

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Proses pengumpulan data klinis dan evaluasi komprehensif pada kasus ini dilaksanakan pada hari Selasa, 7 April 2026, tepat pukul 16.00 WIB. Tahapan observasi beserta rekam medis ini mengambil lokasi di Ruang Perawatan Puntadewa, Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi. Ekstraksi informasi dikumpulkan melalui pendekatan wawancara langsung terhadap subjek pasien (*autoanamnesis*) maupun penggalian riwayat kesehatan melalui pihak keluarga (*alloanamnesis*), dengan rincian sebagai berikut:

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. N
Umur	: 37 tahun
Alamat	: Todanan
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Wiraswasta
Tanggal Masuk	: 7 April 2026
No. Register	: 10012xxxx
DX. Masuk	: Nefrolitiasis H-1

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. J
Umur	: 43 tahun

Alamat : Todanan
 Pekerjaan : Wiraswasta
 Agama : Islam
 Hub.Dgn Pasien : Suami

2. Keluhan Utama

Manifestasi subjektif dominan yang diutarakan oleh pasien saat pengkajian adalah munculnya sensasi nyeri akut pada regio abdomen, spesifiknya terpusat di area luka insisi pasca-tindakan pembedahan (*post-operatif*). Pasien turut mendeskripsikan bahwa stimulasi berupa pergerakan fisik akan secara langsung memicu eksaserbasi (peningkatan intensitas) dari nyeri tersebut. Sementara itu, berdasarkan inspeksi visual secara objektif, pasien saat ini tengah dalam kondisi mendapatkan dukungan terapi cairan melalui akses jalur intravena (infus) serta terpasang alat bantu pengosongan kandung kemih (kateterisasi urine).

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Berdasarkan penelusuran riwayat perjalanan penyakit, pasien melaporkan kemunculan sensasi nyeri yang bersifat episodik atau hilang timbul (*intermiten*) pada regio abdomen kuadran kanan bawah. Manifestasi klinis tersebut diakui telah bermanifestasi dan dirasakan oleh pasien semenjak bulan Maret 2026. Akibat intensitas nyeri yang bertambah berat, keluarga sempat membawa pasien ke

RS Ki Ageng Selo sebelum akhirnya dirujuk ke RS Permata Bunda Purwodadi. Pemeriksaan MSCT urologi tanpa kontras mengonfirmasi adanya batu pelvis renalis berukuran $1,4 \times 2,2 \times 1,2$ cm. Pada 7 April 2026, pasien menjalani tindakan pembedahan nefrolitiasis. Pemantauan pascaoperasi menunjukkan kondisi hemodinamik yang belum stabil, di mana pasien mengeluhkan nyeri tekan dan sensasi seperti tertusuk serta nyut-nyutan disertai gatal pada area bekas insisi. Pada pemeriksaan fisik, area operasi tampak tertutup balutan dan terpasang *drain* dengan drainase cairan serosanguineus/sanguineus sebanyak 200 cc. Evaluasi terhadap parameter hemodinamik dasar dan tanda-tanda vital mengindikasikan status klinis pasien dengan rincian sebagai berikut: tekanan darah terukur pada kisaran 155/88 mmHg, frekuensi nadi 89 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, serta temperatur (suhu) tubuh tercatat pada $37,4^{\circ}\text{C}$.

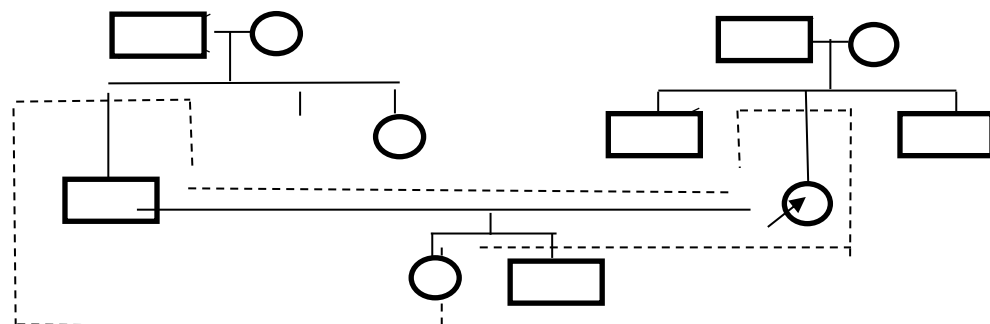
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Berdasarkan eksplorasi terhadap rekam jejak medis di masa lalu, pasien mengonfirmasi bahwa dirinya belum pernah memiliki indikasi klinis yang mengharuskan tindakan rawat inap di fasilitas layanan kesehatan sebelum kasus ini terjadi. Pasien juga secara meyakinkan menyangkal adanya riwayat paparan penyakit infeksius yang bersifat menular.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

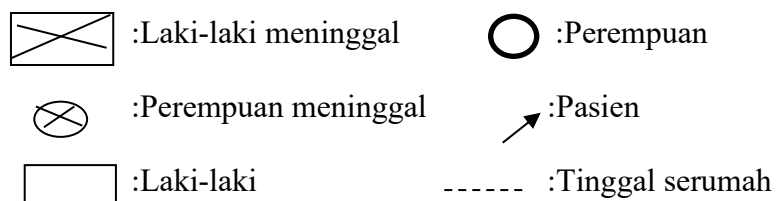
Melalui validasi data anamnesis bersama pihak keluarga, dikonfirmasi bahwa tidak terdapat anggota dalam garis silsilah keluarga yang mewarisi patologi serupa dengan kondisi aktual pasien. Pihak pendamping juga menampik adanya riwayat penyakit infeksi menular kronis di lingkungan keluarga, seperti Tuberkulosis (TBC) maupun *Human Immunodeficiency Virus* (HIV/AIDS). Lebih jauh lagi, tidak teridentifikasi adanya jejak penyakit penyerta yang bersifat bawaan atau hereditas (keturunan), baik berupa gangguan kardiovaskular semisal Hipertensi, maupun kelainan metabolik seperti Diabetes Mellitus (DM).

d. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan:



Penjelasan Genogram :

Pasien berstatus sebagai anak kedua dari total tiga bersaudara. Dalam struktur keluarga intinya, pasien memiliki dua orang buah hati, di mana saat ini pasien berdomisili satu atap bersama sang istri beserta anak sulungnya. Dinamika interaksi, komunikasi, maupun ikatan emosional antaranggota keluarga terkonfirmasi berjalan sangat suportif dan harmonis.

