

berkemih, warna urine pasien kemerahan, Pasien tampak lemah

b. Kesadaran

1. Kualitatif : Composmentis

2. Kuantitatif

Skala Coma Glasgow(GCS)

a) Respon Motorik :6 (mengikuti perintah)

b) Respon Bicara :5(berorientasi baik)

c) Respon Membuka Mata :4(spontan membuka mata)

c. Pemeriksaan TTV

1. Tekanan Darah : 155/70 mmHg

Posisi : Tangan kanan

Lokasi : Lengan atas

MAP : $\frac{70 \times 2 + 155}{3} = \frac{295}{3} = 98,3 \text{ mmHg}$

Kesimpulan : Perfusi darah ke ginjal memadai

2. Suhu : 36,8 °C

Lokasi : Axsila

3. Pernapasan : 20 x/m

Irama : reguler

Jenis : Pernapasan dada

4. Nadi : 78 x/m

Irama : reguler

Kekuatan : kuat

5. Pengukuran

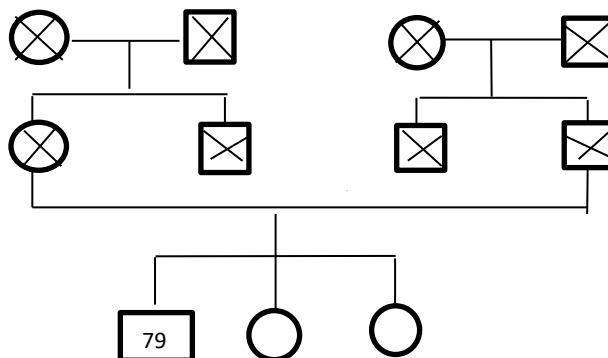
Tinggi Badan : 174 cm






Berat Badan : 62 kg

Indeks Massa Tubuh : $\frac{BB}{TB^2} = \frac{62}{1,74^2 \times 3.02} = \frac{62}{9,02} = 20,5 \text{ kg/m}^2$

Kesimpulan : Massa tubuh pasien termasuk dalam kategori normal

4.1.3 Genogram



Ket:  /  : Meninggal
 : Laki-laki
 : Perempuan
 : Pasien

Kesimpulan : Pasien merupakan anak pertama dari 3 bersaudara, pasien tinggal hanya bersama dengan istrinya

4.1.4 Pemeriksaan Fisik Head To Toe

- a. Keadaan rambut dan hygiene kepala
 saat pengkajian, tampak bersih, tidak ada luka di kepala, tidak ada benjolan warna rambut pasien terlihat beruban, penyebaran rambut merata, dan tidak terdapat nyeri tekan
- b. Hidrasi Kulit daerah dahi
 Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik inspeksi tampak kulit daerah dahi pucat, pada saat dilakukan palpasi penekanan ibu jari pada kulit dahi kembali seperti semula,
- c. Mata
 Palpebra saat dilakukan pemeriksaan fisik inspeksi tidak terlihat penumpukan cairan, sklera saat dilakukan pemeriksaan fisik sklera tampak ikterik atau tampak mata menguning, konjungtiva: tampak anemis, tekanan bola mata normal dan simetris, reflex pupil terhadap cahaya positif, visus ketajaman mata pasien mulai mengabur tapi tidak menggunakan alat bantu penglihatan. pergerakan bola mata tampak jelas dapat melihat kesegala arah.
- d. Hidung
 Saat dilakukan pengkajian sputum hidung tampak berada di tengah, tidak terdapat secret, tidak ada peradangan pada hidung, tidak ada nyeri tekan, kebersihan hidung pasien tampak bersih, fungsi penciuman baik pasien dapat mencium bau yang ada disekitar
- e. Telinga

Saat dilakukan pengkajian kebersihan telinga pasien tampak kotor, canalis pasien bersih, refleks cahaya polister positif, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, fungsi pendengaran pasien baik dilakukan dengan cara pasien menutup mata dan diberikan suara dari telinga kiri dan kanan pasien mampu menjawab dengan benar.

f. Mulut/Gigi

Saat dilakukan pengkajian mulut pasien tampak bersih, terdapat sedikit karang gigi, kelengkapan gigi pasien sudah tidak lengkap, keadaan lidah pasien tampak kotor (berwarna putih), tidak ada peradangan pada tonsil, fungsi rasa pasien mengatakan masih dapat membedakan berbagai rasa.

g. Leher

Saat dilakukan pengkajian tidak terdapat kaku kuduk, tampak tidak ada pembengkakan pada kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, fungsi menelan baik, tekanan vena jugularis normal 5 cm.

h. Toraks/Pernapasan

Saat dilakukan pengkajian tampak bentuk dada pasien simetris, perkembangan dada kiri dan kanan sama, bunyi pernapasan teratur, vocal fremitus teraba sama getaran kiri dan kanan, suara napas vesicular, jumlah pernapasan 20 x/menit, jenis pernapasan dada, irama pernapasan teratur.

i. Jantung

Saat dilakukan pengkajian ictus cordis pasien Tidak terlihat tapi terabab, jumlah HR: 83x/Menit, batas-batas jantung, bunyi jantung I: Katub trikuspidalis, pada ICS IV linea sternalis sinistra, katub mitralis pada ICS V midklavikularis sinistra. Bunyi jantung II: Katub aorta, pada ICS II pada sternalis dextra katub pulmonalis, pada ICS II-III pada sternalis sinistra. Saat dilakukan pengkajian tidak ada bunyi jantung tambahan.

j. Abdomen

Saat dilakukan pengkajian bentuk abdomen pasien simetris, dan terdapat nyeri dibagian abdomen bawah, tidak ada gangguan pada umbilicus pasien, bunyi peristaltik usus normal 25 x/m, appendiks pasien normal, tidak ada pembesaran hepar, lien pasien normal, perkusi abdomen terdengar suara pekak, perkusi ginjal suara resonansi (suara abnormal) yang dihasilkan ketika perkusi pada daerah dengan udara.

k. Genetalia dan anus

Saat dilakukan pengkajian genetalia tidak ada luka, anus pasien tampak tidak ada masalah dan tidak ada hemoroid externa. Pada saat pengkajian terdapat nyeri dibagian penis dan terdapat bengkak dibagian penis, pasien terpasang kateter no 18,

L. Ekstremitas

Saat dilakukan pengkajian, tangan kiri dan tangan kanan tidak terdapat edema, tidak terdapat nyeri tekan, pasien mampu menggerakkan kedua tangan dan kakinya dapat digerakkan

Uji Kekuatan Otot

5	5
5	5

Ket :

0 : Tidak ada pergerakan dan kontraksi otot, jatuh pasif

1 : ada sedikit kontraksi otot sama sekali tetapi persendian tidak bisa digerakkan

2 : Hanya mampu menahan gravitasi, tetapi akan jatuh dengan sentuhan

3 : Mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong, tetapi mampu melawan tekanan/ dorongan

