



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN
DASAR RASA AMAN NYAMAN DI RUANG EDELWEIS RUMAH SAKIT Prof
Dr MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO**

KARYA TULIS AKHIR NERS

Disusun Oleh:

SAID FEBRIANTO, S. Kep

A31600913

PERMINTAAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG**

2017

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS

AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik STIKes Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Said Febrianto, S. Kep

NIM : A31600913

Program studi : Profesi Ners

Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR RASA AMAN NYAMAN DI RUANG EDELWEIS RUMAH SAKIT Prof Dr MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini STIKes Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Gombong,

Pada tanggal: 15 Agustus 2017

Yang menyatakan



(Said Febrianto, S. Kep)

HALAMAN PERSETUJUAN

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN
DASAR RASA AMAN NYAMAN DI RUANG EDELWEIS RUMAH SAKIT Prof
Dr MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Telah disetujui dan dinyatakan Telah Memenuhi Syarat
untuk diujikan Pada Tanggal, 15 Agustus 2017

Pembimbing I



Barkah Waladani, M.Kep

Pembimbing II



Samkhan, S.Kep, Ns

Mengetahui

Ketua Prodi S1 Keperawatan
STIKES Muhammadiyah Gombong



Isma Yuniar, M.Kep

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh:

Nama : Said Febrianto, S. Kep

NIM : A31600913

Program studi : Profesi Ners

Judul KTA-N : Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan
Kebutuhan Dasar Rasa Aman Nyaman Di Ruang Edelweis
Rumah Sakit Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai
bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program
Ners Keperawatan STIKes Muhammadiyah.

DEWAN PENGUJI

Penguji Satu I



Barkah Waladani, M. Kep

Penguji Dua II



Samkhan, S. Kep, Ns

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal : 15 Agustus 2017

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS

AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik STIKes Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Said Febrianto,S. Kep

NIM : A31600913

Program studi : Profesi Ners

JenisKarya : Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR RASA AMAN NYAMAN DI RUANG EDELWEIS RUMAH SAKIT Prof Dr MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini STIKes Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Gombong,

Pada tanggal: 15 Agustus 2017

Yang menyatakan

(Said Febrianto,S. Kep)

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas limpahan karunia dan Rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir dengan judul

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN
DASAR RASA AMAN NYAMAN DI RUANG EDELWEIS RUMAH SAKIT Prof
Dr MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO**

Karya Tulis Akhir ini disusun sebagai dasar untuk memenuhi sebagai syarat memperoleh gelar profesi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Muhammadiyah Gombong. Selama proses penulisan karyatulisakhir ini, penulis banyak mendapat bimbingan, dorongan serta bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa syukur menyampaikan terima kasih yang setulusnya dan sebesar-besarnya kepada :

1. Herniyatun,M.Kep,Sp. Mat. selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Gombong.
2. Isma Yuniar,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Muhammadiyah.
3. Samkhan,S.Kep,Ns selaku pembimbing dari lahan praktek yang berkenan memberikan memberikan bimbingan dan pengarahan.
4. Barkah Waladani,M.Kep selaku pembimbing dari kampus yang berkenan memberikan memberikan bimbingan dan pengarahan.
5. Pihak–pihak lain yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, penulis ucapkan terima kasih atas bantuan dan dukungannya.

6. Seluruh Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong, yang telah memberikan banyak pengetahuan dan wawasannya kepada penulis.
7. Orang tua tercinta serta seluruh keluargaku yang telah memberikan dukungan baik material, moril maupun spiritual.
8. Teman-teman Profesi Ners Keperawatan angkatan 2016/2017 STIKES Muhammadiyah Gombong
9. Rekan seperjuangan dan sepembimbingan yang telah memberikan dukungan dalam terselesaikannya proposal penelitian ini.
10. Pihak-pihak lain yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

Semoga bimbingan dan bantuan serta dorongan yang telah diberikan mendapat balasan sesuai dengan amal pengabdianya dari Allah SWT. Akhir kata semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Kebumen, 15 Agustus 2017

Penulis

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG
Karya Tulis Akhir, Agustus 2017

Said Febrianto, S. Kep,¹⁾ Barkah Waladani, M. Kep²⁾

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN
DASAR RASA AMAN NYAMAN DI RUANG EDELWEIS RUMAH SAKIT Prof
Dr MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

ABSTRAK

xiv + 45 halaman + 1 tabel + 3 Lampiran

Latarbelakang: Keluhan yang disampaikan oleh pasien batu ureter tergantung pada posisi atau letak batu, besar batu, dan penyulit yang telah terjadi. Keluhan yang paling dirasakan oleh pasien adalah nyeri pada pinggang. Nyeri ini mungkin bisa berupa nyeri kolik maupun bukan kolik. Penanganan nyeri pada pasien dengan kasus batu saluran kemih umumnya secara farmakologi yaitu pemberian analgesik. Selain secara farmakologi, ada juga penanganan nyeri dengan non farmakologi yaitu pemberian aromaterapi lemon.

Tujuan: Menganalisis asuhan keperawatan pasien batu ureter dengan masalah gangguan nyeri akut.

Hasil: Analisis penulis bahwa pemberian intervensi berupa aromaterapi lemon pada pasien batu ureter sudah dapat mengatasi masalah nyeri akut, akan tetapi penurunan yang dialami pasien secara belum begitu signifikan.

Kesimpulan: Pemberian intervensi berupa aromaterapi lemon pada pasien batu ureter sudah dapat mengatasi masalah nyeri akut.

Saran: Disarankan bagi peneliti yang ingin melakukan penelitian dengan tema yang sama dengan penelitian ini yaitu dengan melakukan observasi yang lebih lama pada pasien post operasi, sehingga dapat didapatkan hasil yang maksimal.

.

Kata Kunci: *aromaterapi lemon, batu ureter, nyeri akut*-----

¹ *Mahasiswa Profesi Ners Stikes Muhammadiyah Gombong*

² *Dosen Pembimbing Stikes Muhammadiyah Gombong*

Bachelor of Nursing Program
Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong
Minithesis, august 2017

Said Febrianto,S. Kep¹⁾ Barkah Waladani,M.Kep²⁾

**ANALYSIS OF NURSING ASSURANCE WITH FULFILLMENT OF
BASIC NEEDS SECURE OF COMFORTABLE AT OF PROF. DR.
MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO HOSPITAL**

Xiv + 54 pages + 1 table + 3 Attachments

ABSTRACT

Background: The complaints submitted by the patient's ureteral stones depend on the position or location of the stone, the large stone, and the complications that have occurred. The most common complaints of the patient are pain in the waist. This pain may be either colicky or non-colic. Treatment of pain in patients with urinary tract stones is pharmacologically common is the provision of analgesics. In addition pharmacologically, there is also the treatment of non-pharmacological pain that is giving lemon aromatherapy.

Objectives: To analyze nursing care of ureter stone patient with acute pain problem.

Results: The authors' analysis that giving the intervention of lemon aromatherapy in ureteric stool patients has been able to overcome the acute pain problem, but the decrease experienced by the patient has not been so significant.

Conclusion: Provision of intervention in the form of lemon aromatherapy in patients with ureteral stones has been able to overcome the problem of acute pain.

Suggestion: It is recommended for researchers who want to do research with the same theme with this research is by doing a longer observation in postoperative patients, so that can get maximum results.

Keywords: *lemon aromatherapy, ureteral stones, acute pain,*

¹ ***Bachelor nursing student***

² ***The research consultant***

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR SINGKATAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. LatarBelakang	1
B..... Tujuan Penulisan.....	3
C..... Manfaat Penulisan.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Nyeri	5
1. Pengertian	5
2. Manifestasi.....	5
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri	5
4. Klasifikasi.....	6
5. Cara mengukur nyeri.....	7
6. Patofisiologi	9
7. Cara penanganan nyeri.....	9
B. Asuhan Keperawatan	9
1. Fokus Pengkajian	9
2. Fokus Diagnosa Keperawatan.....	13
3. Fokus Intervensi.....	13

BAB III LAPORAN MANAGEMEN KASUS

- A. ProfilLahan Praktik
Visi, Misi dan Moto RumahSakit..... 19
- B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan 22

BAB IV HASIL ANALISIS DAN PEMBAHASAN

- A. AnalisisKarakteristik Pasien 37
- B. AnalisiMasalahKeperawatan..... 37
- C. AnalisisIntervensiyangDikaitkanDenganKonsepdan
HasilPenelitianTerkini..... 38
- D. InovasiTindakanKeperawatan..... 40

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

- A. Kesimpulan..... 41
- B. Saran..... 42

DAFTAR PUSTAKA1

DAFTAR TABEL

- Tabel 2.1 Kategori tingkat kemampuan aktivitas 11

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 2.1. Skala nyeri menurut Wong-Baker FACES 7
- Gambar 2.2. Skala Nyeri 0-10 (*Comparative Pain Scale*)..... 7

LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Askep pasien di Ruang Edelweis RSUD Prof. Dr. Margono
Soekarjo Purwokerto

Lampiran 2 : Contoh jurnal terkait

Lampiran 3 : Lembar Revisi



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Batu saluran kemih atau batu ureter adalah terbentuknya batu di saluran kemih yang disebabkan oleh pengendapan substansi yang terdapat dalam air kemih yang jumlahnya berlebihan atau karena faktor lain yang mempengaruhi daya larut substansi (Lina, 2008). Batu ginjal merupakan penyebab terbanyak kelainan saluran kemih. Di negara maju seperti Amerika Serikat, Eropa, Australia, batu saluran kemih banyak dijumpai pada batu saluran kemih bagian atas, sedang di Negara berkembang seperti India, Thailand dan Indonesia lebih banyak dijumpai batu saluran kemih (Ninda, 2008)

Angka kejadian batu saluran kemih di Indonesia yang sesungguhnya belum bisa diketahui, namun diperkirakan ada 170.000 kasus per tahunnya. Di Jawa Barat, menurut data Riskesdas tahun 2013, bahwa prevalensi batu ginjal ≥ 15 tahun berdasarkan diagnosis dokter, Jawa Barat berada di urutan ke 5 dari 33 provinsi di Indonesia. Ini menunjukkan bahwa kasus batu saluran kemih masih tinggi. Oleh karena itu perlu dikembangkan pengobatan untuk menanggulangi masalah ini (Hanum, 2016).

