

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI NYERI AKUT PADA PASIEN Tn. S
DENGAN PRE OPERASI *URETEROLITHIASIS*



OLEH :
YETI FIKA SARI
NIM : 2317077

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
YOGYAKARTA
2020

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI NYERI AKUT PADA PASIEN Tn. S
DENGAN PRE OPERASI *URETEROLITHIASIS*

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

YETI FIKA SARI
NIM : 2317077

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yeti Fika Sari

NIM : 2317077

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 26 Juni 2020

Pembuat Pernyataan



Yeti Fika Sari

NIM 2317077

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI DOKUMENTASI NYERI AKUT PADA PASIEN Tn. S
DENGAN PRE OPERASI *URETEROLITHIASIS***

OLEH:
YETI FIKA SARI
NIM: 2317077

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan disetujui pada tanggal
26 Juni 2020

Pembimbing I



Venny Diana, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIK 1141 11 159

Pembimbing II



Retno Koeswandari, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP 196709301990032002

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI NYERI AKUT PADA PASIEN Tn. S
DENGAN PRE OPERASI URETEROLITHIASIS

OLEH:
YETI FIKA SARI
NIM: 2317077

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Akper "YKY"
Yogyakarta pada tanggal

4 Juli 2020

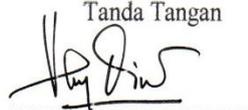
Dewan Penguji:

Venny Diana, S.Kep., Ns., M.Kep.

Retno Koeswandari, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dewi Murdiyanti PP, M.Kep., Ns., Sp. Kep. M.B.

Tanda Tangan







Mengesahkan
Direktur Akper "YKY" Yogyakarta



Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIK 1141 03 052

MOTTO

Jika dirimu merasa kesulitan maka sesungguhnya ada kemudahan jika kau berjuang
dan mau berusaha.

Seperti yang telah dikatakan dalam QS Al-Insyirah 6-8 mengatakan “maka
sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan.” Sesungguhnya bersama

kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai

(dari sesuatu urusan) tetaplah berkerja keras untuk urusan yang lain.

(Yeti Fika Sari)

HALAMAN PERSEMBAHAN

Sebagai ucapan terimakasih yang begitu banyak tidak terucap, maka Karya Tulis Ilmiah ini kupersembahkan kepada:

1. Allah SWT karena atas rahmad dan hidayah-Nya beserta ijin-Nya maka karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.
2. Kepada Ibuku watik yang selalu memberikan dukungan, membesarkan hati saya untuk yakin bahwa ini adalah jalan menuju kesuksesan dan telah memberikan doa dan membiayai dalam menempuh kuliah selama 3 tahun.
3. Kepada Rendy Candra laki-laki yang selalu memberiku semangat, mengingatkan ku untuk mengerjakan tugas akhir dan selalu mendengarkan keluh kesahku.
4. Teman yang selalu ada di saat suka maupun duka yaitu Kola, Tantry, Ester, Lisa, Shova, Yahya.
5. Teman seperjuanganku KMB yaitu Fahrul dan Arlita.
6. Semua teman yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah memberi semangat.
7. Untuk teman-teman seperjuanganku 3B angkatan 23 yang selalu memberikan semangat satu sama lain.
8. Buat almamater tercinta Akper YKY Yogyakarta.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Studi Dokumentasi Nyeri Akut Pada Pasien Tn.S dengan Pre Operasi *Ureterolithiasis* di Ruang Alamanda I RSUD Sleman” tepat pada waktunya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini dapat disusun dan diselesaikan atas bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.,Ns., M.Kep. selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta, yang telah memberikan kesempatan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
2. Venny Diana, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku dosen pembimbing dan dosen penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
3. Retno Koeswandari, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku dosen pembimbing dan dosen penguji yang telah memberikan saran dan bimbingan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
4. Dewi Murdiyanti PP, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.MB selaku dosen penguji.
5. Ibu serta semua keluarga terdekat yang telah memberikan dukungan baik moral maupun materi sehingga terselesaikan Karya Tulis Ilmiah.
6. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu atas bantuan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu segala kritik dan saran yang membangun akan penulis terima dengan baik. Semoga Karya Tulis Ilmiah penelitian yang berjudul “Studi Dokumentasi Nyeri Akut Pada Pasien Tn.S dengan Pre Operasi *Ureterolithiasis* ini bermanfaat bagi kita semua.

Yogyakarta,

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam	i
Pernyataan Keaslian Tulisan	ii
Halaman Persetujuan	iii
Halaman Pengesahan	iv
Halaman Motto	v
Halaman Persembahan	vi
Kata Pengantar.....	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	x
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran.....	xii
Abstrak	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	5
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Studi Kasus	5
D. Ruang Lingkup	6
E. Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Landasan Teori	7
1. Konsep <i>Ureterolithiasis</i>	7
2. Konsep Nyeri Akut	21
3. Asuhan Keperawatan pada Pasien <i>Ureterolithiasis</i>	31
4. Konsep Peran Keluarga	42
B. Kerangka Teori.....	45
BAB III METODE PENELITIAN	46
A. Rancangan Studi Kasus.....	46
B. Subjek Studi Kasus	46
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	46
D. Definisi Operasional	46
E. Instrumen Studi Kasus.....	47
F. Teknik Pengumpulan Data.....	48
G. Analisis Data	48
H. Etika Studi Kasus.....	49
I. Alur Penelitian	51
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	52
A. HASIL	52
1. Gambaran Kasus.....	52
B. PEMBAHASAN	55
1. Pengkajian.....	55
2. Diagnosis Keperawatan	58
3. Rencana Keperawatan dan Implementasi	59

4. Evaluasi	63
5. Peran Keluarga	65
C. KETERBATASAN STUDI KASUS	65
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	67
A. KESIMPULAN.....	67
B. SARAN	68
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pengkajian Nyeri Komprehensif.....	29
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala Peringkat Nyeri.....	23
Gambar 2.2 Skala Peringkat Nyeri.....	24
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	45
Gambar 3.1 Bagan Alur Penelitian.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Bukti Bimbingan

Lampiran 3 Format Pengkajian KMB (Keperawatan Medikal Bedah)

Yeti Fika Sari (2020). Studi Dokumentasi Nyeri Akut Pada Pasien Tn.S Dengan Pre Operasi Ureterolithiasis
Pembimbing: Venny Diana, Retno Koeswandari

ABSTRAK

Ureterolithiasis (batu ureter) yang terletak pada ureter maupun sistem pelvikalis mampu menimbulkan kelainan struktur saluran kemih sebelah atas. Penyakit *Ureterolithiasis* di Yogyakarta dengan Prevalensi 1,2% dari 19,018 orang. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini untuk mengetahui gambaran nyeri akut pada pasien Tn.S dengan Pre Operasi *Ureterolithiasis* di ruang Alamanda I RSUD Sleman.

Rancangan penelitian ini menggunakan kualitatif deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yang menggambarkan dan mengeksplorasi peristiwa/kasus dengan menggunakan dokumentasi laporan asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien *Ureterolithiasis* asuhan keperawatan tahun 2017. Studi dokumentasi ini dilaksanakan di kampus Akper "YKY" Yogyakarta program studi DIII keperawatan pada bulan Februari - Juni 2020, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah).

Hasil pengkajian keperawatan Tn.S berjenis laki-laki berusia 45 tahun pendidikan SD perkerjaan buruh serta beragama islam. Data pengkajian ditemukan keluhan nyeri saat (buang air kecil) BAK. Diagnosa keperawatan nyeri akut b.d agen injury biologis. Rencana Keperawatan (*Nursing Outcome Classification*) NOC: *pain kontrol*, (*Nursing Intervention Classification*) NIC : *pain management*. Evaluasi hasil masalah nyeri akut pada Tn.S teratasi sebagian dan tujuan tercapai sebagian sesuai dengan kriteria hasil pada tujuan keperawatan. Kesimpulan penulisan asuhan keperawatan pada studi kasus sudah mengacu pada NANDA & NOC-NIC. Pada pendokumentasian keperawatan penulis tidak menemukan kekurangan seperti tidak mencantumkan hari, tanggal jam, tanda tangan dan nama.

Kata kunci: *Ureterolithiasis*, Nyeri Akut, Studi Dokumentasi

Yeti Fika Sari (2020). Documentation Study of Acute Pain in the Patient Mr. S with Preoperative Ureterolithiasis
Advisor: Venny Diana, Retno Koeswandari

Abstract

Ureterolithiasis (ureteral stones) located in the ureter and pelvical system can cause abnormalities in the structure of the upper urinary tract. Ureterolithiasis in Yogyakarta with Pravelensi 1.2% of 19,018 people. The purpose of writing this scientific paper is to find out the picture of acute pain in Tn.S patients with Preoperative Ureterolithiasis in the Alamanda I room of Sleman District Hospital.

This research design uses descriptive qualitative in the form of a case study with a documentation study approach that illustrates and exports events / cases using documentation of acute pain nursing care reports in patients with Ureterolithiasis nursing care in 2017. This documentation study was conducted at Akper "YKY" campus in Yogyakarta DIII study program nursing in February - June 2020, which starts from the preparation of proposals to the preparation of the KTI (Scientific Writing) report.

The results of the nursing study are of male type 45 years old, elementary education, labor, and Islamic religion. The assessment data found complaints of pain when urinating (urinating) BAK. Nursing diagnosis of acute pain b.d biological injury agents. Nursing Plan (Nursing Outcome Classification) NOC: pain control, (Nursing Intervention Classification) NIC: pain management. Evaluation of the results of the acute pain problem in Tn.S is partially resolved and the goal is achieved partially in accordance with the expected outcomes in nursing goals. The conclusion of writing nursing care in a case study has referred to NANDA & NOC-NIC. In nursing documentation the authors found no deficiencies such as not including the day, date of hour, signature and name.

Keywords: *Ureterolithiasis, Acute Pain, Documentation Study*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ureterolithiasis (Batu Ureter) adalah Batu yang terletak pada ureter maupun sistem pelvikalis maupun menimbulkan kelainan struktur saluran kemih sebelah atas. Obstruksi di ureter dapat menimbulkan hidroureter dan hidronefrolitiasis, batu di pielum dapat menimbulkan hidronefrosis, dan batu di kaliks mayor dapat menimbulkan kaliektasis pada kaliks yang bersangkutan (Muttaqin 2014).

Ureterolithiasis terjadi akibat peningkatan pemekatan urin dan perubahan pH sehingga terjadi proses pengendapan dan kristalisasi batu. Batu tersebut akan menimbulkan obstruksi yang memicu kontraksi otot polos ureter sehingga timbul nyeri akut dan nyeri kolik serta peningkatan miksi. Trauma fisik antara batu dan epitel ureter akan menimbulkan luka sehingga akan terjadi hematuria dan pyuria(Muttaqin 2014).

Kasus *Ureterolithiasis* semakin sering didapati, salah satu contohnya banyak ditemukan di negara maju seperti di Amerika Serikat, Eropa, dan Australia. Di negara-negara Asia, angka kejadian nefrolitiasis mencapai 1-19%. Selain itu banyak ditemukan kasus *Ureterolithiasis* di negara berkembang, seperti India, Thailand, dan Indonesia yang kejadiannya sekitar 2-15%, biasa dijumpai karena ada hubungannya dengan perkembangan

ekonomi dan peningkatan biaya untuk kebutuhan makan perkapital. (Liu, 2018).

Jumlah kejadian *Ureterolithiasis* di Indonesia berdasarkan data yang dikumpulkan dari Rumah Sakit seluruh Indonesia adalah sebesar 499,800 kasus baru, dengan jumlah kunjungan sebesar 58,959 orang. Sedangkan jumlah pasien yang dirawat adalah sebesar 19,018 orang, dengan jumlah kematian 378 orang atau 1,98% dari semua jumlah pasien yang dirawat. Di Indonesia ditemukan bahwa 0,6 % penduduknya telah mengalami kejadian batu saluran kemih. Prevalensi tertinggi di Yogyakarta (1,2%), diikuti Aceh (0,9%), Jawa barat, Jawa Tengah, dan Sulawesi Tengah masing-masing sebesar (0,8%), prevalensi lebih tinggi laki-laki (0,8%) dibandingkan perempuan (0,4%). Sebanyak 10% masyarakat di Indonesia memiliki resiko untuk menderita *Ureterolithiasis*, dan 50% pada mereka yang pernah menderita, *Ureterolithiasis* akan timbul kembali dikemudian hari. (RISKESDAS,2018).

Gejala awal pada *Ureterolithiasis* biasanya sakit pinggang ringan hingga berat (kolik), pendarahan pada urin, mual muntah, kehilangan nafsu makan, hingga pembengkakan diperut. *Ureterolithiasis* terbentuk pada tubuli ginjal, kalik, infundibulum, pelvis yang terbawa oleh urin hingga mencapai hingga ke ureter. Kelainan atau obstruksi pada ureter, penyempitan infundibulum dan stenosis ureteropelvik mempermudah timbulnya *Ureterolithiasis*. (Noegroho,2018).

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien *Ureterolithiasis* menurut (Muttaqin 2014), kualitas nyeri dari *Ureterolithiasis* dapat berupa nyeri kolik ataupun bukan kolik. Nyeri kolik terjadi karena aktivitas peristaltik otot polos ureter meningkat akan mengeluarkan batu dari saluran kemih. Peningkatan peristaltik tersebut menyebabkan tekanan intraluminalnya meningkat sehingga terjadi peregangan dari terminal saraf yang memberikan sensasi nyeri. Nyeri non – kolik terjadi akibat peregangan kapsul ginjal karena terjadi hidronefrosis atau infeksi pada ginjal. Bila nyeri mendadak menjadi akut, disertai keluhan nyeri di seluruh area kostovertebral dan keluhan gastrointestinal seperti mual dan muntah. Diare dan ketidaknyamanan abdominal dapat terjadi. Gejala gastrointestinal ini akibat dari refleksi retrointestinal dan proksimitas anatomik ginjal ke lambung, pankreas, dan usus besar.

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual karena respon individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain. Nyeri Akut yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri dapat diketahui dengan jelas. (Susanto 2017).

Peran perawat sebagai pemberi layanan asuhan keperawatan pada pasien *Ureterolithiasis* yaitu peran pelaksana dan pendidik. Peran sebagai pelaksana yaitu perawat mampu memberikan layanan asuhan keperawatan secara profesional seperti memberikan dukungan positif kepada pasien

supaya memiliki perasaan yang baik pada diri sendiri. Mengendalikan ketegangan dan rasa cemas dalam proses sebelum di operasi yang bertujuan untuk pengeluaran batu. Peran perawat sebagai pendidik yaitu perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang definisi *Ureterolithiasis*, dalam rangka meningkatkan pengetahuan pasien dan meningkatkan kualitas kehidupan pasien supaya kesehatan pasien menjadi lebih optimal. Membantu dalam spritual klien dan keluarga dalam beribadah. (Smellzer dan Bare, 2010).

Menurut Friedman (1998) dalam Notoadmojo (2013), dukungan sosial dan keluarga secara langsung dapat menurunkan tingkat stres yang diakibatkan oleh suatu penyakit, dan secara tidak langsung dapat menurunkan tingkat stress yang diakibatkan oleh suatu penyakit, dan secara tidak langsung dapat meningkatkan derajat kesehatan individu atau keluarga. dengan adanya dukungan sosial dan keluarga yang tinggi dapat melindungi pasien dari efek negatif stress dan mampu memberikan dampak positif terhadap keinginan pasien untuk menjadi pengobatan terapi.

Berdasarkan hal tersebut diatas maka penulis tertarik untuk melakukan studi dokumentasi dengan judul Studi dokumentasi Nyeri Akut pada Pasien Tn.S dengan *Ureterolithiasis* di Ruang Alamanda I RSUD Sleman.

B. Rumusan Masalah

“Bagaimana Studi Dokumentasi nyeri Akut Pada pasien Tn.S Pre Operasi *Ureterolithiasis*”

C. Tujuan Studi khusus

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran nyeri akut pada pasien Tn.S dengan Pre Operasi *Ureterolithiasis*.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya gambaran tentang hasil dokumentasi mengenai karakteristik partisipan dengan Pre Operasi *Ureterolithiasis*.
- b. Diketuainya gambaran tentang hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian nyeri akut pada pasien Tn.S dengan Pre Operasi *Ureterolithiasis*.
- c. Diketuainya gambaran tentang hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keperawatan nyeri akut pada pasien Tn.S dengan Pre Operasi *Ureterolithiasis*.
- d. Diketuainya gambaran tentang hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan keperawatan nyeri akut pada pasien Tn.S dengan Pre Operasi *Ureterolithiasis*.
- e. Diketuainya gambaran tentang hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan nyeri akut pada pasien Tn.S dengan Pre Operasi *Ureterolithiasis*.

- f. Diketuainya gambaran tentang hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi keperawatan Nyeri Akut pada Pasien Tn.S dengan Pre Operasi *Ureterolithiasis*.
- g. Diketuainya gambaran tentang hasil studi dokumentasi mengenai peran keluarga dalam menangani anggota keluarga yang sakit.

D. Ruang Lingkup

Studi dokumentasi ini termasuk dalam ruang lingkup mata ajaran Keperawatan Medikal Bedah sistem perkemihan (urologi). Materi yang dibahas adalah Gambaran nyeri akut pada Tn.S dengan *Ureterolithiasis* yang dirawat di RSUD Sleman dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper “YKY” Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI tahun 2017.

E. Manfaat Studi Kasus

1. Teoritis

Dengan adanya studi kasus dapat menambah keluasan ilmu dan pengetahuan di bidang keperawatan dalam pemenuhan gangguan rasa aman nyaman nyeri pada pasien *Ureterolithiasis*.

2. Praktis

Memperoleh pengalaman yang nyata memberikan Asuhan keperawatan dalam Mengaplikasikan Hasil Riset Keperawatan, khususnya studi kasus tentang Gambaran Nyeri Akut pada Pasien *Ureterolithiasis*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Konsep *Ureterolithiasis*

a. Definisi

Ureterolithiasis adalah suatu keadaan dimana terdapat batu di dalam lumen ureter. Batu saluran kemih dapat ditemukan di sepanjang saluran sistem urinaria, mulai dari sistem kaliks ginjal, pielum, ureter, buli-buli, dan uretra. Batu saluran kemih jumlahnya sangat beragam (bisa satu atau lebih) dan bisa ditemukan pada saluran urater. *Ureterolithiasis* rata-rata 90% mengandung garam kalsium (Ariani 2016).

