



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. S DENGAN PRE
DAN POST *LITHOTRIPSY* ATAS INDIKASI BATU BULI
DI RUANG ANYELIR RUMAH SAKIT SWASTA
JATI ASIH DI MASA PANDEMI COVID 19**

**DISUSUN OLEH:
DITA RESTRA RAHMADANI
201801014**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. S DENGAN PRE
DAN POST *LITHOTRIPHSY* ATAS INDIKASI BATU BULI
DI RUANG ANYELIR RUMAH SAKIT SWASTA
JATI ASIH DI MASA PANDEMI COVID 19**

**DISUSUN OLEH:
DITA RESTRA RAHMADANI
201801014**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Dita Restra Rahmadani

NIM 201801014

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi
DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. S dengan Pre dan Post *Lithotripsy* Atas Indikasi Batu Buli di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih di Masa Pandemi Covid 19” yang dilaksanakan pada tanggal 03 Juni 2021 sampai dengan 05 Juni 2021 adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip Maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa unsur plagiarisme baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 16 Juni 2021

Yang membuat pernyataan



Dita Restra Rahmadani

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. S dengan Pre dan Post *Lithotripsy* Atas Indikasi Batu Buli di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih di Masa Pandemi Covid 19” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 16 Juni 2021

Pembimbing Makalah Ilmiah



Ns. Aprillia Veranita, S. Kep., M. Kep.

Mengetahui

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



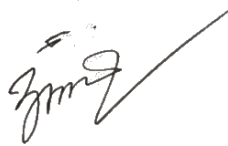
Ns. Devi Susanti, S. Kep., M. Kep., Sp.Kep.M.B.

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. S dengan Pre dan Post *Lithotripsy* Atas Indikasi Batu Buli di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih di Masa Pandemi Covid 19” yang disusun oleh Dita Restra Rahmadani (201801014) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 21 Juni 2021.

Bekasi, 21 juni 2021

Penguji I



(Ns. Latriyanti, S. Kep., M.Kep.)

Penguji II



(Ns. Aprillia Veranita, S. Kep., M.Kep.)

Nama : Dita Restra Rahmadani
NIM : 201801014
program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. S dengan Pre dan Post *Lithotripsy* Atas Indikasi Batu Buli di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih di Masa Pandemi Covid 19
Halaman : xii + 91 halaman + 2 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : Aprillia Veranita

ABSTRAK

Latar Belakang: Vesikolitiasis adalah penyakit dimana di temukan batu di dalam saluran kemih terutama vesika urinaria, yang dimulai dari kaliks sampai dengan uretra anterior yang bersifat idiopatik dapat menimbulkan statis dan infeksi. Di Indonesia, terdapat 100.000 orang yang mengalami penyakit vesikolitiasis sehingga peran perawat sangatlah dibutuhkan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Tujuan Umum: Laporan kasus ini untuk memperoleh gambaran nyata dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien batu buli melalui proses keperawatan dengan pendekatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Penulis menggunakan metode deskriptif dan naratif yaitu memberikan gambaran terkait kondisi pasien serta asuhan keperawatan yang diberikan. Data diperoleh berdasarkan rekam medis pasien dan informasi yang diperoleh dari perawat ruangan.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan 2 diagnosa keperawatan yaitu nyeri, resiko perdarah, Intervensi yang dapat diberikan adalah Farmakologis, Non Farmakologis dan Pembedah. Intervensi Farmalogis dengan kolaborasi pembeian terapi medis sedangkan Intervensi Non Farmakologi dengan melakukan teknik manajemen nyeri. Intervensi pembedah, dengan dilakukan *Lithotripsy*. Semua tindakan dilakukan sesuai dengan rencana dan standar prosedur operasional yang ada.

Kesimpulan dan Saran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan batu buli tindakan yang efektif dilakukan adalah dengan pembedahan yaitu dengan *lithotripsy*. Monitor haluaran urin pasca pembedahan dan adanya perdarahan sangat penting dilakukan oleh perawat. Nyeri yang ditimbulkan pasien sebagai efek dari pembedahan dapat dilakukan teknik majemen nyeri yaitu relaksasi napas dalam. Tindakan relaksasi sangat direkomendasikan untuk digunakan pada kasus-kasus nyeri pasca operasi.

Keyword: asuhan keperawatan, batu buli, *lithotripsy*

Daftar Pustaka: 14 (2010 s.d 2021)

Nama : Dita Restra Rahmadani
Student ID number : 201801014
Majors : Diploma of Nursing
The Title of Scientific Paper : Nursing Care to Mr. S With Pre and Post Lithotripsy For Viscolitis Indication in Anyelir Room in Jati Asih Hospital Bekasi During Covid-19 Pandemic
Pages : xii + 91 pages + 2 tables + 1 attachment
Advisor : Aprillia Veranita

ABSTRACT

Background: Vesicolithiasis is a disease where stones are found in the urinary tract, especially the urinary bladder, which starts from the calyx to the anterior urethra which is idiopathic which can cause stasis and infection. In Indonesia, there are 100,000 people who experience vesicolithiasis, so the role of nurses is needed in providing care for up to 1000 years.

Main objective: This case report is to obtain a real picture of caring for patients with bladder stones through a comprehensive approach.

Method in writing: The descriptive and narrative methods to provide an overview of the patient condition and the nursing care provided. The data obtained is based on the patient medical record and information obtained from the nurses.

Results: The results of the study obtained 2 diagnoses, namely, the risk of bleeding. Interventions that can be given are Pharmacological, Non-Pharmacological and Surgical. Pharmacological intervention with the collaboration of providing medical therapy. Non-Pharmacological Intervention by performing pain management techniques. Surgical intervention, performed by Lithotripsy. All intervention were carried out in accordance with the existing standard operating and procedures.

Conclusions and suggestions: Nursing care in patients with bladder stones. The effective action taken is by surgery, namely lithotripsy. It is very important for nurses to monitor postoperative urine output and bleeding. Caused by the patient as a result of surgery, pain management techniques can be use namely Deep Breathing Relaxation. Relaxation measures are highly recommended for use in cases of postoperative pain.

Keyword: nursing care, bladder stones, lithotripsy

Bibliography: 14 (2010 until 2021)

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penayayang, saya panjatkan puja dan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. S dengan Pre dan Post *Lithotripsy* Atas Indikasi Batu Buli di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih di Masa Pandemi Covid 19” ini dengan baik dan dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Karya tulis ilmiah ini telah saya tulis dengan semaksimal mungkin. Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga dapat memperlancar penulisan karya tulis ilmiah ini. Maka, dalam kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing dan memberikan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan sebaik-baiknya.
2. Ns. Latriyanti, S.Kep., M.Kep selaku penguji 1 yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan telah memberi dukungan serta motivasi
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M. Kep., Sp.Kep.M.B selaku koordinator program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga , sekaligus selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi, semangat, dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di STIKes Mitra Keluarga dan dalam penulisan makalah ini.
5. Seluruh dosen pengajar STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam proses belajar selama 3 tahun.
6. Seluruh staff akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan makalah ilmiah ini.
7. Kepala ruangan ibu lataminarni, *Clinical Mentor* ibu Pita Manro dan perawat ruangan di Ruang Anyelir yang telah membimbing penulis selama pengambilan kasus di Rumah Sakit Swasta Jati Asih Bekasi.

8. Tn.S beserta keluarga yang telah bersedia menerima penulis dengan senang hati dalam memberikan informasi kepada penulis baik sehat maupun sakit untuk menerapkan asuhan keperawatan medikal bedah sehingga penulis mampu menyelesaikan makalah ilmiah ini dengan baik dan tepat waktu.
9. Kepada keluarga tercinta yaitu bapak Karna, ibu Eni, dan kakak Destiana, serta keluarga besar yang selalu mendoakan dan memberi dukungan secara moral maupun materi kepada penulis sehingga bertahan sampai tingkat akhir dan dapat menyelesaikan studi.
10. Teman istimewa yaitu Allan Setiawan yang selalu memberikan semangat dan doa sekaligus menjadi support bagi penulis selama di STIKes Mitra Keluarga dan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
11. Sahabat-sahabat terdekat penulis (Alfonsa, Dwi Nadia, Grace, Maftuhatur, Suci, Sucianti, Tesa, Tatu, Wiwit) yang selalu membantu dan memberikan semangat untuk penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini.
12. Teman KTI Keperawatan Medikal Bedah khususnya anak bimbingan Ibu Aprillia Veranita yang selalu bersama dari praktik hingga sidang akhir program.
13. Teman-teman kelas DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Kesehatan Mitra Keluarga yang dimana menjadi angkatan terakhir pada prodi ini selalu memberi dukungan dan membantu penulis dalam menyelesaikan makalah ilmiah ini.
14. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan secara langsung maupun tidak langsung.

Penulis menyadari dalam penulisan makalah ilmiah ini terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran dari pembaca untuk perbaikan makalah ilmiah ini. Semoga makalah ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan khususnya bagi mahasiswa keperawatan.

Bekasi, 16 Juni 2021



(Dita Restra Rahmadani)

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Ruang Lingkup	4
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II.....	7
TINJAUAN TEORI.....	7
A. Pengertian.....	7
B. Etiologi.....	7
C. Patofisiologi.....	9
1. Proses perjalanan penyakit	9
2. Manifestasi klinis	10
3. Klasifikasi.....	10
4. Komplikasi.....	11
5. Pemeriksaan Diagnostik	12
D. Penatalaksanaan Medis	14
E. Pengkajian Keperawatan.....	14
F. Diagnosa Keperawatan.....	16
G. Perencanaan Keperawatan.....	16

H. Pelaksanaan Keperawatan.....	33
I. Evaluasi Keperawatan.....	33

BAB III.....	34
TINJAUAN KASUS.....	34
A. Pengkajian	34
B. Diagnosa Keperawatan	59
C. Perencanaan keperawatan, Pelaksanaan keperawatan, Evaluasi keperawatan.....	59
BAB IV.....	72
PEMBAHASAN	72
A. Pengkajian Keperawatan.....	72
B. Diagnosa Keperawatan	73
C. Perencanaan Keperawatan.....	75
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	76
E. Evaluasi Keperawatan.....	76
BAB V	78
KESIMPULAN.....	78
A. Kesimpulan.....	78
B. Saran.....	79
DAFTAR PUSTAKA.....	80

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data Pre Operasi

Tabel 3.2 Analisa Data Post Operasi

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Patoflowdiagram vesikolitiasis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Vesikolitiasis adalah penyakit dimana di temukan batu di dalam saluran kemih terutama vesika urinaria, yang dimulai dari kaliks sampai dengan uretra anterior yang bersifat idiopatik dapat menimbulkan statis dan infeksi (Mansjoer, 2010).

Vesikolitiasis merupakan batu yang ada di vesika urinaria ketika terdapat defisiensi substansi tertentu, seperti kalsium oksalat, kalsium fosfat, dan asam urat meningkat atau sitrat yang secara normal mencegah terjadinya kristalisasi dalam urin (Herdman, 2011).

Penyebab terjadinya vesikolitiasis yaitu infeksi dan peradangan, kelainan kongenital, trauma, pembesaran prostat serta kelainan metabolisme dapat menyebabkan terjadi bendungan dan statis urin. Ketidakmampuan untuk membuang seluruh urin dari dalam kandung kemih ini menjadi penyebab utama terbentuknya batu kandung kemih. Mineral dalam sisa urine di kandung kemih akan mengendap dan kemudian mengeras serta mengkristal menjadi batu (Purnomo, 2011).

Tanda dan gejalanya yaitu aliran kemih yang pancarannya tidak kuat bahkan hanya menetes, terasa nyeri, buang air kecil tidak lancar tiba-tiba berhenti, sakit menjalar pada penis bila pasien merubah posisi kencing, jika terjadi infeksi ditemukan tanda: *cystitis* dan kadang-kadang terjadi hematuria (Herdman, 2011) dan (Baradero, 2010).

Penanganan vesikolitiasis yang dapat dilakukan yaitu tindakan operasi *lithotripsy* untuk menghancurkan batu tersebut dengan menggunakan alat penghancur batu litotriptor secara mekanis melalui sistoskop atau dengan

memakai gelombang ultrasonic. Setelah batu pecah menjadi partikel-partikel kecil maka akan dikeluarkan secara spontan (Herdman, 2011).

Insiden batu kandung kemih di Amerika Serikat mencapai 0,05% sedangkan di India dan Mesir mencapai 10% - 30% per tahun (Anonim, 2014). Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013), batu saluran kemih di Indonesia mencapai 0,6% dari total populasi masyarakat Indonesia. Angka tertinggi 1,2% terjadi di Yogyakarta dan terendah 0,2% terjadi di Riau dan Sulawesi Barat. Sumatera Barat dan 9 provinsi lainnya di Indonesia memiliki angka 0,4%. Insiden tahunan batu kandung kemih mencapai 2,3 kasus per 100.000 penduduk dan lebih banyak terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan perbandingan 3,3 berbanding 1,3 per 100.000 penduduk. Angka kejadian penyakit batu saluran kemih meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Angka tertinggi tertinggi pada kelompok umur 55-64 (1,3%), menurun sedikit pada kelompok umur 65-74 tahun (1,2%) dan umur ≥ 75 tahun (1,1%) (Riskesdas, 2013) dan (Corwin, 2014).

Berdasarkan data dari Rekam Medik di Rumah Sakit Swasta Jati Asih, selama periode bulan Maret hingga Mei 2021 terdapat sebanyak 4 pasien yang dirawat dengan Vesikolitiasis, rata-rata pasien yang dirawat berusia 50 tahun telah dan dilakukan operasi batu buli.

Melihat angka kejadian batu buli diatas dan tidak mendapatkan penanganan dengan segera maka akan mengakibatkan komplikasi yang fatal sampai mengakibatkan kerusakan ginjal. Menurut Haryono. (2013) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan batu buli adalah infeksi saluran kemih karena batu di biarkan maka menjadi sarang kuman, menjadi pielonefritis, yang akhirnya merusak ginjal yang bisa mengakibatkan timbulnya gagal ginjal dengan segala akibat terparahnya.

Berdasarkan kasus diatas perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan batu buli (vesikolitiasis)

secara komprehensif. Peran perawat sebagai promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peran perawat sebagai promotif dimana perawat berperan memberikan informasi pengetahuan tentang vesikolitiasis. Peran perawat preventif dimana perawat mencegah terjadinya penyakit vesikolitiasis dengan cara memperbaiki pola kebiasaan hidup sehari-hari seperti: menghindari mengkonsumsi makanan yang tinggi purin dan lemak, tidak menahan buang air kecil, melakukan olahraga dan minum 8 gelas air putih (250 cc) dalam 24 jam.

Peran perawat kuratif dimana dapat melakukan dengan cara pemantauan keadaan pasien dan penanganan nyeri dengan kolaborasi untuk pemberian obat analgetik dan pencegahan infeksi dengan kolaborasi untuk pemberian obat antibiotik sesuai dengan program medis. Peran perawat sebagai rehabilitatif dimana perawat memotivasi, memberikan edukasi untuk memulihkan kondisi pasien dan menganjurkan pasien kontrol kembali ke rumah sakit untuk melihat perkembangan kondisi pasien setelah dirawat.

Peran perawat dalam masa pandemi Covid-19 juga sangatlah penting diantaranya tetap menjaga protokol kesehatan dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien seperti tetap mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan setelah kontak dengan pasien atau lingkungan pasien, penggunaan masker yang baik dan benar, serta batasi kontak social dengan orang lain.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan batu buli vesikolitiasis.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan vesikolitiasis.

