



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
NEFROLITHOTOMI DI RUANG BERNADETH II
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH :

RATNA SARI (NS2214901136)

RATNA TITHA NANGGALI (NS2214901137)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2023



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
NEFROLITHOTOMI DI RUANG BERNADETH II
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH :

RATNA SARI (NS2214901136)

RATNA TITHA NANGGALI (NS2214901137)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2023**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Ratna Sari (NS2214901136)
2. Ratna Titha Nanggali (NS2214901137)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2023

Yang menyatakan,

Ratna Sari

Ratna Titha Nanggali

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Nefrolithotomi di Ruang St. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Ratna Sari (NS2214901136)
2. Ratna Titha Nanggali (NS2214901137)

Disetujui oleh :

Pembimbing I



(Fitriyanti Pataru, Ns., M.Kep)
NIDN : 0907049202

Pembimbing II



(Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes)
NIDN : 0925107502

Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama
STIK Stella Maris Makassar



Fransiska Anita, Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB
NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Ratna Sari (NS2214901136)
2. Ratna Titha Nanggali (NS2214901137)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan
Nefrolithotomi di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit
Stella Maris Makassar.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing I	Fitriyanti Pataru, Ns., M.Kep	()
Pembimbing II	Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes	()
Penguji I	Asrijal Bakri, Ns., M.Kes	()
Penguji II	Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN	()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 27 Juni 2023

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

Syarifuddin, S.Si. S.Kep. Ns. M.Kes
NIDN: 0928027101



PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Ratna Sari (NS2214901136)

Ratna Titha Nanggali (NS2214901137)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi / formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 27 Juni 2023

Yang menyatakan,

Ratna Sari

Ratna Titha Nanggali

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami haturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas segala berkat dan rahmatnya, sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Op Nefrolithotomi di Ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Karya Ilmiah Akhir ini dibuat untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini kami menyadari bahwa kami banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini kami menyampaikan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,NS.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E. R Sa'pang, Ns.,M.Kep.Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Paseno, NS.,M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, Keuangan, Sarana, dan Prasarana STIK Stella Maris Makassar dan juga selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis selama proses menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kes., selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi.
5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Fitriyanti Patarru', Ns.,M.Kep., selaku Pembimbing I yang dengan penuh kesabaran dan pengertian membimbing, mengarahkan, dan membantu penulis menyelesaikan karya ilmiah akhir ini, serta

memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

7. Bapak dan Ibu dosen beserta staf yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan.
8. Kepala ruangan Sta. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan untuk mengambil kasus di ruang Sta. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.
9. Teristimewa keluarga tercinta dari Ratna Sari yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasihat, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
10. Teristimewa orang tua tercinta dari Ratna Titha Nanggali dan orangtua dari Ratna Sari serta keluarga dan sanak saudara dan juga mas owad yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, nasihat, cinta dan kasih sayang serta bantuan moral dan material dalam menyusun karya ilmiah akhir ini.
11. Seluruh teman-teman Mahasiswa/i Profesi Ners Angkatan 2022 yang telah bekerjasama selama mengikuti praktik lapangan maupun dalam memberikan kritik dan sarannya selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Akhir kata, kami berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Kami menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini oleh karena itu kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat dan membangun dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir.

Makassar, 27 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat Penulisan	4
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi dan Fisiologi.....	8
3. Etiologi	11
4. Patofisiologi	13
5. Manifestasi Klinis	14
6. Tes Diagnostik	17
7. Penatalaksanaan Medis.....	19
8. Komplikasi	22
B. Konsep Dasar Keperawatan	23

1. Pengkajian	23
2. Diagnosis Keperawatan	25
3. Luaran dan Intervensi Keperawatan.	25
4. <i>Discharge Planning</i>	36
C. Patoflowdiagram	37
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Ilustrasi Kasus.....	41
B. Pengkajian	42
C. Diagnosis Keperawatan	62
D. Intervensi Keperawatan.....	63
E. Implementasi Keperawatan.....	69
F. Evaluasi Keperawatan.....	77
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan.....	81
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	87
BAB V PENUTUP	
A. Simpulan	95
B. Saran.....	97
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap	57
Tabel 3.2 Analisa data	59
Tabel 3.3 Diagnosis Keperawatan.	63
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan	64
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....	70
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan	78
Tabel 4.1 Picot Evidence Based Nursing (EBN)	132

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1: Anatomi Ginjal Manusia	8
Gambar 2.2: Struktur Kortex Ginjal	11

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan.
- Lampiran 2 Leaflet
- Lampiran 3 Lembar konsul
- Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah kebutuhan dasar dan modal utama bagi setiap manusia untuk hidup. Walaupun kenyataannya tidak semua orang memperoleh atau memiliki derajat kesehatan yang optimal, karena suatu penyakit. Salah satu penyakit yang biasa terjadi adalah masalah pada sistem perkemihan diantaranya batu ginjal.

Batu ginjal dapat ditemukan sepanjang saluran kemih mulai dari kaliks ginjal, ureter, buli-buli dan uretra. Batu ini mungkin terbentuk di ginjal kemudian turun ke saluran kemih bagian bawah atau memang terbentuk di saluran kemih bagian bawah karena adanya stasis urine seperti pada buli-buli karena hiperplasia prostat atau batu uretra yang terbentuk di dalam ventrikel uretra. Penyebab terbentuknya batu ginjal berhubungan dengan gangguan aliran urine, gangguan metabolik, infeksi saluran kemih, dehidrasi, diet mengandung purin, obat-obatan dan keadaan-keadaan lain yang masih belum terungkap (idiopatik).

Berdasarkan WHO diseluruh dunia ada 1-2 % penduduk mengalami penyakit batu ginjal. Dari sekian ratus pengidap, penyakit tersebut ialah penyakit yang paling banyak ditemui di bidang urologi. Di negara Amerika Serikat penyakit paling banyak terjadi pada system perkemihan adalah batu ginjal dengan jumlah presntase 30% dari 100.000 jumlah penderita penyakit batu ginjal (IHSANIAH, 2020). Prevalensi penyakit ini diperkirakan 13% pada laki-laki dewasa dan 7% pada perempuan dewasa, dengan puncak dekade ketiga dan keempat. Di negara Indonesia sendiri penyakit ginjal yang sangat banyak ditemui di berbagai Rumah sakit adalah gagal ginjal

dan batu ginjal atau sering disebut dengan nefrolitiasis. Dan untuk prevalensi yang tertinggi berada di daerah DI Yogyakarta dengan (1,2%), selanjutnya diikuti oleh Aceh dengan (0,9%), dan Jawa tengah, Jawa Barat, Sulawesi Tengah dengan prevalensi sama yaitu masing – masing (0,8%) (Fauzi & Putra, 2022).

Pengidap nefrolitiasis kerap mengalami keluhan rasa perih pada pinggang atau perut dasar, perih tersebut bertabiat kolik dan non kolik yang bisa berdiam dan sangat nyeri luar biasa saat sedang terjadi. Akibatnya jika nefrolitiasis tidak segera ditangani akan terjadikomplikasi lainnya seperti gagal ginjal, infeksi pada aliran urin, hidronefrosis, dan avaskuler ischemia. Ada beberapa pengobatan atau tindakan baik secara medis maupun terapi yang dapat dilakukan untuk menurunkan rasa nyeri pada penderita nefrolitiasis atau batu ginjal, untuk mengelamkan batu yang pernah ada serta mencegah terjadinya pembentukan batu kembali dapat dilakukan dengan berbagai tindakan yaitu : ESWL (Extracorporeal Shockwave Lithotripsy, Percutaneus Nephro Litholapaxy (PCNL), Bedah terbuka yaitu dengan Pielolitotomi serta Nefrolitotomi dan dapat juga dengan terapiKonservatif atau terapi Ekspulsif (Fikriani, 2022).

Menurut Depkes Di Indonesia tahun 2011 dari data yang dikumpulkan di seluruh rumah sakit se-indonesia nominal kejadian batu ginjal yaitu 37.636. Dengan nilai pasien yang rawat inap yaitu 19.018 orang. Dengan meninggal 378 orang dari 100 ribu orang menderita batuginjal di dunia (Hadibrata & Suharmanto, 2022).

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien yang menderita batu ginjal adalah pelaksana dan pendidik. Peran sebagai pelaksana adalah perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan secara professional seperti memberikan dukungan kepada pasien supaya pasien merasa nyaman dan tidak mengeluh nyeri kembali setelah dilakukan operasi, disini peran perawat melakukan managemen nyeri secara non-

farmakologi dengan metode pendekatan PQRST dan juga menggunakan alat pengukur nyeri yaitu Wong baker faces pain scale (Pradnia Paramitha, 2019), dan juga memberikan tindakan untuk mengurangi rasa nyeri pasien setelah perawat melakukan pengkajian untuk skala nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan memberikan distraksi relaksasi yang meredakan skala nyeri yang dialami oleh pasien dengan cara tarik napas dalam yang merupakan intervensi mandiri yang dilakukan oleh perawat tujuannya untuk menurunkan nyeri pasien dan distraksi dengan mendengarkan terapi musik yang bertujuan dapat merangsang hormone endorphin dimana hormone tubuh yang dapat membuat perasaan senang yang berperan dalam menurunkan skala nyeri pasien (Vindora, Ayu and Pribadi, 2017). Sedangkan peran perawat dalam pendidik yaitu memberikan edukasi kesehatan kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dialami atau batu ginjal di mulai dari pengertian, penyebab dan gejala yang muncul pada penderita batu ginjal (Hidayat, 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul kasus “Asuhan Keperawatan pada Tn. T dengan Nephrolitotomi di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini adalah sebagai berikut:

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Nephrolithotomi.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan Karya Ilmiah ini diharapkan penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Nephrolithotomi.

- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Nephrolithotomi.
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Nephrolithotomi.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan Nephrolithotomi dan tindakan keperawatan.
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan Nephrolithotomi.

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit.

Sebagai sumber informasi bagi Rumah Sakit dalam upaya peningkatan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan pada pasien dengan Nephrolithotomi berdasarkan *evidence based nursing*.

2. Bagi Profesi Keperawatan.

Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi profesi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Nephrolithotomi dengan pemberian pendidikan kesehatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan.

Sebagai referensi bagi mahasiswa/i untuk memperoleh ilmu dan menjadi bekal dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Nephrolithotomi.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Ilmiah ini penulisan menggunakan pendekatan dalam mengumpulkan data atau informasi dengan cara sebagai berikut:

1. Studi Kepustakaan.

Mencari literatur-literatur yang berasal dari buku-buku ilmu keperawatan, internet serta buku-buku yang berhubungan dengan karya ilmiah ini.

2. Studi Kasus.

Studi kasus ini meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, evaluasi tindakan serta mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan. Untuk mencapai beberapa hal di atas maka penulis menggunakan teknik:

a. Wawancara.

Melakukan wawancara bersama pasien, keluarga serta perawat ruangan.

b. Pengamatan Kasus.

Penulis melakukan pengamatan langsung terhadap respon pasien terhadap diagnosis penyakit, pemeriksaan penunjang serta mengikutidkan melaksanakan asuhan keperawatan.

c. Diskusi.

Melakukan diskusi dan konsultasi bersama pembimbing Karya Ilmiah dan perawat ruangan.