Ureterolithiasis merupakan salah satu penyakit saluran kemih yang disebabkan oleh penumpukan molekul yang mengalami pengendapan. Pembentukan batu dapat diklasifikasikan berdasarkan etiologi, yaitu infeksi, non-infeksi, kelainan genetik, dan obat-obatan. Batu akibat tanpa infeksi dapat tersusun dari kalsium oksalat dan kalsium fosfat atau asam urat. Batu akibat infeksi memiliki komposisi magnesium amonium fosfat, karbonat amonium urat. Batu yang disebabkan oleh kelainan genetik dapat mengandung sistin atau xantin (Noegroho, 2018).

b. Jenis *Ureterolithiasis*

Menurut Ariani, 2016 berdasarkan jenis *Ureterolithiasis* dibagi menjadi:

1) Batu Kalsium

Batu kalsium atau kalsium oksalat dan kalsium fosfat merupakan jenis batu yang paling banyak ditemukan, yaitu sekitar 75-85% dari seluruh batu saluran kemih.

2) Batu Struvit

Batu struvit disebut juga sebagai batu infeksi, karena terbentuknya batu ini dipicu oleh adanya infeksi saluran kemih. Kuman penyebab infeksi ini adalah golongan pemecah urea atau urea splitter, seperti proteus spp, Klebsiella, Serratia, Enterobakter, Pseudomonas, dan Stafilokokus yang dapat menghasilkan enzim urease dan mengubah urine menjadi basa melalui hidrolisis urea menjadi amoniak. Suasana basa ini memudahkan garam-garam magnesium, amonium, fosfat, dan karbonat membentuk batu magnesium amonium fosfat dan karbonat apatit.

3) Batu asam urat

Batu asam urat meliputi 5-10% dari seluruh batu saluran kemih, banyak dialami oleh penderita gout, penyakit *mieloproliferatif*, *urikosurik*, *sulfinpirazone*, *thiazide*, dan *salisilat*.

Kegemukan, alkoholik, dan diet tinggi protein mempunyai peluang besar untuk mengalami penyakit ini.

4) Batu sistin

Ureterolithiasis ini terbentuk akibat terlalu banyaknya asam amino sistin yang dikeluarkan oleh ginjal. Batu sistin merupakan jenis *Ureterolithiasis* yang sangat jarang ditemukan.

c. Patofisiologi

Ureterolithiasis terbentuk dari batu yang tidak terlalu besar didorong oleh peristaltic otot-otot sistem pelvicalises dan turun ke ureter menjadi batu ureter. Tenaga peristaltic ureter mencoba untuk mengeluarkan batu hingga turun ke kandung kemih. Batu yang ukurannya kecil (<5mm) pada umumnya dapat keluar spontan, sedangkan yang lebih besar sering kali tetap berada di ureter dan menyebabkan reaksi peradangan, serta menimbulkan obstruksi kronis berupa hidronefrosis dan hidroureter (Muttaqin,2014).

Batu yang terletak pada ureter maupun sistem pelvicalises mampu menimbulkan obstruksi saluran kemih dan menimbulkan kelainan struktur saluran kemih sebelah atas. Obstruksi di ureter menimbulkan hidroureter dan hidronefrosis, batu di pielum dapat menimbulkan hidronefrosis, dan batu di kaliks mayor dapat menimbulkan kaliekstasis pada kaliks yang bersangkutan. Jika disertai

dengan infeksi sekunder dapat menimbulkan pionefrosis, urosepsis, abses ginjal, abses perinefrik, abses paranefrik, ataupun pielonefritis. Pada keadaan yang lanjut dapat terjadi kerusakan ginjal, dan jika mengenai kedua sisi mengakibatkan gagal ginjal permanen (Purnomo,2014).

d. Manifestasi Klinis

Tanda-tanda atau gejala *Ureterolithiasis* sangat beragam. Menurut Ariani (2016), gejala yang mungkin muncul diantaranya sebagai berikut:

1) Perubahan Warna Urine

Salah satu fungsi ureter adalah mengalirkan air kencing atau urine, apabila ureter manusia mengalami sumbatan, maka akan terjadi gangguan pada pembentukan urin di ginjal, baik dari warna, bau, dan karakteristiknya. Hal ini bisa mengakibatkan terjadinya perubahan dalam frekuensi buang air kecil. Mungkin buang air kecil lebih sering dan lebih banyak dari pada biasanya dengan warna urine yang pucat atau malah sebaliknya, buang air kecil dalam jumlah sedikit dari biasanya dengan urine yang berwarna gelap.

2) Tubuh Mengalami Pembengkakan

Batu pada ureter dapat menyebabkan gangguan aliran urin sehingga mengganggu fungsi ginjal, maka saat ginjal tidak mampu

lagi melakukan fungsinya akan diproduksi cairan atau toksin ke dalam tubuh yang mengakibatkan pembengkakan terhadap beberapa bagian tubuh, diantaranya di bagian kaki, pergelangan kaki, wajah, dan tangan.

3) Tubuh Cepat Lelah

Ureter yang tersumbat dapat mengganggu fungsi ginjal, salah satunya adalah kemampuan memproduksi hormon erythropoietin yang berfungsi memerintahkan tubuh untuk membuat oksigen yang membawa sel darah merah. Ketika ginjal mengalami gangguan, maka ginjal tidak mampu memasok hormon sesuai kebutuhan sehingga hal tersebut akan berdampak pada otot, otak, dan tubuh yang akan merasa cepat lelah. Kondisi ini disebut juga anemia. Oleh karena itu apa bila mengalami anemia yang berkelanjutan, berhati-hatilah karena hal tersebut bisa saja merupakan gejala penyakit ginjal.

4) Bau Mulut

Penumpukan limbah dalam darah atau uremia karena adanya gangguan ginjal. Hal tersebut dapat membuat rasa tidak enak dalam makanan dan bau mulut yang tidak sedap.

5) Rasa Mual dan Ingin Muntah

Gejala penyakit saluran kemih yang lainnya adalah rasa mual berkelanjutan dan selalu ingin muntah. Gejala ini muncul karena terjadi penumpukan limbah dalam darah atau uremia.

6) Nyeri

Sering bersifat kolik atau ritmik, terutama bila batu terletak di ureter atau di bawah. Nyeri dapat terjadi secara hebat tergantung dari lokasi letak batu tersebut.

7) Demam dan Menggigil

Ketika mulai terjadi infeksi, tubuh akan menjadi demam dan menggigil. Suhu badan akan naik serta tubuh penderita akan menggigil.

8) Hematuria

Hematuria ini disebabkan oleh iritasi dan cedera pada struktur ginjal disertai pengkristalan atau batu.

9) Urine Encer

Terjadi obstruksi aliran pengenceran urine, karena kemampuan ginjal memekatkan urine terganggu oleh pembengkakan yang terjadi di sekitar kapiler peritubulus.

10) Sakit Saat Buang Air Kecil

Di saat buang air kecil, pada saluran kencing akan terasa sangat nyeri dan menyiksa.

e. Etiologi

Penyebab *Ureterolithiasis* menurut Ariani (2016), adalah sebagai berikut:

1) Faktor Intrinsik

Dalam faktor intrinsik ini ada beberapa faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit *Ureterolithiasis*. Faktor-faktor yang dimaksud tersebut diantaranya adalah sebagai berikut:

a) Faktor Genetik

Faktor Genetik ini berperan penting dalam terjadinya *Ureterolithiasis*. Seseorang yang mempunyai keluarga penderita *Ureterolithiasis* mempunyai risiko mengalami penyakit *Ureterolithiasis* sebesar 25 kali dibandingkan dengan seorang yang tidak mempunyai garis keturunan penyakit *Ureterolithiasis*.

b) Riwayat Sakit *Ureterolithiasis* Sebelumnya

Penyakit *Ureterolithiasis* bersifat kumat-kumatan. Artinya, pasien yang pernah menderita batu ureter sekalipun batunya pernah keluar secara spontan atau dikeluarkan oleh dokter, suatu waktu nanti dapat mengalami kekambuhan lagi.

c) Usia

Jenis penyakit ginjal ini paling sering dialami seseorang yang sudah berusia sekitar 30-50 tahun.

d) Jenis Kelamin

Jumlah pasien atau penderita penyakit ini lebih banyak dialami oleh orang yang berjenis laki-laki, di mana laki-laki mempunyai kelainan banyak dibandingkan perempuan.

e) Kelainan Anatomi Ginjal

Insidensi *Ureterolithiasis* lebih sering terjadi pada seseorang yang mengalami kelainan anatomi ginjal. Hal ini berhubungan dengan terlambatnya aliran air kemih. Misalnya pada ginjal tapal kuda atau *horseshoe kidney*, penyempitan ureter, penyempitan dikaliks, dan lain sebagainya.

f) Pembentuk Batu Dalam Air Kemih

Pengeluaran mineral yang berlebihan melalui air kemih dapat menimbulkan kejenuhan air kemih dan berpotensi terbentuknya *Ureterolithiasis*. Misalnya hiperkalsiuria atau pengeluaran kalsium yang berlebihan bersama air kemih, hiperoksaluria atau pengeluaran oksalat yang berlebihan bersama air kemih.

g) Gangguan metabolik

Kelainan metabolis tertentu dapat menyebabkan peningkatan pembuangan mineral tubuh. Misalnya penyakit hiperparatiroidisme atau terjadi hiperuricosuria, penyakit usus

atau menurunnya kadar sitrat, dan penyakit asidosis tubuler ginjal atau kehilangan sitrat melalui air kemih.

2) Faktor Ekstrinsik

Faktor Ekstrinsik ini juga memiliki beberapa hal yang dapat menyebabkan terjadinya penyakit *Ureterolithiasis*. Hal-hal yang dimaksud tersebut di antaranya adalah sebagai berikut:

a) Kurang Minum

Aktivitas yang banyak mengeluarkan keringat dan cuaca panas menyebabkan volume cairan tubuh berkurang. Apalagi ketika tidak diimbangi dengan minum air putih yang cukup, maka hal tersebut dapat membuat jumlah air kemih yang terbentuk menjadi lebih sedikit. Keadaan ini juga dapat menciptakan supersaturasi atau kejenuhan ginjal.

b) Jenis Pekerjaan dan Hobi

Seseorang yang pekerjaan sehari-harinya lebih banyak menggunakan kekuatan fisik dan tinggal di daerah yang beriklim panas memiliki peluang lebih besar terkena *Ureterolithiasis*.

c) Konsumsi obat-obatan

Beberapa jenis obat-obatan seperti efedrin, obat pelancar kencing, obat kejang, dan obat anti virus atau indinavir berpotensi memicu datangnya penyakit batu ginjal.

d) Geografi

Pada beberapa daerah menunjukkan angka kejadian penyakit *Ureterolithiasis* yang lebih tinggi dari pada daerah lain sehingga dikenal sebagai daerah stone belt atau sabuk batu.

e) Diet

Diet tinggi purin, oksalat, dan kalsium merupakan salah satu diet pemicu datangnya penyakit *Ureterolithiasis* atau batu saluran kemih.

f. Pemeriksaan penunjang

Mendiagnosis *Ureterolithiasis*, pertama-tama dokter akan mencoba menggali keterangan terlebih dahulu dari pasien seputar gejala-gejala yang dialaminya. Biasanya dokter akan menanyakan apakah pasien pernah menderita *Ureterolithiasis* sebelumnya, memiliki riwayat keluarga berpenyakit sama, atau apakah belakang pasien sering mengonsumsi makanan atau suplemen yang bisa memicu terbentuknya *Ureterolithiasis*. Setelah itu, tes atau pemeriksaan akan dilakukan untuk memastikan diagnosisnya. Menurut (Ariani 2016) tes yang akan dilakukan tersebut yaitu:

1) Pemeriksaan Laboratorium

Dalam pemeriksaan laboratorium ada beberapa hal yang harus dilakukan, di antaranya adalah sebagai berikut:

- a) Sedimen urine atau tes dipstik untuk mengetahui sel eritrosit, lekosit, bakteri atau nitrit, dan pH urine.
- b) Kreatinin serum untuk mengetahui fungsi ginjal.
- c) *C-reactive* protein, hitung leukosit sel B, dan kultur urine biasanya dilakukan pada keadaan demam.
- d) Natrium dan kalium darah dilakukan pada keadaan muntah.
- e) Kadar kalsium dan asam urat darah dilakukan untuk mencari faktor resiko metabolik.
- f) Urinalisis. Warna : urine normal kekuningan-kuningan, abnormal merah menunjukkan hematuria pH : normal 4,6- 6,5 (rata-rata 6,0), urine 24 jam: kreatinin, asamurat, kalsium, fosfat, oksalat, atau sistin meningkat, culture urine menunjukkan infeksi saluran kemih, BUN (*Blood Urea Nitrogen*) hasil normal 5-20 mg/dl tujuan untuk mempelihatkan kemampuan ginjal untuk mengekskresi sisa yang bermitogren, kreatinin serum hasil normal laki-laki 0,85 sampai 15mg/dl, perempuan 0,70-1,25 mg/dl.
- g) Darah lengkap. Hb, Ht, abnormal bila pasien dehidrasi berat atau polisitemia.

h) Hormon Paratyroid

Merangsang reabsorpsi kalsium dari tulang, meningkatkan sirkulasi serum dan kalsium urine. Hormon paratyroid mungkin meningkat bila ada gagal ginjal atau PTH.

2) Pemeriksaan Radiologi

a) Foto Rontgen

Menurunkan adanya perubahan anatomik pada area ginjal dan sepanjang ureter.

b) IVP (*Intra Venous Pyelography*)

Memberikan konfirmasi urolithiasis dengan cepat seperti penyebab nyeri, abdominal, atau punggung. Selain itu juga menunjukkan abnormalitas pada struktur anatomik atau distensi ureter.

c) Sistoureterokopi

Visualisasi kandung kemih dan ureter dapat menunjukkan batu atau efek obstruksi.

d) USG Abdomen

Untuk menentukan perubahan obstruksi dan lokasi batu.

g. Komplikasi

Menurut Nursalam (2011), komplikasi pada pasien *Ureterolithiasis* adalah:

- 1) Sumbatan akibat pecahnya batu.

- 2) Infeksi, akibat diseminasi partikel *Ureterolithiasis* atau bakteri akibat obstruksi.
- 3) Kerusakan fungsi ginjal, akibat sumbatan yang lama sebelum pengobatan dan pengakatan batu.

h. Penatalaksanaan

Batu yang sudah menimbulkan masalah pada saluran kemih secepatnya harus dikeluarkan agar tidak menimbulkan penyakit lebih parah. Indikasi untuk melakukan tindakan/terapi pada batu saluran kemih adalah jika batu telah menimbulkan obstruksi, infeksi atau harus diambil karena sesuatu indikasi sosial.

Obstruksi karena batu saluran kemih yang telah menimbulkan hidroureter atau hidronefrosis dan batu yang sudah menyebabkan infeksi saluran kemih, harus segera dikeluarkan.

Menurut Ariani (2016) batu dapat dikeluarkan dengan beberapa cara yaitu:

a) Ureterorenoskopi

Ureterorenoskopi merupakan salah satu prosedur pengangkatan *Ureterolithiasis* dengan menggunakan sebuah alat yang disebut ureterorenoskop yang dimasukkan ke ureter dan kandung kemih. Uretra adalah saluran terakhir untuk keluarnya urine dari kandung kemih ke luar tubuh.

b) Bedah terbuka

Di zaman modern seperti sekarang, prosedur ini sebenarnya sudah tergolong jarang dan hanya dilakukan untuk mengangkat *Ureterolithiasis* yang berukuran sangat besar. Sesuai namanya bedah terbuka dilakukan dengan cara membuat sayatan pada permukaan kulit dekat dengan ginjal dan ureter yang berfungsi sebagai akses bagi dokter bedah untuk mengangkat *Ureterolithiasis*.

c) ESWL (*Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy*)

Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy atau yang disingkat dengan ESWL ini merupakan prosedur penghancuran *Ureterolithiasis* dengan menggunakan gelombang energi. Batu dihancurkan agar serpihan-serpihannya dapat keluar dengan mudah.

d) PCNL (*Percutaneous Nephrolithotomy*)

Sementara *Percutaneous Nephrolithotomy* atau yang disingkat dengan PCLN ini merupakan prosedur penghancuran *Ureterolithiasis*. Sayatan kecil dibuat oleh atas permukaan kulit dekat ginjal, sehingga alat yang disebut nephroscope bisa masuk untuk memecahkan dan mengangkat serpihan *Ureterolithiasis*.

i. Pencegahan *Ureterolithiasis*

Menurut (Ariani, 2016) *Ureterolithiasis* dapat dicegah dengan berbagai cara diantaranya:

- 1) Kurangi konsumsi daging.
- 2) Banyak minum air putih.
- 3) Batasi *grapefruit juice* dan minuman bersoda.
- 4) Diet tinggi kalium dan magnesium.
- 5) Suplemen pyridoxine dan magnesium.
- 6) Batasi asupan kalsium garam.
- 7) Kurangi asupan oksalat
- 8) Olahraga teratur
- 9) Minyak zaitun dan jus lemon
- 10) Makan semangka

2. Konsep Nyeri

a. Definisi

Nyeri adalah gejala subjektif, hanya klien yang dapat mendeskripsikannya. Nyeri tidak dapat diukur secara objektif oleh praktisi kesehatan (Kowalski, 2012).

b. Patofisiologi Nyeri

Menurut Judha (2012) pada saat sel saraf rusak akibat trauma jaringan, maka terbentuk zat-zat kimia seperti *bradikinin*, *serotonin*

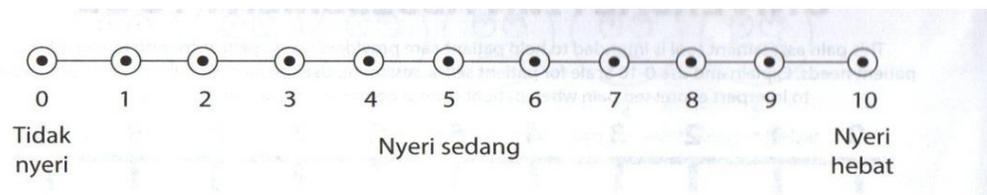
dan *enzim protetik*. Kemudian zat-zat tersebut merangsang dan merusak ujung saraf reseptor nyeri dan rangsangan tersebut akan dihantarkan ke hypothalamus melalui saraf asenden. Sedangkan di korteks nyeri akan dipersepsikan sehingga individu mengalami nyeri. Selain dihantarkan ke hypothalamus nyeri dapat menurunkan stimulus terdapat reseptor mekanis sensitif pada termosensitif sehingga dapat juga menyebabkan atau mengalami nyeri.