4. Pengkajian Pola Fungsional

Pengkajian holistik berdasarkan pola fungsional Gordon mendemonstrasikan hasil sebagai berikut:

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Sebelum sakit : Secara kognitif, pasien memiliki literasi serta tingkat kesadaran yang sangat memadai terkait urgensi pemeliharaan kesehatan. Hal ini terbukti dari sikap proaktif pasien yang tidak pernah menunda untuk mengakses fasilitas layanan kesehatan (faskes) terdekat setiap kali dirinya atau anggota keluarganya menunjukkan indikasi penurunan kondisi fisik.

Selama sakit : Pasien memanifestasikan motivasi yang tinggi untuk segera mencapai pemulihan. Dedikasi ini ditunjukkan melalui tingkat kepatuhan (*compliance*) yang maksimal, di mana pasien bersikap kooperatif terhadap seluruh instruksi medis maupun regimen asuhan yang dirancang oleh kolaborasi tim dokter dan perawat.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Sebelum sakit: Sebelum onset penyakit bermanifestasi, profil asupan gizi pasien tergolong adekuat dan optimal, dengan ritme makan berkisar dua hingga tiga kali dalam kurun waktu 24 jam. Komposisi diet hariannya mencerminkan proporsi makronutrien dan mikronutrien yang seimbang; mencakup asupan karbohidrat kompleks (nasi), sumber protein (lauk-pauk), aneka sayur-sayuran, yang senantiasa disempurnakan dengan asupan serat dari buah-buahan (dengan preferensi dominan pada konsumsi pisang dan pepaya). Pasien menghindari konsumsi makanan berminyak untuk mencegah batuk pada malam hari, membatasi asupan susu, dan memiliki kebiasaan mengonsumsi teh hangat di pagi hari sebelum beraktivitas. Untuk memenuhi kebutuhan cairan harian saat bekerja di kebun, pasien rutin meminum air matang sebanyak ± 8 gelas per hari.

Selama sakit : Pasien mengatakan selama menjalani perawatan, terjadi penurunan asupan nutrisi dan cairan pasien secara signifikan. Pasien mengeluhkan penurunan nafsu makan dan hanya mampu menghabiskan sekitar 6 sendok makan bubur dari porsi yang disediakan, serta tidak mengonsumsi suplemen penambah nafsu makan. Selain itu, tingkat konsumsi cairan oral pasien menurun drastis menjadi hanya sekitar 100 ml. Berdasarkan hasil

observasi, pasien tampak tidak mampu menghabiskan porsi makanan yang disajikan.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit : Sebelum mengalami sakit, pasien melaporkan pola defekasi (BAB) yang teratur dengan frekuensi 1 kali sehari, konsistensi feses cenderung keras, dan berwarna kecokelatan. Guna mengatasi masalah konstipasi tersebut, pasien rutin mengonsumsi buah dan sayuran berkeadaan tinggi serat, serta tidak pernah memakai obat pencahar (laksatif). Untuk pola berkemih (BAK), pasien biasa BAK sebanyak 4–6 kali per hari dengan warna urin jernih hingga kekuningan tanpa keluhan *dribbling* (BAK tuntas).

Selama sakit : Terkait dengan pola pengeluaran zat sisa metabolisme selama masa perawatan, fungsi eliminasi alvi (buang air besar) pasien terkonfirmasi tetap terpelihara secara reguler dengan frekuensi satu kali dalam kurun waktu 24 jam. Karakteristik makroskopis feses mendemonstrasikan konsistensi lunak, pigmentasi kekuningan yang normal, beraroma spesifik, dan proses defekasi berlangsung lancar tanpa disertai keluhan penyulit maupun indikasi nyeri mengejan. Di sisi lain, pada fungsi eliminasi urine (miksi), pasien sempat melaporkan frekuensi berkemih harian berkisar tiga hingga empat kali dengan visualisasi cairan kuning jernih, berbau khas amonia, serta tidak bermanifestasi adanya keluhan disuria (nyeri saat kencing). Meskipun riwayat miksi

tergolong normal, merujuk pada hasil inspeksi klinis objektif saat pengkajian berlangsung, manajemen eliminasi pasien saat ini tengah dibantu sepenuhnya melalui intervensi pemasangan kateterisasi uretra. Pemantauan terhadap kantong penampung (*urine bag*) menunjukkan adanya haluaran (*output*) cairan mencapai volume 400 cc yang secara visual memancarkan warna kekuningan.

d. Pola Latihan dan Aktivitas

Meninjau profil aktivitas harian dan latihan fisik, khususnya yang berkaitan dengan pemenuhan *Activities of Daily Living* (ADL) pada fase sebelum sakit, pasien mendemonstrasikan tingkat kemandirian fungsional yang sangat utuh. Dalam spesifikasi perawatan kebersihan diri (*personal hygiene*), pasien terkonfirmasi mampu memfasilitasi seluruh kebutuhannya secara mandiri absolut, tanpa membutuhkan intervensi maupun bantuan dari orang lain. Integritas kebersihan personal ini senantiasa dipertahankan pasien dalam kondisi prima, yang secara nyata direpresentasikan melalui kedisiplinan membersihkan permukaan tubuh (mandi) sebanyak dua kali dalam siklus 24 jam, serta rutinitas merawat kebersihan area kepala (keramas) dengan frekuensi teratur yakni tiga kali dalam satu sepekan.

