada saluran kemih sehingga terjadi resistensi dan iritabilitas pada jaringan sekitar. Nyeri kolik juga karena adanya aktivitas peristaltik otot polos sistem kalises ataupun ureter meningkat dalam usaha untuk mengeluarkan batu pada saluran kemih. Peningkatan peristaltik itu menyebabkan tekanan intraluminalnya meningkat sehingga terjadi peregangan pada saraf yang memberikan sensasi nyeri. Nyeri non kolik terjadi akibat peregangan kapsul ginjal karena terjadi infeksi pada ginjal sehingga menyebabkan nyeri hebat dengan peningkatan produksi prostglandin E2 ginjal. Rasa nyeri akan bertambah berat apabila batu bergerak turun dan menyebabkan obstruksi. Pada ureter bagian distal (bawah) akan menyebabkan rasa nyeri di sekitar testis pada pria dan labia mayora pada wanita. Nyeri kostovertebral menjadi ciri khas dari urolithiasis, khususnya nefrolithiasis.

b. Gangguan miksi

Adanya batu pada saluran kemih, maka aliran urin mengalami penurunan sehingga sulit sekali untuk miksi secara spontan. Batu dengan ukuran kecil mungkin dapat keluar secara

spontan tetapi batu dengan ukuran yang relatif besar sulit untuk keluar secara spontan.

c. Hematuria

Batu yang terperangkap di dalam ureter (kolik ureter) sering mengalami desakan berkemih, tetapi hanya sedikit urin yang keluar. Keadaan ini akan menimbulkan gesekan yang disebabkan oleh batu sehingga urin yang dikeluarkan bercampur dengan darah (hematuria). Hematuria tidak selalu terjadi pada pasien urolithiasis, namun jika terjadi lesi pada saluran kemih utamanya ginjal maka seringkali menimbulkan hematuria.

d. Mual dan muntah

Kondisi ini merupakan efek samping dari kondisi ketidaknyamanan pada pasien karena nyeri yang sangat hebat sehingga pasien mengalami stress yang tinggi dan memacu sekresi HCl pada lambung. Namun, gejala gastrointestinal biasanya tidak ada.

e. Demam

Demam terjadi karena adanya kuman yang menyebar ke tempat lain. Tanda demam yang disertai dengan hipotensi, palpitasi, vasodilatasi pembuluh darah di kulit merupakan tanda terjadinya urosepsis. Urosepsis merupakan kedaruratan dibidang urologi, dalam hal ini harus secepatnya ditentukan letak kelainan anatomik pada saluran kemih yang mendasari timbulnya urosepsis

dan segera dilakukan terapi berupa drainase dan pemberian antibiotik.

f. Distensi vesika urinaria

Akumulasi urin yang tinggi melebihi kemampuan vesika urinaria akan menyebabkan vasodilatasi maksimal pada vesika. Oleh karena itu, akan teraba bendungan (distensi) pada waktu dilakukan palpasi pada regio vesika (Purnomo, 2011).

7. Komplikasi

Banyak komplikasi yang mungkin timbul dari urolitiasis terutama jika ada keterlambatan dalam diagnosis atau pengobatan yang tidak tuntas. Komplikasi Urolithiasis meliputi :

- a. *Obstruksi* adalah suatu kondisi tersumbatnya saluran kemih secara fungsional atau anatomis karena berbagai macam penyebab, sehingga akan terjadi gangguan aliran urin dari proksimal ke distal.
- b. *Uremia* adalah kondisi berbahaya yang terjadi ketika ginjal tidak lagi menyaring dengan baik. Ini mungkin terjadi ketika seseorang berada pada stadium akhir penyakit ginjal kronis.
- c. *Sepsis* adalah suatu komplikasi infeksi yang mengancam jiwa. *Sepsis* terjadi ketika bahan kimia yang dilepaskan di dalam aliran darah untuk melawan infeksi memicu peradangan di seluruh tubuh. Dapat menyebabkan berbagai perubahan yang merusak beberapa sistem organ, menyebabkan kegagalan organ, terkadang bahkan mengakibatkan kematian.

- d. *Pielonefritis kronis*, ditandai dengan peradangan dan fibrosis ginjal yang disebabkan oleh infeksi berulang atau persisten ginjal, vesicoureteral refluks (aliran kencing yang mengarah balik ke ginjal), atau penyebab lain dari obstruksi saluran kemih.
  - e. Gagal ginjal akut atau kronis. Gagal ginjal akut adalah Suatu kondisi saat ginjal tiba-tiba tidak dapat menyaring limbah dari darah. Gagal ginjal kronis adalah penyakit ginjal yang telah berlangsung lama sehingga menyebabkan gagal ginjal.
  - f. *Pielonefritis xanthogranulomatosa* adalah bentuk pielonefritis kronis yang tidak biasa yang ditandai dengan pembentukan abses granulomatosa, kerusakan ginjal yang parah, dan gambaran klinis yang mungkin menyerupai karsinoma sel ginjal dan penyakit parenkim ginjal inflamasi lainnya.
  - g. *Pielonefritis emfisematosa* (EPN) adalah infeksi yang menyebabkan nekrosis ditandai dengan adanya gas di parenkim ginjal, demam tinggi, leukositosis dan nyeri pinggang.
  - h. *Pyonephrosis* adalah infeksi bakteri atau jamur yang terjadi di ginjal. Mikroba ini bergerak dari uretra ke dalam ginjal melalui darah (Al-Mamari, 2017).
8. Pencegahan dan Penanganan

Pencegahan *Urolithiasis* dapat di mulai dari keluarga yang sehat yang memiliki faktor risiko untuk terkena *Urolithiasis* sebagai upaya untuk mencegah peningkatan kasus *Urolithiasis* dengan tindakan

*promotif* dan *preventif*. Tindakan promotif yang dapat dilakukan adalah dengan cara mengedukasi keluarga untuk hidup sehat, menjaga pola makan, memodifikasi lingkungan dan perilaku atau gaya hidup yang sehat. Sedangkan tindakan preventif yang dapat dilakukan adalah dengan meminimalisir faktor risiko penyebab *Urolithiasis*, pentingnya pola makan vegetarian yang lazim dengan pengurangan asupan daging dan lemak, mengurangi mengkonsumsi makanan mengandung purin untuk mengurangi risiko pembentukan batu dari akumulasi asam urat, mengkonsumsi air putih sebanyak lebih dari 2 liter per hari, aktif secara fisik dan memiliki gaya hidup sehat berpotensi mencegah urolitiasis dan kekambuhan (Boarin, et al., 2018).

Pada pasien yang sudah di diagnosa mengalami *Urolithiasis* dapat dilakukan tindakan dengan cara bedah maupun *non*-bedah. Penanganan secara bedah adalah dengan cara operasi terbuka. Sedangkan penanganan secara *non*-bedah adalah dengan cara melarutkan batu empedu menggunakan Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL), Ureteroscopic Lithotripsy (URS), Percutaneous Nephrolithotripsy (PNL), dan Retrograde Intra Renal Surgery (RIRS). Sementara efektivitas PNL tidak terlalu tergantung dari ukuran batu, efektivitas Stone Free Rate (SFR) dari SWL atau RIRS sangat tergantung dari ukuran batu. Tindakan ESWL sangat tergantung pada ukuran batu < 20 mm. Batu berukuran >20 mm harus diterapi secara primer dengan PNL, karena ESWL sering kali membutuhkan beberapa kali prosedur dan berkaitan

dengan peningkatan risiko obstruksi ureter yang membutuhkan terapi tambahan (Ikatan Ahli Urologi Indonesia, 2018).

## 9. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien *Urolithiasis* adalah :

### a. Ureteroskopi

Ureteroskopi adalah tindakan medis yang digunakan untuk memeriksa saluran kemih bagian atas untuk mendiagnosa penyakit tertentu seperti infeksi saluran kemih atau bahkan kanker. Tindakan ini menggunakan tabung kecil yang disebut endoskop, yang mirip dengan teleskop fleksibel. Tabung ini terpasang kamera kecil pada ujungnya, dan dimasukkan ke dalam ureter dan kandung kemih. Secara umum, ureteroskopi dianggap sebagai endoskopi saluran kemih atas.

Selain untuk tujuan diagnostik, ureteroskopi juga dapat digunakan untuk menghilangkan batu ginjal yang terletak di ureter atau ginjal itu sendiri. Tindakan ini dapat menghilangkan batu ginjal dengan segala ukuran, namun batu ginjal yang lebih besar biasanya dipecah terlebih dahulu kemudian diangkat dengan menggunakan perangkat laser helium, gelombang suara berfrekuensi tinggi, atau energi listrik.

b. CT Scan

Terdapat banyak pemeriksaan penunjang untuk membantu menegakkan diagnosis batu saluran kemih, salah satunya ialah pemeriksaan radiologi dengan menggunakan CT-Scan. Menurut the European Society of Urogenital Radiology, pemeriksaan CT-Scan Urografi (CTU) merupakan alat pemeriksaan dengan hasil pencitraan yang lebih maksimal dibandingkan lainnya seperti foto konvensional dan ultrasonografi. Pemeriksaan CTU dapat dilakukan dengan atau tanpa menggunakan kontras namun untuk membantu penegakan diagnosis batu saluran kemih biasanya pemeriksaan tidak memerlukan kontras karena batu sudah dapat dilihat dengan jelas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran CT-Scan tanpa kontras pada pasien batu saluran kemih.

c. Ultrasonografi abdomen

Ultrasonografi abdomen terbatas digunakan dalam diagnosis dan pengelolaan urolitiasis. Meskipun ultrasonografi sudah tersedia, dilakukan dengan cepat dan sensitif terhadap kalkuli ginjal, hampir sulit mendeteksi adanya batu ureter (sensitivitas: 19 persen), yang kemungkinan besar bersifat simptomatik daripada kalkuli ginjal. Namun, jika batu ureter itu ada, divisualisasikan dengan ultrasound, temuannya dapat diandalkan (spesifisitas: 97 persen). Pemeriksaan ultrasonografi juga sangat sensitif terhadap hidronefrosis, yang mungkin merupakan

manifestasi obstruksi ureter, namun seringkali terbatas pada penentuan tingkat atau sifat obstruksi.

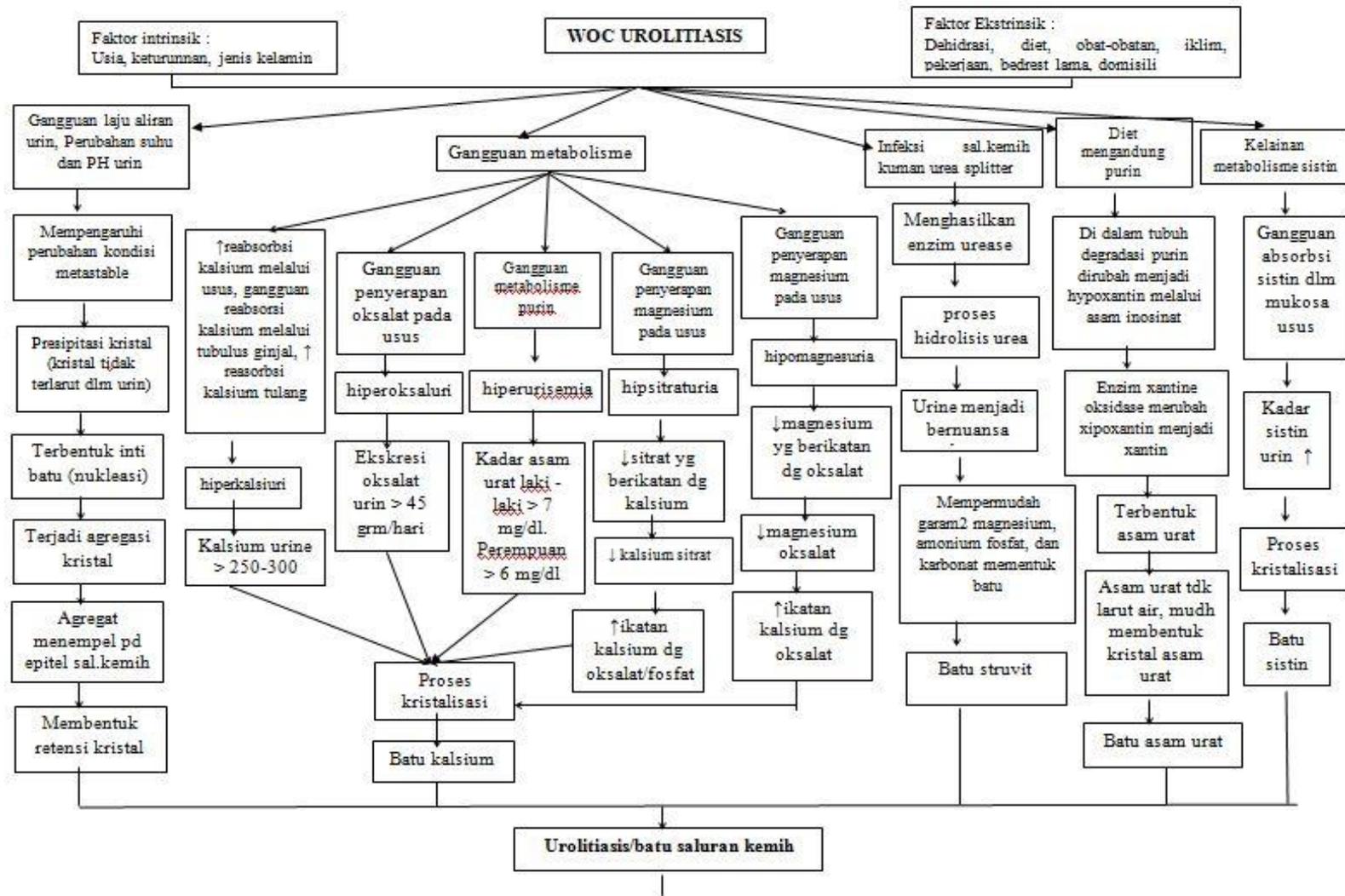
d. Radiografi polos BNO

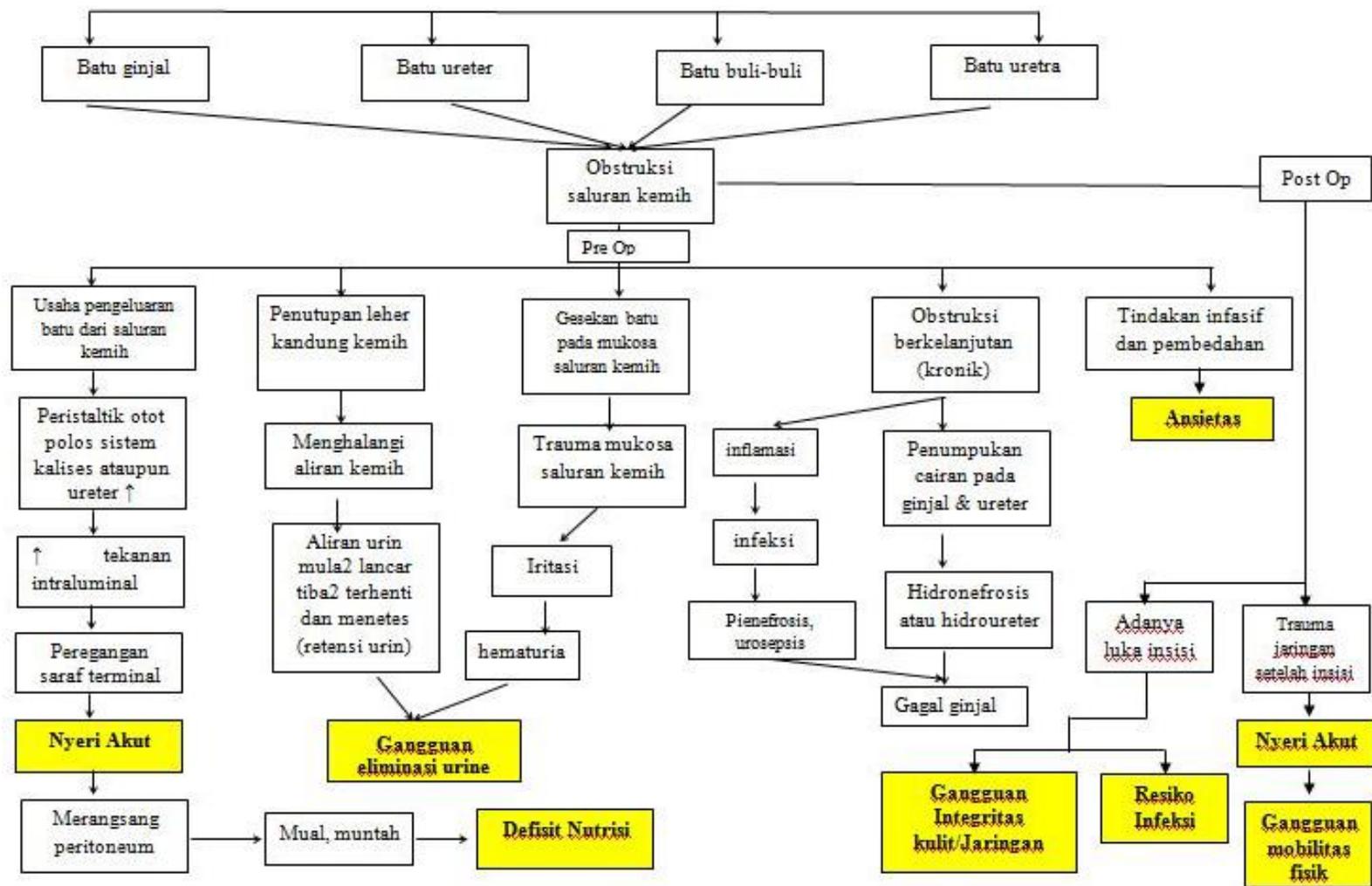
Radiografi polos BNO mungkin cukup untuk mendokumentasikan ukuran dan lokasi kalkuli yang bersifat radiopaque. Batu yang mengandung kalsium, seperti batu kalsium oksalat dan kalsium fosfat, paling mudah dideteksi dengan radiografi. Batu yang bersifat radiopaque lemah, seperti batu asam urat murni dan batu yang terutama terdiri dari sistin atau magnesium amonium fosfat, mungkin sulit, jika tidak mungkin, untuk dideteksi pada radiografi film biasa.