4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain

5: Kekuatan utuh

M. Kolum Vertebalis :

Pada saat pengkajian, tidak terdapat nyeri dibagian belakang

4.1.5 Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Keadaan Sebelum sakit: Pasien mengatakan keadaannya sebelum sakit beraktivitas seperti biasa yaitu pergi ke kebun, dan melakukan aktivitas secara mandiri
 2. Riwayat penyakit saat ini : Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit merasakan sakit diperut bagian bawah dan sulit untuk berkemih pada hari sabtu dan pada waktu hari senin sore pada saat dikebun sakitnya lebih parah dan tidak dapat ditahan, waktu pasien ingin buang air kecil pasien mengatakan buang air kecil sedikit-sedikit dan terdapat darah dan pada saat pasien buang air kecil pasien mengatakan urinenya bercampur dengan darah, setelah itu pasien segera menghubungi anaknya untuk memberi tahu hal tersebut namun pada hari itu pasien tidak segera pergi ke rumah sakit
 3. Keluhan Utama : Pasien mengatakan BAK campur darah
 4. Riwayat Keluhan Utama : Pasien mengatakan BAK campur darah sudah dari satu hari yang lalu pada saat ia di kebun dan saat mengeluarkan urine dia segera mengambil botol aqua dan membuang urinenya dibotol dan memberitahukan kepada anaknya
 5. Keluhan lain yang menyertai : Pasien mengatakan nyeri saat berkemih dan sulit berkemih, sering merasa buang air kecil dan merasa tidak puas saat berkemih serta berkeringat
 6. Riwayat penyakit yang pernah dialami: Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit yang sama pada tahun 2023
 7. Riwayat penyakit keluarga ; Pasien mengatakan dalam keluarga Tidak ada riwayat penyakit keturunan
- b. Pola Nutrisi dan Metabolik
1. Keadaan sebelum sakit: Pasien mengatakan makan biasa yaitu nasi, ikan, sayur, daging serta buah setiap harinya dan minum \pm 7 gelas per hari. pasien mengatakan tidak ada gangguan saat makan dan minum
 2. Keadaan sejak sakit; Pasien mengatakan makan seperti biasa yaitu nasi, ikan, sayur, daging serta buah dan minum \pm 5 gelas per hari

- c. Pola Eliminasi
 - 1. Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan sebelum sakit BAK dan BAB lancar tidak terdapat gangguan
 - 2. Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan sulit untuk berkemih dan pada saat BAK terdapat darah dan urine tampak kemerahan pasien juga mengatakan merasa tidak puas saat berkemih dan pasien sering merasa ingin buang air kecil serta pada saat ingin berkemih pasien mengatakan nyeri tidak dapat ditahan, frekuensi eliminasi dalam satu hari kurang lebih 3x dan keluar hanya sedikit-sedikit sedangkan untuk BAB lancar tidak terdapat gangguan
- d. Pola Aktivitas dan Latihan
 - 1. Keadaan sebelum sakit: Pasien mengatakan aktivitasnya dilakukan secara mandiri tanpa dibantu orang lain
 - 2. Keadaan sejak sakit: Pasien mengatakan aktivitasnya tetap dilakukan secara mandiri.
- e. Pola istirahat dan Tidur
 - 1. Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan tidur pada siang hari kurang lebih 2 jam dan tidur pada malam hari pada jam 21;00 dan bangun pagi pada jam 05:00 pagi.pasien mengatakan ia dapat bangun sendiri.pasien mengatakan ia tidur secara teratur dan tidak ada gangguan pada saat tidur
 - 2. Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan tidur siang pada jam 14:00 dan bangun pada jam 16:00 sedangkan pada malam hari tidur pada pukul sembilan malam dan pada jam 2 subuh sudah tidak tertidur sampai pagi. Pasien mengatakan ia tidak bisa tertidur karena nyeri dibagian perut bawah dan saat berkemih.
- f. Pola Kognitif dan Perseptual

1. Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan dapat berorientasi terhadap waktu, pasien dapat mengingat anggota semua anggota keluarganya
 2. Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan masih dapat berorientasi terhadap waktu dengan baik, pasien dapat mengetahui hari dan tanggal saat dikaji, pasien tampak mengetahui benda-benda yang ada disekitar
- g. Pola Persepsi dan Konsep diri
1. Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan fungsi penglihatan masih baik tapi sudah kabur, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, Fungsi pendengaran masih baik, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada gangguan dalam pendengaran, fungsi penciuman baik, pasien dapat membedakan bau, tidak ada gangguan dalam hal penciuman.
 2. Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan fungsi penglihatan masih baik tapi sudah kabur, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, Fungsi pendengaran masih baik, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada gangguan dalam pendengaran, fungsi penciuman baik, pasien dapat membedakan bau, tidak ada gangguan dalam hal penciuman.
- h. Pola peran dan Hubungan dengan Sesama
1. Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan hubungan dengan sesama dan keluarganya baik, pasien mengikuti kegiatan di lingkungan dan terlibat dalam kegiatan social
 2. Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan saat sakit hubungan pasien dengan sesama baik, dan ada jemaat yang menjenguknya.
- I. Pola reproduksi dan Seksualitas
1. Keadaan sebelum sakit ; Pasien mengatakan sudah tidak melakukan hubungan seksual kurang lebih 10 tahun
 2. Keadaan sejak sakit : Selama saki pasien tidak melakukan hubungan seksual
- J. Pola koping dan toleransi terhadap stress

1. Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan jika ia mengalami stress yaitu berbagi cerita dengan istrinya
2. Keadaan sejak sakit : Pasien tampak gelisah ia sering bercerita kepada istrinya dan anak-anaknya ia merasa takut jika urinenya bercampur darah dan takut jika penyakitnya tidak akan sembuh,

K. Pola sistem nilai kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan mengikuti kegiatan peribadatan digereja
2. Keadaan sejak sakit : Pasien tidak pergi kegereja dan hanya berdoa untuk kesembuhannya

L. Pengkajian Khusus Nyeri

P : Nyeri muncul ketika berkemih, nyeri dibagian abdomen bawah, nyeri berkurang pada saat tidak berkemih dan saat beristirahat

Q:Nyeri Seperti ditusuk-tusuk

R:Perut bagian bawah hingga Kelamin

S: 7 (Nyeri berat)

T: 5 menit saat, berkemih

4.1 6 Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
HEMATOLOGI				
Darah Lengkap				
- Hemogloin	13.2	12 ~ 16	g/Dl	Colorimetric
- Hematokrit	38.2	36 ~ 56	%	Cumulative Puls
- Eritrosit	4.38	4.30 ~ 5.90	juta/uL	Hydrodynamic
- Leukosit	6.80	5 ~ 10	Ul	Fluoroscence F
- Trombosi	230	150 ~ 400	U	Hydrodynamic I
Hitung Jenis/DIFF				
-Basofil	0.4	0 ~ 1	%	
Eosinofil	* 11.7	1 ~ 5	%	
Neutrofil Segment	49.0	40~70	%	
-Limfosit	* 29.0	30~45	%	
-Monosit	* 9.3	2~8	%	
Index Eritrosit				
- MCV	87.3	80~100	fL	RBC-HC
-MCH	30.1	24~34	pg	
-MCHC	34.5	33~37	%	
-RDW-CV	13.5	15~14.1	%	
-RDW-SD	44.3	39~47	fL	