2. Tujuan Khusus

Penulis diharapkan mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan vesikolitiasis.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan vesikolitiasis.
- c. Menyusun dan melaksanakan rencana keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan vesikolitiasis.
- d. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan vesikolitiasis.
- e. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- f. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalahnya.
- g. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan vesikolitiasis.

C. Ruang Lingkup

Pada penulisan makalah ilmiah ini penulis membahas Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. S dengan Pre dan Post *Lithotripsy* Atas Indikasi Batu Buli (vesikolitiasis) di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih di Masa Pandemi Covid 19 selama 3 hari yang dilaksanakan pada tanggal 03 Mei 2021 sampai dengan 05 Mei 2021.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah adalah metode deskriptif naratif yaitu memberi gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis karya tulis ini, seperti:

1. Studi kasus

Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung, dengan melakukan pemeriksaan fisik pada pasien, wawancara dengan keluarga pasien, dan menerapkan proses asuhan keperawatan.

2. Studi literatur

Yaitu dengan memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media kepustakaan yaitu buku-buku yang berkaitan dengan masalah pasien, dan juga media elektronik yaitu internet.

3. Media dokumentasi

Yaitu dengan mengumpulkan data yang diperoleh melalui rekam medis pasien yang terdiri dari hasil pemeriksaan radiologi, hasil laboratorium, catatan dokter, dan catatan keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan makalah ilmiah ini disusun sebagai berikut: Bab I pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teoritis yang terdiri dari konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, komplikasi, penatalaksanaan medis, pemeriksaan diagnostik, asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan

evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan yang 5 membahas akan kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab V penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Vesikolitiasis merupakan batu yang menghalangi aliran air kemih akibat penutupan leher kandung kemih, maka aliran yang mula-mula lancar secara tiba-tiba akan berhenti dan menetes disertai dengan rasa nyeri (Effendi, 2010) dan (Baradero, 2010).

Vesikolitiasis adalah batu dalam kandung kemih dapat terbentuk ditempat atau berasal dari ginjal masuk ke dalam kandung kemih, karena kandung kemih berkontraksi untuk mengeluarkan air kencing maka batu tertekan pada trigonum yang peka itu, maka menyebabkan sangat sakit. Vesikolitiasis bentuk deposit mineral, paling umum oksalat Ca^{2+} dan fosfat Ca^{2+} , namun asam urat dan kristal lain pembentuk batu. Batu ini sering di temukan ada pelvis dan koliks ginjal (Brunner & Suddarth, 2014) dan (Baradero, 2010).

B. Etiologi

Etiologi terjadinya batu kandung kemih menurut (Brunner & Suddarth, 2014), antara lain yaitu:

1. Faktor Endogen

Faktor genetik, familia, umur (paling sering didapatkan pada usia 30-50 tahun), jenis kelamin (3 kali lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan) (Corwin, 2014).

a. Hiperkalsiuria

Suatu peningkatan kadar kalsium dalam urin disebabkan karena, hiperkalsiuria idiopatik (meliputi tinggi natrium, kalsium dan protein), hiperparatiroidisme primer, sarkoidosis, kelebihan vitamin D dan kelebihan kalsium.

b. Hipositraturia

Suatu penurunan ekskresi inhibitor pembentukan kristal dalam air kemih khususnya sitrat, disebabkan idiopatik, asidosis tubulus ginjal tipe I (lengkap atau tidak lengkap), minum asetazolamid, diare dan tinggi protein.

c. Hiperurikosuria

Peningkatan kadar asam urat dalam air kemih yang dapat memacu pembentukan batu kalsium.

d. Hiperoksalouria

Kenaikan ekskresi oksalat diatas normal (45 mg/hari), kejadian ini disebabkan oleh diet rendah kalsium, peningkatan absorpsi kalsium intestinal, dan penyakit usus kecil atau akibat reseksi pembedahan yang mengganggu absorpsi garam empedu.

e. Batu Struvit

Disebabkan karena adanya infeksi saluran kemih dengan organisme yang memproduksi urease.

2. Faktor Eksogen

Faktor lingkungan, pekerjaan, makanan, infeksi bakteri (kurang personal hygiene) dan kejenuhan mineral dalam air minum.

3. Faktor lainnya

Infeksi, stasis dan obstruksi urine, keturunan, air minum, pekerjaan, makanan atau penduduk yang lebih sering menderita batu saluran kencing atau buli-buli. Batu kandung kemih dapat disebabkan oleh kalsium oksalat atau kalsium fosfat. Batu vesika urinaria kemungkinan akan terbentuk apabila dijumpai satu atau beberapa faktor pembentuk kristal kalsium dan menimbulkan agregasi pembentukan batu. Proses pembentukan batu kemungkinan akibat kecenderungan ekskresi agregat kristal yang lebih besar dan kemungkinan sebagai kristal kalsium oksalat dalam urine. Dan beberapa medikasi yang diketahui menyebabkan batu ureter pada banyak klien mencakup penggunaan obat-obatan yang terlalu lama seperti antacid, diamox, vitamin D, laksatif dan aspirin dosis tinggi.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Batu pada vesika dapat berasal dari vesika urinaria sendiri (batu primer) atau bisa juga berasal dari ginjal, traktus urinarius bagian atas (batu sekunder). Pada umumnya batu vesika terbentuk dalam vesika urinari, tetapi pada beberapa kasus tertentu batu terbentuk di ginjal lalu turun menuju buli-buli, kemudian terjadi penambahan deposisi batu untuk berkembang menjadi lebih besar. Batu vesika yang turun dari ginjal pada umumnya berukuran kecil sehingga dapat melalui ureter dan dapat dikeluarkan spontan melalui uretra.

Secara teoritis batu dapat terbentuk diseluruh saluran kemih terutama pada tempat-tempat yang sering mengalami hambatan aliran urin yaitu pada sistem kalises ginjal atau vesika. Batu terdiri dari kristal-kristal yang tersusun dari bahan-bahan organik maupun anorganik yang terlarut didalam urine. Yang mana kristal tersebut akan tetap berada pada keadaan metastable (terlarut) di dalam urine jika tidak ada keadaan yang menyebabkan terjadinya presipitasi kristal. Kondisi metastable dipengaruhi oleh pH larutan, adanya koloid di dalam urine, konsentrasi solute di dalam urine, laju aliran urine di dalam saluran kemih, atau adanya korpus alienum di dalam saluran kemih yang bertindak sebagai inti batu. Lebih dari 80% batu saluran kemih terdiri atas batu kalsium, baik yang berikatan dengan oksalat maupun dengan fosfat, membentuk batu kalsium oksalat dan kalsium fosfat. Sedangkan sisanya berasal dari batu asam urat, batu magnesium ammonium fosfat (batu infeksi), batu xanthyn, batu sistein, dan batu jenis lainnya. Pada penderita usia tua atau dewasa komposisi batu biasanya merupakan batu asam urat yaitu lebih dari 50% dan paling banyak berlokasi di vesika. Gambaran fisik batu yaitu halus maupun keras (Corwin, 2014).

2. Manifestasi klinis

Menurut Muttaqin (2011) dan (Baradero, 2010). Pasien yang mengalami batu buli ialah:

- a. Buang air kencing kurang lancar tiba-tiba berhenti, sakit yang menjalar pada penis bila pasien merubah posisi kencing.
- b. Kalau terjadi infeksi ditemukan tanda: sistitis, dan kadang-kadang terjadi hematuria.
- c. Adanya nyeri tekan suprapubis karena infeksi/teraba adanya urine yang banyak (retensi).
- d. Ditemukan pembesaran prostat.
- e. Demam, ketika mulai terjadi infeksi tubuh menjadi demam dan menggigil. Dimana suhu badan akan naik serta tubuh penderita akan menggigil.
- f. Rasa ingin terbakar pada saat ingin kencing dan setelah kencing.
- g. Menetesnya urine setelah selesai berkemih, pancaran lemah
- h. Rasa tidak puas setelah berkemih atau anyang-anyangan.

3. Klasifikasi

Batu saluran kemih dapat terdiri dari zat-zat berikut:

1. Kalsium oksalat monohidrat (whewellite)
2. Kalsium oksalat dihidrat (weddelite)
3. Kalsium fosfat.
4. Magnesium fosfat.
5. Amonium fosfat.
6. Amonium magnesium fosfat (struvit)
7. Kalsium hidroksifosfat (apatit)
8. Asam urat dan garamnya (urat)

Komposisi batu kandung kemih

Pada orang dewasa, jenis batu vesikalis yang paling umum (terlihat pada lebih dari 50% kasus) terdiri dari asam urat. Lebih jarang, batu kandung kemih terdiri dari kalsium oksalat, kalsium fosfat, amonium urat, sistein, atau magnesium amonium fosfat (bila dikaitkan dengan infeksi) Wikipedia Bladder stone, (2021).

4. Komplikasi

Menurut (Muttaqin, 2011), komplikasi yang disebabkan dari vesikolitiasis yaitu:

a. Sistem pernapasan

Atelektasis bisa terjadi jika ekspansi paru yang tidak adekuat karena pengaruh analgetik, anestesi, dan posisi yang dimobilisasi yang menyebabkan ekspansi tidak maksimal. Penumpukan sekret dapat menyebabkan pneumonia, hipoksia terjadi karena tekanan oleh agens analgetik dan anestesi serta bisa terjadi emboli pulmonal.

b. Sistem sirkulasi

Dalam sistem peredaran darah bisa menyebabkan perdarahan karena lepasnya jahitan atau lepasnya bekuan darah pada tempat insisi yang bisa menyebabkan syok hipovolemik. Statis vena yang terjadi karena duduk atau imobilisasi yang terlalu lama bisa terjadi trombo flebitis, statis vena juga bisa menyebabkan trombus atau karena trauma pembuluh darah.

c. Sistem gastrointestinal

Akibat efek anestesi dapat menyebabkan peristaltik usus menurun sehingga bisa terjadi distensi abdomen dengan tanda dan gejala meningkatnya lingkaran perut dan terdengar bunyi timpani saat diperkusi. Mual dan muntah serta konstipasi bisa terjadi karena belum normalnya peristaltik usus.

d. Sistem urogenital

Akibat pengaruh anestesi bisa menyebabkan aliran urine involunter karena hilangnya tonus otot.

e. Sistem integumen

Perawatan luka yang tidak memperhatikan kesterilan dapat menyebabkan infeksi, buruknya fase penyembuhan luka dapat menyebabkan dehisensi luka dengan tanda dan gejala meningkatnya drainase dan penampakan jaringan yang ada dibawahnya. Eviserasi luka/keluarnya organ dan jaringan internal melalui insisi bisa terjadi jika ada dehisensi luka serta bisa terjadi pula *surgical mump* (parotitis).

f. Sistem saraf

Bisa menimbulkan nyeri yang tidak dapat diatasi.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Muttaqin (2011), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien vesikolitiasis yaitu:

a. Radiologi

- 1) USG (ultrasonografi) untuk mendapatkan gambaran ginjal, ureter, dan kandung kemih dengan menggunakan gelombang suara pantulan untuk mendeteksi batu pada kandung kemih.
- 2) BNO-IVP adalah pemeriksaan dengan menggunakan kontras untuk melihat posisi batu, besar batu, apakah terjadi hambatan pada saluran kemih atau tidak. Pada pemeriksaan ini kontras di suntikan melalui vena dan kemudian di foto menggunakan sinar x, kontras berguna agar urine menjadi terlihat pada sinar x bila ada halangan atau hambatan pada saluran kemih maka akan terdeteksi.

3) *Lithotripsy*

Prosedur non invasif yang digunakan untuk menghancurkan batu. Litotriptor adalah alat yang digunakan untuk memecahkan batu tersebut, tetapi alat ini hanya dapat memecahkan batu dalam batas ukuran 3 cm ke bawah. Bila batu di atas ukuran ini dapat ditangani

dengan gelombang kejut atau sistolitotomi melalui sayatan *pfannenstiel*. Setelah batu itu pecah menjadi bagian yang terkecil seperti pasir, sisa batu tersebut dikeluarkan secara spontan.

4) Ureteroskopi

Ureteroskopi mencakup visualisasi dan akses ureter dengan memasukkan alat ureteroskop melalui sistoskop. Batu dapat dihancurkan dengan menggunakan laser, *lithotripsy* elektrohidrolik, atau ultrasound kemudian diangkat.

b. Urine

- 1) PH lebih dari 7,6 biasanya ditemukan kuman area splitting, organisme dapat berbentuk batu magnesium amonium fosfat, pH yang rendah menyebabkan pengendapan batu asam urat.
- 2) Sedimen: sel darah meningkat (90 %), ditemukan pada penderita dengan batu, bila terjadi infeksi maka sel darah putih akan meningkat.
- 3) Biakan Urin: Untuk mengetahui adanya bakteri yang berkontribusi dalam proses pembentukan batu saluran kemih.
- 4) Ekskresi kalsium, fosfat, asam urat dalam 24 jam untuk melihat apakah terjadi hipereksekresi.

c. Darah

- 1) Hemoglobin akan terjadi anemia pada gangguan fungsi ginjal kronis.
- 2) Leukosit terjadi karena infeksi.
- 3) Ureum, kreatinin untuk melihat fungsi ginjal.
- 4) Kalsium, fosfat dan asam urat.

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Haryono, 2013), penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien batu buli (vesikolitiasis) yaitu:

Terapi nutrisi dan suportif

- 1) Capai remisi dengan istirahat, cairan iv, pengisapan nasogastrik, analgesik dan antibiotik.
- 2) Diet dengan meningkatkan masukan cairan, hindari masukan soft drinks, kurangi masukan protein (sebesar 1 g/Kg BB/hari), membatasi masukan natrium, diet rendah natrium (80-100 meq/hari) dan masukan kalsium.
- 3) Pemberian obat untuk mencegah presipitasi batu baru kalsium oksalat, disesuaikan kelainan metabolik yang ada.

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Doenges et al., 2012), pengkajian yang dapat dilakukan pada pasien dengan vesikolitiasis meliputi:

1. Aktivitas/istirahat

Tanda dan gejala: pekerjaan kurang gerak atau pekerjaan yang memanjakan klien pada suhu lingkungan yang tinggi, pembatasan aktivitas atau imobilitas akibat kondisi yang sudah ada sebelumnya seperti cedera medula spinalis yang menyebabkan tulang melepaskan lebih banyak kalsium.

2. Sirkulasi

Tanda dan gejala: peningkatan tekanan darah dan nadi yang berkaitan dengan nyeri, ansietas, kulit hangat dan pucat.

3. Eliminasi

Tanda dan gejala: riwayat infeksi saluran kemih kronis atau terkini (ISK), batu ginjal sebelumnya, penurunan haluaran urine, kandung kemih penuh, rasa terbakar, urgensi

kemih, diare, oliguria (retensi, urine berkurang), hematuria, piuria, dan perubahan pola berkemih.

4. Makanan/cairan

Tanda dan gejala: mual dan muntah, diet tinggi protein, tinggi natrium, rendah kalsium yang dapat meningkatkan risiko beberapa jenis batu, ketidakcukupan asupan cairan, tidak meminum cairan dengan baik. Distensi kandung kemih, penurunan atau tidak ada bising usus.

