

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
BATU BULI DI RUANG BAITUS SALAM 1
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Kukuh Ramadhan

NIM.409018000047

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
BATU BULI DI RUANG BAITUS SALAM 1
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Kukuh Ramadhan

NIM.409018000047

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2021

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa KTI ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.D DENGAN
BATU BULI DI RUANG BAITUS SALAM 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

NAMA : KUKUH RAMADHAN

NIM : 40901800047

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan
Unissula Semarang pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 25 Mei 2021

Semarang, 25 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Suyanto, M.Kep,Sp.Kep.MB

NIDN. 06-2006-8504

HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada hari kamis, tanggal 17 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 17 Juni 2021

Penguji I

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep

NIDN. 06-2708-8403

()

Penguji II

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN

NIDN. 06-0510-8901

()

Penguji III

Ns. Suyanto, M.Kep,Sp.Kep.MB

NIDN. 06-2006-8504

()

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

UNISSULA

()

Iwan Ardian, SKM, M.Kep,

NIDN : 06-2208-7403

MOTTO

“Selalu berpikir positif, nikmati, dan selalu syukuri”



KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Sholawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW kepada keluarganya, sahabatnya, hingga kepada umatnya sampai akhir zaman.

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan Batu Buli Di Ruang Baitus salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari kesulitan dan kendala, namun berkat dukungan, bimbingan, saran dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya penulis mampu menyelesaikan dengan baik. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph.D, Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM., M.Kep, Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Muh. Abdurrouf., M.Kep selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ns.Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang senantiasa bijaksana dan bersabar dalam memberikan bimbingan, semangat, nasehat, kepercayaan dan waktunya selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Seluruh dosen pengajar dan staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan berbagai ilmu selama masa perkuliahan hingga dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang telah memberi kesempatan kepada saya untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Terimakasih kepada orang tua saya tercinta atas limpahan doa, susah payah, kerja keras dan kesabaran yang ikhlas serta berjuang demi masa depan dan kesuksesan penulis dan tidak pernah berhenti memberikan semangat dan motivasi dalam proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Seluruh keluarga yang telah mendoakan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tepat waktu.
10. Teman-teman semlehooy yang selalu memberikan semangat dan motivasi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman-teman DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung angkatan 2018 yang saling mendukung dan memberikan motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuan dan kerjasamanya yang telah diberikan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Semoga Allah senantiasa memberikan balasan yang berlipat ganda kepada semua pihak yang telah dengan ikhlas membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Dengan senang hati penulis menerima jika ada kritik maupun saran yang membangun demi perbaikan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini. Penulis pasrahkan kepada Allah semoga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis serta bagi kita semua. Aamiin

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Semarang, 25 Mei 2021

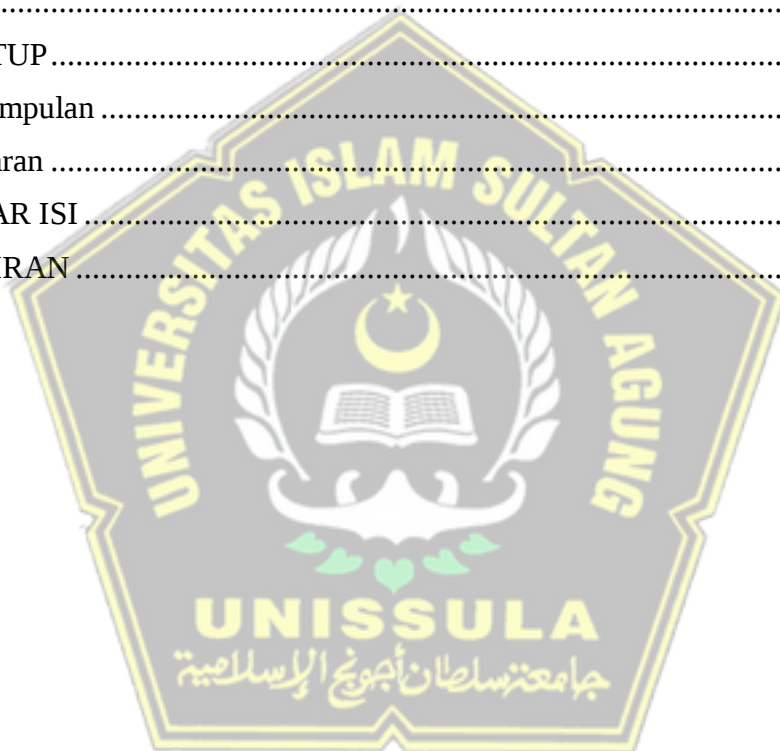
Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN	
JUDUL.....	1
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	3
HALAMAN PERSETUJUAN	4
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	5
MOTTO.....	6
KATA PENGANTAR	7
DAFTAR ISI	10
BAB I	13
PENDAHULUAN	13
A. Latar Belakang	12
B. Tujuan Studi Kasus	14
C. Manfaat	15
BAB II.....	16
TINJAUAN TEORI.....	16
A. Konsep Dasar	16
1. Definisi.....	16
2. Etiologi.....	16
3. Manifestasi klinis.....	17
4. Patofisiologi.....	18
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	19
6. Komplikasi	20
7. Penatalaksanaan Medis	21
A. Konsep Dasar Keperawatan	22
C. Pathway	26
BAB III.....	27
RESUME ASUHAN KEPERAWATAN	27
A. Pengkajian Keperawatan.....	27
6. Pola kesehatan fungsional (Data fokus)	28

7. Pemeriksaan fisik (Head to toe)	30
8. Data Penunjang	30
B. Analisa data dan Diagnosa	31
C. Intervensi.....	32
D. Implementasi	33
E. Evaluasi	35
BAB IV	38
PEMBAHASAN.....	38
BAB V.....	44
PENUTUP	44
A. Simpulan	44
B. Saran	45
DAFTAR ISI	46
LAMPIRAN.....	48



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan di Indonesia adalah salah satu hal yang penting didalam kesehatan berisiko mengancam turunya derajat kesehatan pada masyarakat. Kebiasaan hidup yang buruk juga mendukung hal ini terjadi. Seperti kebiasaan kurang minum, kebiasaan menahan kencing, asupan makanan kurang mengandung sitrat, termasuk kondisi letak wilayah yang tidak baik seperti suhu daerah yang panas dan kering sehingga dapat menyebabkan konsentrasi cairan di dalam badan juga meningkatkan resiko dehidrasi yang dapat menyebabkan konsentrasi urine terganggu (Krisnadi, 2019). Karena kebiasaan hidup yang buruk tersebut bisa terjadi terbentuknya batu kandung kemih yang mengganggu seseorang ketika berkemih.

Vesicolithiasis merupakan batu yang berada di vesika urinaria ketika kekurangan zat tertentu, seperti kalsium oksalat, kalsium fosfat, dan asam urat yang meluas dan ada kekurangan zat tertentu, misalnya sitrat yang biasanya mencegah pembentukan kristal di saluran kemih. kencing. Salah satu tindakan klinis pada kasus vesikolitiasis adalah melakukan vesikolitotomi, vesikolitotomi adalah tindakan medis elektif untuk mengeluarkan batu dari dalam kandung kemih, sehingga pasien tidak terjadi peningkatan dalam perkembangan buang air kecil. (Supriyanto, 2014). Menurut (Krisnadi, 2019) vesicolithotomy adalah operasi untuk menghilangkan batu dari kandung kemih dengan membuka kandung kemih.

Mengingat frekuensi perubahan sangat kecil pada usia 30-40 tahun, jika progresi terjadi, menyebabkan neurotik,

anatomi berubah, yang terjadi pada laki-laki dewasa 50 tahun, tingkat kejadiannya kurang lebih setengah. Untuk umur 80 tahun adalah 80% dan umur 90 tahun adalah 100%, dominasi naik terkait bertambahnya umur pada lelaki, serta kejadian di negara non-industri naik disebabkan kenaikan di masa depan. Infeksi ini menyebar secara rata di semua dunia, namun lebih signifikan di wilayah sering disebut sebagai sabuk batu. Di Amerika dan Eropa sekitar 2% hingga 10% dari populasi. Tingkat kemunduran setelah kejadian utama merupakan 14%, 30%, dan 52% pada tahun utama, kelima dan kesepuluh, secara individual. (Supriyanto, 2014)

Indonesia adalah bangsa yang dilayari oleh sabuk batu. Dari informasi Dinas Kesehatan Jawa Tengah, sebanyak 6% dari populasi absolut Jawa Tengah, dalam laporan terbaru di RSUD Kabupaten Semarang ditemukan 146 mengalami batu saluran kemih, sebagian besar merupakan batu kandung kemih (58,97%) lebih dari 92 kasus, juga oleh batu ginjal (23,72%) pada 37 kasus batu ureter (8,97%) pada 14 kasus, dan batu uretra (2,04%) pada 3 kasus. Dominasi batu kandung kemih melalui tindakan medis di RSUD Kabupaten Semarang, dari 92 pasien semuanya menjalani tindakan medis. (Supriyanto, 2014)

Pravalensi klien batu kandung kemih di Rumah sakit PMI Kota Bogor di bulan Januari tahun 2015 – Desember tahun 2017. Akibat dari pemeriksaan yang ditelusuri jumlah pasien sebanyak 45 orang. Dilihat dari orientasi seksual, 96% pasien pria dan 4% pasien wanita. Pada kelompok usia cukup tua, 49% berusia 46-65 tahun. Tingkat urea pasien adalah 81% tinggi dan 19% biasa. Tingkat kreatinin klien tinggi 21% dan normal 69%. Manifestasi klinis yang paling banyak dikenali adalah sulit berkemih 45%, disuria 39% dan hematuria 8%. (Adli, 2018)

Bagian dari petugas medis sangat penting didalam

memberi asuhan keperawatan kepada klien dengan batu kandung kemih. Asuhan keperawatan cakup di beri lewat pendekatan interaksi keperawatan yang terdiri dari penilaian, analisis, membuat mediasi, pelaksanaan keperawatan, dan menilai konsekuensi dari kegiatan keperawatan.

Berdasarkan penjelasan diatas tersebut penulis tertarik untuk mengambil laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn.D Dengan Batu Buli di ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” tahun 2021.

A. Rumusan Masalah

Berdasarkan penjelasan latar belakang diatas maka penulis merumuskan masalah yaitu “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Tn. D Dengan Batu Buli di ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang ?”

B. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Karya tulis ilmiah ini bertujuan menjelaskan asuhan keperawatan pada Tn.D dengan pre dan post operasi batu buli.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu menjelaskan konsep dasar batu buli yang meliputi definisi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, komplikasi dan penatalaksanaan batu buli.
- b. Mampu menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada klien batu buli meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan.

- c. Mampu menjelaskan dan menganalisa asuhan keperawatan pada Tn.D dengan batu buli yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

C. Manfaat

Karya Tulis Ilmiah yang disusun oleh penulis dengan harapan mampu memberikan manfaat pada pihak-pihak terkait :

1. Bagi Intitusi Pendidikan

Karya Tulis Ilmiah ini bisa digunakan sebagai bahan masukan dan informasi maupun kepustakaan bagi mahasiswa dalam menerapkan teori asuhan keperawatan pasien dengan Pre dan Post operasi batu buli.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Supaya perawat mampu memberikan asuhan keperawatan sesuai standar praktik terhadap klien Pre dan Post operasi batu buli.

3. Bagi Lahan Praktik

Untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang berkualitas terhadap pasien Pre dan Post operasi batu buli.

4. Bagi Masyarakat

Mampu meningkatkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat dalam upaya penanganan Pre dan Post operasi batu buli.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Definisi

Batu vesika urinaria merupakan batu yang tidak biasa di saluran kemih yang terdiri dari segmen seperti kristal dan organik, letaknya di kandung kemih. (Destania & Agustina, 2016)

Komposisi batu buli-buli dipengaruhi oleh pH dan saturasi urin. Kebanyakan batu terdiri dari komposisi campuran dan jika ada infeksi, penyusun utamanya adalah struvite. (Wiryanatha et al., 2019)

Vesicolithiasis merupakan batu yang letaknya di buli-buli atau kandung kemih ketika kekurangan zat tertentu, seperti kalsium oksalat, kalsium fosfat, dan asam urat yang meluas atau ketika kekurangan zat tertentu, misalnya sitrat yang secara teratur mencegah kristalisasi pada urin. (Supriyanto, 2014).

Salah satu tindakan klinis pada kasus vesikolitiasis merupakan melakukan vesikolitotomi, vesikolitotomi merupakan tindakan medis elektif untuk mengeluarkan batu di vesika urinaria, dengan tujuan agar klien tidak mengalami pengaruh yang mengganggu dalam perkembangan buang air kecil (Supriyanto, 2014).

Oleh karena itu, batu buli merupakan suatu kondisi dimana terdapat batu di kandung kemih menghalangi ketika berkemih, yang sering terjadi pada pelanggan yang mengalami efek buruk dari masalah kencing.

2. Etiologi

Penyebab pembentukan batu dapat dikelompokkan menjadi dua faktor, yaitu faktor endogen seperti hiperkalsemia, hiperkalemia, pH urin asam atau antasida, dan banyaknya cairan yang masuk dalam tubuh yang bertentangan cairan masuk seimbang ke dalam tubuh dapat memperkuat batu. Sementara faktor eksogen diantaranya tidak minum atau kurang minum air menyebabkan kesaksian kalsium di panggul ginjal karena ketidakseimbangan cairan yang mendekat, hot spot menyebabkan banyak keringat, yang akan bekerja dengan penurunan produksi kencing dan bekerja dengan perkembangan batu, dan sumber makanan yang terkandung purin tinggi, kolesterol, dan kalsium. mempengaruhi susunan batu. (Budiarti dkk., 2020)

Kandung kemih neurogenik dan penyakit parsel kemih intermiten adalah alasan paling terkenal untuk batu kandung kemih pada dua orang. Pasien dengan batu kandung kemih pasti memiliki latar belakang yang ditandai dengan batu ginjal dan asam urat dibandingkan pasien tanpa batu kandung kemih. Pada penderita batu kandung kemih terdapat kadar asam urat yang signifikan, pH urin, dan kadar magnesium urin yang rendah. (Rasyid dkk., 2018)

3. Manifestasi klinis

Indikasi dari batu kandung kemih adalah sebagai efek samping gangguan, antara lain: kencing yang menyiksa/disuria hingga tercekik, kecenderungan tidak nyaman saat kencing, dan posisi tubuh. Nyeri saat berkemih secara teratur dirasakan (singgungan siksaan) di ujung penis, skrotum, perineum, perut, hingga kaki.