Tabel 4. 1 Hasil Hematologi

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Metode
URINE			
Urinalisa			

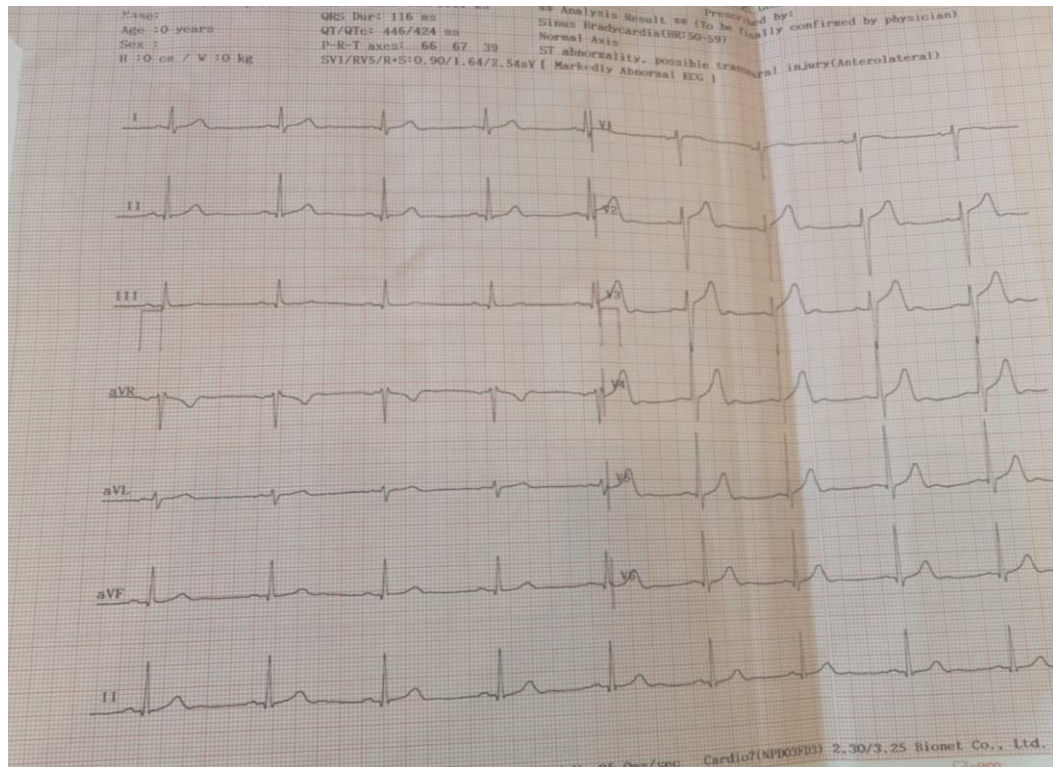
Makroskopis			
- Warna	Kuning	Kuning	
- Kejernihan	*Keruh	*Jernih	
Kimia			
- Berat Jenis	1.020	1.015 ~ 1.025	CC
- pH	5.5	4.5 ~ 8.0	CC
- Glukosa	Negatif	Negatif	CC
- Protein	Negatif	Negatif	CC
- Keton	Negatif	Negatif	CC
- Nitrit	* +	Negatif	CC
- Bilirubin	Negatif	Negatif	CC
- Urobilinogen	0.1	Negatif	CC
- Darah	*+++	Negatif	
- Leukosit esterase	*+++	Negatif	CC

Tabel 4. 2 Hasil Urine

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
- Leukosit	* >50	0 ~5	/LPB	
- Eritrosit	* 30-35	0~3	/LPB	Microscopic
-Sel Epitel	4-5	< 5	/LPB	Microscopic
-Silinder	Negatif	Negatif	/LPK	Microscopic
-Kristal	* Ammonium Urat (+)	Negatif	/LPK	Microscopic
-Bakteri	* Positif 3	Negatif	LPB	Microscopic
-Mucus	Negatif	Negatif		
-Lain-lain				

Tabel 4. 3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

b. EKG



Gambar 2. 1 Hasil EKG

Hasil EKG : SR, 4R isbpm, BLVH.

4.1.7 Terapi

1) Obat

1. Nama Obat : Asam Tranexamat

- a) Jenis : anti fibrinolitik
- b) Indikasi : Mengurangi atau menghentikan perdarahan pada menorrhagia, perdarahan pascaoperasi, mimisan, atau cedera
- c) Kontraindikasi : Gangguan ginjal berat, penyakit tromboembolik, riwayat kejang, penggunaan bersama dengan kontrasepsi hormonal
- d) Dosis Untuk Pasien : 3 x 1, 500 mg
- e) Cara Pemberian : oral
- f) Efek Samping : Mual muntah, diare, pusing, gangguan penglihatan

2. Nama Obat : Fasidol

- a) Jenis : Analgetik dan antipiretik
- b) Indikasi : Untuk meredakan nyeri dan demam
- c) Kontraindikasi : Hipersensitif
- d) Dosis Untuk Pasien 3x1, 500 mg
- e) Cara Pemberian : oral
- f) Efek Samping : Mual muntah, nyeri pada perut bagian kanan

3. Nama obat : Cefixime

- a) Jenis : Antibiotik golongan sefalosporan
- b) indikasi : Mengatasi berbagai infeksi bakteri
- c) Kontraindikasi : Pasien dengan riwayat syok atau hipersensitivitas
- d) Dosis untuk pasien : 2x1, 200 mg
- e) Cara Pemberian : oral
- f) Efek Samping : Syok, sakit kepala, pusing, mual, doare

4. Nama obat : Omeprazole

- a) Jenis : Proton pump inhibitor
- b) Indikasi : digunakan untuk mengobati gastroesophageal
- c) Kontraindikasi : Pada pasien dengan dengan hipersensitivitas terhadap omeprazole dan obat penghambat pompa proton lain
- d) Dosis untuk pasien : 2 x 1, 20 mg
- e) Cara Pemberian : oral
- f) Efek Samping : Mual atau muntah, diare , sembelit, demam, sakit tenggoroksn

5. Nama Obat : Paracetamol

- a) Jenis : Anagetik atau anti piretik
- b) Indkasi : untuk meredakan demam dan nyeri pada berbagai penyakit seperti demam dengue, tifoid, dan infeksi saluran kemih
- c) Kontraindikasi : Pada pasien dengan: penyakit hiperaktif
- d) Dosis Untuk Pasien : 3 x 1, 500 mg
- e) Cara Pemberian : oral

- f) Efek Samping : Mual, muntah, nyeri perut, gangguan makan, perdarahan, hipoglikemi

4.1.8 Klasifikasi Data

Data Subjektif	Data Objektiv
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri diperut bagian bawah 2. Pasien mengatakan nyeri saat berkemih 3. Pasien mengatakan sering merasa buang air kecil 4. Pasien mengatakan sering merasa tidak puas setelah buang air kecil 5. Pasien mengatakan buang air kecil sedikit sedikit 6. Pasien mengatakana merasa tidak nyaman menggunakan folley chateter 7. Pasien mengatakan merasa takut dengan urine yang bercampur darah 8. Pasien mengatakan merasa takut dengan penyakitnya jika tidak sembuh 9. Pasien mengatakan susah tidur dikarenakan menahan nyeri 10. Pasien mengatakan BAK campur darah sudah 1 hari yang lalu 11. Pasien mengatakan terdapat bengkak di bagian alat kelamin 12. Pasien mengatakan terdapat nyeri dibagian penis 13. Pasien mengatakan berkeringat dingin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien masih bercampur darah 2. Pasien tampak meringis menahan sakit 3. Pasien tampak berkeringat 4. Pasien tampak gelisah 5. Pasien tmpak lemah 6. Pasien tampak pucat 7. Pasien terpasang kateter folley 8. Leukosit >50 9. Eritrosit * 30-35 10. Kristal (+) 11. Bakteri Positif 3 12. Warna : Kuning 13. Kejernihan : Keruh <p>P: Nyeri muncul ketika berkemih, nyeri dibagian abdomen bawah, nyeri berkurang pada saat tidak berkemih dan saat</p> <p>Q:Nyeri Seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R:Perut bagian bawah hingga Kelamin</p> <p>S: 7 (nyeri berat }</p> <p>T: 5 menit, saat berkemih dan setelah berkemih</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>TD : 155/70</p> <p>N : 78 x / m</p> <p>R : 20 x / m</p> <p>SB : 36,8</p> <p>SpO2: 98 %</p>

4.1.9. Analisa Data

No	Analisa Data	Penyebab	Masalah
1	<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah 2. Pasien mengatakan nyeri saat berkemih <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien bercampur darah 2. Pasien tampak berkeringat 3. Pasien tampak meringis menahan sakit 4. Pasien tampak gelisah 5. Pasien tampak lemah 6. Pasien tampak pucat 7. Pasien terpasang kateter folley P: Nyeri ketika Berkemih Q: Nyeri Seperti Ditusuk-tusuk R: Perut bagian bawah hingga kelamin S: 7 T: 5 menit 8. Tanda-tanda vital TD : 155/70 N: 78 x / m R: 20 x / m SB: 36,8 SpO2: 98 % 	Agen pencedera fisiologis	Nyeri Akut
2	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sering merasa buang air kecil 2. Pasien mengatakan sering merasa tidak puas setelah buang air kecil 3. Pasien menatakan buang air kecil 	Peningkatan tekanan uretra	Retensi Urine