Tabel 3.1 Pengkajian ADL Sebelum Sakit

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan	√				
Minum	√				
Mandi	√				
Berpakaian	√				
Berpindah	√				
Eliminasi	√				
Mobilisasi	√				

Keterangan:

0=Mandiri

1=Dibantu sebagian

2=Dibantu orang lain/keluarga

3=Dibantu orang dan peralatan

4=Ketergantungan/tidakmampu

Kontras dengan kemandirian sebelumnya, selama menjalani masa perawatan akut ini, kapasitas fungsional klien teridentifikasi mengalami penurunan yang sangat drastis akibat kelemahan fisik secara umum (*fatigue*). Menurunnya toleransi aktivitas ini memaksa klien untuk menanggalkan rutinitas pekerjaannya untuk sementara waktu. Ruang gerak dan mobilitas fisik klien kini sangat terbatas, hanya terpaku pada posisi tirah baring (*bed rest*) maupun sekadar duduk bersandar di atas ranjang perawatan. Sebagai implikasi langsung dari kondisi kelemahan tersebut, pemenuhan seluruh komponen pemenuhan kebutuhan dasar atau *Activities of Daily Living* (ADL) yang mencakup rutinitas asupan nutrisi (makan dan minum), kemandirian berpakaian (*dressing*), kelancaran proses eliminasi,

hingga manajemen *personal hygiene* (di mana proses mandi kini dialihkan sepenuhnya melalui metode seka permukaan tubuh) berada pada tingkat ketergantungan (dependensi) yang tinggi. Seluruh rangkaian aktivitas pemenuhan kebutuhan tersebut saat ini diakomodasi dan difasilitasi secara total oleh dukungan pihak keluarga selaku pendamping utama.

Tabel 3.2 Pengkajian ADL Selama Sakit

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan			√		
Minum			√		
Mandi			√		
Berpakaian			√		
Berpindah			√		
Eliminasi			√		
Mobilisasi			√		

Keterangan:

0= mandiri

1=dibantu Sebagian

2=dibantu orang lain/keluarga

3=dibantu orang dan peralatan

4=ketergantungan/tidak mampu

e. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : Sebelum mengalami sakit, pasien memiliki kebiasaan tidur malam mulai pukul 21.00 dan bangun pada pukul 05.00 Subuh, diselingi tidur siang selama ± 1 jam. Rutinitas pagi hari diawali dengan aktivitas mandiri seperti memasak air,

sarapan, serta membasuh muka, sebelum berangkat bekerja di kebun sekitar pukul 10.00. Pasien terbiasa tidur dalam kondisi pencahayaan terang, menonton televisi terlebih dahulu sebelum lelap, serta tidak pernah mengonsumsi obat tidur.

Selama sakit : Selama menjalani perawatan, pasien mengeluhkan gangguan pola tidur akibat kesulitan beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit yang berbeda dari kebiasaan di rumah. Kuantitas tidur malam berkurang menjadi hanya ± 2 jam dengan kualitas tidur yang buruk, ditandai dengan sering terbangun akibat rasa gelisah dan merasa kurang segar saat bangun. Meskipun pasien tetap tidur dalam kondisi pencahayaan terang, kepuasan tidurnya tidak terpenuhi.

f. Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Berdasarkan eksplorasi anamnesis terkait kapasitas kognitif dan perseptual pada fase sebelum sakit, terkonfirmasi bahwa integritas sistem sensori klien yang mencakup fungsi auditori (pendengaran), olfaktori (penciuman), gustatori (pengecapan), serta taktil (perabaan) berada dalam batas fisiologis normal tanpa bermanifestasi adanya defisit fungsional. Kendati demikian, pada aspek fungsi visual (penglihatan), klien memerlukan dukungan intervensi berupa penggunaan lensa kacamata korektif yang diaplikasikan secara spesifik ketika mengeksekusi aktivitas dengan tuntutan akomodasi jarak dekat, seperti saat membaca

maupun menulis. Kelancaran proses transduksi informasi, daya ingat, hingga kemampuan asimilasi pembelajaran klien tergolong sangat adaptif dan tidak menunjukkan eksistensi hambatan neurologis yang bermakna. Selain itu, pasien menerapkan mekanisme koping sederhana dengan cara beristirahat setiap kali merasakan ketidaknyamanan fisik.

Selama sakit : Pasien menyatakan tidak memiliki keluhan gangguan pada fungsi pendengaran, pengecapan, penciuman, maupun perabaan, serta mengaku mudah dalam memahami hal-hal baru. Pasien sempat mengklaim tidak menggunakan kacamata, namun pada hasil observasi, pasien tampak mengenakan kacamata saat menandatangani dokumen persetujuan pemberian obat. Orientasi realita pasien tergolong baik. Pasien dan keluarga menunjukkan kebutuhan informasi dengan menanyakan definisi serta faktor penyebab batu ginjal, serta meminta petunjuk mengenai pola hidup sehat untuk mencegah kekambuhan pembentukan batu di kemudian hari.

g. Pola Konsep dan Persepsi Diri

Sebelum sakit :

Gambaran diri : Pasien mengatakan bahwa dirinya sedang sakit, pasien bersyukur akan apa yang dialami oleh fisiknya yang melemah saat ini.

Ideal diri: Pasien mengatakan ingindirinya cepatsembuh dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa ada gangguan.

Peran diri : Pasien mengatakan dirinya adalah seorang ibu dari 3 anaknya dan seorang kakek bagi cucunya, dan dapat menjalani perannya dengan baik. Pasien puas dengan peran yang dijalankannya.