5. Nyeri/kenyamanan

Tanda dan gejala: episode akut nyeri menyiksa dan kolik dengan bergantung pada lokasi batu, pada panggul di area sudut *costovertebral*, dapat menjalar ke punggung, abdomen dan turun ke pangkal paha dan genitalia, nyeri tumpul konstan menunjukkan batu terletak di pelvis atau kaliks ginjal. Perilaku melindungi area yang sakit, distraksi, fokus pada diri sendiri, nyeri tekan diarea ginjal pada saat palpasi.

6. Keamanan

Tanda dan gejala: penggunaan alkohol dapat menyebabkan dehidrasi, demam dan pembentukan batu asam urat.

7. Penyuluhan/pembelajaran

Tanda dan gejala: riwayat batu ginjal dalam keluarga, penyakit ginjal hipertensi, gout, infeksi saluran kemih kronis, atau penyakit herediter seperti asidosis tubulus ginjal, sistinuria, pembedahan abdomen sebelumnya, hiperparatiroidisme. Penggunaan antibiotik, antihipertensi, natrium bikarbonat, alopurineol, fosfat, tiazid, asupan kalsium atau vitamin D berlebihan.

F. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan vesikolitiasis menurut (Doenges et al., 2012), sebagai berikut:

1. Nyeri berhubungan dengan peningkatan frekuensi kontraksi ureter, trauma jaringan, edema dan iskemia seluler, nyeri pasca bedah.
2. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan stimulasi kandung kemih oleh batu, iritasi ginjal dan ureter, obstruksi mekanik dan peradangan.
3. Risiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan Mual /muntah dan diuresis pasca obstruksi.
4. Risiko infeksi berhubungan dengan port de entree luka pasca bedah.
5. Kecemasan berhubungan dengan prognosis pembedahan, tindakan invasif diagnostik.
6. Pemenuhan informasi berhubungan dengan rencana pembedahan, tindakan diagnostik invasif, perencanaan klien pulang.
7. Kurang pengetahuan tentang kondisi, cemas, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan, salah interpretasi informasi, dan tidak mengenal sumber informasi.

Post Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan invasi kuman pada luka operasi.

G. Perencanaan Keperawatan

Menurut (Doenges et al., 2012), rencana keperawatan yang dapat di lakukan pada pasien vesikolitiasis sebagai berikut:

Pre Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa, distensi kandung kemih, infeksi urinaria dan trauma jaringan
Kriteria Hasil: nyeri hilang/terkontrol, tidak rileks, mampu untuk tidur/istirahat.

Tindakan Keperawatan:

a. Mandiri:

- 1) Dokumentasi lokasi nyeri, durasi, intensitas (0 hingga 10 atau kode skala yang serupa), dan penjalaran nyeri. Catat tanda non-verbal contoh peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan, gelisah, merintih.

Rasional: membantu mengevaluasi tempat obstruksi dan perkembangan gerakan batu. Nyeri pinggul menunjukkan bahwa batu terdapat di area ginjal, ureter atas. Nyeri panggul menjalar ke punggung, abdomen, pangkal paha dan genetalia karena dekat dengan plexus saraf dan pembuluh darah yang menyuplai area ini. Nyeri hebat tiba-tiba mencetuskan ketakutan, kegelisahan dan ansietas berat.

- 2) Jelaskan penyebab nyeri dan pentingnya memberi tahu perawatan tentang perubahan pada kejadian atau karakteristik nyeri.

Rasional: memberikan kesempatan untuk pemberian analgesik secara tepat waktu (membantu dalam meningkatkan kemampuan coping pasien dalam menurunkan ansietas) dan memberi tanda bagi penyedia perawatan terhadap kemungkinan keluarnya batu atau terjadi komplikasi.

Penghentian nyeri secara tiba-tiba biasanya mengindikasikan keluarnya batu.

- 3) Berikan tindakan kenyamanan seperti menggosok punggung dan lingkungan yang tenang.

Rasional: meningkatkan relaksasi, mengurangi ketegangan otot dan dapat meningkatkan kemampuan coping.

- 4) Berikan kompres hangat pada area punggung.

Rasional: menghilangkan tegangan otot dan dapat menurunkan spasme reflek.

- 5) Bantu dan dorong penggunaan napas terfokus, imajinasi terbimbing dan aktivitas terapeutik (di versional).

Rasional: mengarahkan kembali perhatian dan membantu relaksasi otot.

- 6) Anjurkan ambulasi yang sering jika diindikasikan, tingkatan asupan cairan minimal 3 hingga 4 L/hari sesuai toleransi jantung.

Rasional: kolik ginjal dapat memburuk pada posisi terlentang. Hidrasi yang banyak meningkatkan kemungkinan pengeluaran batu, mencegah stasis urine dan membantu mencegah pembentukan urine.

- 7) Perhatikan adanya laporan nyeri abdomen yang meningkat atau persisten.

Rasional: obstruksi lengkap ureter dapat menyebabkan perforasi dan ekstrasvasi urine ke dalam ruang perirenal. Hal ini menunjukkan kedaruratan bedah akut.

b. Kolaborasi.

Berikan medikasi sesuai indikasi, misalnya:

- 1) Analgesik termasuk narkotika (misal Morfin sulfat; astramorph, butorphenol; stadol, kombinasi opioid seperti oksikodon, asetaminofen; prococet dan NSAID seperti ketorolak; toradol, doklovenak; voltaren, dan ibuprofen).

Rasional: kandung kemih dapat menjadi kejadian yang paling nyeri yang dapat ditahan seseorang. Nyeri terjadi tanpa memberi tanda, yang sering kali di jelaskan sebagai nyeri yang menyiksa dan klien tidak dapat menemukan posisi yang nyaman. Narkotik parenteral biasanya di programkan untuk kolik ginjal akut dan sering kali di perlukan pada fase awal terapi, tetapi NSAID juga efektif untuk nyeri sedang hingga hebat. Catatan NSAID harus dihindari pada klien yang memiliki fungsi ginjal yang buruk atau riwayat perdarahan gastrointestinal.

- 2) Antispasmodik contohnya flavoxate (urispas) dan oksibutinin (ditropan), penyekar saluran kalsium, seperti nifedipin (adalat) dan penyekat alfa adregenik seperti tamsulosin (flomax).

Rasional: menurunkan spasme refleks dan merelaksasi otot polos ureter, yang memfasilitasi pengeluaran batu. Catatan anagesik oral, NSAID dan penyekat alfa-adrenergik membantu memfasilitasi pengeluaran batu setelah serangan akut.

- 3) Pertahankan kepatenan kateter ketika di gunakan.

Rasional: mencegah stasis atau retensi urine yang mengurangi risiko peningkatan tekanan dan infeksi kandung kemih.

2. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi anatomi

Rencana tindakan:

a. Mandiri:

- 1) Perhatikan haluan dan karakteristik urine

Rasional: memberikan informasi tentang fungsi kandung kemih dan adanya komplikasi, seperti: infeksi dan dehidrasi. Perdarahan juga dapat mengindikasikan peningkatan obstruksi atau iritasi ureter.

- 2) Tentukan pola berkemih normal pasien dan perhatikan variasinya.

Rasional: batu ginjal (kalkulus) dapat menyebabkan eksitabilitas saraf saluran kemih yang menyebabkan sensasi dorongan berkemih, frekuensi dan urgensi biasanya meningkat ketika kalkulus dekat dengan pertemuan uretrovesikal.

- 3) Dokumentasi semua batu yang keluar dan kirim ke laboratorium untuk dianalisis.

Rasional: pengumpulan batu memungkinkan mengidentifikasi jenis batu dan mempengaruhi pilihan terapi.

- 4) Kaji laporan rasa penuh kandung kemih, palpasi adanya distensi suprapubis. Perhatikan penurunan haluan urine dan adanya edema periorbital atau dependen.

Rasional: retensi urine dapat terjadi yang menyebabkan distensi kandung kemih, ureter, ginjal sehingga memperburuk nyeri, meningkatkan risiko infeksi dan kandung kemih.

- 5) Observasi perubahan status mental, perilaku atau tingkat kesadaran.

Rasional: akumulasi sampah uremik dan ketidakseimbangan elektrolit dapat menjadi toksik bagi sistem saraf pusat.

b. Kolaborasi

Berikan medikasi sesuai indikasi, misalnya:

- 1) Asetazolamid (Diamox) dan alopurineol (Zyloprim)

Rasional: meningkatkan pH urine (kebasaan) untuk mengurangi pembentukan batu asam. Agens antigout seperti alopurineol juga menurunkan produksi asam urat dan meningkatkan pembentukan batu asam urat.

- 2) Penyekat alfa-adregenik, misal Tamsulosin (Flomax), terazosin (Hytrin).

Rasional: meskipun obat ini dirancang secara khusus untuk hipertrofi prostat, obat ini memiliki manfaat lain untuk terapi batu ginjal sebagai relaksasi otot polos yang memfasilitasi keluarnya batu ureter

- 3) Kortikosteroid, seperti prednison (Deltasone)

Rasional: dapat digunakan jangka pendek untuk mengurangi edema jaringan guna memfasilitasi pergerakan batu.

- 4) Penicilamin (Cuprimin), tiopronin (Thiola) dan kalium sitrat (polycitra-K).

Rasional: obat dapat diresepkan untuk membuat urine menjadi lebih basa atau mengikat sistin di dalam urine, ketika batu sistin tidak dapat dikendalikan.

- 5) Amonium klorida dan kalium atau natrium fosfat

Rasional: mengurangi pembentukan batu fosfat.

- 6) Antibiotik

Rasional: antibiotik dapat diperlukan jika ada infeksi saluran kemih atau untuk menjaga urine bebas bakteri guna mencegah pembentukan batu struvite.

- 7) Pertahankan kepatenan kateter menetap, ureter, uretra atau nefrostomi bila di pasang.

Rasional: pemasangan kateter dapat di perlukan untuk memfasilitasi aliran urine mencegah retensi dan komplikasi terkait. Kateter diposisikan di atas batu, irigasi kontinu atau intermiten dapat dilakukan untuk membilas ginjal dan ureter serta menyesuaikan pH urine guna memungkinkan penghancuran pecahan batu setelah *lithotripsy*.

- 8) Pantau pemeriksaan laboratorium, misalnya: elektrolit, BUN, Cr.

Rasional: peningkatan BUN, Cr, dan elektrolit tertentu mengindikasikan adanya dan derajat disfungsi ginjal.

- 9) Kultur dan sensitivitas urine.

Rasional: menentukan adanya infeksi saluran kemih, yang dapat menyebabkan atau memperburuk gejala batu ginjal, menentukan terapi antibiotik yang tepat.

- 10) Persiapkan klien dan bantu dalam melakukan prosedur endoskopik.

Rasional: untuk terapi sebagian besar batu ginjal, *lithotripsy* gelombang shock, ureteroskop dan nefrolitotomi perkutan sebagian besar telah menggantikan pembedahan terbuka.

3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pasca obstruksi diuresis dan drainase cepat kandung kemih yang terlalu distensi secara kronis dan ketidakseimbangan elektrolit

Kriteria Hasil: mempertahankan hidrasi adekuat dibuktikan oleh tanda-tanda vital stabil, nadi perifer teraba, pengisian kapiler baik, dan membran mukosa lembab.

Tindakan keperawatan:

- a) Mandiri

- 1) Awasi keluaran dengan hati-hati, tiap jam bila diindikasikan.

Perhatikan keluaran urine 100-200 ml/jam.

Rasional: diuresis cepat dapat menyebabkan kekurangan volume total cairan karena ketidakcukupan jumlah natrium diabsorpsi dalam tubulus ginjal.

- 2) Dorong peningkatan pemasukan oral berdasarkan kebutuhan individu.

Rasional: pasien dibatasi pemasukan oral dalam upaya mengontrol gejala urinaria, homeostatis pengurangan cadangan dan peningkatan risiko dehidrasi/hipovolemia.

- 3) Awasi tekanan darah dan nadi.

Rasional: memungkinkan deteksi dini/intervensi hipovolemik sistemik.

- 4) Tingkatkan tirah baring dengan kepala tinggi.

Rasional: menurunkan kerja jantung, memudahkan homeostatik sirkulasi.

b) Kolaborasi

- 1) Awasi elektrolit, khususnya natrium

Rasional: bila pengumpulan cairan terkumpul dari area ekstraseluler, natrium dapat mengikuti perpindahan dan menyebabkan hiponatremia.

- 2) Berikan cairan IV (garam faal hipertonik) sesuai kebutuhan

Rasional: menggantikan kehilangan cairan dan natrium untuk mencegah/memperbaiki hipovolemia.

4. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan: kemungkinan prosedur bedah, malu/hilang martabat berhubungan dengan pemaparan genital

Kriteria Hasil: tampak rileks, menyatakan pengetahuan yang akurat tentang situasi, melaporkan ansietas menurun sampai tingkat dapat ditangani, menunjukkan rentang tepat tentang perasaan dan penurunan rasa takut.

Tindakan Keperawatan:

a) Mandiri

1) Selalu ada untuk pasien

Rasional: menunjukkan perhatian dan keinginan untuk membantu. Membantu dalam diskusi tentang subjek sensitif.

2) Berikan informasi tentang prosedur

Rasional: membantu pasien memahami tujuan dari yang dilakukan, dan mengurangi masalah karena ketidaktahuan.

3) Lindungi privasi pasien

Rasional: menyatakan penerimaan dan menghilangkan rasa malu pasien.

4) Dorong pasien untuk menyatakan masalah/perasaan

Rasional: mendefinisikan masalah, memberikan kesempatan untuk menjawab pertanyaan, memperjelas kesalahan konsep dan solusi pemecahan masalah.

5) Beri penguatan informasi pasien yang telah diberikan sebelumnya.

Rasional: memungkinkan pasien untuk menerima kenyataan, menguatkan kepercayaan pada pemberi perawatan dan pemberian informasi.

5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi masalah tentang area sensitif

Kriteria Hasil: menyatakan pemahaman proses penyakit/prognosis, mengidentifikasi hubungan tanda/gejala proses penyakit, melakukan perubahan pola hidup/perilaku yang perlu. Berpartisipasi dalam program pengobatan.

Tindakan Keperawatan:

a) Mandiri

- 1) Kaji haluaran urine dan sistem kateter/drainase, khususnya selama irigasi kandung kemih.

Rasional: Retensi dapat terjadi karena edema area bedah, bekuan darah, dan spasme kandung kemih.

- 2) Bantu pasien memilih posisi normal untuk berkemih, contoh berdiri, berjalan ke kamar mandi, dengan frekuensi sering setelah kateter dilepas.

Rasional: Mendorong pasase urine dan meningkatkan rasa normalitas.

- 3) Perhatikan waktu, jumlah berkemih, dan ukuran aliran setelah kateter dilepas. Perhatikan keluhan rasa penuh pada kandung kemih: ketidakmampuan berkemih, urgensi.

Rasional: Kateter biasanya dilepas 2-5 hari setelah bedah, tetapi berkemih dapat berlanjut menjadi masalah untuk beberapa waktu karena edema uretral dan kehilangan tonus.

- 4) Dorong pasien untuk berkemih bila terasa dorongan tetapi tidak lebih dari 2-4 jam per protokol

Rasional: Berkemih dengan mencegah retensi urine batasan berkemih untuk tiap 4 jam (bila ditoleransi) meningkatkan tonus kandung kemih dan membantu latihan ulang kandung kemih.

- 5) Ukur volume residu bila ada kateter suprapubik

Rasional: Mengawasi keefektifan pengosongan kandung kemih. Residu lebih dari 50 ml menunjukkan perlunya kontinuitas kateter sampai tonus kandung kemih membaik.

- 6) Dorong pemasukan cairan 3000 ml sesuai toleransi. Batasi cairan pada malam hari, setelah kateter dilepas.