E. Sistematika Penulisan.

Penulisan Karya Ilmiah ini terdiri dari: bab I membahas tentang pendahuluan (latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan). Bab II membahas tentang tinjauan pustaka yang di uraikan menjadi 2 yaitu KDM (defenisi Nefrolitiasis, anatomi fisiologi Nefrolitiasis, etiologi Nefrolitiasis, patofisiologi Nefrolitiasis, manifestasi klinik Nefrolitiasis, pemeriksaan penunjang Nefrolitiasis, penatalaksanaan medis Nefrolitiasis dan komplikasi Nefrolitiasis) sedangkan KDK (pengkajian Nefrolitiasis, diagnosis Nephrolithotomy, intervensi Nephrolithotomy, implementasi Nephrolithotomy, evaluasi

Nephrolithotomy, *discharge planning* Nephrolithotomy dan patoflowdiagram Nephrolithotomy secara teoritis). Bab III yang berisi pengamatan kasus (ilustrasi kasus, pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan). Bab IV membahas tentang pembahasan kasus (pembahasan aspek, pembahasan penerapan *evidence based nursing*). Bab V berisi tentang (simpulan dan saran).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik Nefrolitiasis

1. Definisi

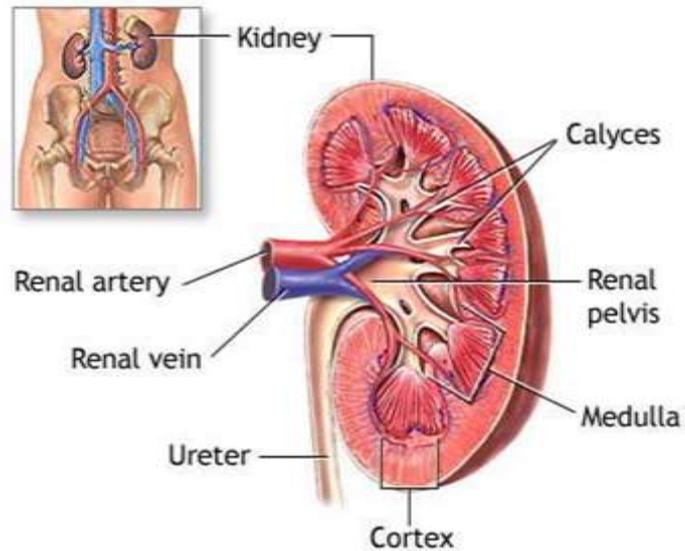
Nefrolitiasis biasa dikenal dengan sebutan batu ginjal atau kalkulus renal merupakan organ vital karena mempunyai fungsi multiple yang tidak dapat digantikan oleh organ lain. Menurut (Hasanah, 2023) nefrolitiasis adalah pembentukan dan penumpukan batu maupun kalkuli dalam saluran kemih mulai dari ginjal hingga ke kandung kemih oleh kristalisasi dari substansi ekskresi di dalam urine.

Nefrolithiasis adalah batu yang di temukan di dalam ginjal, yang merupakan pengkristalan mineral yang mengelilingi zat organik, misalnya nanah, darah, atau sel yang sudah mati. Biasanya batu kalkuli terdiri atas garam kalsium (oksalat dan fosfat) atau magnesium, fosfat dan asam urat (Krisna, 2019).

Nefrolitiasis atau batu ginjal adalah keadaan dimana terdapat satu atau lebih batu di dalam pelvis atau calyces didalam ginjal. Batu ginjal terbentuk ketika urine berkonsentrasi, mineral mengkristal dan menggumpal. Batu ginjal dapat terbentuk dari kalsium, batu oksalat, kalsium oksalat, atau kalsium fosfat. Namun yang paling sering terjadi pada batu ginjal adalah batu kalsium (Rahman, 2019).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit batu ginjal (Nefrolithiasis) adalah suatu penyakit yang terdiri pada saluran perkemihan karena terjadi pembentukan batu di dalam ginjal, yang terbanyak pada bagian pelvis ginjal yang menyebabkan gangguan pada saluran dan proses perkemihan.

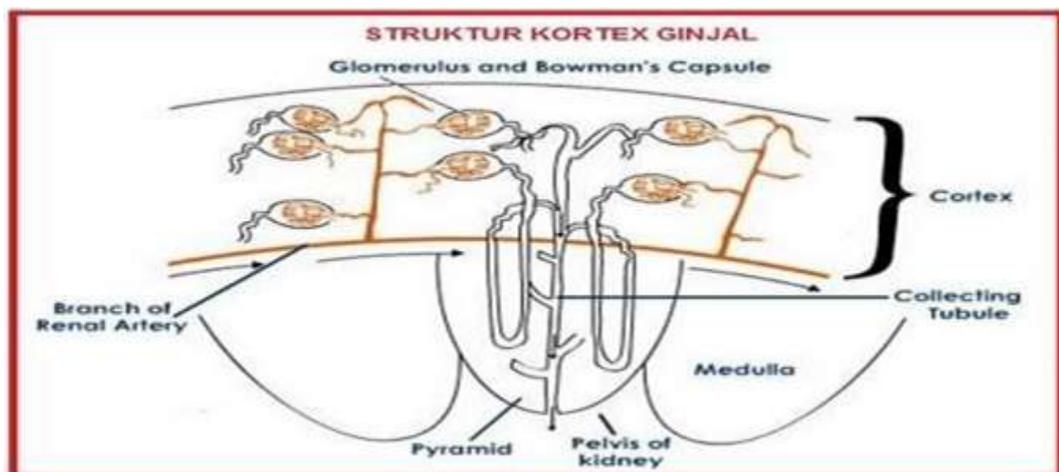
2. Anatomi Fisiologi



Gambar 1. Anatomi Ginjal Manusia
(Moore dan Agur., 2002)

Ginjal terdiri dari 3 bagian utama yaitu korteks, medula, dan pelvis. Ketiga bagian itu sangat penting bagi ginjal. Jika salah satu bagian ginjal dibelah, maka kita akan dapat melihat lebih dalam lagi bagian-bagian ginjal. Berikut ini adalah bagian-bagian dari ginjal :

a. Cortex



Gambar 2.2 Struktur Korteks Ginjal
(Simanullang, 2019)

Cortex merupakan lapisan pembungkus ginjal juga merupakan jaringan yang kuat yang melindungi lapisan dalam ginjal. Cortex terletak diantara renal capsule dan Medulla. Bagian atas nephron, yaitu glomerulus dan kapsula bowman yang membentuk badan malphigi berada di lapisan cortex ini. Untuk tubulus contortus proximal, distal maupun kolektivus tidak berada dilapisan ini tetapi di lapisan medula cortex membentuk zona luar yang halus tersambung dengan projectil (kolom kortikal) yang menjulur diantara piramid sehingga dilapisan ini terdapat renal corpusle dan renal tubules kecuali untuk bagian dari Henle's loop yang turun kedalam renal medulla. Cortex juga mengandung pembuluh darah dan kortikal pembuluh penampung.

b. Medulla

Medulla berada dibawah Cortex. Bagian ini merupakan area yang berisi 8 sampai 18 bagian berbentuk kerucut yang disebut piramid, yang terbentuk hampir semuanya dari ikatan saluran berukuran mikroskopis. Ujung dari tiap piramid mengarah pada bagian pusat dari ginjal. Saluran ini mengangkut urin dari cortical atau bagian luar ginjal, dimana urin dihasilkan, ke calyces. Calyces merupakan suatu penampung berbentuk cangkir dimana urin terkumpul sebelum mencapai kandung kemih melalui ureter. Ruang diantara piramid diisi oleh cotex dan membentuk struktur yang disebut renal columns.

Ujung dari tiap pyramid, yang disebut papilla, menuju pada Calyces di pusat tengah ginjal. Permukaan papilla memiliki penampilan seperti saringan karena banyaknya lubang-lubang kecil tempat dimana tetesan urine lewat. Setiap lubang merupakan ujung dari sebuah saluran yang merupakan

bagian dari nefron, yang dinamakan saluran bellini dimana semua saluran pengumpul didalam piramid mengarah. Serat otot mengarah dari calyx menuju papilla. Pada saat serat otot pada calyx berkontraksi, urin mengalir melalui saluran Bellini kedalam calyx(calyces). Urin kemudian mengalir ke kandung kemih melalui renal pelvis dan ureter.

c. Pelvis Renalis

1) Renal Capsule (Fibrous Capsule)

Tiap ginjal dibungkus oleh suatu membran transparan yang berserat yang disebut renal capsule. Seperti Myelin di syaraf (Renal Capsule - Korteks - medula-Pelvis Renalis). Membran melindungi ginjal dari trauma dan infeksi. Renal capsule tersusun dari serat yang kuat, terutama kolagen dan elastin (protein berserat), yang membantu menyokong massa ginjal dan melindungi jaringan vital dari luka.

Renal capsule menerima suplai darahnya terutama dari arteri interlobar, suatu pembuluh darah yang merupakan percabangan dari renal arteri utama. Pembuluh darah ini menjalar melalui korteks ginjal dan berujung pada renal capsule. Membrane ini biasanya 2-3 milimeter tebalnya. Renal Capsule melindungi dinding luar dan masuk melalui bagian cekung ginjal yang dikenal dengan sinus.

Sinus berisi pembuluh utama yang mengangkut urin dan pembuluh arteri dan vena yang menyuplai jaringan dengan nutrisi dan oksigen. Renal capsule terhubung kepada struktur ini dalam sinus dan melapisi dinding sinus. Pada orang yang normal, renal capsule berwarna merah muda, tembus cahaya, halus, dan mengkilat. Biasanya membran ini mudah dilepas dari jaringan ginjal. Ginjal yang

terkena penyakit sering membuat ikatan serat dari jaringan utamanya kepada renal capsule, yang membuat capsule melekat lebih kuat. Sulitnya membuka capsule ini merupakan pertanda bahwa ginjal telah terkena penyakit.

2) Pelvis renalis

Pelvis renalis berada di tengah tiap ginjal sebagai saluran tempat urin mengalir dari ginjal ke kandung kemih. Bentuk Pelvis renalis adalah seperti corong yang melengkung di satu sisinya. Pelvis renalis hampir seluruhnya dibungkus dalam lekukan dalam pada sisi cekung ginjal, yaitu sinus.

Ujung akhir dari pelvis memiliki bentuk seperti cangkir yang disebut calyces. Pelvis renalis dilapisi oleh lapisan membran berselaput lendir yang lembab yang hanya beberapa sel tebalnya. Membran ini terkait kepada bungkus yang lebih tebal dari serat otot yang halus, yang dibungkus lagi dengan lapisan jaringan yang terhubung. Membran berselaput lendir pada pelvis ini agak berlipat sehingga terdapat ruang bagi jaringan untuk mengembang ketika urin menggelembungkan pelvis. Serat otot tertata dalam lapisan longitudinal dan melingkar.

Kontraksi lapisan otot terjadi dengan gelombang yang bersifat periodik yang disebut gerak peristaltis pelvis. Gerakan ini mendorong urin dari pelvis menuju ureter dan kandung kemih. Dengan adanya pelapis pada pelvis dan ureter yang tidak dapat ditembus oleh substansi normal dalam urin, maka dinding struktur ini tidak menyerap cairan.

d. Vena Renal dan Arteri Renal

Dua dari pembuluh darah penting, vena renal dan arteri renal. Dua pembuluh ini merupakan percabangan dari aorta

abdominal (bagian abdominal dari arteri utama yang berasal dari jantung) dan masuk ke dalam ginjal melalui bagian cekung ginjal. Di bagian dalam pada sisi cekung dari tiap ginjal, terdapat lubang, yang dinamakan hilum, tempat dimana arteri renal masuk.

Setelah masuk melalui hilum, arteri renal terbagi menjadi dua cabang besar, dan setiap cabang terbagi menjadi beberapa arteri yang lebih kecil yang membawa darah ke nefron, unit fungsional dari ginjal. Darah yang telah diproses oleh nefron akhirnya mencapai vena renal, yang membawa darah kembali ke cava vena inferior dan ke sisi kanan jantung.

Arteri renal mengangkut 1,2 liter darah per menit ke ginjal pada manusia normal, suatu jumlah yang ekuivalen dengan sekitar seperempat dari output jantung. Dengan demikian, jumlah volume darah yang sama dengan darah dalam tubuh manusia normal dewasa, diproses dalam ginjal sebanyak satu dalam setiap empat atau lima menit.

Meskipun beberapa kondisi fisik dapat menghambat aliran darah, terdapat mekanisme pengatur-mandiri tertentu yang terdapat pada arteri ginjal yang memungkinkan suatu adaptasi terhadap keadaan yang berbeda. Ketika tekanan darah tubuh naik atau turun, sensor penerima dari sistem saraf yang terletak dalam otot halus dinding arteri terpengaruh oleh perbedaan tekanan, dan, untuk menghilangkan kenaikan atau penurunan tekanan darah, arteri dapat melebar atau menyempit untuk menjaga jumlah volume aliran darah.

Aliran darah menyuplai ginjal dengan nutrisi dan mengeluarkan produk buangan. Aliran tinggi yang menuju ginjal sangat melebihi kebutuhan. Tujuan penambahan aliran ini adalah untuk menyuplai cukup plasma untuk laju filtrasi

glomerulus yang tinggi yang penting untuk pengaturan volume cairan tubuh dan konsentrasi zat terlarut.