e. IVP (*Intravenous Pielography*)

Intravenous Pielography (IVP) telah dianggap sebagai modalitas pencitraan standar untuk urolitiasis. IVP memberikan informasi yang berguna tentang batu (ukuran, lokasi, radiodensitas) dan lingkungannya (anatomi calyx, tingkat obstruksi), serta unit ginjal kontralateral (fungsi, anomali) (Tubagus, Ali, & Rondo, 2017).

## 10. Pathway





Bagan 2.1

Pathway Urolithiasis (Makatita, 2016) (SDKI DPP PPNI, 2016)

## B. Konsep Masalah Keperawatan

### 1. Pengertian Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (TIM POKJA SDKI PPNI, 2016).

### 2. Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria mayor adalah tanda/gejala yang ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosa (TIM POKJA SDKI PPNI, 2016).

### 3. Kondisi Klinis Terkait

Merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengangkat masalah kesehatan (TIM POKJA SDKI PPNI, 2016).

Berikut adalah masalah yang timbul bagi pasien *pre* dan *post operatif Urolithiasis*, dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (TIM POKJA SDKI PPNI, 2016) :

Masalah keperawatan pada *pre operatif* :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)
- b. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan iritasi kandung kemih
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

d. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

Masalah keperawatan pada *post operatif* :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- d. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

Berikut adalah uraian masalah yang timbul bagi pasien *pre* dan *post operatif Urolithiasis*, dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (TIM POKJA SDKI PPNI, 2016) :

Uraian diagnosa keperawatan pada *pre operatif* :

1) Nyeri akut **D.0077**

a) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b) Penyebab

Agen pencedera fisiologis (inflamasi)

c) Batasan karakteristik

(1) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain :

(a) Subjektif : Mengeluh nyeri

(b) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

(2) Data minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain :

(a) Data subjektif : Tidak tersedia

(b) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis

d) Kondisi klinis terkait  
Infeksi

2) Gangguan eliminasi urine **D.0040**

a) Definisi

Disfungsi eliminasi urine.

b) Penyebab

Iritasi kandung kemih

c) Batasan karakteristik

(1) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri gangguan eliminasi urine antara lain :

(a) Subjektif : Desakan berkemih (urgensi), urine menetes (dribbling), sering buang air kecil, nokturia, mengompol, enuresis

(b) Objektif : Distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (hesitancy), volume residu urine meningkat

(2) Data minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa gangguan elimasi urine antara lain :

(a) Subjektif : Tidak tersedia

(b) Objektif : Tidak tersedia

d) Kondisi klinis terkait

Infeksi ginjal dan saluran kemih

3) Defisit nutrisi **D.0019**

a) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

b) Penyebab

Ketidakmampuan mencerna makanan

c) Batasan karakteristik

(1) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa defisit nutrisi antara lain:

(a) Subjektif : Tidak tersedia

(b) Objektif : Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

(2) Data minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa defisit nutrisi antara lain:

(a) Subjektif : Kram atau nyeri abdomen, nafsu makan menurun

(b) Objektif : Bising usus hiperaktif, otot menelan lemah

d) Kondisi klinis terkait

Infeksi

4) Ansietas **D.0080**

a) Definisi

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

b) Penyebab

Kekhawatiran mengalami kegagalan

c) Batasan karakteristik

(1) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa ansietas antara lain:

(a) Subjektif : Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi

(b) Objektif : Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

## (2) Data minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa ansietas antara lain:

(a) Subjektif : Mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya

(b) Objektif : frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu

## d) Kondisi klinis terkait

Rencana operasi

Uraian diagnosa keperawatan pada *post operatif* :

1) Nyeri akut **D.0077**

## a) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

## b) Penyebab

Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

## c) Batasan karakteristik

## (1) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain :

(a) Subjektif : Mengeluh nyeri

(b) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah,  
frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

(2) Data minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain :

(a) Subjektif : Tidak tersedia

(b) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah,  
nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis

d) Kondisi klinis terkait

Kondisi pembedahan

2) Gangguan integritas kulit/jaringan **D.0129**

a) Definisi

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, facia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen)

b) Penyebab

Perubahan sirkulasi

c) Batasan karakteristik

(1) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan antara lain :

(a) Subjektif : Tidak tersedia

(b) Objektif : Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

(2) Data minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan antara lain :

(a) Subjektif : Tidak tersedia

(b) Objektif : Nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma

d) Kondisi klinis terkait

-

3) Gangguan mobilitas fisik **D.0054**

a) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

b) Penyebab

Nyeri

c) Batasan karakteristik

(1) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa gangguan mobilitas fisik antara lain :

(a) Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan extremitas

(b) Objektif : Kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun

(2) Data minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa gangguan mobilitas fisik antara lain :

(a) Subjektif : Nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak

(b) Objektif : Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah

d) Kondisi klinis terkait

Trauma

4) Resiko infeksi **D.0142**

a) Definisi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

b) Faktor resiko

Efek prosedur invasif

c) Kondisi klinis terkait

Tindakan invasif

## C. Konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan

menggunakan tiga metode, yaitu wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik (Bolat & Teke, 2020).

Menurut (Lestari, 2019) pengkajian adalah fase pertama proses keperawatan, Data yang dikumpulkan meliputi :

a. Identitas

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor register, diagnosa medik, alamat, semua data mengenai identitas klien tersebut untuk menentukan tindakan selanjutnya.

2) Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab ini sangat perlu untuk memudahkan dan jadi penanggung jawab klien selama perawatan, data yang terkumpul meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien dan alamat.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Merupakan keluhan yang paling utama yang dirasakan oleh klien saat pengkajian. Biasanya keluhan utama yang klien rasakan adalah nyeri.

Menurut (Nisa, 2020) nyeri post operasi adalah suatu reaksi tubuh terhadap kerusakan jaringan (mulai dari sayatan kulit hingga kerusakan yang ditimbulkan saat proses operasi),

tarikan atau regangan pada organ dalam tubuh maupun penyakitnya.

2) Riwayat penyakit sekarang

Merupakan pengembangan diri dari keluhan utama melalui metode PQRSST, paliatif atau provokatif (P) yaitu focus utama keluhan klien, quality atau kualitas (Q) yaitu bagaimana nyeri atau gatal dirasakan oleh klien, regional (R) yaitu nyeri/gatal menjalar kemana, Safety (S) yaitu posisi yang bagaimana yang dapat mengurangi nyeri/gatal atau klien merasa nyaman dan Time (T) yaitu sejak kapan klien merasakan nyeri/gatal tersebut.

Menurut teori (Puji, 2021) bahwa nyeri dapat terjadi setelah tindakan operasi. Proses nyeri dapat menyebabkan tekanan darah meningkat dari biasanya. Namun, peningkatan tekanan darah tersebut bersifat sementara dan tekanan darah akan kembali normal setelah mengatasi nyeri.

3) Riwayat kesehatan yang lalu

Perlu dikaji apakah klien pernah menderita penyakit sama atau pernah di riwayat sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Mengkaji ada atau tidaknya keluarga klien pernah menderita penyakit *Urolithiasis*.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Menurut (Darpana, 2021) keadaan umum yaitu baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda seperti kesadaran klien (apatis, sopor, koma, *compos mentis*) dan kesakitan (keadaan penyakit yaitu akut, kronik, ringan, sedang, berat).

a) Penampilan umum

Mengkaji tentang berat badan dan tinggi badan klien.

b) Kesadaran

Kesadaran mencakup tentang kualitas dan kuantitas keadaan klien.

c) Tanda-tanda vital

Mengkaji mengenai tekanan darah, suhu, nadi dan respirasi. Menurut (Afif, 2018) *mean arterial pressure* adalah tekanan arteri rata rata selama satu siklus denyutan jantung yang didapatkan dari pengukuran tekanan darah *systole* dan tekanan darah *diastole*. Pada perhitungan MAP akan didapatkan gambaran penting dalam tekanan darah yaitu tekanan *sistolik* adalah tekanan maksimal ketika darah dipompakan dari ventrikel kiri, batas normal dari tekanan sistolik adalah 120 mmHg, tekanan diastolic adalah tekanan darah pada saat relaksasi, batas normal dari tekanan diastolic adalah 80 mmHg. Tekanan diastolik

menggambarkan tahanan pembuluh darah yang harus dicapai jantung.

2) Sistem perkemihan

Mengkaji tentang keadaan abdomen. Biasanya pada penyakit ini saat teraba oleh tangan terasa sakit pada perut bagian kanan bawah.

d. Pola aktivitas

1) Nutrisi

Dikaji tentang porsi makan, nafsu makan

2) Aktivitas

Dikaji tentang aktivitas sehari-hari, kesulitan melakukan aktivitas dan anjuran bedrest

3) Aspek psikologis

Kaji tentang emosi, Pengetahuan terhadap penyakit, dan suasana hati

4) Aspek penunjang

a) Hasil pemeriksaan Laboratorium.

b) Obat-obatan terapi sesuai dengan anjuran dokter.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu,

keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (TIM POKJA SDKI PPNI, 2016).

Ada lima tipe diagnosa, yaitu aktual, risiko, kemungkinan, sehat dan sindrom. Diagnosa keperawatan aktual menyajikan keadaan yang secara klinis telah divalidasi melalui batasan karakteristik mayor yang dapat diidentifikasi. Diagnosa keperawatan risiko menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. Masalah dapat timbul pada seseorang atau kelompok yang rentan dan ditunjang dengan faktor risiko yang memberikan kontribusi pada peningkatan kerentanan. Diagnosa keperawatan risiko adalah keputusan klinis tentang individu, keluarga, atau komunitas yang sangat rentan untuk mengalami masalah dibanding individu atau kelompok lain pada situasi yang sama atau hampir sama. Diagnosa keperawatan kemungkinan menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. Pada keadaan ini masalah dan faktor pendukung belum ada tetapi sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah. Diagnosa keperawatan *Wellness* (Sejahtera) atau sehat adalah keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga, dan atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi yang menunjukkan terjadinya peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif. Diagnosa keperawatan sindrom adalah diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa aktual dan risiko tinggi yang

diperkirakan akan muncul karena suatu kejadian atau situasi tertentu (Yeni & Ukur, 2019).

Diagnosa Keperawatan yang biasa muncul pada klien *Urolithiasis* setelah mengalami pembedahan adalah :

Masalah keperawatan pada *Pre operatif* :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)
- b. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan iritasi kandung kemih
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
- d. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

Masalah keperawatan pada *Post operatif* :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi)
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- d. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif

### 3. Intervensi keperawatan

Perencanaan Keperawatan adalah sebuah proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah,

menurunkan, serta mengurangi masalah-masalah klien (Syafridayani, 2019).

Intervensi Keperawatan yang biasa muncul pada klien *Urolithiasis* setelah mengalami pembedahan dengan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (TIM POKJA SIKI DPP PPNI, 2018) :

Intervensi keperawatan pada pasien *pre operatif* :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) **D.0077**

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut pre operatif

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan nyeri pasien berkurang atau menurun.</p> <p>Kriteria hasil : Tingkat nyeri <b>L.08066</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri menurun</li> <li>Meringis menurun</li> <li>Sikap protektif menurun</li> <li>Gelisah menurun</li> <li>Kesulitan tidur menurun</li> <li>Frekuensi nadi membaik</li> <li>Pola nafas membaik</li> <li>Tekanan darah membaik</li> <li>Pola tidur membaik</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri <b>I. 08238</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>

b. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan iritasi kandung kemih **D.0040**

Tabel 2.2 Intervensi Gangguan Eliminasi Urine pre operatif

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan eliminasi urine membaik.</p> <p>Kriteria hasil : Eliminasi urine <b>L.04034</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Desakan berkemih menurun</li> <li>Berkemih tidak tuntas menurun</li> <li>Urine menetes (<i>dribbling</i>) menurun</li> <li>Frekuensi BAK membaik</li> </ol>	<p>Manajemen eliminasi urine <b>I.04152</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine</li> <li>Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine</li> <li>Monitor eliminasi urine (frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih</li> <li>Batasi asupan cairan, <i>jika perlu</i></li> <li>Ambil sampel urine tengah (<i>midstream</i>) atau kultur</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih</li> <li>Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine</li> <li>Ajarkan mengambil spesimen urine midstream</li> <li>Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih</li> <li>Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan</li> <li>Anjurkan minum yang cukup, <i>jika tidak ada kontraindikasi</i></li> <li>Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra, <i>jika perlu</i></li> </ol>

c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan **D.0019**

Tabel 2.3 Intervensi Defisit Nutrisi pre operatif

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan nstatus nutrisi membaik.</p> <p>Kriteria hasil :            Staus nutrisi <b>L.06053</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>Nyeri abdomen menurun</li> <li>Berat badan membaik</li> <li>IMT membaik</li> <li>Frekuensi makan membaik</li> <li>Nafsu makan membaik</li> <li>Bising usus membaik</li> <li>Membran mukosa membaik</li> </ol>	<p>Manajemen nutrisi <b>I.03119</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi status nutrisi</li> <li>Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>Monitor asupan makanan</li> <li>Monitor berat badan</li> <li>Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, <i>jika perlu</i></li> <li>Fasilitasi menentukan pedoman diet (piramida makanan)</li> <li>Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i></li> <li>Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika supan oral dapat ditoleransi</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan posisi duduk, <i>jika mampu</i></li> <li>Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (peredam nyeri, antiemetik), <i>jika perlu</i></li> <li>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i></li> </ol>

- d. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

**D.0080**

Tabel 2.4 Intervensi Ansietas pre operatif

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan ansietas menurun.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Tingkat ansietas <b>L.09093</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>Perilaku gelisah menurun</li> <li>Perilaku tegang menurun</li> <li>Tekanan darah menurun</li> <li>Pola tidur membaik</li> </ol>	<p>Reduksi ansietas <b>L.09314</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor)</li> <li>Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, <i>jika memungkinkan</i></li> <li>Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i></li> <li>Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, <i>sesuai kebutuhan</i></li> <li>Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>Latih teknik relaksasi</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, <i>jika perlu</i></li> </ol>

Intervensi keperawatan pada pasien *post operatif* :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi) **D.0077**

Tabel 2.5 Intervensi Nyeri Akut post operatif

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan nyeri pasien berkurang atau menurun.</p> <p>Kriteria hasil : Tingkat nyeri <b>L.08066</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri menurun</li> <li>Meringis menurun</li> <li>Sikap protektif menurun</li> <li>Gelisah menurun</li> <li>Kesulitan tidur menurun</li> <li>Frekuensi nadi membaik</li> <li>Pola nafas membaik</li> <li>Tekanan darah membaik</li> <li>Pola tidur membaik</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri <b>I. 08238</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>

- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi **D.0129**

Tabel 2.6 Intervensi Gangguan Integritas Kulit/Jaringan post operatif

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : Integritas kulit dan jaringan <b>L.14125</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kerusakan jaringan menurun</li> <li>Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>Nyeri menurun</li> <li>Hematoma menurun</li> <li>Kemerahan menurun</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi <b>I. 05173</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)</li> <li>Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>Libatkan keluarga membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi</li> <li>Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri **D.0054**

Tabel 2.7 Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik post operatif

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat.</p> <p>Kriteria hasil : Mobilitas fisik <b>L.05042</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>Kekuatan otot meningkat</li> <li>Nyeri menurun</li> <li>Kecemasan menurun</li> <li>Gerakan terbatas menurun</li> </ol>	<p>Perawatan luka <b>I. 05173</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor karakteristik luka</li> <li>Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lakukan perawatan luka</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu</li> <li>Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ol>

d. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif **D.0142**

Tabel 2.8 Intervensi Resiko Infeksi post operatif

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... Diharapkan tingkat infeksi menurun.</p> <p>Kriteria hasil : Tingkat infeksi <b>L.14137</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kebersihan tangan meningkat</li> <li>Kebersihan badan meningkat</li> <li>Kemerahan menurun</li> <li>Nyeri menurun</li> </ol>	<p>Pencegahan infeksi <b>I. 14539</b></p> <p>Observasi :</p> <p>Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Batasi jumlah pengunjung</li> <li>Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>Ajarkan etika batuk</li> <li>Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ol>

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap pelaksanaan dalam proses keperawatan. Dalam implementasi terdapat susunan dan tatanan pelaksanaan yang akan mengatur kegiatan pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan yang sudah ditetapkan. Implementasi keperawatan ini juga mengacu pada kemampuan perawat baik secara praktik maupun intelektual (Lingga, 2019).