(Purnomo, 2012).

4. Patofisiologi

Sebagian besar batu vesikalis berstruktur di vesika, tapi mungkin mulanya berstruktur di ginjal, lalu turun ke kandungkemih, adanya keterangan terbentuklah batu permata tambahan. Untuk lelaki yang tua, batu kandung kemih terbuat dari asam urat. Model batu ini adalah batu yang sering terbentuk di kandung kemih. Batu yang terdiri dari kalsium oksalat biasanya pada struktur pertama di ginjal. Jenis normal dari kebanyakan batu vesikula di orang dewasa adalah asam urat(>50%). Dalam kasus yang sulit terjadi, oksalat, kalsium fosfat, amonium urat, sistein, atau batu magnesium amonium fosfat (bila berhubungan dengan penyakit). Anehnya, pelangan dengan batu asam urat kadang-kadang punya latar belakang yang ditandai dengan asam urat atau hiperurisemia. Batu pada anak-anak pada dasarnya terdiri dari amonium korosif, kalsium oksalat, atau campuran korosif urat serta amonium kalsium oksalat dengan kalsium fosfat. Memberikan air pati (air buih atau ketika memasak nasi) sebagai pengganti ASI memiliki fosfor yang sedikit, dalam jangka panjang dapat terjadi pelepasan alkali yang banyak. Anak kecil juga punya asupan sayur yang kaya oksalat (menaikkan kandungan kristaluria oksalat) serta protein alami (diet rendah sitrat). Dengan susunan batu di vesika urinaria, masalahnya bergantung terhadap ukuran batu didalam menghalangi pembukaan uretra. Tanda-tanda yang berbeda akan muncul seperti yang ditunjukkan oleh tingkat penyumbatan. Saat batu menghalangi di jalur kemih, hambatan terjadi, menaikkan tekanan hidrostaltik. Jika

rasa sakit yang tiba-tiba terjadi dengan intens dan disertai dengan rasa sakit suprapubik, dan muncul penyakit dan muntah, maka, pada saat itu pelanggan mengalami adegan kolik ginjal. Kelonggaran usus, demam, dan gangguan perut dapat terjadi. Indikasi gastrointestinal disebabkan oleh refleks dan kedekatan anatomis ginjal dengan pankreas, lambung, dan organ dalam. Batu yang tersangkut di buli-buli terjadi banjir siksaan yang menyiksa, intens, dan kolik yang menjalar ke kepala, daerah tengah, dan alat kelamin. Pelanggan sering ingin buang air kecil, tetapi cuma sedikit kencing yang dikeluarkan, dan sebagian besar terkandung darah karena adanya batu yang tergores, indikasi ini disebabkan oleh kolik ureter. Pada umumnya, pelanggan akan memiliki kandung kemih yang terdiri dari kalsium untuk segera dikeluarkan batu yang lebar 0,5 hingga 1 cm. Batu yang lebarnya 1 cm seharusnya dikeluarkan ataupun diremas hingga bisa keluar dengan cepat dan jalur kemih bagus dan berdenyut seperti yang diharapkan. Kehadiran batu di kandung kemih menunjukkan masalah keperawatan yang berbeda (Muttaqin dan Sari, 2011).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Sebelum dilakukannya tindakan vesikolitotomi, pemeriksaan penunjang penting dilakukan di laboratorium guna menambahkan data pendukung selain data pemeriksaan fisik, yang memberikan kejelasan dan kepastian tentang berat ringannya penyakit pasien, serta memudahkan dokter dan perawat dalam menegakkan diagnosis (Krisnadi, 2019) yang meliputi pemeriksaan:

a. Urine

- 1) Urin PH rendah mendorong deposisi batu asam urat, sedangkan pH lebih besar dari 7,6 sering terlihat di daerah yang membelah kuman. Organisme dapat menghasilkan batu magnesium amonium fosfat, dan pH lebih besar dari 7,6 menyebabkan pembentukan batu magnesium amonium fosfat.
- 2) Sedimen: Penderita batu memiliki lebih banyak sel darah (90 persen), dan jika ada infeksi, sel darah putih akan meningkat
- 3) Kultur urin: untuk mendeteksi adanya bakteri yang berkontribusi terhadap perkembangan batu saluran kemih.
- 4) Ekskresi kalsium, fosfat, dan asam urat dalam 24 jam untuk mengevaluasi adanya hiperekskresi.b.

b. Cairan tubuh

- 1) Pada penyakit ginjal kronis, hemoglobin menyebabkan anemia.
- 2). Infeksi menyebabkan terbentuknya leukosit.
- 3). Kreatinin urin digunakan untuk menilai fungsi ginjal.
- 4). Asam urat, kalsium, dan fosfat

c. Radiologis

- 1) Foto BNO/IVP
- 2) Jika IVP tidak memungkinkan karena penurunan fungsi ginjal, pielografi retrograde dapat dilakukan sebagai gantinya, atau pielografi antegrade dapat dipertahankan jika tidak memberikan informasi yang tepat.

d. USG

6. Komplikasi

Menurut Haryono (2013), batu yang tidak diobati dapat menjadi tempat berkembang biaknya bakteri penyebab infeksi saluran kemih, pielonefritis, kerusakan ginjal, gagal ginjal dan segala akibatnya.

Komplikasi menurut (Muttaqin, 2011) merupakan : Hidronefrosis dan Pionefrosis adalah dua kondisi yang berbeda, Uremia adalah suatu keadaan dimana tubuh memproduksi urine terlalu banyak, dan Penyakit ginjal.

7. Penatalaksanaan Medis

Menurut Arif Muttaqin, manajemen medis (2011). Pengobatan untuk batu kandung kemih adalah lithotripsy atau, jika batu terlalu besar, operasi terbuka (vesicolotomi).

Perawatan klinis yang menarik mungkin hanya untuk menghilangkan batu asam urat. Kalium sitrat (Polycitra K, Urocit K) 60 mEq/hari adalah pengobatan keputusan. Syafaat yang hati-hati. Saat ini, ada tiga metodologi hati-hati yang berbeda yang digunakan untuk mengobati batu kandung kemih, berbeda dengan administrasi pelanggan dengan batu ureter atau batu ginjal, mediasi ESWL pada batu kandung kemih telah menunjukkan dampak perbaikan yang rendah, namun dalam penyelidikan tertentu telah menunjukkan bahwa ESWL syafaat masih dipertimbangkan untuk mengobati batu kandung kemih. pengobatan batu kandung kemih (Muttaqin dan Sari 2011).

- a) Cystolitholapaxy Transurethral
- b) Perkutan Suprapubik Cystolitholapaxy
- c) Open Suprapubic Cystolitholapaxy

Pada dasarnya, administrasi farmakologis menggabungkan dua perspektif:

- a) Mengobati batu yang terbentuk, terutama dengan menumpahkan batu dan kemudian mencegah pembentukan batu di masa depan (atau dapat juga digunakan sebagai strategi preventif / profilaksis)
- b) Mengobati batu yang terbentuk, terutama dengan menumpahkan batu dan kemudian mencegah pembentukan batu lebih lanjut (Haryono 2013).

A. Konsep Dasar Keperawatan

Praktik keperawatan adalah jenis bantuan ahli ini adalah aspek kunci dari perawatan kesehatan yang ada pada saran dan informasi perawat. Praktik keperawatan difokuskan pada orang, keluarga, pertemuan dan jaringan, baik yang sehat maupun yang lemah, yang menggabungkan siklus keberadaan manusia. (Mardiyah, 2018)

A. Pengkajian Keperawatan

a.) Pengkajian Primer (Silla, 2019)

1. Airway
2. Breathing
3. Circulation

b.) Pengkajian Sekunder (Indrawati, 2013)

a.) Aktivitas atau istirahat

1. Pekerjaan yang monoton dan memaparkan pasien pada lingkungan bersuhu tinggi.
2. Pembatasan aktivitas atau mobilisasi karena kondisi sebelumnya (misalnya penyakit yang tidak dapat disembuhkan, cedera tulang belakang)

b.) Sirkulasi

1. Peningkatan tekanan darah atau nadi (nyeri, gelisah, gagal ginjal), kulit kemerahan dan pucat.

c.) Pengecualian

1. Penyumbatan sebelumnya atau riwayat infeksi saluran kemih persisten (kalkulus)

2. Haluaran urin berkurang, dan kandung kemih penuh.

3. Dorongan untuk buang air kecil, terbakar

4. Diare

5. Piuria, olisuria, hematuria

6. Perubahan kebiasaan buang air kecil adalah nomor

d.) Makanan atau minuman

1. Mual dan muntah, serta sakit perut

2. Diet kaya purin, kalsium oksalat, dan fosfat

3. Hidrasi yang tidak memadai, yaitu, tidak cukup minum air

4. Distensi abdomen, bising usus yang berkurang atau hilang

5. Penolakan

e.) Nyeri dan kenyamanan

Nyeri akut dan kronis adalah dua jenis nyeri. Dapat menyebar dari panggul ke punggung, perut, dan turun ke selangkangan atau alat kelamin, tergantung di mana batu itu berada.

f.) Keamanan

1. Konsumsi alkohol

2. Demam tinggi dan menggigil

B. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi (SDKI, 2017) & (SIKI, 2018)

a. Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologi/fisik

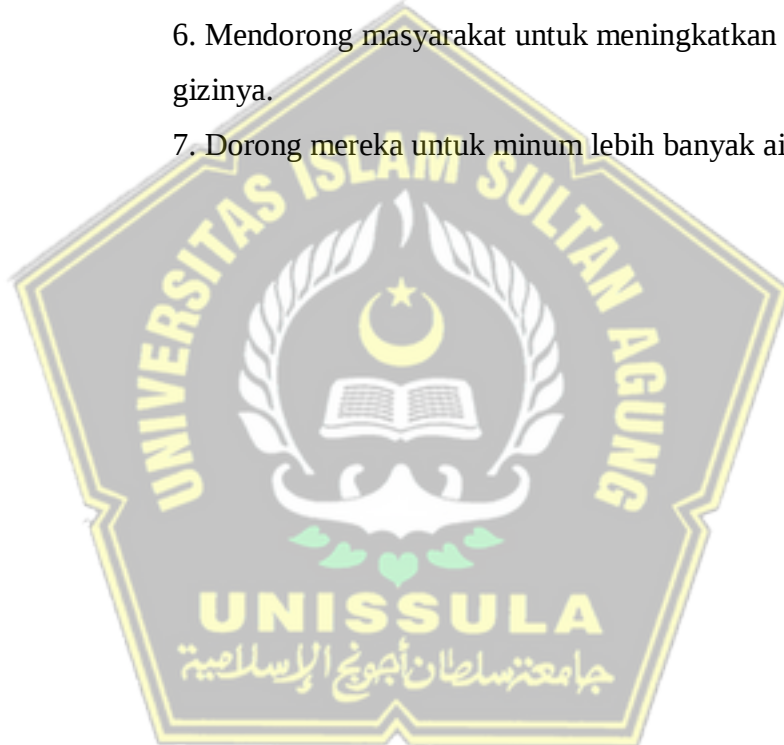
1. Temukan sumber nyeri, serta fitur, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitasnya.

2. Tentukan skala nyeri.

3. Kenali respons nyeri yang tidak diungkapkan secara verbal.

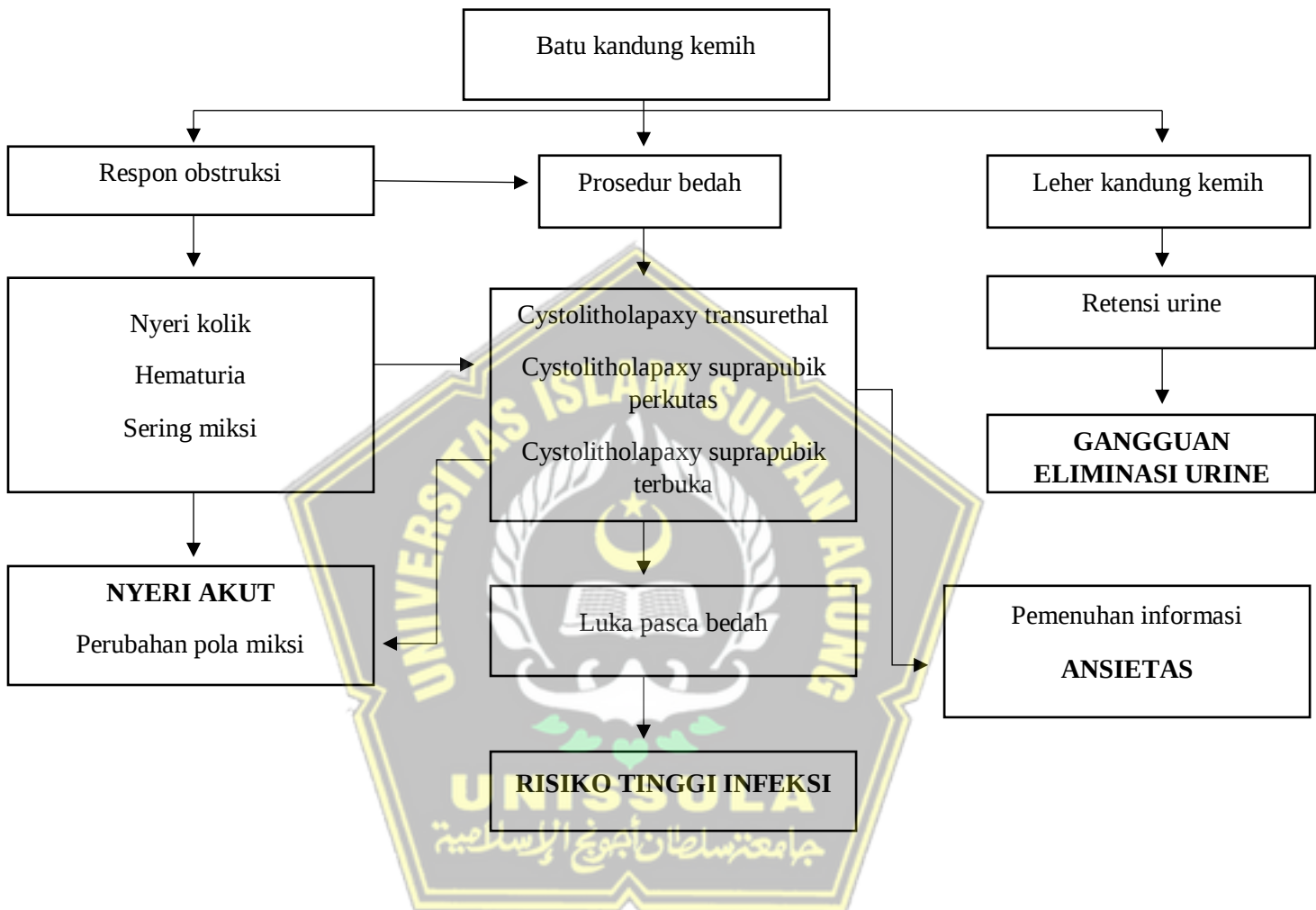
4. Tentukan apa yang menyebabkan dan mengurangi ketidaknyamanan.
 5. Identifikasi keyakinan dan pengetahuan nyeri Anda.
 6. Sediakan pendekatan nonfarmakologis (misalnya aromaterapi, kompres hangat)
 7. Eksaserbasi nyeri karena kontrol lingkungan (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 8. Mempermudah istirahat dan tidur
 9. Ajarkan pendekatan penghilang rasa sakit yang tidak bersifat farmasi.
 10. Jika perlu, pemberian analgesik kolaboratif
- b. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih
1. Tentukan kebiasaan buang air besar pasien berdasarkan usianya.
 2. Awasi integritas kulit pasien.
 3. Anjurkan penggunaan toilet, toilet, pispot, dan urinal secara teratur.
 4. Pertahankan anonimitas Anda selama proses eliminasi.
 5. Awasi eliminasi urin Anda.
 6. Jika tidak ada kontraindikasi, anjurkan minum banyak air.
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
1. Perhatikan indikator kegugupan.
 2. Ciptakan lingkungan terapeutik untuk mengembangkan kepercayaan.
 3. Perhatikan baik-baik apa yang dikatakan.
 4. Berkendara untuk mengenali situasi yang memicu kecemasan
 5. Latih keterampilan relaksasi Anda