1) Faktor penentu aliran darah ginjal

Aliran darah ginjal ditentukan oleh gradien tekanan yang melintasi pembuluh renal (perbedaan antara tekanan arteri renalis dan tekanan hidrostatis vena renalis), dibagi dengan tahanan pembuluh renal total. Walaupun perubahan tekanan arteri mempunyai beberapa pengaruh terhadap aliran darah ginjal, ginjal mempunyai mekanisme efektif untuk mempertahankan aliran darah ginjal dan GFR agar relatif konstan, proses ini disebut autoregulasi.

2) Aliran darah dalam vasa rekta medula renal lebih rendah dibandingkan dengan aliran dalam korteks renal

Bagian luar ginjal, yaitu korteks renal, menerima banyak aliran darah ginjal karena aliran darah pada medula hanya 1 - 2 % dari aliran darah ginjal total. Aliran ke medula renal disuplai oleh bagian khusus dari sistem kapiler peritubulus yang disebut vasa rekta. Pembuluh ini turun ke dalam medula berjalan paralel dengan ansa Henle dan kemudian melengkung kembali bersama dengan ansa Henle serta kembali ke korteks sebelum mengalir ke sistem vena.

3. Etiologi

Batu ginjal kebanyakan tidak diketahui penyebabnya. Namun ada beberapa macam penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya batu ginjal, antara lain : renal tubular acidosis dan medullary sponge kidney. Secara epidemiologis terdapat dua faktor yang mempermudah atau mempengaruhi terjadinya batu pada saluran kemih pada seseorang. Faktor-faktor ini adalah faktor

intrinsik, yang merupakan keadaan yang berasal dari tubuh seseorang dan faktor ekstrinsik, yaitu pengaruh yang berasal dan lingkungan disekitarnya (Eka Fildayanti, 2019).

a. Faktor intrinsik itu antara lain adalah :

- 1) Umur Penyakit batu saluran kemih paling sering didapatkan pada usia 30 - 50 tahun.
- 2) Hereditair (keturunan). Penyakit ini diduga diturunkan dari orang tuanya. Dilaporkan bahwa pada orang yang secara genetika berbakat terkena penyakit batu saluran kemih, konsumsi vitamin C yang mana dalam vitamin C tersebut banyak mengandung kalsium oksalat yang tinggi akan memudahkan terbentuknya batu saluran kemih, begitu pula dengan konsumsi vitamin D dosis tinggi, karena vitamin D menyebabkan absorbs kalsium dalam usus meningkat.
- 3) Jenis kelamin Jumlah pasien laki-laki tiga kali lebih banyak disbanding dengan pasien perempuan.

b. Faktor ekstrinsiknya antara lain adalah:

- 1) Asupan air Kurangnya asupan air dan tingginya kadar mineral kalsium pada air yang dikonsumsi, dapat meningkatkan insiden batu saluran kemih.
- 2) Diet Obat sitostatik untuk penderita kanker juga memudahkan terbentuknya batu saluran kemih, karena obat sitostatik bersifat meningkatkan asam urat dalam tubuh. Diet banyak purin, oksalat, dan kalsium mempermudah terjadinya penyakit batu saluran kemih.
- 3) Iklim dan temperatur individu yang menetap di daerah beriklim panas dengan paparan sinar ultraviolet tinggi akan cenderung mengalami dehidrasi serta peningkatan produksi vitamin D3 (memicu peningkatan ekskresi kalsium dan oksalat), sehingga insiden batu saluran kemih akan

meningkat.

- 4) Pekerjaan penyakit ini sering dijumpai pada orang yang pekerjaannya banyak duduk atau kurang aktifitas (*sedentary life*)
- 5) Istirahat (*bedrest*) yang terlalu lama, misalnya karena sakit juga dapat menyebabkan terjadinya penyakit batu saluran kemih.

4. Patofisiologi

Subtansi kristal yang normalnya larut dan eksresikan ke dalam urine membentuk endapan. Batu renal tersusun dari kalsium fosfat, oksalat atau asam urat. Komponen yang lebih jarang membentuk batu adalah struvit atau magnesium, amonium, asam urat atau kombinasi bahan-bahan ini. Batu ginjal dapat disebabkan oleh peningkatan ph urine (misalnya batu kalsium bikarbonat atau penurunan ph urine (misalnya batu asam urat). Konsentrasi bahan-bahan pembentuk batu yang tinggi di dalam darah dan urine serta kebiasaan makan atau minum obat tertentu, juga dapat merangsang pembentukan batu. Segala sesuatu yang menghambat aliran urine dan menyebabkan stasis (tidak ada pergerakan) urine dibagian mana saja di saluran kemih, meningkatkan kemungkinan pembentukan batu. Batu kalsium yang biasanya terbentuk bersama oksalat atau fosfat, sering menyertai keadaan-keadaan yang menyebabkan resorpsi tulang, termasuk imobilisasi dan penyakit ginjal. Batu asam urat sering disertai gout, suatu penyakit peningkatan pembentukan atau penurunan ekskresi asam urat (Guarango, 2022).

Asuhan keperawatan kegemukan dan kenaikan berat badan meningkatkan resiko batu ginjal akibat peningkatan sekresi kalsium,

oksalat, dan asam urat yang berlebihan. Pengenceran urine apabila terjadi obstruksi cairan karena kemampuan ginjal memekatkan urine terganggu oleh pembengkakan yang terjadi disekitar kapiler pertibulus. Komplikasinya obstruksi urine dapat terjadi di sebelah hulu dari baru di bagian mana saja di saluran kemih. Obstruksi diatas kandung kemih dapat menyebabkan hidroureter, yaitu ureter membengkak oleh urine. Hidroureter yang tidak diatasi atau obstruksi pada atau di atas tempat ureter keluar dari ginjal dapat menyebabkan hidonefritis yaitu pembengkakan pelvis ginjal dan sistem duktus pengumpul. Hidronefritis dapat menyebabkan ginjal tidak dapat memekatkan urine sehingga terjadi ketidakseimbangan elektrolit dan cairan. Obstruksi yang tidak diatasi dapat menyebabkan kolapsnya nefron dan kapiler sehingga terjadinya iskemia nefron karena suplai darah terganggu. Akhirnya dapat terjadi gagal ginjal jika kedua ginjal terserang. Setiap kali terjadi obstruksi aliran urine (stasis), kemungkinan infeksi bakteri meningkat sehingga dapat terbentuk kanker ginjal akibat peradangan dan cedera tulang.

5. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis adanya batu dalam traktus urinarius tergantung pada adanya obstruksi, infeksi, dan edema. Ketika batu menghambat aliran urine, terjadi obstruksi, menyebabkan peningkatan tekanan hidrostatis dan sistem piala ginjal serta ureter proksimal. Infeksi (pielonefritis dan sistitis yang disertai menggigil, demam, dan disuria) dapat terjadi dari iritasi batu yang terus menerus. Beberapa batu, jika ada, menyebabkan sedikit gejala umum secara perlahan merusak unit fungsional (nefron) ginjal: sedangkan yang lain menyebabkan nyeri yang luar biasa dan ketidaknyamanan (Veranita, 2023).

Batu di piala ginjal mungkin berkaitan dengan sakit yang dalam dan terus menerus di area kostovertebral. Hematuria dan piuria dapat dijumpai. Nyeri yang berasal dari area renal menyebar secara anterior dan pada wanita mendekati kandung kemih sedangkan pada pria mendekati testis. Bila nyeri mendadak menjadi akut, disertai nyeri tekan ke seluruh area kostovertebral, dan muncul mual dan muntah, maka pasien mengalami episode kolik renal. Diare dan ketidak nyamanan abdominal dapat terjadi. Gejala gastrointestinal ini akibat dari reflex renointestinal dan proktimitas anatomik ginjal ke lambung, pankreas dan usus besar.

Batu yang terjebak di ureter menyebabkan gelombang nyeri yang luar biasa, akut, dan kolik yang menyebar ke paha dan genitalia. Pasien merasa ingin berkemih, namun hanya sedikit urin yang keluar, dan biasanya mengandung darah akibat aksi abrasif batu. Kolompok gejala ini disebut kolik ureteral. Umumnya pasien akan mengeluarkan batu dengan diameter 0,5 sampai 1 cm secara spontan. Batu dengan diameter lebih dari 1 cm biasanya harus diangkat atau dihancurkan sehingga dapat diangkat atau dikeluarkan secara spontan.

Batu yang terjebak di kandung kemih biasanya menyebabkan gejala iritasi dan berhubungan dengan infeksi traktus urinarius dan hematuria. Jika batu menyebabkan obstruksi pada leher kandung kemih, akan terjadi retensi urin. Jika infeksi berhubungan dengan adanya batu, maka kondisi ini jauh lebih serius, disertai sepsis yang mengancam kehidupan pasien (Mia, 2023).

6. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Exsa, 2019) hasil pemeriksaan berikut ini dapat digunakan untuk menegakan diagnosis nefrolitiasis.

- a. Foto rongen BNO untuk memperlihatkan sebagian batu ginjal.
- b. Urografi eksretori untuk membantu memastikan diagnosis dan

menentukan ukuran serta lokasi batu.

- c. Pemeriksaan USG ginjal untuk mendeteksi perubahan obstruksi, seperti hidronefritis unilateral atau bilateral dan melihat batu radiolusen yang tidak tampak pada foto BNO.
- d. Kultur urin yang memperlihatkan piuria yaitu tanda infeksi saluran kemih.
- e. Koleksi urin 24 jam untuk menentukan tingkat eksresi kalsium oksalat, fosfor, dan asam dalam urine.
- f. Analisis batu untuk mengetahui kandungan mineralnya
- g. Pemeriksaan serial kadar kalsium dan fosfor untuk mendiagnosis hiperparatiroidisme dan peningkatan kalsium terhadap protein serum normal.
- h. Pemeriksaan kadar protein darah untuk menentukan kadar kalsium bebas yang tidak terikat dengan protein.

7. Penatalaksanaan

Sekitar 90 % dari batu ginjal yang berukuran 4 mm dapat keluar dengan sendirinya melalui urin. Namun, kebanyakan batu berukuran lebih dari 6 mm memerlukan intervensi. Pada beberapa kasus, batu yang berukuran kecil yang tidak menimbulkan gejala, dapat diobservasi selama 30 hari untuk melihat apakah dapat keluar dengan sendirinya sebelum diputuskan untuk dilakukan intervensi bedah. Tindakan bedah yang cepat, perlu dilakukan pada pasien yang hanya mempunyai satu ginjal, nyeri yang sangat hebat, atau adanya ginjal yang terinfeksi yang pada akhirnya dapat menyebabkan kematian.

(Raya, 2020) mengatakan beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan meliputi:

- a. Penambahan asupan cairan hingga lebih 3 L per hari untuk meningkatkan hidrasi.
- b. Preparat anti mikroba untuk mengatasi infeksi yang jenisnya

dipilih menurut hasil kultur mikroorganisme.

- c. Obat penghilang rasa sakit yang paling cocok untuk nyeri karena batu ginjal adalah golongan narkotika seperti morfin, demerol, atau dilaudid. Namun standar saat ini untuk menghilangkan nyeri akut karena batu ginjal adalah penyuntikan ketorolak melalui pembuluh darah.
- d. Diet rendah kalsium untuk mencegah rekurensi
- e. Kolestiramin yang dapat mengikat fosfat untuk hiperkalsiuria absorbtif.
- f. Paratiroidektomi untuk hiperparatiroidisme.
- g. Allo[urinol untuk batu asam urat Pemberian askorbat dosis kecil setiap hari untuk mengasamkan urin
- h. Sistoskop dengan manipulasi kalkulus untuk mengeluarkan batu ginjal yang tidak dapat keluar sendiri karena ukurannya yang terlalu besar.
- i. Lithotripsi ultrasonik perkutaneus dan ESWL (*ektracorporeal shock wave lithotripsy*) atau terapi laser untuk memecahkan batu ginjal menjadi ukuran yang lebih kecil agar dapat keluar sendiri atau dikeluarkan dengan melakukan pengisapan.
- j. Operasi pengangkatan batu sistin atau batu besar atau pemasangan alat pengalih saluran urin disekitar kalkulus untuk menghilangkan obstruksi.

8. Komplikasi

Jika batu dibiarkan dapat menjadi sarang kuman yang dapat menimbulkan infeksi saluran kemih, pylonetritis, yang akhirnya merusak ginjal, kemudian timbul gagal ginjal dengan segala akibatnya yang jauh lebih parah (Nahdi, 2022).