Prevalensi kejadian batu saluran kemih pada laki-laki sebanyak 3-4 kali lebih banyak daripada wanita. Hal ini dikarenakan kadar kalsium air kemih sebagai bahan utama pembentuk batu pada wanita lebih rendah daripada laki-laki dan kadar sitrat air kemih sebagai bahan penghambat terjadinya batu (inhibitor) pada wanita lebih tinggi daripada laki-laki (Kimata, 2012). Hal tersebut juga sama dengan hasil penelitian Ratu (2016) menunjukkan bahwa batu saluran kemih paling banyak diderita oleh pria dibandingkan dengan wanita dengan perbandingan 3 sampai 4 : 1, dan komposisi batu terbanyak adalah batu kalsium oksalat, pada usia rata-rata 40 sampai 60 tahun.

Keluhan yang disampaikan oleh pasien tergantung pada posisi atau letak batu, besar batu, dan penyulit yang telah terjadi. Keluhan yang paling dirasakan oleh pasien adalah nyeri pada pinggang. Nyeri ini mungkin bisa berupa nyeri kolik maupun bukan kolik. Nyeri kolik terjadi karena aktivitas peristaltik otot polos sistem kalises ataupun ureter meningkat dalam usaha untuk mengeluarkan batu dari saluran kemih. Peningkatan peristaltik ini menyebabkan tekanan intraluminalnya meningkat sehingga terjadi peregangan dari terminal saraf yang memberikan sensasi nyeri. Nyeri non kolik terjadi akibat peregangan kapsul ginjal karena terjadi hidonefrosis atau infeksi pada ginjal (Ninda, 2008). Lina (2008) menyatakan bahwa batu saluran kemih menimbulkan nyeri stadium ringan sampai timbul sindroma uremia dan gangguan fungsi ginjal, keadaan lanjut dapat mengakibatkan kematian.

Nyeri merupakan gejala yang paling sering menyertai penyakit batu saluran kemih, mulai dari nyeri sedang sampai nyeri berat yang memerlukan pemberian analgesik. Nyeri biasanya terjadi pada batu di saluran kemih bagian atas, dengan karakter nyeri bergantung pada lokasi batu, ukuran batu, derajat obstruksi, dan kondisi anatomis setiap orang yang berbeda-beda. Nyeri yang terjadi dapat berupa *kolik* maupun *nonkolik* (Pearle et al, 2012).

Penanganan nyeri pada pasien dengan kasus batu saluran kemih umumnya secara farmakologi yaitu pemberian analgesik. Selain secara farmakologi, ada juga penanganan nyeri dengan non farmakologi yaitu pemberian aromaterapi lemon. Hasil penelitian Purwandari (2010) menunjukkan bahwa rata-rata skala nyeri setelah menghirup aroma lemon lebih rendah dibandingkan sebelum menghirup aroma lemon. Hal ini menunjukkan bahwa terapi aroma lemon merupakan salah satu cara yang efektif dalam menurunkan nyeri seseorang.

Aromaterapi lemon yang dihirup menurut Colifah (2016) akan ditransmisikan ke pusat penciuman yang berada pada pangkal otak. Pada sistem penciuman juga melalui neurotransmitter di kelenjar penciuman

dan sistem limbik senyawa kimia limonene 66-80% yang merupakan komponen utama dari aromaterapi lemon mengontrol siklooksigenase I dan II, mencegah aktivitas prostaglandin dan mengurangi rasa sakit, memberikan efek ketenangan dan mendorong emosi. Prostaglandin menyebabkan nyeri dan peradangan dalam tubuh manusia, komposisi ini diidentifikasi oleh siklooksigenase I dan II dari asam arakidonat.

Berdasarkan masalah tersebut maka penulit tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Batu Ureter Dengan Masalah Nyeri Akut di Ruang Edelwes Rumah Sakit Prof. Margono Soekarjo Purwokerto”.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menganalisis asuhan keperawatan pasien batu ureter dengan masalah gangguan nyeri akut.

2. Tujuan Khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian pasien batu ureter dengan masalah gangguan nyeri akut.
- b. Memaparkan hasil rumusan diagnosa pasien batu ureter dengan masalah gangguan nyeri akut.
- c. Memaparkan hasil intervensi pasien batu ureter dengan masalah gangguan nyeri akut.
- d. Memaparkan hasil implementasi pasien batu ureter dengan masalah gangguan nyeri akut.
- e. Memaparkan hasil evaluasi pada pasien batu ureter dengan masalah gangguan nyeri akut.
- f. Menganalisis salah satu intervensi dengan inovasi terbaru.

C. Manfaat Penelitian

1. Manfaat keilmuan

Penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan khususnya dalam memberikan

gambaran asuhan keperawatan pada pasien batu ureter dengan masalah gangguan nyeri akut dengan pemberian aromaterapi batur ureter.

2. Manfaat Aplikatif

Diharapkan dapat menambah pengetahuan serta wawasan pasien dan keluarga tentang cara menangani nyeri akut dengan pemberian aromatrapi lemon.

3. Manfaat Metodologi

Diharapkan dapat dijadikan sebagai penemuan baru dan menambah refrensi bagi penulis yang ingin melakukan penelitian dengan tema yang sama dalam asuhan keperawatan khususnya pasien batur ureter dengan masalah nyri akut.



DAFTAR PUSTAKA

- Akoit. (2017). Pengaruh Aroma Terapi Lemon Terhadap Intensitas Mual Dan Muntah Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Ungaran Dan RSUD Ambarawa. *Artikel*. Universitas Ngudi Waluyo Ungaran.
- Aziz Alimul.H. (2006). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Cheraghi J ., Valadi A. (2010). Effects of anti-nociceptive and anti-inflammatory component of limonene in herbal drugs. Iran. J. Med. Aromatic Plants 26:.
- Colifah. (2016). Pengaruh Aromaterapi Inhalasi Lemon Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 12 (1).
- Hanum. (2016). Potensi Kombinasi Perasan Daun Kumis Kucing (*Orthosiphon aristatus*) dan Perasan Daun Alpukat (*Persea Americana Mill*) Sebagai Peluruh Kalsium Oksalat Secara In Vitro. *Artikel*. Sekolah tinggi ilmu kesehatan ngudi waluyo Ungaran.
- Jones, K. (2006). *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Jakarta. EGC.
- Kimata T. (2012). Increased Urinary Calcium Excretion Caused by Ceftriaxone: Possible association with Urolithiasis. *Pediatr Nephrol* 27:605–609.
- LeMone, P, & Burke.(2008). *Medical surgical nursing : Critical thinking in client care.*(4th ed). Pearson Prentice Hall : New Jersey.
- Lina. (2008). Faktor-Faktor Risiko Kejadian Batu Saluran Kemih Pada Laki-Laki (Studi Kasus di RS Dr. Kariadi, RS Roemani dan RSI Sultan Agung Semarang. *Tesis*. Universitas Diponogoro.
- Ninda. (2008). *Batu Saluran Kemih*. Manajemen Modern dan Kesehatan Masyarakat.
- Pearce, C, E. et. al. (2009). *Anatomi dan fisiologi untuk paramedis*, Jakarta : Gramedia.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan. Praktik*. Edisi 4 volume 1. Jakarta: EGC

Ratu. (2016). Profil Analisis Batu Saluran Kemih di Laboratorium Patologi Klinik. *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*, 12 (3).

Sharma, S. (2009). Aromaterapi. Jakarta: Karisma.

Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2002). Buku Ajar Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2, Alih Bahasa Kuncara, H.Y, dkk. Jakarta: EGC.

Tamsuri. (2007). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta: EGC,

Tournaire M, Theau-Yonneau, A. (2007). *Complementary and Alternative to Pain relief During Labor*. Diakses 1 Agustus 2017 dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2176140/>

Young, G. (2011). *Essencial Oil Pocket Reference* 5th ed. Amazon: Life Science Pubhlising.





LAMPIRAN

ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

A. DATA SUBYEKTIF

1. Identitas Pasien

Nama : Tn. K
Umur : 58 tahun
Alamat : Purbalingga
Agama : Islam
Pekerjaan : Petani
Pendidikan : SR
No. RM : 9798xx

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. J
Alamat : Purbalingga
Hub.dg pasien : Anak kandung

3. Keluhan Utama : nyeri di perut bagian bawah menjalar ke pinggang

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Tn. K masuk ke ruang Edelweis dengan keluhan perut kembung, nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang. Saat dikaji pasien mengatakan nyeri, nyeri bertambah ketika bergerak dan ketika ingin berkemih, berkurang ketika diam, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah dengan skala nyeri 5, nyeri dirasakan hilang timbul. Pasien mengatakan riwayat HD rutin 3x seminggu setiap hari Selasa, Jum'at dan Senin. Rencana URS batu ureter dextra jam 11.30 WIB.