5. Evaluasi keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah

ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Harahap, 2019).

Menurut (Nanda, 2020) terdapat dua jenis evaluasi :

a. Evaluasi *Formatif* (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi *Sumatif* (Hasil)

Evaluasi *sumatif* adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi *sumatif* ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan implementasinya sudah berhasil di capai. Tujuan evaluasi adalah melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa di laksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang di berikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Pendekatan atau Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan merupakan deskriptif analitik dalam bentuk studi kasus. Untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada klien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **B. Subyek Penelitian**

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan ini adalah

##### 1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik atau persyaratan umum yang diharapkan peneliti untuk bisa memenuhi subjek penelitiannya.

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Klien dengan *Urolithiasis*
- b. Klien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan
- c. Klien bersedia menjadi responden
- d. Klien kooperatif
- e. Klien dengan kesadaran penuh

## 2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah suatu karakteristik dan populasi yang dapat menyebabkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi namun tidak dapat disertakan menjadi subjek penelitian (Rahmawati, Sudarmanto, & Hasan, 2019).

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Klien tidak bersedia menjadi responden
- b. Pasien tidak kooperatif
- c. Pasien dengan penurunan kesadaran

### **C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)**

Definisi operasional menjelaskan semua istilah yang digunakan dan batasan yang berhubungan dengan judul penelitian “Asuhan Keperawatan pada Klien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo kota Balikpapan tahun 2021.”

Definisi operasional karya tulis ini adalah :

#### 1. Variabel bebas

Asuhan keperawatan adalah seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan dengan kiat-kiat keperawatan. Dalam proses perawatan, asuhan keperawatan dilaksanakan dalam beberapa tahap yang meliputi Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Perencanaan (Intervensi), Pelaksanaan (Implementasi), Evaluasi (formatif/proses dan sumatif).

## 2. Variabel terikat

Urolithiasis adalah proses pembentukan batu secara berbeda bagian dari saluran kemih, termasuk ginjal, ureter, dan uretra. Urolithiasis suatu kondisi yang terjadi ketika batu - batu ini keluar dari ginjal dan berpindah ke bagian lain dari sistem pengumpul urin, yang meliputi ureter, kandung kemih dan uretra. Untuk menentukan penyakit dapat dilihat dari rekam medis yang tercatat diruangan dengan dinyatakan pasien terdiagnosa batu saluran kemih seperti batu ginjal, batu ureter, dan batu uretra.

### **D. Lokasi dan Waktu Penelitian**

#### 1. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Ruang Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

#### 2. Waktu penelitian

Asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari. Pada pasien 1 pada tanggal 17 Juni 2021 - 19 Juni 2021, pasien 2 pada tanggal 21 Juni 2021 - 23 Juni 2021.

### **E. Prosedur Penelitian**

Prosedur penelitian pada karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Penelitian ini diawali dengan penyusunan proposal penelitian dengan menggunakan metode studi kasus.

2. Setelah disetujui oleh penguji, maka penelitian dilanjutkan dengan kegiatan pengajuan izin pengumpulan data di lokasi penelitian.
3. Kegiatan penelitian dilanjutkan dengan menemui responden yang akan dijadikan subyek penelitian untuk menjelaskan maksud, tujuan dan manfaat dilakukannya penelitian serta meminta persetujuan/ *informed consent*.
4. Setelah melakukan *informed consent* maka penelitian dilanjutkan dengan pengumpulan data melalui proses asuhan keperawatan. Data yang didapat berupa hasil pengkajian, observasi, wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek penelitian.
5. Pengkajian dilakukan pada klien dengan *urolithiasis*.
6. Merumuskan diagnosa pada klien dengan *urolithiasis*.
7. Menentukan intervensi keperawatan sesuai masalah keperawatan.
8. Melakukan implementasi keperawatan pada klien dengan *urolithiasis*.
9. Melakukan evaluasi segera setelah tindakan dilakukan dan rekapitulasi serta kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan dengan melihat tujuan yang telah tercapai.
10. Data-data yang diperoleh selanjutnya diolah dan hasilnya dituangkan dalam bentuk narasi.

## **F. Teknik dan instrument Pengumpulan Data**

1. Teknik Pengumpulan Data
  - a. Wawancara

Wawancara yaitu hasil anamnesa berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang - dahulu - keluarga dan lain-lain. Sumber data yang didapat bisa dari klien, keluarga atau rekam medik.

b. Observasi

- 1) Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi).
- 2) Pengukuran tanda-tanda vital.
- 3) Dokumentasi asuhan keperawatan.

c. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan data yang didapatkan dari pemeriksaan diagnostik.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan dewasa sesuai ketentuan yang berlaku di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur. Penegakkan diagnosa menggunakan SDKI dan intervensi menggunakan SIKI dan SLKI, melakukan pelaksanaan dan evaluasi.

### **G. Uji Keabsahan Data**

Keabsahan data dimaksud untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), keabsahan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara peneliti melakukan Asuhan Keperawatan secara koherensi dan komprehensif, peneliti

juga memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti. Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan data dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam penelitian menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Tiga teknik triangulasi yaitu :

1. Triangulasi sumber

Triangulasi sumber berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama. Misalnya melalui observasi dan wawancara, peneliti bisa menggunakan observasi terlihat pada dokumen-dokumen klien atau rekam medis, dan pemeriksaan penunjang yang dapat berupa foto atau gambar.

2. Triangulasi teknik

Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber data yang sama.

3. Triangulasi waktu

Triangulasi waktu juga dapat mempengaruhi kredibilitas data. Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara dipagi hari saat narasumber

masih segar sehingga akan memungkinkan data yang lebih valid (Winayarti, 2020).

## **H. Analisis Data**

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya melakukan analisis data. Data yang dikumpulkan tersebut dapat berupa data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien berupa suatu pendapat terhadap suatu situasi atau kejadian. Sedangkan data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, yang diperoleh menggunakan panca indera (melihat, mendengar, mencium, dan meraba) selama pemeriksaan fisik. Dari data tersebut, selanjutnya peneliti menegakkan diagnose keperawatan. Kemudian peneliti menyusun intervensi atau rencana keperawatan, melakukan implementasi atau penatalaksanaan serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti mereview hasil dari kasus kelolaan post operatif *urolithiasis* yang selanjutnya akan diuraikan hasil dan pembahasan mengenai data umum tentang Asuhan keperawatan pada klien post operatif *urolithiasis* diruangan Flamboyan B di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

#### A. Hasil

##### 1. Gambaran lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di Jalan MT Haryono No. 656 Balikpapan.

Dalam penelitian ini peneliti melakukan pengambilan data pada klien 1 pada tanggal 17 Juni 2021 - 19 Juni 2021 dan klien 2 pada tanggal 21 Juni 2021 - 23 Juni 2021. Ruang Flamboyan B adalah ruangan yang dikhususkan merawat klien-klien dengan kasus bedah dan non bedah. Ruang Flamboyan B terletak di lantai dua RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Adapun batasan-batasan Ruang Flamboyan B yaitu sebagai berikut: sebelah timur terdapat Ruang Flamboyan A, sebelah selatan terdapat Ruang Pantry dan tangga lantai dua, sebelah utara berbatasan dengan Ruang Flamboyan A dan E serta sebelah barat berbatasan dengan Ruang Flamboyan C.

Bangunan Ruang Flamboyan B terdiri dari 8 kamar tidur dengan kapasitas 32 tempat tidur, 1 ruang tindakan, 1 ruang spoel hoek, 1 ruang perawat (nurse station), 1 pantry dan 1 gudang.

Kasus yang dirawat di ruang Flamboyan B meliputi kasus, Gagal Ginjal Kronik, Penyakit Paru Obstuktif Kronis, Diabetes Mellitus, Efusi Pleura, Cholelithiasis, Laparatomy, Fraktur, CHF, CKR, Abses Hepar, Batu Ginjal, Batu Ureter. Pada sub-sub ini akan dijelaskan sebagai berikut :

## 2. Data asuhan keperawatan

### a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien dengan *Urolithiasis*

<b>Identitas Klien</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Nama	Tn. S	Ny. D
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Perempuan
Umur	42 Tahun	47 tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Tukang bengkel	IRT
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMA	SLTP
Alamat	Jl. Raya petung Km. 20	Jl. Telaga Sari RT. 33 No. 10
Diagnosa Medis	Batu ginjal dextra+ Batu Ureter dextra + Hidronefrosis dextra	Batu ureter dextra + Hidronefrosis dextra
Nomor Register	00.46.79.xx	00.51.09.xx
MRS/ Tgl Pengkajian	14 Juni 2021/ 17 Juni 2021	20 Juni 2021/ 21 Juni 2021
Keluhan utama	Pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang kanan post operasi	Pasien mengeluh nyeri saat BAK post operasi

Riwayat penyakit sekarang	Pasien mengatakan datang ke IRD dari poli urologi mengatakan nyeri pada pinggang bagian kanan, Nyeri BAK. Pada post operasi klien mengeluh nyeri pada bagian pinggang kanan. P : Luka post operasi Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Perut kanan menjalar ke pinggang S : Skala nyeri 4 T : Nyeri hilang timbul	Pasien masuk pada tanggal 20 Juni 2021 dengan keluhan nyeri bagian perut kanan. Pada post operasi klien mengeluh nyeri saat BAK, merasa nyeri saat berjalan. P : Nyeri post operasi Q : Nyeri seperti nyut-nyutan R : Lesi pada ureter S : Skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul
Riwayat penyakit dahulu	Klien pernah dirawat di RS sebelumnya. Op batu ginjal --> DJ Stent	Pasien tidak ada riwayat penyakit terdahulu
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan keluarga ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan yaitu Hipertensi.	Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang menerita penyakit seperti pasien, tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan dan menular
Psikososial	Pasien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Ekspresi klien terhadap penyakitnya sedikit meringis. Reaksi saat berinteraksi pasien dapat kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri.	Pasien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Ekspresi klien terhadap penyakitnya sedikit meringis. Reaksi saat berinteraksi pasien dapat kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri.
Spiritual	Kebiasaan beribadah a. Sebelum sakit pasien sering beribadah b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang -kadang	Kebiasaan beribadah a. Sebelum sakit pasien sering beribadah b. Setelah sakit pasien beribadah hanya kadang - kadang

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas klien. Pada klien 1 bernama Tn. S berusia 42 tahun, berjenis kelamin laki-laki

masuk rumah sakit pada tanggal 14 Juni 2021 dan dilakukan pengkajian pada 17 Juni 2021 dengan diagnosa medis batu ginjal dextra+batu ureter dextra+hidronefrosis dextra. Sedangkan pada klien 2 bernama Ny. D berusia 47 tahun, berjenis kelamin perempuan, masuk rumah sakit pada tanggal 20 Juni 2021 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 21 Juni 2021 dengan diagnosa medis batu ureter dextra+hidronefrosis dextra.

Pada pengkajian riwayat kesehatan dalam keluhan utama pada klien 1 pada post operasi ditemukan nyeri pada bagian pinggang kanan. Pada klien 2 pada post operasi ditemukan nyeri saat BAK. Pada riwayat kesehatan sekarang ditemukan data klien 1 pada tanggal 14 Juni 2021 klien mengatakan datang ke IRD dari poli urologi mengatakan nyeri pada perut bagian kanan, Nyeri BAK. Pada post operasi klien mengeluh nyeri pada pinggang kanan. Sedangkan data pada klien 2, klien masuk pada tanggal 20 Juni 2021 dengan keluhan nyeri bagian perut kanan. Pada post operasi klien mengeluh nyeri saat BAK. Data dari pengkajian psikososial pada klien 1 dan 2, Pasien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Ekspresi klien terhadap penyakitnya sedikit meringis. Reaksi saat berinteraksi pasien dapat kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri.