Identitas diri :Pasien seorang perempuan, berumur 37 tahun, memiliki suami, saat ini pasien puasakan status dan posisinya.

Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga, mengakui bahwa ia adalah perempuan bersyukur apa yang ia miliki, ingin cepat sembuh, puas dengan status dan posisinya saat ini.

Selama sakit :

Gambaran diri : Menelaah dimensi psikologis yang menitikberatkan pada konsep dan gambaran diri selama masa perawatan, klien mengutarakan munculnya distres emosional berupa perasaan bersalah dan beban moral terhadap anak-anaknya akibat terganggunya kondisi stabilitas kesehatannya saat ini. Secara bersamaan, klien juga memanifestasikan gejala ansietas (kecemasan) reaktif. Kecemasan ini terstimulasi oleh proyeksi pemikiran mengenai restriksi mobilitas fisik, mengingat klien menyadari sepenuhnya bahwa fase konvalesensi (pemulihan) pasca-tindakan pembedahan mutlak menuntutnya untuk

menjalani periode istirahat atau tirah baring yang intensif. Limitasi ruang gerak tersebut disadari secara langsung akan mendisrupsi kapasitas fungsionalnya dalam menjalankan peran sosial dan rutinitas harian seperti sedia kala.

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin dirinya cepat sembuh dan dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa ada gangguan.

Peran diri : Pasien mengatakan dirinya adalah seorang ibu dari 2 anaknya dan seorang kakek bagi cucunya, dan dapat menjalani perannya dengan baik. Pasien puas dengan peran yang dijalannya.

Identitas diri : Pasien seorang wanita berumur 37 tahun, memiliki suami, saat ini pasien puas akan status dan posisinya.

Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga, mengakui bahwa ia adalah perempuan bersyukur apa yang ia miliki, ingin cepat sembuh, puas dengan status dan posisinya saat ini.

h. Pola Peran dan Hubungan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan berperan sebagai ibu dari 3 orang anaknya dan seorang kakek dari cucu cucunya, tidak ada masalah dalam hubungan pasien dengan keluarga, saudara maupun orang-orang yang ada disekitarnya

Selama sakit : Pasien mengatakan berperan sebagai ibu dari 2 orang anaknya dan seorang kakek dari cucu-cucunya, pasien

menjalani hubungan baik dengan keluarga, saudara, dokter, perawat maupun pasien lainnya yang satu ruang dengan dirinya. Pasien kooperatif dengan perawat, pasien sering bertanya tentang perkembangan penyakit yang dideritanya

i. Pola Reproduksi dan Seksual

Sebelum sakit : Berdasarkan tinjauan riwayat fungsi reproduksi, klien merupakan seorang perempuan yang telah berkeluarga dan dikaruniai keturunan. Pada periode pra-sakit, klien mengonfirmasi tidak memiliki riwayat disfungsi, kendala, maupun keluhan penyulit yang berkaitan dengan aktivitas biologis atau seksual.

Selama sakit : Memasuki masa hospitalisasi (rawat inap), rutinitas pemenuhan kebutuhan biologis tersebut dihentikan secara total. Hal ini merupakan adaptasi logis sebagai implikasi langsung dari penurunan kondisi fisik serta fokus klien terhadap fase penyembuhan pasca-tindakan medis.

j. Pola Mekanisme Koping

Sebelum sakit : Klien teridentifikasi memiliki mekanisme koping yang adaptif. Setiap kali dihadapkan pada tekanan psikologis atau dilema kehidupan, klien secara proaktif mendayagunakan sistem dukungan sosialnya (*support system*) dengan berbagi cerita kepada anggota keluarga inti maupun relasi terdekat guna mencari resolusi pemecahan masalah.

Selama sakit : Strategi koping klien bertransisi ke arah relaksasi internal, di mana ia lebih banyak mengalokasikan waktu untuk beristirahat guna menenangkan pikiran dari stresor penyakit. Di sisi lain, respons keluarga menunjukkan afek kesedihan yang wajar, namun segera dikonversi menjadi tindakan proaktif dengan terus memberikan dukungan moril dan pendampingan maksimal agar klien cepat pulih.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

Sebelum sakit : Eksplorasi dimensi spiritualitas mendemonstrasikan bahwa klien adalah penganut agama Islam yang taat. Ritme keagamaannya sangat stabil, terwujud melalui kedisiplinan mendirikan ibadah salat tepat waktu serta partisipasi aktif dalam berbagai agenda kerohanian (pengajian komunal) di desanya.

Selama sakit : Komitmen religiusitas tetap dipertahankan secara konsisten kendati klien tengah terbaring lemah. Restriksi mobilitas fisik pasca-operasi membuat klien menunaikan ibadah salat dalam posisi tirah baring di atas ranjang perawatan, di mana prosesi penyucian diri (wudu/tayamum) difasilitasi sepenuhnya oleh bantuan pihak keluarga.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) Kesadaran : Composmentis

2) GCS = E:4 V:5 M:6 GCS= 15

3) Penampilan : Lemah, Meringis kesakitan, gelisah

b. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah :140/85mmHg

2) RR :21x/menit

3) Nadi :78x/menit

4) Suhu :36,6C

5) Tinggi Badan : 163cm

6) Berat Badan: 52kg IMT : 20 (normal)

c. Kepala

1) Bentuk kepala: simetris, mesocephal, tidak ada lesi pada kepala

2) Rambut : tipis, tekstur halus, lurus, panjang, warna hitam terdapat sedikit uban, tidak ada lesi dikulit kepala, rambut bersih.

3) Wajah : Tidak ada edema, tampak chloasma

4) Alis : Simetris, tebal dan berwarna hitam

5) Mulut : kondisi mulut lidah lembab, simetris, tidak terdapat stomatitis, dan tidak ada pelebarantonsil.