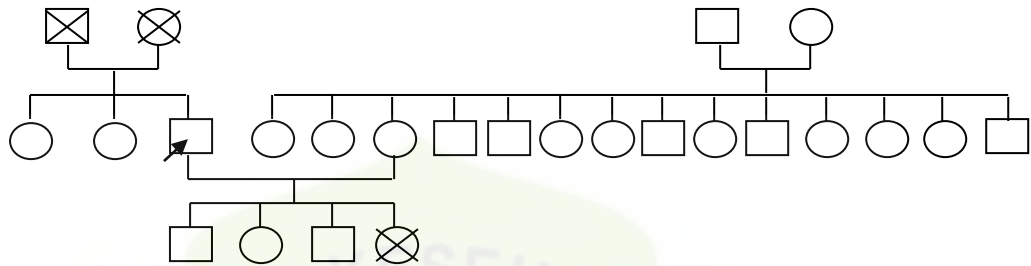
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan jarang minum air putih, pasien merupakan perokok aktif, 1 hari habis rokok 1 bungkus.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan seperti DM dan HT, dan tidak ada yang memiliki penyakit menular.

GENOGRAM



Keterangan :

- : laki-laki
- ⊗ : laki-laki meninggal
- : perempuan
- ⊗ : perempuan meninggal
- ▣ : pasien/yang dikaji
- ┌ : garis pernikahan
- : garis keturunan
- : tinggal serumah

5. Pola Pengkajian Kebutuhan Dasar Menurut Virginia Handerson

a. Pola oksigenasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pernafasan

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pernafasan. RR: 20x/menit. Tidak terpasang oksigen

b. Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada gangguan makan, tidak alergi terhadap makanan tertentu, pasien mengatakan jarang minum air putih

Saat dikaji : pasien mengatakan mual, tidak nafsu makan, pasien juga mengatakan belum kentut, pasien minum air putih 1 liter dalam 2 hari 2 malam

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAK dan BAB lancar, BAB 1x/hari, BAK 6-7x/hari, tidak ada gangguan

Saat dikaji : pasien terpasang DC no 16 dengan produksi urin 100cc/2 jam, warna urin pekat seperti teh, pasien mengatakan DC belum diganti

d. Pola aktifitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat beraktivitas secara mandiri

Saat dikaji : pasien mengatakan lemes, aktivitas dibantu oleh keluarga

e. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan biasa tidur 6 jam/hari, tidur siang $\pm$ 1 jam

Saat dikaji : pasien mengatakan saat malam hari kurang nyenyak karena nyeri pinggang

f. Pola mempertahankan suhu tubuh

Sebelum sakit : pasien mengatakan saat panas menggunakan pakaian tipis dan tebal saat dingin

Saat dikaji : pasien menggunakan selimut untuk menutupi tubuhnya jika merasa dingin, menggunakan pakaian tipis jika merasa panas, S : 36,5°C

g. Pola berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berpakaian secara mandiri

Saat dikaji : pasien mengatakan berpakaian dengan bantuan keluarganya

h. Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi 2 x/hari dan sikat gigi 2 x/hari secara mandiri

Saat dikaji : pasien mengatakan mandi 2x sehari dengan diseka, sikat gigi 2x sehari secara mandiri

i. Pola rasa aman dan nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan nyaman dengan kondisinya

Saat dikaji : pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang

j. Pola spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan menjalankan ibadah sholat 5 waktu

Saat dikaji : pasien mengatakan menjalankan ibadah sholat dilakukan dengan berbaring di tempat tidur

k. Pola komunikasi

Sebelum sakit : pasien dapat berkomunikasi dengan lancar dan jelas

Saat dikaji : pasien dapat berkomunikasi dengan lancar dan jelas

l. Pola bekerja

Sebelum sakit : pasien mengatakan bekerja sebagai petani

Saat dikaji : pasien hanya berbaring di tempat tidur

m. Pola bermain dan rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan kadang-kadang rekreasi dengan menonton tv

Saat dikaji : pasien hanya tiduran di tempat tidur

n. Pola belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya

Saat dikaji : pasien tahu tentang penyakitnya dengan bertanya pada tim medis

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Cukup

Kesadaran : Compos Mentis (CM) GCS E4M6V5

Tekanan darah : 130/100 mmHg

Nadi : 76x/menit

Suhu : 36,5°C

Respirasi Rate : 20x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : mesocephal, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, ekspresi wajah menahan nyeri

b. Mata : simetris, konjungtiva anemis dex-sin, sklera anikterik dex-sin, tidak ada edema palpebra

c. Hidung : simetris, tidak ada polip, tidak ada pernafasan cuping hidung, fungsi penciuman baik

d. Telinga : bentuk simetris dex-sin, tidak ada penumpukan serumen, pendengaran berfungsi dengan baik

e. Mulut : mukosa bibir kering, lidah tidak kotor

f. Leher : tidak ada otot bantu pernafasan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis

g. Dada

1) Paru

Inspeksi : tidak ada lesi, ekspansi dada simetris

Palpasi : tidak ada retraksi, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler

2) Jantung

Inspeksi : tidak terlihat pulsasi jantung
 Palpasi : nyeri tekan (-), teraba pulsasi di ICS 5
 Perkusi : pekak di seluruh area jantung
 Auskultasi : S1>S2, lub-dub, regular, tidak ada suara jantung tambahan

h. Abdomen

Inspeksi : supel, tidak ada jejas, tidak ada lesi
 Auskultasi : bising usus (+) 30x/menit
 Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 Perkusi : thympani

i. Pemeriksaan sistem perkemihan

1) Ginjal

Inspeksi : tidak tampak ada massa, simetris
 Auskultasi : tidak terdengar bruit aorta
 Palpasi : ginjal dextra et sinistra teraba, terdapat nyeri tekan pada ginjal dex-sin
 Perkusi : terdapat nyeri tekan pada ginjal dex-sin

2) Vesika Urinari : tidak ada distensi, terdapat nyeri tekan

3) Uretra : terpasang DC no 16 dengan produksi urin 100cc/2 jam, warna urin pekat seperti teh

j. Kulit : turgor kulit kering, bersisik, CRT > 3 detik, akral dingin

k. Ekstremitas

1) Atas : terpasang infus NS 20 tpm pada tangan kiri, tidak ada lesi

2) Bawah : tidak ada lesi, tidak ada pitting edema

Kekuatan otot :

Dex	Sin
5	5
5	5

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium tanggal 31 Januari 2016

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
1.	Hemoglobin	11,1	g/dl	11,2 – 17,3
2.	Hematokrit	44	%	40 – 52
3.	Leukosit	4.580	U/L	3.800 – 10.600
4.	Ureum	253,2	mg/dl	14,98 – 38,52
5.	Kreatinin	17,04	mg/dl	0,80 – 1,30
6.	GDS	82	mg/dl	≤ 200
7.	Natrium	133	mmol/L	136 – 145
8.	Kalium	4,7	mmol/L	3,5 – 5,1
9.	Clorida	105	mmol/L	98 – 107
10.	PT	40,5	Detik	
11.	APTT	9,8	Detik	

b. Diagnostik

- 1) Rontgen thorak : hasil (-)
- 2) BNO : hasil (-)
- 3) USG : terdapat batu di ureter dextra et sinistra

4. Terapi Obat

- a. IVFD NS 20 tpm
- b. Injeksi ceftriaxone 2 x 1 gram
- c. Injeksi furosemid 2 x 20 mg
- d. Tramadol 3 x 100 mg /drip

II. ANALISA DATA

Tgl	Data Fokus	Problem	Etiologi
2/2/17 09.00	DS : pasien mengatakan nyeri P = nyeri bertambah ketika bergerak dan ketika ingin berkemih, berkurang ketika diam Q = seperti tertindih benda berat R = perut bagian bawah menjalar ke pinggang S = skala nyeri 5 T = nyeri hilang timbul DO :	Nyeri akut	Agen cedera biologis

	a. TTV ; TD: 130/100 mmHg; N: 76 x/menit; S: 36,5°C; RR: 20x/menit b. Ekspresi wajah menahan nyeri c. Pemeriksaan fisik ginjal terdapat nyeri tekan pada ginjal dex-sin d. USG : terdapat batu di ureter dex-sin		
	DS: pasien mengatakan terpasang DC, dan DC belum diganti DO: a. Terpasang DC b. Terpasang infus dari tanggal c. Riwayat HD rutin 3x seminggu d. Pemeriksaan laboratorium : Leukosit 4.580 U/L	Resiko infeksi	Prosedur invasive

III. PRIORITAS DIAGNOSA

- A. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
- B. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

IV. RENCANA KEPERAWATAN

TGL	NO	DIAGNOSA	PERENCANAAN																
			TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (NOC)	RENCANA TINDAKAN (NIC)															
2/2/17	I	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (batu ureter duplex)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan pasien akan mencapai : NOC : Pain Level <table><tr><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Nyeri berkurang</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>TTV dbn</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>Ekspresi wajah rileks</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Istirahat meningkat</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> Skala : 1 = ekstrem ; 2 = berat ; 3 = sedang ; 4 = ringan ; 5 = tidak ada keluhan TTV dalam rentang TD = sistol 90-140 mmHg diastol 60-95 mmHg	Indikator	Awal	Tujuan	Nyeri berkurang	3	4	TTV dbn	3	4	Ekspresi wajah rileks	2	3	Istirahat meningkat	3	4	NIC : Pain Management a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan c. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri pasien d. Kurangi faktor presipitasi nyeri e. Ajarkan tentang teknik non farmakologi (nafas dalam) f. Motivasi pasien untuk istirahat g. Monitor tanda-tanda vital h. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri (Tramadol 3 x 100 mg /drip)
Indikator	Awal	Tujuan																	
Nyeri berkurang	3	4																	
TTV dbn	3	4																	
Ekspresi wajah rileks	2	3																	
Istirahat meningkat	3	4																	