B. Konsep Dasar Keperawatan Nefrolithotomi

Menurut (Ridwan et al., 2020) sebagai berikut :

1. Pengkajian

a. Identitas

Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, suku bangsa, status perkawinan, alamat, diagnosa medis, No RM, tanggal masuk, tanggal pengkajian, dan ruangan tempat klien dirawat.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Alasan spesifik untuk kunjungan klien ke klinik atau rumah sakit. biasa klien dengan batu ginjal mengeluh nyeri pada pinggang

2) Riwayat penyakit sekarang

Merupakan pengembangan dari keluhan utama dan data yang menyertai dengan menggunakan pendekatan PQRST, yaitu:

P: *Paliatif* propokatif : merupakan hal atau faktor yang mencetus terjadinya penyakit, hal yang memperberat atau memperingan. Pada klien dengan urolitiasis biasanya pasien mengeluh nyeri pada bagian pinggang menjalar ke saluran kemih.

Q: *Quality* : kualitas dari suatu keluhan atau penyakit yang dirasakan. Pada klien dengan urolitiasis biasanya nyeri yang dirasakan seperti menusuk- nusuk.

R: *Region*: daerah atau tempat dimana keluhan dirasakan. Pada klien dengan urolitiasis biasanya nyeri dirasakan pada daerah pinggang.

S: *Severity* : derajat keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut. Skala nyeri biasanya.

T: *Time* : waktu dimana keluhan dirasakan, time juga menunjukkan lamanya atau kekerapan. Keluhan nyeri pada klien dengan urolitiasis biasanya dirasakan kadang-kadang.

3) Riwayat penyakit dahulu

Biasanya klien dengan batu ginjal mengeluhkan nyeri pada daerah bagian pinggang, adanya stress psikologi, riwayat minum-minuman kaleng.

4) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya tidak ada pengaruh penyakit keturunan dalam keluarga seperti jantung, DM, hipertensi.

c. Riwayat psikososial

1) Stresor

Setiap faktor yang menentukan stress atau mengganggu keseimbangan. Seseorang yang mempunyai stresor akan mempersulit dalam proses suatu penyembuhan penyakit.

2) Koping mekanisme

Suara cara bagaimana seseorang untuk mengurangi atau menghilangkan stress yang dihadapi.

3) Harapan dan pemahaman klien tentang kondisi kesehatan perlu dikaji agar tim kesehatan dapat memberikan bantuan dengan efisien.

4) Data spiritual

Pada data spiritual ini menyangkut masalah keyakinan terhadap tuhan yang maha esa, sumber kekuatan, sumber kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan dan kegiatan

keagamaan yang ingin dilakukan selama sakit serta harapan klien akan kesembuhan penyakitnya.

5) Konsep diri terdiri atas lima komponen:

a) Tubuh

sikap ini mencakup persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh mana yang disukai dan tidak disukai.

b) Ideal diri

persepsi klien terhadap tubuh, posisi, status, tugas, peran, lingkungan dan terhadap penyakitnya

c) harga diri

d) penilaian /penghargaan orang lain, hubungan klien dengan orang lain

e) identitas diri

status dan posisi klien sebelum dirawat dan kepuasan klien terhadap status dan posisinya

f) peran seperangkat perilaku/tugas yang dilakukan dalam keluaran dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas.

d. Pola kehidupan sehari-hari

1) Pola nutrisi

Dikaji mengenai makanan pokok, frekuensi makan, makanan pantaangan dan nafsu makan, serta diet yang diberikan. Pada klien dengan batu ginjal biasanya mengalami penurunan nafsu makan karena adanya lupa pada ginjal.

2) Pola eliminasi

Dikaji mengenai BAK dan BAB klien, pada BAK yang dikaji mengenai frekuensi berkemih, jumlah, warna, bau serta keluhan saat berkemih, sedangkan BAB dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna, bau serta

keluhan-keluhan yang dirasakan. Pada klien dengan batu ginjal biasanya BAK sedikit karena adanya sumbatan atau batu ginjal dalam perut.

3) Pola istirahat dan tidur

Dikaji pola tidur klien, mengenai waktu tidur, lama tidur, kebiasaan mengantar tidur serta kesulitan dalam hal tidur. Pada klien dengan batu ginjal biasanya mengalami gangguan pola istirahat karena adanya nyeri

4) Pola aktivitas

Dikaji perubahan pola aktivitas klien. Pada klien dengan batu ginjal klien mengalami gangguan aktivitas karena kelemahan fisik gangguan karena adanya luka pada ginjal

5) Pola *personal hygiene*

Dikaji kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan personal hygiene (mandi, oral hygiene, gunting kuku, keramas dll). Pada klien dengan batu ginjal biasanya ia jarang mandi karena nyeri di bagian pinggang.

e. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

a) Rambut pada klien dengan batu ginjal biasanya pemeriksaan pada rambut akan terlihat sedikit berminyak karena klien belum mampu mencuci rambut karena keterbatasan gerak klien

b) Mata pada klien batu ginjal pada pemeriksaan mata penglihatan klien baik, mata simetris kiri dan kanan, sklera tidak ikterik

c) Telinga pada klien dengan batu ginjal tidak ada gangguan pendengaran, tidak adanya serumen, telinga klien simetris, dan klien tidak merasa nyeri ketika di palpasi

d) Hidung klien dengan batu ginjal biasanya

pemeriksaan hidung simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak ada pembengkakan.

e) Mulut klien dengan batu ginjal kebersihan mulut baik, mukosa bibir kering

2) Leher

Klien dengan batu ginjal tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid

3) Thorak

a) Paru-paru

Inspeksi : klien dengan batu ginjal dadanya simetris kanan kiri.

Palpasi : tidak ada teraba massa

Perkusi : pada klien dengan batu ginjal saat diperkusi diatas lapang paru normal

Auskultasi : suara nafas normal

b) Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat

Palpasi : klien dengan batu ginjal ictus cordis tidak teraba
Perkusi : suara jantung normal

Auskultasi : reguler, apakah ada bunyi tambahan atau tidak

4) Abdomen

Inspeksi : abdomen tidak membesar atau menonjol tidak terdapat luka operasi tertutup perban dan terdapat stretchmark.

Auskultasi : peristaltik normal
Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : suara abdomen normal tympani

5) Ekstermitas

Klien biasanya dengan batu ginjal ekstermitasnya dalam keadaan normal

- 6) Genetalia pada klien dengan batu ginjal klien ada mengalami gangguan padagenetalia.

2. Diagnosis keperawatan SDKI (2018) diagnosis yang mungkin muncul dengan masalah keperawatan : (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) diagnosa yang mungkin muncul dengan masalah keperawatan

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik fisiologi
- b. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit
- c. mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan
- d. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan
- e. Defisit pengetahuan b.d proses penyakitnya.

3. Intervensi Keperawatan

Adapun rencana keperawatan menurut PPNI,(2017) yang disusun untuk mengatasi permasalahan yang dialami oleh pasien post operasi nefrolithiasis yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis
 - 1) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :
 - a) Keluhan nyeri cukup menurun
 - b) Meringis cukup menurun
 - c) Gelisah cukup menurun
 - d) Kesulitan tidur cukup menurun
 - e) Tekanan darah cukup menurun
 - 2) Intervensi keperawatan

Manajemen nyeri

Observasi :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri

Rasional: mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien.

- b) Identifikasi skala nyeri

Rasional: mengukur kualitas tingkat nyeri dari pasien

- c) Identifikasi nyeri non verbal

Rasional: untuk mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul

- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional: untuk mengetahui faktor apa yang memperberat dan memperingat nyeri

Teraupetik:

- a) Berikan teknik nonfarmakologios untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: penggunaan upaya pereda nyeri non invasit dapat meningkatkan pelepasan endorfin

- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Rasional: Mengurangi resiko yang memperberat rasa nyeri/menimbulkan.

Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

Rasional: memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan klien dan keluarga.

- b) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: Memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan klien dan keluarga.

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik (katecolac 1 ampul /jam 8 jam/IV

Rasional: untuk meredakan nyeri

- b) Kolaborasi pemberian cairan isotonis (mis : NACL,RL)

Rasional : untuk mencukupi kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh

b. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

- 1) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil:

- a) Takipnea menurun
- b) Suhu tubuh membaik
- c) Suhu kulit membaik

- 2) Intervensi keperawatan
Manajemen hipertermia

Observasi

- a) Identifikasi penyebab hipertermia.

Rasional: untuk mengetahui dan mengatasi masalah

- b) Monitor suhu tubuh

Rasional: untuk mengetahui kondisi suhu tubuh pasien

Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan yang dingin.

Rasional: meningkatkan sirkulasi udara agar tubuh tetap sejuk

- b) Basahi dan kipasi permukaan tubuh.

Rasional: meningkatkan sirkulasi udara agar tubuh tetap sejuk

- c) Berikan cairan oral

Rasional: untuk mengganti cairan yang hilang dan mengatasi dehidrasi

Edukasi

- d) Anjurkan tirah baring

Rasional: meningkatkan sistem kekebalan tubuh

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

Rasional: untuk memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan

- 1) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- a) Nyeri menurun
- b) Kecemasan menurun
- c) Gerakan terbatas menurun
- d) Kelemahan fisik menurun

- 2) Intervensi keperawatan

Dukungan mobilisasi

Observasi

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional :

- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional :

Terapeutik

- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)

- b) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- a) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi).
- d. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan
- 1) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :
 - a) Berat badan membaik
 - b) Indeks massa tubuh atau IMT membaik
 - 2) Intervensi keperawatan
Manajemen nutrisi
Observasi :
 - a) Identifikasi status nutrisi
Rasional : informasi dasar untuk perencanaan awal dan validasi data untuk memenuhi kebutuhan nutrisi
 - b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
Rasional : untuk mencegah terjadinya alergi
 - c) Identifikasi makanan yang disukai
Rasional : untuk meningkatkan nafsu makan dan meningkatkan status nutrisi
 - d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
Rasional : untuk memberikan nutrisi yang tepat
 - e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogatrik
Rasional : membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi
 - f) Monitor asupan makanan
Rasional : untuk mengetahui kandungan nutrisi dan kalori yang dibutuhkan
 - g) Monitor berat badan
Rasional : untuk mengontrol penurunan atau peningkatan berat badan serta untuk mengetahui efektivitas terapi yang diberikan

- h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
 Rasional : monitor status nutrisi
 Teraupetik :
- a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
 Rasional : mulut yang bersih dapat meningkatkan selera makan dan mencegah rasa mual
- b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
 Rasional : untuk memberikan informasi kebutuhan nutrisi yang diperlukan
- c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
 Rasional : makanan kesukaan yang tersajikan dalam keadaan hangat akan meningkatkan keinginan untuk makan
- d) Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 Rasional : untuk membantu penyerapan nutrisi dan mencegah konstipasi
- e) Berikan makanan yang tinggi kalori, dan tinggi protein
 Rasional : protein berperan penting dalam pembentukan massa otot
- f) Berikan suplemen makanan, jika perlu
 Rasional : untuk meningkatkan nafsu makan
- g) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi
 Edukasi :
- a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
 Rasional : untuk mencerna makanan dengan baik dan mencegah terjadinya muntah
- b) Ajarkan diet yang di programkan

Rasional : untuk meningkatkan informasi dan kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik) jika perlu

Rasional : Pemberian antiemetik untuk mengurangi mual dan muntah dan makanan dapat ditoleransi lebih baik

- b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis yang dibutuhkan, jika perlu

Rasional : Jumlah kalori dan nutrisi yang tepat dapat memenuhi kebutuhan tubuh akan nutrisi

- e. Defisit pengetahuan tentang penyakit b.d kurang terpapar informasi.

- 1) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :

- a) Perilaku sesuai anjuran cukup meningkat
- b) Perilaku sesuai dengan pengetahuan cukup meningkat
- c) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi cukup menurun

- 2) Intervensi keperawatan

Edukasi Kesehatan

Observasi :

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : memberikan informasi ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam persiapan informasi.