	<p>sedikit sedikit</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis menahan sakit 2. Pasien tampak berkeringat 3. Pasien tampak gelisah 4. Pasien tampak lemah 5. Pasien tampak pucat 6. Pasien terpasang kateter folley 7. Tanda-tanda vital TD :155/70 N: 78 x / m R: 20 x / m SB: 36,8 SpO2: 98 % 		
3	<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa takut dengan urine yang bercampur darah 2. Pasien mengatakan merasa takut dengan penyakitnya jika bertambah parah <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien masih bercampur darah 2. Pasien tampak berkeringat 3. Pasien tampak meringis menahan sakit 4. Pasien tampak gelisah 5. Pasien tampak lemah 6. Pasien tampak pucat 7. Pasien terpasang kateter folley 8. Tanda-tanda vital TD :155/70 N: 78 x / m 	Krisis Situsional	Ansietas

	R: 20 x / m SB: 36,8 SpO2: 98 %		
4	<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan BAK campur darah 2. Pasien mengatakan BAK campur darah sudah 2 hari 3. <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tampak urine pasien masih bercampur darah 5. Pasien tampak berkeringat 6. Pasien tampak meringis menahan sakit 7. Pasien tampak gelisah 8. Pasien tampak pucat 9. Pasien terpasang kateter folley 10. Tanda-tanda vital TD :155/70 N: 78 x / m R: 20 x / m SB: 36,8 SpO2: 98 % 	Hematuria	Risiko perdarahan
5	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman menggunakan kateter folley 2. Pasien mengatakan nyeri saat berkemih <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak urine pasien masih bercampur darah 2. Pasien tampak berkeringat 3. Pasien tampak meringis menahan sakit 4. Pasien tampak 	Efek Prosedur Invasiv	Risiko Infeksi

	gelisah 5. Pasien tampak lemah 6. Pasien tampak pucat 7. Pasien terpasang kateter folley 8. Leukosit >50 9. Bakteri positif 3 10. Tanda-tanda vital TD: 155/ 70 N: 78 x / m R: 20 x / m SB: 36,8 SpO2: 98 %		
--	--	--	--

4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
2. Retensi Urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra (D.0050)
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)
4. Resiko Perdarahan ditandai dengan hematuria (D.0012)
5. Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.014)

4.3 DIAGNOSIS KEPERAWATAN

INTERVENSI, IMPLEMENTASI, EVALUASI

Hari Perawatan 1 : Selasa, 29 April 2025

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Jam	Implementasi	Evaluasi
Selasa, 29 April 2025	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri diperut bagian bawah 2) Pasien mengatakan nyeri saat berkemih <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak meringis menahan sakit 2) Pasien tampak gelisah 3) Pasien tampak lemah 4) Pasien tampak pucat 5) Pasien terpasang 	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Kesulitan Tidur menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi, lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, Intensitas nyeri 2) Identifikasi Skala nyeri 3) Identifikasi 	<p>17.00</p> <p>17 05</p> <p>17 15</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi Lokasi, Karakteristik, durasi, Intensitas nyeri Hasil : P: Nyeri ketika berkemih Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Perut bagian bawah hingga kelamin S: 7 T: 5 menit 2) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Di dapatkan skala nyeri pasien : 7 3) Mengidentifikasi respon 	<p>Rabu, 30 April 2025 08.10</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan masih merasakan nyeri di perut bagian bawah 2) Pasien mengatakan nyeri saat berkemih <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak meringis 2) Pasien tampak gelisah 3) Pasien tampak lemah 4) Pasien tampak pucat 5) Pasien terpasang

	<p>kateter folley</p> <p>6) Tanda-tanda vital : TD: 155/ 70 N: 78 x / m R: 20 x / m SB: 36,8 SpO2: 98 % P: Nyeri ketika berkemih Q :Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Perut bagian bawah hingga kelamin S: 7 T: 5 menit</p>		<p>respon nyeri nonverbal</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Berikan teknik Nonfarmakologi Untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p>	<p>20.00</p> <p>20.05</p> <p>20.15</p>	<p>nyeri non verbal</p> <p>Hasil : pasien dengan ekspresi wajah nya meringis dan mengerang</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Memberikanr teknik non farmakologis Hasil : Pasien diberikan teknik non farmakologis (relaksasi otot progresif dan relaksasi nafas dalam)</p> <p>2) Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil : Diberikan posisi yang nyaman untuk istirahat.</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Hasil : Pasien diberikan edukasi mengenai penyebab, periode dan pemicu nyeri</p>	<p>kateter folley</p> <p>6) Tanda-tanda vital TD : 130 / 68 mmJg N: 55 x/m R: 20 x/m SB: 36,5 °C SPO2:99 %</p> <p>A: Masalah Keperawatan Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Manajemen nyeri dilanjutkan</p>
--	--	--	--	--	--	---

			2) Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian obat analgetik , jika perlu	20.25 20.30	2) Menjelaskan strategi meredakan nyeri Hasil : Pasien diajarkan cara untuk meredakan nyeri Kolaborasi 3) Berkolaborasi peberian obat analgetik Hasil : Pasien dibeikan obat fasidol 3 x 1	
Selasa , 29 april 2025	Retensi Urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra ditandai dengan: DS : 1) Pasien mengatakan sering merasa buang air kecil 2) Pasien mengatakan sering merasa tidak puas setelah buang air kecil 3) Pasien menatakan buang air kecil sedikit sedikit DO :	Eliminasi Urine (L.04034) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka diharapkan urine membaik dengan kriteria hasil 1) Berkemih tidak tuntas 2) Nokturia menurun	Perawatan Kateter Urine (I. 04164) Observasi 1) Monitor kepatenan Kateter Urine 2) Monitor tanda dan gejala obstruksi aliran urine Terapeutik 1) Gunakan teknik aseptik selama perawatan kateter urine	20.35 20.45 21.00	Observasi 1) Memonitor Kepatenan Kateter Urine Hasil : Kateter urine pasien paten 2) Memonitor tanda dan gejala obstruksi urine Hasil : Adanya pembesaran prostat Terapeutik 1) Menggunakan teknik aseptik selama perawatan kateter urine Hasil : Melakukan teknik aseptik pada	Rabu,30 April 2025 08.10 wita S 1) Pasien mengatakan Sering merasa buang air kecil 2) Pasien mengatakan merasa tidak puas setelah buang air kecil 3) Pasien mengatakan masih BAK sedikit sedikit O : 1) Pasien tampak Meringis

	<p>1) Pasien tampak meringis menahan sakit</p> <p>2) Pasien tampak gelisah</p> <p>3) Pasien tampak lemah</p> <p>4) Pasien tampak pucat</p> <p>5) Pasien terpasang kateter folley</p> <p>6) Tanda-tanda vital : TD: 155/ 70 N: 78 x / m R: 20 x / m SB: 36,8 SpO2: 98 %</p>		<p>2) Pastikan selang kateter dan kantung urine terbebas dari lipatan</p> <p>3) Pastikan kantung urine diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai</p> <p>4) Kosongkan kantung urine jika kantung urine telah terisi setengahnya</p>	<p>21.05</p> <p>21.10</p> <p>21.15</p>	<p>saat perawatan kateter pada pasien</p> <p>2) Memastikan selang kateter dan kantung urine terbebas dari lipatan Hasil : Selang kateter dan kantung urine bebas dari lipatan</p> <p>3) Memastikan kantung urine,diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai Hasil : kantung urine diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai</p> <p>4) Kosongkan kantung urine jika kantung urine telah terisi setengahnya Hasil: Mengosongkan Kandung urine saat terisi setengah</p>	<p>2) Pasien tampak gelisah</p> <p>3) Pasien tampak lemah</p> <p>4) Pasien tampak pucat</p> <p>5) Pasien terpasang kateter folley Tanda – tanda vital : TD : 130 / 68 mmJg N: 55 x/m R: 20 x/m SB: 36,5 °C SPO2:99 %</p> <p>A: Masalah Keperawatan Retensi Urine belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Perawatan kateter urine dilanjutkan</p>
--	---	--	---	--	--	---