Menurut penelitian Bahrudian (2017) teori gerbang kendali nyeri (*Gate control theory*) menjelaskan teori gerbang kendali nyeri, yang menyatakan terdapat semacam pintu gerbang yang dapat memfasilitasi transmisi sinyal nyeri. *Gate control theory* merupakan model modulasi nyeri yang populer. Teori ini menyatakan eksistensi dari kemampuan endogen untuk mengurangi dan meningkatkan derajat perasaan nyeri melalui modulasi impuls yang masuk pada kornudorsalis melalui “*gate*” (gerbang). Berdasarkan sinyal dari sistem asendens maka input akan ditimbang. Intergrasi semua input dari neuron sensorik, yaitu pada level medulla spinalis yang sesuai, dan ketentuan apakah *gate* menutup atau membuka, akan meningkatkan atau mengurangi intensitas nyeri asendens. *Gate control theory* ini mengakomodir variabel psikologis dalam persepsi nyeri, termasuk motivasi untuk bebas dari nyeri, dan peran pikiran, emosi dan reaksi stress dalam meningkatkan atau menurunkan sensasi nyeri. Melalui

model ini, dapat dimengerti bahwa nyeri dapat di kontrol oleh manipulasi farmakologi mampu intervensi psikologis.

c. Skala Peringkat Nyeri

Menurut commission (2011) nyeri akut dapat diukur dengan menggunakan NRS (*Numeric Rating Scale*), Skala peringkat seperti skala intensitas nyeri atau skala distress nyeri biasanya diberikan untuk anak berusia lebih dari 7 tahun dan untuk orang dewasa. Pada skala ini, klien diminta untuk menilai nyerinya dengan memilih kata-kata deskriptif, dengan memilih angka yang tepat pada skala angka dari 0 (tanpa nyeri) sampai 10 (nyeri tak tertahankan), atau untuk memilih lokasi pada skala linier.



Gambar 2.1 Skala Peringkat Nyeri
NRS (*Numeric Rating Scale*)
Sumber: Kowalski.T, Mary. 2012

Skala wajah nyeri *wong-baker* (skala gambar) dibuat terutama untuk anak yang sudah dapat berbicara (berbahasa verbal) antara usia 3 dan 7 tahun. Namun skala ini dapat digunakan untuk orang dewasa yang mengalami kesulitan mengekspresikan diri mereka sendiri atau orang lain yang tidak dapat berbicara dalam bahasa yang digunakan di

fasilitas kesehatan. Klien diminta untuk memilih wajah yang paling mendeskripsikan bagaimana perasaannya karena rasa sakit atau nyeri yang dialami. Penjelasan yang diberikan kepada klien menyatakan bahwa wajah di sisi kiri bahagia karena klien tidak mengalami nyeri dan wajah di sisi kanan mengalami nyeri hebat semaksimal yang anda bayangkan, meskipun anda tidak harus menangis untuk merasakan nyeri yang sangat buruk ini. Direkomendasikan agar salah satu dari skala peringkat lain digunakan untuk anak berusia lebih dari 7 tahun dan untuk sebagian besar orang dewasa.



Gambar 2.2 Skala Peringkat Nyeri
VAS (*Visual Analog Scale*)
Sumber: Kowalski.T, Mary. 2012

d. Etiologi Nyeri

1. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya kerusakan jaringan akibat bedah atau cedera.
2. Spasmus otot merupakan suatu keadaan kontraksi yang tidak disadari atau, tak terkendali dan sering menimbulkan rasa sakit.

3. Inflamasi

Pembengkakan jaringan mengakibatkan peningkatan tekanan lokal dan juga ada pengeluaran zat histamine dan zat kimia bioaktif lainnya.

e. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Hawks (2014), faktor yang mempengaruhi nyeri setiap individu berbeda-beda, antara lain:

1) Faktor sosial budaya

Ras, budaya, dan etnik merupakan faktor penting dalam respons individu terhadap nyeri, faktor-faktor ini mempengaruhi seluruh respons sensori, termasuk respons terhadap nyeri masalah juga dapat meningkat karena pandangan individu akan pemberi pelayanan kesehatan. Sebagian kelompok budaya mungkin memiliki kesulitan mengomunikasikan perasaan mereka terhadap petugas kesehatan yang memiliki perbedaan latar belakang atau kelompok etnik.

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respons nyeri. Pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita. Di beberapa budaya Amerika Serikat, pria diharapkan lebih jarang mengekspresikan nyeri dibandingkan wanita. Hal

ini tidak berarti bahwa pria jarang merasakan nyeri, hanya saja mereka jarang memperlihatkan hal itu.

3) Usia

Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri tidak ada alasan untuk berasumsi bahwa persepsi nyeri berubah pada usia lanjut kecuali terjadi kerusakan pada sistem SSP. Transmisi dan persepsi mungkin melambat karena penuaan, namun intensitas nyeri tidak hilang. Usia dianggap faktor penting dalam menetapkan dosis obat. Perubahan metabolisme pada lansia mempengaruhi respons mereka terhadap analgesik opioid.

4) Ansietas

Tingkat ansietas yang dialami klien juga mungkin mempengaruhi respons terhadap nyeri ansietas meningkatkan persepsi nyeri. Ansietas sering kali dikaitkan dengan pengertian atas nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

5) Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri. Oleh karena kita menerima dan menginterpretasikan nyeri berdasarkan pengalaman individual. Persepsi nyeri tidak hanya bergantung dari derajat

kerusakan fisik. Baik stimulus fisik maupun faktor psikososial dapat mempengaruhi pengalaman kita akan nyeri.

f. Klasifikasi nyeri

Menurut Hidayat (2013), nyeri dapat diklasifikasikan kedalam beberapa jenis berdasarkan waktu lamanya serangan, berdasarkan pada tempat, berdasarkan sifatnya, dan berat ringannya nyeri, dengan penjelasan sebagai berikut:

1) Nyeri berdasarkan lamanya serangan:

a) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat hilang, tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot.

b) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbulnya secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan.

2) Nyeri berdasarkan tempatnya:

a) Nyeri perifer adalah nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa.

b) Nyeri sentral adalah nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.

c) Nyeri psikogenik adalah nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya, dengan kata lain nyeri ini timbul akibat pikiran sipenderita itu sendiri.

3) Nyeri berdasarkan sifatnya:

a) *Incidental pain* adalah nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.

b) *Steday pain* adalah nyeri yang timbul akan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.

c) *Paroxysmal pain* adalah nyeri yang dirasakan sangat kuat yang biasanya menetap \pm 10-15 menit, lalu menghilang lalu timbul lagi.

4) Berdasarkan berat ringan nyeri

a) Nyeri ringan adalah nyeri dengan intensitas rendah

b) Nyeri sedang adalah nyeri yang menimbulkan reaksi

c) Nyeri berat adalah nyeri dengan intensitas yang tinggi

g. Pengkajian pada nyeri akut

Menurut Muttaqin (2011), pasien dengan gangguan rasa aman nyaman (nyeri) pengkajiannya dengan pendekatan PQRST.

Tabel 2.1 (Pengkajian Nyeri Komprehensif)

Variabel	Deskripsi dan Pertanyaan
Faktor pencetus (P: <i>Provoking Incident</i>)	Pengkajiann untuk mengidentifikasi faktor yang menjadi predisposisi nyeri. Bagaimana peristiwa sehingga terjadi nyeri? a. Faktor apa saja yang bisa mempengaruhi nyeri?
Kualitas (Q: <i>Quality of pain</i>)	Pengkajian untuk menilai bagaimana rasa nyeri yang dirasakna secara subjektif. a. Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan? b. Bagaimana sifat nyeri yang digambarkan pasien?
Lokasi (R: <i>Region</i>)	Untuk mengidentifikasi letak nyeri secara tepat, adanya radiasi dan penyebabnya. a. Dimana rasa nyeri dirasakan? b. Apakah nyeri menyebar ke area sekitar?
Keparahan (S: <i>Scale of pain</i>)	Pengkajian untuk menentukan seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan. Berat ringannya nyeri bersifat subjektif. a. Seberapa berat keluhan yang dirasakan? b. Dengan menggunakan skala nyeri.
Waktu (T : <i>Time</i>)	Untuk mendeteksi seberapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada siang hari atau malam hari. a. Kapan nyeri muncul? b. Tanyakan apakah gejala timbul terus menerus? c. Tanyakan apa gejala timbul mendadak, perlahan atau seketika?

Sumber:Muttaqin (2011)

- h. Penatalaksanaan nyeri diambil di RSUD Sleman
- a) Nyeri ringan (dilakukan perawat).
 - b) Nyeri sedang (konsultasi dokter).
 - c) Nyeri berat (konsultasi dokter).
 - d) Nyeri sangat berat (konsultasi dokter atau tim nyeri).

- i. Pentalaksanaan non-farmakologi diambil di RSUD Sleman
 - a) Kompres dingin.
 - b) Kompres panas.
 - c) Atur posisi.
 - d) Relaksasi.
- j. Manajemen nyeri nonfarmakologik diambil di RSUD Sleman
 - a) Kaji nyeri dengan PQRST (nyeri meningkatkan /berkurang, kualitas, lokasi, skala dan waktu muncul nyeri.
 - b) Observasi respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal.
 - c) Monitor tanda-tanda vital.
 - d) Libatkan keluarga dan pasien dalam komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri.
 - e) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.
 - f) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.
 - g) Kondisikan lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.
 - h) Ajarkan teknik non farmakologi (napas dalam distraksi, *guided imagery*).
 - i) Kelola pemberian analgetik sesuai program dokter.
 - j) Fasilitasi kebutuhan istirahat.
 - k) Kolaborasi pemberian analgetik.
 - l) Monitor efek pemberian analgetik.

3. Asuhan Keperawatan pada Pasien *Ureterolithiasis*

a. Pengkajian pada pasien dengan *Ureterolithiasis*

Menurut Smeltzer & Bare (2013) pasien yang diduga mengalami *Ureterolithiasis* dikaji terhadap adanya nyeri dan ketidaknyamanan. Keperahan dan lokasi nyeri ditentukan bersamaan dengan radiasi nyeri. Pengkajian keperawatan mencakup:

- 1) Kaji riwayat pekerjaan, aktivitas fisik rendah, lebih banyak duduk.
- 2) Kaji akan adanya gejala yang berhubungan seperti mual, muntah dan riwayat diet tinggi purin.
- 3) Kaji akan adanya nyeri hebat pada fase akut, nyeri tekan pada ginjal yang sakit.
- 4) Obstruksi (berkemih sering dengan jumlah urine sedikit, oliguria atau anuria, disuria atau hematuria).
- 5) Faktor predisposisi penyebab terbentuknya batu mencakup riwayat adanya batu dalam keluarga, kanker atau gangguan pada sum-sum tulang, atau diet tinggi kalsium purine.
- 6) Pengetahuan pasien tentang *Ureterolithiasis* dan upaya untuk mencegah kejadian dan kekambuhan juga dikaji.

- b. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien *Ureterolithiasis*

Diagnosa keperawatan nyeri akut definisi 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. Penyebab agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma). Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien *Ureterolithiasis* menurut Smeltzer & Bare (2013) yang telah dikonversikan ke dalam Nanda 2015-2017 (2016) yaitu:

1) Pre Operasi

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (mis infeksi, iskemia, neoplasma).

2) Post Operasi

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (mis, abes, amputasi, luka bakar, terpotong, mengikat berat, prosedur bedah, trauma, olahraga berlebihan), agen cedera kimiawi (mis, luka bakar, kapsaisin).
- b) Definisi pengetahuan berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif, gangguan memori, kurang informasi, kurang sumber pengetahuan, salah pengertian terhadap oranglain.

c. Perencanaan pada pasien nyeri akut

Standar Iuran Keperawatan Indonesia (SKLI) adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penentuan iuran keperawatan dalam rangka memeriksa asuhan keperawatan yang aman, efektif, dan etis. Menurut Tim Pokja SLKI dan SIKI DPP PPNI (2018). Manajemen nyeri intervensinya, Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018).

Obsrvasi:

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
2. Identifikasi skala nyeri.
3. Identifikasi respon nyeri non verbal.
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

Terapeutik:

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan kebisingan).
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Diagnosis keperawatan priotas menengah mencakup kebutuhan klien yang *non emergency*, tidak mengancam kehidupan. Diagnosis keperawatan prioritas rendah adalah kebutuhan klien yang mungkin tidak secara langsung berhubungan dengan penyakit spesifik atau prognosis spesifik. Bila memungkinkan klien harus dilibatkan dalam membuat prioritas. Pedoman penyusunan kriteria hasil berdasarkan SMART Smeltzer & Bare (2013) yaitu:

S : *Specific* (tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda)

M : *Measurable* (tujuan keperawatan harus dapat diukur, khususnya tentang perilaku klien: dapat dilihat, didengar, diraba, dirasakan dan dibau).

A : *Achievable* (tujuan harus dapat dicapai).

R : *Reasonable* (tujuan harus dapat di pertanggungjawabkan secara Ilmiah).

T: *Time* (tujuan harus mempunyai batasan waktu yang jelas).

Perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan *Nursing outcomes classification (NIC)* tahun 2013 antara lain:

1) Nyeri Akut

Tujuan :

- a) Kontrol Nyeri
- b) Level Nyeri

Kriteria Hasil :

- a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- c) Mampu mengenali nyeri (skala, integritas, frekuensi dan tanda-tanda nyeri)
- d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Intervensi

a) *Pain Management*

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komparatif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi.
2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.
5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.
6. kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.
7. Kurang faktor presipitasi nyeri
8. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
9. Ajarkan tehnik non farmokologi
10. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
11. Tingkatkan istirahat
12. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
13. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

b) *Analgesic Administration*

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
2. Cek intruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
3. Cek riwayat elergi
4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari Saturday tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
5. Pilih rute pembersihan secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
6. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic pertama kali
7. Evaluasi efektivitas analgesic, tanda dan gejala

2) Defisiensi Pengetahuan

Tujuan keperawatan adalah kontrol nyeri. Definisi tindakan untuk meredakan pengalam sensorik atau ambisional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018).

Kriteria hasil:

1. Pasien mampu melaporkan nyeri terkontrol.
2. Pasien mampu mengenali onset nyeri.

3. Pasien mampu mengenali penyebab nyeri.
4. Pasien mampu menggunakan teknik non-farmakologis dengan dukungan orang terdekat.

a) Tujuan

(1) Pengetahuan: proses penyakit

Kriteria Hasil:

1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan
2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara besar
3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya

b) Intervensi

Teaching: disease Procces

- 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik
- 2) Jelaskan patofisiologi dan penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat.
- 3) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat
- 4) Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat

- 5) Identifikasi kemungkinan penyebab,
- 6) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi
- 7) Hindari harapan yang kosong
- 8) Sediakan bagi keluarga informasikan kemajuan pasien
- 9) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang atau proses pengontrolan penyakit
- 10) Dukungan pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat
- 11) Intruksikan kepada pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan

d. Implementasi

Implementasi adalah tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan menurut Tarwoto dan wartonah (2015) yaitu:

1) Tindakan independen

Tindakan independen atau disebut tindakan mandiri keperawatan merupakan tindakan yang diprakarsai sendiri oleh perawat tanpa arahan atau perintah dari tenaga kesehatan lainnya. Tindakan mandiri perawat pada pasien

Ureterolithiasis antara lain mengatur posisi pasien, observasi nyeri, melatih distraksi.

2) Tindakan dependen

Tindakan dependen merupakan tindakan rujukan atau delegasi dari tim kesehatan lain seperti fisioterapi, psikologis dan ahli gizi. Tindakan dependen pada pasien *Ureterolithiasis* antara lain menggunakan elektoteraiutik atau manual terapi yang bertujuan untuk mengurangi nyeri.

3) Tindakan interdependen

Tindakan interdependen adalah tindakan kolaborasi tim keperawatan atau tim kesehatan lain seperti dokter, misalnya dalam pemberian obat antibiotik pada pasien *Ureterolithiasis*.

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing older untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Terdapat tiga tahap dalam tindakan keperawatan, yaitu persiapan perencanaan dan dokumentasi (Nursalam, 2009) dalam Nengsi, Fitri (2018).

Kegiatan implementasi pada klien dengan *Ureterolithiasis* adalah membantunya mencapai kebutuhan dasar seperti:

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru atau memantau status atau masalah baru atau memantau status atau masalah yang ada.
 - 2) Melakukan penyeluhan untuk membantu klien memperoleh pengetahuan baru mengenai kesehatan mereka sendiri atau penatalaksanaan penyimpangan.
 - 3) Membantu klien membuat keputusan tentang perawatan kesehatandirinya sendiri.
 - 4) Konsultasi dan rujuk pada profesional perawatan kesehatan lainnya untuk memperoleh arah yang tepat.
 - 5) Memberikan tindakan perawatan spesifik untuk menghilangkan, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan.
 - 6) Membantu klien untuk melaksanakan aktivitas mereka sendiri.
- e. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nursalam, 2009) dalam Nengsi, Fitri (2018).

Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi hasil atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil sumatif dilakukan dengan membandingkan respons klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan. Problem-intervention-evaluation adalah suatu singkatan masalah, intervensi dan evaluasi. Sistem pendokumentasian PIE adalah suatu pendekatan orientasi-proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan (Nursalam, 2009) dalam Nengsi, Fitri (2018).