Teraupetik :

- a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional : menghargai klien/pasien, dan keluarga

- b) Rasional : agar lebih mudah dalam memahami
- c) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- d) Rasional : untuk mempersiapkan diri dalam menerima informasi terkait penyakit yang dialami
- e) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

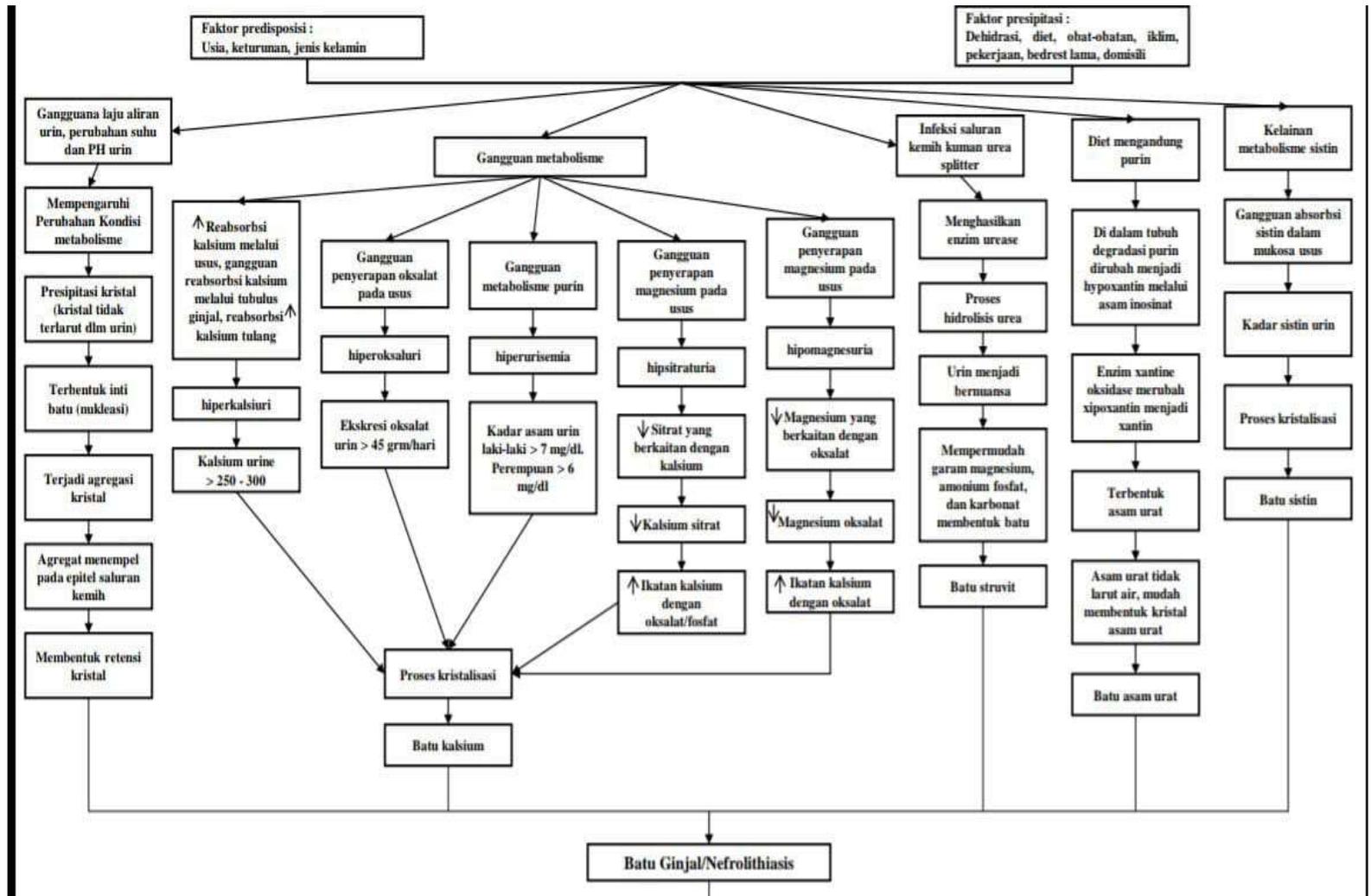
- a) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

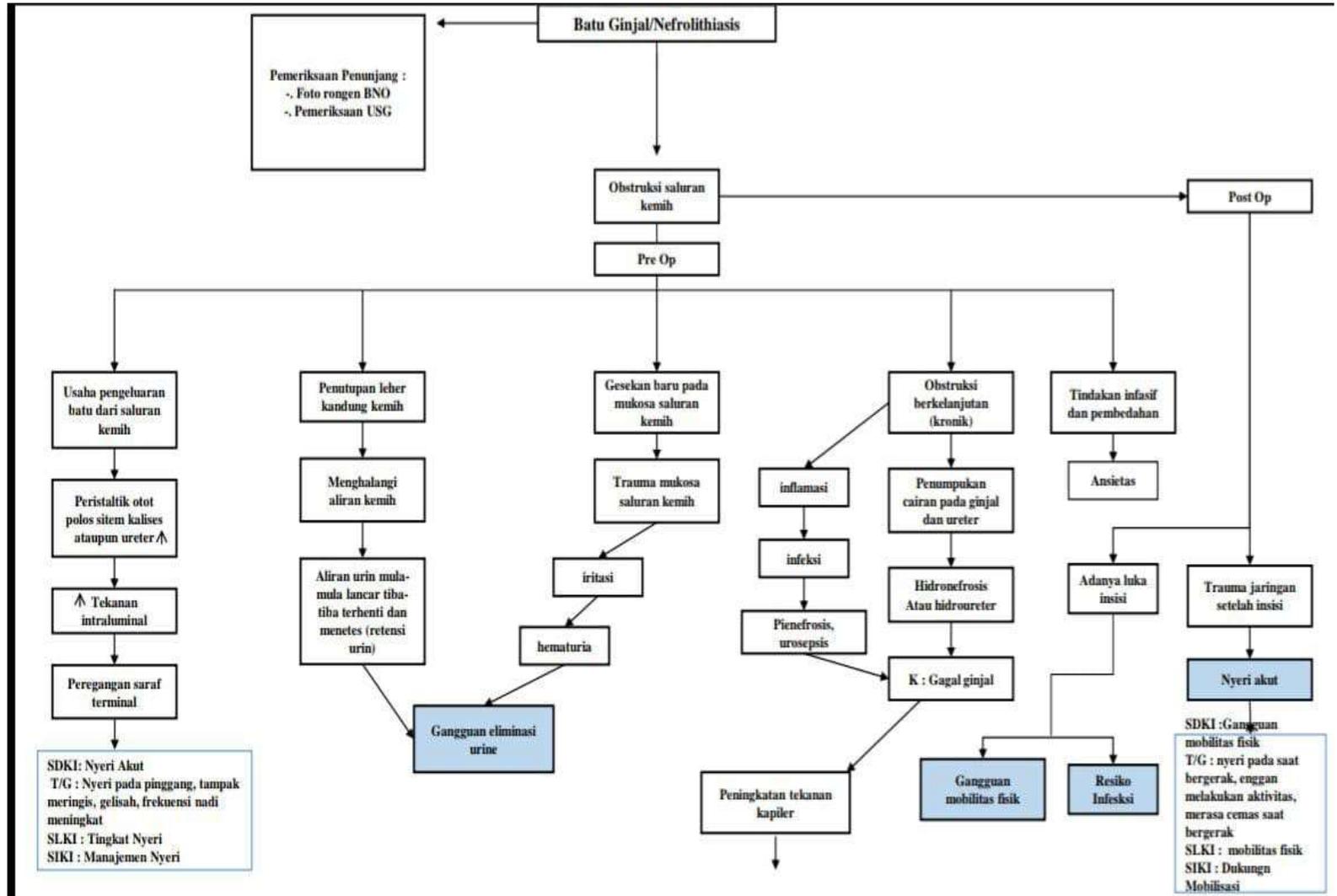
Rasional : untuk menciptakan keluarga yang sehat dan mampu meminimalisir masalah Kesehatan

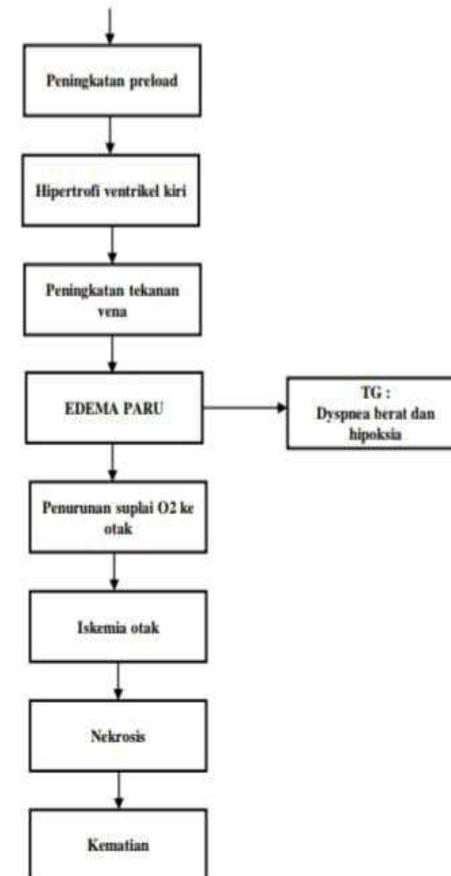
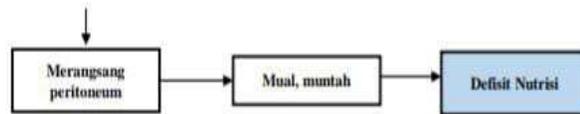
4. *Discharge Planning*

- a. Minum banyak air putih sehingga produksi urin dapat menjadi 2-2,5 liter per hari
- b. Diet rendah protein, nitrogen, dan garam
- c. Hindari vitamin C berlebih, terutama yang berasal dari suplemen
- d. Hindari mengonsumsi kalsium secara berlebihan
- e. Konsumsi obat seperti thiazides, potasium sitrat, magnesium sitrat, dan allopurinol tergantung dari jenis batunya.

A. Patoflowdiagram







BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi Kasus

Pasien inisial Tn. T umur 58 tahun, jenis kelamin laki-laki, bekerja sebagai Guru, agama katolik, alamat BTN. Manggarupi Blok A7. No. 8, dirawat di ruangan Sta. Bernadeth II tanggal 10 Mei 2023 dengan diagnosa medis saat masuk Nefrolitiasis, dan diagnosa saat pengkajian nephrolithotomy. Dengan keluhan nyeri pada bagian pinggang sebelah kiri bawah belakang P : Nyeri pada pinggang sebelah kiri bawah belakang. Q : Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk. R : Bagian pinggang sebelah kiri bawah belakang. S : Dengan skala nyeri 7. T : Nyeri terasa hilang timbul berlangsung ± 3-5 menit. Keluhan lain juga dirasakan seperti demam sejak 2 hari yang lalu dan tidak ada nafsu makan. Pengkajian dilakukan pada tanggal 04 Mei 2023, pemeriksaan fisik didapatkan TD: 130/80 mmHg, N: 110x/menit, P: 23x/menit, S: 38,8°C. Hasil pemeriksaan laboratorium yaitu: WBC: 7.48 10^3 /ul, RBC 4.72 10^6 /ul, HCT: 38.6%, MCH: 30.1 pg, MCHC: 36.8g/dL, PLT: 120 10^3 /uL, PCT: 0.11%, NEUT#: 5.38 10^3 /uL, NEUT%: 71.9%, LYMPH%: 18.9%. Pemeriksaan USG abdomen : Hydronefrosis kiri dengan suspek nefrolith, suspek cholelit, hipertrofi prostat dengan klasifikasi. Pemeriksaan BNO : terpasang di stent pada tractus urinarius spondylosis lumbalis.

Berdasarkan data di atas penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan. Selanjutnya uraian lengkap dipaparkan secara terperinci pada bab ini.