		N = 60-80x/menit RR = 16 – 24x/menit S = 36,5°C – 37,5°C													
II	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 pasien akan mencapai : NOC : Infection Status <table><tr><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Tanda, gejala infeksi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Jumlah leukosit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Perilaku hidup sehat</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Skala : 1 = ekstrem ; 2 = berat ; 3 = sedang ; 4 = ringan ; 5 = tidak ada keluhan	Indikator	Awal	Tujuan	Tanda, gejala infeksi	3	5	Jumlah leukosit	3	5	Perilaku hidup sehat	3	5	NIC : Infection Control a. Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien b. Lakukan perawatan infus dan DC c. Bersihkan area sekitar invasif dengan cairan/ larutan antiseptik d. Motivasi pasien untuk istirahat e. Motivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi f. Ajarkan kepada keluarga pasien tentang cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien g. Kolaborasi pemberian antibiotik (Injeksi ceftriaxone 2 x 1 gram)
Indikator	Awal	Tujuan													
Tanda, gejala infeksi	3	5													
Jumlah leukosit	3	5													
Perilaku hidup sehat	3	5													

V. IMPLEMENTASI

Tgl/Jam	No Diagnosa	Implementasi	Respon pasien	Ttd
2 Feb'17 09.00	II	- Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien	- S : pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang, nyeri bertambah ketika bergerak dan ketika ingin berkemih, berkurang ketika diam, nyeri dirasakan seperti tertindih benda berat dengan skala 5, nyeri dirasakan hilang timbul O : ekspresi wajah menahan nyeri, terdapat nyeri tekan pada ginjal dex-sin	
	I	- Melakukan pengkajian nyeri		
	I	- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan		
	I	- Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri		
	I	- Mengurangi faktor presipitasi nyeri dengan memotivasi pasien untuk istirahat		
	I	- Memeberikan aromatherap lemon		
09.30	I	- Mengantarkan pasien untuk URS dextra	- S : pasien bersedia O : pasien mau melakukan aromatherapi lemon	

10.00		- Mengajarkan kepada keluarga pasien untuk cuci tangan		
13.00	II	- Memotivasi pasien untuk istirahat (bed rest s/d besok jam 12.40 wib)	- S : keluarga pasien bersedia	
		- Memberikan tramadol 100 mg/drip	O : keluarga pasien mampu mendemonstrasikan	
14.30	I, II		- S : pasien bersedia	
			O : pasien bed rest (+)	
16.00	I	- Melakukan relokasi infus dan perawatan infus	- S : pasien mengatakan masih nyeri	
		- Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	O : pasien tampak menahan nyeri, obat masuk drip (+)	
17.00	II		- S : pasien bersedia	
			O : infus terpasang di tangan kanan	
19.00	I	- Memberikan terapi injeksi ceftriaxon 1 gram, furosemid 20 mg	- S : pasien bersedia	
		- Memberikan tramadol 100 mg/drip	O : TD: 160/100 mmHg ; N: 80x/mnt ; RR: 16x/mnt ; S: 37,9°C	
20.00	II		- S : pasien bersedia	
			O : injeksi masuk via iv	
24.00	I		- S : -	
			O : pasien tidur	

3 Feb'17				
07.30	II	- Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien		
	I	- Mengkaji keluhan pasien	- S : pasien mengatakan masih merasa nyeri, tetapi sudah berkurang, skala 3	
	I	- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan pasien	O : ekspresi wajah pasien tampak rileks	
08.00	I	- Menganjurkan untuk menghirup		
	II	oromatherapi lemon	- S : pasien bersedia	
		- Memberikan terapi injeksi ceftriaxone 1 gram dan furosemid 20 mg	O : Injeksi masuk via IV, tramadol drip (+)	
09.00	I			
	II	- Memberikan tramadol 100 mg/drip	- S : pasien bersedia	
10.00		- Melakukan perawatan kateter dan perawatan infus	O : kateter bersih, infus bersih	
		- Menganjurkan kepada pasien untuk minum air putih	- S : pasien bersedia	
		- Memonitor BAK pasien	O : pasien minum air putih (+)	
13.00			- S : -	
			O : warna urin merah, produksi 100 cc/ 2 jam	
			- Pasien kooperatif	
		- Menganjurkan kepada pasien untuk	- S : pasien bersedia	

16.00	I	berlatih mika-miki	- O : TD: 150/100mmHg ; N: 75x/mnt ; RR: 20x/mnt ; S: 38°C	
	I	- Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	- S : -	
17.00	II	- Memberikan tramadol 100 mg/drip	O : tramadol drip (+)	
	II	- Memotivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi	- S : pasien bersedia	
19.00			O : pasien makan habis 1 porsi, minum 2 liter 2 hari 2 malam	
	I	- Memberikan tranfusi kolf ke 2	- S : pasien bersedia	
		- Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	O : TD: 170/120mmHg ; N: 84x/mnt ; RR: 18x/mnt ; S: 37,7°C	
20.00	II		- S : pasien bersedia	
		- Memberikan terapi injeksi ceftriaxone 1 gram dan furosemid 20 mg	O : injeksi masuk via IV	
24.00	I	- Memberikan tramadol 100 mg/drip	- S : -	
			O : pasien tidur	
4 Feb'17 07.30	II	- Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien		

08.00	I I II I	- Mengkaji keluhan pasien - Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan pasien - Memberikan terapi injeksi ceftriaxone 1 gram dan furosemid 20 mg - Memberikan tramadol 100 mg/drip - Memonitor BAK pasien	- S: pasien mengatakan sudah tidak nyeri - O : pasien tampak tenang - S : pasien bersedia - O : injeksi masuk via IV, tramadol drip (+) - S : - - O : warna urin kuning, masih terdapat darah, produksi urin 50 cc/jam	
10.00	II	Instruksi dokter, pasien boleh pulang - Menganjurkan pada pasien untuk minum air putih, meningkatkan intake nutrisi, memperbanyak istirahat	- S : pasien bersedia - O : pasien kooperatif	
11.25		- Pasien pulang		

VI. EVALUASI

Tgl/jam	Diagnosa	Evaluasi	Ttd
2 Feb'17 24.00	Nyeri akut b/d agen cidera biologis	S : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut bawah skala 5 O : Ekspresi wajah menahan nyeri, TD 160/100 mmHg, N 80x/menit, RR 16x/menit, S 37,9°C, terapi injeksi masuk, post URS dextra, tranfusi (+) A : Nyeri akut b/d agen cidera biologis belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital, ajarkan teknik nafas dalam, kelola pemberian tramadol 100 mg/drip - Memeberikan therapi aroma lemon lemon	
	Resiko infeksi b/d prosedur invasif	S : Pasien mengatakan terpasang infus, DC O : Perawatan DC (+), relokasi dan perawatan infus (+), motivasi istirahat (+) bed rest s/d besok jam 12.40 wib, terapi injeksi (+) A : Resiko infeksi b/d prosedur invasif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien, motivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi, kelola pemberian injeksi ceftriaxone 1 gram/IV	
3 Feb'16 24.00	Nyeri akut b/d agen cidera biologis	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang skala 3 O : Pasien tampak tenang, TD 170/120 mmHg, N 84x/menit, RR 18x/menit, S 37,7°C, terapi injeksi (+), motivasi istirahat (+), latihan mika-miki (+)	

		A : Nyeri akut b/d agen cidera biologis teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital, ajarkan teknik nafas dalam, kelola pemberian tramadol 100 mg/drip - Memeberikan aromaterapi lemon	
	Resiko infeksi b/d prosedur invasif	S : - O : Perawatan DC (+), perawatan infus (+), motivasi istirahat (+), terapi injeksi (+) A : Resiko infeksi b/d prosedur invasif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien, motivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi, kelola pemberian injeksi ceftriaxone 1 gram/IV	
4 Feb'16 11.00	Nyeri akut b/d agen cidera biologis	S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri O : Pasien tampak tenang, terapi injeksi (+), motivasi istirahat (+), motivasi minum air putih (+) A : Nyeri akut b/d agen cidera biologis teratasi P : Discharge planning - Motivasi minum air putih, motivasi istirahat, kontrol ke poli urologi - Memeberikan oromatherapi lemon	
	Resiko infeksi b/d prosedur invasif	S : - O : Motivasi istirahat (+), terapi injeksi (+), aff infus (+), aff DC (+) A : Resiko infeksi b/d prosedur invasif teratasi	

		P : Discharge planning - Motivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi, motivasi minum obat	
--	--	---	--



ASUHAN KEPERAWATAN

VII.PENGKAJIAN

A. DATA SUBYEKTIF

6. Identitas Pasien

Nama : Tn. S
Umur : 42 tahun
Alamat : Kebumen
Agama : Islam
Pekerjaan : buruh
No. RM :261458

7. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. F
Alamat :Kebumen
Hub.dg pasien : Anak kandung

Keluhan Utama : Klien mengatakan merasakan nyeri di perut bawah sebelah kanan menjalar ke pinggang

1. Riwayat Kesehatan

Klien mengatakan merasakan nyeri di perut sebelah kanan dan menjalar ke pinggang sebelah kanan. Saat BAK sering terasa nyeri. Ada keluhan BAK menetes di akhir. BAK berdarah skala nyeri saat pengkajian 4-5

2. Riwayat Kesehatan Dahulu

. Klien mengatakan sebelumnya tidak memiliki riwayat sakit ginjal atau infeksi saluran kemih.Keluarga juga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit ginjal atau batu saluran kemih.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan seperti DM dan HT, dan tidak ada yang memiliki penyakit menular.