Rasional: mempertahankan hidrasi adekuat dan perfusi ginjal untuk aliran urine. Penjadwalan masuknya cairan

menurunkan kebutuhan berkemih/gangguan tidur selama malam hari.

- 7) Instruksikan pasien untuk latihan perineal, contoh mengencangkan bokong, menghentikan dan memulai aliran urine

Rasional: membantu meningkatkan kandung kemih/sfingter/urine dan meminimalkan inkontinensia.

- 8) Anjurkan pasien bahwa "penetesan" diharapkan setelah kateter dilepas dan harus teratasi sesuai kemajuan

Rasional: informasi membantu pasien untuk menerima masalah. Fungsi normal dapat kembali dalam 2-3 minggu tetapi memerlukan sampai 8 bulan setelah pendekatan perineal.

b) Kolaborasi

- 1) Pertahankan irigasi kandung kemih kontinu sesuai indikasi periode pascaoperasi dini.

Rasional: Mencuci kandung kemih dari bekuan darah dan debris untuk mempertahankan patensi kateter/aliran urine.

Post Operasi

1. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanikal: bekuan darah, edema, trauma, prosedur bedah, tekanan dan iritasi kateter

Kriteria Hasil: berkemih dengan jumlah normal tanpa retensi, menunjukkan perilaku yang meningkatkan kontrol kandung kemih/urinaria

Tindakan Keperawatan:

a) Mandiri

- 1) Kaji haluaran urine dan sistem kateter/drainase, khususnya selama irigasi kandung kemih.

Rasional: Retensi dapat terjadi karena edema area bedah, bekuan darah dan spasme kandung kemih.

- 2) Bantu pasien memilih posisi normal untuk berkemih, contoh berdiri, berjalan ke kamar mandi, dengan frekuensi sering setelah kateter dilepas.

Rasional: Mendorong pasase urine dan meningkatkan rasa normalitas.

- 3) Perhatikan waktu, jumlah berkemih, dan ukuran aliran setelah kateter dilepas. Perhatikan keluhan rasa penuh kandung kemih; ketidakmampuan berkemih urgensi.

Rasional: Kateter biasanya dilepas 2-5 hari setelah bedah, tetapi berkemih dapat berlanjut menjadi masalah untuk beberapa waktu karena edema uretral dan kehilangan tonus.

- 4) Dorong pasien untuk berkemih bila terasa dorongan tetapi tidak lebih dari 2-4 jam per protokol

Rasional: Berkemih dengan dorongan mencegah retensi urine. Keterbatasan berkemih untuk tiap 4 jam (bila ditoleransi) meningkatkan tonus kandung kemih dan membantu latihan ulang kandung kemih.

- 5) Ukur volume residu bila ada kateter suprapubik

Rasional: Mengawasi keefektifan pengosongan kandung kemih. Residu lebih dari 50 ml menunjukkan perlunya kontinuitas kateter sampai tonus kandung kemih membaik.

- 6) Dorong pemasukan cairan 3000 ml sesuai toleransi. Batasi cairan pada malam, setelah kateter dilepas

Rasional: Mempertahankan hidrasi adekuat dan perfusi ginjal untuk aliran urine. "Penjadwalan" masukan cairan menurunkan kebutuhan berkemih/gangguan tidur selama malam hari.

- 7) Instruksikan pasien untuk latihan perineal, contoh mengencangkan bokong, menghentikan dan memulai aliran urine

Rasional: Membantu meningkatkan kontrol kandung kemih/sfingter/urine, meminimalkan inkontinensia.

- 8) Anjurkan pasien bahwa "penetesan" diharapkan setelah kateter dilepas dan harus teratasi sesuai kemajuan
Rasional: informasi membantu pasien untuk menerima masalah. Fungsi normal dapat kembali dalam 2-3 minggu tetapi memerlukan sampai 8 bulan setelah pendekatan perineal.

b) Kolaborasi

- 1) Pertahankan irigasi kandung kemih kontinu *continuous bladder irrigation (CBI)* sesuai indikasi pada periode pasca operasi dini
Rasional: mencuci kandung kemih dari bekuan darah dan debris untuk mempertahankan patensi kateter/aliran urine.

2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan area bedah vaskular, kesulitan mengontrol perdarahan, pembatasan masukan praoperasi.
Kriteria Hasil: mempertahankan hidrasi adekuat dibuktikan oleh tanda vital stabil, nadi perifer teraba, pengisian kapiler baik, membran mukosa lembab, dan keluaran urine tepat menunjukkan tidak ada perdarahan aktif.

Tindakan Keperawatan:

a) Mandiri

- 1) Benarkan kateter, hindari manipulasi berlebihan
Rasional: Gerakan/penarikan kateter dapat menyebabkan perdarahan atau pembentukan bekuan dan pembenaman kateter pada distensi kandung kemih.
- 2) Awasi pemasukan dan pengeluaran
Rasional: Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan penggantian. Pada irigasi kandung kemih, awasi pentingnya perkiraan kehilangan darah dan secara akurat mengkaji haluan urine.

- 3) Observasi drainase kateter, perhatikan perdarahan berlebihan/berlanjut.

Rasional: perdarahan tidak umum terjadi selama 24 jam pertama tetapi perlu pendekatan perineal. Perdarahan kontinu/berat atau berulangnya perdarahan aktif memerlukan intervensi/ evaluasi medik.

- 4) Evaluasi warna, konsistensi urine, contoh: merah terang dengan bekuan merah.

Rasional: biasanya mengindikasikan perdarahan arterial dan memerlukan terapi cepat.

- 5) Peningkatan viskositas, warna keruh gelap dengan bekuan gelap.

Rasional: menunjukkan perdarahan dari vena (perdarahan yang paling umum) biasanya berkurang sendiri. Perdarahan dengan tidak ada bekuan.

Rasional: dapat mengindikasikan darah atau masalah pembekuan sistemik.

- 6) Inspeksi balutan/luka drain. Timbang balutan bila diindikasikan. Perhatikan pembentukan hematoma.

Rasional: Perdarahan dapat dibuktikan atau disingkirkan dalam jaringan perineum.

- 7) Awasi tanda vital, perhatikan peningkatan nadi dan pernapasan, penurunan TD, diaforesis, pucat, pelambatan peigisian kapilar, dan membran mukosa kering

Rasional: dehidrasi/hipovolemia memerlukan intervensi cepat untuk mencegah berlanjut ke syok. Catatan: hipertensi, bradikardia dan mual/muntah.

- 8) Selidiki kegelisahan, kacau mental, perubahan perilaku

Rasional: dapat menunjukkan penurunan perfusi serebral (hipo volemia) atau indikasi edema serebral karena kelebihan cairan selama prosedur *lithotripsy*.

- 9) Dorong pemasukan cairan 3000 ml/hari kecuali kontraindikasi
 Rasional: membilas ginjal/kandung kemih dari bakteri dan debris tetapi dapat mengakibatkan intoksikasi cairan/kelebihan cairan bila tidak diawasi dengan ketat.
 - 10) Hindari pengukuran suhu rektal dan menggunakan selang rektal/enema
 Rasional: dapat mengakibatkan penyebaran iritasi terhadap dasar prostat dan peningkatan tekanan kapsul prostat dengan risiko perdarahan.
- b) Kolaborasi
- 1) kolaborasi pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, contoh: Hemoglobin/Hematokrit, jumlah sel darah merah
 Rasional: berguna dalam evaluasi kehilangan darah/kebutuhan penggantian.
 - 2) Pemeriksaan koagulasi, jumlah trombosit
 Rasional: dapat mengindikasikan terjadinya komplikasi contoh, penurunan faktor pembekuan.
 - 3) Pertahankan kateter menetap: Plester kateter di bagian dalam paha
 Rasional: traksi terisi balon 30 ml diposisikan pada fosa uretral prostat akan membuat tekanan pada aliran darah pada kapsul prostat untuk membantu mencegah/mengontrol perdarahan.
 - 4) Catat periode pemasangan dan pengendoran traksi, bila digunakan
 Rasional: Traksi lama dapat menyebabkan trauma/masalah permanen dalam mengontrol urine.
 - 5) Berikan pelunak feses, laksatif sesuai indikasi
 Rasional: Pencegahan konstipasi/mengejan untuk menurunkan risiko perdarahan rektal-perineal defekasi.

3. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa kandung kemih, refleks spasme otot sehubungan dengan prosedur bedah atau tekanan dari balon kandung kemih (traksi)

Kriteria Hasil: melaporkan nyeri hilang, menunjukkan penggunaan keterampilan relaksasi dan aktivitas terapeutik sesuai indikasi untuk situasi individu, tampak rileks, tidur/istirahat dengan tepat.

Tindakan Keperawatan:

a) Mandiri

- 1) Kaji nyeri, perhatikan lokasi, intensitas (skala 0-10).

Rasional: nyeri hebat, intermiten dengan dorongan berkemih/pasase urine sekitar kateter menunjukkan spasme kandung kemih yang cenderung lebih berat pada pendekatan suprapubik (biasanya menurun setelah 48 jam).

- 2) Tingkatkan pemasukan sampai 2000 ml/hari sesuai toleransi.

Rasional: Menurunkan iritasi dengan mempertahankan aliran cairan konstan ke mukosa kandung kemih.

- 3) Berikan pasien informasi akurat tentang kateter, drainase, dan spasme kandung kemih.

Rasional: menghilangkan ansietas dan meningkatkan kerja sama dengan prosedur tertentu.

- 4) Berikan tindakan kenyamanan (sentuhan terapeutik, pengubahan posisi, pijatan punggung) dan aktivitas terapeutik. Dorong penggunaan teknik relaksasi, termasuk latihan napas dalam, visualisasi, pedoman imajinasi.

Rasional: menurunkan tegangan otot, memfokuskan kembali perhatian dan dapat meningkatkan kemampuan koping.

b) Kolaborasi

- 1) Berikan antispasmodik, contoh: oksibutinin klorida (ditropan); B&O supositoria.

Rasional: merilekskan otot polos, untuk memberikan penurunan spasme dan nyeri. Propantelin bromida (Pro-Bantanin).

Rasional: menghilangkan spasme kandung kemih oleh kerja anti kolinergik. Biasanya dihentikan 24-48 jam sebelum perkiraan pengangkatan kateter untuk meningkatkan kontrol kontraksi kandung kemih.

4. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif: alat selama pembedahan, kateter, irigasi kandung kemih sering, trauma jaringan, insisi bedah.

Kriteria Hasil: mencapai waktu penyembuhan, tak mengalami tanda infeksi.

Tindakan Keperawatan:

a) Mandiri

- 1) Pertahankan sistem kateter steril; berikan perawatan kateter regular dengan sabun dan air, berikan salep antibiotik di sekitar sisi kateter.

Rasional: mencegah pemasukan bakteri dan infeksi/sepsis lanjut.

- 2) Ambulasi dengan kantung drainase dependen.

Rasional: menghindari refleks balik urine, yang dapat memasukkan bakteri ke dalam kandung kemih.

- 3) Awasi tanda vital, perhatikan demam ringan, menggigil, nadi dan pernapasan cepat, gelisah, peka, serta disorientasi.

Rasional: pasien yang mengalami sistoskopi atau berisiko untuk syok bedah/septik sehubungan dengan manipulasi/instrumentasi.

- 4) Observasi drainase dari luka sekitar kateter suprapubik.

Rasional: adanya drain, insisi suprapubik meningkatkan risiko untuk infeksi yang diindikasikan dengan eritema, drainase purulen.

- 5) Ganti balutan dengan sering (insisi supra/retropubik dan perineal), pembersihan dan pengeringan kulit sepanjang waktu.

Rasional: balutan basah menyebabkan kulit iritasi dan memberikan media untuk pertumbuhan bakteri, peningkatan risiko infeksi luka.

- 6) Gunakan pelindung kulit tipe ostomi.

Rasional: Memberikan perlindungan untuk kulit sekitar, mencegah ekskoriasi dan menurunkan risiko infeksi.

b) Kolaborasi

1) Berikan antibiotik sesuai indikasi.

Rasional: diberikan secara profilaktik sehubungan dengan peningkatan risiko infeksi.

5. Disfungsi seksual berhubungan dengan situasi krisis (inkontinensia,

kebocoran urine setelah pengangkatan kateter, keterlibatan area genital

Kriteria Hasil: tampak rileks dan melaporkan ansietas menurun sampai tingkat dapat diatasi, menyatakan pemahaman situasi individual, menunjukkan keterampilan pemecahan masalah.

Tindakan Keperawatan:

a) Mandiri

1) Berikan keterbukaan pada pasien/orang terdekat untuk membicarakan tentang masalah inkontinensia dan fungsi seksual

Rasional: dapat mengalami ansietas tentang efek bedah dan dapat menyembunyikan pertanyaan yang diperlukan. Ansietas dapat mempengaruhi kemampuan untuk menerima informasi yang diberikan sebelumnya.

2) Berikan informasi akurat tentang harapan kembalinya fungsi seksual

Rasional: impotensi fisiologis terjadi bila saraf perineal dipotong selama prosedur radikal; pada pendekatan lain, aktivitas seksual dapat dilakukan seperti biasa dalam 6-8 minggu. Catatan: Prostat penis dapat dianjurkan setelah prosedur perineal radikal.

3) Diskusikan ejakulasi retrograd bila pendekatan transuretral/suprapubik digunakan.

Rasional: cairan seminal mengalir kedalam kandung kemih dan di sekresikan melalui urine. Ini tidak mempengaruhi fungsi seksual tetapi akan menurunkan kesuburan dan menyebabkan urine keruh.

4) Instruksikan latihan perineal dan interupsi/kontinu aliran urine

Rasional: meningkatkan peningkatan kontrol otot inkontinensia urine dan fungsi seksual.

b) Kolaborasi

1) Rujuk ke penasehat seksual sesuai indikasi

Rasional: Masalah menetap/tidak teratasi memerlukan intervensi.

H. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut (Dinarti, 2017), menjelaskan bahwa evaluasi adalah tahap akhir dari rangkaian proses yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai.

I. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Dinarti, 2017), menjelaskan bahwa evaluasi adalah tahap akhir dari rangkain proses yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 03 Mei 2021. Pasien masuk pada tanggal 03 Mei 2021 di Ruang Anyelir kelas III, nomor register 03.08.09 dengan diagnosa medis vesikolitiasis.

1. Data Dasar

a. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn, S, jenis kelamin laki-laki 59 tahun, status perkawinan pasien kawin, beragama islam, suku bangsa Indonesia, pendidikan SD, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan wiraswasta, alamat Jl. Benda No. 4 RT 004/007 Padurenan. Biaya BPJS. Adapun informasi yang didapatkan melalui pasien, keluarga, rekam medis dan perawat ruangan.

b. Resume

Pasien Tn. S (59 tahun) pada tanggal 3 Mei 2021 pukul 11.30 WIB datang ke poliklinik RS Swasta Jati Asih Bekasi diantar keluarga dengan keluhan BAK masih nyeri kurang lebih 1 bulan, hasil USG menunjukkan terdapat batu pada saluran kemih di bagian kandung kemih. Masalah keperawatan nyeri akut. Tindakan Keperawatan yang dilakukan tindakan adalah observasi tanda-tanda vital dengan hasil Tekanan Darah 125/94 mmHg, Nadi 61 kali/menit, Pernafasan 20 kali/menit, Suhu 36,2°C dan pemberian 1 tablet Paracetamol 500mg. Pasien diperiksa dengan keadaan umum sakit sedang dan kesadaran komposmentis, GCS; E: 4, V: 5, M: 6. Pasien disarankan oleh dokter untuk rawat inap untuk persiapan tindakan operasi. Pukul 13.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang Anyelir dan akan dilakukan tindakan operasi pada tanggal 4 Mei pukul 08.00 WIB. Pasien mengatakan takut untuk tindakan operasi yang akan datang, pasien berharap operasi berjalan lancar, pasien mengatakan BAK tidak tuntas. Telah dilakukan

pemeriksaan laboratorium, hasil Koagulasi masa perdarahan 3.30 dengan nilai normal 1.00 - 6.00, dan masa pembekuan 12.00 dengan nilai normal 9.00-15.00, ada pula pemeriksaan antigen SARS-Cov2 dengan hasil Negatif.