Selasa , 29 april 2025	<p>Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan merasa takut dengan urine yang bercampur darah 2) Pasien mengatakan merasa takut dengan penyakitnya jika tidak sembuh <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak meringis menahan sakit 2) Pasien tampak gelisah 3) Pasien tampak lemah 4) Pasien tampak pucat 5) Pasien terpasang kateter folley 6) Tanda-tanda vital : TD: 155/ 70 N: 78 x / m R: 20 x / m SB: 36,8 SpO2: 98 % 	<p>Tingkat ansietas (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat nyerimenurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2) Perilaku Gelisah menurun 3) Pola tidur membaik 	<p>Reduksi anietas (I.09314) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 	17.10	<p>Oservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah Hasil : Pasien tidak merasa ceas saat BAK tidak bercampur darah 	<p>Rabu, 30-04-2025 08.10 wita</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan merasa khawatir di karenakan urinenya masih bercampur darah 2) Pasien mengatakan takut jika pnyakitnya tidak sembuh <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak meringis 2) Pasien tampak gelisah 3) Pasien tampak lemah 4) pasien tampak pucat 5) Pasien terpasang kateter folley 6) Tanda – tanda vital : TD : 130 / 68 mmJg N: 55 x/m R: 20 x/m SB: 36,5 °C SPO2:99 %
			<ol style="list-style-type: none"> 2) Monitor tanda – tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 	17.15	<ol style="list-style-type: none"> 2) Monitor tanda – tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Hasil : Pasien merasa gelisah saat urine nya 	
			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pahami situasi yang membuat ansietas 2) Dengarkan dengan penuh perhatian Motivasi 3) Mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 	17.20	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pahami situasi yang membuat ansietas Hasil : Memahami pasien saat ia merasa khawatir 2) Dengarkan dengan penuh perhatian Motivasi Hasil : mendengarkan dengan baik tentang keluhan pasien 3) Mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Hasil: Pasien takut jika penyakitnya tidak akan 	

			<p>Edukasi</p> <p>1. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>17.40</p>	sembuh dan terdapat darah dalam urine	A: Masalah Keperawatan Ansietas belum teratasi
			<p>2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>17.50</p>	Edukasi 1) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis Hasil : Pasien diberikan informasi tentang diagnosa dan pengobatan	P : Intervensi Reduksi ansietas dilanjutkan
			<p>3. Latih teknik relaksasi</p> <p>18.00</p>	2) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien Hasil: Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 3) Latih teknik relaksasi Hasil : Memberikan teknik relaksasi nafas dalam	
Selasa , 29 April 2025	<p>Risiko Perdarahan (D.0012) ditandai dengan Hematuria</p> <p>DS: 1) Pasien mengatakan BAK campur darah</p>	<p>Tingkat perdarahan (L.02017) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat</p>	<p>Pencegahan perdarahan (I.02067) Observasi 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan</p> <p>18.10</p>	<p>Observasi 1) Memonitor tanda dan gejala perdarahan Hasil : dapat mengetahui apabila tingkat perdarahan menurun / meningkat</p>	<p>Rabu,30-05-2025 08.10 wita</p> <p>S: 1) Pasien mengatakan masih BAK campur darah</p>

	<p>2) Pasien mengatakan warna urinenya berwarna kemerahan</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Urine pasien masih tampak berwarna kemerahan 2) Pasien tampak berkeingot dingin 3) Pasien tampak meringis menahan sakit 4) Pasien tampak gelisah 5) Pasien tampak lemah 6) Pasien tampak pucat 7) Pasien terpasang kateter folley 8) Tanda-tanda vital : TD: 155/ 70 N: 78 x / m R: 20 x / m SB: 36,8 SpO2: 98 % 	<p>perdarahan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hematuria menurun 2) Frekuensi nadi membaik 	<p>2) Monitor tanda tanda vital</p> <p>18..15</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pertahankan bed rest selama perdarahan 2) Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab/fakor resiko syok 2) Jelaskan tanda 	<p>18.25</p> <p>18.30</p> <p>18.45</p> <p>17.50</p>	<p>2) Memonitor tanda tanda vital</p> <p>Hasil : Pemeriksaan tanda tanda vital di lakukan setiap 7 jam</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mempertahankan bed rest selama perdarahan 2) Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu <p>Hasil : Pasien dalam posisi bed rest</p> <p>Hasil : Pasien terpasang kateter folley no 18</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjelaskan penyebab/fakor resiko syok 2) Menjelaskan tanda dan <p>Hasil : Pasien diberikan edukasi mengenai penyebab/faktor resiko syok</p>	<p>2) Pasien mengatakan warna urinenya masih berwarna kemerahan</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Urine pasien masih tampak berwarna kemerahan 2) Pasien tampak Berkeingot 3) Pasien tampak Meringis 4) Pasien tampak gelisah 5) Pasien tampak lemah 6) Pasien tampak pucat 7) Pasien terpasang kateter folley 8) Tanda – tanda vital TD : 130 / 68 mmJg N: 55 x/m R: 20 x/m SB: 36,5 °C SPO2:99 % <p>A:</p>
--	--	---	--	---	--	---

			<p>dan gejala perdarahan</p> <p>3) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan</p>	<p>18.55</p> <p>19.00</p>	<p>gejala perdarahan</p> <p>Hasil : Pasien diberikan edukasi tanda dan gejala perdarahan</p> <p>3) Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</p> <p>Hasil : Memberitahukan kepada keluarga untuk melapor jika terjadi perdarahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Berkolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan</p> <p>Hasil : Pasien diberikan obat asam traneksamat 3 x 1 diberikan pada jam 19.00</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p>Resiko perdarahan belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi</p> <p>Pencegahan perdarahan dilanjutkan</p>
Selasa, 29 April 2025	<p>Risiko Infeksi ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri saat berkemih</p> <p>2) Pasien mengatakan</p>	<p>Tingkat infeksi (L.i413) setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka maka tingkat infeksi</p>	<p>Pencegahan infeksi (L.14339)</p> <p>Obsevasi</p> <p>1) Memonitor tanda dan gejala infeksi</p>	19. 30	<p>Observasi</p> <p>1) Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Hasil : terdapat nyeri</p>	<p>Rabu,30-04-2025</p> <p>08.10 wita</p> <p>S:</p> <p>1) Pasien mengatakan nyeri saat</p>

	<p>merasa tidak nyaman menggunakan folley chateter</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak urine pasien masih bercampur darah 2) Pasien tampak berkeringat 3) Pasien tampak meringis menahan sakit 4) Pasien tampak gelisah 5) Pasien tampak lemah 6) Pasien tampak pucat 7) Pasien terpasang kateter folley 8) Tanda-tanda vital: TD: 140/ 75 mmHg N: 75 x / m R: 20 x / m SB: 36,6 SpO2: 99 % 	<p>menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nyeri menurun 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Membatasi jumlah pengunjung 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 	<p>19.35</p> <p>19.45</p> <p>19.50</p> <p>20.00</p>	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Membatasi jumlah pengunjung Hasil : dibatasi dalam jumlah pengunjung 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil:melakukan handcrub sekitar 20-30 detik dan handwash sekitar 40-60 detik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: pasien diberikan penjelasan tanda dan gejala infeksi 2) Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar Hasil : Pasien diajarkan cara mencuci tangan dengan benar 	<p>berkemih</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Pasien mengatakan merasa tidak nyaman menggunakan folley chateter <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak urine pasien masih bercampur darah 1) Pasien tampak berkeringat 2) Pasien tampak meringis menahan sakit 3) Pasien tampak gelisah 4) Pasien tampak lemah 5) Pasien tampak pucat 6) Pasien terpasang kateter folley 7) Tanda-tanda vital : TD: 130 / 68 N: 78 x / m R: 20 x / m SB: 36,8 SpO2: 98 %
--	--	---	--	---	---	--