Saat masuk : Nefrolitiasis

Saat pengkajian : Nephrolithotom

3. Keadaan umum

a. Keadaan umum

Pasien tampak sakit ringan/ **sedang** / berat / tidak tampak sakit Alasan: Tampak pasien sakit terbaring lemah di tempat tidur dan terpasang infus cairan RI 500 cc, di sebelah tangan kiri dan terpasang kateter

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Composmentis

2) Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a. Respon motorik 6

b. Respon bicara 5

c. Respon membuka mata : 4

Jumlah: 15

Kesimpulan : Tampak pasien orientasi penuh

3) Tekanan darah: 130/80
mmHg

4) MAP : 96 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

5) Suhu : 38,8⁰C di Oral Axilla Rectal

6) Pernapasan: 23 x/menit

Irama : Teratur Bradipnea Takipnea

KusmauCheynes- stokes

Jenis : Dada Perut

7) Nadi : 110x/menit

Irama : Teratur Bradikardi

Takikardi Kuat Lemah

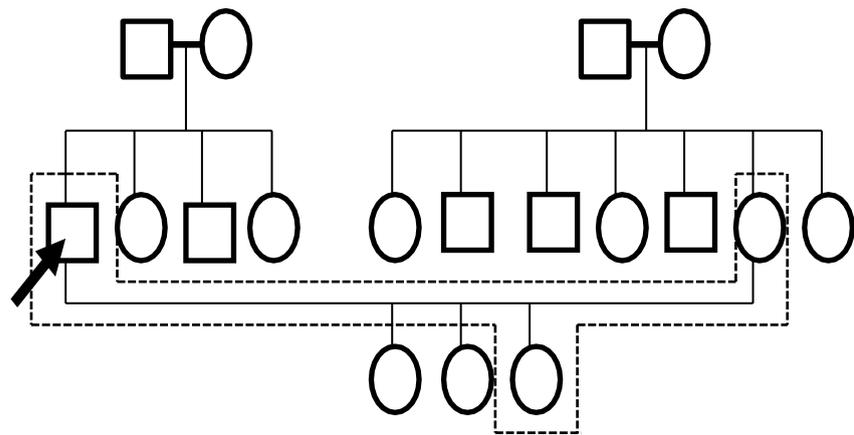
c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : tidak dikaji
2. Tinggi badan : 157 cm
3. Berat badan : 64 kg

4. IMT (Indeks Massa Tubuh : 26

Kesimpulan : tampak berat badan pasien kategori gemuk

d. Genogram



Laki-laki = □

Perempuan = ○

Pasien = ↗

Tinggal serumah = - - - - -

Meninggal dunia = ✕

4. Pengkajian pola kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan selalu mengutamakan kesehatan,

Pasien, pasien mengatakan mempunyai riwayat prostat dan

nefrolithiasis sejak 2 tahun yang lalu dan mengkonsumsi obat hernal dan recalus, pasien sebelumnya sudah pernah dirawat di Rumah sakit dengan penyakit yang sama. Pasien juga tidak memiliki alergi terhadap apapun. Jika sakit pasien langsung memeriksakan diri ke Rumah sakit/puskesmas

2) Riwayat penyakit saat ini :

- a) Keluhan utama : Nyeri post operasi
- b) Riwayat keluhan utama : Pasien mengatakan nyeri pada bagian pinggang sebelah kanan bawah belakang setelah selesai dilakukan operasi pengambilan batu ginjal, dan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 7, nyeri terasa hilang timbul disertai demam sejak 2 hari yang lalu S: 38,8°C dan tidak ada nafsu makan. Riwayat penyakit yang pernah dialami : Pasien mengatakan 2 tahun yang lalu pasien menderita penyakit Nefrolithiasis dan prostat
- c) Riwayat kesehatan keluarga : Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang pernah mengalami penyakit seperti ini dan juga penyakit menular

Pemeriksaan fisik :

- d) Kebersihan rambut : Rambut tampak bersih
 - e) Kulit kepala : Kulit kepala tampak bersih
 - f) Kebersihan kulit : Kulit tampak bersih
 - g) Higiene rongga mulut : Rongga mulut tampak bersih
 - h) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
 - i) Kebersihan anus : Tidak dikaji
- b. Pola nutrisi dan metabolik
- 1) Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan menu Nasi, Ikan, Sayur dan Daging, dan minum ± 2 botol air aqua besar.
 - 2) Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan nafsu makan

menurun, pasien mengatakan makan 3x sehari tetapi hanya menghabiskan setengah porsi yang diberikan. Dan meminum air \pm 5 gelas pasien mengatakan biasanya merasa mual namun tidak sampai muntah Observasi : Tampak ada sisa makanan di atas meja

3) Pemeriksaan fisik :

- a) Keadaan rambut : Tampak beruban dan tidak rontok
- b) Hidrasi kulit : Kembali < 3 detik
- c) Alpebra/conjungtiva : Tidak tampak edema, tidak tampak anemis
- d) Sclera : Tidak tampak ikterik
- e) Hidung : Hidung tampak bersih
- f) Rongga mulut : tampak bersih
- g) gusi : Tidak tampak peradangan

- a) Gigi : Tampak tidak ada gigi yang tanggal
 - b) gigi palsu : Tidak ada
 - c) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyahkeras
 - d) Lidah : Tampak bersih
 - e) Pharing : Tidak ada peradangan
 - f) Kelenjar getah bening : Tidak tampak adanya peradangan
 - g) Kelenjarparotis : Tidak teraba adanya pembesaran
 - h) Abdomen :
 - Inspeksi : Tampak simetris, tidak tampak pembesaran yang abnormal, tidak tampak adanya perlukaan
 - Aulkultasi : Peristaltik usus10x/menit
 - Palpasi : Teraba adanya nyeri tekan. Nyeri seperti di tusuk-tusuk, diperut bagian kiri dan menjalar ke pinggang bagian kanan, dengan Skala nyeri 7, Hilang timbul
 - Perkusi : Timpani
 - i) Kulit
 - Edema : Positif Negatif
 - Icterik : Positif Negatif
 - Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada tanda-tandaperadangan
 - j) Lesi : Tampak tidak ada lesi pada kulit
- c. Pola Eliminasi
- 1) Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan warna feses kuning konsistensi lembek berbentuk, BAK frekuensi 2- 4x sehari dengan warna kekuningan dan bau khas urine
 - 2) Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan selama di

rawat baru 1x BAB warna feses kuning konsistensi lembek berbentuk. BAK urine tampung 1000 cc/8 jam warna cokelat kemerahan.

3) Observasi : Tampak terpasang kateter, urine tampung 1000 cc

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 18x/menit

b) Palpasi kandung kemih : Penuh Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : Positif Negatif

d) Mulut uretra : Tidak di kaji

e) Anus :

▪ Peradangan : Tidak dikaji

▪ Hemoroid : Tidak di kaji

▪ Fistula : Tidak dikaji

d. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1) Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan aktifitas yang di lakukan sehari-hari biasanya membersihkan halaman rumah, pasien sering berolahraga karena pasien merupakan guru olahraga.

2) Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan sulit beraktivitas dan di bantu oleh istri (belum mampu ke kamar mandi) karena nyeri bagian post op, pasien mengatakan gerakan jadi terbatas dan harus mengatur posisi yang nyaman

3) Observasi : Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan aktivitasnya dibantu oleh istri

a) Aktivitasharian :

▪ Makan 2

▪ Mandi 2

▪ Pakaian 2

▪ Kerapihan 2

0 : mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan alat dan orang
4 : bantuan penuh

- Buang air besar 2
 - Buang air kecil 3
 - Mobilisasi di tempat tidur : 2
- b) Postur tubuh : Tegak
- c) Gaya jalan : tidak di kaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada anggota gerak yang cacat

e) Fiksasi : tidak dikaji

f) Tracheostomi : tidak di kaji

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 130/80 mmHg Duduk : - mmHg

Berdiri : - mmHg

Kesimpulan : Hipotensi ortostati : Positif
 Negatif

b) HR : 65 x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : Tampak pasien tidak keringat

dingin Basah : Tampak pasien tidak keringat basah

d) JVP : 5-2

cmH₂O

Kesimpulan :

an :

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : kembali <3 detik

f) Thorax dan pernapasan

▪ Inspeksi:

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri

dan kanan Retraksi intercostal : Tampak

tidak ada Sianosis: Tampak tidak ada

Stridor : tidak ada

▪ Palpasi :

Vocal premitus: Teraba getaran sama kiri

dan kanan Krepitasi : Tampak tidak ada

▪ Perkusi :

Sonor Redup Pekak

Lokasi : di semua lapang paru

- Auskultasi :
- Suara napas : Vesikuler
- Suara ucapan : Terdengar sama kiri kanan
- Suara tambahan : Tidak terdengar

g) Jantung

- Inspeksi
Ictus cordis : Ictus cordis tidak terlihat
- Palpasi :
Ictus cordis : Teraba pada ICS V Mid

Clavicularis Sinistra

- Perkusi :
Batas atas jantung : ICS II Sternalis Sinistra
Batas bawah jantung : ICS V Midclavicularis
Dextra Batas kanan jantung : ICS II Linea
Para Sternalis Dextra

Batas kiri jantung : ICS V Linea Axilaris Anterior
Sinistra
- Auskultasi :
Bunyi jantung II A : Tunggal ICS II Linea
sternalis dextra

Bunyi jantung II P : Tunggal ICS II dan III
linea sternalis dextra

Bunyi jantung I T : Tunggal ICS IV linea
sternalis sinistra

Bunyi jantung I M : ICS V linea media
clavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak terdengar

Murmur : Tidak terdengar

Bruit : Aorta : Tidak ada

Aorta Renalis : Tidak ada

Aorta Femoralis : Tidak ada

g) Lengan dan tungkai

▪ Atrofi otot : Positif Negatif

▪ Rentang gerak : Tidak
terbatas Kaku sendi
: Tidak

ada Nyeri sendi :

Tidakada Fraktur

:

Tidakada

Parese : Tidakada

Paralisis : Tidakada

▪ Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
T	5	5
a		
n	5	5
g		
a		
n		
k		
a		
k		
i		

Keterangan :

Nilai 5: Kekuatan penuh

Nilai 4: Kekuatankurangdibandingkansisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tetapi tidak
mampumelawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi
dengansentuhan akan jatuh

Nilai 1: Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu
bergerak

- Refleks fisiologi :Positif
- Reflekspatologi :Negatif
- Babinski,Kiri: Positif Negatif
- Kanan: Positif Negatif
- Clubing jari-jari : Tampak tidak ada
- Varises tungkai : Tampak tidak ada

i) Columna vetebralis:

- Inspeksi : Lordosis Kiposis
 Skoliosis
- Palpasi : Normal

Kaku kuduk : Tampak tidak ada

e. Pola Tidur Dan Istirahat

- 1) Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan tidur \pm 6jam dari pukul 22.00 – 05.00,dan kadang tidur siang
- 2) Keadaansejaksakit : Pasien mengatakan tudurnya kurang hanya 4 jam, karena sering terbangun akibat nyeri yang dirasakan dan ributnya suara kendaraan, karena posisi kamar pasien dekat dengan pinggir jalan.

Observasi : Tampak pasien mengantuk dan banyak menguap

Ekspresi wajah mengantuk : Positif Negatif

Banyak menguap : Positif Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Positif Negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

- 1) Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan dalam penglihatannya dan pendengaran, pasien mengatakan tidak ada gangguan penciuman, pengecapan, dan perabaan, pasien mengatkan mudah dalam mempelajari sesuatu
- 2) Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengar dan penglihatan, pasien mengatakan terkadang merasa mendadak merasakan nyeri dan perih disekitar pinggang sebelah kiri, nyeri dirasakan saat bergerak, nyeri seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 7, nyeri dirasakan hilang timbul.
- 3) Observasi : Tampak pasien tidak menggunakan kacamatan dan alat bantu pendengaran, tampak pasien gelisah dang meringis

- 4) Pemeriksaan fisik :
- a. Penglihatan
 - Kornea : Tampak jernih
 - Pupil : Isokor kanan dan kiri
 - Lensamata : Jernih
 - Tekanan intra okuler (TIO) : Teraba sama kiri dan kanan
 - b. Pendengaran
 - Pina : Tampak simetris kanan kiri
 - Kanalis : Tampak bersih
 - Membran timpani : Tampak utuh
 - c. Pengenalan rasa pada Gerakan lengan dan tungkai
Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada lengan dan tungkai
- g. Pola Persepsi Dan Konsep Diri
- 1. Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan ia adalah seorang kepala keluarga yang menafkahi istri dan anaknya, keluarga mengatakan pasien adalah orang yang tidak mudah putus asa, pasien selalu berjuang untuk membahagiakan istri dan anak
 - 2. Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan ingin segerah cepat sembuh agar beraktifitas seperti sedia kala, pasien juga mengatakan bahwa emosi dirinya itu sedang tidak stabil karena nyeri yang dialaminya, sejak sakit selalu butuh bantuan anak dan istrinya, pasien mengatakan merasa cemas dengan kondisi kesehatannya.
 - 3. Observasi : Tampak Pasien gelisah
 - a) Kontak mata : Mata pasien tertujuh pada perawat
 - b) Rentang perhatian : Perhatian penuh, pasien kooperatif

c) Suara dan carabicara : Suara pasien terdengar jelas

d) Postur tubuh : Tegak

4 Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tampak tidak ada kelainanbawaan yang nyata

b) Bentuk/postur tubuh : Tegak

c) Kulit : Tampak bersih

h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1. Keadaansebelumsakit : Pasien mengatakan pasien tinggal serumah dengan istri dan anaknya pasien mengatakan hubungan dan keluarga terjalin dengan baik dan rukun pasien mengatakan selalu aktif dalam kegiatan-kegiatan yang diadakan oleh ketua RT dan selalu menjalin hubungan yang baik dengan tetangga

2. Keadaan sejak sakit : Keluarga mengatakan sangat khawatir dengan kondisi Kesehatan pasien, keluarga juga mengatakan selama pasien sakit keluarga sangat peduli kepada pasien dan selalu memberikan yang terbaik bagi pasien, pasien mengatakan perannya sebagai kepala keluarga terganggu karena kondisi kesehatannya membuatnya tidak bisa bekerja.