Proses dokumentasi dimulai pengkajian waktu klien masuk diikuti pelaksanaan pengkajian sistem tubuh setiap pergantian juga (8 jam), data masalah hanya dipergunakan untuk asuhan keperawatan klien juga waktu yang lama dengan masalah yang kronis, intervensi yang dilaksanakan dan rutin dicatat dalam “*flowsheet*”, catatan perkembangan digunakan untuk pencetakan nomor intervensi keperawatan yang spesifik berhubungan dengan masalah, intervensi langsung terhadap penyelesaian masalah ditandai dengan “I” (Intervensi) dan nomor masalah klien, keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi diidentifikasi dengan tanda “E” (Evaluasi) dan nomor masalah klien, setiap masalah yang diidentifikasi di evaluasi minimal setiap masalah yang diidentifikasi dievaluasi minimal setiap 8 jam (Nursalam, 2009) dalam Nengsi, Fitri (2018).

4. Konsep peran dan fungsi keluarga

Menurut Friedaman (2010) fungsi keluarga dibagi menjadi 5 yaitu:

- 1) Fungsi Afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga.
- 2) Fungsi sosialisasi memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan untuk menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif serta memberikan status pada anggota keluarga.
- 3) Fungsi Reproduksi untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup.
- 4) Fungsi Ekonomi menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan efektif alokasinya.

5) Peran dan fungsi keluarga

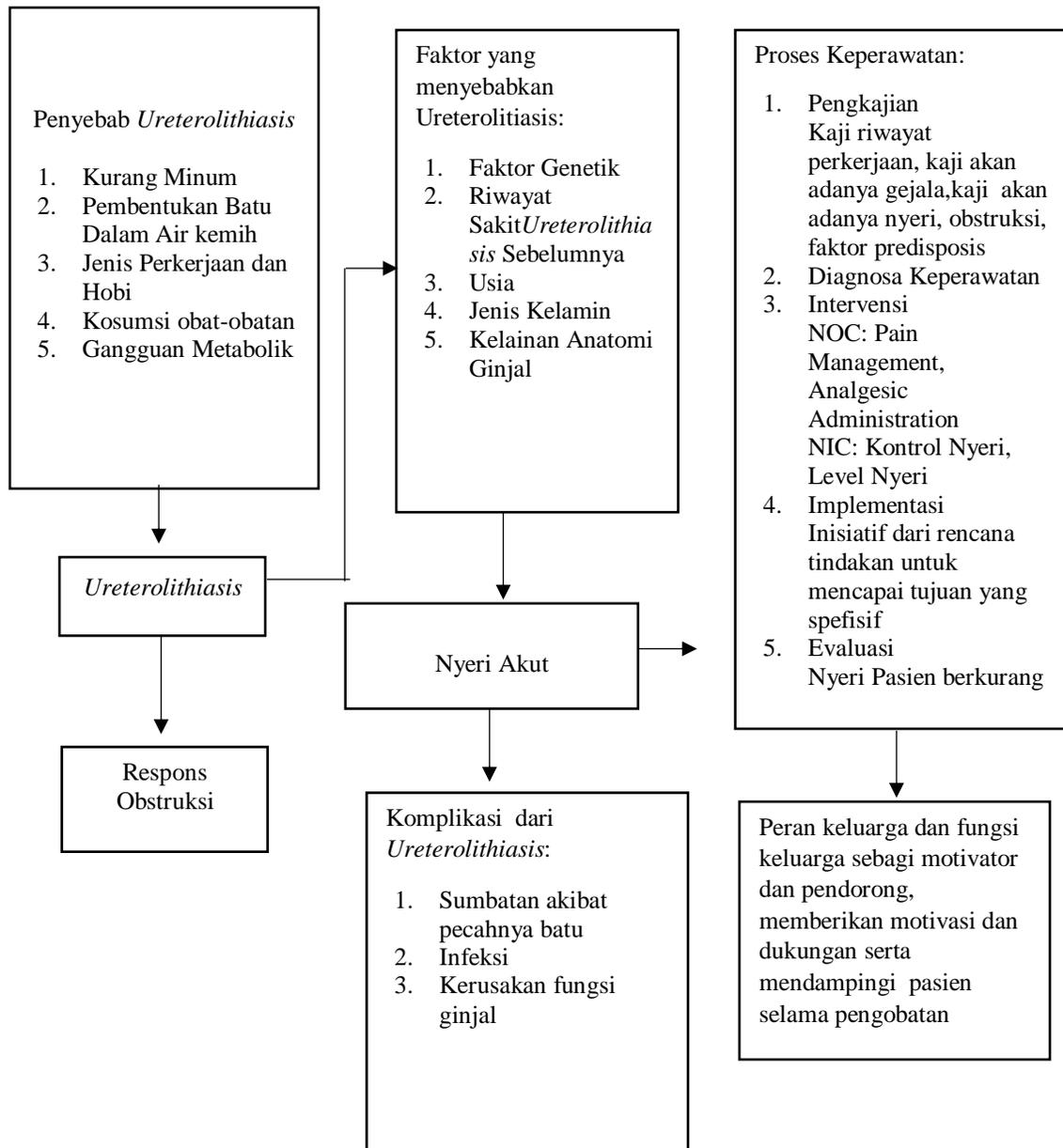
Kemampuan keluarga dalam memberika asuhan kesehatan pada penderita *Ureterolithiasis* diantaranya memenuhi 5 tugas kesehatan keluarga, seperti:

- 1) Kemampuan mengenal masalah, yaitu sudah sejauh mana keluarga mengetahui tentang penyakit *Ureterolithiasis*
- 2) Kemampuan memutuskan masalah yaitu jika anggota keluarga yang mengalami sakit *Ureterolithiasis* dibawa

berobat ketempat pengobatan alternatif atau fasilitas kesehatan

- 3) Kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit, yaitu apakah keluarga sudah mengetahui cara merawat anggota keluarga yang mengalami sakit *Ureterolithiasis*
- 4) Kemampuan memodifikasi lingkungan, apakah lingkungan tempat tinggal jauh dari tempat pembuangan sampah, limbah rumah tangganya dibuang dimana, apakah rumahnya terdapat ventilasi atau tidak
- 5) Kemampuan memanfaatkan fasilitas kesehatan, yaitu selama ini apakah pernah berobat ke puskesmas terdekat atau tidak, apakah pernah mendapatkan perilaku kurang menyenangkan saat berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan? Jarak dari rumah ke puskesmas berapa lama.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis & Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini menggunakan kualitatif deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi gangguan nyeri akut pada pasien dengan *Ureterolithiasis*.

B. Subyek Studi Dokumentasi

Subyek penelitian ini adalah salah satu data pasien *Ureterolithiasis* di Ruang Alamanda I RSUD Sleman yang diambil Agung Tirmizi yang dimulai tanggal 6 Juli 2017 sampai dengan 7 Juli 2017.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Studi dokumentasi ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta Program Studi DIII keperawatan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni 2020, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah).

D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

NO	Variabel	Definisi Operasional
1.	Nyeri Akut	gejala subjektif, Perasaan yang tidak menyenangkan yang dialami oleh pasien yang dapat diukur dengan NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>).
2.	Pasien dengan <i>Ureterolithiasis</i>	Pasien individu yang diagnosa <i>Ureterolithiasis</i> oleh dokter dan dirawat RSUD Sleman.

E. Instrumen Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi ini menggunakan penelitian kualitatif, sebagai *human instrument* yang berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informasi sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya, dengan didukung instrument-instrument sebagai berikut:

1. Data asuhan keperawatan yang di lampirkan di dalam KTI (karya tulis ilmiah) tahun 2017
2. Alat tulis

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumentasi yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa data yang terdapat di perpustakaan program Studi DIII Keperawatan Akper “YKY” Yogyakarta berupa satu data Asuhan keperawatan yang dilampirkan di dalam KTI mahasiswa yang sudah lulus pada tahun 2017.

Metode pengumpulan data yang digunakan penulis pada studi kasus ini menggunakan teknik pengumpulan data secara sekunder yaitu:

1. Sumber Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari sumber lain diluar pasien, meliputi:

1) Studi Dokumentasi

Merupakan metode dengan mempelajari sttus atau catatan medis/catatan keperawatan untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien selama dirawat, hasil pemeriksaan penunjang dan tindakan pengobatan yang diberikan.

2) Studi Kepustakaan

Merupakan metode untuk mendapat data-data yang diperoleh dari catatan-catatan atau buku buku yang berkaitan dengan penyakit *Ureterolithiasis*, maupun tentang asuhan keperawatan yang digunakan sebagai landasan teori dalam penulisan studi kasus ini.

G. Analisis Data

Teknik analisa data menggunakan teknik analisa deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara mengevaluasikan dan mencermati dokumen yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel penelitian yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.

Analisa data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari data sekunder sehingga dapat dipahami, dan temuannya dapat di informasikan kepada orang lain, analisa data dilakukan

dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya kedalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan di pelajari, dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain (Sugiyono, 2013).

Prosedur analisa data dalam penelitian ini dilakukan mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data mengenai asuhan keperawatan nyeri akut.

H. Etika Dokumentasi

Prinsip Etika lain yang akan diterapkan dalam studi kasus ini antara lain:

1. *Anonimty* (otonomi)

Autonomy adalah tindakan menjaga kerahasiaan subjek penelitian dengan tidak mencantumkan nama pada lembar pengumpulan data dan hasil penelitian yang akan di sajikan.

2. *Confidentially* (kerahasiaan)

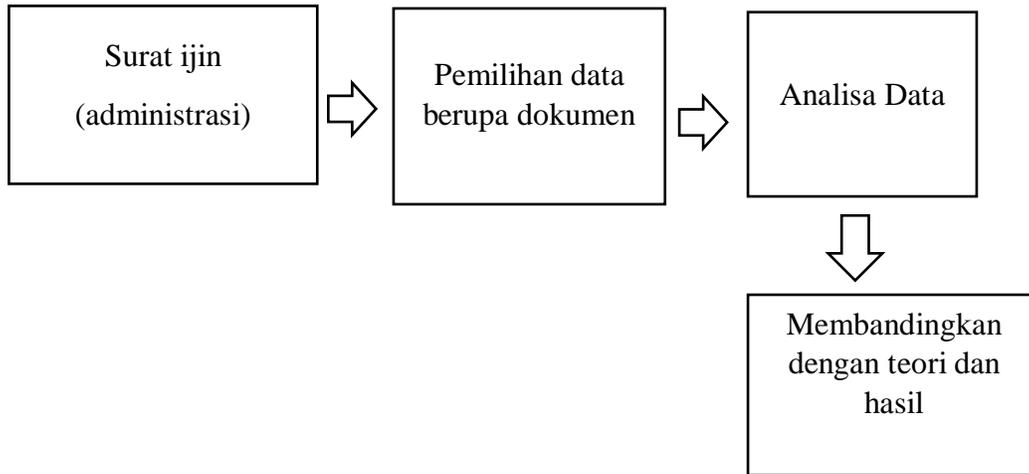
Confidentially adalah menjaga semua kerahasiaan informasi yang di dapat dari peneliti sebelumnya dan merahasiakan data yang akan di kumpulkan untuk penelitian.

3. *Justice* (keadilan)

Justice sering kali mengacu pada keadilan perawat sering mengambil keputusan dengan menggunakan rasa keadilan. Sebagai contoh, seorang

perawat sendirian di sebuah unik rumah sakit, dan seorang perawat tersebut pada saat yang sama ketika klien lain membutuhkan pengobatan nyeri. Dari pada berlari-larian dari satu klien ke klien lain, perawat menimbangkan situasi dan kemudian melakukan tindakan berdasarkan prinsip keadilan.

I. Alur Penelitian



Bagan 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Kasus

Penulis melakukan studi dokumentasi dengan mengambil data dari asuhan keperawatan Karya Tulis Ilmiah oleh Agung (2017) yang dilakukan di ruang Alamanda I RSUD Sleman. Dokumen yang didapatkan peneliti yang dilakukan oleh Agung (2017) di dapatkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Kamis 8 Juli 2017 ini menggunakan metode wawancara kepada pasien, perawat, dokter dan keluarga pasien, selain itu peneliti juga melakukan observasi pemeriksaan fisik pada Tn.S. Pengkajian pasien mengatakan dua minggu sebelum masuk rumah sakit pasien merasakan sakit di saluran kencingnya, kencing tidak lancar dan sakit, lalu pasien periksa ke dokter praktik terdekat dari sana pasien mendapatkan antibiotik dan obat anti nyeri, pada hari Senin 11 Juni 2017 pasien periksa lagi ke dokter praktik yang berbeda pasien disarankan untuk dirujuk untuk periksa dan cek USG ke RSUD Sleman. Pasien minta obat jalan dan diberi antibiotik, lalu pada hari Senin 2 Juli 2017 pasien periksa di Puskesmas untuk minta surat rujukan. Setelah itu pasien langsung ke RSUD Sleman pasien langsung mendaftar. Dari pendaftar pasien disuruh untuk menunggu tempat, pada hari Rabu 5 Juli 2017 pasien dapat panggilan kalau sudah tempat pasien langsung ke RSUD

Sleman jam 08:00 WIB pasien langsung cek USG, darah, dan thorax, dan pada jam 11:00 siang pasien dibawa ke bangsal Alamanda I, kemudian di pasang infus RL20 tpm ditangan kiri, dan pasien direncanakan untuk operasi pengambilan *Ureterolithiasis* pada hari Kamis 6 Juli 2017. Pasien mengatakan nyeri di bagian kandung kemih nyeri saat BAK, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri hilang timbul nyeri datang saat mau BAK, skala nyeri 4, pasien tampak menahan nyeri saat nyeri itu datang, pasien mengatakan cemas karena mau melakukan operasi pengambilan batu di saluran kamin dan pasien belum mengerti prosedur untuk operasi.

Dari hasil pengkajian diatas didapatkan diagnosa keperawatan pre operasi gangguan Nyeri Akut berhubungan dengan agen injury biologis, cemas berhubungan dengan prosedur stressor (tindakan operasi), kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan informasi, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif. Sesuai dengan judul kasus diagnosa yang digunakan sebagai pembahasan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologis.

Setelah diagnosa ditegakkan, rencana keperawatan yang dibuat pada pasien *Ureterolithiasis* dengan gangguan Nyeri Akut berhubungan dengan agen injury biologis pain management yaitu *Nursing Outcome Classification* (NOC): nyeri akut. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mencapai *pain control* meliputi kriteria hasil antara lain pasien mampu mengontrol nyeri dan pasien nyaman setelah nyeri berkurang.

Nursing Intervention Classification (NIC) kriteria hasil *Pain management* antara lain observasi tingkat nyeri pada pasien, anjurkan pada pasien untuk melakukan aktivitas yang mampu mengurangi nyeri, ajarkan pada pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengontrol nyeri, edukasikan pada pasien untuk istirahat yang cukup, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat.

Implementasi dilakukan pada hari Kamis tanggal 6 Juli 2017 sampai hari Jumat tanggal 7 Juli 2017 dengan masalah keperawatan berupa nyeri akut yang berhubungan dengan *agent injury* biologis. Implementasi dilakukan dengan mengobservasi tingkat nyeri pada pasien. Observasi yang dilakukan menghasilkan temuan bahwa pasien mengatakan nyeri pada saluran kemih, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 4 dari 1-10. Selain itu, dilakukan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi nyeri. Terlihat pasien melakukan latihan relaksasi nafas dalam saat merasakan nyeri dan memberikan terapi obat ketorolac 30 mg/12 jam.

Evaluasi Kamis, 6 Juli 2017 jam 14.00 WIB keperawatan dari pelaksanaan tindakan menyatakan bahwa nyeri akut teratasi sebagian dengan rincian antara lain pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada saat akan BAK, nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 4 dari 1-10, nyeri hilang timbul, tampak pasien menahan nyeri saat nyeri datang, pasien selalu melakukan

relaksasi nafas dalam saat nyeri datang, dan injeksi ketorolac 30 mg tiap 12 jam sudah diberikan.

B. Pembahasan

Data pengkajian dari Tn. S dalam karakteristik didapatkan pasien berumur 45 tahun, hal ini sesuai dengan usia puncak terjadinya *Ureterolithiasis* pada usia 30-60 tahun. Usia, pendidikan, dan pekerjaan merupakan faktor terjadinya *Ureterolithiasis* hal ini didukung hasil penelitian Liu (2018). Pada negara Asia Tenggara seperti Thailand dan Malaysia ditemukan bahwa resiko terbentuknya batu saluran kemih lebih tinggi pada pekerja kasar dengan tingkat pendidikan rendah seperti pada Tn. S yang merupakan lulusan SD dan seorang buruh. Hal ini disebabkan karena dehidrasi akibat suhu panas dan akses air minum yang kurang sehingga urine lebih pekat, laki-laki yang berumur lebih dari 30-60 tahun mempunyai kemungkinan yang lebih resiko untuk terkena *Ureterolithiasis*.

Pada studi dokumentasi ini ditemukan bahwa pasien adalah seorang laki-laki, hal ini sesuai dengan hasil teori dari Noegroho (2018) bahwa kejadian *Ureterolithiasis* lebih sering terkena pada laki-laki dibandingkan perempuan karena laki-laki aktivitas sehari-hari lebih banyak terpapar sinar matahari bekerja di luar sehingga lebih mudah terserang dehidrasi, urine menjadi lebih pekat dan terbentuknya *Ureterolithiasis*. Laki-laki sebagian besar lebih aktif dibandingkan perempuan. Pada laki-laki resiko terkena *Ureterolithiasis* menjadi lebih besar, karena saluran kemihnya lebih rumit.

Kalau perempuan hanya 1-2 centimeter (cm), sementara pada laki laki panjangnya bisa sampai 25cm, yaitu 3:1 dengan puncak insiden terjadi pada usia 40-50 tahun.

Berdasarkan teori dan hasil penelitian diatas, bisa disimpulkan bahwa usia, jenis kelamin dan pekerjaan bisa mempengaruhi terjadinya *Ureterolithiasis*, bahwa pada Tn.S usia 45 tahun, pekerjaan buruh, dan pendidikan SD sesuai dengan penelitian Liu (2018) yang menyatakan usia, pendidikan, dan pekerjaan merupakan faktor terjadinya *Ureterolithiasis*. Usia puncak terjadinya *Ureterolithiasis* usia 30-60 tahun. Menurut teori Noegroho (2018) pada seorang laki-laki resiko terkena *Ureterolithiasis* lebih besar.