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
1. Waspada tanda dan gejala infeksi, baik lokal maupun sistemik.
 2. Pertahankan jumlah pengunjung seminimal mungkin.
 3. Tangan harus dicuci sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan sekitarnya.
 4. Ajarkan teknik cuci tangan yang memadai.
 5. Merawat kulit yang bengkak.
 6. Mendorong masyarakat untuk meningkatkan asupan gizinya.
 7. Dorong mereka untuk minum lebih banyak air.



C. Pathway

Sumber : Muttaqin dan Sari (2011)



BAB III

RESUME ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Januari 2021. Penulis mengelola kasus ada Tn. D dengan kasus Batu buli diruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Diperoleh gambaran kasus sebagai berikut :

1. Identitas

a. Identitas Klien

Pengkajian pada tanggal 25 Januari 2021 pada pukul 13.00 WIB diruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang. Klien bernama Tn. D berusia 57 tahun bergender laki-laki. Klien beragama Islam yang bertempat tinggal di Rembang. Klien bekerja sebagai petani dengan pendidikan terakhir SD. Klien masuk rumah sakit diantar oleh istrinya Ny. H dan diagnosis medisnya Batu buli. Pada tanggal 25 Januari 2021, pukul 08.00 WIB.

b. Identitas penanggung jawab

Klien selama dirawat di rumah sakit yang bertanggung jawab adalah istrinya yang bernama Ny. H yang berusia 49 tahun agama Islam dan perempuan, bangsa Indonesia, Ny. H seorang ibu rumah tangga bertempat tinggal di Rembang. Hubungan sebagai istri pasien.

2. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah, Klien mengatakan berkemih sering namun tidak tuntas dan menetes di akhir serta klien mengatakan ketika berkemih seperti terbakar.

3. Status kesehatan saat ini

Klien mengatakan masuk ke rumah sakit karena nyeri perut bagian bawah yang disertai badan menggigil dan diare. Klien mengatakan sebenarnya sudah punya riwayat batu kandung kemih sudah 5 tahun yang lalu namun takut untuk operasi. Timbulnya nyeri mendadak dan upaya yang dilakukan klien untuk mengatasi klien mengatakan istirahat sebentar atau tidur.

4. Riwayat kesehatan lalu

Tn. D mengatakan sebelumnya tidak mengalami penyakit lain dan tidak pernah mengalami kecelakaan. Klien mengatakan 5 tahun yang lalu pernah di rawat di RSU Rembang dan juga pernah di rawat di RSI Rembang dengan penyakit batu kandung kemih namun takut di operasi. Setelah dari RSI Rembang di rujuk ke RSI Islam Sultan Agung Semarang melalui poli bedah. Klien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap obat, makanan, maupun minuman dan imunisasi tidak lengkap.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Klien menyatakan dalam anggota keluarga tidak ada yang mempunyai riwayat batu buli.

a. Susunan kesehatan keluarga

Klien merupakan anak ke lima dari tujuh bersaudara terdiri laki-laki empat dan perempuan tiga yang masih hidup dua laki-laki. Klien menikah dengan istrinya anak ke tujuh dari sepuluh bersaudara terdiri dari laki-laki tujuh dan perempuan tiga yang masih hidup laki-laki lima dan perempuan dua. Orang tua klien dan istri sudah meninggal semua. Klien dan istri memiliki anak dua laki-laki dan dua perempuan.

6. Pola kesehatan fungsional (Data fokus)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien menyatakan belum mengetahui dan kurang paham mengenai penyakitnya saat ini dan takut untuk di operasi. Klien mengatakan merokok dan jarang olahraga namun tiap hari rutinitas bekerja sebagai petani.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Pola makan

klien menyatakan dalam sehari makan 3-4 kali, Ketika di rawat klien mengatakan dalam sehari makan 3 kali, porsi sedang.

2) Pola minum

Sebelum sakit klien mengatakan dalam sehari minum 6 gelas, ketika di rawat pasien mengatakan sehari minum 8 gelas.

3) Adakah keluhan mual/muntah

Klien mengatakan tidak merasa mual muntah

c. Pola eliminasi

Klien mengatakan pola BAB sebelum sebelum sakit 1-2x sehari dengan warna kuning konsistensi lembek dan selama dirawat pola BAB 1-4x sehari dengan konsistensi cair ada ampas/mencret. Klien mengatakan pola BAK sebelum sakit 1-4x sehari warna kuning dan selama di rawat pola BAK 3-5x lebih dalam sehari dengan warna kuning keruh. Pasien menyatakan sering kencing tapi tidak tuntas dan netes di akhir serta klien mengatakan ketika berkemih seperti terbakar. Dalam 11 jam urine sekitar 500cc.

d. Pola latihan dan aktifitas

Klien mengatakan sebelum sakit bekerja sebagai petani dan tidak ada masalah dengan pergerakan tubuh dan selama di rawat klien mengatakan mandi/membersihkan tubuh di bantu oleh istrinya. Klien mengatakan tidak mengalami sesak nafas setelah aktifitas dan sedikit kelelahan.

e. Pola istirahat dan tidur

Pasien menyatakan dalam sehari tidur 2x yakni siang lamanya 1-2 jam dan malam 7-8 jam.

f. Pola kognitif – perseptual sensori

Pasien menyatakan tidak ada masalah pendengaran dan penglihatan. Pasien menyatakan nyeri di perut bawah dengan skala nyeri 4 rasanya seperti tertusuk dan hilang timbul di karenakan ada batu buli sesuai diagnosa dokter.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

Klien mengatakan takut untuk operasi namun berikhtiar untuk operasi agar segera sembuh.

h. Pola mekanisme koping

Pasien menyatakan mengambil keputusan sendiri dalam memutuskan masalah dan mengatakan apabila nyeri di buat tidur/istirahat.

i. Pola seksual-reproduksi

Klien mengatakan tidak permasalahan seksual.

j. Pola peran berhubungan dengan orang lain

Klien menyatakan hubungannya keluarga dan orang lain baik. Klien mengatakan orang yang terdekat istrinya dan klien mampu memahami pesan orang lain dan lancar berkomunikasi.

k. Pola nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan taat beribadah shalat 5 waktu dan tidak ada pertentangan nilai/keyakinan/pengobatan selama di rawat.

7. Pemeriksaan fisik (Head to toe)

Klien dalam keadaan composmentis, klien tampak lemas, hasil tanda-tanda vital didapat selama 4 hari : pada tanggal 26 Januari 2021 S: 37°C, TD: 128/80, RR: 22x/menit, Nadi: 84x/menit kemudian pada tanggal 27 Januari 2021 S: 36°C, TD: 116/72, RR: 18x/menit, Nadi: 81x/menit lalu pada tanggal 28 Januari 2021 S: 36°C, TD: 130/70, RR: 20x/menit, Nadi: 80x/menit, dan pada tanggal 29 Januari 2021 Tekanan Darah : 120/80mmHg, Nadi : 72 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,1°C.

Kepala bentuk mesocephal, simetris, tidak ada benjolan saat di raba, rambut hitam beruban. Mata sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada alat bantu. Hidungnya bersih, tampak simetris, Telinga tidak ada gangguan pendengaran. Mulut dan tenggorokan tidak ada kesulitan bicara, tidak ada benjolan di leher, gigi bersih.

Pemeriksaan dada pada bagian jantung, inspeksi : simetris, palpasi : tidak teraba benjolan, perkusi : bunyi sonor, auskultasi : terdengar suara lup dup. Paru paru, inspeksi : simetris dada kiri dan kanan, palpasi : tidak ada krepitasi , perkusi : bunyi sonor, auskultasi : suara vesikuler. Pada bagian abdomen, inspeksi : simetris, palpasi : terdapat nyeri tekan, perkusi : tympani, auskultasi: bunyi peristaltik, bising usus 10x/menit.

Pada pemeriksaan genitalia Tn.D mengatakan bersih, tidak ada luka, tidak terpasang kateter. Pada ekstremitas atas Tn.D mengatakan kedua tangannya kuat untuk melakukan aktivitas, kuku bersih, warna sawo matang, tidak ada edema, capillary refill <3 detik, pergerakan normal sedangkan ekstremitas bawah Tn. D mengatakan kedua kakinya kuat dalam melakukan aktivitas, warna sawo matang, tidak ada luka.

8. Data penunjang

a. Hasil pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laborat

Pada 25/1/2021 jam 13:49 WIB didapat hasil hemoglobin 9,6 nilai rujukan 13,2-17,3g/dL, hematokrit 27,4 nilai rujukan 33,0-45,0%, leukosit 17,48 nilai rujukan 3,80-10,60Ribu/ μ , trombosit 277 nilai rujukan 150-440Ribu/ μ , gula darah sewaktu 116 nilai rujukan 75-110mg/dL, ureum 194 nilai rujukan 10-50mg/dL, creatinin darah 10,44 nilai rujukan 0,70-1,30mg/dL, natrium 111,0 nilai rujukan 135-147mmol/L, kalium 4,50 ilai rujukan 3,5-5,0mmol/L, klorida 90,0 nilai rujukan 95-105mmol/L, dan HBs Ag non reaktif.

2) Pemeriksaan Radiologi

Pada 18/1/2021 jam 12:14 WIB saat di Ruang poli spesialis bedah umum hasil pemeriksaan Abdomen yakni Ginjal kanan ukuran, bentuk, dan letak normal, ekogenisitas parenkim meningkat, tampak penipisan cortex, batas kortikomeduler mengabur, tampak pelebaran pcs, dan ureter proximal tampak batu multiple ukuran terbesar lk 3,3 cm. Ginjal kiri ukuran, bentuk, dan letak normal, ekogenisitas parenkim meningkat, tampak penipisan cortex, batas kortikomeduler mengabur, tampak pelebaran pcs, dan ureter proximal tidak tampak / massa. Vesika Urinaria Volume minimal, dinding menebal, reguler tampak batu single ukuran lk 2cm.

b. Diit yang diperoleh : Nasi uremi

c. Therapy yang di dapat : Cefriaxon 2x1, painloss 2x1, curcuma 3x1, Nac 3x1 per oral, folac 1x1 per oral, ketorolac 3x1 (anestesi), Nacl 1000 ml/hari.

B. Analisa data dan Diagnosis

Hasil analisa data yang didapatkan penulis pada tanggal 25 januari 2021 pre operasi dan tanggal 27 januari 2021 post operasi muncul masalah keperawatan yaitu : Data fokus yang pertama data subyektif klien mengatakan merasa nyeri di area perut bawah, klien mengatakan nyeri setelah operasi dan data obyektif klien tampak meringis saat menahan nyeri dengan P : nyeri timbul adanya batu, Q : nyeri seperti tertusuk, R : pada perut bagian bawah, S : skala 4 dari 1-10, T : hilang timbul. Penulis mengambil diagnosis nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (pre operasi) dan nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi)

Data fokus yang kedua data subyektif klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, klien mengatakan skala nyeri 4 dari 1-10, klien mengatakan ketika berkemih seperti terbakar, klien mengatakan sering berkemih 3-5x lebih sehari tidak tuntas dan menetes diakhir dan data obyektif adanya tekanan kandung kemih skala nyeri 4 dari 1-10, pola berkemih berubah sedikit-sedikit, warna urine kuning keruh, diagnosa medis batu buli, di vesika urinaria hasil pemeriksaan radiologi abdomen terdapat batu single ukuran 2 cm. Penulis mengambil diagnosis gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih.