Tabel 4.2 Hasil observasi dan pemeriksaan fisik pada Klien 1 dan Klien 2 di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Pemeriksaan fisik	Klien 1	Klien 2
1. Keadaan umum	Sedang Terpasang infus di tangan kanan Terpasang kateter Sakit sedang	Sedang Terpasang pemflon di tangan kanan Sakit sedang
2. Kesadaran	Tingkat kesadaran Compos Mentis <i>Glasgow Coma Scale (GCS)</i> E4M5V4	Compos Mentis E <sub>4</sub> M <sub>5</sub> V <sub>4</sub>
3. Tanda-tanda vital	TD : 146/90 mmHg N : 63 x/menit S : 37 <sup>0</sup> C RR : 20 x/menit MAP : 108,6 mmHg	TD : 135/84 mmHg Nadi : 94 x/menit S : 36 °C RR : 20 kali/menit MAP : 101 mmHg
4. Kenyamanan/nyeri	P : Luka post operasi Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Perut kanan menjalar ke pinggang S : Skala nyeri 4 T : Nyeri terasa hilang timbul	P : Nyeri post operasi Q : Nyeri seperti nyut-nyutan R : Lesi pada ureter S : Skala nyeri 5 T : Nyeri terasa hilang timbul
5. Status Fungsional/ Aktivitas dan Mobilisasi	a. Klien mengatakan bisa miring kanan miring kiri dengan perlahan-lahan dan bisa duduk dengan bantuan. b. Mengendalikan rangsang defekasi (BAB) : 2 (mandiri) c. Mengendalikan rangsang berkemih (BAK): 0 (pakai kateter) d. Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi): 1 (mandiri) e. Penggunaan jamban, masuk dan keluar: 1(Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain) f. Makan: 2 (mandiri) g. Berubah sikap dari	a. Klien mengatakan nyeri saat BAK. b. Mengendalikan rangsang defekasi (BAB) : 2 (mandiri) c. Mengendalikan rangsang berkemih (BAK): 2 (mandiri) d. Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi): 1 (mandiri) e. Penggunaan jamban, masuk dan keluar: 1 (Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain) f. Makan: 2 (mandiri) g. Berubah sikap dari berbaring ke duduk: 1(bantuan) h. Berpindah/berjalan: 2 (berjalan dengan bantuan 1 orang)

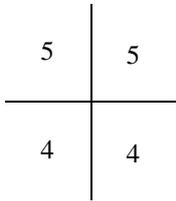
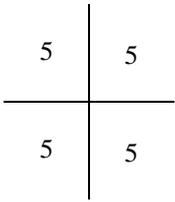
	<p>berbaring ke duduk: 1 (bantuan)</p> <p>h. Berpindah/berjalan: 2 (berjalan dengan bantuan 1 orang)</p> <p>i. Memakai baju: 2 (mandiri)</p> <p>j. Naik turun tangga: 1 (butuh pertolongan)</p> <p>k. Mandi : 1 (mandiri)</p> <p>Total Skor : 13 (Ketergantungan ringan).</p>	<p>i. Memakai baju: 2 (mandiri)</p> <p>j. Naik turun tangga: 1 (butuh pertolongan)</p> <p>k. Mandi: 1 (mandiri)</p> <p>Total Skor: 15 (Ketergantungan ringan).</p>
6. Pemeriksaan kepala a. Rambut	Finger print di tengah frontal terdehidrasi, kulit kepala bersih, bentuk kepala oval, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala klien, penyebaran rambut merata, warna hitam beruban putih, tidak mudah patah dan tidak bercabang, rambut terlihat kusam.	Simetris, tidak ada benjolan, kulit kepala bersih, tidak ada lesi, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam dan penyebaran merata, tidak ada kelainan.
b. Mata	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri, tidak ada edema pada kelopak mata, kornea mata jernih, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, reflek pupil baik, tidak ada kelainan	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri, tidak ada edem pada kelopak mata, kornea mata jernih, konjungtiva tidak anemis, sclera ikterik, reflek pupil baik, tidak ada kelainan
c. Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, tidak ada masalah pada tulang hidung dan posisi septum nasi ditengah.	Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, tidak ada masalah pada tulang hidung dan posisi septum nasi ditengah.
d. Rongga Mulut	Tidak ada sianosis, tidak ada luka, gigi lengkap, warna lidah merah muda, mukosa bibir lembab, letak uvula simetris ditengah.	Tidak ada sianosis, tidak ada luka, gigi lengkap, warna lidah merah muda, mukosa bibir lembab, letak uvula simetris ditengah.
e. Telinga	Daun telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga tidak kotor dan tidak ada benda asing, ketajaman pendengaran baik.	Bentuk telinga simetris, ukuran telinga sedang, kanalis telinga tidak kotor, tidak ada benda asing, pendengaran pasien baik

7. Pemeriksaan Leher	Posisi trakea simetris di tengah, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar <i>lympe</i> , denyut nadi karotis teraba kuat.	Posisi trachea normal pada posisi nya, tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada perubahan suara dan suara terdengar jelas, tidak ada pembesaran kalenjer lympe, tidak teraba vena jugularis, denyut nadi karotis teraba kencang dan teratur
8. Pemeriksaan thorak : Sistem Pernafasan	<p><b>Inspeksi :</b> Bentuk thorak simetris kiri dan kanan Tidak terdapat otot bantu pernafasan</p> <p><b>Palpasi :</b> Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri, Tidak ada kelainan</p> <p><b>Perkusi :</b> Sonor</p> <p><b>Auskultasi :</b> a. Suara nafas vesikuler b. Suara ucapan jelas c. Tidak terdapat suara nafas tambahan</p>	<p><b>Inspeksi :</b> a. Bentuk thorak simetris kiri dan kanan b. Tidak terdapat otot bantu pernafasan</p> <p><b>Palpasi :</b> Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri, Tidak ada kelainan</p> <p><b>Perkusi :</b> Sonor</p> <p><b>Auskultasi :</b> a. Suara nafas vesikuler b. Suara ucapan jelas c. Tidak terdapat suara nafas tambahan</p>
9. Pemeriksaan jantung : Sistem Kardiovaskuler	<p>Tidak ada nyeri dada</p> <p>a. Inspeksi Ictus cordis tidak terlihat dan tidak tampak adanya pembesaran jantung</p> <p>b. Palpasi Ictus Kordis teraba di ICS 5 dan akral hangat</p> <p>c. Perkusi - Batas atas : ICS II line sternal dextra - Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra - Batas kanan : ICS III line sternal dextra - Batas kiri : ICS III line sternal sinistra</p> <p>d. Auskultasi - BJ II Aorta : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal :</p>	<p>Tidak ada nyeri dada</p> <p>a. Inspeksi Ictus cordis tidak terlihat dan tidak tampak adanya pembesaran jantung</p> <p>b. Palpasi Ictus Kordis teraba di ICS 5 dan akral hangat</p> <p>c. Perkusi - Batas atas : ICS II line sternal dekstra - Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra - Batas kanan : ICS III line sternal dekstra - Batas kiri : ICS III line sternal sinistra</p> <p>d. Auskultasi - BJ II Aorta : Dub, reguler dan intensitas kuat - BJ II Pulmonal : Dub, reguler dan intensitas kuat</p>

	<p>Dub, reguler dan intensitas kuat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BJ I Trikuspid : Lub, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ I Mitral : Lub, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- Tidak ada bunyi jantung tambahan</li> <li>- Tidak ada kelainan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BJ I Trikuspid : Lub, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- BJ I Mitral : Lub, reguler dan intensitas kuat</li> <li>- Tidak ada bunyi jantung tambahan</li> <li>- Tidak ada kelainan</li> </ul>
10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	<p>BB : 71 kg TB : 168 cm BMI = 25,1 Kategori : berat badan berlebih</p> <p>Tidak ada penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dan nafsu makan baik.</p> <p>BAB pasien dirumah 1 x/hari dan dirumah sakit dengan konsistensi lunak. BAK pasien dirumah bisa 5-6 x/hari sedangkan dirumah sakit bisa 4-5x/hari. Tidak ada masalah pada BAB dan BAK pasien</p> <p>Saat di rumah klien memiliki kebiasaan makan dengan nasi, dan lauk sejumlah 1 porsi sedang sekali makan dengan frekuensi 3 kali sehari pada pagi, siang, dan malam. Saat di rumah, klien memiliki kebiasaan minum sejumlah ± 1000 ml, minuman yang diminum oleh klien berupa air putih. Pasien sering minum-minuman bersoda. Di rumah sakit, pasien makan dengan nasi, sayur, lauk dan buah sejumlah 1 porsi sedang sekali makan dengan frekuensi 3 kali sehari pada pagi, siang, dan malam. Saat di rumah sakit, klien minum sejumlah ± 1000 ml, minuman yang diminum</p>	<p>BB : 49 kg TB : 144 cm BMI = 23,6 Kategori : berat badan normal</p> <p>Tidak ada penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dan nafsu makan baik.</p> <p>BAB pasien dirumah 1 x/hari dan dirumah sakit dengan konsistensi lunak. BAK pasien dirumah bisa 5-6 x/hari sedangkan dirumah sakit bisa 4-5x/hari. Tidak ada masalah pada BAB dan BAK pasien</p> <p>Pola makan pasien dirumah 3x/hari, makan dengan nasi dan lauk sedangkan dirumah sakit pasien mengatakan makan 3x/hari dengan nasi, lauk dan sayur/1 porsi. Jumlah cairan atau minum pasien dirumah sampai 1000 cc/hari sedangkan dirumah sakit ±1500 cc/hari. Pasien tidak memiliki alergi atau pantangan untuk makanan, tidak ada kesulitan mengunyah tidak ada kesulitan menelan, mual tapi tidak muntah, pasien dapat makan sendiri</p>

	oleh klien berupa air putih. Pasien tidak memiliki pantangan atau alergi, tidak memiliki kesulitan dalam mengunyah dan menelan, tidak ada mual dan muntah. Semenjak sakit, pasien dapat makan sendiri.	
Abdomen	<p><b>Inspeksi</b> Bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan vena, tidak ada lesi, tidak ada benjolan atau massa, ada luka bekas operasi</p> <p><b>Auskultasi</b> Bising usus 7x/menit</p> <p><b>Palpasi</b> Terdapat nyeri tekan, tidak ada teraba massa, tidak ada pembesaran hepar dan ginjal.</p> <p><b>Perkusi</b> Suara abdomen tympani, tidak ada asites</p>	<p><b>Inspeksi</b> Bentuk abdomen datar, tidak ada pembesaran, tidak ada lesi, tidak ada benjolan atau massa, tidak tampak bayangan pembuluh darah</p> <p><b>Auskultasi</b> Bising usus 8x/menit</p> <p><b>Palpasi</b> Terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan atau massa, tidak teraba pembesaran hepar dan ginjal</p> <p><b>Perkusi</b> Suara abdomen tympani, tidak ada asites</p>
11. Sistem Persyarafan	<p>a. Tingkat kesadaran : Compos mentis</p> <p>b. Perhatian : Dapat mengulang</p> <p>c. Bahasa : komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia</p> <p>d. Kognisi dan Orientasi : dapat mengenal orang, tempat dan waktu</p> <p>e. Refleks Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patella : 2</li> <li>- Achilles : 2</li> <li>- Bisep : 2</li> <li>- Trisep : 2</li> <li>- Brankioradialis : 2</li> </ul> <p>f. Tidak ada keluhan pusing</p> <p>g. Istirahat/ tidur 6 jam/hari</p> <p>h. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N1 : Pasien mampu mencium bau</li> </ul>	<p>a. Tingkat kesadaran : Compos mentis</p> <p>b. Perhatian : Dapat mengulang</p> <p>c. Bahasa : komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia</p> <p>d. Kognisi dan Orientasi : dapat mengenal orang, tempat dan waktu</p> <p>e. Refleks Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patella : 2</li> <li>- Achilles : 2</li> <li>- Bisep : 2</li> <li>- Trisep : 2</li> <li>- Brankioradialis : 2</li> </ul> <p>f. Tidak ada keluhan pusing</p> <p>g. Istirahat/ tidur 6 jam/hari</p> <p>h. Pemeriksaan syaraf kranial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N1 : Pasien mampu mencium bau</li> <li>- N2 : Pasien mampu</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N2 : Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm</li> <li>- N3 : Pasien mampu mengangkat kelopak mata</li> <li>- N4 : Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah</li> <li>- N5 : Pasien mampu mengunyah</li> <li>- N6 : Pasien mampu menggerakkan mata kesamping</li> <li>- N7 : Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata</li> <li>- N8 : Pasien mampu mendengar dengan baik</li> <li>- N9 : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam</li> <li>- N10 : Pasien mampu menelan</li> <li>- N11 : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan</li> <li>- N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>melihat dalam jarak 30 cm</li> <li>- N3 : Pasien mampu mengangkat kelopak mata</li> <li>- N4 : Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah</li> <li>- N5 : Pasien mampu mengunyah</li> <li>- N6 : Pasien mampu menggerakkan mata kesamping</li> <li>- N7 : Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata</li> <li>- N8 : Pasien mampu mendengar dengan baik</li> <li>- N9 : Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam</li> <li>- N10 : Pasien mampu menelan</li> <li>- N11 : Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan</li> <li>- N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah keberbagai arah</li> </ul>
12. Sistem Perkemihan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kebersihan : Bersih</li> <li>b. Kemampuan berkemih : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menggunakan kateter</li> <li>- Produksi urine 1500 ml/hari</li> <li>- Warna : Kuning cerah</li> <li>- Bau : Khas urine</li> </ul> </li> <li>c. Tidak ada distensi kandung kemih tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kebersihan : Bersih</li> <li>b. Kemampuan berkemih : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spontan , Saat post op hari ke-2 memakai kateter</li> <li>- Produksi urine 1500 ml/hari</li> <li>- Warna : Kuning cerah</li> <li>- Bau : Khas urine</li> </ul> </li> <li>c. Tidak ada distensi kandung kemih tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</li> </ul>

<p>13. Sistem muskuloskeletal dan Integumen</p>	<p>a. Pergerakan sendi bebas b. Kekuatan otot</p>  <p>c. Tidak ada kelainan ekstremitas dan tulang belakang d. Kulit bersih, turgor kulit baik e. Terdapat luka post operasi f. Tidak terdapat edema g. Akral teraba hangat h. Turgor kulit kembali dalam kurang dari 2 detik i. Tidak ada ekskoriasis, psoriasis, urtikaria j. Nilai resiko decubitus, pasien dalam kategori rendah yaitu 20</p>	<p>a. Pergerakan sendi bebas b. Kekuatan otot</p>  <p>c. Tidak ada kelainan ekstremitas dan tulang belakang d. Kulit bersih, turgor kulit baik e. Terdapat lesi pada ureter post operasi f. Tidak terdapat edema g. Akral teraba hangat h. Turgor kulit kembali dalam kurang dari 2 detik i. Tidak ada ekskoriasis, psoriasis, urtikaria j. Nilai resiko decubitus, pasien dalam kategori rendah yaitu 20</p>
<p>14. Sistem Endokrin</p>	<p>a. Tidak ada pembesaran pada kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening b. Tidak terdapat hipoglikemia dan hiperglikemia c. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan riwayat amputasi sebelumnya</p>	<p>a. Tidak ada pembesaran pada kelenjar tyroid dan kelenjar getah bening b. Tidak terdapat hipoglikemia dan hiperglikemia c. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan riwayat amputasi sebelumnya</p>
<p>15. Keamanan Lingkungan</p>	<p>Penilaian risiko klien jatuh dengan skala morse. a. Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir yaitu tidak (0) b. Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa yaitu Ya (15) c. Menggunakan alat bantu yaitu <i>dibantu perawat</i> (0) d. Menggunakan IV dan kateter yaitu Ya (20) e. Kemampuan berjalan yaitu bedrest (0) f. Status mental yaitu orientasi sesuai</p>	<p>Penilaian risiko klien jatuh dengan skala morse. a. Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir yaitu tidak (0) b. Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa yaitu Ya (15) c. Menggunakan alat bantu yaitu <i>berpegangan pada benda-benda sekitar</i> (30) d. Menggunakan IV dan kateter yaitu Ya (20) e. Kemampuan berjalan yaitu lemah (10) f. Status mental yaitu</p>

	kemampuan diri (0)  Total skor yaitu 35 Kesimpulan : Kategori pasien : sedang	orientasi sesuai kemampuan diri (0)  Total skor yaitu 75 Kesimpulan : Kategori pasien : resiko
16. Personal hygiene	a. Diseka 1x sehari b. Keramas 1x sehari saat dirumah c. Memotong kuku bila panjang d. Ganti pakaian 1x sehari e. Sikat gigi 1x sehari f. Tidak merokok g. Tidak minum alcohol	a. Diseka 1x sehari b. Keramas 3 hari sekali saat dirumah c. Memotong kuku bila panjang d. Ganti pakaian 1x sehari e. Sikat gigi 1x sehari f. Tidak merokok g. Tidak minum alcohol

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan keamanan dan nyeri, pada klien 1 didapatkan nyeri pada pinggang kanan, nyeri skala 4, nyeri yang dirasakan hilang timbul. Sedangkan pada klien 2 didapatkan nyeri saat BAK, skala nyeri 5, nyeri yang dirasakan hilang timbul.

Pemeriksaan status fungsional aktivitas dan mobilisasi *barthel indeks* pada klien 1 total skor nya adalah 13 (ketergantungan ringan) dan pada klien 2 total skor nya adalah 15 (ketergantungan ringan).

Pemeriksaan abdomen pada klien 1 dilakukan inspeksi dan bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan vena, tidak ada lesi, tidak ada benjolan atau massa, ada luka bekas operasi. Lalu melakukan auskultasi didengarkan bising usus 7x/menit. Selanjutnya palpasi terdapat nyeri tekan, terdapat lesi pada uereter post operasi, tidak ada pembesaran hepar dan ginjal. Lalu melakukan perkusi suara abdomen tympani, tidak ada asites. Sedangkan pada klien 2 dilakukan inspeksi

dan bentuk abdomen datar, tidak ada pembesaran, tidak ada lesi, tidak ada benjolan atau massa, tidak tampak bayangan pembuluh darah, lalu dilakukan auskultasi didengarkan bising usus 8x/menit. Selanjutnya palpasi terdapat nyeri tekan, tidak ada benjolan atau massa, tidak teraba pembesaran hepar dan ginjal. Lalu melakukan perkusi suara abdomen tympani, tidak ada acites.