Pola Pengkajian Kebutuhan Dasar Menurut Virginia Handerson

o. Pola oksigenasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pernafasan

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pernafasan. RR: 20x/menit. Tidak terpasang oksigen

p. Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada gangguan makan, tidak alergi terhadap makanan tertentu, pasien mengatakan sering begadang dan minum kopi

Saat dikaji : pasien mengatakan mual, tidak nafsu makan

q. Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAK dan BAB lancar, BAB 1x/hari, BAK 6-7x/hari, tidak ada gangguan

Saat dikaji : pasien terpasang DC no 16 dengan produksi urin 100cc/2 jam, warna urin pekat seperti teh, ada sedikit gumpalan darah

r. Pola aktifitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat beraktivitas secara mandiri

Saat dikaji : pasien mengatakan lemes, aktivitas dibantu oleh keluarga

s. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan biasa tidur 6 jam/hari, tidur siang $\pm$ 1 jam

Saat dikaji : pasien mengatakan saat malam hari kurang nyenyak karena nyeri pinggang

t. Pola mempertahankan suhu tubuh

Sebelum sakit : pasien mengatakan saat panas menggunakan pakaian tipis dan tebal saat dingin

Saat dikaji : pasien menggunakan selimut untuk menutupi tubuhnya jika merasa dingin, menggunakan pakaian tipis jika merasa panas, S : 36,5°C

u. Pola berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berpakaian secara mandiri

Saat dikaji : pasien mengatakan berpakaian dengan bantuan keluarganya

v. Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi 2 x/hari dan sikat gigi 2 x/hari secara mandiri

Saat dikaji : pasien mengatakan mandi 2x sehari dengan diseka, sikat gigi 2x sehari secara mandiri

w. Pola rasa aman dan nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan nyaman dengan kondisinya

Saat dikaji : pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang

x. Pola spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan menjalankan ibadah sholat 5 waktu

Saat dikaji : pasien mengatakan menjalankan ibadah sholat dilakukan dengan berbaring di tempat tidur

y. Pola komunikasi

Sebelum sakit : pasien dapat berkomunikasi dengan lancar dan jelas

Saat dikaji : pasien dapat berkomunikasi dengan lancar dan jelas

z. Pola bekerja

Sebelum sakit : pasien mengatakan bekerja sebagai petani

Saat dikaji : pasien hanya berbaring di tempat tidur

aa. Pola bermain dan rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan kadang-kadang rekreasi dengan menonton tv

Saat dikaji : pasien hanya tiduran di tempat tidur

bb. Pola belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya

Saat dikaji : pasien tahu tentang penyakitnya dengan bertanya pada tim medis

B. DATA OBYEKTIF

5. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Cukup

Kesadaran : Compos Mentis (CM) GCS E4M6V5

Tekanan darah : 140/90 mmHg

Nadi : 79x/menit

Suhu : 36,2°C

Respirasi Rate : 20x/menit

6. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : mesocephal, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, ekspresi wajah menahan nyeri

b. Mata : simetris, konjungtiva anemis dex-sin, sklera anikterik dex-sin, tidak ada edema palpebra

c. Hidung : simetris, tidak ada polip, tidak ada pernafasan cuping hidung, fungsi penciuman baik

d. Telinga : bentuk simetris dex-sin, tidak ada penumpukan serumen, pendengaran berfungsi dengan baik

- e. Mulut : mukosa bibir kering, lidah tidak kotor
- f. Leher : tidak ada otot bantu pernafasan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis

g. Dada

1) Paru

- Inspeksi : tidak ada lesi, ekspansi dada simetris
- Palpasi : tidak ada retraksi, tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : sonor
- Auskultasi : vesikuler

2) Jantung

- Inspeksi : tidak terlihat pulsasi jantung
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan, teraba pulsasi di ICS 5
- Perkusi : pekak di seluruh area jantung
- Auskultasi : S1>S2, lub-dub, regular, tidak ada suara jantung tambahan

h. Abdomen

- Inspeksi : supel, tidak ada jejas, tidak ada lesi
- Auskultasi : bising usus (+) 30x/menit
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- Perkusi : thympani

i. Pemeriksaan sistem perkemihan

4) Ginjal

- Inspeksi : tidak tampak ada massa, simetris

- Auskultasi : tidak terdengar bruit aorta

- Palpasi : ginjal dextra et sinistra teraba, terdapat nyeri tekan pada ginjal dex-sin

- Perkusi : terdapat nyeri tekan pada ginjal dex-sin

5) Vesika Urinari : tidak ada distensi, terdapat nyeri tekan

6) Uretra : terpasang DC no 16 dengan produksi urin 100cc/2 jam, warna urin pekat seperti teh terdapat gumpalan darah

j. Kulit : turgor kulit kering, bersisik, CRT > 3 detik, akral dingin

k. Ekstremitas

3) Atas : terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri, tidak ada lesi

4) Bawah : tidak ada lesi, tidak ada pitting edema

Kekuatan otot :

Dex	Sin
5	5
5	5

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium tanggal 31 Januari 2016

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
1.	Hemoglobin	12	g/dl	11,2 – 17,3
2.	Hematokrit	47	%	40 – 52
3.	Leukosit	8.500	U/L	3.800 – 10.600
4.	Ureum	34,68	mg/dl	14,98 – 38,52
5.	Kreatinin	1,15	mg/dl	0,80 – 1,30
6.	GDS	87	mg/dl	≤ 200
7.	Natrium	138	mmol/L	136 – 145
8.	Kalium	4,9	mmol/L	3,5 – 5,1
9.	Clorida	106	mmol/L	98 – 107
10.	PT	40,4	Detik	

11. APTT

9,7

Detik

- b. Diagnostik
 - 4) Rontgen thorak : hasil (-)
 - 5) BNO : hasil (-)
 - 6) USG : terdapat batu di ureter dextra et sinistra
- 8. Terapi Obat
 - a. IVFD RL 20 tpm
 - b. Injeksi ceftriaxone 2 x 1 gram
 - c. Injeksi furosemid 2 x 20 mg
 - d. Tramadol 3 x 100 mg /drip

VIII. ANALISA DATA

Tgl	Data Fokus	Problem	Etiologi
2/2/'16 09.00	DS : pasien mengatakan nyeri P = nyeri di pinggang sebelah kanan dan kencing tidak tuntas Q = seperti di tusuk tusuk R = perut bagian bawah menjalar ke pinggang S = skala nyeri 5 T = nyeri hilang timbul DO : e. TTV ; TD: 130/90 mmHg; N: 79 x/menit; S: 36,5°C; RR: 20x/menit f. Ekspresi wajah menahan nyeri g. Wajah pucat	Nyeri akut	Agen cedera biologis

	DS: pasien mengatakan terpasang DC DO: e. Terpasang DC f. Terpasang infus Pemeriksaan laboratorium : Leukosit 8.500 U/L	Resiko infeksi	Prosedur invasive
	DS:pasien mengatakan mual dan muntah DO: - pasien terlihat pucat - Pasien terlihat mual dan muntah	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Faktor psikologis

IX. PRIORITAS DIAGNOSA

- A. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (batu ureter duplex)
- B. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive
- C. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor psikologis

X. RENCANA KEPERAWATAN

TGL	NO	DIAGNOSA	PERENCANAAN																
			TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (NOC)	RENCANA TINDAKAN (NIC)															
2/2/'16	I	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (batu ureter duplex)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan pasien akan mencapai : NOC : Pain Level <table><tr><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Nyeri berkurang</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>TTV dbn</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>Ekspresi wajah rileks</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Istirahat meningkat</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> Skala : 1 = ekstrem ; 2 = berat ; 3 = sedang ;	Indikator	Awal	Tujuan	Nyeri berkurang	3	4	TTV dbn	3	4	Ekspresi wajah rileks	2	3	Istirahat meningkat	3	4	NIC : Pain Management i. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif j. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan k. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri pasien l. Kurangi faktor presipitasi nyeri m. Ajarkan tentang teknik non farmakologi (nafas dalam) n. Motivasi pasien untuk istirahat o. Monitor tanda-tanda vital p. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri (Tramadol 3 x 100 mg /drip)
Indikator	Awal	Tujuan																	
Nyeri berkurang	3	4																	
TTV dbn	3	4																	
Ekspresi wajah rileks	2	3																	
Istirahat meningkat	3	4																	

			4 = ringan ; 5 = tidak ada keluhan TTV dalam rentang TD = sistol 90-140 mmHg diastol 60-95 mmHg N = 60-80x/menit RR = 16 – 24x/menit S = 36,5°C – 37,5°C	
--	--	--	---	--