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa Tn.S mengatakan sakit saat buang air kecil, Tn. S mengatakan nyeri karena ada sumbatan pada saluran kencing. Berdasarkan teori Noegroho (2018). Gejala awal pada pasien *Ureterolithiasis* biasanya sakit pinggang ringan hingga berat (kolik), *Ureterolithiasis* terbentuk pada tubuli ginjal, kalik, infundibulum, pelvis yang terbawa oleh urine hingga mencapai ke ureter. Kelainan atau obstruksi pada ureter, penyempitan infundibulum dan stenosis ureteropelvik mempermudah timbulnya *Ureterolithiasis*. Berdasarkan hasil tersebut, kasus dokumentasi Tn. S berbeda dengan teori Noegroho (2018), Karena gejala dari Tn.S hanya sakit saat buang air kecil, Tn.S nyeri karena ada sumbatan pada saluran kencing sedangkan di teori Noegroho (2018), gejala awal sakit pinggang ringan hingga

berat (kolik) pendarahan pada urine, mual muntah, kehilangan nafsu makan, hingga pembengkakan diperut.

Data pengkajian dari Tn. S ditemukan bahwa pasien mengalami nyeri akut di kandung kemih saat BAK dikarenakan ada Batu yang terletak di sebelah distal ureter. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat hilang, tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot (Hidayat, 2013). Keluhan yang dialami pasien tergantung pada posisi batu, ukuran batu, dan penyulit yang ada. Batu yang terletak di sebelah distal ureter dirasakan oleh pasien sebagai nyeri pada saat kencing atau sering kencing (Purnomo, 2014), bahwa pasien *Ureterolithiasis* cenderung akan mengalami nyeri saat BAK karena ada batu yang terletak di dalam ureter dan menyebabkan nyeri saat BAK.

Data pengkajian dari Tn. S menunjukkan bahwa pasien merasakan nyeri hilang timbul. Nyeri yang hilang timbul tersebut merupakan nyeri kolik. Nyeri akibat *Ureterolithiasis* dapat berupa nyeri kolik ataupun bukan kolik. Nyeri kolik terjadi akibat gerak peristaltik otot polos ureter yang meningkat sebagai usaha pengeluaran batu dari saluran kemih. Peningkatan peristaltik tersebut meningkatkan tekanan intraluminal sehingga memicu peregangan terminal saraf yang memberikan sensasi nyeri (Purnomo, 2014). Berdasarkan teori dan hasil penelitian diatas, dapat disimpulkan bahwa hasil pengkajian Tn.S tidak sesuai dengan teori Noegroho (2018). Hal yang menyatakan tanda gejala awal sakit pinggang ringan hingga berat (kolik) pendarahan pada urine, mual

muntah, kehilangan nafsu makan, hingga pembengkakan diperut. Data pengkajian Tn.S mengatakan Tn. S ditemukan bahwa pasien mengalami nyeri akut di kandung kemih saat BAK dikarenakan ada Batu yang terletak di sebelah distal ureter hal tersebut dari tanda gejala nyeri sudah sesuai dengan teori (Purnomo,2014).

Hasil pengkajian dari Tn. S menemukan bahwa pasien melaporkan nyeri di skala 4. Menurut Kowalski (2012) skala nyeri *Numeric Rating Scale* dapat dibagi menjadi tiga bagian yaitu nyeri ringan (1-3), nyeri sedang (4-6), nyeri berat (7-10) maka Tn. S melaporkan mengalami nyeri sedang. Menurut hasil penelitian dari Abas (2018) distribusi frekuensi dan persentasi persepsi nyeri pada kasus *Ureterolithiasis* antara lain: nyeri ringan 51,7%, nyeri sedang 27,6%, dan nyeri berat 20,7%. Hasil pengkajian data studi kasus Tn.S sudah sesuai dengan penelitian Kowalski (2012).

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan yang telah dilakukan didapatkan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien *Ureterolithiasis* menurut Smeltzer (2013) yaitu pre operasi nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (mis, infeksi, iskema, neoplasma).

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologis ditandai dengan: Data Subjektif (DS): pasien mengatakan nyeri di saluran kencingnya, nyeri karena ada sumbatan, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala 4, nyeri hilang timbul. Data Objektif (DO): pasien tampak menahan nyeri saat nyeri datang. Menurut penulis diagnosa sesuai dengan (*North*

American Nursing Diagnosis Association) NANDA. Menurut Ghofur & Olfa (2016), penyusunan diagnosa keperawatan (dengan rumusan P+E+S) P = Problem (pernyataan singkat tentang masalah aktual atau resiko kesehatan), E = Etiologi (ungkapan singkat yang menunjukkan kemungkinan penyebab atau faktor resiko pada masalah), S = Symptom (tanda gejala, merupakan pernyataan khusus tentang perilaku reaksi pasien sesuai dengan keadaan). Diagnosa keperawatan pada Tn.S sudah menggunakan rumus PES, yaitu P (problem): nyeri akut, E (etiologi): agen injury biologis, S (symptom): pasien mengatakan nyeri di saluran kencingnya, nyeri karena ada sumbatan, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala 4, nyeri hilang timbul.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI (2017). penyebab agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma). Gejala dan tanda mayor mengeluh nyeri: tampak meringis, bersikap proktektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.DS: pasien mengatakan nyeri di saluran kencingnya, nyeri karena ada sumbatan, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala 4, nyeri hilang timbul. DO: pasien tampak menahan nyeri saat nyeri datang. Menurut penulis diagnosa sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI (2017).

Rencana keperawatan dibuat sesuai dengan diagnosis keperawatan pada pasien dengan dengan nyeri akut. Rencana keperawatan pada pasien *Ureterolithiasis* sudah disesuaikan dengan data pengkajian yang ada. Rencana keperawatan pada Tn. S yaitu meliputi tujuan *Nursing Outcome*

Classification (NOC). Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam di harapkan pasien Tn.S mencapai *Pain Control* dengan kriteria hasil: pasien mampu mengontrol nyeri, pasien nyaman setelah nyeri berkurang. Berdasarkan studi dokumentasi penulisan rencana keperawatan tidak sesuai dengan SMART (*Specific Measurable Achievable Reasonable Time*) dibagian *Specific* karena kriteria hasil pasien mampu mengontrol nyeri memberikan makna ganda, menurut teori dapat dituliskan mampu mengontrol nyeri itu meliputi tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan. Kemudian kriteria hasil pasien nyaman setelah nyeri berkurang tidak *Measurable* karena tidak di tentukan skala nyeri yang ingin dicapai, rentang nyeri (1-10) sedangkan hasil pengkajian didapat skala nyeri 4. Menurut teori dapat diukur, didengar, dilihat, diraba, dirasakan ataupun dibantu. Intervensi *Nursing Intervention Classification* (NIC). *Pain Management* Observasi tingkat nyeri pada pasien, anjurkan pada pasien untuk melakukan aktivitas yang mampu mengurangi nyeri, ajarkan pada pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengontrol nyeri, edukasikan pada pasien untuk istirahat yang cukup, dan kaloberasikan dengan dokter dalam pemberian terapi obat, dalam studi dokumentasi tersebut dalam rencana tindakan *Nursing Intervention Classification* (NIC) belum sesuai dengan (*Observasi Nursing Intervention Edukasi Colaboration*) ONEC, dalam studi dokumentasi tersebut tidak dilakukan tindakan keperawatan anjurkan pada

pasien untuk melakukan aktivitas yang mampu mengurangi nyeri dan edukasi pada pasien untuk istirahat cukup.

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia SLKI (2019). Tujuan perencanaan yang tepat pada kasus Tn.S yaitu kontrol nyeri, dengan kriteria hasil: melaporkan nyeri terkontrol, kemampuan mengenali onset nyeri, kemampuan mengenali penyebab nyeri, kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis. Sedangkan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia SIKI (2018). Rencana tindakan yang sesuai pada kasus Tn.S yaitu: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik.

Mengobservasi tingkat nyeri pada Tn.S, menganjurkan Tn.S untuk melakukan aktivitas yang mampu mengurangi nyeri, anjurkan Tn.S untuk melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengontrol nyeri, mengedukasi pada Tn.S untuk istirahat yang cukup dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat. Menurut Herdman (2015) pada pasien *ureterolithiasis* intervensi untuk pasien dengan nyeri akut karena *ureterolithiasis* yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, hingga kolaborasi

pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri. Namun, intervensi disesuaikan dengan kondisi pasien. Menurut hasil penelitian Herdman (2015) Seharusnya saat melakukan intervensi dilakukan disesuaikan dengan kondisi pasien namun mengacu pada teori yang sudah ada untuk mencapai tujuan sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan. Hal yang sama juga ditemukan oleh Smeltzer (2013) mengenai manajemen nyeri akut yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengobservasi ketidaknyaman secara non verbal, dan mengetahui pengalaman nyeri pasien.

Rencana keperawatan pada Tn.S yaitu mengajarkan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi nyeri dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Menurut hasil penelitian Mujahidin (2018) secara umum tatalaksana nyeri dapat diklasifikasikan menjadi dua, yang pertama terapi nyeri secara farmakologis yaitu dengan menggunakan obat-obat farmakologi dari golongan analgesik, dan yang kedua terapi nyeri secara non farmakologis seperti dengan menggunakan tehnik distraksi, relaksasi, terapi musik dan bimbingan imajinasi. Upaya yang bisa dilakukan untuk menurunkan intensitas nyeri tidak hanya dilakukan dengan menggunakan bantuan obat pereda rasa nyeri. Menurut hasil penelitian Mujahidin (2018) relaksasi nafas dalam diketahui memberikan hasil yang cukup signifikan dalam menurunkan rasa nyeri.

Pada pasien Tn.S adalah untuk memberikan terapi obat ketorolac 30mg/12 jam setelah diberikan obat ketorolac rasa nyeri Tn.S

berkurang. Menurut penelitian Santoso (2016). Ketorolac berkerja terutama dengan jalan menghambat secara selektif aktifitas siklo-oksigenasi pada sistem saraf pusat. Menurut Smeltzer (2013) pemberian obat analgesik juga dapat diberikan sebagai salah satu langkah utama dalam tatalaksana nyeri. Pada tahun 2019 Badan Kesehatan Sedunia (WHO) mengembangkan model konseptual 3-langkah untuk memandu penatalaksanaan nyeri. Model ini memberikan pendekatan yang telah teruji dan sederhana untuk seleksi yang rasional dalam pemberian dan titrasi analgesik. Pemberian terapi dimulai sesuai tingkatan nyeri. Untuk nyeri sedang dapat dimulai dengan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) seperti ketorolac, apabila belum teratasi dapat di tingkatkan ke langkah 2 yaitu obat opiod (Mahmud, 2016). Penggunaan ketorolac sebagai obat analgesic pada kasus nyeri kolik akibat gangguan saluran kemih telah umum digunakan di berbagai negara (Golzari, 2014). Tn.S untuk mengurangi rasa nyeri diberikan obat ketorolac Hal tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan Golzari(2016) tentang pemberian obat ketorolac diketahui mampu memberikan hasil yang cukup signifikan dalam menurunkan rasa nyeri.

Evaluasi hasil dari masalah keperawatan dari pelaksanaan tindakan nyeri akut adalah teratasi sebagian karena dari empat kriteria hasil terdapat dua hasil yang tercapai yaitu mampu mengenali nyeri dan mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri. Pada pasien

Tn.S dengan skala nyeri 4 belum merasa nyaman. Pada pasien Tn.S ditemukan bahwa pasien mampu mengenali nyeri yaitu dapat melaporkan skala nyeri, frekuensi, dan tanda-tanda nyeri. Pasien Tn.S juga dapat mengontrol nyeri yaitu mengetahui penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri dan mencari bantuan. Namun pasien belum melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, dan belum merasa nyaman karena skala nyeri skala 4 belum berkurang setelah intervensi. Menurut Mujahidin (2018) terdapat variasi yang luas pada respon non verbal terhadap nyeri. Respon perilaku terhadap nyeri dapat di kontrol sehingga tidak terlalu menunjukkan adanya nyeri. Pada orang tertentu, jarang ada respon perilaku yang jelas karena individu mengembangkan gaya koping personal untuk mengatasi nyeri, ketidaknyamanan penderita. Berdasarkan hasil tersebut, dalam dokumentasi tersebut masalah teratasi tetapi skala masih 4 dari skala (1-10). Hal ini tidak sinkron dengan kriteria hasil dengan data yang mendukung.

Evaluasi pada Tn.S sudah sesuai dengan teori Nursalam (2009). Bahwa evaluasi adalah merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. dapat dibagi dua yaitu evaluasi hasil atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil sumatif dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah

ditentukan. Problem-intervention-evaluation adalah suatu singkatan masalah, intervensi dan evaluasi. Sistem pendokumentasian PIE adalah suatu pendekatan orientasi-proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah diterapkan. Pada asuhan keperawatan Tn S sudah sesuai dengan teori diatas, karena sudah meliputi evaluasi hasil dan evaluasi proses yang terdapat SOAP.

Berdasarkan studi dokumentasi pada studi kasus pasien nyeri akut dengan *ureterolithiasis*, penulis menemukan kurangnya peran keluarga dalam proses pemberian asuhan keperawatan. Menurut penulis peran keluarga merupakan unsur penting dalam proses penyembuhan pasien nyeri akut dengan *ureterolithiasis*. Menurut teori dari Nadirawati (2018), menyatakan peran keluarga sangat penting pada pasien yang sedang menjalani pengobatan karena memiliki fungsi sebagai pendorong, memberikan motivasi, semangat, finansial dan selalu mendampingi, sehingga pasien akan tetap semangat menjalani proses pengobatan dan tidak merasa terbebani sendiri.

C. Keterbatasan Studi Dokumentasi

Dalam hal ini penulis menyadari bahwa studi dokumentasi terdapat banyak kekurangan dan hambatan penelitian ini, tidak juga terlepas dari keterbatasan-keterbatasan yang terjadi, yaitu:

1. Adanya wabah COVID-19 ini mengakibatkan bimbingan konsul melalui email tidak efektif karena penulis mengalami kesulitan dalam persepsi pembimbing, sehingga penulis ada kesulitan untuk memahami dari maksud yang harus di revisi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Hasil pengkajian usia, jenis kelamin dan pekerjaan bisa mempengaruhi terjadinya *Ureterolithiasisi*, kasus dokumentasi Tn.S usia 45 tahun, jenis kelamin laki-laki pekerjaan buruh.

2. Diagnosa keperawatan

Peremusuan diagnosa sudah sesuai dengan (*North American Nursing Diagnosis Association*) NANDA, penyusunan diagnosa keperawatan dengan rumusan (Problem Etiologi Symptom) PES. yaitu P (problem): nyeri akut, E (etiologi): agen injury biologis, S (symptom): pasien mengatakan nyeri di saluran kencingnya, nyeri karena ada sumbatan, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala 4, nyeri hilang timbul.

3. Perencanaan

Rencana keperawatan meliputi tujuan *Nursing Outcome Classification* (NOC): *Pain Control* dan tindakan *Nursing Intervention Classification* (NIC): *Pain Management*, Berdasarkan studi dokumentasi penulisan rencana keperawatan belum sesuai dengan SMART (*Specific Measurable Achievable Reasonable Time*).

4. Pelaksanaan

Pendokumentasian dalam pelaksanaan tindakan keperawatan (*Observasi Nursing Intervention Edukasi Colaboration*) ONEC, dalam studi dokumentasi tersebut tidak dilakukan tindakan keperawatan anjurkan pada pasien untuk melakukan aktivitas yang mampu mengurangi nyeri dan edukasi pada pasien untuk istirahat cukup.

5. Evaluasi

Evaluasi hasil sudah meliputi SOAP, dari masalah keperawatan teratasi sebagian yaitu dari empat kriteria hasil terdapat dua hasil yang tercapai yaitu mampu mengenali nyeri dan mampu menggunakan tehnik non farmakologi, dalam studi dokumentasi evaluasi dari Tn.S. Evaluasi pada asuhan keperawatan Tn S sudah terdapat evaluasi hasil dan evaluasi proses.

6. Peran keluarga

Berdasarkan hasil pembahasan bahwa peran keluarga pada asuhan keperawatan Tn.S ini tidak ada atau tidak ditemukan didalam rencana keperawatan dengan demikian dapat di simpulkan bahwa dalam asuhan keperawatan pada Tn.S tidak melibatkan keluarga dalam proses keperawatan sedangkan peran keluarga merupakan unsur yang penting dalam proses penyembuhan pasien dengan *Ureterolithiasis*.

B. Saran

1. Bagi Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

Diharapkan untuk tugas akhir pada tahun yang akan datang lebih baik dalam bentuk studi kasus, dengan memgolah pasien secara langsung sehingga bisa mengetahui persis kondisi pasien. Apabila tugas akhir menggunakan model studi dokumentasi sebaiknya di pilihkan kasus KTI yang lengkap data-datanya.

Sebaiknya dalam melakukan bimbingan menggunakan aplikasi zoom sehingga dalam bimbingan KTI bisa tetap optimal.

2. Bagi penulis

Diharapkan menggunakan referensi terbaru dan menyajikan data yang lebih lengkap

Untuk studi dokumentasi selanjutnya sebagai bahan refensi lebih teliti dalam melakukan studi kaksus asuhan keperawatan pada pasien *Ureterolithiasis*, dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologis.