Pre operasi

Pada tanggal 4 Mei 2021 pasien terpasang infus RL di metakarpal dextra, telah diberikan terapi obat ceftriaxone 1gr melalui intra vena. Pasien sudah dipuasakan sejak pukul 02.00WIB dan terakhir minum pada pukul 02.00WIB. Telah dilakukan pemeriksaan TTV pada pukul 08.00 WIB dengan hasil pemeriksaan tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 86x/menit, frekuensi nafas: 18x/menit, suhu: 36,2°C, dengan kesadaran komposmentis. Pasien dipindahkan ke ruang operasi pukul 08.00WIB.

Post operasi

Pasien kembali ke ruang perawatan anyelir pada tanggal 4 Mei 2021, pukul 10.00 WIB dengan tindakan *lithrotripsy* dan dengan hasil operasi dipasang kateter threeway di uretra dengan anastesi spinal, keadaan saklit sedang, kesadaran komposmentis, tekanan darah: 125/82 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi nafas: 20x/menit, suhu: 36, 5°C, terpasang infus RL 500 ml/12 jam di vena metacarpal dextra irigasi NaCl 0,9% 100tpm. Masalah keperawatan utama yang muncul adalah resiko pendarahan. Tindakan yang lakukan adalah mengobservasi urine. Tindakan mandiri yang sudah di lakukan adalah mengobservasi tanda-tanda infeksi dengan hasil tanda-tanda vital pasien, mengatur posisi nyaman dengan posisi semi fowler. Evaluasi secara umum adalah urine pasien tampak berwarna merah.

2. Riwayat Keperawatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pre operasi

Pasien mengatakan saat BAK selalu tidak tuntas, dan merasa selalu ingin BAK.

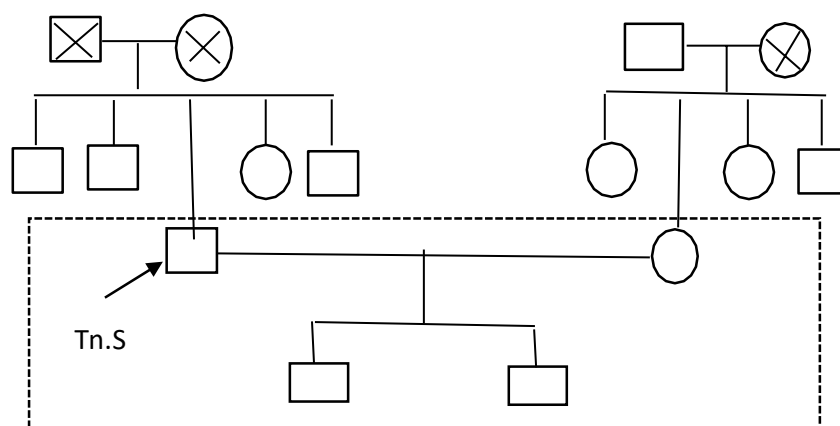
Post operasi

Pasien mengatakan nyeri di bagian kelaminnya, nyeri seperti di tusuk-tusuk dan perih, skala nyeri 5, nyeri terasa saat berkemih. Pasien mengatakan tidak nyaman karena terasa sakit.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi, yang sudah diderita selama 11 tahun (sejak tahun 2010 sampai saat ini). Pasien mengatakan tidak ada alergi obat, makanan, hewan dan lingkungan. Pasien selama ini rutin minum obat Amlodipin 5 mg.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga (genogram)



Keterangan:

 : Laki-laki

 : Perempuan

 : Pasien

 : Meninggal

 : Tinggal satu rumah

Keterangan: pasien tinggal bersama istri dan kedua anaknya, anggota keluarga pasien pernah menderita batu buli yaitu kaka kandung pasien, pasien adalah anak ketiga dari lima bersaudara. Ibu pasien memiliki penyakit asam urat. Keluarga dari istri pasien memiliki riwayat darah tinggi.

- 4) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko adalah ibu pasien mengalami asam urat.
- 5) Riwayat Psikososial dan Spiritual
 - a) Pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien adalah istri dan anak pasien serta keluarga pasien.
 - b) Interaksi keluarga adalah pola komunikasinya dalam keluarga baik, terbuka dan dua arah. Pembuat keputusan adalah pasien selaku kepala keluarga dan dilakukan dengan musyawarah ataupun merundingkan dengan keluarga, dan pasien mengatakan aktif mengikuti kegiatan di lingkungan.
 - c) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah keluarga menjadi khawatir terhadap penyakit yang sedang diderita pasien.
 - d) Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien mengatakan penyakitnya saat ini membuat pasien tidak nyaman dalam beraktivitas.
 - e) Mekanisme koping terhadap stress yaitu pasien mengatakan tidur dan menonton televisi.

f) Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah pasien mengatakan hal yang sangat dipikirkan saat ini adalah mengenai penyakitnya tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari. Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan penyakitnya tidak muncul berulang lagi. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah pasien mengatakan tidak nyaman dan mengganggu aktivitasnya.

g) Pola Kebiasaan

(1) Pola Nutrisi

Pre operasi

Sebelum sakit /masuk rumah sakit pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik tidak ada mual muntah, porsi makanan yang dihabiskan 1 porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada alergi makanan, makanan pantangan tidak ada. Pasien mengatakan suka mengkonsumsi makanan goreng-gorengan, berlemak dan makanan manis. Makanan diet tidak ada, penggunaan obat-obatan sebelum makan tidak ada dan tidak menggunakan alat bantu makan.

Saat pengkajian pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan berkurang, pasien menghabiskan hanya $\frac{1}{2}$ porsi makan, pasien mengatakan merasa perutnya tidak enak saat makan dan sedikit mual, tidak ada muntah, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada alergi makanan, makanan pantangan tidak ada. Pasien mengatakan suka mengkonsumsi makanan goreng-gorengan, berlemak dan makanan manis, makanan diet tidak ada dan tidak menggunakan alat bantu makan.

Post operasi

Pasien mengatakan belum ingin makan, pasien mendapat terapi diit biasa, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan, pasien tidak menggunakan alat bantu makan. Pasien memiliki BB 50 kg, TB 160 cm dan IMT pasien 19, 5 kg/m².

(2) Pola Eliminasi

Pre operasi

Sebelum sakit/masuk rumah sakit.

BAK: pasien mengatakan frekuensi $\pm$ 6x/hari dan tidak tuntas, berwarna kuning keruh, kadang anyang-anyangan, dan pasien tidak menggunakan kateter.

BAB: pasien mengatakan frekuensi 1x/hari dan tidak tentu, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan laksatif.

Saat dilakukan pengkajian pasien mengalami frekuensi BAK: pasien mengatakan frekuensi BAK $\pm$ 6x/hari dan tidak tuntas, urine berwarna kuning keruh, nyeri saat berkemih, dan tidak menggunakan kateter.

BAB Pasien mengatakan BAB 1x/hari tidak tentu, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan laksatif.

Post operasi

Pasien mengatakan tidak merasakan ketika buang air kecil tetapi pasien mengatakan nyeri sedikit seperti di tekan-tekan, nyeri saat buang air kecil, terpasang kateter urine dan double J stent di ureter. Pasien mengatakan belum BAB saat ini.

(3) Pola Personal Hygiene

Pre operasi

Sebelum sakit/masuk rumah sakit pasien mengatakan mandi 2x/hari pada pagi dan sore. *Oral hygiene* 2x/hari pada pagi dan malam. Mencuci rambut 3x/minggu.

Saat pengkajian pasien mengatakan sudah mandi. Oral hygiene 1x/hari dan tidak mencuci rambut.

Post operasi

Pasien mengatakan sudah mandi dengan dilap oleh keluarga, belum sikat gigi dan tidak mencuci rambut.

(4) Pola Istirahat dan Tidur

Pre operasi

Sebelum sakit/masuk rumah sakit pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam pada hari libur saja, lama tidur malam 5-6 jam, kebiasaan sebelum tidur adalah menonton televisi.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidur siang 30-60 menit, lama tidur malam 5 jam, tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

Post operasi

Pasien mengatakan tidur malam 5-6 jam.

(5) Pola Aktivitas dan Latihan

Pre operasi

Sebelum sakit/masuk rumah sakit pasien mengatakan waktu bekerja pada pagi hari sampai malam hari berdagang pakaian di toko, pasien mengatakan melakukan aktivitas berjalan kaki setiap hari dan ada keluhan mudah lelah dan nyeri pada kaki jika beraktivitas berlebihan.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak bekerja, tidak olahraga *Activity Daily Living* dibantu perawat dan keluarga. Pasien tampak lemas dan berbaring dengan posisi tidur semifowler.

Post-operasi

Pasien mengatakan tidak ada aktivitas selama di rumah sakit, hanya banyak istirahat diatas kasur.

(6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit/masuk rumah sakit pasien mengatakan merokok sejak SMA sampai sekarang, sehari merokok habis 1 bungkus rokok, $\pm$ 12 batang rokok dalam sehari, tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan NAPZA.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak merokok, pasien tidak minum-minuman keras, serta tidak menggunakan NAPZA.

(7) Sistem nilai kepercayaan yaitu pasien mengatakan tidak memiliki nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan dan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan adalah sholat 5 waktu dan mengaji.

(8) Kondisi lingkungan rumah

Pasien mengatakan kondisi rumah bersih, di depan rumah ada selokan keadaan bersih, tidak ada sampah yang menumpuk, ventilasi dalam rumah cukup dan cahaya matahari dapat masuk ke dalam rumah.

3. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

Pre operasi

Pasien mengatakan berat badan sebelum sakit adalah 53 kg, BB saat ini: 50 kg, tinggi badan (TB): 160 cm, indeks massa tubuh (IMT): $19,5 \text{ kg/m}^2$ (berat badan normal), keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, E: 4, M: 6, V: 5 dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

Post operasi

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, GCS: Eye: 4, M: 6, V: 5.

b. Sistem Penglihatan

Pre operasi

Posisi mata pasien tampak simteris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tampak normal, konjungtiva tampak ananemis, kornea kanan dan kiri tampak normal, sklera kedua mata tampak anikterik, pupil tampak isokor (respon terhadap cahaya positif), tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan tampak baik, tidak ada tanda-tanda radang, tidak menggunakan kaca mata, pasien tidak menggunakan lensa mata.

Post operasi

Pasien mengatakan tidak ada masalah di indera penglihatannya, dan respon terhadap cahaya positif.

c. Sistem Pendengaran

Pre operasi

Daun telinga kanan dan kiri pasien tampak normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah tampak normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga, perasaan penuh di telinga tidak ada, tidak ada tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak ada pemakaian alat bantu pendengaran.

Post operasi

Daun telinga kanan dan kiri normal, tidak ada serumen, kondisi telinga tengah tampak normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada tinitus, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak memakai alat bantu dengar.

d. Sistem Wicara

Pre operasi

Pasien berbicara normal dan tidak terdapat gangguan pada sistem wicara.

Post operasi

Pasien berbicara normal namun pelan karena masih dalam efek anestesi.

e. Sistem Pernafasan

Pre operasi

Pasien mengatakan tidak ada batuk, jalan nafas bersih, pasien mengatakan tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu nafas, dada terdengar sonor, tidak ada nyeri saat bernafas, frekuensi pernafasan 18x/menit, irama teratur, saat dipalpasi dada getaran sama kuat di kedua lapang paru kanan dan kiri, suara nafas vesikuler dan jenis pernafasan spontan dan dangkal.

Post operasi

Pasien mengatakan tidak sesak, pasien mengatakan tidak ada batuk, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi pernafasan pasien 20x/menit.

f. Sistem Kardiovaskuler

1) Sirkulasi Perifer

Pre operasi

Frekuensi nadi pasien 86x/menit, irama teratur dan teraba kuat. Tekanan darah: 120/80mmHg, tidak ada distensi vena jugularis pada kiri dan kanan, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, pengisian kapiler < 3 detik, dan tidak ada edema.

Post operasi

Frekuensi nadi 80x/menit, irama teratur, tekanan darah 125/82 mmHg, tidak ada edema, pengisian kapiler <3 detik.

2) Sirkulasi Jantung

Pre operasi

Kecepatan denyut nadi apikal 86x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung dan pasien mengatakan nyeri dada tidak ada.

Post operasi

Frekuensi nadi pasien 80x/menit, irama teratur, pasien mengatakan tidak ada nyeri dada.

g. Sistem Hematologi

Pre operasi

Pasien tampak pucat dan tidak ada perdarahan.

Post operasi

Pasien tampak pucat dan ada darah /stosel 100 cc di dalam kantung urine.

h. Sistem Saraf Pusat

Pre operasi

Pasien tidak mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran komposmentis, GCS: 15 E: 4, M: 6, V: 5, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial (TIK), tidak ada gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologis tampak normal, dan reflek patologis tidak ada.

Post operasi

Pasien mengatakan tidak mengeluh sakit kepala dan pusing, tingkat kesadaran komposmentis GCS: 15, E: 4, M: 6, V: 5, tidak ada gangguan di sistem persyarafan.

i. Sistem Pencernaan

Pre operasi

Gigi pasien tidak caries, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, saliva normal, tidak ada muntah. Pasien mengatakan nyeri pada daerah perut bagian bawah dengan skala 5 nyeri sedang seperti di tusuk-tusuk. Bising usus 14x/menit, tidak ada diare, dan tidak ada konstipasi. Pemeriksaan hepar tidak teraba dan abdomen lunak.

Post operasi

Pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah, tidak ada nyeri lagi di perutnya.

j. Sistem Endokrin

Pre operasi

Saat pengkajian pasien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak bau keton, dan tidak ada luka ganggren.

Post operasi

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton dan tidak ada luka ganggren.

k. Sistem Urogenital

Pre operasi

Saat pengkajian dilakukan pengukuran intake dan output pasien sbb:

Input	Out put
Intake ; Minum = 700 cc	Urine = 500 cc
<u>Infus = 500 cc</u>	
(+) 1200 cc	IWL= 500

Input – Output

1200 cc – 1000 cc = 200 cc (balance pasien= (+) 200 cc/24 jam).

Warna urine kuning keruh, distensi kandung kemih dan ada keluhan sakit pinggang dengan skala 5.

Post operasi

Pasca operasi dilakukam pengukuran Intake dan Output sebagai berikut:

Input	Out put
Intake ; Minum = 1000 cc	Urine = 1200 cc
<u>Infus = 1000 cc</u>	
(+) 2000 cc	IWL= 500

Input – Output

2000 cc – 1700 cc = + 300 cc (balance pasien = (+) 300 cc/24 jam).

Pasien terpasang catheter, warna urine merah bercampur darah, tampak serpihan pasir pada urine bag.

l. Sistem Integumen

Pre operasi

Saat pengkajian turgor kulit elastis, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, tekstur rambut baik dan bersih.