Data fokus ketiga pre operasi data subyektif klien mengatakan takut akan melakukan operasi untuk pertama kalinya dan data obyektif klien tampak gelisah, tampak tegang dan mengeluh masih takut operasi dengan vital sign yang di dapat Tekanan Darah : 128/80 mmHg, Suhu : 37°C, Nadi : 84x/menit, Respirasi : 22x/menit. Penulis mengambil diagnosis ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Data fokus yang keempat post vesicolitotomy diperoleh data subyektif klien mengatakan ada luka jahitan di perut bagian bawah setelah operasi dan data obyektif terdapat luka jahitan balutan kasa dan terpasang selang vacum drainase post operasi dengan vital sign Tekanan darah 116/72 mmHg, Suhu : 36°C, Nadi : 81x/menit, Respirasi : 18x/menit. Penulis mengambil diagnosis risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

C. Intervensi

Masalah yang muncul pada tanggal 25-27 januari 2021 selanjutnya penulis menyusun rencana tindakan keperawatan yang digunakan sebagai tindak lanjut asuhan keperawatan pada Tn D. Diagnosa keperawatan pertama nyeri berhubungan dengan gangguan sistem perkemihan (pre operasi) dan nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi). Setelah dilakukan tindakan perawatan 3x8 jam diharapkan nyeri klien dapat berkurang dengan kriteria hasil keluhan nyeri berkurang, skala nyeri menurun skala 0-2 dari 1-10, klien tampak rileks. Intervensi yang dirancang antara lain identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, kontrol ruangan yang memperberat nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, kolaborasi pemberian analgesic.

Diagnosis keperawatan yang kedua gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan Nyeri kencing berkurang, kencing tidak lagi menetes, dan ritme kencing kembali normal. Identifikasi tanda dan gejala retensi urin atau inkontinensia, identifikasi faktor yang

menyebabkan retensi urin atau inkontinensia, pemantauan eliminasi urin, membatasi asupan cairan, jika perlu, dan merekomendasikan pengurangan minum sebelum tidur termasuk di antara intervensi yang direncanakan., dukung penggunaan toilet/pispot/urinal secara konsisten, sediakan alat bantu (kateter eksternal, urinal), jika perlu, anjurkan berkemih secara rutin, kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.

Diagnosis keperawatan yang ketiga ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil gelisah berkurang, ungkapan cemas berkurang. Intervensi yang direncanakan antara lain monitor tanda-tanda ansietas, motivasi klien untuk mengungkapkan kecemasan yang dirasakan, dengarkan dengan penuh perhatian dan jawab pertanyaan klien dengan informasi yang benar, mengajarkan dan melatih teknik relaksasi tarik napas dalam untuk mengurangi kecemasan.

Diagnosis keperawatan keempat risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan mencegah terjadinya penyebaran infeksi dengan kriteria hasil kebersihan tangan dan badan klien, nafsu makan meningkat, pengetahuan klien tentang infeksi meningkat, luka operasi terhindar dari infeksi. Intervensi yang direncanakan antara lain Batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan luka atau ganti perban bedah secara teratur, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan etika batuk, anjurkan peningkatan nutrisi dan asupan cairan, dan berkolaborasi dengan antibiotik.

D. Implementasi

Pada tanggal 26 januari 2021 pukul 13.40 wib melakukan implementasi pada diagnosis yang pertama yaitu dengan data subjektif klien, tentukan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan derajat nyeri. Klien menyatakan bahwa dia mengalami ketidaknyamanan di perut bagian bawah, dan data objektifnya menunjukkan dia meringis kesakitan dan memegang area perut bagian bawah dengan tangannya.. Pukul 13.45 wib mengidentifikasi skala nyeri di dapatkan respon klien data subjektif klien mengatakan skala nyeri 4 dari 1-10 dan data objektif klien kooperatif dan tampak menahan nyeri. Pukul 13.48 wib mengajarkan klien teknik nonfarmakologis teknik relaksasi tarik nafas dalam dan menganjurkan untuk mengompres

dengan air hangat pada area nyeri di dapat respon klien data subjektif klien mengatakan akan mengompres saat dapat air hangat untuk mandi sore dan data objektif klien kooperatif saat di ajarkan teknik relaksasi tarik napas dalam. Pada tanggal 26 januari 2021 pukul 07.50 wib melakukan implementasi pada diagnosis yang kedua yaitu mengobservasi karakteristik urine dan berkemih di dapat respon klien data subjektif klien mengatakan sering berkemih dari jam 8 tadi malam sudah 5x lebih dan selalu menetes di akhir tidak tuntas dan data objektif urine berwarna kuning keruh, tidak ada produksi darah, urine tampung dalam botol air mineral besar sekitar 500 cc/11 jam. Pukul 07.55 wib kolaborasi pemberian obat antibiotik ceftriaxone 2x1 gr lewat intravena dengan respon klien data subjektif klien bersedia data objektif klien tampak tenang. Pukul 08.00 wib anjurkan berkemih secara rutin dan memotivasi klien untuk minum 2,5 liter air putih per hari di dapat respon data subjektif klien mengatakan berkemih pakai botol air mineral diatas bed dan minunya dikit-dikit tapi sering udah habis sekitar 1,5 liter air putih dan data objektif klien kooperatif. Pada tanggal 26 januari 2021 pukul 13.50 wib melakukan implementasi pada diagnosis yang ketiga yaitu memotivasi klien untuk mengungkapkan apa yang di rasakan dan memberi informasi sesuai kebutuhan klien di dapat respon klien data subjektif klien mengatakan takut untuk operasi pertama kalinya dan khawatir mengenai tindakan operasi besok data objektif klien tampak gelisah. Pukul 13.55 wib Untuk mencapai respon klien, didik dan praktekkan teknik relaksasi nafas dalam. Klien data subjektif percaya bahwa mereka merasa lebih baik setelah mengambil napas dalam data objektif. Tiga kali, ekspresi tenang dan teknik pernapasan dalam dilakukan.

Pada tanggal 27 januari 2021 jam 20.00 wib melakukan implementasi diagnosis pertama yaitu berkolaborasi pemberian painloss 2x1 gr dan ceftriaxon 2x1 gr di dapat respon klien data subjektif klien bersedia dan data objektif klien tampak tenang. Pukul 20.05 wib mengidentifikasi skala nyeri di dapat respon klien data subjektif klien mengatakan nyeri sedikit menurun skala nyeri menjadi 3 setelah operasi nyeri mulai berkurang dan data objektif klien masih menahan nyeri, klien kooperatif. Pada tanggal 27 januari 2021 pukul 20.10 wib melakukan implementasi diagnosis kedua mengobservasi karakteristik urine dan berkemih di dapat respon data subjektif klien mengatakan terpasang selang urine dan data objektif warna urine kemerahan, urine sekitar 750cc. Pukul 20.13 wib mengajak pasien untuk minum 8 gelas air per hari di dapat respon klien data subjektif klien mengatakan sudah habis 2 botol air mineral sedang dan data objektif klien kooperatif. Pada tanggal 27 januari 2021 pukul 20.15 wib melakukan implementasi diagnosis ketiga mengkaji kecemasan klien di dapat respon data subjektif klien mengatakan bersyukur operasinya berjalan lancar dan berharap lukanya segera sembuh dan data objektif klien lebih rileks dan bedrest. Pada tanggal 27 januari 2021 pukul 20.20 wib melakukan implementasi diagnosis keempat mengajarkan cuci tangan yang benar di

dapat respon data subjektif klien mengerti cara cuci tangan yang benar handrub dan handwash dan data objektif klien kooperatif. Pukul 20.25 wib mengajarkan etika batuk di dapat respon data subjektif klien mengerti etika batuk dan data objektif klien ikut mempraktekan etika batuk dengan benar.

Pada tanggal 28 januari 2021 pukul 07.05 wib melakukan implementasi diagnosis pertama mengkaji skala nyeri di dapat respon data subjektif klien mengatakan skala nyeri turun skala 2 dari 1-10, nyeri hilang setelah di beri obat dan ketika tidur dan data objektif klien tampak tenang. Pukul 07.10 wib kolaborasi obat painloss 2x1 dan cefriaxone 2x1 gr di dapat respon klien data subjektif klien bersedia di beri obat dan data objektif klien tampak tenang. Pada tanggal 28 januari 2021 pukul 07.15 melakukan implementasi diagnosis kedua mengobservasi karakteristik urine dan berkemih di dapat respon data subjektif klien mengatakan dapat tidur nyenyak dan data objektif urine kuning bening sekitar 800 cc. Pukul 07.18 memotivasi klien minum air 2,5 liter per hari di dapat respon klien mengatakan rutin minum air putih dan data objektif klien kooperatif. Pada tanggal 28 januari 2021 pukul 07.20 wib melakukan implementasi diagnosis ketiga mengkaji kecemasan klien di dapat respon data subjektif klien senang besok rencana diperbolehkan pulang dan data objektif klien tampak tenang. Pada tanggal 28 januari 2021 pukul 07.25 wib melakukan implementasi diagnosis keempat mengkaji tanda dan gejala infeksi luka post operasi di dapat respon data subjektif klien mengatakan makan yang di berikan dari rumah sakit selalu di habiskan serta tadi malam dapat tidur dengan nyenyak dan data objektif tidak terjadi kemerahan di sekitar area luka, tidak ada nanah, luka mulai kering dan suhu klien 36°C. Pukul 07.28 wib melakukan perawatan luka atau ganti balut dengan mempertahankan teknik aseptik di dapat respon data subjektif klien bersedia di lakukan perawatan luka dan data objektif klien kooperatif.

Pada tanggal 29 januari 2021 pukul 19.30 wib melakukan implementasi diagnosis keempat mengkaji luka post operasi di dapat respon data subjektif klien mengatakan malam ini sudah boleh pulang dan data objektif luka kering, tidak ada kemerahan. Pukul 19.33 wib memotivasi klien untuk minum air sehari 8 gelas dan meningkatkan asupan nutrisi di dapat respon klien bersyukur sudah boleh pulang dan akan melakukan saran dari perawat dan data objektif klien tampak rileks.

E. Evaluasi

Hasil evaluasi hari pertama tanggal 26 januari 2021 diagnosis pertama yaitu data subjektif klien mengatakan nyeri pada area perut bagian bawah, klien mengatakan skala nyeri 4 dari 1-10, klien mengatakan nyeri saat BAK, klien mengatakan nyeri hilang ketika tidur. Data objektif klien tampak meringis menahan nyeri dan tanganya memegang area perut bagian

bawah, P : nyeri timbul adanya batu di buli, Q : nyeri seperti ditusuk, R : pada perut bagian bawah, S : skala 4 dari 1-10, T : hilang timbul, TD : 120/80mmHg, Nadi : 84x/menit, RR : 22x/menit, Suhu : 37°C. Assesment masalah belum teratasi. Planning lanjutkan intervensi 2-6. Hasil evaluasi diagnosa kedua yaitu data subjektif klien mengatakan sering berkemih dan selalu menetes di akhir tidak tuntas, klien mengatakan minumnya dikit-dikit tapi sering udah habis sekitar 1,5 liter air putih. Data objektif urine berwarna kuning keruh, tidak ada produksi darah, urine tampung dalam botol air mineral besar sekitar 500cc/11 jam, klien kooperatif, Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 84x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 37°C. Assesment gangguan eliminasi urine belum teratasi. Planning lanjutkan intervensi 3,6,9, kolaborasi rencana vesicolitotomy. Hasil evaluasi diagnosa ketiga yaitu data subjektif klien mengatakan takut untuk operasi pertama kalinya dan khawatir mengenai tindakan operasi besok, klien mengatakan berikhtiar lewat operasi semoga lekas sembuh, pasien menyatakan merasa lega sehabis tarik napas dalam. Data objektif klien tampak gelisah, latihan tarik napas dalam dilakukan 3x, TD : 128/80mmHg, Nadi : 84x/menit, RR : 22x/menit, Suhu : 37°C. Assesment masalah teratasi sebagian. Planning pertahankan intervensi.

Hasil evaluasi hari kedua tanggal 27 januari 2021 diagnosis pertama yaitu data subjektif klien mengatakan nyeri menurun menjadi skala 3 setelah operasi nyeri berkurang. Data objektif kesadaran composmentis, klien masih menahan nyeri, klien kooperatif, P : nyeri timbul saat melakukan pergerakan, Q : seperti tertusuk R : perut bagian bawah, S : skala 3 dari 1-10, T : hilang timbul, TD : 116/72 mmHg, Nadi : 81x/menit, RR : 18x/menit, Suhu : 36°C. Assesment masalah teratasi sebagian. Planning lanjutkan intervensi 2,4,6. Hasil evaluasi diagnosa kedua yaitu data subjektif klien mengatakan terpasang selang urine, klien mengatakan sudah habis minum air mineral 2 botol sedang. Data objektif urine kemerahan, urine sekitar 750cc, klien kooperatif, Tekanan darah : 116/72 mmHg, Nadi : 81x/menit, RR : 18x/menit, Suhu : 36°C. Assesment masalah teratasi sebagian. Planning lanjutkan intervensi 3,6. Hasil evaluasi diagnosa ketiga yaitu data subjektif klien mengatakan bersyukur karena operasinya berjalan lancar dan berharap lukanya segera sembuh. Data objektif klien lebih rileks, bedrest, Tekanan darah : 116/72 mmHg, Nadi : 81x/menit, RR : 18x/menit, Suhu : 36°C. Assesment masalah teratasi sebagian. Planning pertahankan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa keempat yaitu data subjektif klien mengatakan mengerti cara cuci tangan yang benar handrub dan handwash, klien mengatakan mengerti etika batuk yang benar. Data objektif klien mempraktekan etika batuk yang benar, klien kooperatif, Tekanan darah : 116/72 mmHg, Nadi : 81x/menit, RR : 18x/menit, Suhu : 36°C. Assesment masalah teratasi sebagian. Planning lanjutkan intervensi 1,2,3,4,8,9.

Hasil evaluasi hari ketiga tanggal 28 januari 2021 diagnosis pertama yaitu data subjektif klien mengatakan skala nyeri turun skala 2 dari 1-10, klien mengatakan bersedia di beri obat,

klien membaik. Data objektif klien tampak tenang, gelisah menurun, P : nyeri sudah berkurang, Q : seperti tertusuk, R : pada perut bagian bawah, S : skala 2 dari 1-10, T : hilang timbul, TD: 130/70 mmHg, Nadi : 80x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36°C. Assesment masalah teratasi. Planning hentikan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa kedua yaitu data subjektif pasien menyatakan bisa tidur nyenyak dan sudah tidak ada hambatan berkemih atau nyeri saat berkemih. Data objektif urine kuning bening sekitar 800cc, klien kooperatif, TD : 130/70 mmHg, Nadi : 80x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36°C. Assesment masalah teratasi. Planning pertahankan intervensi edukasi minum air putih 8 gelas/ 2,5 liter per hari untuk mencegah kekambuhan. Hasil evaluasi diagnosis ketiga yaitu data subjektif klien mengatakan senang besok rencana sudah di perbolehkan pulang. Data objektif klien tampak tenang, Tekanan darah : 130/70 mmHg, Nadi : 80x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36°C. Assesment masalah teratasi. Planning hentikan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa keempat yaitu data subjektif klien mengatakan makan yang di berikan dari rumah sakit selalu di habiskan serta tadi malam dapat tidur dengan nyenyak, klien mengatakan bersedia di lakukan perawatan luka. Data objektif tidak terdapat kemerahan pada area luka, tidak ada nanah, luka mulai kering, Tekanan darah 130/70 mmHg, Nadi : 80x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36°C. Assesment masalah teratasi sebagian. Planning lanjutkan intervensi 1,4,8.