Pemeriksaan keamanan lingkungan pada klien 1 dengan skala morse didapatkan total skor yaitu 35 (sedang). Sedangkan klien 2 penilaian keamanan lingkungan dengan skala morse didapatkan total skor yaitu 75 (resiko).

Pengkajian personal hygiene dan kebiasaan pada klien 1 tidak ditemukan masalah selama di rumah sakit. Personal hygiene pada klien 1, mandi 1x sehari, keramas 1x sehari, memotong kuku bila panjang, ganti pakaian 1x sehari, sikat gigi 1x sehari, tidak merokok dan tidak minum alcohol. Sedangkan pengkajian personal hygiene dan kebiasaan pada klien 2 didapatkan data bahwa klien mandi 1x sehari, memotong kuku bila panjang, ganti pakaian 1x sehari, sikat gigi 1x sehari, tidak merokok dan tidak minum alcohol.

Tabel 4.3 Hasil pemeriksaan penunjang pada klien 1 dan klien 2 di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Pemeriksaan Penunjang	Klien 1	Klien 2
Laboratorium	<p>Pada tanggal 14 Juni 2021</p> <p>a. HB : 15,3 g/dl  b. Leukosit : 10,32 (H)  c. Eritrosit : 5,00  d. Hematokrit : 44,2 %  e. Trombosit : 175  f. MCV : 56,5 fL  g. MCH : 29,9 pg  h. MCHC : 34,5  i. RDW-CV : 11,4 % (L)  j. Basofil : 0,3 %  k. Eosinofil : 1,1 %  l. Neutrofil : 72,7% (H)  m. Limfosit : 18,6 (L)  n. Monosit : 7,3  o. Immature granulocyte : 0,2  p. Jumlah neutrofil : 7,51 (H)  q. Jumlah limfosit : 1,92  r. NLR : 3,91 (H)  s. Kalsium (ion) : 1,26  t. Natrium : 134 (L)  u. Kalium : 3,6  v. GDS :109 mg/dL  w. SGOT (AST) : 25  x. SGPT (ALT) : 29  y. Ureum darah : 32  z. Kreatinin darah : 1,31  aa. e-GFR : 67 (L)</p>	<p>Pada tanggal 10 Juni 2021</p> <p>a. HB : 13,0 g/dl  b. Leukosit : 9,07  c. Eritrosit : 4,47  d. Hematokrit : 36.8 % (L)  e. Trombosit : 275  f. MCV : 82,3 fL  g. MCH : 29,1 pg  h. MCHC : 35.3 g/L  i. RDW-CV : 13,7 %  j. Basofil : 0.6 %  k. Eosinofil : 1.2 %  l. Neutrofil : 58,4 %  m. Limfosit : 33 %  n. Monosit : 6,8 %  o. Immature granulocyte : 0,3  p. Jumlah neutrofil : 5,30  q. Jumlah limfosit : 2,99  r. NLR : 1,77  s. NRBC : 0,1 % (H)  t. Masa pendarahan : 3  u. Masa pembekuan : 7  v. GDS : 91 mg/dL  w. SGOT(AST) : 18 U/L  x. SGPT(AST) : 11 U/L  y. Ureum darah : 25 mg/dL  z. Kreatinin darah : 0,80  aa. e-GFR : 88 (L)  bb. HBsAg : NR</p> <p>18 Juni 2021</p> <p>a. Rapid Antigen : Negative</p>
Rontgen	Tidak ada	Ada
EKG	Tidak ada	Normal sinus rhytem
CT - Scan	14 Juni 2021 CT- Scan abdomen : Terdapat batu ureter kanan, batu ginjal kanan, dan hidronefrosis kanan	Tidak ada
USG	Tidak ada	20 Juni 2021 USG terdapat batu pada ureter kanan, dan

		hidronefrosis kanan
Lain-lain	Tidak ada	Tidak ada

Berdasarkan tabel 4.3 ditemukan data dari pemeriksaan penunjang pada klien 1 dengan nilai laboratorium didapatkan nilai leukosit tinggi yaitu 10,32, RDW-CV rendah yaitu 11,4%, neutrofil tinggi yaitu 72,7%, limfosit rendah yaitu 18,6, jumlah neutrofil tinggi yaitu 75,1, NLR tinggi yaitu 3,91, Natirum rendah yaitu 134, e-GFR rendah yaitu 67. Dan hasil CT-Scan abdomen terdapat batu ureter kanan, batu ginjal kanan, dan hidronefrosis kanan. Sedangkan dengan pasien 2 didapat hasil laboratorium hematokrit rendah yaitu 36,8%, NRBC tinggi yaitu 0,1, e-GFR rendah yaitu 88. Terdapat hasil rontgen dan EKG. Dan hasil USG terdapat batu pada ureter kanan, dan hidronefrosis kanan.

Tabel 4.4 Hasil penatalaksanaan terapi pada pasien 1 dan pasien 2 di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Klien 1	Klien 2
1. NaCl 0.9% 1000cc/24 jam (iv)	1. Ceftriaxone 1 gr 2x1 (iv)
2. Cefotaxime 1 gr 2x1 (iv)	2. Ketorolac 30 gr. 3x1 (iv)
3. Ketorolac 30 gr 3x1 (iv)	
4. Harnal ocas 0,4 mg 1x1 (po)	
5. Omeprazole 40 gr 1x1 (iv)	
6. RL 1000cc/24 jam (iv)	

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data penatalaksanaan terapi pemberian obat pada klien 1 yaitu *Nacl 0,9%*, *Cefotaxime*, *Ketorolac*,

*Harnal oca*, *Omeprazole*, dan *RL*. Sedangkan pada klien 2 yaitu *Ceftriaxone* dan *Ketorolac*.

Tabel 4.5 Analisa Data Pasien 1 ( Tn.S ) dengan *Urolithiasis post operasi* di Flamboyan B RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Tahun 2021

No.	Data (DO & DS)	Masalah	Penyebab						
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : Pasien mengatakan nyeri pinggang kanan pada bagian luka operasi</li> <li>Q : Pasien mengatakan nyeri terasa seperti luka tertusuk</li> <li>R : Nyeri pada perut kanan menjalar ke pinggang</li> <li>S : Dengan skala nyeri 4</li> <li>T : Nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis menahan sakit</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 146/90 mmHg</li> <li>- N : 63 x/menit</li> <li>- S : 37,0 °C</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> </ul>	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)						
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sulit untuk bergerak karna nyeri operasi terasa sakit jika bergerak</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak cemas saat bergerak</li> <li>- Pasien tampak meringis menahan sakit</li> <li>- Pasien terlihat lemas</li> <li>- Kekuatan otot menurun</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table>	5	5			4	4	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri
5	5								
4	4								

3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemas</li> <li>- Terdapat luka operasi pada bagian perut kanan</li> <li>- Nilai leukosit tinggi yaitu 10,32</li> </ul> <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 146/90 mmHg</li> <li>- S : 37,0 °C</li> <li>- N : 63 x/menit</li> <li>- Respirasi : 20 x/menit</li> </ul>	Resiko infeksi	Efek prosedur invasif
----	--	----------------	-----------------------

Tabel 4.6 Analisa Data Pasien 2 (Ny. D) dengan *urolithiasis post operasi* di Flamboyan B RSUD Dr.Kanujoso Djatiwibowo Tahun 2021

No.	Data (DO & DS)	Masalah	Penyebab
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : Pasien mengatakan nyeri post op</li> <li>- Q : Pasien mengatakan nyeri terasa seperti nyut-nyutan</li> <li>- R : Lesi pada ureter</li> <li>- S : Dengan skala nyeri 5</li> <li>- T : Nyeri hilang timbul</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis menahan sakit</li> <li>- Terdapat lesi pada ureter post operasi</li> </ul> <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 135/84 mmHg</li> <li>- N : 94 x/menit</li> <li>- S : 36 °C</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> </ul>	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri saat berjalan</li> <li>- Pasien mengatakan saat berjalan berpegangan pada benda-benda</li> </ul>	Resiko jatuh	Kondisi pasca operasi

	sekitar dan terkadang dibantu oleh keluarga - Pasien mengatakan sulit berjalan dan merasa takut jatuh saat berjalan dikarenakan nyeri  Do : - Pasien tampak meringis menahan sakit - Skala morse klien 75 - Pasien terlihat sulit berjalan		
--	--	--	--

b. Diagnosa dan Intervensi keperawatan

Tabel 4.7 Diagnosa dan Intervensi Keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dengan *Post Operatif Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

No	Dx Keperawatan	Tanggal	Intervensi
<b>Pasien 1 Post Operatif</b>			
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (prosedur operasi)	17 Juni 2021	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x3 jam Diharapkan nyeri pasien berkurang atau menurun. Kriteria hasil : <b>Tingkat nyeri L.08066</b> a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik g. Pola nafas membaik h. Tekanan darah membaik i. Pola tidur membaik  <b>Manajemen nyeri I. 08238</b> 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 memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan

			<p>dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</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 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	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d pasien mengatakan kesulitan bergerak karna nyeri luka post operasi	17 Juni 2021	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x3 jam Diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Mobilitas fisik <b>L.05042</b></p> <p>a. Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot meningkat</p>

			<p>c. Nyeri menurun  d. Kecemasan menurun  e. Gerakan terbatas menurun</p> <p>Dukungan mobilisasi <b>I. 05173</b>  Observasi :  a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya  b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Terapeutik :  a. Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)  b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu  c. Libatkan keluarga membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi :  a. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi  b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini  c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
3	Resiko infeksi d.d Efek prosedur invasive	17 Juni 2021	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x3 jam Diharapkan tingkat infeksi menurun.</p> <p>Kriteria hasil :  Tingkat infeksi <b>L.14137</b>  a. Kebersihan tangan meningkat  b. Kebersihan badan meningkat  c. Kemerahan menurun  d. Nyeri menurun</p> <p>Pencegahan infeksi <b>I. 14539</b>  Observasi :  a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik :  a. Batasi jumlah pengunjung  b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan</p>

			<p>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>
<b>Pasien 2 Post Operatif</b>			
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	21 Juni 2021	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x3 jam Diharapkan nyeri pasien berkurang atau menurun.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Tingkat nyeri <b>L.08066</b></p> <p>a. Keluhan nyeri menurun</p> <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>Manajemen nyeri <b>I. 08238</b></p> <p>Observasi :</p> <p>a. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri</p> <p>c. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon</p>

			<p>nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>
2	Resiko jatuh d.d kondisi pasca operasi	21 Juni 2021	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x3 jam Diharapkan tingkat jatuh menurun.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Jatuh <b>L.14138</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nyeri menurun(5)</li> <li>b. Kesulitan berjalan menurun</li> </ul> <p>Pencegahan jatuh <b>L.14540</b></p> <p>Observasi :</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>b. Identifikasi resiko jatuh sekali setiap shift</li> <li>c. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</li> <li>d. Hitung resiko jatuh dengan skala morse</li> <li>e. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</li> <li>b. Pastikan roda tempat tidur dan kursi selalu terkunci</li> <li>c. Pasang handrail tempat tidur</li> <li>d. Atur tempat tidur pada posisi terendah</li> <li>e. Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan nurse station</li> <li>f. Gunakan alat bantu berjalan</li> <li>g. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</li> <li>b. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>c. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> <li>d. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</li> <li>e. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil</li> </ul>
3	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	22 Juni 2021	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x3 jam Diharapkan nyeri pasien berkurang atau menurun.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Tingkat nyeri <b>L.08066</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri menurun</li> <li>b. Meringis menurun</li> <li>c. Sikap protektif menurun</li> <li>d. Gelisah menurun</li> <li>e. Kesulitan tidur menurun</li> <li>f. Frekuensi nadi membaik</li> <li>g. Pola nafas membaik</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>h. Tekanan darah membaik</li> <li>i. Pola tidur membaik</li> </ul> <p>Memodifikasi intervensi Katerisasi urine <b>I.04148</b></p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa kondisi pasien</li> </ul> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Siapkan peralatan, bahan-bahan dan ruang tindakan</li> <li>b. Siapkan pasien</li> <li>c. Pasang handscoon</li> <li>d. Bersihkan daerah perineal/preposium dengan cairan NaCl atau aquades</li> <li>e. Lakukan insersi kateter urine dengan prinsip aseptik</li> <li>f. Sambungkan kateter urine dengan urine bag</li> <li>g. Isi balon dengan Nacl 0,9% sesuai anjuran</li> <li>h. Fiksasi selang kateter diatas simpisis atau dipaha</li> <li>i. Pastikan kantung urine ditempatkan lebih rendah dari kandung kemih</li> <li>j. Berikan label waktu pemasangan</li> </ul> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urine</li> <li>b. Anjurkan menarik nafas saat insersi selang kateter</li> </ul>
--	--	--	---

Berdasarkan tabel 4.7 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada *post op urolithiasis* pasien 1 dan pasien 2, ditemukan diagnosa keperawatan pada tanggal 17 Juni 2021 *post op urolithiasis* pasien 1 terdapat 3 diagnosa. Sedangkan pada tanggal 21 Juni 2021 *post op urolithiasis* pasien 2 terdapat 2 diagnosa.

Setelah membuat perencanaan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada pasien 1 dan

pasien 2, selanjutnya melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2.

c. Implementasi keperawatan

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Klien 1 dan Klien 2 dengan *Post Operatif Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No	Tanggal	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
<b>Pasien 1 Post Operatif</b>			
1	Kamis 17 Juni 2021 16.00 wita	Melakukan pengkajian 1.2 Melakukan pengukuran nyeri secara komprehensif termasuk lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi 1.3 Mengidentifikasi skala nyeri 2.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Ds : a. P : Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada perut kanan menjalar ke pinggang S : Skala nyeri 4 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul b. Pasien mengatakan kesulitan bergerak karena masih nyeri  Do : a. Pasien tampak meringis menahan sakit b. TTV TD : 146/90 mmHg, N : 63x/mnt, S : 37°C, Rr : 20x/mnt
	Kamis 17 Juni 2021 17.00 wita	1.1 Memonitor TTV 1.4 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (nafas dalam) 1.5 Melakukan kolaborasi pemberian analgetik 3.5 Melakukan kolaborasi pemberian antibiotic	Ds : a. Pasien mengatakan paham cara melakukan teknik nafas dalam b. Pasien mengatakan sedikit nyeri/sakit saat diberi injeksi analgetik dan antibiotik



	<p>Jumat 18 Juni 2021 15.00</p>	<p>2.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2.2 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 2.3 Menganjurkan melakukan mobilisasi dini 2.4 Mengajarkan mobilisasi sederhana (mis.duduk ditempat tidur)</p>	<p>Ds :</p> <p>a. Pasien mengatakan kesulitan bergerak karena masih nyeri b. Pasien mengatakan jika ingin duduk masih dibantu oleh keluarga</p> <p>Do:</p> <p>a. Pasien terlihat masih kesulitan bergerak dan berpindah posisi sehingga harus dibantu oleh keluarga pasien b. Keluarga terlihat terlibat dalam membantu pasien meningkatkan pergerakan c. Pasien mengerti cara mobilisasi sederhana yang diajarkan oleh perawat</p>
	<p>Jumat 18 Juni 2021 17.00</p>	<p>1.5 Melakukan kolaborasi pemberian analgetik</p>	<p>Ds :</p> <p>a. Pasien mengatakan sedikit nyeri/sakit saat diberi injeksi analgetik</p> <p>Do :</p> <p>Pasien terlihat meringis saat di injeksi analgetik</p>
3	<p>Sabtu 19 Juni 2021 12.00</p>	<p>1.2 Melakukan pengukuran nyeri secara komprehensif termasuk lokasi nyeri , karakteristik, durasi , frekuensi 1.3 Mengidentifikasi skala nyeri 2.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 3.3 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 1.1 Memonitor TTV 1.5 Melakukan kolaborasi pemberian analgetik 3.5 Melakukan kolaborasi pemberian antibiotic</p>	<p>Ds :</p> <p>a. P : Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada perut kanan menjalar ke pinggang S : Skala nyeri 1 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul b. Pasien mengatakan nyeri berkurang c. Pasien merasa keadaannya mulai membaik d. Pasien mengatakan bisa bergerak namun</p>