	II	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 pasien akan mencapai : NOC : Infection Status <table><tr><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Tanda, gejala infeksi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Jumlah leukosit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Perilaku hidup sehat</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Skala : 1 = ekstrem ; 2 = berat ; 3 = sedang ; 4 = ringan ; 5 = tidak ada keluhan	Indikator	Awal	Tujuan	Tanda, gejala infeksi	3	5	Jumlah leukosit	3	5	Perilaku hidup sehat	3	5	NIC : Infection Control h. Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien i. Lakukan perawatan infus dan DC j. Bersihkan area sekitar invasif dengan cairan/ larutan antiseptik k. Motivasi pasien untuk istirahat l. Motivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi m. Ajarkan kepada keluarga pasien tentang cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien n. Kolaborasi pemberian antibiotik (Injeksi ceftriaxone 2 x 1 gram) ▪ Kaji adanya alergi makanan ▪ Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah
Indikator	Awal	Tujuan														
Tanda, gejala infeksi	3	5														
Jumlah leukosit	3	5														
Perilaku hidup sehat	3	5														

	III	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor psikologis	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 pasien akan mencapai - Mual muntah berkurang - Pasien terlihat fres tidak pucat - Nafsu makan bertambah	kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien ▪ Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi ▪ Monitor adanya penurunan BB ▪ Monitor mual dan muntah ▪ Monitor intake nutrisi ▪ Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi ▪ Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan ▪ Anjurkan banyak minum
--	-----	--	---	---

XI. IMPLEMENTASI

Tgl/Jam	No	Implementasi	Respon pasien	Ttd
---------	----	--------------	---------------	-----

	Diagnosa			
2 Feb'16 09.00	II	- Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien		
	I	- Melakukan pengkajian nyeri	- S : pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang, nyeri bertambah ketika bergerak dan ketika ingin berkemih, berkurang ketika diam, nyeri dirasakan seperti tertindih benda berat dengan skala 5, nyeri dirasakan hilang timbul	
	I	- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan	O : ekspresi wajah menahan nyeri, terdapat nyeri tekan pada ginjal dex-sin	
	I	- Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	- S : pasien bersedia O : pasien kooperatif	
	I	- Mengurangi faktor presipitasi nyeri	- S : pasien bersedia	
	I	- dengan memotivasi pasien untuk istirahat	O : pasien kooperatif	
09.30	I	- Memberikan terapi aroma lemon	- S : pasien bersedia	
		- Mengantarkan pasien untuk URS dextra	O : terapi aroma lemon	
		- Mengajarkan kepada keluarga pasien untuk cuci tangan		

10.00	II	- Memotivasi pasien untuk istirahat (bed rest s/d besok jam 12.40 wib) - Memberikan tramadol 100 mg/drip	- S : keluarga pasien bersedia - O : keluarga pasien mampu mendemonstrasikan	
13.00	I, II		- S : pasien bersedia - O : pasien bed rest (+)	
	I	- Melakukan relokasi infus dan perawatan infus	- S : pasien mengatakan masih nyeri - O : pasien tampak menahan nyeri, obat masuk drip (+)	
14.30	II	- Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	- S : pasien bersedia - O : infus terpasang di tangan kanan	
	I	- Memberikan terapi injeksi ceftriaxon 1 gram, furosemid 20 mg - Memberikan tramadol 100 mg/drip	- S : pasien bersedia - O : TD: 140/90 mmHg ; N: 82x/mnt ; RR: 19x/mnt ; S: 37,9°C	
16.00	II		- S : pasien bersedia - O : injeksi masuk via iv	
17.00	I		- S : - - O : pasien tidur - S:-	
19.00	I	- Monitor asupan makanan yang masuk - Monitor asupan makanan yang masuk	O:Pasien masih mual dan muntah	

20.00			S:- O:pasien makan 4 sendok teh	
24.00				
3 Feb'16				
07.30	II	- Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien		
	I	- Mengkaji keluhan pasien	- S : pasien mengatakan masih merasa nyeri, tetapi sudah berkurang, skala 3	
	I	- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan pasien	O : ekspresi wajah pasien tampak rileks	
	I	- Menganjurkan untuik nafas dalam		
08.00	II	dan memeberikan aromatherapi lemon	- S : pasien bersedia O : Injeksi masuk via IV, tramadol drip (+)	
	I	- Memberikan terapi injeksi ceftriaxone		
09.00	II	1 gram dan furosemid 20 mg	- S : pasien bersedia O : kateter bersih, infus bersih	
		- Memberikan tramadol 100 mg/drip		
10.00		- Melakukan perawatan kateter dan perawatan infus	- S : pasien bersedia O : pasien minum air putih (+)	
		- Menganjurkan kepada pasien untuk	- S : -	

13.00	I	minum air putih - Memonitor BAK pasien	O : warna urin merah, produksi 100 cc/ 2 jam - Pasien kooperatif - S : pasien bersedia	
16.00	I	- Menganjurkan kepada pasien untuk berlatih mika-miki - Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	- O : TD: 130/70mmHg ; N: 75x/mnt ; RR: 20x/mnt ; S: 38°C - S : -	
17.00	II	- Memberikan tramadol 100 mg/drip	O : tramadol drip (+) - S : pasien bersedia O : pasien makan habis 1 porsi, minum 2 liter 2 hari 2 malam	
19.00	I	- Memotivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi	- S : pasien bersedia O : TD: 140/90mmHg ; N: 84x/mnt ; RR: 18x/mnt ; S: 37,7°C	
	II	- Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	- S : pasien bersedia O : injeksi masuk via IV	
20.00	I		- S : - O : pasien tidur	

24.00		- Memberikan terapi injeksi ceftriaxone 1 gram dan furosemid 20 mg - Memberikan tramadol 100 mg/drip - Monitor mual dan muntah - Monitor asupan makanan yang masuk -	S:- O:mual dan muntah berkurang S:pasien mau makan O:pasien makan sedikit tapi sering	
4 Feb'16 07.30	II	- Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien		
	I	- Mengkaji keluhan pasien	- S: pasien mengatakan sudah tidak nyeri	
	I	- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan pasien	- O : pasien tampak tenang	
08.00	II	- Memberikan terapi injeksi ceftriaxone 1 gram dan furosemid 20 mg	- S : pasien bersedia	
	I	- Memberikan tramadol 100 mg/drip	- O : injeksi masuk via IV, tramadol drip (+)	
		- Memonitor BAK pasien	- S : -	
		- Menganjurkan pada pasien untuk minum	O : warna urin kuning, masih terdapat darah, produksi urin 50 cc/jam	

10.00	II	air putih, meningkatkan intake nutrisi, memperbanyak istirahat	- S : pasien bersedia O : pasien kooperatif	
11.25		- Monitor mual dan muntah - Monitor asupan makanan yang masuk	S:- O:pasien sudah tidak mual dan muntah S:pasien makan O:pasien makan dengan lahap	

XII.EVALUASI

Tgl/jam	Diagnosa	Evaluasi	Ttd
2 Feb'16 24.00	Nyeri akut b/d agen cidera biologis	S : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut bawah skala 5 O : Ekspresi wajah menahan nyeri, TD 130/90 mmHg, N 82x/menit, RR 19x/menit, S 37,9°C, terapi injeksi masuk, post URS dextra A : Nyeri akut b/d agen cidera biologis belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital, aromatherapi lemon, kelola pemberian tramadol 100 mg/drip	
	Resiko infeksi b/d prosedur invasive	S : Pasien mengatakan terpasang infus, DC O : Perawatan DC (+), relokasi dan perawatan infus (+), motivasi istirahat (+) bed rest s/d besok jam 12.40 wib, terapi injeksi (+) A : Resiko infeksi b/d prosedur invasif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien, motivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi, kelola pemberian injeksi ceftriaxone 1 gram/IV	
	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor psikologis	S:pasien mengatakan mual dan muntah O:pasien terlihat mual dan muntah,wajah pucat A:nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh bd faktor psikologis belum teratasi P:lanjutkan intervensi - Anjurkan makan sedikit tapi sering - Kolaborasi pemberian obat anti mual	

3 Feb'16 24.00	Nyeri akut b/d agen cedera biologis	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang skala 3 - O : Pasien tampak tenang, TD: 130/70mmHg ; N: 75x/mnt ; RR: 20x/mnt ; S: 38°C terapi injeksi (+), motivasi istirahat (+), latihan mika- miki (+) A : Nyeri akut b/d agen cedera biologis teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital, aromatherapi lemon, kelola pemberian tramadol 100 mg/drip	

	Resiko infeksi b/d prosedur invasive Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor psikologis	S : - O : Perawatan DC (+), perawatan infus (+), motivasi istirahat (+), terapi injeksi (+) A : Resiko infeksi b/d prosedur invasif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien, motivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi, kelola pemberian injeksi ceftriaxone 1 gram/IV S:pasien mengatakan mual dan muntah O:pasien terlihat mual dan muntah,wajah pucat A:nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh bd faktor psikologis belum teratasi P:lanjutkan intervensi - Anjurkan makan sedikit tapi sering - Kolaborasi pemberian obat anti mual	
4 Feb'16 11.00	Nyeri akut b/d agen cedera biologis	S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri O : Pasien tampak tenang, terapi injeksi (+), motivasi istirahat (+), hari ini boleh pulang, motivasi minum air putih (+) A : Nyeri akut b/d agen cedera biologis teratasi P : Discharge planning - Motivasi minum air putih, motivasi istirahat, kontrol ke poli urologi - Therapi aroma lemon	

Resiko infeksi b/d prosedur invasif	S : - O : Motivasi istirahat (+), terapi injeksi (+), aff infus (+), aff DC (+) A : Resiko infeksi b/d prosedur invasif teratasi P : Discharge planning - Motivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi, motivasi minum obat
Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor psikologis	S:pasien mengatakan mual dan muntah O:pasien terlihat mual dan muntah,wajah pucat A:nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh bd faktor psikologis belum teratasi P:lanjutkan intervensi - Anjurkan makan sedikit tapi sering - Kolaborasi pemberian obat anti mual