6) Gigi : Bersih, tidak ada karies, tidak ada gingivitis

7) Mata : kondisi mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupilisokor, penglihatan sedikit berkurang; pasien tidak dapat membaca tulisan jika terlalu dekat. Mata terlihat sayu dan terdapat kehitaman disekeliling kelopak mata.

8) Hidung : kondisi hidung simetris, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada penumpukan secret, fungsi penciuman baik; pasien dapat mencium wangi buah jeruk, tidak ada polip dan tidak ada sinusitis.

9) Telinga : simetris, tidak ada penumpukan serumen serta tidak ada gangguan pendengaran /pendengaran normal pasien dapat mendengar suara dijarak beberapa meter.

10) Kuku dan Kulit : Warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, CRT = 2 detik, akral hangat, kulit bersih, kuku terpotong rapi.

d. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, getah bening dan tidak ada peningkatan vena jugularis.

e. Paru-paru

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak terlihat retraksi intercosta pada saat inspirasi dan ekspirasi

Palpasi : Tidak adanya nyeri diruasiga, vocal fremitus merata dan pengembangan paru kanan dan kiri sama.

Perkusi : Bunyi sonor diseluruh lapang dada

Auskultasi : Bunyi paru vesikuler, tidak ada bunyi nafas tambahan seperti ronchi atau wheezing.

f. Jantung

Inspeksi : Ictuscor distidak tampak

Palpasi: Ictuscordis teraba pada intercostalke Vlineamid clavicularis diameter 2 cm

Perkusi: Bunyi jantung pekak pada dada kiri intercostals 2 lateral sinistra sternu minter costal 3 dilinemid klavikula sampai sternum intercostals 4 dilinemid klavikula sampai sternum, intercostals 5 di 2 cm lateral sinistra linemid klavikula sampai sternum.

Ausklutasi: Bunyi regular S1 dan S2 (lupdup) tidak ada bunyi jantung tambahan seperti mur-mur diapeksvertikel kiri.

g. Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen bulat tidak ada benjolan, tampak luka operasi *nefrolitiasis* dengan panjang 12 cm, balutan tidak rembes, sekitar luka tampak kemerahan

Auskultasi : Peristaltic usus 15x/menit

Perkusi : Timpani diseluruh kuadran 1,2,3,dan 4

Palpasi : terdapat nyeri tekan karena luka

h. Genetalia : Bersih, tidak terdapat lesi, tidak terpasang DC kateter

i. Anus : Bersih, tidak ada hemoroid

j. Ekstremitas

Superior : tidak ada kelainan bawaan, tangan sebelah kiri infuse RL 20 tpm, tidak terdapat odema, tidak ada varises, akral hangat, kekuatan otot 4/4.

Inferior : tidak ada kelainan bawaan, tidak ada cacat, tidak terdapat lesi, tidak ada odema dan tidak ada varises, kekuatan otot 4/4.

k. Genetalia

Tidak ada robekan atau jahitan, tidak ada edema, terpasang kateter urin

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Foto Thoraks Rabu 7 April 2026 Kesan: bronchitis b.

Pemeriksaan MSCT Urologi Polos Rabu 7 April 2026

Kesan :

- 1) Pelviectasisrendextraec. Batuureterdextrapada level S1,
ukuran 0,2x0, 2x0, 2x0 cm
- 2) Batu pada pelvis renisdextraukuran 1,4 x 2, 2x1,2 cm
- 3) Nefrolithsinis tra pole bawah ukuran ukuran 2,1 x 1,3 x 1,4
cm
- 4) Kistaukuran 0,8 x 0,8 x 0,8 cm dannefrokal sinosisukuran 0,2 x
0,7 x 0,3 cm pada cortex pole bawah ginjal kiri

b. Pemeriksaan Laboratorium 7 April 2026

Tabel 3.3 Laboratorium

Parameter	Hasil	Satuan	N.Rujukan
KIMIA DARAH			
Ureum Darah	62.2 (H)	Mg/dL	10-50
Kreatinin Darah	1.57 (H)	Mg/dL	<1.1
eGFR	37	ml/min/1.73m ²	30-59 penurunan fungsi ginjal sedang
HEMATOLOGI			
Hematologi Rutin:			
WBC	16.29 (H)	10 ³ /l	4.79-11.34
RBC	3.23 (L)	10 ⁶ /l	4.00-5.50
HB	9.3 (L)	g/dL	10.8-14.9
HCT	26.0 (L)	%	34.0-45.1
MCHC	35.8 (H)	g/dL	30.8-35.2
PLT	133 (L)	10 ³ /l	150-450
P-LCR	28.3 (H)	%	15.0-25.0
HitungJenis:			
NEUT#	14.00 (H)	10 ³ /l	2.72-7.53
LYMP#	1.26 (L)	10 ³ /l	1.46-3.73
MONO#	0.94 (H)	10 ³ /l	0.33-0.91
NEUT%	86.0 (H)	%	42.5-71.0
LYMP%	7.7 (L)	%	20.40-44.60
EO%	0.4 (L)	%	0.7-5.4

c. Terapi Tanggal : 7 April 2026

Table 3.4 Terapi Obat

NamaObat	Rute	Dosis	Indikasi
RL	IV	20tpm	Rute pemberian obat IV dan rehidrasi cairan dan elektrolit.
Paracetamol	IV	1 gram/8jam	Indikasi Penurun demam dan mengurangi rasa sakit
Ranitidine	IV	1gram/8jam	Tukak lambung dan tukak duodenum, reflukse sofagitis, dispep siaepisodik kronis, tukak akibat AINS, tukak duo denum karena Pylori, sindromzollinger-ellison, kondisi lain untuk mengurangi asam lambung.
Keterolac	IV	1gram/12jam	Ketorolac diindikasikan untuk penatalaksanaan jangka pendek terhadap nyeri akut sedang sampai berat setelah prosedur bedah.
Meropenen	IV	1gram/12jam	Pneumonia, infeksi saluran kemih, infeksi intra-abdomen, infeksi ginekologi, infeksi kulit dan struktur kulit, meningitis, septikemia.
Omeprazole	IV	1 Flakon/24 jam	Menghambatpompa proton (H ⁺ /K ⁺ ATPase) disel parietal lambung, yang merupakan langkah terakhir dalam proses sekresi asam lambung.