DAFTAR PUSTAKA

- Abas, Ibnu. (2018). *Hubungan Antara Self Efficacy dengan Persepsi*. Jakarta: Kencana Prendamedia.
- Agung Tirmizi, (2017). *Asuhan Keperawatan pada Tn. "S" dengan pre operasi Batu Ureter: di Ruang Alamanda 1 RSUD Sleman Yogyakarta*.
- Andarmoyo, Sulistiyo. (2016). *Keperawatan Keluarga: Konsep Teori, Proses dan Praktek keperawatan* Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Ariani, Sofi.(2016). *Stop Gagal Ginjal*. Yogyakarta: Salemba Medika.
- Debora,O. (2013),. *Proses Keperawatan dan pemeriksaan fisik*. Jakarta: Salemba Medikal.
- Fitriana, Yuni & Sutanto, Vita Andina. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Friedman, M.(2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset Teori dan Paktek* Edisi ke-5, Jakarta: EGC.
- Ghofur & Olfa (2016). *Modul Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medikal.
- Golzari, Samad Ej. (2014). *Therapeutic Approaches for Renal Colic in the Emergency Department: A Review Article*. Tehran : Iranian Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine.
- Hawks, J.H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk hasil yang diharapkan*. Jakarta : CV Pentasada Medis.
- Herdman, T. Heather. (2015) *Nanda Internasional Inc.Diagnosa keperawatan: definisi dan klasifikadi 2015-2017*. Jakarta : EGC.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2013). *Buku Keperawatan Dasar Manusia*. Surabaya: Salemba Medika.
- Judha, m. (2012). *Teori Pengukuran Nyeri*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kowalski.T , Mary. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Edisi ke-10 Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

- Liu, Yu. *et al.* (2018) *Epidemiology of urolithiasis in Asia* ChengDu : Asian Journal of Urology.
- Mahmud. (2016). *Penatalaksanaan Paliatif Pasien Dengan Nyeri Kanker*. Yogyakarta: Jurnal Komplikasi Anestesi.
- Mujahidin. (2018). *Pengaruh Kombinasi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri*. Jakarta: Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan
- Muttaqin, Arif & Sari, Kumala. (2014). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medikal.
- Nasrullah, Rulli. (2014). *Teori dan Riset Media Siber (Cybermedia)* Jakarta: Kencana Prenadamedia.
- Nengsih, Fitri. (2018). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah: Riset, Teori dan Praktek*. Jakarta: EGC.
- Noegroho, Bambang S. (2018). *Panduan Penatalaksanaan Klinis Batu Saluran Kemih*. Jakarta: Ikatan Ahli Urologi Indonesia.
- Notoadmojo. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi ke-5 Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2009). *Proses dan dokumentasi keperawatan: konsep dan penyakit*. Jakarta: Salemba Medika.
- Purnomo, B. (2014). *Dasar – Dasar Urologi*. Jakarta: Sagung Beto.
- Rendy, Clevo. (2015). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Santoso, Agustinu. (2016). *Terapi Ketorolak Terhadap Nyeri* Jakarta: Jurnal farmasi Indonesia.
- Smeltzer Bare (2013). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Edisi 8 vol.2* Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: CV.Afabeta.
- Sutanta. (2019). *Anatomi Fisiologi Manusia*. Yogyakarta: Thema Publishing.
- Tarwoto & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* Edisi 5. Jakarta: Salemba Medika.
- TIM Pokja SDKI DPP PPNI (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- TIM Pokja SIKI DPP PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- TIM Pokja SLKI DPP PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.

Lampiran 1

JADWAL KEGIATAN

NO	KEGIATAN	JANUARI				FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Studi Pendahuluan																													
2	Penyusunan Proposal																													
3	Seminar Proposal																													
4	Revisi Seminar Proposal																													
5	Pengambilan Data Berupa Dokumen																													
6	Penyusunan Tugas Akhir																													
7	Seminar Tugas Akhir																													



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Yeti Fika Sari

NIM : 2317077

Nama Pembimbing I : Venny Diana, S.Kep., Ns., M.Kep.

Judul KTI : Studi Dokumentasi Nyeri Akut Pada Pasien Tn.S Dengan Pre Operasi Ureterolithiasis

No	Tanggal Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Bimbingan	
					Pembimbing	Mahasiswa
1.	4/02/2020	Pengajuan Judul Proposal KTI	Tatap Muka	Silahkan judul yang diambil kasus terbanyak saat Skupen dan mengambil masalah kep yang utama		
2.	11/02/2020	Konsul BAB I	Tatap Muka	Perhatikan metode penulisan Sesuai format buku Panduan		
3.	19/02/2020	Revisi BAB I & Konsul BAB II-III	Tatap Muka	Perhatikan tata kata kalimat utama dan Paragraf Sesuai EYD		

4.	20/02/2020	Revisi BAB I-III	Tatap Muka	mencari referensi dibuku Jurnal terbaru		
5.	01/04/2020	Revisi BAB I-III Setelah Seminar Proposal	Tatap Muka	Perhatikan kembali format Penulisan		
6.	03/04/2020	Revisi BAB I-III Setelah Seminar Proposal	Daring/Online	Tambahkan teori dari Jurnal terbaru		
7.	06/05/2020	Konsul BAB IV	Daring/Online	Perhatikan kembali hasil kasus		
8.	19/06/2020	Revisi BAB IV & Konsul BAB V	Daring/Online	Tambahkan Jurnal		
9.	25/06/2020	Revisi BAB IV & V	Daring/Online	Perhatikan apakah sudah sesuai penulisan		
10.	26/06/2020	Revisi I-V	Daring/Online	Perhatikan apakah sudah sesuai penulisan		
11.	26/06/2020	Menyerahkan BAB I- V	Daring/Online	Acc Sidang		

12.	17/07/2020	Revisi KTI BAB I-V Setelah Sidang	Daring/Online	Perhatikan dan cek kembali Pembahasan		
13.	20/07/2020	Revisi BAB I- V	Daring/Online	Perhatikan penulisan EYD		
14.	21/07/2020	Revisi BAB IV- V	Daring/Online	Menambahkan jurnal kedalam bab IV		
15.	22/07/2020	Menyerahkan BAB I- V	Daring/Online	ACC KTI		

Yogyakarta, 20 Juli 2020

Pembimbing I



Venny Diana, S.Kep., Ns., M.Kep.



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Yeti Fika Sari

NIM : 2317077

Nama Pembimbing II : Retno.Koeswandari, S.Kep., Ns., M.Kep.

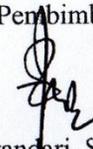
Judul KTI : Studi Dokumentasi Nyeri Akut Pada Pasien Tn. S Dengan Pre Operasi *Ureterolithiasis*

No	Tanggal Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Bimbingan	
					Pembimbing	Mahasiswa
1.	10/02/2020	Pengajuan Judul Proposal KTI	Tatap Muka	Ambil judul dengan kasus terbanyak saat Studi Pendahuluan	f	Yeti
2.	17/02/2020	Konsul BAB I	Tatap Muka	Gunakan Sumber KTI terbaru	f	Yeti
3.	18/02/2020	Revisi BAB I & Konsul BAB II-III	Tatap Muka	Perhatikan tata penulisan Paragraf numerik dan lain	f	Yeti
4.	21/02/2020	Revisi BAB I-III	Tatap muka	Perbaiki kata yang digunakan sesuai KBB I dan EYD	f	Yeti

No	Tanggal Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan Bimbingan	
					Pembimbing	Mahasiswa
5.	24/02/2020	ACC Untuk Sidang Proposal	Tatap muka	Perhatikan dan pelajari lagi Paragraf yg telah dibuat	R	
6.	17/02/2020	Revisi BAB I-III Setelah Sidang	Tatap muka	Perhatikan metode penulisan yang digunakan		R
7.	20/03/2020	Revisi BAB I-III	Tatap muka	Perhatikan kata dan kalimat	R	
8.	23/03/2020	ACC Proposal	Tatap muka	Perbaiki kata penulisan		R
9.	05/03/2020	Konsul BAB IV	Online/Daring	Perhatikan metode penulisan studi dokumentasi	R	
10.	28/06/2020	Revisi BAB IV & Konsul BAB V	Tatap muka	perhatikan EYD		R
11.	07/06/2020	Revisi KTI BAB I-V	Tatap muka	Perbaiki kata yang digunakan sesuai KBBI dan EYD	R	
12.	20/07/2020	ACC KTI	Tatap muka	Terus Belajar		R

Yogyakarta, 23 Maret 2020

Pembimbing II



Retno Koeswandari, S.Kep., Ns., M.Kep.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pre Operasi

Hari/Tanggal : Kamis, 8 Juli 2017
Jam : 07:00 WIB
Tempat : Ruang Alamanda I RSUD Sleman
Oleh : Agung Tirmizi (2014001)
Sumber data : Pasien, keluarga pasien, rekam medis, petugas kesehatan
Metode : Observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi

1. Pengkajian Keperawatan Pre Operasi

a. Identitas

1) Pasien

- a) Nama Pasien : Tn. S
- b) Tempat Tgl Lahir : Sleman, 05 Juli 1972
- c) Jenis Kelamin : Laki-laki
- d) Agama : Islam
- e) Pendidikan : SD
- f) Pekerjaan : Buruh
- g) Status Perkawinan : Menikah
- h) Suku / Bangsa : Jawa/Indonesia
- i) Alamat : Mangyusari RT 04, Wonokerto, Turi,
Sleman
- j) Diagnosa Medis : Batu ureter
- k) No. RM : 238 451
- l) Tanggal Masuk RS : 05 Juli 2017 pukul 10.30

2) Penanggung Jawab / Keluarga

- 1) Nama : An S
- 2) Umur : 29 Thn

- 3) Pendidikan : SMK
- 4) Pekerjaan : Pelajar
- 5) Alamat : Mangyusari RT 04, Wonokerto, Turi,
Sleman
- 6) Hubungan dengan pasien : Adik sepupu
- 7) Status perkawinan : Belum kawin

b. Riwayat Kesehatan

1) Kesehatan Pasien

a) Keluhan Utama saat Pengkajian

Pasien mengatakan nyeri dibagian kandung kemih nyeri saat BAK, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri hilang timbul nyeri datang saat mau BAK, skala nyeri 4, pasien tampak menahan nyeri saat nyeri itu datang, pasien mengatakan cemas karena mau melaukan operasi pengambilan batu di saluran kemih dan pasien belum mengerti prosedur untuk operasi

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

(1) Alasan masuk RS :

Pasien mengatakan mengatakan sakit saat buang air kecil, pasien mengatakan nyeri karena kaya ada sumbatan pada saluran kencing.

(2) Riwayat Kesehatan Pasien ;

Pasien mengatakan dua minggu sebelum masuk Rumah Sakit pasien merasakan sakit di saluran kencingnya, kencing tidak lancar dan sakit, lalu pasien periksa ke dokter praktek terdekat dari sana pasien mendapatkan antibiotik dan obat

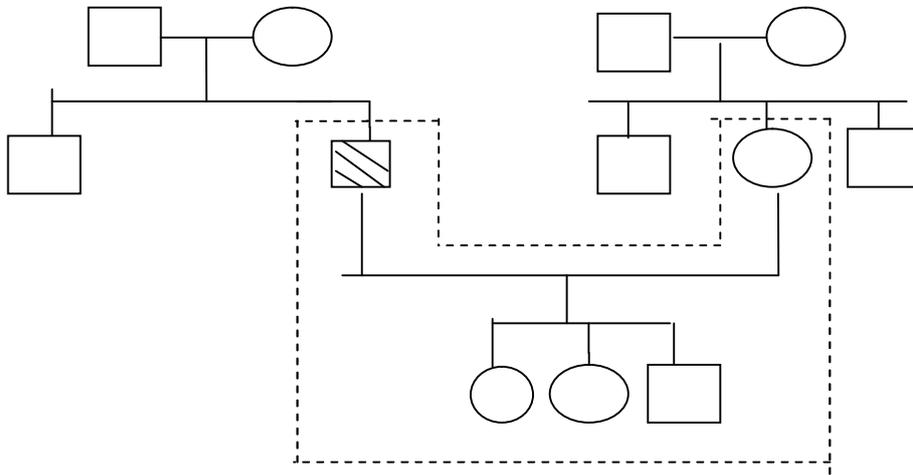
anti nyeri, Pada hari senin tanggal 11 Juli 2017 pasien periksa lagi ke dokter paaktek yang berbeda pasien disarankan untuk di rujuk untuk periksa dan cek USG ke RSUD SLEMAN. Pasien minta obat jalan dan di beri antibiotik, lalu pada hari senin tanggal 2 Juli pasien periksa ke PUSKESMAS untuk minta surat rujukan . setelah itu pasien langsung ke RSUD SLEMAN pasien langsung ke pendaftaran. Dari pendaftaran pasien di suruh untuk menunggu tempat, pada hari Rabu 5 juli 2017 pasien dapat panggilan kalau sudah tempat pasien langsung ke RSUD SLEMAN jam 08:00 WIB pasien langsung cek USG, darah, dan thorax, dan pada jam 11:00 siang pasien di bawa ke bangsal alamanda I, kemudian di pasang infus RL 20 tpm ditangan kiri, dan pasien direncanakan untuk operasi pengambilan batu ureter pada hari kamis 6 juli 2017.

(3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien, tidak ada anggota yang memiliki riwayat penyakit keturunan dan menular seperti Hipertensi, asma, DM, dan jantung

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

a) Genogram



Keterangan gambar

- : laki – laki meninggal : tinggal 1 rumah
 ○ : perempuan meninggal ▨ : pasien
 □ : laki-laki — : garis keturunan
 ○ :perempuan

b) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien, tidak ada anggota yang memiliki riwayat penyakit keturunan dan menular seperti Hipertensi, asma, DM, dan jantung.

c. Kesehatan Fungsional

1) Aspek Fisik – Biologis

a) Nutrisi

(1) Sebelum Sakit

Pasien mengatakan di rumah biasa makan 3x sehari dengan menu utama nasi, sayur, lauk pauk kadang buah-buahan. Minum 5-6 gelas sehari berupa air putih dan teh manis. Pasien mengatakan tidak mempunyai pantangan makanan. Pasien tidak mempunyai gangguan saat makan atau menelan

(2) Selama Sakit

Pasien makan 3x sehari dengan menu yang disediakan pihak rumah sakit berupa nasi, lauk pauk, sayur, dan buah. Pasien menghabiskan 1 porsi yang disediakan dan pasien tidak merasa mual. Minum 7-9 gelas/hari berupa air putih dan teh manis. Pasien mengatakan tidak mempunyai pantangan makanan. Pasien tidak mempunyai gangguan saat makan atau menelan. Pasien puasa untuk melakukan operasi mulai pada hari jumat dari jam 09.00 sampai besok akan melakukan operasi.

2) Pola Eliminasi

(1) Sebelum .

Pasien mengatakan BAB 1-2x sehari teratur di pagi hari, dengan konsistensi lembek, warna kuning dan bau khas feses.

BAK 5-6x sehari di malam hari dan 4-5 x di siang hari ,warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan dalam pola eliminasi

(2) Selama Sakit

Pasien mengatakan BAB 1x sehari teratur di pagi hari, dengan konsistensi lembek, warna kuning dan bau khas feses. BAK 5-6x sehari di malam hari dan 7-9 x di siang hari ,warna urine kuning jernih, pasien mengatakan ada mengeluh saat buang air kecil susah dan sakit. Pasien tidak terpasang dower kateter.

3) Pola Aktivitas

(1) Sebelum Sakit

i. Keadaan aktivitas sehari – hari.

Pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri dalam pemenuhan toileting, makan, mandi, ambulasi dan berjalan. Pasien mengatakan tidak cepat lelah saat beraktivitas.

ii. Keadaan pernafasan

Keadaan pernafasan pasien baik, pasien tidak sesak nafas dan pasien tidak terpasang alat bantu pernafasan

iii. Keadaan Kardiovaskuler

Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit maupun gangguan pada jantung

(2) Selama Sakit

i. Keadaan aktivitas sehari – hari

Pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri dalam pemenuhan toileting, makan, mandi, ambulasi dan berjalan.

Pasien mengatakan tidak cepat lelah saat beraktivitas.

ii. Keadaan pernafasan

Keadaan pernafasan pasien baik, pasien tidak sesak nafas dan pasien tidak terpasang alat bantu pernafasan

iii. Keadaan kardiovaskuler

Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit maupun gangguan pada jantung

iv. Skala ketergantungan

Tabel 3.1 Penilaian Status Fungsional (*Barthel Index*)
Pasien Ny."S" di Ruang Alamanda I RSUD Sleman Yogyakarta Tanggal 6 juli 2017

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor		
				Hari I	Hari II	Hari III
1.	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkontrol/tak teratur (perlu pencahar)			
		1	Kadang-kadang tak terkontrol			
		2	Mandiri	2	2	2
2.	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkontrol/pakai kateter			
		1	Kadang-kadang tak terkontrol (1x24 jam)			
		2	Mandiri	2	2	2
3.	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain			0
		1	Mandiri	1	1	
4..	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain			
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain			1

		2	Mandiri	2	2	
5.	Makan	0	Tidak mampu			
		1	Perlu ditolong memotong makanan			
		2	Mandiri	2	2	2
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu			
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)			
		2	Bantuan (2 orang)	2		2
		3	Mandiri		3	
7.	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu			0
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda			
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	2		
		3	Mandiri		3	
8.	Memakai Baju	0	Tidak mampu			0
		1	Sebagai dibantuan (misal mengancingkan baju)			
		2	Mandiri	2	2	
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu			0
		1	Butuh pertolongan	1	1	
		2	Mandiri			
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain			0
		1	Mandiri	1	1	
Total Skor				17	19	9
Tingkat Ketergantungan				Ringan ringan sedang		
Paraf & Nama Perawat				Agung	Agung	Agung

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

Keterangan:

20 : Mandiri
 12-19 : Ketergantungan ringan
 9-11 : Ketergantungan Sedang
 5-8 : Ketergantungan berat
 0-4 : Ketergantungan total

Tabel Pengkajian Resiko JatuhV

Tabel 3.2 Pengkajian Resiko Jatuh

Pasien Ny. S di Ruang alamanda I RSUD Sleman Yogyakarta Tanggal 6 juli 2017

No	Risiko	Skala	Skoring 1 Tgl...6..	Skoring 2 Tgl..7..	Skoring 3 Tgl..8..
1.	Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak 0	0	0	0
		Ya 25			
2.	Diagnosa medis sekunder >1	Tidak 0	0	0	0
		Ya 15			
3.	Alat bantu jalan: Bed rest/diabntu perawat	0	0	0	
	Penopang/tongkat/walker	15			
	Furniture	30			15
4.	Menggunakan infus	Tidak 0			
		Ya 25	25	25	25

5.	Cara berjalan/berpindah: Normal/bed rest/imobilisasi	0	0	0	0
	Lemah	15			15
	Terganggu	30			
6.	Status mental: Orientasi sesuai kemampuan diri	0	0	0	0
	Lupa keterbatasan	15			
Jumlah skor			25	25	25
Tingkat Resiko Jatuh			Rendah	rendah	rendah
Paraf & Nama Perawat			Agung	Agung	Agung

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien

Tingkat Risiko : **Tidak berisiko** bila skor 0-24 lakukan perawatan yang baik
: **Risiko rendah** bila skor 25-50 lakukan **intervensi jatuh standar** (lanjutkan formulir pencegahan)

: **Risiko Tinggi** bila skor 51 lakukan **intervensi jatuh risiko tinggi** (lanjutkan dengan pencegahan jatuh pasien dewasa

v. Tabel Pengkajian Resiko Luka Dekubitus

Tabel 3.3 Tabel Resiko Luka Dekubitus (Skala Norton)

Pasien Tn."S" di Ruang alamanda I RSUD Sleman Yogyakarta Tanggal 6 juli 2017

Tanggal	Penilaian	4	3	2	1
Kamis 6 Juli 2017	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak

	Inkontensia	kontinen	Kadang-kadang int/kontinensia	Selalu inkontinensia urin	Inkontinensia urin & Alvi
Skor		12	6		
Total Skor		18 Resiko rendah			
Paraf & Nama Perawat		Ttd Agung			
7 juli 2017	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
	Mobili	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontensia	Kontinen	Kadang-kadang int/kontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi
Skor		12	6		
Total Skor		18 Resiko rendah			
Paraf & Nama Perawat		Ttd Agung			
	Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
	Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor

	Aktifitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Di tempat tidur
	Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
	Inkontinensia	kontinen	Kadang – kadang int/ kontinensia	Selalu inkontinensia urine	Inkontinensia urin & Alvi
Skor		12	6		
Total Skor		18 Resiko rendah			
Paraf & Nama Perawat		Ttd Agung			

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

Keterangan:

- 16-20 : risiko rendah terjadi dekubitus
- 12-15 : risiko sedang terjadi dekubitus
- <12 : risiko tinggi terjadi dekubitus

4) Kebutuhan istirahat – tidur

(1)Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur malam 8-9 jam tidur mulai pukul 22.00 wib bangun pukul 05.00 wib dan biasanya tidur siang dari jam 13:00-15:00 jam.