Post operasi

Post-op Turgor kulit elastis, temperatur kulit terasa hangat, kondisi kulit pemasangan infus baik.

m. Sistem Muskuloskeletal

Pre operasi

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak kesulitan dalam bergerak, tidak ada sakit pada tulang dan sendi, tidak ada fraktur, kelainan bentuk tulang tidak ada, kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah 5.

Post operasi

Pasien mengatakan sedikit lemas dan tidak ada kesulitan dalam bergerak, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah 5.

4. Data tambahan

Pre operasi

Pasien mengatakan saat di poliklinik dokter sudah menjelaskan tentang penyakitnya, namun pasien tidak begitu ingat semuanya yang dijelaskan. Pasien mengatakan selalu merasa ingin BAK dan pada saat BAK tidak merasa tuntas, pasien mengatakan anyang-anyangannya membuatnya tidak nyaman. Selama di rumah pasien rutin minum air putih sebanyak ± 900 cc/24 jam. Pasien mengatakan ia pantang makan makanan asin dan bersantan, pasien rutin berolahraga seperti berjalan kaki setiap 1x/minggu.

Post operasi

Pasien mengatakan sudah lega setelah dilakukan tindakan operasi dan pasien mengatakan mengerti penyebab masalah kesehatannya dari tenaga kesehatan baik dokter dan perawat. Pasien mengatakan akan mengikuti anjuran dokter untuk minum air putih yang banyak atau 8 gelas perhari, tidak menahan buang air kecil dan menjaga makanannya.

5. Data Penunjang

- 1) Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 27 April 2021 hitung jenis: limfosit 27% (20-24), monosit 9 % (2-8), nilai eritrosit rata-rata: MCV 95 fl (78-100), MCH 32 pg (27-31), Lalu tanggal 03 Mei 2021 dilakukan pemeriksaan laboratorium koagulasi masa perdarahan 3.30 menit (1.00-6.00 menit), masa pembekuan 12.00 menit (9.00-15.00 menit), Antigen SARS-Cov2 negative.
- 2) Hasil pemeriksaan usg abdomen pada tanggal 27 April 2021 adalah hepar, kandung empedu, pankreas, ginjal kanan, ginjal kiri, aorta abdominalis, buli dan prostat baik. Ginjal kanan tampak lesi anekoik bulat berbatas tegas dengan diameter 1.83 cm, Ginjal kiri tampak lesi anekoik bulat berbatas tegas dengan diameter 2.99 cm, Buli diameter 1.5 cm.
Kesan: Kista multipel ren bilateral, susp awal chronic kidney disease renal dekstra, cystitis, vesicolitiasis, kalsifikasi prostat.
- 3) Hasil pemeriksaan foto thorax pa pada tanggal 3 Mei 2021 adalah trakea di tengah, bentuk dan letak jantung normal, aorta baik, corakan bronkovaskular kasar meningkat, tak tampak bercak/ kesuraman pada kedua lapangan paru diafragma dan sinus kostofrenikus kanan kiri baik.

6. Penatalaksanaan Medis

Pre operasi

Pasien mendapatkan obat-obatan oral yaitu ceftriaxone 1 gr (1 jam pre operasi), ondancetron 4 mg dan omeprazole 40mg (2 jam pre operasi) sesuai program medis.

Post operasi

Pasien mendapatkan obat-obatan yaitu amlodipine 1x5mg, paracetamol 100mg. Obat-obatan melalui intra vena ondancetron 2x4mg, omeprazole x40mg, ceftriaxone 1x2gr, asam traneksamat 3x500mg, ranitidine 2x1 mg, ketorolac 3x30mg (k/p), tramadol 3x100mg, tamsulosin 1x0,4 mg sesuai program medis.

7. Data Fokus

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: composmentis, GCS: E: 4 V: 5 M: 6, tanda-tanda vital: tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 82 x/menit, frekuensi pernapasan: 18 x/menit, suhu: 36, 2°C.

1) Kebutuhan Fisiologis: Cairan

Pre Operasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan BAK $\pm$ 6x kali sehari,
Pasien mengatakan dalam 24 jam minum sebanyak 700 cc.

Data Objektif: Tekanan darah: 120/80 mmHg, frekuensi nadi: 86 x/menit, frekuensi pernapasan: 18 x/menit, suhu: 36, 2°C. CRT <3 detik, nadi teraba kuat, turgor kulit elastis, warna kulit normal (tidak sianosis), tidak tampak edema di ekstremitas atas dan bawah. Urine pasien tampak kuning keruh. Intake: minum 700cc/24 jam, infus 500cc/24jam. Output: urine 500cc/jam, IWL 500cc. Balance cairan (+) 200cc/jam.

Post Operasi

Data Subjektif: pasien mengatakan tidak ada diare, pasien mengatakan mulai minum pukul 15.20 WIB dan minum sebanyak 300cc.

Data Objektif: pasien tampak terpasang kateter urine. Intake: minum 500 cc + cairan infus 1000 cc = 2000 cc/24 jam. Output: urine 1200 cc + IWL 500 cc = 1600 cc/24 jam, balance cairan 2000 cc - 1600 cc = (+) 300 cc/24 jam, warna urine tampak kuning jernih dan sedikit bercampur darah kental.

2) Kebutuhan Fisiologis: Nutrisi

Pre Operasi

Data Subjektif: pasien mengatakan kurang nafsu makan. Pasien mengatakan makan hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi. Pasien mengatakan merasa perutnya tidak enak saat makan dan sedikit mual, pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai, pasien suka makan yang berlemak dan yang berkolesterol dan berlemak seperti gorengan, pete, udang, dan ati ampela.

Data Objektif: pasien tampak menghabiskan hanya $\frac{1}{2}$ porsi makan, berat badan saat ini 50 kg, tinggi badan saat ini 160 cm. IMT: 19,5 kg/m² (berat badan normal). Terjadi penurunan berat badan 2 kg, diit pasien 1700 kalori, hemoglobin 15.4 (13.5-18.0 g/dl).

3) Kebutuhan Fisiologis : Eliminasi

Pre operasi

Data Subjektif: pasien mengatakan setiap berkemih keluaranya sedikit, pasien mengatakan suka ayang-ayangan.

Data Objektif: urine pasien tampak kuning keruh, pasien tidak terpasang kateter urine, Hasil lab urinealisa eritrosit 4.88 (4.70-6.00/ul), hasil USG abdomen menunjukan adanya batu buli ukuran 1.5 cm.

Post operasi:

Data Subjektif: pasien mengatakan urinenya lebih banyak keluar dari pada sebelum operasi.

Data Objektif: pasien tampak terpasang kateter urine, urine pasien tampak kuning jernih dan ada darah menggumpal urine bag pasien tampak ada seperti butiran pasir.

4) Kebutuhan rasa nyaman : Nyeri

Pre operasi

Data Subjektif: P: pasien mengatakan nyeri pada saat BAK,

Q: pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk,

R: pasien mengatakan nyeri di di area perut bagian bawah dan pinggang, S: pasien mengatakan nyeri dengan skala 5, T: pasien mengatakan nyeri kurang lebih selama kurang lebih 1 menit.

Data Objektif: pasien tampak memegang bagian pinggang, pasien tampak gelisah, tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 86 x/menit, frekuensi pernapasan: 18 x/menit.

Post Operasi:

Data Subjektif: P: pasien mengatakan masih merasa nyeri setelah dilakukan tindakan operasi, Q: pasien mengatakan nyeri seperti di tekan-tekan, R: pasien mengatakan nyeri

dibagian area kelaminnya, S: pasien mengatakan nyeri dengan skala 4, T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

Data Objektif: pasien tampak memegang bagian kelaminnya, pasien tampak gelisah, tekanan darah 125/82 mmHg, nadi 80x/menit, frekuensi pernapasan: 20 x/menit.

5) Kebutuhan rasa aman

Post operasi

Data Subjektif: keluarga pasien mengatakan ada darah di kantung urinenya.

Data Objektif: urine pasien tampak ada gumpalan darah dan pasien terpasang kateter urine, hasil operasi pasien terpasang double J stent di ureter kiri.

6) Kebutuhan Aktivitas dan Istirahat

Pre operasi

Data Subjektif: pasien mengatakan ada keluhan nyeri dikaki pada saat melakukan aktivitas seperti berjalan kaki dari toko $\pm$ 100 dan mudah lelah saat berdagang di toko.

Data Objektif: Activity Daily Living dibantu perawat dan keluarga. Pasien tampak lemah dan berbaring dengan posisi tidur semifowler.

2. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data Pre Operasi

No	Data	Masalah	Etiologi
1	DS: a. pasien mengatakan setiap berkemih keluarnya sedikit dan tidak tuntas b. pasien mengatakan suka anyang-anyangan c. pasien mengatakan nyeri saat berkemih d. pasien mengatakan BAK $\pm$ 6 kali DO: a. Urine pasien tampak kuning keruh b. Pasien tidak terpasang kateter urine c. Pasien tampak tidak tenang d. Hasil USG abdomen menunjukkan adanya batu buli ukuran 1.5 cm	Gangguan eliminasi urine	Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih

2	DS: a. P: pasien mengatakan nyeri pada saat BAK b. Q: pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk- tusuk a. R: pasien Mengatakan nyeri dibagian area kelaminnya hingga menjalar ke punggung c. S: pasien mengatakan nyeri dengan skala 5 d. T: pasien mengatakan nyeri kurang lebih selama kurang lebih 1 menit DO: a. pasien tampak memegang bagian pinggang b. Pasien tampak menahan rasa sakitnya	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis
---	--	------------	------------------------------

3	c. Tekanan darah: 120/80 mmHg d. Nadi: 86 x/menit e. Frekuensi pernapasan: 18 x/menit f. Hasil USG abdomen menunjukkan adanya batu buli ukuran 1.5 cm DS: a. Pasien mengatakan cemas b. Pasien mengatakan takut dengan rencana operasi yang akan dilakukan DO: a. Pasien tampak gelisah b. Pasien tampak cemas c. Tekanan darah: 120/80 mmHg d. Frekuensi pernapasan: 18	Ansietas	Rencana operasi
---	--	----------	-----------------

	x/menit e. Nadi: 86 x/menit		
--	--------------------------------	--	--

Tabel 3.2 Analisa Data Post Operasi

No	Data	Masalah	Etiologi
1	DS: a. P: pasien mengatakan masih merasa nyeri setelah dilakukan tindakan operasi b. Q: pasien mengatakan nyeri seperti di tekan-tekan c. R: pasien mengatakan nyeri dibagian area kelaminnya hingga menjalar ke punggung d. S: pasien mengatakan nyeri dengan skala 4 e. T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul. DO: a. Pasien tampak tidak nyaman	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi pemecahan batu)

	b. Pasien tampak menahan nyeri c. Tekanan darah 125/82 mmHg d. Nadi 80 x/menit		
2	DS: a. Pasien melihat urinenya berwarna merah di urine bag b. Pasien mengatakan urinenya lebih banyak keluar dari pada sebelum dilakukan operasi DO: a. Urine bag pasien tampak berwarna merah b. Pasien tampak terpasang kateter urine treeway c. Pasien tampak terpasang irigasi kateter 1000 cc. d. Post <i>lithotripsy</i> (+).	Risiko perdarahan	Tindakan pembedahan

B. Diagnosa Keperawatan

Pre operasi:

1. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
3. Ansietas berhubungan dengan rencana operasi.

Post operasi:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi pemecahan batu).
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan.

C. Perencanaan Keperawatan, Pelaksanaan Keperawatan, Evaluasi Keperawatan

Pre operasi

1. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih.

Data Subjektif: pasien mengatakan setiap berkemih keluarnya sedikit dan tidak tuntas, pasien mengatakan suka ayang-ayangan, pasien mengatakan minum kurang lebih 1 botol air mineral ukuran sedang dalam sehari 900cc/24 jam, pasien mengatakan BAK kurang lebih 6 kali.

Data Objektif: urine pasien tampak kuning keruh, pasien tidak terpasang kateter urine, eritrosit 4.88 juta/ul, Hasil USG abdomen menunjukkan adanya batu buli ukuran 1.5 cm.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi urine kembali normal.

Kriteria Hasil: berkemih tidak tuntas menurun, distensi kandung kemih menurun, karakteristik urine membaik.

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi penyebab retensi urine
- b. Sediakan privasi untuk berkemih
- c. Jelaskan penyebab retensi urine

Pelaksanaan keperawatan tanggal 3 Mei 2021

Pukul 13.00 WIB mengidentifikasi penyebab retensi urine dengan hasil adanya peningkatan tekanan pada kandung kemih.

Pukul 13.10 WIB menyediakan privasi untuk berkemih dengan hasil berkemih pasien tidak tuntas dan merasa anyang-anyangan.

Pukul 16.00 WIB perawat ruangan memonitor tingkat distensi kandung kemih dengan hasil pasien tidak merasa nyeri saat di palpasi/perkusi dan pasien tampak gelisah.

Pukul 20.20 WIB perawat ruangan memonitor intake dan output dengan hasil intake 600 cc dan output 400 cc, balance cairan (+) 200cc.

Pukul 05.10 WIB perawat ruangan memonitor intake dan output dengan hasil intake 450cc dan output 300cc, balance cairan (+) 150cc.

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memonitor tingkat distensi kandung kemih dengan hasil pasien tidak nyeri saat dilakukan perkusi/palpasi.

Evaluasi keperawatan tanggal 3 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif: pasien mengatakan berkemihnya tidak tuntas dan merasa anyang-anyangan.

Objektif: ada distensi kandung kemih, pasien tampak gelisah.

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning: hentikan intervensi dengan indikator pasien akan dilakukan tindakan *lithotripsy* jam 8.45 WIB.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Data Subjektif: pasien mengatakan nyeri pada saat BAK, pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dibagian area kelaminnya hingga menjalar ke punggung, pasien mengatakan nyeri dengan skala 5, pasien mengatakan nyeri kurang lebih selama 1 menit.

Data Objektif: pasien tampak memegang bagian pinggang, pasien tampak menahan rasa sakitnya, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi: 86 x/menit, frekuensi pernapasan: 18x/menit.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang (skala nyeri 0-3).

Kriteria Hasil: nyeri pasien menurun sampai dengan hilang, tekanan darah membaik (110/80-120/80 mmHg), frekuensi nadi membaik (60-100 x/menit).

Rencana Tindakan:

- a. Kaji tanda-tanda vital (tekanan darah dan nadi) setiap shift.
- b. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri setiap shift.
- c. Identifikasi skala nyeri setiap shift.
- d. Berikan terapi nonfarmakologis.
- e. Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam setiap shift.
- f. Berikan obat paracetamol 3 x 500 mg melalui oral.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 3 Mei 2021

Pukul 13.30 WIB memonitor hasil pemeriksaan TTV dengan hasil Tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 86 x/menit.

Pukul 13.50 memberikan obat paracetamol 500 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 14.20 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri dibagian area kelaminnya hingga menjalar ke punggung, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul selama 1 menit.

Pukul 14.25 WIB mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan skala nyeri 5.

Pukul 14.30 WIB menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri dengan hasil pasien dapat melakukan relaksasi nafas dalam.

Pukul 18.00 WIB perawat ruangan memberikan obat paracetamol 500 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 20.20 WIB perawat ruangan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri terasa di bagian alat kelamin, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri berlangsung terus-menerus, nyeri terasa sudah berkurang, dengan skala nyeri 5.