ASUHAN KEPERAWATAN

XIII. PENGKAJIAN

A. DATA SUBYEKTIF

8. Identitas Pasien

Nama : Tn. I

Umur : 42 tahun
Alamat : banyumas
Agama : Islam
Pekerjaan : buruh
Diagnosa medis : Batu ureter
No. RM : 979251

9. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. D
Alamat : Banyumaas
Hub.dg pasien : Anak kandung

Keluhan Utama : Klien mengatakan sering merasakan nyeri di pinggang sebelah kanan

3. Riwayat Kesehatan

Klien mengatakan sering merasakan nyeri di perut sebelah kanan dan mejalar ke pinggang sebelah kanan sejak akhir tahun 2016. Saat BAK sering terasa nyeri dan BAK tidak tuntas. Ada keluhan BAK menetes di akhir. Tahun 2016 klien memiliki riwayat BAK berdarah, terasa nyeri skala 5. BAK berdarah hanya terjadi sekali itu saja. Skala nyeri saat pengkajian 4-5

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien pernah dirawat karena malaria pada tahun 2006. Klien mengatakan sebelumnya tidak memiliki riwayat sakit ginjal atau infeksi saluran kemih. Tahun 2017 kemih berdarah sakala nyeri 5.
Keluarga juga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit ginjal atau batu saluran kemih.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan seperti DM dan HT, dan tidak ada yang memiliki penyakit menular.

Pola Pengkajian Kebutuhan Dasar Menurut Virginia Handerson

cc. Pola oksigenasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pernafasan

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pernafasan. RR: 20x/menit. Tidak terpasang oksigen

dd. Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada gangguan makan, tidak alergi terhadap makanan tertentu, pasien mengatakan jarang minum air putih

Saat dikaji : pasien mengatakan mual, tidak nafsu makan, , pasien minum air putih 1 liter dalam 2 hari

ee. Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAK dan BAB lancar, BAB 1x/hari, BAK 6-7x/hari, tidak ada gangguan

Saat dikaji : pasien terpasang DC no 16 dengan produksi urin 100cc/2 jam, warna urin pekat seperti teh,ada sedikit darah

ff. Pola aktifitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat beraktivitas secara mandiri

Saat dikaji : pasien mengatakan lemes, aktivitas dibantu oleh keluarga

gg. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan biasa tidur 6 jam/hari, tidur siang $\pm$ 1 jam

Saat dikaji : pasien mengatakan saat malam hari kurang nyenyak karena nyeri pinggang

hh. Pola mempertahankan suhu tubuh

Sebelum sakit : pasien mengatakan saat panas menggunakan pakaian tipis dan tebal saat dingin

Saat dikaji : pasien menggunakan selimut untuk menutupi tubuhnya jika merasa dingin, menggunakan pakaian tipis jika merasa panas, S : 36,5°C

ii. Pola berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berpakaian secara mandiri

Saat dikaji : pasien mengatakan berpakaian dengan bantuan keluarganya

jj. Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi 2 x/hari dan sikat gigi 2 x/hari secara mandiri

Saat dikaji : pasien mengatakan mandi 2x sehari dengan diseka, sikat gigi 2x sehari secara mandiri

kk. Pola rasa aman dan nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan nyaman dengan kondisinya

Saat dikaji : pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang

ll. Pola spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan menjalankan ibadah sholat 5 waktu

Saat dikaji : pasien mengatakan menjalankan ibadah sholat dilakukan dengan berbaring di tempat tidur

mm. Pola komunikasi

Sebelum sakit : pasien dapat berkomunikasi dengan lancar dan jelas

Saat dikaji : pasien dapat berkomunikasi dengan lancar dan jelas

nn. Pola bekerja

Sebelum sakit : pasien mengatakan bekerja sebagai petani

Saat dikaji : pasien hanya berbaring di tempat tidur

oo. Pola bermain dan rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan kadang-kadang rekreasi dengan menonton tv

Saat dikaji : pasien hanya tiduran di tempat tidur

pp. Pola belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan belum mengetahui tentang penyakitnya

Saat dikaji : pasien tahu tentang penyakitnya dengan bertanya pada tim medis

B. DATA OBYEKTIF

9. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum : Cukup

Kesadaran : Compos Mentis (CM) GCS E4M6V5

Tekanan darah : 110/70 mmHg

Nadi : 86x/menit

Suhu : 36,5°C

Respirasi Rate : 20x/menit

10. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : mesocephal, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, ekspresi wajah menahan nyeri

b. Mata : simetris, konjungtiva anemis dex-sin, sklera anikterik dex-sin, tidak ada edema palpebra

c. Hidung : simetris, tidak ada polip, tidak ada pernafasan cuping hidung, fungsi penciuman baik

d. Telinga : bentuk simetris dex-sin, tidak ada penumpukan serumen, pendengaran berfungsi dengan baik

- e. Mulut : mukosa bibir kering, lidah tidak kotor
- f. Leher : tidak ada otot bantu pernafasan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
- g. Dada
- 1) Paru
 - Inspeksi : tidak ada lesi, ekspansi dada simetris
 - Palpasi : tidak ada retraksi, tidak ada nyeri tekan
 - Perkusi : sonor
 - Auskultasi : vesikuler
 - 2) Jantung
 - Inspeksi : tidak terlihat pulsasi jantung
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan, teraba pulsasi di ICS 5
 - Perkusi : pekak di seluruh area jantung
 - Auskultasi : S1>S2, lub-dub, regular, tidak ada suara jantung tambahan
- h. Abdomen
- Inspeksi : supel, tidak ada jejas, tidak ada lesi
 - Auskultasi : bising usus (+) 30x/menit
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
 - Perkusi : thympani
- i. Pemeriksaan sistem perkemihan
- 7) Ginjal
 - Inspeksi : tidak tampak ada massa, simetris
 - Auskultasi : tidak terdengar bruit aorta
 - Palpasi : ginjal dextra et sinistra teraba, terdapat nyeri tekan pada ginjal dex-sin
 - Perkusi : terdapat nyeri tekan pada ginjal dex-sin
 - 8) Vesika Urinari : tidak ada distensi, terdapat nyeri tekan
 - 9) Uretra : terpasang DC no 16 dengan produksi urin 100cc/2 jam, warna urin pekat seperti teh

j. Kulit : turgor kulit kering, bersisik, CRT > 3 detik, akral dingin

k. Ekstremitas

5) Atas : terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri, tidak ada lesi

6) Bawah : tidak ada lesi, tidak ada pitting edema

Kekuatan otot :

Dex	Sin
5	5
5	5

11. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium tanggal 31 Januari 2016

No	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
1.	Hemoglobin	11,1	g/dl	11,2 – 17,3
2.	Hematokrit	44	%	40 – 52
3.	Leukosit	10.800	U/L	3.800 – 10.600
4.	Ureum	253,2	mg/dl	14,98 – 38,52
5.	Kreatinin	17,04	mg/dl	0,80 – 1,30
6.	GDS	82	mg/dl	≤ 200
7.	Natrium	133	mmol/L	136 – 145
8.	Kalium	4,7	mmol/L	3,5 – 5,1
9.	Clorida	105	mmol/L	98 – 107
10.	PT	40,5	Detik	
11.	APTT	9,8	Detik	

b. Diagnostik

7) Rontgen thorak : hasil (-)

8) BNO : hasil (-)

9) USG : terdapat batu di ureter dextra et sinistra

12. Terapi Obat

- a. IVFD RL 20 tpm
- b. Injeksi ceftriaxone 2 x 1 gram
- c. Injeksi furosemid 2 x 20 mg
- d. Tramadol 3 x 100 mg /drip

XIV. ANALISA DATA

Tgl	Data Fokus	Problem	Etiologi
2/2/'16 09.00	DS : pasien mengatakan nyeri P = nyeri di pinggang sebelah kanan dan kencing tidak tuntas Q = seperti di tusuk tusuk R = perut bagian bawah menjalar ke pinggang S = skala nyeri 5 T = nyeri hilang timbul DO : h. TTV ; TD: 110/70 mmHg; N: 86 x/menit; S: 36,5°C; RR: 20x/menit i. Ekspresi wajah menahan nyeri	Nyeri akut	Agen cedera biologis
	DS : pasien mengatakan terpasang DC DO : g. Terpasang DC h. Terpasang infus dari tanggal Pemeriksaan laboratorium : Leukosit 10.800 U/L	Resiko infeksi	Prosedur invasif

XV. PRIORITAS DIAGNOSA

- A. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (batu ureter duplex)
- B. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif



XVI. RENCANA KEPERAWATAN

TGL	NO	DIAGNOSA	PERENCANAAN																
			TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (NOC)	RENCANA TINDAKAN (NIC)															
2/2/'16	I	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (batu ureter duplex)	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan pasien akan mencapai : NOC : Pain Level <table><tr><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Nyeri berkurang</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>TTV dbn</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>Ekspresi wajah rileks</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Istirahat meningkat</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> Skala : 1 = ekstrem ; 2 = berat ; 3 = sedang ;	Indikator	Awal	Tujuan	Nyeri berkurang	3	4	TTV dbn	3	4	Ekspresi wajah rileks	2	3	Istirahat meningkat	3	4	NIC : Pain Management q. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif r. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan s. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri pasien t. Kurangi faktor presipitasi nyeri u. Ajarkan tentang teknik non farmakologi (nafas dalam) v. Motivasi pasien untuk istirahat w. Monitor tanda-tanda vital x. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri (Tramadol 3 x 100 mg /drip)
Indikator	Awal	Tujuan																	
Nyeri berkurang	3	4																	
TTV dbn	3	4																	
Ekspresi wajah rileks	2	3																	
Istirahat meningkat	3	4																	