(2)Selama sakit

Pasien tidur 7-8 jam mulai tidur malam pukul 21.00 wib bangun tidur pukul 04.00 wib dan tidur di siang hari 1-2 jam. Tidak ada gangguan saat tidur.

d. Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Pasien mengatakan tidak tau tentang penyakitnya tidak tau tanda dan gejala penyebab penyakitnya , pasien mengatakan kalau ada salah satu dari keluarganya ada yang sakit langsung di bawa ke rumah sakit.

2) Pola hubungan

Pasien mengatakan berhubungan baik dengan keluarga dan masyarakat yang berada di sekitar lingkungan pasien.

3) Koping atau toleransi stress

Pasien mengatakan jika ada masalah pribadi selalu dibicarakan kepada keluarga terutama dengan istri untuk mencari solusi yang baik untuk masalahnya

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Pasien mengatakan belum tau tentang penyakit yang di derita saat ini dan pasien jarang pergi ke rumah sakit untuk mengecek kesehatan

5) Konsep diri

(1) Gambaran Diri

Pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya pasien selalu bersyukur dengan apa yang Allah SWT berikan dalam hidupnya.

(2) Harga Diri

Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan penyakit yang pasien derita saat ini

(3) Peran Diri

Pasien mengatakan pasien adalah seorang kepala rumah tangga yang menjadi tulang punggung keluarganya

(4) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin cept sembuh dan cepat pulang agar bisa bertemu dengan keluarganya

(5) Identitas Diri

Pasien mengatakan adalah seorang suami sekaligus bapak yang memiliki 1 istri dan 3 orang anak.

6) Seksual dan menstruasi

Pasien laki-laki berumur 45 Thn

7) Nilai

Pasien mengatakan beragama islam dan yakin adanya ALLAH SWT , pasien juga melaksanakan sholat 5 waktu dan puasa.

e. Aspek Lingkungan Fisik

Pasien mengatakan lingkungan pasien pedesaan dan tetanggan pasien baik dengan pasien.

f. Pemeriksaan Fisik

g. Keadaan Umum

1) Kesadaran : compos mentis

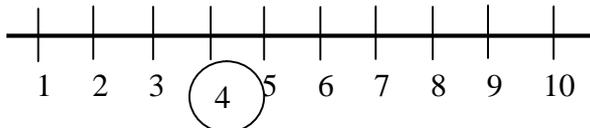
2) Status Gizi : TB = 165 cm

BB = 65 Kg

IMT = $\frac{BB}{TB^2} = 22,06$ (normal)TB²3) Tanda Vital : TD = 100/70 mmHg Nadi = 70
x/mnt

Suhu = 36,5 °C RR = 28

x/mnt

4) Skala Nyeri 

P : Pasien nyeri karena ada sumbatan

Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk

R : Nyeri di bagian saluran kencing

S : Skala nyeri 4

T : Nyeri hilang timbul

h. Pemeriksaan Secara Sistemik (Cephalo – Caudal)

1) Kulit

Kulit tampak kering berwarna coklat, tidak terdapat bekas operasi, tidak ada jejas maupun luka.

2) Kepala

Bentuk mesocephal kulit bersih warna rambut hitam tidak ada luka

Mata : konjungtiva pasien tidak anemis tidak ada gangguan, sklera tidak ikterik.

Hidung: bersih tidak ada polip

Bibir: ,membran mukosa lembab

Telinga: simetris kanan dan kiri, tidak ada gangguan lembab

3) Leher

Leher pasien tampak normal tidak ada perbesaran kelenjar tiroid, tidak tampak adanya trauma.

4) Tengkuluk

Tidak ada kaku kuduk pada leher pasien

5) Dada

(1) Inspeksi

Dada pasien tampak simetris tidak ada benjolan,tidak ada lesi, bentuk dada simetris.

(2) Palpasi

Tidak ada benjolan yang teraba dan nyeri tekan,bentuk dada simetris

(3) Perkusi

Terdapat suara paru sonor

(4) Auskultasi

Tidak terdengar suara wezing bunyi nafas vasikuler, RR: 21X/ menit,terdemgar suara bunyi jantung s1 dan s2 tidak terdengar suara s3.

6) Payudara

(1) Inspeksi

Payudara pasien tampak simetris tidak teraba benjolan tidak tampak lesi.

(2) Palpasi

Tidak ada benjolan yang teraba tidak tampak lesi

7) Punggung

Punggung pasien simetris tidak ada benjolan dan tidak ada lesi

8) Abdomen

(1) Inspeksi

Perut pasien simetris tidak ada lesi tidak teraba benjolan.

(2) Auskultasi

Terdengar suara bising usu 16x/mnit

(3) Perkusi

Terdengar suara timpani dan tidak ada suara tambahan.

(4) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan pada perut pasien

9) Panggul

Bentuk panggul simetris,tidak ada benjolan tidak ada lesi.

10) Anus dan Rectum

Tidak ada perbesaran hemoroid.

11) Genetalia

(1) Pada Wanita

-

(2) Pasien mengatakan kalau digenetaliannya ada sumbatan, sehingga pasien tampak gelisah karena takut kalau mau di operasi, pasien tidak tau tentang penyakitnya, dan proses pembedahannya, pasien tampak menaan nyeri ketika kandung kemih penuh dan pasien mengatakan ingin BAK terus tetapi terasa sakit saat BAK

12) Ekstremitas

(1) Atas

Anggota gerak atas pasien lengkap tidak ada kelainan maupun masalah, pasien terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri sejak tanggal 5 juli 2017 tonus otot pasien 5/5

(2) Bawah

Anggota gerak bawah pasien normal tidak ada kelainan maupun masalah tonus otot pasien 5/5

Kebutuhan Pendidikan Pasien Dan Keluarga

Pengkajian Kebutuhan Pendidikan	
1. Keyakinan dan nilai yang dianut : islam	
2. Bahasa sehari-hari : <input type="checkbox"/> Bahasa Indonesia, aktif/pasif* <input type="checkbox"/> Daerah, sebutkan :..... <input type="checkbox"/> English, aktif/pasif <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan :.....	
3. Perlu penerjemah	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, bahasa
4. Hambatan pasien menerima pendidikan	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	<input type="checkbox"/> Gangguan penglihatan <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	<input type="checkbox"/> Gangguan pendengaran <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	<input type="checkbox"/> Penurunan kesadaran <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	<input type="checkbox"/> Hilang memori <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	<input type="checkbox"/> Retardasi mental <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	<input type="checkbox"/> Gangguan bicara <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
	<input type="checkbox"/> Emosi <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
<input type="checkbox"/> Motivasi buruk (apatis) <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya	
5. Cara belajar yang disukai	<input type="checkbox"/> Menulis <input type="checkbox"/> Diskusi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Audio-visual/gambar <input type="checkbox"/> Demonstrasi
6. Tingkat pendidikan	<input type="checkbox"/> Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> Akademi <input type="checkbox"/> Lainnya: <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> Sarjana
7. Kemampuan membaca	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
8. Kesiediaan menerima pendidikan	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
9. Kebutuhan pendidikan pasien dan keluarga	
<input type="checkbox"/> Manejemen nyeri	MS/HLB
<input type="checkbox"/> Penggunaan peralatan medis yang efektif dan aman	MS/HLB
<input type="checkbox"/> Pencegahan dan penendalian infeksi	MS/HLB
<input type="checkbox"/> Perawatan pasien di rumah sakit	MS/HLB
<input type="checkbox"/> Pemenuhan kebutuhan kesehatan berkelanjutan:.....	
<input type="checkbox"/> Lain-lain: (sebutkan)	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Catatan : MS : Memahami Sebagian HLB : Hal Baru	

Discharge Planing

1. Dengan siapa pasien tinggal ?	<input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> lainnya.....
2. Dimana letak kamar pasien?	<input type="checkbox"/> Lantai dasar <input type="checkbox"/> Lantai dua/tiga/.....
3. Bagaimana kondisi rumah pasien? a. Penerangan b. Kamar tidur jauh dari kamar mandi c. WC / closet	<input type="checkbox"/> Terang <input type="checkbox"/> Cukup <input type="checkbox"/> Kurang <input type="checkbox"/> Jauh <input type="checkbox"/> Dekat <input type="checkbox"/> Berongkok <input type="checkbox"/> Duduk
4. Bagaimana pemenuhan kebutuhan dasar pasien?	<input type="checkbox"/> Mandiri <input type="checkbox"/> Dibantu sebagian <input type="checkbox"/> Dibantu total
5. Apakah pasien memerlukan alat bantu khusus?	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
6. Apakah ada diet/makanan yang diprogramkan?	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
7. Apakah perlu dirujuk ke komunitas lain?	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya

Pengkaji 06 juli 2017

Ttd

Agung Tirmizi

g. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Patologi Klinik

Tabel 3.4 Pemeriksaan laboratorium Tn."S" di Ruang alamanda I RSUD Sleman Yogyakarta Tanggal 6 juli 2017

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Normal
6 juli 2017	Darah rutin		
	Hb	16,7 gr/dl	14-18
	hematrokrit	47%	42-52
	lekosit	8,7 ribu/ul	4,5-11,0
	eritrosit	5,88 juta/l	4,7-6,1
	Trombosit	334 ribu/ul	150-440
	MDV	9,3	7,2-11,1
	MCV	79,3	80-100
	basofil	0,2	0-1
	monosit	5,2	4-8
	eosinofil	2,8	1-6
	limfosit	29,8	22-40
	neutofil	62,0	40-70
	Berat jenis urin	1.010	1.015-1.075
7 juli 2017	-	-	-
8 juli 2017	-	-	-

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

Tabel 3.5 Hasil Pemeriksaan Radiologi Pasien Tn."S" di Ruang alamanda I RSUD Sleman Yogyakarta Tanggal 6 juli 2017

Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Kesan/Interpretasi
Kamis 6 juli 2017	Thorax	-Pulmo dalam batas normal - besar cor normal
	Foto bno	-Sugestif ureterolithiasis dexstra distal
	Usg upper dan lower abdomen	-tak tampak kelainan pada hepar, vesica felea, lien, pranceas, kedua ren, vesica urinariadan prostat -tak tampak limphadenopathy paraaorta

Jum'at 7 juli 2017	-	-
Sabtu 8 juli 2017	-	-

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

h. Terapi

Pasien Tn."S" di Ruang alamanda I RSUD Sleman Yogyakarta Tanggal 6 juli 2017

Hari / Tanggal	Obat	Dosis dan Satuan	Rute
Kamis 6 juli 2017	-ceftriaxon - ranitidin -ketorolac	1 gr/ 12 jam 50 mg /12 jam 30 mg/ 12 jam	IV IV IV
Jumat 7 juli 201	-ceftriaxon - ranitidin -ketorolac	1 gr/ 12 jam 50 mg /12 jam 30 mg/ 12 jam	IV IV IV
Sabtu 8 juli 2017	-ceftriaxon - ranitidin -ketorolac -dexamethasone	1 gr/ 12 jam 50 mg /12 jam 30 mg/ 12 jam 0,75-9mg/12jam	IV IV IV P.O

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

i. Analisa Data

Pasien Tn."S" di Ruang alamanda I RSUD Sleman Yogyakarta Tanggal 6 juli 2017

No	Analisa Data	Penyebab	Masalah
1	DS: - pasien mengatakan cemas dalam menghadapi operasi karen baru pertama kali operasi dan belum paham prosedur operasi DO : -pasien tampak gelisah	Stressor (tindakan operasi)	Cemas
2	DS:- pasien mengatakan belum mengerti tentng penyakitnya,	kurang paparan informasi	Kurang pengetahuan

DO:-pasien tampak menahan nyeri saat nyeri datang

4. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif (pemasangan iv plak)
di tandai dengan

DS: pasien mengatakan tidak panas, pasien mengatakan nyeri

DO:- pasien terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri sejak tanggal 5
juli 2017

S : 36,5 C

3. Perencanaan Keperawatan Pre Operasi

Nama Pasien / NO CM : Tn. "S"/ 238 451

Hari/ Tgl/ jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi	Hari/Tgl /Jam teratasi
		Tujuan	Rencana Tindakan			
Kamis 6 juli 2017 08.00 jaga pagi	Cemas berhubungan dengan prosedur stressor (tindakan operasi) ditandai dengan : DS: - pasien mengatakan cemas dalam menghadapi operasi karen baru pertama kali operasi dan belum paham prosedur operasi DO : -pasien tampak gelisah	Setelah di lakukan tindakan selama 1 x pertrmuan diharapkan pasien mampu mencapai <i>anxiety cotrol</i> dengan kriteria hasil : -pasien mampu mengungkapkan kecemasan -pasien mampu mengontrol kecemasan - vital sign dalam rentan normal -ekspresi wajah menunjukkan tidk ada kecemasan	<i>Anxiety reduction</i> : -monitor vital sign -berikan dukungan keluarga untuk mengatasi kecemasan -berikan pendidikan keehatan unuk menghadapi operasi -edukasika pada keluarga untuk selalu mendampingi pasien - Edukasikan pada keluaraga untuk mngalihkan kecemasan	Kamis 6 juli 2017 08.30 - melakukan penyuluhan kesehatan untuk menghadapi operasi batu ureter (pasien bisa mengulang kembali apa yang sudah di berikan pada pasien) Jam 08.30 -menedukasika pada keluarga untuk selalu mendampringi pasien (keluarga pasien mengatakan akan selalu menjaga suaminya dan memberikan semangat pada suaminya)	Kamis 6 juli 2017 12.30 S:-pasien mengatakan sudah paham setelah di lakukan penyuluhan ksehatan untuk menghadapi operasi O: -pasien tampak lebih tenang - keluarga pasien tampak mendamping pasien dan meberikan semangat pada pasien -pasien dapat mengulang kembali apa yang sudah di berikan pada perawat Td :120mmhg N : 78x/mnt RR : 28x/mnt S :36,5 C A: maslaah kecemasan teratasi P: hentikan intervensi Ttd	Kamis 6 juli 2017 Jam 14.00 Ttd Agung
	Ttd Agung	Ttd Agung	Ttd Agung	Ttd Agung	Agung	

Hari/ Tgl/ jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi	Hari/Tgl /Jam teratasi
		Tujuan	Rencana Tindakan			
Kamis 6 juli 2017 08.00 jaga pagi	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan informasi di tandai dengan : DS:- pasien mengatakan belum mengerti tentang penyakitnya, penyebab dan tanda gejalanya, - Pasien mengatakan belum paham tentang prosedur pembedahan DO: pasien tampak bingung dan bertanya Tanya tentang penyakitnya dan prosedur pembedahan	Setelah di lakukan tindakan selama 3x pertrmuan menit masalah kurang pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil (<i>knowledge health headbehaveor</i>) : -pasien dan keluarga pasien mengatakan paham tentang penyakitnya dan cara pengobatannya -Pasien dan keluarga pasien mampu memnjelaskan dan melaksanakan prosedur yang di jelaskan secara benar	<i>Teaching : disease proses</i> -kajin tingkat pengetahuan pasien tentang diabetes mellitus -berikan pendidikan kesehatan tentang penyakit, tanda dan gejala dan penyebab, -edukasikan pada pasien untuk pentingnya memahami penyakitnya -menedukasiakn pada pasien untuk memeberikan dukungan pada pasien	Kamis 6 juli 2017 Jam 08.30 -mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya (pasien belum paham tentang penyakiitnya) Ttd Agung	Kamis 6 juli 2017 12.30 S: - pasien mengatakan belum paham tentang penyakitnya dan cara pengobatannya. O: Pasien terlihat masih bingung saat ditanya tentang penyakit dan cara pengobatannya A:masalah kurang pengetahuan teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi - mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya Ttd Agung	