			<p>tidak berlebihan</p> <p>e. Pasien mengatakan sedikit nyeri/sakit saat di injeksi analgetik dan antibiotic</p> <p>Do:</p> <p>a. Pasien tampak sedikit meringis</p> <p>b. TTV TD: 128/85 mmHg, N:90x/mnt, S:36,7<sup>0</sup>C, Rr:20x/mnt</p> <p>c. Pasien terlihat dapat bergerak dan berpindah posisi dengan pelan pelan</p> <p>d. Keadaan pasien terlihat membaik</p>
<b>Pasien 2 Post Operatif</b>			
1	<p>Senin 21 Juni 2021 15.00</p>	<p>Melakukan pengkajian</p> <p>1.1 Memonitor TTV</p> <p>1.2 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas nyeri</p> <p>1.3 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.4 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (nafas dalam)</p>	<p>Ds :</p> <p>a. P : Pasien mengatakan nyeri post operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti nyut-nyutan R : Lesi pada ureter S : Skala nyeri 5 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>b. Pasien mengatakan paham cara melakukan teknik nafas dalam</p> <p>Do :</p> <p>a. TTV TD : 135/84 mmHg, N : 94x/mnt, S : 36<sup>0</sup>C, Rr : 20x/mnt</p> <p>b. Pasien tampak meringis</p> <p>c. Pasien tampak mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat</p>
	<p>Senin 21 Juni 2021 15.30</p>	<p>2.1 Identifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>2.2 Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala morse</p> <p>2.3 Memonitor kemampuan berpindah</p>	<p>Ds :</p> <p>a. Pasien mengatakan sulit berjalan dan merasa takut jatuh saat berjalan dikarenakan nyeri</p> <p>b. Pasien mengatakan mampu untuk duduk</p>

		<p>dari tempat tidur ke kursi</p> <p>2.4 Menggunakan alat bantu berjalan</p> <p>2.5 Mengajarkan klien berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p>	<p>c. Pasien mengatakan jika berjalan berpegangan pada benda-benda disekitarnya</p> <p>d. Pasien mengatakan mengerti mengapa harus berkonsentrasi saat berjalan</p> <p>Do :</p> <p>a. Pasien terlihat menahan rasa nyeri saat berjalan</p> <p>b. Skala morse : 75</p> <p>c. Pasien terlihat mampu untuk duduk</p> <p>d. Pasien saat berjalan berpegangan pada benda sekitar</p> <p>e. Pasien tampak mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat</p>
	<p>Senin 21 Juni 2021 18.00</p>	<p>1.5 Melakukan kolaborasi dalam pemberian analgetic</p>	<p>Ds :</p> <p>a. Pasien mengatakan sedikit nyeri/sakit saat diberi injeksi analgetic</p> <p>Do :</p> <p>Pasien terlihat meringis saat di injeksi analgetic</p>
2	<p>Selasa 22 Juni 2021 14.15</p>	<p>1.1 Memonitor TTV</p> <p>1.2 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas nyeri</p> <p>1.3 Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>Ds :</p> <p>a. P : Pasien mengatakan nyeri post operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti nyut-nyutan R : Lesi pada ureter S : Skala nyeri 5 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>Do :</p> <p>a. Pasien tampak meringis</p> <p>b. TTV TD: 130/75, N:85x/mnt, S:36,3°C, Rr:19x/mnt</p>
	<p>Selasa 22 Juni 2021 15.00</p>	<p>Memodifikasi intervensi Kateterisasi urine <b>I.041148</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa kondisi</li> </ul>	<p>Ds :</p> <p>a. Pasien mengatakan</p>

	Selasa 22 Juni 2021 18.00	<p>pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyiapkan peralatan kateterisasi</li> <li>• Melakukan pemasangan kateter urine</li> <li>• Menjelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urine</li> </ul> <p>2.1 Identifikasi faktor resiko jatuh 2.2 Menghitung resiko jatuh dengan menggunakan skala morse</p> <p>1.2 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas nyeri 1.3 Mengidentifikasi skala nyeri 1.5 Melakukan kolaborasi dalam pemberian analgetic</p>	<p>nyeri berkurang setelah dipasang kateter urine</p> <p>Do : a. Skala morse : 35</p> <p>Ds : a. P : Pasien mengatakan nyeri post operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti nyut-nyutan R : Lesi pada ureter S : Skala nyeri 3 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul b. Pasien mengatakan sedikit nyeri/sakit saat diinjeksi analgetic</p> <p>Do: a. Pasien tampak meringis saat injeksi analgetic</p>
3	Rabu 23 Juni 2021 14.15	<p>1.1 Memonitor TTV 1.2 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas nyeri 1.3 Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>Ds : a. P : Pasien mengatakan nyeri post operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti nyut-nyutan R : Lesi pada ureter S : Skala nyeri 1 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>Do : a. Pasien tampak membaik b. TTV TD:128/76 mmHg, N:85x/mnt, S:36<sup>0</sup>C, Rr:20x/mnt</p>
	Rabu 23 Juni 2021 15.00	Melepas kateter urine	<p>Ds : a. Pasien mengatakan tidak ada keluhan setelah kateter urine di lepas</p>

			Do : a. Pasien tampak membaik b. Pasien tampak tenang
--	--	--	---

Berdasarkan tabel 4.8 Implementasi tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan pada klien sesuai dengan perencanaan intervensi keperawatan masing-masing diagnosa keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan *post* operasi pada klien 1 dilakukan selama 3 hari perawatan yaitu dari tanggal 17 Juni 2021 sampai tanggal 19 Juni 2021. Pelaksanaan tindakan keperawatan *post* operasi pada klien 2 dilakukan selama 3 hari perawatan yaitu dari tanggal 21 Juni 2021 sampai tanggal 23 Juni 2021. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara komprehensif.

d. Evaluasi keperawatan

Tabel 4.9 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 1 dan klien 2 *Post* Operatif *Urolithiasis* di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
<b>Pasien 1 Post Operatif</b>			
1	Kamis 17 Juni 2021	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	S : 1) P : Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada perut kanan menjalar ke pinggang S : Skala nyeri 4 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 2) Pasien mengatakan mampu mengontrol nyeri

			<p>dengan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak meringis</li> <li>2) TTV TD : 135/70 mmHg, N: 80x/mnt, S: 36,5<sup>o</sup>C, Rr: 20x/mnt</li> <li>3) Dc urine : 500 ml</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Monitor TTV</li> <li>1.2 Identifikasi lokasi nyeri , karakteristik, durasi , frekuensi</li> <li>1.3 Identifikasi skala nyeri</li> <li>1.5 Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>
		Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan kesulitan bergerak karena masih nyeri</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak sulit untuk melakukan pergerakan</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> </ol>
		Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan nyeri post op pada perut dan menjalar ke pinggang</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Luka bersih, tidak terdapat tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.5 Kolaborasi pemberian antibiotic</li> </ol>

2	Jumat 18 Juni 2021	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) P : Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi</li> <li>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R : Nyeri pada perut kanan menjalar ke pinggang</li> <li>S : Skala nyeri 3</li> <li>T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>2) Pasien mengatakan mampu mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak sedikit meringis</li> <li>2) TTV TD: 138/73 mmHg, N:77x/mnt, S:36,8<sup>0</sup>C, Rr:19x/mnt</li> <li>3) Dc urine : 850 ml</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Monitor TTV</li> <li>1.2 Identifikasi lokasi nyeri , karakteristik, durasi , frekuensi</li> <li>1.3 Identifikasi skala nyeri</li> </ol>
		Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan kesulitan bergerak karena masih nyeri</li> <li>2) Pasien mengatakan jika ingin duduk masih dibantu oleh keluarga</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien terlihat masih kesulitan bergerak dan berpindah posisi sehingga harus dibantu oleh keluarga pasien</li> <li>2) Keluarga terlihat terlibat dalam membantu pasien meningkatkan</li> </ol>

		Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif	<p>pergerakan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan 2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan terdapat luka post operasi diperut kanan</li> <li>2) Pasien mengatakan sedikit nyeri/sakit saat di injeksi antibiotik</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien meringis</li> <li>2) Terdapat luka post operasi diperut kanan, luka bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 3.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 3.5 Kolaborasi pemberian antibiotic</p>
3	Sabtu 19 Juni 2021	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) P : Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada perut kanan menjalar ke pinggang S : Skala nyeri 1 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>2) Pasien mengatakan sedikit nyeri/sakit saat diinjeksi analgetik</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien tampak sedikit meringis</li> <li>2) TTV TD: 128/85 mmHg, N:90x/mnt, S:36,7<sup>0</sup>C,</li> </ol>

		<p>Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri</p> <p>Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif</p>	<p>Rr:20x/mnt 3) Dc urine : 750 ml</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, Pasien rencana KRS</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan merasa keadaannya mulai membaik</li> <li>2) Pasien mengatakan bisa bergerak namun tidak berlebihan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien terlihat dapat bergerak dan berpindah posisi dengan pelan pelan</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, Pasien rencana KRS</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien mengatakan sedikit nyeri/sakit saat di injeksi antibiotic</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keadaan pasien terlihat membaik</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, Pasien rencana KRS</p>
<b>Pasien 2 Post Operatif</b>			
1	Senin 21 Juni 2021	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) P : Pasien mengatakan nyeri post operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti nyut-nyutan R : Lesi pada ureter S : Skala nyeri 5 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>2) Pasien mengatakan paham cara melakukan teknik</li> </ol>

			<p>nafas dalam</p> <p>3) Pasien mengatakan sudah BAK 4x</p> <p>O :</p> <p>1) TTV TD : 135/84 mmHg, N : 94x/mnt, S : 36<sup>0</sup>C, Rr : 20x/mnt</p> <p>2) Pasien tampak meringis</p> <p>3) Pasien tampak mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Monitor TTV</p> <p>1.2 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri</p> <p>1.3 Identifikasi skala nyeri</p> <p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan sulit berjalan dan merasa takut jatuh saat berjalan dikarenakan nyeri</p> <p>2) Pasien mengatakan mampu untuk duduk</p> <p>3) Pasien mengatakan jika berjalan berpegangan pada benda-benda disekitarnya</p> <p>O :</p> <p>1) Pasien terlihat menahan rasa nyeri saat berjalan</p> <p>2) Skala morse : 75</p> <p>3) Pasien terlihat mampu untuk duduk</p> <p>4) Pasien saat berjalan berpegangan pada benda sekitar</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>2.1 Identifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>2.2 Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala morse</p>
2	Selasa 22 Juni 2021	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S :</p> <p>1) P : Pasien mengatakan nyeri post operasi</p>

			<p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti nyut-nyutan R : Lesi pada ureter S : Skala nyeri 3 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>2) Pasien mengatakan sedikit nyeri/sakit saat diinjeksi analgetic</p> <p>O :</p> <p>1) Pasien tampak meringis saat di injeksi analgetik 2) TTV TD: 130/75, N:85x/mnt, S:36,3<sup>0</sup>C, Rr:19x/mnt 3) Dc urine : 1100 ml</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Monitor TTV 1.2 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri 1.3 Identifikasi skala nyeri</p> <p>S :</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah dipasang kateter urine</p> <p>O :</p> <p>1) Skala morse : 35</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>
3	Rabu 23 Juni 2021	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>S :</p> <p>1) P : Pasien mengatakan nyeri post operasi Q : Pasien mengatakan nyeri seperti nyut-nyutan R : Lesi pada ureter S : Skala nyeri 1 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>2) Pasien mengatakan tidak ada keluhan setelah kateter urine di lepas</p>

			<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) TTV TD:128/76 mmHg, N:85x/mnt, S:36<sup>0</sup>C, Rr:20x/mnt</li> <li>2) Dc urine : 900 ml</li> <li>3) Pasien tampak membaik</li> <li>4) Pasien tampak tenang</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, Pasien rencana KRS</p>
--	--	--	--

Berdasarkan tabel 4.9 Evaluasi keperawatan pada pasien 1 dan 2. Pada klien 1 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan *post* operasi nyeri akut teratasi pada tanggal 19 Juni 2021, Gangguan mobilitas fisik teratasi pada tanggal 19 Juni 2021 , Resiko infeksi teratasi pada tanggal 19 Juni 2021. Pada klien 2 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan *post* operasi nyeri akut teratasi pada tanggal 23 Juni 2021, Resiko jatuh teratasi pada tanggal 22 Juni 2021.

#### B. Pembahasan

Pada pembahasan ini, peneliti membahas tentang review asuhan keperawatan pada 2 pasien *Post Urolithiasis* dengan menemukan berbagai kesenjangan sesuai dengan konsep-konsep teori yang ada. Asuhan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari pada pasien 1 dari tanggal 17 Juni 2021 sampai 19 Juni 2021 di ruang Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Sedangkan pada pasien 2 asuhan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari mulai dari tanggal 21 Juni 2021 2021 sampai 23 Juni 2021 diruang Flamboyan B RSUD

dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada klien dengan *post* operatif *Urolithiasis* di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **1. Pengkajian**

Pada pengkajian pasien 1 dan 2 dimana pengkajian ini difokuskan pada asuhan keperawatan pada klien dengan *post Urolithiasis*. Pengkajian pada pasien 1 umur 42 tahun dilakukan pada tanggal 17 Juni 2021 dan pada pasien 2 umur 47 tahun dilakukan pada tanggal 21 Juni 2021. Hasil dari pengkajian sebagai berikut :

Berdasarkan dari hasil pengkajian pada pasien 1 dengan diagnosa medis batu ginjal dextra+batu ureter dextra+hidronefrosis dextra dan pasien 2 dengan diagnosa medis batu ureter dextra+hidronefrosis dextra.

Pada pemeriksaan fisik. Keadaan umum pasien didapatkan pada pasien 1 yaitu keadaan umum sedang, tingkat kesadaran compos mentis, terpasang infus ditangan kanan, terpasang kateter urine dan sakit sedang. Sedangkan pada pasien 2 dengan keadaan umum sedang, tingkat kesadaran compos mentis, terpasang

pemvlon pada tangan kanan, terpasang kateter urine pada post op hari ke-2 dan sakit sedang.

Menurut (Darpana, 2021) keadaan umum yaitu baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda seperti kesadaran klien (apatis, sopor, koma, compos mentis) dan kesakitan (keadaan penyakit yaitu akut, kronik, ringan, sedang, berat).

Pada data hasil pemeriksaan fisik keadaan umum pada pasien 1 dan pasien 2 tidak ada ditemukannya kelainan maupun gangguan.

Pada pemeriksaan tanda tanda vital didapatkan pada pasien 1 dengan tekanan darah 146/90 mmHg, Nadi 63 x/menit, Suhu 37<sup>0</sup>C, Respirasi 20 x/menit dan MAP 108,6 mmhg. Sedangkan pada pemeriksaan tanda tanda vital didapatkan pada pasien 2 dengan tekanan darah 135/84 mmHg, Nada 94 x/menit, Suhu 36<sup>0</sup>C, Respirasi 20 x/menit dan MAP 101 mmHg.

Menurut (Afif, 2018) *mean arterial pressure* adalah tekanan arteri rata rata selama satu siklus denyutan jantung yang didapatkan dari pengukuran tekanan darah *systole* dan tekanan darah *diastole*. Pada perhitungan MAP akan didapatkan gambaran penting dalam tekanan darah yaitu tekanan *sistolik* adalah tekanan maksimal ketika darah dipompakan dari ventrikel kiri, batas normal dari tekanan sistolik adalah 120 mmHg, tekanan diastolic adalah tekanan darah pada saat relaksasi, batas normal dari tekanan

diastolic adalah 80 mmHg. Tekanan diastolik menggambarkan tahanan pembuluh darah yang harus dicapai jantung.

Dari pernyataan tersebut, penulis berasumsi bahwa pada pemeriksaan tekanan darah pada pasien 1 dan pasien 2 di dapatkan nilai tekanan darah yang tinggi dikarenakan keluhan utama pasien 1 dan pasien 2 pada post operasi adalah nyeri. Diperkuat dengan teori (Puji, 2021) bahwa nyeri dapat terjadi setelah tindakan operasi. Proses nyeri dapat menyebabkan tekanan darah meningkat dari biasanya. Namun, peningkatan tekanan darah tersebut bersifat sementara dan tekanan darah akan kembali normal setelah mengatasi nyeri.