Hasil evaluasi hari keempat tanggal 29 januari 2021 diagnosis keempat yaitu data subjektif klien mengatakan bersyukur malam ini sudah boleh pulang dan akan melakukan saran dari perawat untuk memenuhi asupan nutrisi dan minum air putih 8 gelas per hari. Data objektif klien tampak rileks, luka kering, luka tidak ada kemerahan dan nanah, Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 72x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36,1°C. Asessment masalah teratasi. Planning pertahankan intervensi cuci tangan, etika batuk, asupan nutrisi dan minum air putih 8 gelas per hari.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB IV ini penulis membahas hasil analisa kasus mengenai asuhan keperawatan pada Tn. D dengan Batu buli yang telah disesuaikan dengan teori yang didapat. Asuhan keperawatan pada Tn. D ini dikelola selama 5 hari pada tanggal 25 januari 2021 sampai dengan 29 januari 2021.

Pada BAB IV ini membahas tentang kendala dan hambatan yang di dapat oleh penulis selama memberikan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan Batu buli dengan memperhatikan aspek keperawatan antara lain pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan/intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Berdasarkan dari hasil pengkajian penulis menemukan 4 diagnosa yaitu :

A. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan nyeri perut bagian bawah, tampak meringis, klien protektif, dan gelisah.

Menurut (SDKI, 2017), Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berlangsung kurang dari tiga bulan, memiliki onset yang cepat atau tertunda, dan berkisar dari ringan hingga berat. Diagnosis Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan nyeri perut bagian bawah, tampak meringis, klien protektif, dan gelisah penulis mengangkat diagnosa tersebut karena dalam pengkajian didapatkan pasien nyeri. Batasan karakteristik dalam buku standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) di dapatkan gejala dan tanda mayor disubjektif mengeluh nyeri sedangkan diobjektifnya yaitu tampak meringis, bersikap protektif, dan gelisah sudah memenuhi syarat 80% dari data tanda dan gejala mayor.

Alasan penulis mengangkat diagnosis nyeri akut karena pada waktu pengkajian didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah sedangkan data objektifnya pasien tampak meringis menahan nyeri, bersikap protektif, tampak gelisah, pengkajian PQRST sebagai berikut : P: nyeri karena adanya batu kandung kemih, Q: nyeri seperti tertusuk, R: pada perut bagian bawah, S: skala nyeri 4 dari 1-10, T: hilang timbul. TD: 128/80mmHg, Nadi: 84x/menit, RR: 22x/menit, Suhu: 37°C. Adapun untuk etiologinya adalah agen pencedera fisiologis karena pasien mengeluh perut bagian bawah terasa nyeri. Penulis memprioritaskan diagnosa nyeri akut sebagai yang pertama karena Nyeri seringkali merupakan peringatan bahwa ada sesuatu yang salah secara fisiologis, mendorong seseorang untuk

mencari bantuan (Syamsiah & Muslihat, 2015). Nyeri adalah masalah berat yang perlu ditangani dan diatasi dengan menawarkan rasa nyaman, aman, dan bahkan pereda nyeri. (Syamsiah & Muslihat, 2015).

Intervensi keperawatan yang penulis tetapkan untuk mengatasi masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan tampak meringis, protektif, dan gelisah. Penulis menyusun beberapa rencana tindakan keperawatan yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka nyeri akut menurun. Kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, skala nyeri menurun skala 0-2 dari 1-10. Adapun intervensi keperawatan sebagai berikut : Checking the pain scale on a scale of 1-10, managing the room that aggravates pain, using non-pharmacological pain-relieving strategies (deep breathing, relaxation techniques, and warm compresses), encouraging rest and sleep, and delivering analgesic options. Analgesik merupakan pengobatan nyeri yang paling umum (Krisnadi, 2019). Pembunuh rasa sakit bukan satu-satunya hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi keparahan rasa sakit. Relaksasi pernapasan dalam terbukti menghasilkan hasil yang cukup besar dalam pengurangan nyeri, menurut hasil penelitian (Mujahidin, 2018). Sinyal dikirim ke hipotalamus melalui sumsum tulang belakang ketika kompres hangat diterapkan ke area tubuh. Sistem efektor memberikan sinyal yang menyebabkan vasodilatasi perifer ketika reseptor peka panas di hipotalamus dipicu. Perubahan ukuran pembuluh darah akan meningkatkan sirkulasi oksigen, menghindari kejang otot, memberikan rasa hangat, dan membuat otot bisep lebih kuat. Mengapa nyeri yang dialami klien pada kasus vesikolitiasis ini terasa begitu mengganggu? Karena nyeri ditimbulkan oleh benda asing pada kandung kemih klien, yang dapat menimbulkan gesekan dengan lumen pada kandung kemih yang berisi saraf yang menyampaikan rangsangan nyeri ke kandung kemih. pikiran (Bakhtiar, 2016).

Penulis dalam melakukan implementasi sudah sama dengan intervensi yang di tetapkan. Penulis bisa melakukan semuanya karena klien bekerjasama. Pasien tampak serius mendengarkan penjelasan yang di berikan dan aktif saat penulis melakukan implementasi.

Evaluasi yang dilakukan penulis setelah melakukan tindakan keperawatan ditemukan data pasien mengatakan rasa sakit perutnya area bawah sudah mulai berkurang skala nyeri menurun skala 2 dari 1-10 dan klien membaik. Dengan pengkajian PQRST sebagai berikut : P: nyeri sudah berkurang, Q: nyeri seperti tertusuk, R: pada perut bagian bawah, S: skala 2 dari 1-10, T: hilang timbul. Tekanan darah : 130/70 mmHg, Nadi : 80x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 36°C. Berdasarkan capaian kriteria hasil yang sudah di tetapkan masalah nyeri teratasi karena didapatkan data pasien mengatakan mengatakan rasa sakit perutnya area bawah sudah mulai berkurang skala nyeri menurun skala 2 dari 1-10 dan klien membaik.

B. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih dibuktikan dengan klien mengatakan berkemih seperti terbakar, klien mengatakan sering berkemih namun tidak tuntas dan menetes diakhir, pola berkemih berubah sedikit-sedikit, warna urine kuning keruh sekitar 500cc/11jam, hasil pemeriksaan radiologi abdomen ada batu di vesika, adanya tekanan kandung kemih skala nyeri 4 dari 1-10.

Menurut (SDKI, 2017), Gangguan eliminasi urine merupakan disfungsi eliminasi urine.

Diagnosis gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih dibuktikan dengan pasien menyatakan kencing seperti terbakar, pasien menyatakan sering kencing 3-5x lebih tapi tidak tuntas dan netes diakhir, pola berkemih berubah sedikit-sedikit, warna urine kuning keruh sekitar 500cc/11jam, hasil pemeriksaan radiologi abdomen ada batu di vesika, adanya tekanan kandung kemih skala nyeri 4 dari 1-10. Batasan karakteristik dalam buku Standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) didapatkan gejala dan tanda mayor subjektif desakan berkemih, urine menetes, sering buang air kecil sedangkan objektif distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas, volume residu urine meingkat. Pengambilan diagnosa sudah pas karena sudah memenuhi 80% dari data tanda dan gejala mayor.

Alasan penulis mengangkat diagnosis gangguan eliminasi urine karena waktu pengkajian didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan berkemih seperti terbakar, klien mengatakan sering berkemih 3-5x lebih namun tidak tuntas dan menetes diakhir dan data objektif pola berkemih berubah sedikit-sedikit, warna urine kuning keruh sekitar 500cc/11jam, hasil pemeriksaan ultrasonografi abdomen ada batu di vesika dan ureter, adanya tekanan kandung kemih skala nyeri 4 dari 1-10, TD: 128/80 mmHg, Nadi: 84x/menit, RR: 22x/ menit, Suhu: 37°C.

Intervensi keperawatan yang penulis tetapkan untuk mengatasi masalah gangguan eliminasi urine. Penulis menyusun beberapa rencana tindakan keperawatan yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam berkemih kembali normal. Kriteria hasil nyeri saat berkemih berkurang, berkemih tidak menetes, pola berkemih kembali normal. Adapun intervensi keperawatan yang ditetapkan oleh penulis sebagai berikut identifikasi tanda dan gejala retensi urin atau inkontinensia urin menentukan penyebab retensi atau inkontinensia urin, awasi pengeluaran urin Anda, anjurkan minum yang cukup, kurangi minum sebelum tidur jika tidak ada kontraindikasi, dukung penggunaan toilet/pispot/urinal secara konsisten, sediakan alat bantu (kateter eksternal, urinal), jika perlu, anjurkan berkemih secara rutin, kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu, rencanakan program vesicolitotomy. Memotivasi untuk minum sehari 8 gelas air putih untuk klien dengan masalah gangguan eliminasi urine karena batu buli/kandung kemih sangat penting untuk Mempertahankan aliran cairan yang

stabil ke mukosa kandung kemih mengurangi ketidaknyamanan, sementara hidrasi yang tepat meningkatkan pengenceran urin dan membantu lewatnya batu (Indrawati, 2013). Vesicolithotomy adalah operasi medis yang membuka dan mengeluarkan batu dari kandung kemih sehingga aliran urin pasien tidak terganggu. (Krisnadi, 2019).

Penulis dalam melakukan implementasi sudah sama dengan intervensi yang di tetapkan. Penulis telah melakukan semua karena klien kooperatif. Klien tampak serius mendengarkan dan melakukan sesuai dengan intervensi penulis.

Evaluasi yang dilakukan penulis setelah melakukan tindakan keperawatan ditemukan data klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak dan sudah tidak ada hambatan berkemih atau nyeri saat berkemih, urine kuning bening sekitar 800cc sehingga masalah sudah teratasi dan penulis mempertahankan intervensi edukasi untuk minum air putih sehari 8 gelas/2,5 liter untuk mencegah kekambuhan dan terbentuknya batu disaluran kemih kembali karena jika kurang minum terjadi supersaturasi bahan pembentuk batu di air kencing bisa terjadi akibat pembentukan kristalisasi (Indrawati, 2013).

C. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan klien mengatakan takut untuk operasi pertama kalinya, gelisah, tekanan darah 128/80mmHg, nadi 84x/menit, RR 22x/menit, tampak tegang.

Kecemasan menurut SDKI, 2017 adalah keadaan emosi dan pengalaman subjektif seseorang terhadap hal-hal yang tidak jelas dan khusus karena antisipasi bahaya, sehingga memungkinkan mereka mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman.

Alasan mengangkat diagnosis ini menjadi diagnosis ketiga karena waktu pengkajian didapatkan data yang subjektif yaitu pasien menyatakan takut dioperasi pertama kalinya sedangkan data objektifnya klien tampak gelisah, klien tampak tegang, mengeluh masih takut operasi, TD 128/80, nadi 84x/menit, RR 22x/menit, Suhu 37°C. Data tersebut sesuai dengan gejala dan tanda mayor di dalam buku standar diagnosa keperawatan Indonesia.

Intervensi keperawatan yang penulis tetapkan untuk mengatasi masalah ansietas ini penulis menyusun beberapa rencana tindakan keperawatan yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka cemas berkurang. Kriteria hasil gelisah berkurang, ungkapan cemas berkurang. Adapun intervensi keperawatan yang diterapkan oleh penulis sebagai berikut kaji tanda ansietas, motivasi pasien untuk mengungkapkan kecemasan yang dirasakan, dengarkan dengan penuh perhatian dan jawab pertanyaan sesuai kebutuhan klien, mengajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk mengurangi kecemasan. Terapi relaksasi nafas dalam memiliki dampak yang signifikan terhadap penurunan kecemasan pada pasien pra

operasi. (Berticarahmi, 2019). Ini menunjukkan bahwa relaksasi pernapasan dalam dapat membantu Anda tenang sebelum operasi. (Berticarahmi, 2019).

Penulis dalam tindakan sudah sama dengan rencana yang ditetapkan. Penulis telah melakukan semuanya karena klien kooperatif. Klien tampak serius mendengarkan yang disampaikan perawat dengan baik dan mempraktekkan saat perawat intervensi.

Evaluasi yang dilakukan penulis setelah melakukan tindakan keperawatan pada masalah ansietas teratasi, didapat respon klien data subjektif pasien menyatakan bisa lega setelah melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam, pasien bersyukur operasinya berjalan lancar, klien mengatakan senang besok sudah diperbolehkan pulang, dan data objektif klien tampak tenang. Sehingga penulis menghentikan intervensi.

D. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Menurut (SDKI, 2017), Risiko infeksi merupakan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Diagnosis risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif sesuai dengan faktor risiko didalam buku standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI) dan didapat respon klien data subjektif klien mengatakan ada luka jahitan di perut bagian bawah setelah operasi sedangkan data objektif terdapat luka jahitan balutan kasa dan terpasang vakum drainase post operasi, tekanan darah 116/72 mmHg, nadi 81x/menit, RR 18x/menit, Suhu 36°C.

Intervensi keperawatan yang penulis tetapkan untuk mengatasi masalah risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Penulis menyusun beberapa rencana tindakan keperawatan yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam maka risiko infeksi menurun. Kriteria hasil mencegah terjadinya penyebaran infeksi, kebersihan tangan dan badan klien, nafsu makan baik, pengetahuan klien tentang infeksi meningkat. Adapun intervensi keperawatan yang ditetapkan penulis sebagai berikut Batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan luka atau ganti balutan secara teratur, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien, pertahankan teknik aseptik, ajarkan cara mencuci tangan yang benar, ajarkan etika batuk, anjurkan peningkatan nutrisi dan cairan asupan, berkolaborasi dalam pemberian antibiotik (Prasetyo, 2018). Setelah operasi, luka biasanya dibalut dengan betadine atau kasa NaCl dan kemudian dikemas dengan kasa kering (Prasetyo, 2018). Selain itu, nutrisi memainkan peran penting dalam penyembuhan luka, karena nutrisi yang tidak mencukupi dapat menghambat proses penyembuhan dan berpotensi menyebabkan infeksi. (Supriyanto, 2014).