Asam Tranexamad	IV	500mg/24 jam	Indikasi asam tranexama adalah analog lisinsintesis yang secara kompetitif menghambat aktivasi plasminogen, menstabilkan bekuan fibrin dan mengurangi pendarahan
Metamozole	IV	4mg/8 jam	Meredakan nyeri akut dan kronik berat, sakit kepala, penyakit reumatik, sakit gigi, nyeri setelah paskah operasi, nyeri otot, dan nyeri kolik

B. Analisa Data

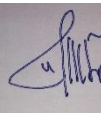
Nama: Ny. N

Ruang : Puntadewa

Umur: 37 tahun

Dx.Medis :Nefrolitiasis

Tabel 3.5 Analisa Data

Hari/Tgl/ Jam	No	DataFokus	Masalah	TTD
Jam15.15	I	DS: P: Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak dan batuk (D.0077) b.d Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan nyeri seperti nyut-nyutan R: Pasien mengatakan luka operasi (Prosedur berada di perut kuadran kanan bawah S: Pasien mengatakan skala nyeri 7 T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul kurang lebih 10 menit DO: Tampak pasien meringis Pasien tampak batuk-batuk Tampak luka operasi berada dibagian perut kanan bawah Tanda-tanda vital: TD: 155/88 mmHg N: 89 x/menit S: 37,4 OC P: 20 x/menit	Nyeri Akut Agensi Pencedera Fisik Operasi)	
Jam15.20	II	DS Pasien mengatakan nyeri post operasi, nyeri saat bergerak dan batuk, DO Pasien tampak tidak ingin banyak gerak, nyeri post operasi, kemampuan berjalan minin, pasien tampak lemah	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d gangguan bergerak post operasi	

Jam15.20	III	DS Pasien mengatakan post operasi tanggal 10 Mei 2025 Pasien mengatakan nyeri masih terus dirasakan D0: Tampak terpasang drain, cairan keluar berwarna merah kecoklatan dan jumlah cairan 200 cc WBC: $16.29 \times 10^3/u1$ Suhu: 37,4 OC	Risiko Infeksi (D.0142) b.d Efek Prosedur Invasif	Urell 
Jam15.30	IV	DS: Pasien menanyakan apa yang dimaksudkan dengan batu ginjal dan penyebabnya Pasien menanyakan bagaimana pola hidup yang sehat agar batu ginjal tidak terbentuk kembali D0: Tampak ekspresi wajah pasien kebingungan Tampak kontak mata pasien ke perawat	Kesiapan peningkatan pengetahuan (D.0113) b.d Pasien ingin meningkatkan perilaku upaya peningkatan kesehatan	Urell 

C. Diagnosa Keperawatan

Nama: Ny. N

Ruang : Puntadewa

Umur: 37 thn

Dx.Medis :Nefrolitiasis

Table 3.6 Diagnosa Keperawatan

No DX	Diagnosa Keperawatan	TTD
I	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, skala nyeri 7 (D.0077)	
II	Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri post operasi d.d luka (D.0054)	
III	Risiko infeksi faktor risiko efek prosedur invasif (D.0142)	
IV	Kesiapan peningkatan pengetahuan (D.0113)	

D. Intervensi Keperawatan

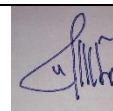
Nama : Ny. N

Ruang : Puntadewa

Umur : 37 tahun

Dx. Medis : Nefrolotiasis

Tabel 3.7 Intervensi keperawatan

NO DX	Hari/Tanggal/ Jam	SLKI	SIKI	TTD
I	selasa 7 April 2026 Nyeri Akut (D.0077) b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi)	Setelah diberikan asuhan keperawatan sala 2x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri menurun (5) 2) Meringis menurun (5) 3) Gelisah menurun (5) 4) Sikap menurun protektif (5) 5) Tekanan darah membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Monitor samping penggunaan analgetik efek. Terapeutik	

			1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis TENS, mobilisasi dini, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, footmassage terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk rasa nyeri mengurangi. Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
II	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d gangguan bergerak post operasi	Mobilitas Fisik (L.08066) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 7x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan Kriteria hasil :	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi

	Kekuatan otot meningkat dengan skala 4 Rentang gerak (ROM) meningkat	4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi
		Terapeutik
		1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu
		2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
		3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
		Edukasi
		1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
		2. Anjurkan melakukan ambulasi dini
		3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
		Kolaborasi
		4. Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu

III	Risiko Infeksi (D.0142) b.d Efek Prosedur Invasif	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: Kemerahan menurun (5) Bengkak menurun (5) Drainase menurun	Pencegahan infeksi(I.14039)
			Observasi
			1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
			Terapeutik
			1. Batasi pengunjung jumlah
			2. Berikan perawatan kulit pada area edema.
			3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
			Edukasi

			1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Ajarkan cuci tangan dengan benar 3. Anjurkan peningkatan nutrisi 4. Anjurkan peningkatan nutrisi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu
IV	Kesiapan peningkatan pengetahuan (D.0113) b.d Pasien ingin meningkatkan perilaku upaya peningkatan kesehatan	Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam maka di harapkan tingkat kepatuhan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat 2. Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan membaik 3. Perilaku menjalankan anjuran membaik	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik 1. Sediakan materi dan media 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. Jelaskan faktor resiko yang mempengaruhi kesehatan 2. Ajarkan perilaku hidup sehat dan bersih 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