4.4 Catatan Perkembangan

Hari Perawatan 2 : Rabu, 30 April 2025

Hari/ tanggal	Diagnosa Keperawatan	Intervensi	Jam	Implementasi	Evaluasi
Rabu, 30 April 2025	Nyeri Akut berhubungann dengan agen pencedera fisiologis	Observasi	09.00	Observasi	Kamis, 01-05-2025 08.00 S: 1) Pasien mengatakan masih merasakan nyeri di perut bagian bawah 2) Pasien mengatakan masih nyeri saat berkemih O : 1) Urine pasien tampak berwarna kemerahan 2) Pasien tampak berkeringat 3) Pasien tampak meringis 4) Pasien tampak gelisah 5) Pasien tmpak lemah 6) Pasien tampak pucat
		1) Identifikasi Lokasi, Karakteristi, durasi, Intensitas nyeri		1) Mengidentifikasi Lokasi, Karakteristik, durasi, Intensitas nyeri Hasil : P : Nyeri ketika berkemih Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R:Perut bagian bawah hingga kelamin S: 7 T: 5 menit	
		2) Identifikasi skala nyeri	09.05	2) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil :Di dapatkan skala nyeri pasien :7	
		3) Identifikasi respon nyeri nonverbal Hasil : Pasien dengan ekspresi wajah nya meringis dan mengerang	09.15	3) Mengidentifkasi respon nyeri nonverbal Hasil : Pasien dengan ekspresi wajah nya meringis dan mengerang	
		Terapeutik		Terapeutik	
		1) Memberikanr teknik			

		non farmakologis	09.25	1) Memberikanr teknik non farmakologis Hasil : Pasien diberikan teknik non farmakologis (relaksasi relaksasi otot progresif)	7) Pasien terpasang kateter folley 8) Tanda – tanda vital : TD:137/ 70 mmHg N:54 x/m R:20 x/m SB:37,2°C Spo2:99%
		2) Fasilitasi istirahat dan tidur	10.30	2) Fasilitasi istirahat dan tidur Hasil : Diberikan posisi yang nyaman untuk istirahat.	A: Masalah Keperawatan Nyeri akut belum teratasi
		Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	10.45	Edukasi 1) Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Hasil : Pasien diberikan edukasi mengenai penyebab, periode dan pemicu nyeri	P : Intervensi Manajemen nyeri dilanjutkan
		2) Jelaskan strategi meredakan nyeri	10.50	2) Menjelaskan strategy meredakan nyeri Hasil : Pasien diajarkan cara untuk meredakan nyeri	
		Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian obat analgetik	11.00	Kolaborasi 1) Berkolaborasi pemberian obat analgetik Hasil : Pasien diberikan obat	

				fasidol	
Rabu, 30 April 2025	Retensi Urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra	Perawatan Kateter Urine (I. 04164) Observasi 1) Monitor kepatenan Kateter Urine 2) Monitor tanda dan gejala obstruksi aliran urine Terapeutik 1) Gunakan teknik aseptik selama perawatan kateter urine 2) Pastikan selang kateter dan kantung urine terbebas dari lipatan	11.00 11.10 11.20 11.30	Observasi 1) Memonitor Kepatenan Kateter Urine Hasil : Kateter urine pasien dalam keadaan paten 2) Memonitor tanda dan gejala obstruksi urine Hasil : Didapatkan pembesaran prostat Terapeutik 1) Meuggunakan teknik aseptik selama perawatan kateter urine Hasil : Melakukan teknik aseptik pada saat perawatan kateter pada pasien 2) Memastikan selang kateter dan kantung urine terbebas dari lipatan Hasil : Selang kateter dan kantung urine bebas dari lipatan	Kamis, 01-05-2025 08.00 wita S: 1) Pasien mengatakan sering merasa buang air kecil 2) Pasien mengatakan merasa tidak puas setelah buang air kecil 3) Pasien mengatakan masih BAK sedikit sedikit O : 1) Pasien tampak meringis 2) Pasien tampak gelisah 3) Pasien tampak lemah 4) Pasien tampak pucat 5) Pasien terpasang

		<p>3) Pastikan kantung urine diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai</p> <p>4) Kosongkan kantung urine jika kantung urine telah terisi setengahnya</p>	<p>11.35</p> <p>11.45</p>	<p>3) Memastikan kantung urine diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai Hasil : kantung urine diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai</p> <p>4) Kosongkan kantung urine jika kantung urine telah terisi setengahnya Hasil: Mengosongkan Kandung urine saat terisi setengah</p>	<p>kateter folley</p> <p>6) Tanda – tanda vital: TD:137/ 70 mmHg N:54 x/m R:20 x/m SB:37,2°C Spo2:99%</p> <p>A: Masalah Keperawatan Retensi Urine belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Perawatan dilanjutkan</p>
Rabu, 30 April 2025	Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional	<p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</p> <p>2) Monitor tanda – tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</p>	<p>12.10</p> <p>12.15</p>	<p>Observasi</p> <p>1) Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah Hasil : ansietas berubah saat tidak terdapat darah</p> <p>2) Monitor tanda – tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Hasil : Pasien merasa gelisah saat urine nya bercampur darah</p>	<p>Kamis,01-05-2025 08.00 wita</p> <p>S: 1) Pasien mengatakan merasa khawatir dikarenakan urinenya masih bercampur darah 2) Pasien mengatakan takut</p>

		<p>Terapeutik</p> <p>1) Pahami situasi yang yang membuat ansietas</p> <p>12.20</p>	<p>Terapeutik</p> <p>1) Pahami situasi yang membuat ansietas Hasil : Memberikan pemahaman mengenai penyakit nya</p>	<p>jika penyakitnya tidak sembuh</p> <p>O :</p> <p>1) Pasien tampak meringis</p> <p>2) Pasien tampak gelisah</p> <p>3) Pasien tampak lemah</p> <p>4) Pasien tampak pucat</p> <p>5) Pasien terpasang kateter folley</p> <p>6) Tanda – tanda vital: TD:137/ 70 mmHg N:54 x/m R:20 x/m SB:37,2°C Spo2:99%</p>
		<p>2) Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>12.25</p>	<p>2) .Dengarkan dengan penuh perhatian Hasil: mendengarkan dengan baik tentang keluhan pasien</p>	
		<p>3) Identifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>12.35</p>	<p>3) Mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Hasil: Pasien takut jika penyakitnya tidak akan sembuh dan terdapat darah dalam urine</p>	
		<p>Edukasi</p> <p>1) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>12.40</p>	<p>Edukasi</p> <p>1) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis Hasil : Pasien diberikan informasi tentang diagnosa dan pengobatan</p>	<p>A: Masalah Keperawatan Ansietas belum teratasi</p> <p>P : Intervensi</p>