Penulis dalam tindakan sudah sama dengan rencana yang ditetapkan. Penulis telah melakukan semuanya karena pasien kooperatif. Klien tampak serius mendengarkan dan mempraktekkan apa yang diajarkan penulis.

Adapun hasil evaluasi masalah sudah teratasi didapat data subjektif klien mengatakan bersyukur sudah boleh pulang dan akan melakukan saran dari perawat untuk memenuhi asupan nutrisi dan sehari minum 8 gelas air putih sedangkan data objektif pasien tampak rileks, luka kering tidak ada kemerahan dan nanah, TD 120/80mmHg, nadi 72x, RR 20x, suhu 36,1°C. Sehingga penulis mempertahankan intervensi edukasi untuk mencukupi asupan nutrisi dan cairan, cuci tangan, dan etika batuk.



BAB V

PENUTUP

Mulai 25 hingga 29 Januari 2021, asuhan keperawatan akan diberikan selama lima hari. Tahap selanjutnya dalam penyusunan kajian ilmiah ini adalah menarik temuan dan memberikan rekomendasi bagi pemberi asuhan keperawatan khususnya pada kasus batu kandung kemih. Pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi semuanya termasuk dalam diskusi kasus.

A. Simpulan

1. Batu buli merupakan batu menyimpang yang memiliki komponen kristal dan matriks organik di saluran kemih, terutama di kandung kemih atau kandung kemih yang bisa menghambat ketika seseorang berkemih.
2. Pengkajian
Pada saat melakukan pengkajian penulis sudah berusaha melakukan pengkajian dengan baik melibatkan identifikasi klien, riwayat penyakit saat ini, riwayat masa lalu, dan studi tentang pola fungsional. Temuan penulis mengungkapkan bahwa klien mengalami nyeri di daerah perut bagian bawah, meringis dan gelisah, bahwa klien melindungi daerah nyeri, bahwa klien buang air kecil seperti terbakar, bahwa klien sering buang air kecil tapi tidak seluruhnya, dan bahwa klien menetes di akhir, adanya tekanan di kandung kemih, pola berkemih berubah sedikit-sedikit, hasil pemeriksaan foto abdomen radiologi ada batu di vesika, klien takut untuk operasi pertama kalinya, tampak tegang, adanya luka jahitan post operasi.
3. Diagnosis
Diagnosis keperawatan diambil berdasarkan dengan keluhan dan hasil pemeriksaan yang didapatkan. Diagnosis keperawatan yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan klien mengatakan nyeri di area perut bagian bawah, klien tampak meringis, gelisah, melindungi area nyeri dengan tangan. Diagnosis keperawatan kedua adalah gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih dibuktikan dengan klien mengatakan berkemih seperti terbakar, klien mengatakan sering berkemih tidak tuntas dan menetes diakhir, pola berkemih berubah sedikit-sedikit, hasil pemeriksaan foto abdomen

radiologi ada batu di vesika. Diagnosis ketiga adalah ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan klien mengatakan takut untuk operasi pertama kalinya, gelisah, tampak tegang. Diagnosis keempat adalah risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

4. Intervensi

Rencana keperawatan yang telah disusun dengan hasil tujuan yang dicapai dan rencana tindakan keperawatan ini telah sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Adapun didalamnya memuat observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

5. Implementasi

Implementasi ini dilakukan selama 3x8 jam, tindakan yang dilakukan sudah sesuai dengan perencanaan yang disusun.

6. Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, didapatkan bahwa evaluasi keempat masalah teratasi dan menghentikan intervensi dan juga mempertahankan intervensi edukasi. Dalam penulisan KTI penulis belum mencantumkan bahwa pada tanggal 26 januari 2021 jam 07.00 wib klien melakukan cuci darah.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Menjadikan karya tulis ilmiah agar institusi pendidikan diharap bisa meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan dengan kasus batu buli.

2. Bagi profesi

Mempertahankan asuhan keperawatan yang telah sesuai dengan standar prosedur yang ada.

3. Bagi lahan praktek

Mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

4. Bagi masyarakat

Untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat untuk melakukan pola hidup yang sehat dan mencegah penyakit batu buli.

DAFTAR ISI

- Bakhtiar, A. S. (2016). *ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN: NYERI PADA NY. S DI BANGSAL BAROKAHRSU PKU MUHAMADIYAH GOMBONG*.
- Berticarahmi, P. (2019). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PRE OPERASI PROSTATEKTOMI DENGAN MASALAH KEPERAWATAN ANSIETAS MENGGUNAKAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM DAN DISTRAKSI LIMA JARI. Kesehatan Panca Bhakti LamPung, VII(1), 1–7.*
- Budiarti, N. Y., Puspitasari, M. T., & Rahmawati, A. (2020). *NURSING CARE IN CLIENT STONE BLUE CHANNEL WITH ACUTE PAIN (Study In The Melati Space General Hospital Bangil Pasuruhan Area) Introduction Urinary stones are still one of the most common health problems in the urology department . On the client ' s urina. Jurnal Keperawatan, 1(1), 3.*
- Destania, C., & Agustina, W. (2016). *Nursing care in patients post-op surgical in A bladder stone disease (vesikolitiasis) Mr. A) at room 17 in The Hospital of dr. Saiful Anwar Malang). 1–10.*
- Indrawati, N. (2013). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.I DENGAN BATU SALURAN KEMIH DI LANTAI 5 BEDAH RSPAD GATOT SUBROTO. FIK UI, 1–74.*
- Krisnadi, D. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Vesikolitotomi Dengan Nyeri Akut Di Ruang Topaz Rumah Sakit Umum Daerah Dr Slamet Garut.*
<http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1135>
- Manurung, S., Nuraeni, A., Lestari, T. R., Soleha, I., Nurhaeni, H., Paulina, K., & Rahmawaty, E. (2013). *Pengaruh Tehnik Pemberian Kompres Hangat Terhadap Perubahan Skala Nyeri Persalinan Pada Klien Primigravida dan Puskesmas Cilandak Jakarta Selatan. Health Quality, 4(1), 1–8.*
- Mardiyah, S. (2018). *Modul Ajar Konsep Dasar Keperawatan. 70.*
[http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/665/1/MODUL_AJAR_KONSEP_DASAR_KEPERAWATAN II.pdf](http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/665/1/MODUL_AJAR_KONSEP_DASAR_KEPERAWATAN_II.pdf)
- Muttaqin. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan. Salemba Medikal., 6–35.*
- Prasetyo, E. (2018). *PROSIDING HEFA (Health Events for All). Menuju Masyarakat Hidup Sehat dan Sejahtera dengan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS).*
- Rasyid, N., Wirya, G., Duarsa, K., Atmoko, W., Noegroho, B. S., Daryanto, B., Soebhali, B., Kadar, D. D., Soebadi, D. M., Hamiseno, D. W., Myh, E., Satyagraha, P., Birowo, P., Monoarfa, R. A., Pramod, S. V., & Warli, S. M. (2018). *Panduan Penatalaksanaan Klinis Batu Saluran Kemih. Ikatan Ahli Urologi Indonesia (IAUI).*
- SDKI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.).*
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.).*
- Silla, H. M. V. (2019). *KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN.S L DENGAN DIGNOSA MEDIS BATU SALURAN KEMIH DI RUANG INSTLANSI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT UMUM PROF.DR. W.Z YOHANNES KUPANG Karya. 1–60.*
- Supriyanto. (2014). *PERAWATAN LUKA DENGAN SOFRATULLE PADA PASIEN POST OPERASI*

VESIKOLITHOTOMY HARI KE VII DI RUANG DAHLIA RUMAH SAKIT UMUM RA.
KARTINI JEPARA. 1(1), 26–33.

Syamsiah, N., & Muslihat, E. (2015). *PENGARUH TERAPI RELAKSASI AUTOGENIK TERHADAP TINGKAT NYERI AKUT PADA PASIEN ABDOMINAL PAIN DI IGD RSUD KARAWANG*. III(1), 11–17.

Wiryanatha, A. A. G. O., Rastu, G., & Mahartha, A. (2019). *Batu Buli-buli pada Anak*. 46(4), 280–282.



LAMPIRAN



Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN PEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB

NIDN : 06-2006-8504

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang sebagai berikut:

Nama : Kukuh Ramadhan

NIM : 40901800047

Judul KTI : Asuhan keperawatan Pada Tn.D Dengan Batu buli di Ruang Baitulsalam 1 Rumah Sakit Islam sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.



Semarang, 1 juni 2021
Pembimbing

Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB
NIDN. 06-2006-8504

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB

NIDN : 06-2006-8504

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK UNISSULA Semarang sebagai berikut:

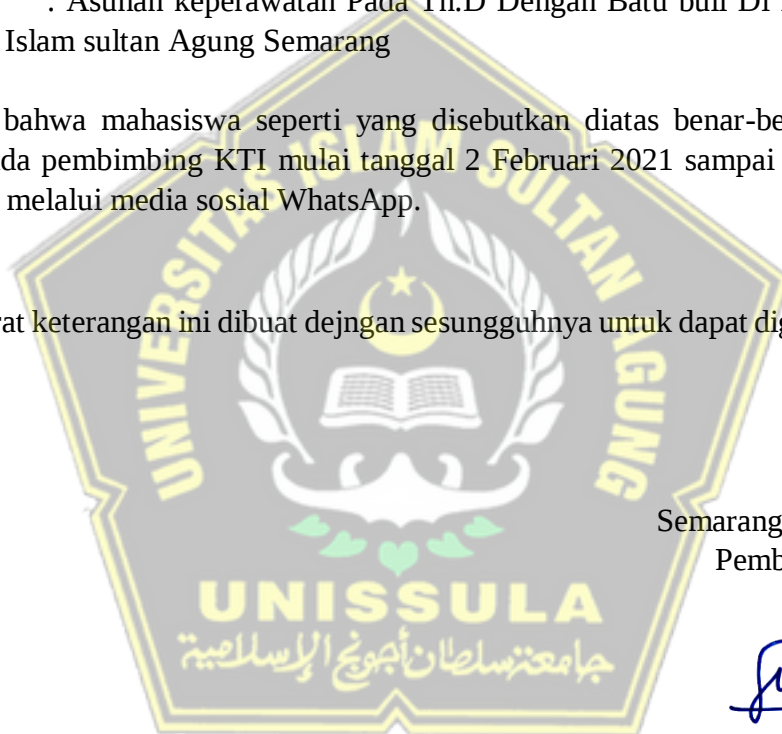
Nama : Kukuh Ramadhan

NIM : 40901800047

Judul KTI : Asuhan keperawatan Pada Tn.D Dengan Batu buli Di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 2 Februari 2021 sampai dengan 20 Mei 2021 secara online melalui media sosial WhatsApp.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.



Semarang, 1 juni 2021
Pembimbing

Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB
NIDN. 06-2006-8504

Lampiran 3

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS
ILMIAH**

MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN

FIK UNISSULA

2021

NAMA MAHASISWA : KUKUH RAMADHAN

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.D
DENGAN BATU BULI DI RUANG BAITUSALAM 1 RUMAH
SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

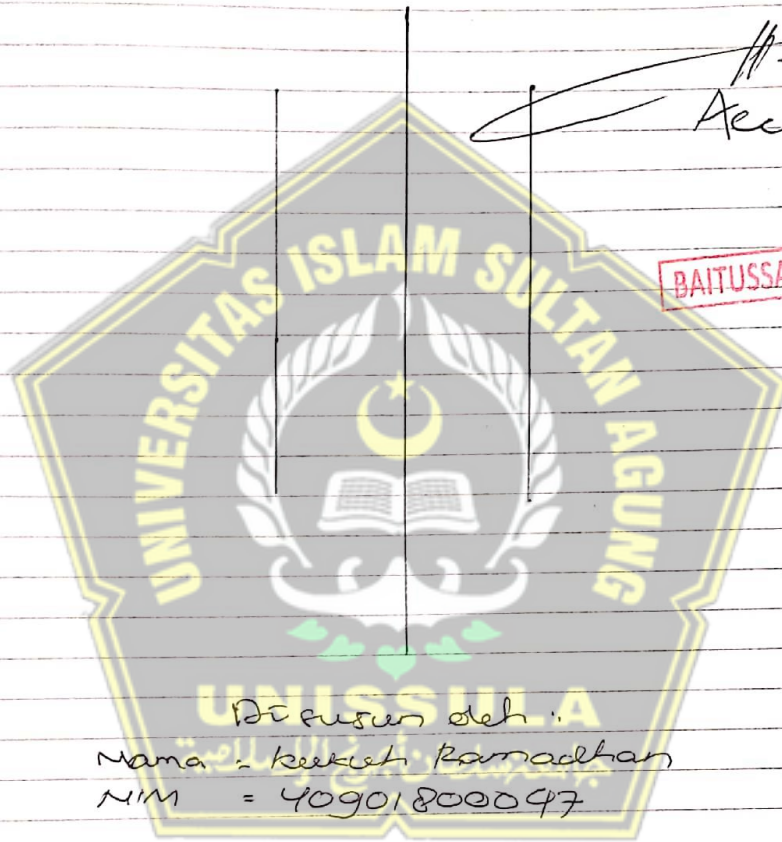
PEMBIMBING : Ns. SUYANTO, M.Kep, Sp.Kep, MB

HARI/TANGG AL	MATERI KONSULTA SI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBIN G
2 februari 2021	Kasus KTI	-	
8 maret 2021	Konsul BAB I & II	- Judul dilengkapi - Hapus background - Sekalian lanjut BAB III	
5 April 2021	Konsul BAB I-III	- Lanjut BAB IV - BAB IV dijelaskan mulai pengkajian, diagnosis, intervensi, implemen tasi dan evaluasi	

10 Mei 2021	Revisi BAB I-III dan Konsul BAB IV-V	-	
20 Mei 2021	Acc	Cek turnitin	



LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN
PADA TN. D DENGAN "BATU BULI"
DI RUANG BAITUSSALAM 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG



DS KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
2021

A. Pengkajian keperawatan

1. Data umum

a. Identitas

1.) Identitas klien

Nama : Tr. D
Umur : 57 tahun
Jenis kelamin : laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Suku/bangsa : Jawa/Indonesia
Alamat : Rembang
Diagnosa medis : Batu buli
Tanggal dan jam masuk : 25 Januari 2021 jam 08.00 WIB

2.) Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. H
Jenis kelamin : perempuan
Umur : 49 tahun
Agama : Islam
Suku/bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : SD
Pekerjaan : -
Alamat : Rembang
Hubungan dengan klien : Istri

b. Keluhan utama :

klien mengatakan nyeri pada area perut bawah

c. Status kesehatan saat ini

- Alasan masuk rumah sakit :

Saat masuk rumah sakit klien mengatakan nyeri pada area perut bawah, kesulitan saat BAK di sertai dengan badan menggigil, dan diare.