Pukul 21.40 WIB perawat mengkaji tekanan darah dan frekuensi nadi dengan hasil TD: 125/90 mmHg, nadi : 80 x/menit.

Pukul 22.40 menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri dengan hasil pasien dapat melakukan relaksasi nafas dalam.

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan obat paracetamol 500 mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi Keperawatan tanggal 3 Mei 2021 Pukul 06.40 WIB

Subjektif : pasien mengatakan masih nyeri saat buang air kecil, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dibagian kelaminnya, pasien mengatakan skala nyeri 5, pasien mengatakan nyeri hilang timbul selama 1 menit.

Objektif : TD: 120/80 mmHg, N: 86 x/menit.

Analisa : masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning : lanjutkan intervensi.

3. Ansietas berhubungan dengan rencana operasi

Data Subjektif: pasien mengatakan pusing, pasien mengatakan bahwa ia berharap operasinya berjalan lancar, pasien merasa bingung.

Data Objektif: pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi: 86 x/menit, frekuensi pernapasan: 18 x/menit.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan ansietas menurun.

Kriteria Hasil: pusing pada pasien menurun, kebingungan pada pasien menurun, perilaku gelisah pasien menurun, tekanan darah membaik dalam batas normal (110/80-120/90 mmHg), frekuensi nadi membaik dalam batas normal (60-100 x/menit), frekuensi nafas membaik dalam batas normal (12-20 x/menit).

Rencana Tindakan:

- a. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).
- b. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.
- c. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.

d. Latih teknik relaksasi nafas dalam.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 3 Mei 2021

Pukul 13.30 WIB mengkaji TTV (tekanan darah, frekuensi nadi, dan frekuensi nafas) pasien dengan hasil tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 86 x/menit, frekuensi pernapasan: 18 x/menit.

Pukul 13.55 WIB memonitor tanda-tanda ansietas dengan hasil pasien mengatakan pusing, pasien tampak gelisah.

Pukul 15.00 WIB menjelaskan prosedur (dokter bedah akan memasukkan alat yang bernama resectoscope kedalam alat kelamin melalui uretra untuk memungkinkan aliran berkemih menjadi lebih lancar, saat operasi berlangsung akan diberikan pembiusan regional atau separuh), serta termasuk sensasi yang mungkin dialami dengan hasil pasien mengatakan bahwa dokter sudah menjelaskan prosedur operasi namun pasien lupa-lupa ingat dengan yang dijelaskan dokter.

Pukul 17.00 WIB mengkaji TTV (tekanan darah, frekuensi nadi, dan frekuensi nafas) pasien dengan hasil tekanan darah: 126/85 mmHg, frekuensi nadi 85 x/menit, frekuensi nafas 18 x/menit.

Pukul 19.20 WIB melatih teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien dapat redemonstrasi apa yang sudah diajarkan.

Pukul 20.00 WIB mengkaji TTV pasien dengan hasil tekanan darah: 120/82 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi nafas 18 x/menit.

Pukul 08.30 perawat ruangan menempatkan barang pribadi pasien saat operasi berlangsung dengan hasil pasien bersedia karena tidak ada keluarga yang menunggu sehingga barang pribadi pasien diserahkan ke perawat ruangan untuk di simpan sementara.

Evaluasi keperawatan tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.40 WIB

Subjektif : pasien mengatakan bahwa sudah siap untuk tindakan operasi, pasien mengatakan sudah tidak bingung lagi dan tidak pusing.

Objektif : muka pasien tampak tenang, TD : 120/82 mmHg, frekuensi nadi 80 x/menit, frekuensi nafas 18 x/menit.

Analisa : masalah teratasi tujuan tercapai.

Planning : hentikan intervensi dengan indikator pasien akan dilakukan tindakan urologi *lithotripsy*.

Post operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Data Subjektif: Pasien mengatakan masih merasa nyeri setelah dilakukan operasi lebih tepatnya saat efek anastesi hilang, pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dibagian area kelaminnya hingga ke punggung, pasien mengatakan skala nyeri 5, pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

Data Obejktif: pasien tampak menahan rasa sakitnya, TD: 125/82 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang (skala nyeri 0-3).

Kriteria Hasil: nyeri pasien menurun sampai dengan hilang, tekanan darah membaik (110/80 – 120/90 mmHg), frekuensi nadi membaik (60-100 x/menit).

Rencana Tindakan:

- a. Kaji tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi) setiap shift.
- b. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi nyeri setiap shift.
- c. Identifikasi skala nyeri setiap shift.
- d. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.
- e. Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam setiap shift.
- f. Berikan infus RL 3x500 cc *Intra Vena Fluid Drainage* (IVFD), dan obat paracetamol 3x500mg (oral).

Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Pukul 14.10 WIB mengkaji tekanan darah dan frekuensi nadi dengan hasil TD: 125/82 mmHg, frekuensi nadi : 80x/menit.

Pukul 14.25 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri terasa di bagian alat kelaminnya sampai punggung, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri berlangsung secara terus menerus, nyeri hilang timbul.

Pukul 14.40 WIB mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan skala nyeri 4.

Pukul 14.50 WIB menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri dengan hasil pasien dapat melakukan relaksasi nafas dalam.

Pukul 16.00 WIB perawat ruangan memberikan RL 500 cc (IFVD), dan obat paracetamol 3 x 500mg (oral).dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 20.00 WIB perawat ruangan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri terasa di bagian alat kelamin, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri terasa sudah berkurang, dengan skala nyeri 3

Pukul 21.30 WIB perawat mengkaji tekanan darah dan frekuensi nadi dengan hasil TD: 125/82 mmHg, nadi : 80 x/menit.

Pukul 22.30 menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri dengan hasil pasien dapat melakukan relaksasi nafas dalam.

Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan RL 3 x 500cc (IFVD) dengan hasil Infus berhasil diberikan. Obat paracetamol 3 x 500mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 5 Mei 2021 pukul 06.50 WIB

Subjektif : pasien mengatakan nyeri sudah tidak terasa.

Objektif : pasien tampak tenang, tekanan darah: 125/82 mmHg, nadi: 80 x/menit.

Analisa : masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai.

Planning : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 5 Mei 2021

Pukul 08.10 WIB mengkaji tekanan darah dan frekuensi nadi dengan hasil TD: 120/80 mmHg, nadi : 75 x/menit.

Pukul 08.40 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri terasa di bagian alat kelaminnya, nyeri seperti ada tekanan, nyeri berlangsung hilang timbul, nyeri sudah berkurang dengan skala nyeri 2.

Pukul 09.00 WIB memberikan terapi relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan relaksasi nafas dalam.

Pukul 11.00 WIB mengkaji tekanan darah dan frekuensi nadi dengan hasil Tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 80 x/menit.

Pukul 12.00 WIB memberikan Infus RL 500cc (IFVD) dengan hasil infus berhasil diberikan. Obat paracetamol 3 x 500mg (oral) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 13.50 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri.

Evaluasi keperawatan tanggal 5 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, pasien mengatakan nyeri seperti ada tekanan, pasien mengatakan nyeri hanya di bagian alat kelaminnya, pasien mengatakan skala nyeri 1, nyeri hilang timbul.

Objektif : pasien tampak tenang, tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 80 x/menit.

Analisa : masalah teratasi tujuan tercapai.

Planning : hentikan intervensi.

2. Resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

Data Subjektif: pasien melihat urine nya berwarna merah di urine bag, pasien mengatakan urinenya lebih banyak keluar dari pada sebelum dilakukan operasi.

Data Objektif: Urine bag pasien tampak berwarna merah, pasien tampak terpasang kateter urine treeway, pasien tampak terpasang irigasi kateter, pasien post operasi *lithotripsy*.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perdarahan tidak terjadi.

Kriteria Hasil: perdarahan tidak terjadi, hematuria tidak terjadi, tekanan darah dalam batas normal (110/80-120/90 mmHg), frekuensi nadi dalam batas normal (60-100 x/menit).

Rencana Tindakan:

- a. Monitor tanda-tanda vital setiap shift.
- b. Pertahankan bedrest setiap shift.
- c. Anjurkan pasien minum 8 gelas (3000 cc) /24 jam.
- d. Lakukan irigasi kandung kemih dengan NaCl 0,9% 1000 cc melalui kateter setiap hari.
- e. Berikan obat asam traneksamat 1x50mg (IV).

Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Pukul 13.00 WIB melakukan irigasi kandung kemih NaCl 0,9% 1000 cc melalui kateter urine threeway dengan hasil irigasi kandung kemih sudah dilakukan dan urine tampak berwarna merah.

Pukul 13.10 WIB mempertahankan bedrest pasien dengan hasil pasien tampak terbaring diatas tempat tidur.

Pukul 14.10 WIB mengkaji tekanan darah dan frekuensi nadi dengan hasil TD: 125/82 mmHg, frekuensi nadi: 80x/menit.

Pukul 14.30 WIB menganjurkan pasien untuk minum 8 gelas dalam sehari dengan hasil pasien paham dan mengikuti arahan perawat.

Pukul 14.50 memberikan obat asam traneksamat 50mg (IV) dengan hasil obat telah diberikan.

Pukul 16.00 WIB perawat ruangan mengkaji tekanan darah dan frekuensi nadi dengan hasil TD: 123/90 mmHg, Nadi: 75x/menit.

Pukul 21.00 WIB perawat mengkaji tekanan darah dan frekuensi nadi dengan hasil TD: 123/82 mmHg, nadi: 70 x/menit.

Evaluasi keperawatan tanggal 5 Mei 2021 pukul 06.30 WIB

- Subjektif : pasien mengatakan melihat darah di urine bag nya.
- Objektif : urine pasien tampak berwarna merah, TD: 123/90 mmHg, nadi: 75 x/menit.
- Analisa : masalah belum teratasi tujuan belum tercapai.
- Planning : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB mengkaji tekanan darah dan frekuensi nadi dengan hasil TD: 120/80 mmHg, nadi : 75 x/menit.

Pukul 09.10 WIB melakukan irigasi kandung kemih dengan NaCl 0,9% 1000 cc melalui kateter urine threeway dengan hasil irigasi kandung kemih sudah dilakukan dan urine tampak berwarna kuning keruh.

Pukul 12.30 WIB memberikan obat asam traneksamat 50mg (IV) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 13.50 WIB mengobservasi irigasi dan urine dengan hasil urine tampak kuning bening.

Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021 pukul 14.00 WIB

- Subjektif : pasien mengatakan tidak melihat darah di urine bag nya.
- Objektif : urine pasien tampak kuning bening, irigasi habis 3 botol NaCl 1000cc, Tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 75 x/menit.
- Analisa : masalah teratasi tujuan tercapai.

Planning : hentikan intervensi, pasien pulang dengan indikator urine pasien.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini merupakan pembahasan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan terhadap Tn. S dengan vesikolitiasis di ruang anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih. Dalam Bab ini penulis akan membahas dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan dimulai dari tahap melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Setelah penulis melihat pada beberapa literatur dan asuhan keperawatan yang diberikan, maka penulis melihat adanya kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang terjadi di lapangan, yaitu:

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap yang dilakukan dalam proses keperawatan. Pengkajian dilakukan menggunakan format pengkajian, melakukan pemeriksaan fisik *head to toe*, dan mengumpulkan informasi atau data pasien yang penulis peroleh melalui wawancara dengan pasien dan keluarga, melakukan observasi, serta melihat catatan keperawatan.

Menurut Muttaqin (2011): (Baradero, 2010), tanda gejala yang dirasakan pada penderita vesikolitiasis yaitu buang air kencing kurang lancar tiba-tiba berhenti, sakit yang menjalar pada penis bila pasien merubah posisi kencing, jika terjadi infeksi tanda-tanda yang ditemukan yaitu: *cystitis* dan kadang-kadang terjadi hematuria, adanya nyeri tekan suprapubis karena infeksi/teraba adanya urine yang banyak (retensi), demam, ketika mulai terjadi infeksi tubuh akan menjadi demam dan menggigil. Dimana suhu badan akan naik serta tubuh penderita akan menggigil. Rasa ingin terbakar pada saat ingin kencing, menetesnya urine setelah selesai berkemih, pancaran lemah dan rasa tidak puas setelah berkemih atau anyang-anyangan. Pada kasus diatas yang tidak ditemukan infeksi hal ini dikarenakan tidak terjadi demam pada pasien dengan nilai leukosit 6.840 /ul (Nilai Rujukan 4.000-10.500).

Menurut (Doenges et al., 2012), pada pengkajian terdapat peningkatan tekanan darah, nadi yang berkaitan dengan nyeri, ansietas, kulit hangat dan pucat. Pada kasus ini yang ditemukan saat pengkajian tekanan darah tinggi karena pasien memiliki riwayat hipertensi sudah 11 tahun akibat pola makan yang tidak baik.

Menurut (Doenges et al., 2012), pada pengkajian terdapat riwayat infeksi saluran kemih kronis atau terkini (ISK), batu ginjal sebelumnya, penurunan haluaran urine, kandung kemih penuh, rasa terbakar, urgensi kemih, diare, oliguria (retensi, urine berkurang), hematuria, piuria, dan perubahan pola berkemih. Pada kasus, saat pengkajian pasien mengalami penurunan haluaran urine, kandung kemih penuh, rasa terbakar saat berkemih, hematuria. Hal ini dapat dibuktikan pada saat dilakukan pengkajian terdapat hematuria pada urine bag pasien, rasa terbakar, dan saat dipalpasi teraba kandung kemih penuh.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu pasien Tn. S kooperatif, terbuka mengenai penyakit yang dialami oleh pasien, dan adanya status *medical record* serta perawat ruangan yang membantu dalam proses pengumpulan data sehingga penulis dapat memperoleh data.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa merupakan suatu keputusan klinik yang diberikan kepada pasien mengenai respon individu. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada (Doenges et al., 2012) namun tidak diangkat pada pasien adalah sebagai berikut:

Pre operasi:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pasca obstruksi diuresis dan drainase kandung kemih yang terlalu distensi secara kronis, ketidakseimbangan elektrolit. Pada kasus ini penulis tidak mengangkat

diagnosa tersebut karena pengisian kapiler baik, membran mukosa lembab, nadi perifer teraba.

2. Risiko infeksi berhubungan dengan port de entree luka pasca bedah. Pada kasus ini penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena pada saat pengkajian pasien tidak demam.

Post operasi:

1. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanikal: bekuan darah, edema, trauma, prosedur bedah, tekanan dan iritasi kateter. Pada kasus ini penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena pasien terpasang kateter urin sehingga pola eliminasi tidak dapat terkaji.
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan area bedah vaskular, kesulitan mengontrol perdarahan, pembatasan pemasukan pre operasi. Pada kasus ini penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena pengisian kapiler baik, membran mukosa lembab, nadi perifer teraba.

Faktor yang mendukung penulis adalah pasien kooperatif dalam memberikan informasi, data-data pasien mendukung dalam menegakkan diagnosa dan adanya referensi media cetak sehingga penulis dapat menggunakan referensi tersebut untuk mengangkat diagnosa keperawatan sesuai dengan referensi dan kasus yang ada.

Faktor penghambat dari penulis pada diagnosa keperawatan adalah adanya perbedaan masalah keperawatan yang muncul dalam teori dan pada kasus pasien dan tidak adanya data dan hasil pemeriksaan diagnostik dari rumah sakit sebelumnya sehingga data yang terdokumentasi kurang lengkap untuk mendukung diagnosa keperawatan.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan semua rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang diberikan kepada pasien. Menurut (Doenges et al., 2012) pada pasien dengan vesikolitiasis asuhan keperawatan dilakukan perdiagnosa.