		4 = ringan ; 5 = tidak ada keluhan TTV dalam rentang TD = sistol 90-140 mmHg diastol 60-95 mmHg N = 60-80x/menit RR = 16 – 24x/menit S = 36,5°C – 37,5°C							
II	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 pasien akan mencapai : NOC : Infection Status <table><tr><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Indikator	Awal	Tujuan				NIC : Infection Control o. Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien p. Lakukan perawatan infus dan DC q. Bersihkan area sekitar invasif dengan cairan/ larutan
Indikator	Awal	Tujuan							

			<table><tr><td>Tanda, gejala infeksi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Jumlah leukosit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Perilaku hidup sehat</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Skala : 1 = ekstrem ; 2 = berat ; 3 = sedang ; 4 = ringan ; 5 = tidak ada keluhan	Tanda, gejala infeksi	3	5	Jumlah leukosit	3	5	Perilaku hidup sehat	3	5	antiseptik r. Motivasi pasien untuk istirahat s. Motivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi t. Ajarkan kepada keluarga pasien tentang cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien u. Kolaborasi pemberian antibiotik (Injeksi ceftriaxone 2 x 1 gram)
Tanda, gejala infeksi	3	5											
Jumlah leukosit	3	5											
Perilaku hidup sehat	3	5											

XVII. IMPLEMENTASI

Tgl/Jam	No Diagnosa	Implementasi	Respon pasien	Ttd
2 Feb'16	II	- Cuci tangan sebelum dan sesudah		

09.00		aktivitas perawatan pasien		
	I	- Melakukan pengkajian nyeri	- S : pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah menjalar ke pinggang, nyeri bertambah ketika bergerak dan ketika ingin berkemih, berkurang ketika diam, nyeri dirasakan seperti tertindih benda berat dengan skala 5, nyeri dirasakan hilang timbul	
	I	- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan	O : ekspresi wajah menahan nyeri, terdapat nyeri tekan pada ginjal dex-sin	
	I	- Mengkaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	- S : pasien bersedia O : pasien kooperatif	
	I	- Mengurangi faktor presipitasi nyeri	- S : pasien bersedia	
	I	dengan memotivasi pasien untuk istirahat	O : pasien kooperatif	
09.30	I	- Memberikan terapi aroma lemon	- S : pasien bersedia	
		- Mengantarkan pasien untuk URS dextra	O : terapi aroma lemon	
		- Mengajarkan kepada keluarga pasien untuk cuci tangan		
10.00		- Memotivasi pasien untuk istirahat (bed rest s/d besok jam 12.40 wib)		
13.00	II		- S : keluarga pasien bersedia	

14.30	I, II	- Memberikan tramadol 100 mg/drip	O : keluarga pasien mampu mendemonstrasikan - S : pasien bersedia O : pasien bed rest (+)	
16.00	I	- Melakukan relokasi infus dan perawatan infus - Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	- S : pasien mengatakan masih nyeri O : pasien tampak menahan nyeri, obat masuk drip (+)	
17.00	II		- S : pasien bersedia O : infus terpasang di tangan kanan	
19.00	I	- Memberikan terapi injeksi ceftriaxon 1 gram, furosemid 20 mg - Memberikan tramadol 100 mg/drip	- S : pasien bersedia O : TD: 120/90 mmHg ; N: 80x/mnt ; RR: 16x/mnt ; S: 37,9°C	
20.00	II		- S : pasien bersedia O : injeksi masuk via iv	
24.00	I		- S : - O : pasien tidur	
3 Feb'16 07.30	II I	- Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien - Mengkaji keluhan pasien	- S : pasien mengatakan masih merasa nyeri, tetapi	

08.00	I	- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan pasien	sudah berkurang, skala 3 O : ekspresi wajah pasien tampak rileks	
	I II	- Menganjurkan untuk nafas dalam dan memberikan aromatherapi lemon - Memberikan terapi injeksi ceftriaxone 1 gram dan furosemid 20 mg	- S : pasien bersedia O : Injeksi masuk via IV, tramadol drip (+)	
09.00	I II	- Memberikan tramadol 100 mg/drip - Melakukan perawatan kateter dan perawatan infus	- S : pasien bersedia O : kateter bersih, infus bersih	
10.00		- Menganjurkan kepada pasien untuk minum air putih - Memonitor BAK pasien	- S : pasien bersedia O : pasien minum air putih (+) - S : - O : warna urin merah, produksi 100 cc/ 2 jam	
13.00		- Menganjurkan kepada pasien untuk berlatih mika-miki - Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	- Pasien kooperatif - S : pasien bersedia - O : TD: 120/90mmHg ; N: 75x/mnt ; RR: 20x/mnt ; S: 38°C - S : -	
16.00	I		O : tramadol drip (+)	

17.00	II	- Memberikan tramadol 100 mg/drip	- S : pasien bersedia	
19.00	I	- Memotivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi	O : pasien makan habis 1 porsi, minum 2 liter 2 hari 2 malam	
20.00	II	- Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	- S : pasien bersedia	
24.00	I	- Memberikan terapi injeksi ceftriaxone 1 gram dan furosemid 20 mg	O : TD: 170/120mmHg ; N: 84x/mnt ; RR: 18x/mnt ; S: 37,7°C	
		- Memberikan tramadol 100 mg/drip	- S : pasien bersedia	
			O : injeksi masuk via IV	
			- S : -	
			O : pasien tidur	
4 Feb'16 07.30	II	- Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien		
	I	- Mengkaji keluhan pasien	- S: pasien mengatakan sudah tidak nyeri	
	I	- Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan pasien	- O : pasien tampak tenang	

08.00	II	- Memberikan terapi injeksi ceftriaxone 1 gram dan furosemid 20 mg	- S : pasien bersedia	
	I	- Memberikan tramadol 100 mg/drip	- O : injeksi masuk via IV, tramadol drip (+)	
		- Memonitor BAK pasien	- S : -	
			O : warna urin kuning, masih terdapat darah, produksi urin 50 cc/jam	
10.00	II	- Menganjurkan pada pasien untuk minum air putih, meningkatkan intake nutrisi, memperbanyak istirahat	- S : pasien bersedia	
			O : pasien kooperatif	
11.25				

XVIII. EVALUASI

Tgl/jam	Diagnosa	Evaluasi	Ttd
2 Feb'16 24.00	Nyeri akut b/d agen cedera biologis	S : Pasien mengatakan nyeri di bagian perut bawah skala 5 O : Ekspresi wajah menahan nyeri, TD 120/90 mmHg, N 80x/menit, RR 16x/menit, S 37,9°C, terapi injeksi masuk, post URS dextra A : Nyeri akut b/d agen cedera biologis belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital, aromatherapi lemon, kelola pemberian tramadol 100 mg/drip	
	Resiko infeksi b/d prosedur invasif	S : Pasien mengatakan terpasang infus, DC O : Perawatan DC (+), relokasi dan perawatan infus (+), motivasi istirahat (+) bed rest s/d besok jam 12.40 wib, terapi injeksi (+) A : Resiko infeksi b/d prosedur invasif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien, motivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi, kelola pemberian injeksi ceftriaxone 1 gram/IV	
3 Feb'16 24.00	Nyeri akut b/d agen cedera biologis	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang skala 3 O : Pasien tampak tenang, TD 110/80 mmHg, N 84x/menit, RR 18x/menit, S 37,7°C, terapi injeksi (+), motivasi istirahat (+), latihan mika-miki (+) A : Nyeri akut b/d agen cedera biologis teratasi sebagian	

		P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda-tanda vital, aromatherapi lemon, kelola pemberian tramadol 100 mg/drip	
	Resiko infeksi b/d prosedur invasif	S : - O : Perawatan DC (+), perawatan infus (+), motivasi istirahat (+), terapi injeksi (+) A : Resiko infeksi b/d prosedur invasif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Cuci tangan sebelum dan sesudah aktivitas perawatan pasien, motivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi, kelola pemberian injeksi ceftriaxone 1 gram/IV	
4 Feb'16 11.00	Nyeri akut b/d agen cedera biologis	S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri O : Pasien tampak tenang, terapi injeksi (+), motivasi istirahat (+), hari ini boleh pulang, motivasi minum air putih (+) A : Nyeri akut b/d agen cedera biologis teratasi P : Discharge planning - Motivasi minum air putih, motivasi istirahat, kontrol ke poli urologi - Therapi aroma lemon	
	Resiko infeksi b/d prosedur invasif	S : - O : Motivasi istirahat (+), terapi injeksi (+), aff infus (+), aff DC (+) A : Resiko infeksi b/d prosedur invasif teratasi P : Discharge planning - Motivasi pasien untuk meningkatkan intake	

		nutrisi, motivasi minum obat	
--	--	------------------------------	--



KEGIATAN PEMBIMBING

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
12/0/18	Revisi BAB 2.9	
13/0/18	Revisi BAB 2.9	
14/0/18	Itcc sidang	

KEGIATAN PEMBIMBING

Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing
10/01/12	BAB I BAB 2 menambahkan tentang nyeri	
12/01/12	BAB 2: Pengembangan intervensi BAB 3: nutrisi	
14/01/12	RCC sidang	