- faktor penegetur :

adanya batu di kandung kemih

- lamanya keluhan :

klien mengatakan sebenarnya sudah

punya riwayat batu kandung kemih sudah 5 tahun yang lalu, namun takut untuk operasi.

- Terbulunya keluhan : mendadak

- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi :

klien mengatakan istirahat sebentar atau tidur

- faktor yang memperberat : nyeri yang dirasakan klien

d. Riwayat kesehatan lalu

1.) Penyakit yang pernah dialami :

klien mengatakan tidak ada

2.) Kecelakaan : klien mengatakan tidak pernah.

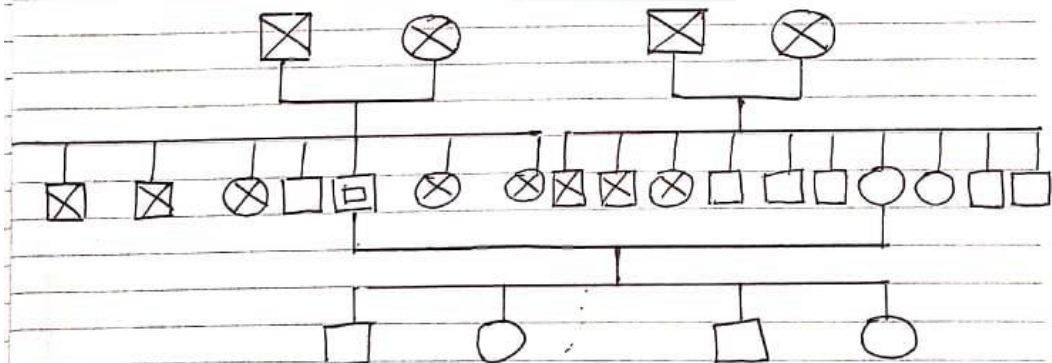
3.) pernah dirawat : klien mengatakan 5 tahun lalu pernah dirawat di RSU Rembang dengan penyakit batu kandung kemih namun takut untuk operasi. kemudian pernah dirawat di RSJ Rembang dan dirujuk ke RSJ Sultan Agung Semarang.

4.) Alergi : klien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap obat, makanan, maupun minuman

5.) Imunisasi : tidak lengkap

e. Riwayat kesehatan keluarga

1.) Susunan kesehatan keluarga



keterangan :

□ → laki-laki

○ → perempuan

◻ → klien

X → Meninggal

└ → pasangan

suami istri

┘ → anak

2.) penyakit yang pernah di derita anggota keluarga : klien mengatakan tidak ada

3.) penyakit yang sedang di derita keluarga klien : klien mengatakan keluarganya sehat semua.

f. Riwayat kesehatan keluarga

1) kebersihan rumah dan lingkungan klien mengatakan rumahnya bersih ya setiap hari di rapu dan di rapikan

2) kemungkinan terjadinya bahaya klien mengatakan tidak ada

2. Pola kesehatan fungsional (Data fokus)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Menjelaskan tentang pola yang di patani pasien tentang kesehatan & bagaimana kesehatanya di kelola.

- sebelum sakit : klien mengatakan pentingnya menjaga kesehatan dengan makan teratur dan istirahat yang cukup
- selama di rawat : klien mengatakan harus lebih menjaga kesehatan baik itu makan - makanan yang bergizi dan segera berobat ke layanan kesehatan saat sakit.

2. persepsi klien tentang kesehatan diri

- sebelum sakit : klien mengatakan belum mengetahui tentang penyakit nya saat ini dan takut untuk operasi.
- selama di rawat : klien mengatakan saat di rawat kurang mengerti penyakit yang di alami.

3. pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakit dan perawatannya

- sebelum sakit : klien mengatakan tidak tahu penyebabnya dan perawatannya karena sering nyeri perut bagian bawah
- selama di rawat : klien mengatakan masih belum mengerti penyebab yang harus dilakukan dalam perawatan dan menjaga hidup sehat agar tidak kambuh lagi.

4. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan :

- sebelum sakit : klien mengatakan tidak terlalu paham menjaga kesehatan cukup menjaga kebersihan, makan teratur, minum air putih, dan istirahat yang cukup.
- selama di rawat : klien mengatakan minum obat yang di berikan agar segera sembuh dan alhamdulillah operasi saya berjalan lancar.

5. kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan

- sebelum sakit : klien mengatakan apabila sakit berobat ke puskesmas kecamatan di dekat rumahnya
- selama di rawat : klien mengatakan sudah konsultasi kepada perawat dan dokter.

6. kebiasaan hidup

- sebelum sakit : klien mengatakan merokok dan jarang olahraga namun tiap hari rutinitas bekerja sebagai petani.
- selama di rawat : klien mengatakan istirahat, minum obat, dan makan minum.

7. faktor sosioekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- sebelum sakit : klien mengatakan alhamdulillah ekonominya cukup apabila sakit berobat ke puskesmas
- selama di rawat : klien mengatakan selama di rawat di RS/ sebagai pasien

umum.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1.) Pola makan

- sebelum sakit : klien mengatakan dalam sehari makan 3-4 kali (dengan nasi, sayur, dan lauk pauk)
- saat di rawat : klien mengatakan dalam sehari makan 3x (nasi, sayur, lauk) diet uremi.

2. klien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan tertentu.

3. Apakah keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan/minum, klien mengatakan sebelum operasi makanya sedikit namun setelah operasi sudah mulai makan teratur

4. Adakah keyakinan atau kebudayaan yang di anut mempengaruhi diet : klien mengatakan tidak ada

5. Kebiasaan mengonsumsi vitamin/obat nafsu makan : klien mengatakan tidak pernah minum obat atau vitamin penambah nafsu makan.

6. keluhan dalam makan : klien mengatakan nafsu makan menurun karena nyeri yang di rasakan

7. Adakah keluhan anoreksia : tidak ada

8. Bagaimana keluhan menelan dan mengunyah : klien mengatakan tidak ada

9. Adakah keluhan mual/muntah : klien mengatakan tidak ada

10. Adakah penurunan berat badan : tidak ada

11. pola minum : klien mengatakan minum teh dan air putih 8 gelas dalam sehari

12. Berapa cairan output yang masuk dalam sehari : 1000 ml/hari

13. Adanya keluhan demam : tidak ada

c. Pola Eliminasi :

a. Pola BAB :

- Sebelum sakit = 1-2x sehari dengan warna kuning konsistensi lembek
- Selama di rawat : 1-3x sehari dengan warna kuning konsistensi ampas cair

b. Pola BAK :

- Sebelum sakit : 1-4x sehari warna kuning
- Selama di rawat : 3-5x lebih dalam sehari warna kuning keruh. klien mengatakan berkemih sering namun tidak lancar dan menetes di akhir serta klien mengatakan ketika berkemih seperti terbakar. Dalam 11 jam urine sekitar 500cc.

d. pola latihan dan aktifitas

- klien mengatakan bekerja sebagai petani dan tidak ada masalah aktifitas

e. pola istirahat dan tidur

- klien mengatakan sehari tidur 2x yakni siang lamanya 1-2jam dan malam lamanya 7-8jam

f. pola kognitif - perseptual sensori

- klien mengatakan tidak ada masalah penglihatan dan pendengaran
- klien mengatakan kadang sering lupa, bicara dengan lancar dan dapat memahami pesan yang di terima.
- klien mengatakan setelah operasi merasa pusing
- persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan P, Q, R, S, T

P = adanya batu kandung kemih / buli

Q = seperti tertusuk

R = nyeri pada perut bagian bawah

S = skala 4 dari 1-10

T = Hilang - timbul

- d. Pola persepsi diri dan konsep diri
- klien mengatakan ~~setengahnya~~ takut untuk operasi yang pertama kalinya
 - klien mengatakan selama dirawat ingin segera sembuh dengan dukungan istrinya.

- e. Pola mekanisme coping
- klien mengatakan mengambil keputusan sendiri dalam memutuskan masalah
 - klien mengatakan apabila nyeri di buat tidur / istirahat

- f. Pola seksual - reproduktif
- klien mengatakan tidak permasalahan seksual

- g. Pola peran - berhubungan dengan orang lain
- klien mengatakan hubungannya dengan keluarga dan orang lain baik
 - klien mengatakan orang yang terdekat istrinya
 - klien mengatakan mampu memahami peran orang lain dan lancar berkomunikasi

- h. Pola nilai dan kepercayaan
- klien mengatakan saat beribadah sholat 5 waktu
 - klien mengatakan tidak ada pertentangan nilai / keyakinan / pengabdian selama di rawat

3. Pemeriksaan fisik (Head to toe)

- a. kesadaran : Composmentis
- b. perampilan : klien tampak lemas
- c. Vital sign
- | | 26/1-21 | 27/1-21 | 28/1-21 | 29/1-21 |
|--------|----------|---------|---------|---------|
| - TD | = 128/80 | 116/72 | 130/70 | 120/80 |
| - Nadi | = 84x | 81x | 80x | 72x |
| - RR | = 20x | 18x | 20x | 18x |
| - Suhu | = 37°C | 36°C | 36°C | 36,1°C |
- d. kepala : mesocephal, simetris, tidak ada benjolan saat diraba,

rambut hitam beruban.

e. Mata : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak menggarakan alat bantu.

f. Hidung : bersih, tampak simetris, tidak ada lesi

g. Telinga : bersih, simetris, tidak ada gangguan pendengaran

h. Mulut dan tenggorokan : tidak ada kesulitan bicara, tidak ada benjolan di leher, gigit bersih.

i. Dada

- jantung :

inspeksi : simetris

palpasi : tidak teraba benjolan

perkusi : bunyi sonor

auskultasi : terdengar suara lup dup

- paru-paru :

inspeksi : simetris, dada kanan - kiri

palpasi : tidak ada krepitasi

perkusi : bunyi sonor

auskultasi : suara vesikuler

j. Abdomen :

inspeksi : simetris

palpasi : terdapat nyeri tekan perut bagian bawah

perkusi : tympani

auskultasi : bunyi peristaltik, bising usus 10x/menit

k. Genitalia : bersih, tidak ada luka

L. Ekstremitas atas dan bawah

- kulit bersih, warna sawo matang, tidak ada edema, Capillary refill < 3 detik, pergoresan normal

M. Kulit : bersih, sawo matang, turgor baik

4. Data penunjang

a Hasil pemeriksaan penunjang

1.) pemeriksaan Laborat 25/11/2021

Jam 13:49 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	ket
Hematologi				
Darah rutin				
Hemoglobin	9,6	13,2 - 17,3	g/dL	
Hematokrit	27,4	33,0 - 45,0	%	
Leukosit	17,48	3,80 - 10,60	Rbu/H	
Trambosit	277	150 - 440	Rbu/H	
Kimia klinik				
GDS	116	75 - 110	mg/dL	
Ureum	194	10 - 50	mg/dL	
Creatinin	10,44	0,70 - 1,30	mg/dL	
Elektrolit (Na, K, Cl)				
Natrium	111,0	135 - 147	mmol/L	
Kalium	4,50	3,5 - 5,0	mmol/L	
Klorida	90,0	95 - 105	mmol/L	
Imunologi				
HBs Ag (kualitatif)	Non reaktif	Non reaktif		

2.) Pemeriksaan Radiologi

Pada 18/1/2021 jam 12.14 WIB

dari Ruang poli spesialis bedah umum

- Ultrasonografi Abdomen

> **Ganglia kanan** : ukuran, bentuk, dan letak normal, ekogenisitas parenkim meningkat, tampak peripiran cortex, batas kortikomeduler mengabur, tampak pelebaran pcs, dan ureter proximal tampak batu multiple ukuran terbesar uk 3,3 cm.

> **Ganglia kiri** : ukuran, bentuk, dan letak normal, ekogenisitas parenkim meningkat, tampak peripiran cortex, batas kortikomeduler mengabur, tampak pelebaran pcs, dan ureter proximal tidak tampak/massa.