Berikut merupakan kesenjangan pada rencana keperawatan yang terdapat pada (Doenges et al., 2012) namun tidak direncanakan pada Tn. S yaitu:

Pre operasi

1. Diagnosa keperawatan: Ansietas berhubungan dengan rencana operasi.
 - a) Selalu ada untuk pasien. Penulis tidak mencantumkan intervensi tersebut karena keterbatasan waktu, sehingga tidak dapat melakukan intervensi tersebut.

Post Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (prosedur operasi)
 - a) Tingkatkan pemasukan sampai 2000 ml/hari sesuai toleransi. Penulis tidak mencantumkan intervensi tersebut karena pasien rutin minum sebanyak $\pm$ 2000 ml/hari.
 - b) Berikan pasien informasi akurat tentang kateter, drainase, dan spasme kandung kemih. Penulis tidak mencantumkan intervensi tersebut karena sebelumnya informasi sudah dijelaskan oleh dokter.

Faktor pendukung dalam penyusunan perencanaan keperawatan adalah adanya referensi buku yang mempermudah penulis dalam menyusun perencanaan sehingga dapat dilakukan dengan baik.

Tidak ada faktor penghambat yang ditemukan penulis selama melakukan perencanaan keperawatan pada pasien.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Penulis melakukan pelaksanaan keperawatan berdasarkan perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan yang dilakukan kepada pasien dilakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 3 Mei 2021 sampai dengan 5 Mei 2021 dan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien adalah memonitor tanda-tanda vital, memberikan obat paracetamol 3x500 mg (oral), keluhan nyeri berkurang, mengirigasi kandung kemih menggunakan NaCl 0.9% 1000cc.

Faktor pendukung dalam melakukan proses keperawatan adalah pasien kooperatif mengikuti dan melakukan anjuran yang penulis berikan, serta perawat ruangan yang bekerja sama membantu penulis dalam melakukan tindakan keperawatan diluar jam dinas penulis. Faktor penghambat yang ditemukan penulis selama melakukan proses implementasi keperawatan adalah keterbatasannya waktu dikarenakan penulis bekerja secara shift.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan penulis mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat oleh penulis:

Pre operasi

1. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan merasa anyang-anyangan, pasien mengatakan berkemihnya tidak tuntas, pasien rutin minum air putih sebanyak $\pm 900\text{cc}/24$ jam, pasien mengatakan BAK kurang lebih 6 kali.
Hentikan intervensi dengan indikator pasien akan dilakukan tindakan lithotripsy.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang (skala nyeri 0-3). Hal ini ditandai dengan pasien pasien mengatakan nyeri pada saat BAK, pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-

tusuk, pasien mengatakan nyeri dibagian area kelaminnya hingga menjalar ke punggung, pasien mengatakan nyeri dengan skala 5, pasien mengatakan nyeri kurang lebih selama 1 menit. Lanjutkan intervensi.

3. Ansietas berhubungan dengan rencana operasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah teratasi, tujuan tercapai. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan sudah siap melaksanakan operasi, sudah tidak merasa bingung lagi, muka pasien tampak tenang, tekanan darah: 110/80 mmHg, nadi: 80 x/menit, pernapasan: 20x/menit, frekuensi nadi: 20x/menit. Hentikan intervensi dengan indikator hasil operasi *lithotripsy* berhasil.

Post operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah teratasi tujuan tercapai. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, pasien mengatakan nyeri seperti ada tekanan, pasien mengatakan nyeri hanya di bagian alat kelaminnya, pasien mengatakan skala nyeri 1, nyeri hilang timbul. Pasien tampak tenang, tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 80 x/menit.
2. Resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah teratasi tujuan tercapai. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan tidak melihat darah di urine bag nya. Urine pasien tampak kuning bening, irigasi habis 3 kolf NaCl 0,9% 1000cc, Tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi : 75 x/menit.

Faktor pendukung dalam evaluasi keperawatan adalah pasien kooperatif mengikuti dan melakukan anjuran yang penulis berikan, serta perawat ruangan yang bekerja sama membantu penulis dalam melakukan tindakan keperawatan diluar jam dinas penulis. Faktor penghambat yang ditemukan penulis selama melakukan proses implementasi keperawatan adalah keterbatasannya waktu dikarenakan penulis bekerja secara shift.

BAB V

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

Vesikolitiasis merupakan batu yang menghalangi aliran air kemih akibat penutupan leher kandung kemih, maka aliran yang mula-mula lancar secara tiba-tiba akan berhenti dan menetes disertai dengan rasa nyeri.

Pada saat melakukan pengkajian pasien mengalami penurunan haluaran urine, kandung kemih penuh, rasa terbakar, hematuria. Hal ini dapat dibuktikan dengan terdapat hematuria pada urine bag pasien, rasa terbakar, dan saat dipalpasi teraba kandung kemih penuh, dengan nilai leukosit 6.840 /ul (Nilai Rujukan 4.000-10.500).

Diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada pasien dengan batu buli (vesikolitiasis) yaitu terdapat lima diagnosa keperawatan. Diagnosa utama yang diangkat adalah gangguan eliminasi berhubungan dengan penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih. Hal ini dikarenakan pada pasien vesikolitiasis mengalami setiap berkemih keluarnya sedikit dan tidak tuntas.

Perencanaan keperawatan pada pasien dengan batu buli (vesikolitiasis) terdapat perencanaan mandiri yaitu mengidentifikasi penyebab retensi urine, menyediakan privasi untuk berkemih dan menjelaskan penyebab retensi urine.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan batu buli adalah mengidentifikasi penyebab retensi urine, menyediakan privasi untuk berkemih, menjelaskan penyebab retensi urine, mengkaji tanda-tanda vital, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri dan memberikan obat antibiotik untuk mencegah komplikasi dari tindakan pembedahan.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan batu buli yang harus diperhatikan adalah warna urine, bau urine, jumlah urine yang menunjukkan adanya gangguan atau tidak pada sistem perkemihan, karakteristik nyeri dikarenakan dapat menentukan adanya nyeri atau tidak pasca operasi dengan melakukan pemasangan stent di saluran kemih hal ini agar dapat menurunkan terjadinya komplikasi dari batu buli dan mengembalikan fungsi kandung kemih.

B. Saran

1. Penulis

Diharapkan penulis memperoleh peningkatan pengetahuan dan pemahaman mengenai penyakit batu buli serta penatalaksanaannya, khususnya pasien yang telah dilakukan tindakan *lithotripsy* dan memiliki sikap caring dalam memberikan asuhan keperawatan.

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan institusi khususnya bagian perpustakaan dapat menyediakan lebih banyak lagi sumber buku atau literatur mengenai sistem perkemihan dan penatalaksanaan pembedahan batu buli.

3. Bagi petugas kesehatan

Diharapkan bagi tenaga kesehatan lebih ditingkatkan kualitas pemberian asuhan keperawatan serta memperhatikan kebutuhan secara komprehensif agar hubungan saling percaya dengan pasien dengan baik kemudian mendokumentasikan catatan keperawatan ditulis dengan rapih, jelas, dan lengkap agar setiap orang dapat membaca dengan benar dan tidak menimbulkan persepsi yang salah bagi yang membacanya.

DAFTAR PUSTAKA

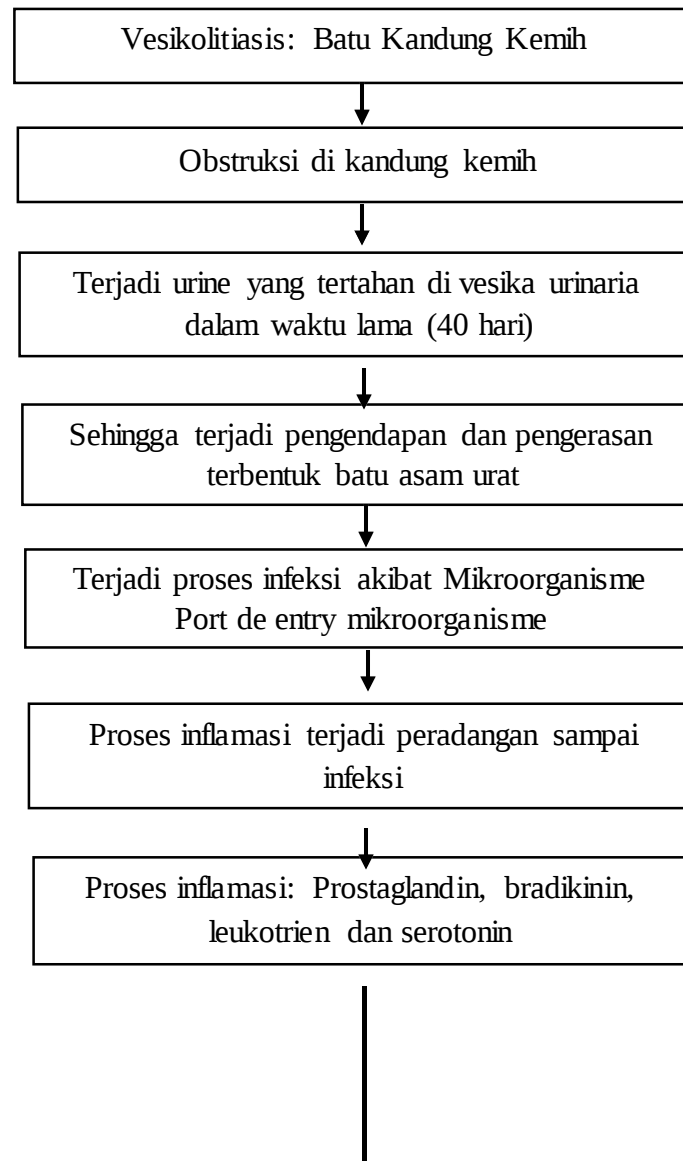
- Anonim. (2014). *Batu saluran kemih* .http://www.medicastore.com/med/detail_pyk.php?id=&iddtl=554&idktg=3&idobat=&UID=20081103094023124.195.53.98. Diakses tanggal 17 Juni 2016.
- Baradero, Mary, MN, SPC,Dkk. (2010). *Klien Gangguan Ginjal*. Jakarta: EGC.
- Brunner & Suddarth. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Volume 2. Jakarta: EGC.
- Corwin, E. J., (2014). *Buku Saku Patofisiologi Corwin* . Jakarta: EGC.
- Dinarti, Y. M. (2017). *Bahan Ajar Keperawatan: Dokumentasi Keperawatan*. Kementerian Kesehatan Indonesia.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2012). *Rencana asuhan keperawatan: pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien* (3 ed.). EGC.
- Hawariy, Y., Rodjani, A., (2013). *Pengaruh Kadar Asam Urat terhadap Kejadian Batu Asam Urat pada Pasien Batu Saluran Kemih*. Fakultas Kedokteran UI.
- Haryono, Rudi. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Perkemihan*. Edisi 1. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Herdman, T . H., & Kamitsuru, S. (2011). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi* 2015-2017. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Laporan Nasional Riskesdas 2013*. Riskesdas Indonesia, 581. Retrieved Mei 25, 2020.
- Mansjoer, Arief. (2010). *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi 4. Jakarta: Media Aesculapius.
- Muttaqin A & Sari K, (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan System Perkemihan*. Jakarta : Salamba Medika.
- Purnomo, B, Basuki, (2011). *Dasar-Dasar Urologi*. Edisi ketiga. Jakarta: CV Sagung

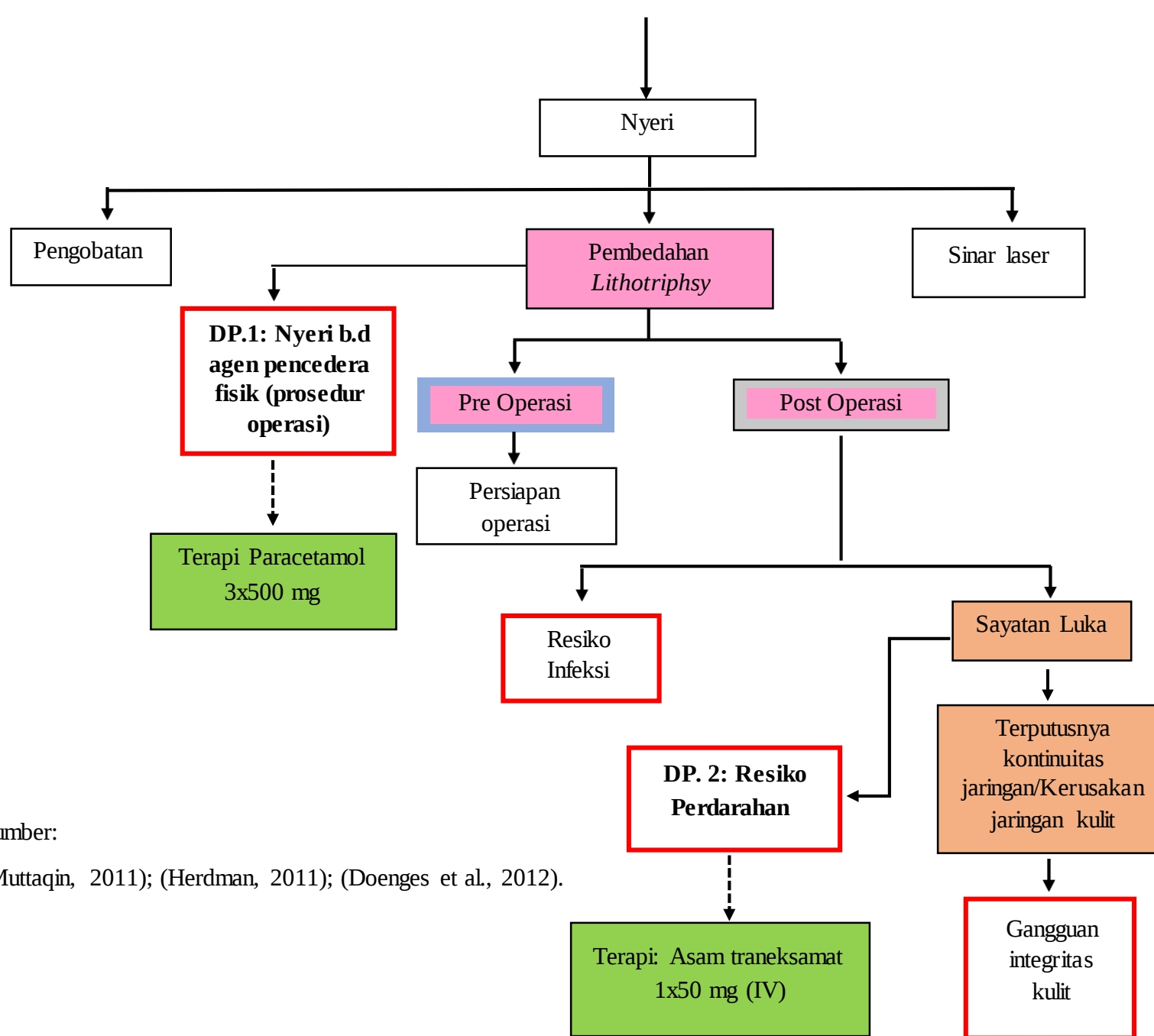
Seto.

Wikipedia Bladder stone, (2021). https://en.wikipedia.org/wiki/Bladder_stone .

LAMPIRAN

A. Patoflowdiagram Vesikolitiasis





Sumber:

(Muttaqin, 2011); (Herdman, 2011); (Doenges et al, 2012).