E. Implementasi Keperawatan

Nama : Ny. N

Ruang : Puntadewa

Umur : 37 tahun

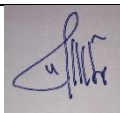
Dx. Medis : Nefrolotiasis

Tabel 3.8 Implementasi keperawatan

Hari/Tgl/Jam	NO DX	Tindakan	Respon Hasil	TTD
Selasa, 7 april 2026 15.00	I	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Monitor tanda tanda vital	DS : Pasien mengatakan nyeri <i>post operasi</i> P. penyebab nyeri dikarenakan luka <i>post operasi</i> Q. nyeri seperti disayat dan tertusuk tusuk R. abdomen area luka post operasi S. skala 6 T. hilang timbul kurang lebih 10 menit TD : 175/97 mmHg N : 85x/ Menit RR : 20x/ Menit S : 37 C DO : Pasien tampak gelisah, meringis, menahan nyeri	

15.15	I	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DS : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul DO : pasien tampak meringis dan menahan nyeri saat bergerak dan beraktivitas	
15.25	II	Mengajarkan mobilisasi dini	DS: pasien mengatakan bersedia diberikan tindakan mobilisasi dini, pasien setelah melakukan implementasi mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 5 DO : Pasien tampak kooperatif dan lebih nyaman setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini agar tidak nambah nyeri	
15.30	II	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	DS : Keluarga pasien mngatakan bersedia membantu DO : Keluarga pasien tampak mmbantu saat dilakukan ambulasi	
15.45	I,II,IV	Mengidentifikasi pengatuhan keyakinan tentang nyeri	DS : Pasien mengatkan kurang memahami pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri DO : pasien tampak kebingungan dan sedikit menjawab karena kurangnya informasi mengenai rasa sakit dari nyeri yang dirasakan	
16.00	I,II,III,IV	Kolaborasi pemberian obat Paracetamol 1gr/8jam/iv Ranitidine 1gr/8jam/iv Metamizole 4mg/8 jam/ iv	DS: Pasien mengatkan bersedia DO : Pasien tampak kooperatif	

Keteorelac 1 gr/ 12 jam/ iv Omeprazole 1 flakon/ 24 jam/ iv			
16.20	III	Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematik	DS: pasien mengatakan masih nyeri diluka post operasi dan pasien belum mengetahui cara merawat luka DO : luka post operasi pasien tampak masih balut perban dan tidak ada tanda gejala infeksi 
16.35	I,II,IV	Menjelaskan strategi meredakan nyeri	DS : pasien mengatakan bersedia dijelaskan oleh perawat mengenai penyakit DO : pasien tampak mendengarkan apa yang dijelaskan oleh perawat dengan baik 
16.40	I	Mengajarkan cuci tangan 6 langkah yang benar kepada pasien dan keluarga	DS: pasien dan keluarga mengatakan bersedia dan melakukan tindakan mencuci tangan secara benar DO : pasien dan keluarga tampak melakukannya 
17.00	1,II	Memberikan teknik nonfarmakologis (mis. Mobilisasi dini)	DS: pasien mengatakan bersedia diberikan tindakan mobilisasi dini, pasien setelah melakukan implementasi mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 5 

			DO : Pasien tampak kooperatif dan lebih nyaman setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini agar tidak nambah nyeri	
Rabu 8 april 2026 08.00	I	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS : Pasien mengatakan nyeri <i>post operasi</i> P. penyebab nyeri dikarenakan luka <i>post operasi</i> Q. nyeri seperti disayat dan tertusuk tusuk R. abdomen area luka post operasi S. skala 4 T. hilang timbul kurang lebih 10 menit TD : 160/90 mmHg N : 80x/ Menit RR : 21x/ Menit S : 36 C DO : Pasien tampak gelisah, meringis, menahan nyeri	
08.35	II	Mengajarkan mobilisasi dini	DS: pasien mengatakan bersedia diberikan tindakan mobilisasi dini, pasien setelah melakukan implementasi mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 5 DO : Pasien tampak kooperatif dan lebih nyaman setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini agar tidak nambah nyeri	

08.35	II	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	DS : Keluarga pasien mngatakan bersedia membantu DO : Keluarga pasien tampak mmbantu saat dilakukan ambulasi	
08.40	I	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingangan nyeri	DS : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul DO : pasien tampak meringis dan menahan nyeri saat bergerak dan beraktivitas	
09.00	I,III	Mengidentifikasi pengatuhan keyekinan tentang nyeri	DS : Pasien mengatkan kurang memahami pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri DO : pasien tampak kebingungan dan sedikit menjawab karena kurangnya informasi mengenai rasa sakit dari nyeri yang dirasakan	
10.00	II	Melakukan perawatan luka : Melepaskan balutan dan plester secara perlahan Membersihkan dengan cairan NaCL,sesuai kebutuhan Memberikan salep bioplaseton sesuai kebutuhan ke kulit/lesi Memperhatahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka	DS:Pasien mengatakn bersedia DO:Pasien tampak kooperatif	

10,55	II	Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan, mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	DS: Pasien mengatakan bersedia DO: Pasien tampak kooperatif	
12.00	I,II,III,IV	Kolaborasi pemberian obat Paracetamol 1gr/8jam/iv Ranitidine 1gr/8jam/iv Metamizole 4mg/8 jam/ iv Keteorelac 1 gr/ 12 jam/ iv Omeprazole 1 flakon/ 24 jam/ iv	DS: Pasien mengatakan bersedia DO : Pasien tampak kooperatif	
12.30	II	Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematik	DS: pasien mengatakan masih nyeri diluka post operasi dan pasien belum mengetahui cara merawat luka DO : luka post operasi pasien tampak masih balut perban dan tidak ada tanda gejala infeksi	
12.45	II	Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematik	DS: pasien mengatakan masih nyeri diluka post operasi dan pasien belum mengetahui cara merawat luka DO : luka post operasi pasien tampak masih balut perban dan tidak ada tanda gejala infeksi	