Hari/ Tgl/ jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi	Hari/Tgl /Jam teratasi
		Tujuan	Rencana Tindakan			
Kamis 6 juli 2017 08.00 jaga pagi	Nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologis di tandai dengan : DS: - pasien mengatakan nyeri di saluran kencingnya, nyeri karena ada sumbatan, nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala 4, nyeri hilang timbul DO:-pasien tampak menahan nyeri saat nyeri datang	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24jam di harapkan pasien mencapai <i>paint kontrol</i> dengan kriteria hasil: -pasien mampu mengontrol nyeri -pasien nyaman setelah nyeri berkurang - pasien mampu mengontrol nyeri	<i>Paint management</i> : -observasi tingkat nyeri pada pasien -anjurkan pada pasien untuk melakukan aktivitas yang mampu mengurangi nyeri - ajarkn pada pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengontrl nyeri -edukasiakan pada pasien untuk istirahat yang cukup -kolaborasikan dengan dokter dalam pemberian terapi obat	Jam: 08.00 Mengobservasi tingkat nyeri pada pasien : (pasien mengatakan nyeri Pada saluran kemi, nyeri seperti di tusuk tusuk skala nyeri 4 nyeri dari (1-10) nyeri hilang timbul detik) Ttd Agung jam:08.00 mengajarkan pada keluarga untuk melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi nyeri: (terlihat pasien latihan relaksasi nafas dalam saat nyeri dating) Ttd Agung	Kamis , 6 juli 2017 Jam 12.30 WIB S: -pasiien mengatakan masih merasakan nyeri pada saat akan BAK -nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 4 dari 1-10, nyeri hilang timbul O: - tampak pasien menahan nyeri saat nyeri dating - obat ketorolac 30mg/12jam sudah di berikan perawatnya jam 17.00 A: masalah nyeri akut teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi -Observasi tingkat nyeri pada pasien - Ajarkan pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam -Kelola hasil kolaborasi terapi obat lanjut Ttd Agung	

Hari/ Tgl/ jam	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Pelaksanaan	Evaluasi	Hari/Tgl /Jam teratasi
		Tujuan	Rencana Tindakan			
Kamis 6 juli 2017 08..00 jaga pagi	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur infasif (pemasangan iv plak) di tandai dengan DS: pasien mengatakan tidak panas, pasien mengatakan nyeri DO:- pasien terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri sejak tanggal 5 juli 2017 S : 36,5 C Ttd Agung	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24jam di harapkan pasien mencapai <i>risk control</i> dengan kriteria hasil: -pasien bebas dari tanda-tanda infeksi (rubor,dolor,kolor,tumo r,fungsiolaesa) -menunjukkan kemampuan mencegatimbulnya infeksi - menunjukkan perilaku hidup sehat Ttd Agung	<i>Infection control:</i> -observasi tanda tanda infeksi (rubor,dolor,kolor,tu mor,fungsiolaesa -lakukan dreasing infuse -anjurkan pasien dan keluarga pasien untuk menjaga kebersihan Ttd Agung	Kamis 6 juli 2017 Jam: 08.30 Memonitor tanda dan gejala infeksi (tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, funsiolaesa) Ttd Agung jam:08.30 Mengajarkan keluarga untuk melakukan cuci tangan 6 langkah (ibu pasien mengatakan sudah mulai hafal gerakan cuci tangan 6 langkah ibu melakukan cuci tangan 6 langkah) Ttd Agung	Kamis, 6 juli 2017 Jam 12.30 WIB S: -keluarga pasien mengatakan sudah mulai hafal gerakan cuci tangan 6 langkah O: -terlihat di sekitar luka tusukan infuse pasien kotor dan ada darah di selang infuse pasien - tangan pasien terlihat agak bengkak - terlihat keluarga pasien dan pasien melakukan cuci tangan 6 langkah -suadah di masukkan obat ceftriaxon 1 gr/12jam A: masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi -Monitor tanda dan gejala infeksi -Lakukan dreasing infuse -edukasikan pada pasien dan keluarga pentingnya cuci tang n laboratorium -Kelola hasil kolaborasi Ttd Agung	

4. Pelaksanaan Dan Evaluasi Keperawatan Pre Operasi

Nama Pasien/No. C.M : Tn. S / 328 451 Ruang : alamanda I

Hari/Tgl	Pelaksanaan	Evaluasi	Hari/ Tgl/ Jam Teratasi
Kamis, 6 Juli 2017	Jam 14.30 – mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya (pasien belum paham tentang penyakitnya) Ttd bagus	Jam 18.30 wib S: – pasien mengatakan belum paham tentang penyakitnya dan cara pengobatannya. O: – Pasien terlihat masih bingung saat ditanya tentang penyakit dan cara pengobatannya A: – masalah kurang pengetahuan teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi – mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya Ttd Bagus	
Jam 14.00			
Diagnosa (pre operasi)			
Kurang pengetah uan			
Jam: 15.00	– Mengobservasi tingkat nyeri pada pasien : (pasien mengatakan nyeri Pada saluran kemi, nyeri seperti di tusuk tusuk skala nyeri 4 nyeri dari (1-10) nyeri hilang timbul detik)	Jam 18.30 WIB S: – pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada saat akan BAK – nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 4 dari 1-10, nyeri hilang timbul	
Diagnosa (pre operasi)			
Nyeri akut	Ttd bagus		
jam:15.00	– mengajarkan pada keluarga untuk melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi nyeri: (terlihat pasien latihan relaksasi nafas dalam saat nyeri dating)	O: – tampak pasien menahan nyeri saat nyeri dating – obat ketorolac 30mg/12jam sudah di berikan perawatnya jam 17.00 A: – masalah nyeri akut teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi – Observasi tingkat nyeri pada pasien	
	Ttd bagus		

<p>Diagnosa (pre operasi)</p> <p>Resiko infeksi</p>	<p>jam 17.00</p> <ul style="list-style-type: none"> memberikan terapi obat ketorssolac 30mg /12jam <p style="text-align: right;">ttd bagus</p> <p>Jam: 14.30</p> <ul style="list-style-type: none"> Memonitor tanda dan gejala infeksi (tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, funsiolaesa) <p style="text-align: right;">Ttd bagus</p> <p>jam:14.30</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengajarkan keluarga untuk melakukan cuci tangan 6 langkah (ibu pasien mengatakan sudah mulai hafal gerakan cuci tangan 6 langkah ibu melakukan cuci tangan 6 langkah) <p style="text-align: right;">Ttd bagus</p> <p>jam 17.00</p> <ul style="list-style-type: none"> memberikan terapi obat ceftriaxon 1gr/12jam <p style="text-align: right;">Ttd bagus</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ajarkan pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam Kelola hasil kolaborasi terapi obat lanjut <p style="text-align: right;">Ttd Bagus</p> <p>Jam 18.30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> keluarga pasien mengatakan sudah mulai hafal gerakan cuci tangan 6 langkah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> terlihat di sekitar luka tusukan infuse pasien kotor dan ada darah di selang infuse pasien tangan pasien terlihat agak bengkak terlihat keluarga pasien dan pasien melakukan cuci tangan 6 langkah sudah di masukkan obat ceftriaxon 1 gr/12jam <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> masalah risiko infeksi teratasi sebagian <p>P: lanjutkan nintervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi Lakukan dreasing infuse edukasikan pada pasien dan keluarga pentingnya cuci tangan laboratorium Kelola hasil kolaborasi <p style="text-align: right;">Ttd Bagus</p>	
<p>Kamis 6 juli 2017</p>	<p>Jam 20.30</p> <ul style="list-style-type: none"> mengkaji tingkat 	<p>Jam 06.30 wib</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan belum 	

<p>Jam 20.00</p> <p>Diagnosa (pre operasi)</p> <p>Kurang pengetahuan</p>	<p>pengetahuan pasien tentang penyakitnya (pasien belum paham tentang penyakitnya)</p> <p>Ttd ferri</p>	<p>paham tentang penyakitnya dan cara pengobatannya.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat masih bingung saat ditanya tentang penyakit dan cara pengobatannya <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah kurang pengetahuan teratasi sebagian <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya <p>Ttd Ferri</p>	
<p>Diagnosa (pre operasi)</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Jam: 20.40</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi tingkat nyeri pada pasien :(pasien mengatakan nyeri Pada saluran kemei, nyeri seperti di tusuk tusuk skala nyeri 4 nyeri dari (1-10) nyeri hilang timbul detik) <p>Ttd ferri</p>	<p>Jam 06.30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada saat akan BAK - nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 4 dari 1-10, nyeri hilang timbul 	
	<p>jam:20.40</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengajarkan pada keluarga untuk melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi nyeri: (terlihat pasien latihan relaksasi nafas dalam saat nyeri datang) <p>Ttd ferri</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak pasien menahan nyeri saat nyeri datang - obat ketorolac 30mg/12jam sudah di berikan perawatnya jam 17.00 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah nyeri akut teratasi sebagian <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi tingkat nyeri pada pasien - Ajarkan pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam - Kelola hasil kolaborasi terapi obat lanjut <p>Ttd Ferri</p>	
	<p>jam 05.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberikan terapi obat ketorolac 30mg /12jam <p>Ttd ferri</p> <p>Jam: 20.50</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi (tidak ada 		

<p>Diagnosa (pre operasi)</p> <p>Resiko infeksi</p>	<p>tanda tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, funsiolaesa)</p> <p>Ttd Ferri</p> <p>jam:20.50</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengajarkan keluarga untuk melakukan cuci tangan 6 langkah (ibu pasien mengatakan sudah mulai hafal gerakan cuci tangan 6 langkah ibu melakukan cuci tangan 6 langkah) <p>Ttd ferri</p> <p>jam 05.00</p> <ul style="list-style-type: none"> memberikan terapi obat ceftriaxon 1gr/12jam <p>Ttd ferri</p>	<p>Jam 06.30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> keluarga pasien mengatakan sudah mulai hafal gerakan cuci tangan 6 langkah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> terlihat di sekitar luka tusukan infuse pasien kotor dan ada darah di selang infuse pasien tangan pasien terlihat agak bengkak terlihat keluarga pasien dan pasien melakukan cuci tangan 6 langkah suadah di masukkan obat ceftriaxon 1 gr/12jam <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> masalah risiko infeksi teratasi sebagian <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi Lakukan dressing infuse edukasikan pada pasien dan keluarga pentingnya cuci tangan laboratorium Kelola hasil kolaborasi <p>Ttd Ferri</p>	
<p>Jumat 7 juli 2017</p> <p>Jam 07.00</p> <p>Diagnosa (pre operasi)</p> <p>Kurang pengetahuan</p>	<p>Jam 08.30</p> <ul style="list-style-type: none"> mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya (pasien belum paham tentang penyakitnya) <p>Ttd gita</p> <p>Jam 08.30</p> <ul style="list-style-type: none"> Melakukan penyuluhan kesehatan tentang apa itu batu ureter dan penyebabnya <p>Ttd Gita</p>	<p>Jam 12.30 wib</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan belum paham tentang penyakitnya dan cara pengobatannya. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien terlihat masih bingung saat di suruh mengulang kembali apa yang sudah di berikan pada perawat <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> masalah kurang pengetahuan teratasi sebagian <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	

<p>Diagnosa (pre operasi)</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Jam: 08.40</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengobservasi tingkat nyeri pada pasien :(pasien mengatakan nyeri Pada saluran kemi, nyeri seperti di tusuk tusuk skala nyeri 4 nyeri dari (1-10) nyeri hilang timbul detik) <p>Ttd Agung</p> <p>jam:08.40</p> <ul style="list-style-type: none"> mengajarkan pada keluarga untuk melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi nyeri: (terlihat pasien latihan relaksasi nafas dalam saat nyeri datang) <p>Ttd Agung</p> <p>Jam: 08.50</p> <ul style="list-style-type: none"> Memonitor tanda dan gejala infeksi(tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, funsiolaesa) <p>Ttd Agung</p>	<ul style="list-style-type: none"> mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya <p>Ttd Gita</p> <p>Jam 12.30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada saat akan BAK nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 4 dari 1-10, nyeri hilang timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> tampak pasien menahan nyeri saat nyeri datang <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> masalah nyeri akut teratasi sebagian <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> Observasi tingkat nyeri pada pasien Ajarkan pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam Kelola hasil kolaborasi terapi obat lanjut <p>Ttd Agung</p>	
<p>Diagnosa (pre operasi)</p> <p>Resiko infeksi</p>	<p>jam:08.50</p> <ul style="list-style-type: none"> melakukan dreading infuse dan mengganti tusukan infuse pada pasien (pasien sudah di lakukan dreading infuse dan di area luka tusukan infuse pasien bersih, lancar dan tidak bengkak) <p>Ttd Agung</p>	<p>Jam 12.30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien mengatakan aktivitas terganggu karena terpasang infuse ditangan kiri infuse RL 20 tpm <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> pasien sudah di lakukan dreading infuse di area luka tusukan infuse pasien bersih, lancar dan tidak bengkak <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> masalah risiko infeksi teratasi sebagian <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala 	

		infeksi – Lakukan dressing infuse – edukasikan pada pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan di area luka tusukan infuse – Kelola hasil kolaborasi Ttd Agung	
Jumat 7 juli 2017 Jam 14.00 Diagnosa (pre operasi) Kurang pengetah uan	Jam 14.30 – mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya (pasien belum paham tentang penyakitnya) Ttd bagus Jam 14.30 – Melakukan penyuluhan kesehatan tentang apa itu batu ureter dan penyebabnya Ttd Bagus	Jam 18.30 wib S: – pasien mengatakan belum paham tentang penyakitnya dan cara pengobatannya. O: – Pasien terlihat masih bingung saat di suruh mengulang kembali apa yang sudah di berikan pada perawat A: – masalah kurang pengetahuan teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi – mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya – lakukan penyuluhan kesehatan pada keluarga maupun pasien Ttd Bagus	
Diagnosa (pre operasi) Nyeri akut	Jam: 08.40 – Mengobservasi tingkat nyeri pada pasien :(pasien mengatakan nyeri Pada saluran keme, nyeri seperti di tusuk tusuk skala nyeri 4 nyeri dari (1-10) nyeri hilang timbul detik) bagus jam:08.40 – mengajarkan pada keluarga untuk melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi nyeri: (terlihat pasien latihan	Jam 12.30 WIB S: – pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada saat akan BAK – nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 4 dari 1-10, nyeri hilang timbul O: – tampak pasien menahan nyeri saat nyeri datang – pasien selalu melakukan relasasi nafas dalam saat nyeri datang	

<p>Diagnosa (pre operasi)</p> <p>Resiko infeksi</p>	<p>relaksasi nafas dalam saat nyeri datang)</p> <p>Ttd Bagus</p> <p>Jam: 14.50</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi(tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, funsiolaesa) <p>Ttd Bagus</p> <p>Jam 14.50</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengedukasika n pada keluarga mapun pasien untuk selalu menjaga di area luka tusukan infuse(pasien dan keluarga mengatakan akan selalu menjaga diarea luka tusukan infuse) <p>Ttd Bagus</p>	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah nyeri akut teratasi sebagian <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi tingkat nyeri pada pasien - Ajarkan pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam - pasien akan di rencanakan operasi pengambilan batu ureter - Kelola hasil kolaborasi terapi obat lanjut <p>Ttd Bagus</p> <p>Jam 12.30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan aktivitas terganggu karena terpasang infuse ditangan kiri infuse RL 20 tpm - pasien dan keluarga kan selalu menjaga kebersihan di area sekitar luka tusukan infus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di area luka tusukan infuse pasien bersih, lancar dan tidak bengkak <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah risiko infeksi teratasi sebagian <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi - Lakukan dreasing infuse - edukasikan pada pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan di area luka tusukan infus - Kelola hasil kolaborasi <p>Ttd Bagus</p>	
<p>Jumat 7 juli</p>	<p>Jam 20.30</p>	<p>Jam 06.30 wib</p> <p>S:</p>	

<p>2017</p> <p>Jam 20.00</p> <p>Diagnosa (pre operasi)</p> <p>Kurang pengetahuan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya (pasien belum paham tentang penyakitnya) <p style="text-align: right;">Ttd Perawat</p> <p>Jam 20.30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan penyuluhan kesehatan tentang apa itu batu ureter dan penyebabnya <p style="text-align: right;">Ttd Gita</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan belum paham tentang penyakitnya dan cara pengobatannya. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat masih bingung saat di suruh mengulang kembali apa yang sudah di berikan pada perawat <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah kurang pengetahuan teratasi sebagian <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkaji tingkat pengetahuan pasien tentang penyakitnya - lakukan penyuluhan kesehatan pada keluarga maupun pasien <p style="text-align: right;">Ttd Gita</p>	
<p>Diagnosa (pre operasi)</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Jam: 20.40</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi tingkat nyeri pada pasien : (pasien mengatakan nyeri Pada saluran kemi, nyeri seperti di tusuk tusuk skala nyeri 4 nyeri dari (1-10) nyeri hilang timbul detik) <p style="text-align: right;">Gita</p> <p>jam:08.40</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengajarkan pada keluarga untuk melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi nyeri: (terlihat pasien latihan relaksasi nafas dalam saat nyeri datang) <p style="text-align: right;">Ttd Gita</p> <p>Jam 05.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien di berikan injeksi ketorolac 30 mg/12 jam <p style="text-align: right;">Ttd Gita</p> <p>Jam: 20.50</p>	<p>Jam 06.30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada saat akan BAK - nyeri seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 4 dari 1-10, nyeri hilang timbul <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tampak pasien menahan nyeri saat nyeri datang - pasien selalu melakukan relasasi nafas dalam saat nyeri datang - injeksi ketorolac 30 mg/12 jam 05.00 sudah di berikan <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah nyeri akut teratasi sebagian <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi tingkat nyeri pada pasien - Ajarkan pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam - pasien akan di rencanakan 	

<p>Diagnosa (pre operasi)</p> <p>Resiko infeksi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi (tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, funsiolaesa) <p>Jam 20.50</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengedukasika n pada keluarga mapun pasien untuk selalu menjaga di area luka tusukan infuse(pasien dan keluarga mengatakan akan selalu menjaga diarea luka tusukan infuse) 	<p>operasi pengambilan batu ureter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelola hasil kolaborasi terapi obat lanjut <p>Jam 06.30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan aktivitas terganggu karena terpasang infuse ditangan kiri infuse RL 20 tpm - pasien dan keluarga kan selalu menjaga kebersihan di area sekitar luka tusukan infus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di area luka tusukan infuse pasien bersih, lancar dan tidak bengkak <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah risiko infeksi teratasi sebagian <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi - Lakukan dreasing infuse - edukasikan pada pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan di area luka tusukan infus - Kelola hasil kolaborasi 	<p>Ttd Gita</p> <p>Ttd Gita</p> <p>Ttd Gita</p>
---	---	---	---