> **Vesika Urinaria** : Volume minimal, dinding menebal, reguler tampak batu single ukuran uk 2 cm.

b. Data yang di peroleh = Hasil Uremi

c. therapy : Ceftriaxon 2x1
 paritess 2x1
 Curcuma 3x1
 Nae 3x1 po
 fdae 1x1 po
 ketordae 3x1 (anestesi)
 Nacl 1000 ml/hari

B. Analisa data

Tgl/Tam	Data & teknik	problem	etologi	TTD
26/1 2021 13.00 WIB	DS = klien mengatakan nyeri di area perut bagian bawah DO = pasien tampak meringis, melindungi area nyeri, gelisah. P = nyeri timbul adanya batu kandung kemih Q = nyeri seperti tertusuk R = pada perut bagian bawah S = skala 4 dari 1-10 T = Hilang-Timbul TD = 128/80 N = 84% RR = 22x suhu = 37°C	Nyeri Akut	Agen perede-ra fisiologi	Keef
13.05 WIB	DS = klien mengatakan ketika berkemih seperti terbakar, klien mengatakan	Gangguan Eliminasi Urine	penurunan kapasitas kandung kemih	Keef

	sering berkemih 3-5x sehari tidak tuntas dan menetes di akhir DO : - skala nyeri 4 dari 1-10 - pola berkemih berubah sedikit-sedikit - warna urine kuning keruh sekitar 50cc - diagnosa medis batu buli - di vesika urinaria hasil pemeriksaan ultrasonografi abdomen ada batu ukuran 2cm			
13.10 WIB	Anxiety DS : klien mengata- kan takut akan melaku- kan operasi untuk pertama kalinya. DO : gelisah, mengeluh masih takut operasi TD = 128/80 N = 84x RR = 22x Suhu = 37°C	Ansietas	krisis situasional	Keef
27/1	DS = klien mengatakan	Risiko Infeksi	efek prosedur	Keef

2021 20.00 WIB	ada luka jahitan di perut bagian bawah setelah operasi DO = - terdapat luka jahitan balutan kasa dan terpasang VD post operasi TD = 116/72 N = 81x RR = 18x Suhu = 36°C	Invasif
-------------------	---	---------

E. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis d.d klien mengatakan nyeri di area perut bagian bawah, pasien tampak meringis, gelisah, melindungi area nyeri dengan tangan, TD = 128/80, N = 84x, RR = 22x, suhu = 37°C
2. Gangguan Eliminasi urine b.d penurunan kapasitas kandung kemih d.d klien mengatakan berkemih seperti terbakar, klien mengatakan sering berkemih 3-5x sehari tidak tuntas dan menetes di akhir, skala nyeri 4 dari 1-10, pola berkemih berubah sedikit-sedikit, warna urine kuning keruh sekitar 500cc/11jam, diagnosa medis batu buli, hasil pemeriksaan ultrasonografi abdomen ada batu di vesika dan ureter.
3. Ansietas b.d krisis situasional d.d klien mengatakan takut untuk operasi pertama kalinya, gelisah, TD = 128/80, N = 84x, RR = 22x, suhu 37°C
4. Risiko infeksi b.d efek prosedur invasif

D. Planning / Intervensi keperawatan

Tgl/ Jam	Diagnosa keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
26/1 2021 13.40 WIB	Nyeri Akut	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x 8 jam di ha- rapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil : - keluhan nyeri berkurang - skala nyeri menurun skala 0-2 dari 1-10 - klien tampak relaks	1. Identifikasi lokasi karakte- ristik durasi frekuensi kuali- tas dan inten- sitas nyeri, 2. Identifikasi skala nyeri dengan skala 1-10 3. kontrol ruangan yang memperbe- rat nyeri 4. Ajarkan teknik nonfar- makologis untuk mengurangi nyeri 5. fasilitasi istirahat dan tidur 6. kolaborasi pemberian analgesic
13.45 WIB	Gangguan eliminasi urine	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x 8 jam di harapkan dengan kriteria hasil :	1. Identifikasi tanda dan gejala retensi urine atau inkontinensia urine. 2. Identifikasi faktor yang

		- nyeri saat berkemih - berkemih berkurang - berkemih tidak menetap - pola berkemih kembali normal	menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3. monitor eliminasi urine 4. batasi asupan cairan cairan, jika perlu 5. anjurkan mengurangi minum menjelang tidur 6. anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontra indikasi 7. dukung penggunaan toilet / pipet / urinal secara konsisten 8. sediakan alat bantu (kateter eksternal, urinal), jika perlu 9. anjurkan berkemih secara rutin 10. kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
13. SCMB	Ansietas	Setelah di Catukan	1. Monitor tanda - tanda

		Undakan keperawatan diharapkan dengan kriteria hasil : - gelisah berkurang - ungkapan cemas berkurang	ansietas 2. motivasi klien untuk mengungkapkan kecemasan yang dirasakan 3. Dengarkan dengan penuh perhatian dan jawab pertanyaan klien dengan informasi yang benar 4. mengajarkan teknik relaksasi tarik napas dalam untuk mengurangi kecemasan
27/1 1021 20.00 WIB	Risiko Infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 8x8 jam diharapkan dengan kriteria hasil : - Mencegah terjadinya penyebaran infeksi - kebersihan tangan dan badan klien - nafsu makan baik - pengeta-	1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. batasi jumlah pengunjung 3. berikan perawatan luka atau ganti balut secara rutin 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

		kuasi klien tentang Oxykasi meningkat	5. pertahankan teknik aspirok 6. ajarkan cara merileui tangan, dengan benar 7. ajarkan eska batuk 8. ajarkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan 9. kolaborasi pemberaan antibiotik
--	--	---	--

E. Implementasi

Tgl / Jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	TTD
26/1 2021 13.40 WIB	DX. 1	- mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri DS = klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah DO = klien tampak merongis menahan nyeri, tangannya memegangi perut bawah	Skuf
13.45 WIB	DX. 1	- Mengidentifikasi skala nyeri DS = klien mengatakan skala nyeri 4 dari 1-10 DO = klien kooperatif, tampak gelisah menahan nyeri.	Skuf

		400 ml/g lewat intravena DS = klien mengatakan bersedia DO = klien tampak tenang masih menahan nyeri - Anjurkan berkemih secara rutin dan memotivasi klien untuk minum 2,5 liter air putih per hari DS = klien mengatakan berkemih pakai boto/ air mineral di atas bed dan minumannya sedikit-sedikit tapi sering sudah habis sekitar 1,5 liter air putih DO = klien kooperatif	
08.00 WIB	DX 2	- Memotivasi klien untuk mengungkapkan apa yang di rasakan dan memberi informasi sesuai kebutuhan klien DS = klien mengatakan takut untuk operasi pertama kalinya dan khawatir dengan tindakan operasi besok. DO = klien tampak gelisah	Heaf
13.50 WIB	DX 3	- Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam DS = klien mengatakan lebih lega setelah tarik napas dalam 3x DO = ekspresi tenang masih gelisah	Heaf

27/1 2021 20.00 WIB	DX. 1	- kolaborasi pemberian painloss 2x1 dan cefriaxon 2x1 - DS = klien mengatakan bersedia - DO = klien tampak tenang, masih menahan nyeri	Keef
28.05 WIB	DX. 1	- Mengidentifikasi skala nyeri - DS = klien mengatakan nyeri sedikit menurun - Skala nyeri menjadi 3 dari 1-10 setelah operasi nyeri mulai berkurang. - DO = klien masih menahan nyeri, klien kooperatif	Keef
20.10 WIB	DX. 2	- Mengobservasi karakteristik urine dan berkemih - DS = klien mengatakan terpasang selang urine - DO = warna urine kemerahan, urine sekitar 750cc.	Keef
20.13 WIB	DX. 2	- Memotivasi klien untuk minum 2,5 liter air putih per hari - DS = klien mengatakan sudah habit 2 botol air mineral sedang. - DO = klien kooperatif	Keef
20.15 WIB	DX. 3	- Mengkaji kecemasan klien - DS = klien mengatakan bersyukur operasinya berjalan lancar dan	Keef

		berharap lukanya segera sembuh DO = klien lebih relaks dan bedrest	
20.10.2018	Dx. 4	- Mengajarkan cuci tangan yang benar DS = klien mengatakan mengerti cara cuci tangan yang benar handrub dan handwash DO = klien kooperatif	Jkeaf
20.10.2018	Dx. 4	- Mengajarkan etika batuk DS = klien mengata- kan mengerti etika batuk DO = klien ikut mempraktekan etika batuk dengan benar	Jkeaf
28/11 2021 07.10.2018	Dx. 1	- Mengkaji skala nyeri DS = klien mengatakan skala nyeri turun skala 2 dari 1-10, nyeri hilang setelah di beri obat dan ketika tidur DO = klien tampak tenang	Jkeaf
07.10.2018	Dx. 1	- kolaborasi obat parasetamol 2x1 dan ceftriaxon 2x1 gr DS = klien mengatakan tersedia DO = klien tampak tenang	Jkeaf
09.10.2018	Dx. 2	- Mengobservasi karakter istik urine dan berkemih	Jkeaf

		DS = klien mengatakan dapat tidur nyenyak DO = urine kuning bening sekitar 800 cc.	
07.10.19	DX. 2	- Memotivasi klien minum 2,5 liter air putih per hari DS = klien mengatakan rutin minum air putih DO = klien kooperatif	Skarf
07.20.19	DX. 3	- Mengkaji kecemasan klien DS = klien mengatakan senang besar rencana di perbolehkan pulang DO = klien tampak tenang	Skarf
07.25.19	DX. 4	- Mengkaji tanda dan gejala infeksi luka post operasi DS = klien mengatakan makan yang di berikan dari rumah sakit selalu di habiskan serta tadi malam dapat tidur dengan nyenyak DO = tidak terdapat kemerahan di sekitar luka, tidak ada nanah, luka mulai kering, suhu 36°C	Skarf
07.28.19	DX. 4	- Melakukan perawatan luka atau ganti balut dengan mempertahankan teknik aseptik DS = klien mengatakan bersedia di lakukan perawatan luka DO = klien kooperatif	Skarf
29/11 2021	DX. 4	- Mengkaji luka post operasi	Skarf

1930WB		DS = klien mengatakan malam ini sudah boleh pulang DO = luka kering, tidak ada kemerahan.	
1933WB	Dx. 4	- Merencanakan klien untuk minum air putih 2,5 liter atau 8 gelas per hari akan meningkatkan asupan nutrisi DS = klien mengatakan bersyukur sudah boleh pulang dan akan melakukan saran perawat DO = klien tampak rileks	Keuf

F. Evaluasi

Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	TD
26/1 2021	Dx. 1	S = klien mengatakan nyeri pada area perut bagian bawah, klien mengatakan skala nyeri 4 dari 1-10, klien mengatakan nyeri saat BAK, klien mengatakan nyeri hilang ketika tidur. O = klien tampak merengis menahan nyeri dan tangannya memegang area perut bagian bawah P = Nyeri timbul adanya batu di kuli Q = nyeri seperti ditusuk R = pada perut bawah	Keuf

S = skala 4 dari 1-10

T = hilang timbul

TD = 128/80, N = 84x,

RR = 22x, S = 37°C

A = masalah belum teratasi

P = Lanjutkan intervensi 2-6

Dx. 2

S = klien mengatakan sering berkemih dan selalu meretas di akhir tidak tuntas, klien mengatakan minumnya sedikit-sedikit tapi sering sudah habis sekitar 1,5 liter air putih.

O = urine berwarna kuning keruh, tidak ada produksi darah, urine tamping sekitar 500cc / 1 jam di botol mineral besar, klien kooperatif.

A = Masalah belum teratasi

P = Lanjutkan intervensi 3, 6, 9, kolaborasi rencana Vesicolithotomy

Dx. 3

S = klien mengatakan takut untuk operasi pertama kalinya dan khawatir mengenai tindakan operasi besar, klien mengatakan berikhtian lewat operasi semoga lekas sembuh, klien mengatakan lebih lega setelah tarik napas dalam.

J. Kaeuf

J. Kaeuf

		O = klien tampak gelisah, latihan tarik napas dalam dilakukan 3X TD : 120/80, H = 84x, PR = 22x, S = 37°C A = masalah teratasi sebagian P = pertahankan intervensi	
27/1 2021	DX. 1	S = klien mengatakan nyeri menurun menjadi skala 3 dari 1-10 setelah operasi nyeri berkurang. O = kesadaran compos mentis, klien masih menahan nyeri, klien kooperatif A = masalah teratasi sebagian P = lanjutkan intervensi 2, 4, 6	Jkeef
	DX. 2	S = klien mengatakan terpasang selang urine, klien mengatakan sudah habit minum air mineral 2 botol sedang O = urine kemerahan, urine sekitar 750 cc, klien kooperatif TA = 116/72, H = 81x, PR = 18x, S = 36°C A = masalah teratasi sebagian P = lanjutkan intervensi 3, 6.	Jkeef
	DX. 3	S = klien mengatakan bersyukur karena	Jkeef

		operasinya berjalan lancar dan berharap lukanya segera sembuh O = klien lebih rileks, bedrest, TD = 116/72, H = 81x, RR = 18x, S = 36°C A = masalah teratasi sebagian P = pertahankan intervensi	
	Dx. 4	S = klien mengatakan mengerti cara cuci tangan yang benar handrub dan handwash, klien mengatakan mengerti etika batuk yang benar O = klien mempraktikkan cuci tangan dan etika batuk dengan benar, klien kooperatif, TD = 116/72, H = 81x, RR = 18x, S = 36°C A = masalah teratasi sebagian P = Lanjutkan intervensi 1) 2, 3, 4, 8, 9	Skarf
28/1 2021	Dx. 1	S = klien mengatakan skala nyeri turun skala 2 dari 1-10, klien mengatakan bersedia di beri obat, klien mengatakan nyeri hilang setelah di beri obat dan ketika tidur O = klien tampak tenang, gelisah menurun P = nyeri timbul saat melakukan pergerakan	Skarf

		Q = seperti terusan R = pada perut bagian bawah S = skala 2 dari 1-10 T = kelang timbul TD = 130/70, N = 80x, RR = 20x S = 36°C A = Masalah teratasi P = Hentikan intervensi	
	Dx. 2	S = klien mengatakan dapat tidur nyenyak dan sudah tidak ada hambatan berkemih atau nyeri saat berkemih, klien mengatakan rutin minum air putih O = urine kuning keruh sekitar 80 cc, klien kooperatif TD = 130/70, N = 80x, RR = 20 S = 36°C A = masalah teratasi P = Hentikan intervensi	Skarf
	Dx. 3	S = klien mengatakan senang berdiskusi dengan keluarga O = sudah di perbolehkan pulang. O = klien tampak tenang TD = 130/70, N = 80x, RR = 20, S = 36°C A = Masalah teratasi P = Hentikan intervensi	Skarf
	Dx. 4	S = klien mengatakan makan yang di berikan RS selalu di habiskan serta tidak malas tidur nyenyak, klien mengatakan bersedia di lakukan perawatan luka	Skarf

		O = tidak ada kemerahan pada area luka, tidak ada nanah, luka mulai kering, TD 130/70, H=80x, RR=20x, S=36°C A = masalah teratasi sebagian P = Lanjutkan intervensi 1,4,8.	
29/1 2021	DX.4	S = klien mengatakan bersyukur malam ini sudah boleh pulang dan akan melakukan saran dari perawat untuk memenuhi asupan nutrisi dan minum air putih 8 gelas per hari. O = tempat rileks, luka kering, luka tidak ada kemerahan dan nanah, TD = 120/80, H=72x, RR=20x, S = 36,1°C A = masalah teratasi P = Pertahankan intervensi cuci tangan, cekka batuk, asupan nutrisi dan minum air putih 8 gelas per hari	Skout