3. Observasi :Tampak pasien selalu di damping istri dan anaknya

i. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

1. Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan mengerti tentang masalah seksual dan dirinya tidak mengalami gangguanterhadap masalah seksual

2. Keadaan sejak sakit : Keluarga mengatakan pasien tidak ada gangguan pada reproduksi dan seksualitas

3. Observasi : Tampak tidak ada perilaku yang menyimpang dari pasien yang tidak sesuai dengan jenis kelamin
- j. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres
1. Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan pasien bila ada masalah selalu membicarakan dengan istrinya, pasien tampak cemas dan takut dengan penyakit yang dideritanya
 2. Keadaan sejak sakit : Pasien selalu berbincang dengan istrinya mengenai penyakitnya
 3. Observasi : Tampak pasien berbicara dengan istrinya
- k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan
1. Keadaan sebelum sakit : Pasien mengatakan selalu ke gereja untuk beribadah
 2. Keadaan sejak sakit : Pasien tidak ke gereja karena dirawat diRumah Sakit

5. UJI SARAF KRANIAL

- a. N I :Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih yangdiberikan oleh perawat
- b. N II : Pasien mampu membaca pada jarak kurang lebih 30 cm ukuran font 12
- c. N III, IV, VI : Pasien mampu menggerakkan bola mata kesegalaarah pupil isokor refleks cahaya +
- d. N V
 Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan tisu pada bagianwajah (pipi, dahi, dagu) dengan mata tertutup
 Motorik : Pasien mampu mengunyah keras
- e. N VII :
 Sensorik : Pasien mampu merasakan asin, manis, dan pahit yang diberikan
 Motorik :Pasien mampu mengangkat alis mengerutkan dahi mencucur kan bibir meringis bersiul dan menggembungkan pipi
- f. N VIII :Pasien mampu mendengarkan suara gerakan tisu di telinga kiri dan kanan dengan mata tertutup pasien mampuberdiri tegak dengan mata tertutup
- g. N IX :Letak ovula pasien tampak jelas berada di tengah pasien mampu menelan
- h. N X :: Pasien mampu mengulurkan lidah pada posisi lurus pasienmampu mendorong pipi kiri dan kanan dari arah dalam

- i. N XI :Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan
- j. N XII :: Pasien mampu mengulurkan lidah pada posisi lurus pasien mampu mendorong pipi kiri dan kanan dari arah dalam

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- a. Pemeriksaan BNO sebelum operasi
Kesan :- tak tampak batu opak tractus urinaria
- obstruksi pipi DD Konstipasi
- b. Pemeriksaan BNO sesudah Operasi
Kesan :Distribusi udara usus normal,
Terpasang dj stent pada tractus urinarius kiri ,
tak tampak batu opak tractus urinarius spondylosis lumbalis
- c. Pemeriksaan USG
Kesan :Hydronefrosis kiri dengan suspek nefrolith,
suspek cholelith,
Hipertrofi prostat dengan klasifikasi
- d. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap

PARAMETER	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
WBC	7.48	$10^3/uL$	4.60 - 10.20
RBC	4.72	$10^6/uL$	4.70 - 6.10
HGB	14.2*	g/dL	14.1 - 18.1
HCT	38.6 -	%	43.5 - 53.7
MCV	81.8	fL	80.0 - 97.0

MCH	30.1*	Pg	27.0 – 31.2
MCHC	36.8*	g/dL	31.8 – 35.4
PLT	120 -	10 ³ /uL	150 - 450
RDW-SD	38.8	fL	37.0 – 54.0
RDW-CV	12.9	%	11.5 – 14.5
PDW	9.3	fL	9.0 – 13.0
MPV	9.4	fL	7.2 – 11.1
P-LCR	19.4	%	15.0 – 25.0
PCT	0.11 -	fL	0.17 – 0.35
NEUT#	5.38	10 ³ /uL	1.50 – 7.00
LYMPH#	1.41	10 ³ /uL	1.00 – 3.70
MONO#	0.56	10 ³ /uL	0.00 – 0.70
EO#	0.10	10 ³ /UI	0.00 – 0.40
BASO#	0.03	10 ³ /UI	0.00 – 0.10
IG#	0.02	10 ³ /UI	0.00 – 7.00
NEUT%	71.9	%	37.0 - 80.0
LYMPH%	18.9	%	10.0 – 50.0
MONO%	7.5	%	0.0 -14.0
EO%	1.3	%	0.0 – 1.0
BASO%	0.4	%	0.0 – 1.0
IG%	0.3	%	0.0 - 72.0

7. TERAPI

- a. Cefoperazone 1gr /12 jam/ IV
- b. Harnal 0-0-1 oral
- c. Paracetamol 3x1 oral
- d. Paracetamol infus 1 gr/8 jam /IV
- e. Katerolac 1 amp/12 jam/IV
- f. Ranitidine 1 amp / 12 jam

Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

()

C. Analisa Data

No	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P :Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak terlalu banyak Q :Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - R :nyeri pada perut kiri menjalar kepinggang - S : skalanyeri 7 - T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul dan memperberat saat bergerak atau beraktivitas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien berbaring di tempat tidur dan terlihat lemas - Tampak pasien meringis dan gelisah - Tampak KU pasien lemah - TD : 136/75 N : 105x/i P : 20x/i S : 38,8°c 	Agen pencedera fisik	Nyeri akut

2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan demam sejak kemarin malam <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak terpasang cairan RL 400cc - Suhu 38,8°C di axila - Kulit terasa hangat 	Proses penyakit	Hipertermia
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri sehingga dibantu oleh istrinya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak di bantu oleh istri dalam melakukan aktivitasnya 	Keengganan melakukan pergerakan	Gangguan mobilitas fisik

C. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
2.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

No.	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pasien dapat teratasi</p> <p>Kriteriahasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluhan nyeri menurun (<3) b. Meringis menurun c. Gelisah menurun d. Kesulitan tidur menurun e. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemennyeri:</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi sirespon nyeri non verbal <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupuntur, terapi music, biofeed back, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

			<ol style="list-style-type: none">2. Fasilitasi istirahat dan tidur3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan penyebab periode, dan pemicu nyeri2. Jelaskan strategi meredakan nyeri3. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian analgetik
--	--	--	--

2.	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh cukup membaik 2. Suhu kulit cukup membaik 3. Takikardi cukup menurun 4. Tekanan darah cukup membaik 	<p>Manajemen Hipertermia</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Basahi dan kipasi permukaan tubuh <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
----	---	---	--

		<ol style="list-style-type: none">2. Kecemasan menurun3. Gerakan terbatas menurun4. Kelemahan fisik menurun	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi).
--	--	---	---

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

Hari/tanggal	DX	Waktu	Implementasi keperawatan	Perawat
5 Mei 2023	I	07.15	Mengobservasi tanda-tanda vital H/ TD : 135/75, N : 100x/i, P : 22x/i, S : 37,1°C	sari
	I	07.30	Mengidentifikasi lokasi nyeri H/ Pasien mengatakan nyeri pada pinggang sebelah kiri	sari
	I	07.50	Mengidentifikasi skala nyeri	sari
			H/ pasien mengatakan nyeri skala	
			7	
			Mengidentifikasi faktor yang	
	I	08.00	mempengaruhi nyeri	sari
			H/ pasien megatakan nyeri apabila	
			terlalu banyak gerak	

		09.00	Monitor suhu tubuh S:37:5, kulit	sari
	II		teraba hangat	
			Menyediakan lingkungan yang	
	II	09.10	dingin H/- tampak ruangan dingin	sari
			dengan menyalakan AC	
			Memberikan cairan Oral H/-	
	II	09.30	tampak pasien meminum air putih	sari
			dan gelas	

	III	10.00	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan H/-tampak pasien masih enggan melakukan pergerakan	sari
	III	10.30	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya H/- pasien mengatakan belum mampu bergerak ke kamar mandi	sari

	I,II,III	11.00	Pemberian obat H/- ketorolak 1 amp/12 jam/IV Paracetmol infu 1 gram / 8 jam / IV Cefixime 12x1/oral	Sari
--	----------	-------	--	------

		14.05	Melakukan Tindakan pengkajian pada pasien dengan post op nephrolithomi	Titha
		14.15	Melakukan Tindakan pemeriksaan Tanda-tanda vital H/ TD : 136/75, N : 105x/i, P : 20x/i, S : 37,8°c Kesadaran :composmentis	Titha
		16.20	Memonitor eliminasi urine (frekuensi, warna, konsistensi, aroma, volume)	Titha

			H/I pasien berkemih dibantu dengan selang kateter uk 18	
--	--	--	---	--

	I	16.25	Mengukur urine tamping pasien H/ 1000cc, warna kuningkemerahan	Titha
	I	17.20	Melakukan Tindakan mengkaji skala dan tingkat nyeri pasien H/ pasien tampak meringis dan 7(1-10)	Titha

	I	18.30	Memberikan Teknik nonfarmakologis tarik napas dalam H/ tampak pasien mengikuti arahan dengan baik dan pasien merasa lebih nyaman	Titha
--	---	-------	--	-------

	II	19.00	Melakukan Tindakan mengukur suhu tubuh pasien, H/ S : 38,8°C	Titha
	II	20.30	Melakukan Tindakan pemberian obat oral paracetamol 500mg/1 tablet	Titha
	I,II,III	20.50	Melakukan Tindakan mengganti cairan infus NaCl 0,9% maintenance extra pamol H/terabapasiemasiterabahangat	Titha

6 Mei 2023	I	07.30	Memonitor Tanda Tanda Vital H/- TD : 130/80, N : 100x/m, P : 22x/menit, S :38,1°C	Sari
------------	---	-------	---	------

	I	07.40	Mengidentifikasi skala nyeri H/- pasien mengatakan nyeri skala 6	Sari
	I	07.50	Mengajarkan Teknik nonfarmakolog distraksi dan relaksasi H/- mengajarkan pasien relaksasi napas dalam	Sari
	II	08.30	Mengkolaborasi pemberian obat H/ - Katerolac 1 amp/12 jam/IV -Pasien tampak sedikit meringis	Sari

	II	08.45	Memonitor suhu tubuh H/ -S : 38,1°C	Sari
--	----	-------	--	------

	II	08.55	Mengajarkan kompres hangat H/ tampak keluarga melakukan pengompresan	sari
	II	09.00	Monitor warna dan suhu kulit H/ - Kulit teraba hangat - Tampak kemerahan	sari
	II	09.30	Memberikan cairan intravena H/ parasetamol infus 1gr/8jam	sari
	II	09.50	Memberikan cairan oral H/ Tampak pasien meminum air	

	III	10.00	aqua 1 botol kecil Memfasilitasi dan melakukan pergerakan	sari
--	-----	-------	---	------

	III	10.20	H/ pasien terlihat menggunakan kursi roda dan terbatas dalam melakukan pergerakan	sari
	III	10.50	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan H/ pasien terlihat melakukan aktivitas di bantu oleh keluarga	Sari
	III	11.00	Mengajarkan mobilisasi sederhana H/ pasien terlihat dapat melakukan secara mandiri mirin kanan dan kiri	Titha