		<p>2) Ajurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>3) Latih teknik relaksasi</p>	<p>12.50</p> <p>13.00</p>	<p>2) Ajurkan keluarga untuk tetap bersama pasien Hasil : Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>3) Latih teknik relaksasi Hasil : Memberikan teknik relaksasi nafas dalam</p>	<p>Reduksi ansietas dilanjutkan</p>
	<p>Risiko Perdarahan ditandai dengan kurang terpapar informasi pencegahan perdarahan</p>	<p>Observasi</p> <p>1) Monitor tanda dan gejala perdarahan Hasil : dapat mengetahui apabila tingkat perdarahan menurun / meningkat</p> <p>2) Monitor tanda-tanda vital Hasil : Pemeriksaan tanda tanda vital di lakukan setiap 7 jam</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1) Pertahankan bed rest selama perdarahan Hasil : Pasien dalam posisi bed rest</p> <p>Edukasi</p>	<p>13.00</p> <p>13.10</p> <p>13.15</p>	<p>Observasi</p> <p>1) Memonitor tanda dan gejala perdarahan Hasil : dapat mengetahui apabila tingkat perdarahan menurun / meningkat</p> <p>2) Memonitor tanda-tanda vital Hasil : Pemeriksaan tanda tanda vital di lakukan setiap 7 jam</p> <p>Terpeutik :</p> <p>1) Mempertahankan bed rest selama perdarahan Hasil : Pasien dalam posisi bed rest</p>	<p>Kamis , 01-02-2025 08.00 wita</p> <p>S:</p> <p>1) Pasien mengatakanBA K campur darah berkurang</p> <p>2) Pasien mengatakan Warna urinenya sudah tidak terlalu berwarna kemerahan</p> <p>O :</p> <p>1) Urine pasien sudah tidak terlalu tampak</p>

		1) Jelaskan penyebab/faktor resiko syok	13.20	Edukasi 1) Menjelaskan penyebab/faktor resiko syok Hasil : Pasien diberikan edukasi mengenai penyebab/factor resiko syok	kemerahan 2) Pasien tampak berkeingot 3) Pasien tampak meringis 4) Pasien tampak gelisah 5) Pasien tmpak lemah
		2) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan	13.25	2) Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan Hasil : Pasien diberikan edukasi tanda dan gejala perdarahan	6) Pasien tampak pucat 7) Pasien terpasang kateter folley 8) Tanda – tanda vital: TD:137/ 70 mmHg N:54 x/m R:20 x/m SB:37,2°C Spo2:99
		3) Anjurkan njurkan segera melapor jika terjadi perdarahan	13.30	3) Menganjurkan njurkan segera melapor jika terjadi perdarahan Hasil : Memberitahukan kepada keluarga untuk melapor jika terjadi perdarahan	
		Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan	13.35	Kolaborasi 1) Berkolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan Hasil : Pasien diberikan obat asam traneksamat pada jam 13.35	A: Masalah Keperawatan Resiko perdarahan teratasi P : Intervensi

					Pencegahan perdarahan dilanjutkan
Risiko infeksi ditandai dengan Efek Prosedur Invasiv	Pencegahan infeksi(L.14339)	13.40	Observasi	Kamis,01-05-2025	08.10 S : 1) Pasien mengatakan nyeri saat berkemih 2) Pasien mengatakan merasa tidak nyaman menggunakan folley chateter O : 1) Tampak urine pasien masih bercampur darah 2) Pasien tampak berkeringat 3) Pasien tampak meringis menahan sakit 4) Pasien tampak gelisah 5) Pasien tampak lemah 6) Pasien tampak
	Obsevasi 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi		1) Memonitor tanda dan gejala infeksi Hasil : terdapat nyeri saat berkemih		
	Terapeutik 1) Membatasi jumlah pengunjung	13.45	Terapeutik 1) Membatasi jumlah pengunjung Hasil : dibatasi dalam jumlah pengunjung		
	2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	13.50	2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: melakukan handcrub sekitar 20-30 detik dan handwash sekitar 40-60 detik		
	Edukasi 1) Jelaskan tanda dan gejala Infeksi.	14.00	Edukasi 1) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: pasien diberikan penjelasan tanda dan gejala infeksi		
2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	14.10	2) Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar			

				<p>Hasil : Pasien diajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p>	<p>pucat 7) Pasien terpasang kateter folley Tanda – tanda vital: TD:137/ 70 mmHg N:54 x/m R:20 x/m SB:37,2°C Spo2:99</p> <p>A: Masalah Keperawatan Resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Pencegahan infeksi dilanjutkan</p>
--	--	--	--	--	---

Catatan Perkembangan

Hari Perawatan 3 : Kamis, 01 Mei 2025

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Intervensi	Jam	Implementasi	Evaluasi
Kamis 01 -05 2025	Nyeri Akut berhubungann dengan agen pencedera	Manajemen Nyeri (I.08238 Observasi 1) Identifikasi lokasi,	08.10	Observasi 1) Mengidentifikasi lokasi,	Jumat 02-05-2025 08.30 wita

	fisiologis	<p>karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, Intensitas nyeri</p> <p>2) Identifikasi skala nyeri</p> <p>3) identifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>2) Fasilitasi istirahat dan tidur</p>	<p>08.15</p> <p>08.20</p> <p>08.35</p> <p>08.40</p>	<p>Karakteristi, durasi, Intensitas nyeri</p> <p>Hasil :</p> <p>P: Nyeri ketika berkemih</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R:Perut bagian bawah hingga kelamin</p> <p>S: 7</p> <p>T: 5 menit</p> <p>2) Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Hasil :Di dapatkan skala Nyeri pasien :7</p> <p>3) Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>Hasil : Pasien dengan ekspresi wajahnya meringis dan mengerang</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Memberikan teknik non farmakologis</p> <p>Hasil : Pasien diberikan teknik non farmakologis (relaksasi otot progresif)</p> <p>2) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Hasil : Diberikan posisi yang</p>	<p>S:</p> <p>1) Pasien mengatakan masih di perut bagian bawah</p> <p>2) Pasien mengatakan masih nyeri saat berkemih</p> <p>O :</p> <p>1) Pasien tampak berkeringat</p> <p>2) Pasien tampak meringis</p> <p>3) Pasien tampak gelisah</p> <p>4) Pasien tampak lemah</p> <p>5) Pasien tampak pucat</p> <p>6) Pasien terpasang kateter folley</p> <p>7) Tanda – tanda vital :</p> <p>TD : 132 / 72 mmJg</p> <p>N: 55 x/m</p> <p>R: 20 x/m</p> <p>SB: 36,5 °C</p> <p>SPO2:98 %</p> <p>A:</p> <p>Masalah Keperawatan Nyeri akut belum teratasi</p>
--	------------	--	---	--	--

		<p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian obat analgetik ,jika perlu</p>	<p>09.00</p> <p>09.15</p> <p>11.30</p>	<p>nyaman untuk istirahat.</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Hasil : Pasien diberikan edukasi mengenai penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>2) Menjelaskan strategi meredakan nyeri Hasil : Pasien diajarkan cara untuk meredakan nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Berkolaborasi pemberian obat analgetik Hasil : Pasien diberikan obat fasilidol pada jam 11.30</p>	<p>P :</p> <p>Intervensi Manajemen nyeri dihentikan</p>
Kamis, 01-05-2025	Retensi Urine berhubungan peningkatan tekanan uretra	<p>Perawatan Kateter Urine (I. 04164)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Monitor kepatenan Kateter Urine</p> <p>2) Monitor tanda dan gejala obstruksi aliran</p>	<p>09.00</p> <p>09.10</p>	<p>Observasi</p> <p>1) Memonitor Kepatenan Kateter Urine Hasil : Kateter urine pasien paten</p> <p>2) Memonitor tanda dan</p>	<p>Kamis,02-05-2025 08.40 wita</p> <p>S;</p> <p>1) Pasien mengatakan sering merasa buang air kecil</p> <p>2) Pasien mengatakan</p>