13.00	I	Menjelaskan strategi meredakan nyeri	DS : pasien mengatakan bersedia dijelaskan oleh perawat mengenai penyakit DO : pasien tampak mendengarkan apa yang dijelaskan oleh perawat dengan baik	
13.20	I,III,IV	Mengajarkan cuci tangan 6 langkah yang benar kepada pasien dan keluarga	DS: pasien dan keluarga mengatakan bersedia dan melakukan tindakan mencuci tangan secara benar DO : pasien dan keluarga tampak melakukannya	
13.40	I,II	Memberikan teknik nonfarmakologis (mis. Mobilisasi dini)	DS: pasien mengatakan bersedia diberikan tindakan mobilisasi dini, pasien setelah melakukan implementasi mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 5 DO : Pasien tampak kooperatif dan lebih nyaman setelah dilakukan tindakan mobilisasi dini agar tidak nambah nyeri	

F. EVALUASI

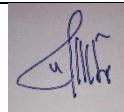
Nama : Ny. N

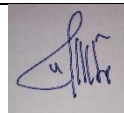
Ruang : Puntadewa

Umur : 37 tahun

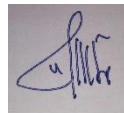
Dx. Medis : Nefrolotiasis

Tabel 3.9 Evaluasi keperawatan

Hari/Tgl/Jam	NO DX	Evaluasi	TTD
Selasa, 7 april 2026 14.00	I	S: Pasien mengatakan nyeri <i>post operasi</i> P. penyebab nyeri dikarenakan luka <i>post operasi</i> Q. nyeri seperti disayat dan tertusuk tusuk R. abdomen area luka post operasi S. skala 6 T. hilang timbul kurang lebih 10 menit TD : 175/97 mmHg N : 85x/ Menit RR : 20x/ Menit O : Pasien tampak gelisah, meringis, menahan nyeri A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1) Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, Kualitas, dan intensitas nyeri 2) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	

		4) Jelaskan strategi meredakan nyeri 5) Ajarkan Teknik nonfarmakologis pad pasien dan keluarga (mobilisasi dini) untuk mengurangi nyeri 6) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik mobilisasi dini) 7) Kolaborasi pemberian analgetic,jika perlu	
	II	S : Pasien mengatakan nyeri post operasi, nyeri saat bergerak dan batuk, O : Pasien tampak tidak ingin banyak gerak, nyeri post operasi, kemampuan berjalan minin, pasien tampak lemah A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Ajarakan mobilisasi dini	
14.00	III	S:Pasien mengatakan kurang mengerti tanda dan gejala infeksi, pasien dan keluarga bersedia melakukan 6 langkah cuci tangan yang baik dan benar,bersedia meningkatkan asupan nutrisi dan cairan O:Pasien tampak kooperatif,tampak luka masih terbalut,balutan luka tampak kering,tidak ada rembesan,tidak ada bengkak disekitar luka A:Masalah resiko infeksi belum teratasi P:Lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sitemik 2) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan,mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3) Lakukan perawatan luka 4) Kolaborasi pemberian antibiotic,jika perlu	

14.00	IV	S. pasien dan keluarga mengatakan belum mengetahui tentang penyakit yang dialami O. keluarga pasien tampak bertanya tentang penyakit A . Masalah defisit pengetahuan belum teratasi P. lanjutkan intervensi 1) Mengidentifikasi pengetahuan keyekinan tentang nyeri 2) Kolaborasi pemberian obat 3) Mengajarkan cuci tangan 6 langkah yang benar kepada pasien dan keluarga	
14.00	I	S:Pasien mengatakan nyeri masih terasa P:Saat bergerak dan beraktivitas Q:Tersayat-sayat dan tertusuk tusuk R:Abdomen area luka post operasi S:Skala nyeri 3 T:Hilang timbul O:Pasien tampak rileks dan tampak lebih nyaman kesadaran CM,tampak lemah A:Masalah nyeri akut belum teratasi P:Lanjutkan intervensi Monitor nyeri secara mandiri	
14.00	II	S : Pasien mengatakan nyeri post operasi, nyeri saat bergerak dan batuk, O : Pasien tampak tidak ingin banyak gerak, nyeri post operasi, kemampuan berjalan minin, pasien tampak lemah	

		A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi	
		P : Lanjutkan intervensi Ajarakan mobilisasi dini	
14.00	III	S. Pasien mengatakan sudah mengerti tanda dan gejala infeksi,pasien dan keluarga bersedia melakukan 6 langkah cuci tangan yang baik dan benar,bersedia meningkatkan asupan nutrisi dan cairan O:Pasien tampak kooperatif,,terbaring ditempat tidur,tampak luka masih terbalut,balutan luka tampak kering,tidak ada rembesan,tidak ada bengkak disekitar luka A:Masalah resiko infeksi teratasi P:Lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sitemik 2) Lakukan perawatan luka atau Ganti balut secara mandiri	
14.00	IV	S. pasien dan kelurga mengatakan belum mengetahui tentang penyakit yang dialami O. keluarga pasien tampak bertanya tentang penyakit A . Masalah defisit pengetahuan belum teratasi P. lanjutkan intervensi 1) Mengidentifikasi pengatuhan keyekinan tentang nyeri mandiri 2) Kolaborasi pemberian obat pulang 3) Mengajarkan cuci tangan 6 langkah yang benar kepada pasien dan keluarga mandiri	