Pada pemeriksaan fisik kenyamanan nyeri pada kedua pasien dilakukan pengkajian nyeri dengan PQRST dimana didapatkan pada pasien 1 mengatakan nyeri karena luka post op, seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada perut kanan menjalar ke pinggang, dengan skala nyeri 4 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul. Sedangkan pada pasien 2 dilakukan pengkajian kenyamanan nyeri dengan PQRST dimana didapatkan pada pasien 2 mengatakan nyeri post operasi, seperti nyut - nyutan, nyeri karena lesi pada ureter, nyeri skala 5 dengan nyeri hilang timbul.

Menurut (Nisa, 2020) nyeri post operasi adalah suatu reaksi tubuh terhadap kerusakan jaringan (mulai dari sayatan kulit hingga

kerusakan yang ditimbulkan saat proses operasi), tarikan atau regangan pada organ dalam tubuh maupun penyakitnya.

Sehingga penulis berasumsi bahwa jika pasien post operasi mengeluh nyeri itu hal wajar dikarenakan nyeri dapat menjadi pengalaman yang kurang menyenangkan.

## **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (TIM POKJA SDKI PPNI, 2016).

Pada pasien *Urolithiasis* , diagnosa post operatif yang biasanya ditegakkan adalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi), gangguan mobilitas fisik b.d nyeri, gangguan integritas kulit/jaringan b.d perubahan sirkulasi, dan resiko infeksi d.d efek prosedur invasif.

Diagnosa keperawatan post operatif pada kedua pasien yang sesuai dengan teori antara lain :

### **a. Nyeri akut**

Diagnosa yang sama dengan teori dan ditemukan pada kedua pasien yang pertama adalah nyeri akut berhubungan

dengan agen pencedera fisiologis (Prosedur operasi). Pada saat pengkajian data subjektif didapatkan kedua pasien sama – sama mengatakan nyeri pada area operasi. Data objektif didapatkan data pada kedua pasien yaitu skala nyeri, ekspresi wajah tampak meringis menahan sakit.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kriteria mayor nya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur sementara data subjektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah mengeluh nyeri. Sedangkan kriteria minor nya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah dan proses.

Pada pasien 1, diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. menurut peneliti tanda mayor yang didapatkan dari diagnosis SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), dimana tanda mayor yang didapatkan pada pasien 1 yaitu :

1) Data subjektif : Pasien mengeluh nyeri post op pada pinggang kanan seperti ditusuk-tusuk, dengan skala nyeri 4 serta hilang timbul

2) Data Objektif : pasien tampak meringis dan gelisah

Pada pasien 2, diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. menurut peneliti tanda mayor yang didapatkan dari diagnosis SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), dimana tanda mayor yang didapatkan pada pasien 2 yaitu :

1) Data subjektif : Pasien mengeluh nyeri post op dikarenakan lesi pada ureter seperti nyut-nyutan, dengan skala nyeri 5 serta hilang timbul

2) Data Objektifnya : Pasien tampak meringis

Pada dasarnya, efek samping setelah operasi yang mungkin terjadi sesuai dengan teori (Iswandiari, 2021) salah satunya adalah rasa nyeri. Nyeri pasca operasi merupakan hal yang normal dan umum terjadi. Penyebab rasa nyeri adalah penyayatan pada kulit yang akan merangsang saraf untuk menghantarkan sinyal rasa nyeri ke otak.

Dari pernyataan diatas, penulis berasumsi bahwa pemberian teknik relaksasi nafas dalam merupakan tindakan yang tepat untuk meminimalisir rasa nyeri.

Diagnosa keperawatan *post operatif* pada kedua pasien berbeda antara lain :

a. Gangguan mobilitas fisik

Diagnose keperawatan yang berbeda antara pasien 1 dan 2 adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Pada saat melakukan pengkajian didapatkan data subjektif pada pasien 1 dengan pasien mengatakan jika kesulitan bergerak dikarenakan nyeri luka sehabis operasi terasa sakit jika bergerak. Data gangguan mobilitas fisik tidak didapatkan pada pasien 2.

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Kriteria mayornya yang dapat dilihat dari data objektifnya meliputi kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun dan data subjektifnya mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas. Sedangkan kriteria minornya data subjektifnya meliputi nyeri saat bergerak dan data objektifnya meliputi sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah (PPNI, 2016).

Pada pasien 1, diagnose Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, menurut peneliti tanda mayor yang didapatkan dari diagnosis SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), dimana tanda mayor yang didapatkan pada pasien 1 yaitu :

- 1) Data subjektif : Pasien mengatakan sulit untuk bergerak karna nyeri operasi terasa sakit jika bergerak
- 2) Data objektifnya : Kekuatan otot menurun

Tanda minor :

- 1) Data objektifnya : Pasien tampak cemas saat bergerak, meringis menahan sakit dan terlihat lemas

Berdasarkan masalah diatas, penulis berasumsi bahwa jika pasien tidak melakukan mobilisasi dini, maka tidak ada peningkatan pergerakan pada pasien. Sesuai dengan artikel (Tritama, 2020) bahwa dampak jika tirah baring lama pada sistem muskuloskeletal yaitu tirah baring akan meniadakan kontraksi otot sehingga sangat berpengaruh pada menurunnya kekuatan dan hilangnya sel otot diperkirakan sebesar 10% - 15% perminggu atau 5,5% per hari. Bahkan tirah baring dengan imobilisasi seama 3 - 5 minggu cukup dapat menghilangkan kekuatan otot sampai setengah dari normal. Selain itu, otot juga akan memendek dan atrofi (massa otot berkurang) jika dipertahankan pada posisi tersebut.

b. Resiko infeksi

Diagnose keperawatan yang berbeda antara pasien 1 dan 2 adalah resiko infeksi b.d efek prosedur invasif. Pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data objektif pada pasien 1 yaitu terdapat luka hasil operasi dibagian perut kanan.

Resiko infeksi adalah berisiko nya mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Pada pasien 1, Diagnosa resiko infeksi menurut peneliti tanda faktor yang didapatkan dari diagnosis SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), yaitu dari faktor resiko adalah efek prosedur invasive, dan untuk kondisi klinis terkait adalah tindakan invasive.

Berdasarkan masalah tersebut, penulis berasumsi bahwa jika resiko infeksi tidak segera diatasi maka akan menimbulkan masalah kesehatan yang. Sesuai dengan artikel (Halodoc, 2019) bahwa luka operasi yang mengalami infeksi menyebabkan kelumpuhan bahkan kematian pada seseorang. Infeksi luka operasi disebabkan dikarenakan paparan bakteri yang tumbuh dan berkembang pada bagian luka operasi.

c. Resiko jatuh

Menurut peneliti pada pengkajian pasien mengalami resiko jatuh yang disebabkan oleh nyeri post operasi.

Risiko jatuh adalah berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan akibat terjatuh. Batasan karakteristiknya meliputi usia  $\geq 65$  tahun (pada dewasa) atau  $\leq 2$  tahun (pada anak), riwayat jatuh, anggota gerak bawah prosthesis (buatan), penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman (mis. licin,

gelap, lingkungan asing), kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan (mis. glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus), neuropati dan efek agen farmakologis (mis. sedasi, alcohol, anastesi umum) (PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan dari hasil pengkajian pada kedua pasien saat post operasi terdapat 1 diagnosa yang sama antara pasien 1 dan 2. Dan terdapat 2 diagnosa yang berbeda antara pasien 1 dan 2.

Penulis berasumsi bahwa tingkat resiko jatuh harus diperhatikan untuk meminimalkan insiden yang akan terjadi di rumah sakit. Menurut (Barindo, 2018) pada dasarnya pasien yang dirawat inap di rumah sakit memiliki resiko jatuh yang disebabkan oleh penyakit yang dideritanya, seperti kelemahan fisik, faktor usia.

### **3. Perencanaan keperawatan**

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 disusun setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari: menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan

sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

a. Nyeri akut

Pada diagnose keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada pasien 1 peneliti mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan rasa nyeri pada pasien menurun dengan kriteria hasil pasien tidak mengeluh nyeri, mampu mengenali nyeri, melaporkan bahwa nyeri berkurang, mampu mengontrol nyeri.

Intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2

- 1) Pasien 1 : Monitor TTV, Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi , karakteristik , durasi, frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, ajarkan tentang teknik non farmakologis, kolaborasi dalam pemberian analgetic.
- 2) Pasien 2 : Monitor TTV, Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi , karakteristik , durasi, frekuensi, kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, ajarkan tentang teknik non farmakologis, kolaborasi dalam pemberian analgetic.

Menurut penelitian, berdasarkan hasil uji wilcoxon bahwa ada pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif dengan nilai  $p=0,000(p<0,05)$ . Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat pengaruh relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif. Mengingat relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri post operatif, maka perawat dapat menerapkan kepada pasien post operatif sebagai terapi nonfarmakologis (Amir & Nuraeni, 2019).

Jadi menurut peneliti, teknik nonfarmakologis relaksasi nafas dalam efektif untuk di implementasikan pada pasien dalam mengurangi rasa nyeri pada pasien post operatif.

b. Gangguan mobilitas fisik

Pada diagnose gangguan mobilitas fisik dihubungkan dengan nyeri pada pasien 1 peneliti mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan pasien dengan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, rentang gerak (ROM) meningkat, kelemahan fisik menurun.

Intervensi tindakan resiko infeksi yang telah disusun pada pasien 1 : Identifikasi 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).

Menurut peneliti mobilisasi dini pada pasien post operasi sangat penting untuk menormalkan kembali fungsi tubuh secara bertahap. Diperkuat oleh pernyataan dari (RSUD Pariaman, 2017) tujuan mobilisasi dini diantaranya: Mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka, membantu pernafasan menjadi lebih baik, serta mempertahankan tonus otot.

c. Resiko infeksi

Pada diagnose resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive pada pasien 1 peneliti mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan pasien terhindar dari infeksi dengan kriteria hasil : Nyeri menurun, jumlah leukosit dalam batas normal/membaik.

Intervensi tindakan resiko infeksi yang telah disusun pada pasien 1: Monitor tanda dan gejala infeksi sitemik dan local, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan, lakukan perawatan luka, kolaborasi pemberian terapi antibiotic.

Menurut peneliti pencegahan infeksi penting untuk pasien yang beresiko terjadinya infeksi. Diperkuat dengan teori

(Marcelina, 2020) hal yang perlu diperhatikan pasca operasi antara lain : nutrisi, personal hygiene, luka operasi tidak terkena air, ganti perban penutup luka secara berkala, gunakan teknik aseptik, minum obat yang diresepkan dokter secara teratur.

d. Resiko jatuh

Pada diagnose resiko jatuh dibuktikan dengan kondisi pascaoperasi pada pasien 2 peneliti mencantumkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama waktu yang ditentukan diharapkan pasien terhindar dari resiko jatuh : Nyeri menurun, kesulitan berjalan menurun.

Intervensi tindakan resiko jatuh yang telah disusun pada pasien 2 : Identifikasi faktor resiko jatuh, hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala morse, monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi, gunakan alat bantu berjalan, anjurkan klien berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.

Penulis berasumsi tingkat resiko jatuh harus diperhatikan. Sesuai dengan teori (Barindo, 2018) tentang pencegahan resiko jatuh yaitu : memberikan pengawasan lebih pada pasien, menunjukkan alat bantu panggilan darurat, pastikan posisi tempat tidur tidak terlalu tinggi dan pagar tempat tidur terpasang, gunakan kursi roda, menggunakan klip resiko jatuh.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Tahap implementasi di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di tujukan pada rencana strategi untuk membantu mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh sebab itu, rencana tindakan yang spesifik di laksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan. Tujuan dari implementasi adalah membantu dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping.

Implementasi pada pasien 1 dilakukan oleh peneliti dari tanggal 17 Juni 2021 sampai 19 Juni 2021. Pada hari pertama post operasi pada tanggal 17 Juni 2021 pasien berada di ruang rawat inap Flamboyan B pada pukul 16.00 WITA peneliti melakukan pengkajian, melakukan pengukuran nyeri secara komprehensif, dan juga keluhan fisik lainnya. Pada pukul 17.00 WITA dilakukan pemeriksaan TTV, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, dan pemberian analgetik dan antibiotik.

Pada tanggal 18 Juni 2021 pukul 10.00 WITA, melakukan monitor tanda gejala infeksi, membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan lingkungan, dan perawatan luka. Pada pukul 14.15 WITA melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan lingkungan pasien,

memonitor TTV, dan pemberian analgetik dan antibiotic. Pada pukul 15.00 WITA, melakukan identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik, melibatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan, mengajurkan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana. Pada pukul 17.00 WITA, dilakukan pemberian analgetik.

Pada tanggal 19 Juni 2021, pukul 12.00 WITA dilakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengidentifikasi adanya keluhan fisik, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan lingkungan, memonitor TTV, pemberian analgetik dan antibiotic.

Implementasi pada pasien 2 dilakukan oleh peneliti dari tanggal 21 Juni 2021 sampai 23 Juni 2021. Pada hari pertama post operasi pada tanggal 21 Juni 2021 pasien berada di ruang rawat inap Flamboyan B pada pukul 15.00 WITA peneliti melakukan pengkajian, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengajarkan teknik nonfarmakologis nafas dalam. Pada pukul 15.30 mengidentifikasi faktor resiko jatuh, menghitung resiko jatuh dengan skala morse, memonitor kemampuan pasien berpindah dari tempat tidur ke kursi, menggunakan alat bantu berjalan, menganjurkan pasien untuk berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh selama berjalan. Pada pukul 18.00 WITA dilakukan pemberian analgetik.

Pada 22 Juni 2021 pukul 14.15 WITA, dilakukan pengukuran TTV, mengkaji nyeri secara komprehensif. Pada pukul 15.00 WITA melakukan katektisasi urine, mengidentifikasi faktor resiko jatuh dan menghitung resiko jatuh dengan skala morse. Pada pukul 18.00 WITA, dilakukan pengkajian nyeri secara komprehensif dan pemberian analgetic.

Pada 23 Juni 2021 pukul 14.15 WITA, dilakukan pengukuran TTV, mengkaji nyeri secara komprehensif. Pada pukul 15.00 WITA dilakukan pelepasan kateter urine.

## **5. Evaluasi keperawatan**

Hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada pasien 1 post operatif terdapat 3 diagnosa keperawatan. Pada diagnose pertama nyeri akut hasil evaluasi pasien mengatakan nyeri menurun dan pasien dapat mengontrol nyeri, skala nyeri 1, kondisi pasien terlihat mulai membaik, diagnose dinyatakan pada nyeri akut masalah teratasi. Pada diagnose kedua gangguan mobilitas fisik hasil evaluasi pasien mengatakan kelemahan fisik menurun dan pasien dapat berpindah tempat sendiri dengan perlahan lahan, keadaan pasien membaik, pada diagnose gangguan mobilitas fisik dinyatakan masalah teratasi lalu intervensi dihentikan. Pada diagnose ketiga resiko infeksi hasil evaluasi dengan luka operasi pasien tampak bersih dan tidak ada tanda tanda infeksi pada luka

operasi, diagnosa resiko infeksi dinyatakan masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

Hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada pasien 1 post operatif terdapat 2 diagnosa keperawatan. Pada diagnose pertama nyeri akut hasil evaluasi pasien mengatakan nyeri menurun dan pasien dapat mengontrol nyeri, skala nyeri 1, kondisi pasien terlihat mulai membaik, diagnose dinyatakan pada nyeri akut masalah teratasi. Pada diagnosa kedua resiko jatuh, resiko jatuh menurun dengan skala morse : 35 dinyatakan masalah teratasi.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 pada pasien *post Urolithiasis* di Ruang Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Kalimantan Timur peneliti dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

#### A. Kesimpulan

##### 1. Pengkajian

Pada pengkajian pasien 1 dan 2 dimana pengkajian ini difokuskan pada asuhan keperawatan pada klien dengan *post Urolithiasis*. Pengkajian pada pasien 1 umur 42 tahun dilakukan pada tanggal 17 Juni 2021 dan pada pasien 2 umur 47 tahun dilakukan pada tanggal 21 Juni 2021. Hasil dari pengkajian sebagai berikut :

Berdasarkan dari hasil pengkajian pada pasien 1 dengan diagnosa medis batu ginjal dextra+batu ureter dextra+hidronefrosis dextra dan pasien 2 dengan diagnosa medis batu ureter dextra+hidronefrosis dextra. Pada pasien 1 dengan keluhan nyeri pada perut kanan menjalar ke pinggang post operasi, pada pasien 2 dengan keluhan nyeri saat BAK post operasi.