		urine		gjala obstruksi urine Hasil : Didapatkan pembesaran prostat	merasa tidak puas setelah buang air kecil
		Terapeutik 1) Gunakan teknik aseptik selama perawatan kateter urine	09.15	.Terapeutik 1) Meuggunakan teknik aseptik selama perawatan kateter urine Hasil : Melakukan teknik aseptik pada saat perawatan kateter pada pasien	3) Pasien mengatakan masih BAK sedikit sedikit
		2) Pastikan selang kateter dan kantung urine terebebas dari lipatan	09.20	2) Memastikan selang kateter dan kantung urine terbebas dari lipatan Hasil : Selang kateter dan kantung urine bebas dari lipatan	O: 1) Pasien tampak berkeringat 2) Pasien tampak meringis 3) Pasien tampak gelisah 4) Pasien tampak lemah 5) Pasien tampak pucat 6) Pasien terpasang kateter folley Tanda – tanda vital :
		3) Pastikan kantung urine diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai	09.30	3) Memastikan kantung urine diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai Hasil : kantung urine diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai	TD : 132 / 72 mmJg N: 55 x/m R: 20 x/m SB: 36,5 °C SPO2:98 %
		4) Kosongkan kantung	09.35		A: Masalah Keperawatan Retensi Urine belum

		urine jika kantung urine telah terisi setengahnya		4) Kosongkan kantung urine jika kantung urine telah terisi setengahnya Hasil: Mengosongkan Kantung urine saat terisi setengah	teratasi P : Intervensi Perawatan Kateter dihentikan
Kamis, 01-05-2025	Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional	<p>Reduksi anietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</p> <p>2) Monitor tanda – tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Pahami situasi yang yang membuat ansietas</p> <p>2) Dengarkan dengan</p>	<p>08.45</p> <p>08.50</p> <p>08.55</p> <p>09.00</p>	<p>Observasi</p> <p>1) Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah Hasil : ansietas berubah saat tidak terdapat darah</p> <p>2) Monitor tanda – tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Hasil : Pasien sudah tidak terlalu khawatir karena urinenya sudah tidak bercampur darah</p> <p>.Terapeutik</p> <p>1) Pahami situasi yang yang membuat ansietas Hasil : Memberikan pemahaman mengenai penyakit nya</p> <p>2) Dengarkan dengan penuh</p>	<p>Jumat,02-05-2025</p> <p>08.50 wita</p> <p>S: -</p> <p>1) Pasien mengatakan sudah tidak merasa khawatir dikarenakan urinenya sudah tidak bercampur darah</p> <p>2) Pasien takut jika urinennya kembali bercampur darah</p> <p>O :</p> <p>1) Pasien tampak berkeringat dingin</p> <p>2) Pasien tampak meringis\</p> <p>3) Pasien</p>

		<p>penuh perhatian</p> <p>3) Mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>2) Ajurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>3) Latih teknik relaksasi</p>	<p>09.10</p> <p>09.15</p> <p>09.20</p> <p>09.30</p>	<p>perhatian</p> <p>Hasil: mendengarkan dengan baik tentang keluhan pasien</p> <p>3) Mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>Hasil: Pasien takut jika urinenya kembali bercampur darah</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>Hasil : Pasien diberikan informasi tentang diagnosa dan pengobatan</p> <p>2) Ajurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>Hasil : Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>3) Melatih teknik relaksasi</p> <p>Hasil : Memberikan teknik relaksasi nafas dalam saat merasa khawatir</p>	<p>tampak gelisah</p> <p>4) Pasien tampak lemah</p> <p>5) Pasien tampak pucat</p> <p>6) Pasien terpasang kateter folley</p> <p>Tanda – tanda vital: TD:132/ 72 mmHg N:54 x/m R:20 x/m SB:37,2°C Spo2:98%</p> <p>A: Masalah Keperawatan Ansietas teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi Reduksi ansietas dilanjutkan</p>
--	--	---	---	--	---

Kamis, 01-05-2025	Risiko Perdarahan (D.0012) ditandai dengan hematuria	<p>Pencegahan perdarahan (I.02067)</p> <p>.Observasi</p> <p>1) Monitor tanda dan gejala perdarahan</p> <p>2) Monitor tanda-tanda vital</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1) Pertahankan bed rest selama perdarahan</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan penyebab/fakor resiko syok</p>	<p>09.45</p> <p>09.50</p> <p>09.55</p> <p>10.00</p>	<p>Observasi</p> <p>1) Memonitor tanda dan gejala perdarahan Hasil : dapat mengetahui apabila tingkat perdarahan menurun / meningkat</p> <p>2) Memonitor tanda-tanda vital Hasil : Pemeriksaan tanda tanda vital di lakukan setiap 7 jam</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1) Mempertahankan bed rest selama perdarahan Hasil : Pasien dalam posisi bed rsst</p> <p>Edukasi</p> <p>1) .Menjelaskan penyebab/fakor resiko syok Hasil : Paien diberikan edukasi mengenai penyebab/factor resiko syok</p>	<p>Jumat, 02-05-2025</p> <p>09.00 wita</p> <p>S:</p> <p>1) Pasien Mengatakan sudah tidak BAK campur darah</p> <p>2) Pasien mengatakan Warna urinenya sudah berwarna kuning</p> <p>O :</p> <p>1) Urine pasien sudah tampak berwarna kuning</p> <p>2) Pasien tampak berkeringat</p> <p>3) Pasien tampak meringis</p> <p>4) Pasien tampak gelisah</p> <p>5) Pasien tmpak lemah</p> <p>6) Pasien tampak pucat</p> <p>7) Pasien terpasang kateter folley</p> <p>8) Tanda – tanda vital: TD:132/ 72mmHg N:54 x/m</p>
-------------------	--	--	---	---	--

		<p>2) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</p> <p>3) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</p> <p>Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan</p>	<p>10.05</p> <p>10.10</p> <p>10.15</p>	<p>2) Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan Hasil : Pasien diberikan edukasi tanda dan gejala perdarahan</p> <p>3) Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan Hasil : Memberitahukan kepada keluarga untuk melapor jika terjadi perdarahan</p> <p>Kolaborasi 1) Berkolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan Hasil : Pasien diberikan obat asam traneksamat</p>	<p>R:20 x/m SB:37,2°C Spo2:99</p> <p>A: Masalah keperawatan risiko perdarahan teratasi</p> <p>P : Intervensi pencegahan perdarahan di hentikan.</p>
Kamis, 01-05-2025	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasiv	<p>Pencegahan infeksi (L.14339) Obsevasi 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p>	09.30	<p>observasi 1) Memonitor tanda dan gejala infeksi Hasil : terdapat nyeri</p> <p>Terapeutik</p>	<p>Jumat, 02-05-2025 09.00</p> <p>S: 1) Pasien mengatakan nyeri saat berkemih</p>

		1) Membatasi jumlah pengunjung	09.35	1) Membatasi jumlah pengunjung Hasil : dibatasi dalam jumlah pengunjung	2) Pasien mengatakan merasa tidak nyaman menggunakan folley chateter
		2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	09.40	2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Hasil: melakukan handcrub sekitar 20-30 detik dan handwash sekitar 40-60 detik	O :
		Edukasi 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi	09.45	Edukasi 1) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: pasien diberikan penjelasan tanda dan gejala infeksi contohnya: kemerahan terdapat nanah dan bau	1) Tampak urine pasien sudah tidak bercampur darah 2) Pasien tampak berkeringat 3) Pasien tampak gelisah 4) Pasien tmpak lemah 5) Pasien tampak pucat 6) Pasien terpasang kateter folley 7) Tanda –tanda vital: TD:132/ 72mmHg N:54 x/m R:20 x/m SB:37,2°C Spo2:99
		2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	09.50	2) Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar : Pasien diajarkan cara mencuci tangan dengan benar	A: Masalah Keperawatan belum teratasi

					P: Intervensi dihentikan
--	--	--	--	--	--------------------------