##### 2. Diagnosa keperawatan

Menurut teori yang dikemukakan peneliti pada bab sebelumnya diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada pasien post operatif sebanyak 4 diagnosa. Namun pada pasien 1 peneliti hanya menemukan

3 diagnosa post operatif yang sama dengan teori. Sedangkan pada pasien 2 peneliti hanya menemukan 1 diagnosa post operatif yang sama dengan teori.

### 3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, Intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan pasien dan memperhatikan kondisi pasien serta kesanggupan keluarga dalam kejasama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti seperti melakukan perawatan luka, monitor keadaan luka, melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, dan kuantitas nyeri serta identifikasi skala nyeri, memoniot TTV, pemberian analgetik dan antibiotic, mengajarkan mobilitas fisik sederhana.

### 4. Pelaksanaan

Pelaksanaan tindakan pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah di buat, sesuai dengan kebutuhan kedua pasien dengan *Post Op Urolithiasis*.

### 5. Evaluasi keperawatan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 selama 3 hari dan pada pasien 2 selama 3 hari perawatan oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Respon pasien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan baik, pasien cukup kooperatif dalam

pelaksanaan setiap tindakan keperawatan. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 dan 2 menunjukkan bahwa masalah yang dialami pada kedua pasien teratasi.

## **B. Saran**

### 1. Bagi peneliti

Melalui kegiatan penelitian ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Urolithiasis* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

### 2. Bagi tempat penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada bidang Pelayanan Kesehatan mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Urolithiasis* sehingga dapat menjadi perantara untuk mengatasi masalah pasien dalam proses penyembuhan.

### 3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan pada pasien *Post op Urolithiasis* secara langsung.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abou-Elela, A. (2017). Epidemiology, pathophysiology, and management of uric acid urolithiasis: A narrative review. *Journal of Advanced Research*, 8 (5), 513-527.
- Adrian, K. (2020, Juny Monday). *Mengenal Fungsi Sistem Urinaria dan Penyakit yang Bisa Menyerangnya*. Dipetik february Wednesday, 2021, dari <https://www.alodokter.com/mengenal-fungsi-sistem-urinaria-dan-penyakit-yang-bisa-menyerangnya>: <https://www.alodokter.com>
- Afif, M. (2018). *BAB II*. Dipetik July Thursday, 2021, dari <http://repository.unimus.ac.id/2084/4/BAB%20II.pdf>: <http://repository.unimus.ac.id>
- Al-Mamari, S. A. (2017). Complication Of Urolithiasis. Dalam I. C. Practice, *Urolithiasis in Clinical Practice* (hal. 121-129). Springer.
- Amir, M. D., & Nuraeni, P. (2019). Article text. *Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas dalam Terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operatif Appendectomy di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD Sekarwangi*, 107.
- Barindo. (2018, October Thursday). *Tips Pencegahan Pasien Jatuh dan Penggunaan Stiker Resiko Jatuh*. Dipetik September Wednesday, 2021, dari <https://gelangpasien.com/penggunaan-stiker-resiko-jatuh/>: <https://gelangpasien.com>
- Boarin, M., Villa, G., Capuzzi, C., Remon, D., Abbadessa, F., Wiley, J., et al. (2018). Dietary and lifestyle recommendations for urolithiasis prevention: A systematic literature review. *International Journal Of Urological Nursing The Journal Of The Baun*, 12 (2-3), 53-70.
- Bolat, & Teke. (2020). Spilled gallstones found incidentally in a direct inguinal hernia sac: Report of a case. *International Journal of Surgery Case Reports*, 22, 218-220.
- Darpana, I. (2021). *BAB II Tinjauan Pustaka*. Dipetik July Thursday, 2021, dari <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7790/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>: <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id>
- Fadli, R. (2021, April Tuesday). *Batu ginjal bisa berakhir pada Gagal Ginjal, Benarkah ?* Dipetik Juny Saturday, 2021, dari <https://www.halodoc.com/artikel/batu-ginjal-bisa-berakhir-pada-gagal-ginjal-benarkah>: <https://www.halodoc.com>

- Fisang, C., Anding, R., Müller, S. C., Latz, S., Laube, N., and Pediatric Urology, D. o., et al. (2015). Urolithiasis—an Interdisciplinary Diagnostic, Therapeutic and Secondary Preventive Challenge. *Medicine* , 83-91.
- Gottlieb, M., Long, B., & Koyfman, A. (2018). The evaluation and management of urolithiasis in the ED: A review of the literature. *The American Journal of Emergency Medicine* , 36 (4), 699-706.
- Halodoc. (2019, July Sunday). Faktor Resiko Infeksi. *Faktor Resiko Infeksi Luka Operasi yang Perlu Diketahui* .
- Harahap. (2019). *Melaksanakan Evaluasi Asuhan Keperawatn Untuk Melengkapi Proses Keperawatan*.
- Ikatan Ahli Urologi Indonesia. (2018). *Panduan Penatalaksanaan Klinis Batu Saluran Kemih*. DKI Jakarta: Ikatan Ahli Urologi Indonesia (IAUI).
- Iswandiari, Y. (2021, April Monday). *4 Komplikasi Setelah Operasi yang Mungkin Terjadi*. Dipetik September Wednesday, 2021, dari <https://hellosehat.com/sehat/operasi/komplikasi-setelah-operasi-yang-terjadi/>: <https://hellosehat.com>
- Kemendes. (2017). *27 tahun 2017*. Dipetik September Wednesday, 2021, dari [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk\\_hukum/PMK\\_No.\\_27\\_ttg\\_Pedoman\\_Pencegahan\\_dan\\_Pengendalian\\_Infeksi\\_di\\_FASYANKES\\_.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No._27_ttg_Pedoman_Pencegahan_dan_Pengendalian_Infeksi_di_FASYANKES_.pdf): <http://hukor.kemkes.go.id>
- Kurniawan, A., & Armiyati, Y. (2017). Pengaruh pendidikan kesehatan pre operasi terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di RSUD Kudus. *6* (2), 139-148.
- Lestari. (2019). Pelaksanaan intervensi cakupan informasiku melalui pendekatan asuhan keperawatan keluarga sebagai upaya pencegahan perilaku seksual berisiko pada remaja. *e-journal Stikes Telogo Rejo* , 11 (1).
- Lingga, B. Y. (2019). *Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan*. 1.
- Liu, Y., Chen, Y., Liao, B., Luo, D., Wang, K., Li, H., et al. (2018). Epidemiology of urolithiasis in Asia. *Asian Journal of Urology* , 205.
- Mahdevan, V. (2019). Anatomy of the lower urinary tract. *Surgery* , 37 (7), 351-358.

- Makatita, K. S. (2016, April Friday). *WOC UROITIASIS*. Dipetik January Tuesday, 2021, dari <https://www.scribd.com/doc/308836169/WOC-UROLITIASIS>: <https://www.scribd.com>
- Marcelina, R. N. (2020, September Friday). *Pencegahan Infeksi Pasca Tindakan Bedah*. Dipetik September Wednesday, 2021, dari <http://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/484-pencegahan-infeksi-pasca-tindakan-bedah>: <http://ners.unair.ac.id>
- Merdawati. (2018). *Satuan Acara Penyuluhan Mobilisasi Dini Pasca Operasi Di Ruang IRNA Bedah Pria*. Dipetik September Wednesday, 2021, dari <https://ners.unair.ac.id/site/lihat/read/1363/mobilisasi-dini-pada-pasien-post-operasi-early-mobilization-in-post-operative-patients>: <https://ners.unair.ac.id>
- Nanda, D. (2020). *Asuhan Keperawatan Aplikasi Nanda* (Vol. 6).
- Nisa, I. S. (2020, December Sunday). *Pentingnya Terapi untuk Mengatasi Nyeri Post Operasi*. Dipetik September Wednesday, 2021, dari <http://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/615-pentingnya-terapi-untuk-mengatasi-nyeri-post-operasi>: <http://ners.unair.ac.id>
- Nugraha. (2019, September Friday). *Batu Saluran Kemih*. Dipetik February Tuesday, 2021, dari <https://www.scribd.com/document/427713984/05-Batu-Saluran-Kemih>: <https://www.scribd.com>
- Primiano, A., Persichilli, S., Ferraro, P. M., Calvani, R., Biancolillo, A., Marini, F., et al. (2020). A Specific Urinary Amino Acid Profile Characterizes People with. *Hindawi Disease Markers* , 1.
- Puji, A. (2021, July Wednesday). *Tekanan Darah Tinggi Setelah Operasi Apakah Berbahaya ?* Dipetik September Wednesday, 2021, dari <https://helohehat.com/jantung/hipertensi/tekanan-darah-naik-setelah-operasi/?amp=1>: <https://helohehat.com>
- Purnomo, B. B. (2011). *Dasar - Dasar Urologi*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Rahmawati, A., Sudarmanto, Y., & Hasan, M. (2019). The Risk of Work Posture Did Not Affect on Worker's Disability Index with Low Back Pain Complaints in PT Muroco Jember. *Journal of Agromedicine and Medical Sciences (AMS)* , 5, 2.
- Rekam Medik RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo. (2021). *Prevalensi kasus*. Balikpapan.
- Riskesdas. (2018). *Hasil Riskesdas 2018*. Dipetik February Wednesday, 2021, dari

[https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir\\_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018\\_1274.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018_1274.pdf): <https://kesmas.kemkes.go.id>

RSUD Pariaman. (2017, August Wednesday). *Promosi Kesehatan Rumah Sakit*. Dipetik September Wednesday, 2021, dari <http://rsudpariaman.sumbarprov.go.id/read-post/MOBILISASI-DINI.html>: <http://rsudpariaman.sumbarprov.go.id>

Syafridayani, F. (2019). Pentingnya Perencanaan Asuhan Keperawatan. 1.

TIM POKJA SDKI PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

TIM POKJA SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Trisnawati, E., & Jumenah. (2018). Jurnal vokasi kesehatan. *KONSUMSI MAKANAN YANG BERISIKO TERHADAP KEJADIAN BATU SALURAN KEMIH*, 1.

Tritama, S. (2020, April Friday). Dampak Bedrest. *Dampak Bedrest atau Tirah Baring Lama pada Sistem Muskuloskeletal*.

Tubagus, Y. E., Ali, R. H., & Rondo, A. G. (2017). Gambaran CT-Scan Tanpa Kontras pada Pasien dengan Batu Saluran Kemih di Bagian Radiologi FK Unsrat/SMF Radiologi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Juli 2016 - Juni 2017. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, 5, 262-266.

Winayarti. (2020). *BAB 6*. Dipetik Juny Friday, 2021, dari <http://repository.unimus.ac.id/3601/8/bab%206.pdf>: <http://repository.unimus.ac.id>

Yasui, T., Okada, A., Hamamoto, S., Ando, R., Taguchi, K., Tozawa, K., et al. (2017). Pathophysiology-based treatment of urolithiasis. *International Journal of Urology*, 32-38.

Yeni, & Ukur. (2019). *Latar Belakang Tujuan Metode Hasil Pembahasan*.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM

PRODI D-III KEPERAWATAN



LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Devita Riska Hidayah  
 NIM : P07220118075  
 PEMIMBING I : Ns. Nurhayati, S.ST., M.Pd  
 PEMBIMBING II : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd

NO	TGL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1.	26/2021 01	1. Bab 1	1. Terdapat Introdusi masalah 2. Fenomena / insiden 3. sebab terjadinya masalah 4. Dampak, solusi, justifikasi 5. Mampu merujuk ke data 6. Peran perawat preventif-kuratif		
2.	10/2021 02	1. Bab 1	1. Perbaikan pada judul 2. Tinjauan insiden 3. Rangsang perawat dari kasus 4. Tujuan askep keluarga 5. konsistensi pemberian kasus 6. Perbaiki justifikasi 7. Pengkonfirmasi pengambilan kasus		
3.	07/2021 03	1.	2. Pengkonfirmasi pengambilan kasus		
4.	08/2021 03	1. Bab 1, II, III	1. Pengkonfirmasi pengambilan kasus 2. Penyesuaian bab 1, II, III 3. Pathway -> ringkasan 4. Subjek penelitian 5. Definisi operasional 6. Tinjaulah data		

6.	09/2021 09	1. Revisi Proposal	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatian penulisan daftar pustaka</li> <li>2. Sudut piramida terbalik</li> <li>3. konsep keluarga - Y 25</li> <li>1. TTD lembat persetujuan dari Pengesahan</li> </ul>		
7.	19/2021 17	1. Revisi Proposal	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. TTD</li> <li>2. kondisi pasien</li> <li>3. kesendangan pasien</li> <li>4. perkesinambungan bab</li> </ul>		
8.	22/2021 02		<ul style="list-style-type: none"> <li>1. kirim laporan</li> <li>2. membaca buku panduan terhuung per paragraf</li> </ul>		Et.1
9.	02/2021 02	1. Bab 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. gunakan kalimat deklaratif</li> <li>2. kutipan tidak ada gelar</li> <li>3. M, S, K, S (masalah, skala, kronologis, sosiologi)</li> <li>4. M, S, K, S</li> </ul>		Et.1
10.	16/2021 02	1. Bab 1, 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Perbedaan HCM dan keluarga</li> <li>3. sasaran, konsep</li> </ul>		Et.1
11.	27/2021 02	1. Bab 1, 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. tipografi penulisan</li> <li>2. Partisipasi keluarga</li> <li>3. Dx pathway berbeda dengan keluarga</li> </ul>		Et.1
12.	11/2021 03	1. Bab 1, 4, 111 2. Power point	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. konsistensi bab 1, 4, 11</li> <li>2. studi kesp. keluarga</li> <li>3. Penatalaksanaan di rumah</li> </ul>		Et.1
13.	29/2021 05		<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Upaya promotif - preventif</li> <li>5. Dampak</li> <li>6. modifikasi lingkungan</li> <li>7. hub. antar paragraf</li> <li>8. justifikasi</li> <li>1. Persiapan seminar proposal</li> </ul>		Et.1

14	10/07 2021	1. Revisi proposal 2. BAB IV	1. Askep Keuraman → RS 2. Pengumpulan BAB I, II, III, IV 3. A) Konsep teori 4. Formal Pengkajian di Arden Pada data hasil		12/1
15	16/07 2021	1. BAB IV	1. Askep Longstay di rumah sakit 2. A Skep per Px 3. Data fokus → Kesit Data.		12/1
16.	24/07 2021	1. BAB IV 2. BAB V	1. Judul peminatan terbaru. 2. Proposal → hasil. 3. Abstrak 250 kata.		12/1
			4. Data teori 5. Definisi operasional. 6. Pembahasan → Teori 7. Kerangka Pohon. 8. Data teori analisis penelitian 9. Konsistensi		12/1

Ketua Program Studi D III Keperawatan  
PoltekkesKemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep  
NIP : 196803291994022001

## INFORMED CONSENT

### (Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti asuhan keperawatan yang akan dilakukan oleh Devita Riska Hidayah dengan judul "**Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Urolithiasis di Ruang Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021**"

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada asuhan keperawatan secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama asuhan keperawatan sayan menginginkan pengunduran diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Balikpapan, 21 Juni 2021

Saksi

  
.....  
Suarono

Yang Memberikan Persetujuan

  
.....  
Djumaina

Mahasiswa



Devita Riska Hidayah

## INFORMED CONSENT

### (Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti asuhan keperawatan yang akan dilakukan oleh Devita Riska Hidayah dengan judul "**Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Urolithiasis di Ruang Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021**"

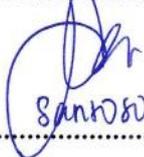
Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada asuhan keperawatan secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama asuhan keperawatan sayan menginginkan pengunduran diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Balikpapan, 17 Juni 2021

Saksi

  
.....  
R. Rustani

Yang Memberikan Persetujuan

  
.....  
Devita Riska Hidayah

Mahasiswa



Devita Riska Hidayah

## DOKUMENTASI SEMINAR HASIL