	I,II,III	14.05	Melakukan Tindakan pemeriksaan tanda-tanda vital H/ TD : 128/80, N : 80x/i, P : 20x/i, S : 37,5°c Kesadaran :composmentis	Titha
--	----------	-------	--	-------

		16.30	Melakukan Tindakan memotivasi pasien untuk menjaga kebersihan dengan cara cuci tangan 6 langkah dengan handsanitizer H/ pasien mampu melakukan 6 langkah mencuci tangan dengan handsanitizer	Titha
	I	17.00	Melakukan Tindakan mengkaji skala dan tingkat nyeri pasien	Titha

			H/ pasien tampak meringis dan 6(1-10)	
--	--	--	--	--

7 Mei 2023	I	17.05	Memberikan Teknik nonfarmakologis tarik napas dalam H/ tampak pasien kooperatif	Titha
		19.00	Melakukan Tindakan injeksi IV antibiotic ceftriaxone 1 gr/12 jam/IV	
		07.30	Memonitor Tanda-tandavital H/ TD : 120/80, N : 89x/i, P : 21x/l, S : 37,5°C	Sari

	I	07.45	Mengidentifikasi skala nyeri H/ pasien mengatakan skala nyeri 4	Sari
--	---	-------	---	------

	I	08.00	Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(seperti distraksi dan relaksasi) H/ pasien di ajarkan napas dalam	Sari
	I	08.20	Kolaborasi pemberian analgesic H/ Ketorolac 1amp / 12jam / IV	Sari Sari
	II	08.35	Memonitor suhu tubuh H/ S : 37,5°c	

	II	08.40	Mengajarkan kompres hangat H/ tampak keluarga mengompres pasien	Sari
	II		Melakukan kolaborasi memberikan analgesic H/ paracetamol 1tablet 3x1/oral	Sari

	III	09.00	Mengajarkan mobilisasi sederhana H/ pasien terlihat dapat melakukan secara mandiri duduk di tempat tidur	Sari
	I,II,III	10.00	Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital H/ TD : 130/75, N : 95x/i, P : 20x/i, S : 36, 3°c Kesadaran :composmentis	Sari

	II	14.05	Menyediakan lingkungan yang dingin H/ -tampak ruangan dingin dengan menyalakan AC	Titha
--	----	-------	--	-------

		15.10	Memonitor eliminasi urine (frekuensi, warna, konsistensi, aroma, volume) dan Mengukur urine tamping pasien	Titha
			H/ terpasang selang kateter uk 18, 1000cc, warna kuning kemerahan	Titha
	I	16.20	Memberikan Teknik non farmakologis tarik napas dalam H/ tampak pasien kooperatif	Titha

	II	17.20	Melakukan Tindakan pemberian obat oral paracetamol 500mg/1 tablet	Titha
--	----	-------	---	-------

F. Evaluasi keperawatan

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Perawat
05 Mei 2023	<p>Diagnosa Keperawatan 1 Nyeri akut</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P :pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak terlalu banyak - Q :pasein mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : Nyeri pada perut kiri menjalar Kepinggang - S :skala nyeri 7 - T :pasien mengatakan nyeri di rasakan mendadak dan berlangsung lama <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Tanda-tanda Vital TD : 135/75, N : 100x/i, P : 22x/i, S : 37,1°C <p>A :masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnose Keperawatan 2</p> <p>Hipertemia</p> <p>S :pasien mengatakan demam sejak kemarin</p> <p>O :pasien tampak lemah, S : 38,8°C</p>	Titha

	A :Masalah hipertermia belum teratasi	
--	---------------------------------------	--

	<p>P :lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnosa keperawatan 3 Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S :Pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri sehingga dibantu oleh istrinya dalam melakukan aktivitas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah dan merasakan nyeri - Skala nyeri 7 - TD : 136/75 N : 105x/i P : 20x/i S : 38,8°c <p>A :Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnosa Keperawatan 1 Nyeri akut</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P :pasien mengatakan masih terasa sedikit nyeri pada saat bergerak terlalu banyak - Q :pasein mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : Nyeri pada perut kanan menjalar kepinggang 	
--	---	--

6 mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - S :skalanyeri 6 - T :pasien mengatakan nyeri di rasakan mendadak dan berlangsung lama <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Tanda-tanda Vital <p>TD : 128/80 N : 80x/i P : 22x/i S : 37,5°C</p> <p>A :masalah nyeri akut teratasi sebagian P :lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnose Keperawatan 2 Hipertemia</p> <p>S :pasien mengatakan demam naik turun sejak kemarin</p> <p>O :pasien tampak meringis, S : 37,5°C</p> <p>A :Masalah hipertermia teratasi sebagian P :lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnosa keperawatan 3 Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S : Pasiin mengatakan sudah dapat bergerak sedikit namun aktivitas masih di bantu oleh istrinya</p> <p>O :</p>	Titha
------------	--	-------

7 mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah dan merasakan nyeri - Skala nyeri 6 - TD : 128/80 N : 80x/i P : 20x/i S : 37,5°c <p>A :Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnosa Keperawatan 1 Nyeri akut</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P :pasien mengatakan masih terasa sedikit nyeri pada saat bergerak terlalu banyak - Q :pasein mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : Nyeri pada perut kiri menjalar kepinggang - S :skalanyeri 4 - T :pasien mengatakan nyeri di rasakan mendadak dan berlangsung lama <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sedikit meringis - Tanda-tanda Vital TD : 130/75 N : 95x/i 	
------------	---	--

	<p>P : 22x/i S : 36,3°C</p> <p>A : masalah nyeri akut teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnose Keperawatan 2 Hipertemia</p> <p>S : pasien mengatakan sudah tidak merasa demam O : pasien tampak meringis sedikit, S : 36,3°C A : Masalah hipertermia teratasi P : intervensi selesai</p> <p>Diagnosakeperawatan 3 Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S : Pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri sehingga dibantu oleh istrinya dalam melakukan aktivitas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah dan merasakan nyeri - Skala nyeri 4 - TD : 130/75 <p>N : 95x/i P : 20x/i</p>	Titha
--	--	-------

	S : 36,3°c	
--	------------	--

<p>05-04-2023</p>	<p>A :Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P : intervensi selesai</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak terlalu banyak - Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - R: Pada perut kanan menjalar ke pinggang bagian bawah - S : skala nyeri 7 - T : pasien mengatakan nyeri dirasakan mendadak dan berlangsung lama <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Tanda-tanda vital TD: 130/80, N: 100x/menit, P: 22x/menit, S: 38,8°C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	
-------------------	---	--

05 Mei 2023	<p>Diagnosa Keperawatan 1 Nyeri akut</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P :pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak terlalu banyak - Q :pasein mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : Nyeri pada perut kiri menjalar Kepinggang - S :skala nyeri 7 - T :pasien mengatakan nyeri di rasakan mendadak dan berlangsung lama <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Tanda-tanda Vital <p>TD : 135/75, N : 100x/i, P : 22x/i, S : 37,1°C</p> <p>A :masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnose Keperawatan 2</p> <p>Hipertemia</p> <p>S :pasien mengatakan demam sejak kemarin</p> <p>O :pasien tampak lemah, S : 38,8°C</p> <p>A :Masalah hipertermia belum teratasi</p>	Sari

	<p>P :lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnosa keperawatan 3 Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S :Pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri sehingga dibantu oleh istrinya dalam melakukan aktivitas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah dan merasakan nyeri - Skala nyeri 7 - TD : 136/75 N : 105x/i P : 20x/i S : 38,8°c <p>A :Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnosa Keperawatan 1 Nyeri akut</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P :pasien mengatakan masih terasa sedikit nyeri pada saat bergerak terlalu banyak - Q :pasein mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : Nyeri pada perut kanan menjalar kepinggang 	Sari
--	---	------

6 mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - S :skalanyeri 6 - T :pasien mengatakan nyeri di rasakan mendadak dan berlangsung lama <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Tanda-tanda Vital <p>TD : 128/80 N : 80x/i P : 22x/i S : 37,5°C</p> <p>A :masalah nyeri akut teratasi sebagian P :lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnose Keperawatan 2 Hipertemia</p> <p>S :pasien mengatakan demam naik turun sejak kemarin</p> <p>O :pasien tampak meringis, S : 37,5°C</p> <p>A :Masalah hipertermia teratasi sebagian P :lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnosa keperawatan 3 Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S : Pasin mengatakan sudah dapat bergerak sedikit namun aktivitas masih di bantu oleh istrinya</p> <p>O :</p>	Sari
------------	--	------

7 mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah dan merasakan nyeri - Skala nyeri 6 - TD : 128/80 N : 80x/i P : 20x/i S : 37,5°c <p>A :Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P :lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnosa Keperawatan 1 Nyeri akut</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - P :pasien mengatakan masih terasa sedikit nyeri pada saat bergerak terlalu banyak - Q :pasein mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : Nyeri pada perut kiri menjalar kepinggang - S :skalanyeri 4 - T :pasien mengatakan nyeri di rasakan mendadak dan berlangsung lama <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak sedikit meringis - Tanda-tanda Vital TD : 130/75 N : 95x/i 	Sari
------------	---	------

	<p>P : 22x/i S : 36,3°C</p> <p>A : masalah nyeri akut teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <p>Diagnose Keperawatan 2 Hipertemia</p> <p>S : pasien mengatakan sudah tidak merasa demam O : pasien tampak meringis sedikit, S : 36,3°C A : Masalah hipertermia teratasi P : intervensi selesai</p> <p>Diagnosakeperawatan 3 Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S : Pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri sehingga dibantu oleh istrinya dalam melakukan aktivitas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah dan merasakan nyeri - Skala nyeri 4 - TD : 130/75 <p>N : 95x/i P : 20x/i</p>	
--	--	--

	S : 36,3°C	
--	------------	--

	A :Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi P : intervens selesai	
--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan ASKEP

Pada bab ini dibahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang di dapatkan pada saat merawat pasien Tn. T dengan post op nefrolitiasi di ruang perawatan St. Bernadeth II RumahSakit Stella Maris Makassar pada tanggal 04 April 2023, dengan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

1. Pembahasan Asuhan keperawatan

a. Pengkajian

Dalam pengkajian penulis memperoleh data melalui wawancara langsung kepada pasien dan keluarga pasien. Selain itu penulis juga memperoleh data dari observasi langsung, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang RumahSakit Stella Meris Makassar. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis pada kasus Tn. T berusia 58 tahun ,tampak pasien sakit sedang dengan keadaan umum pasien lemah. Pasien terpasang infus cairan RL 500 cc, disebelah tangan kiri dan terpasang kateter.pasien mengeluh nyeri bagian pinggang bawah sebelah kiri.Tampak BAK berwarna kecoklatan kemerahan 1000 cc/8 jam. Pada pemeriksaan *vital sign* di dapatkan tekanan darah130/80 mmHg, nadi110x/menit, suhu 38,8°c dan *respiration rate* 23x/menit.

Dari hasil pengkajian umum pada Tn. T didapatkan sebuah data pemeriksaan fisik,kesadaran comosmentis, keluhan utama pasien yaitu Nyeri Post Op pada bagian pinggang sebelah kiri,

nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dengan skala nyeri 7. Berdasarkan teori pengertian dari nefrolitiasis sendiri adalah suatu gangguan klinis yang diakibatkan adanya suatu komponen dari batu Kristal yang menyempal sehingga memperlambat kerja ginjal pada kaliks atau pelvis dari ginjal yang dapat disebabkan oleh adanya gangguan keseimbangan kelarutan dan pengendapan garam pada saluran urin dan ginjal (Simanullang, 2019).

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan (Tim PokjaSDKI PPNI, 2017) Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik mengenai respon klien terhadap suatu masalah Kesehatan atau suatu proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual mau pun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon sklien individu, keluarga dan komunitas yang berkaitan dengan Kesehatan. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan penulis untuk asuhan keperawatan pada Tn. T mengenai Nefrolitiasis, maka penulis mengangkat diagnose keperawatan berdasarkan prioritas masalah sebagaiberikut :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077). Pada tanggal 04 april 2023 Penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan tersebut karena saat dilakukan pengkajian didapatkan sebuah data mayor yaitu pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, gelisah sulit tidur dan berposisi untuk menghindari rasa nyeri dan juga sebuah data minor yaitu tekanan darah 130/80 dengan nadi 110x/menit dan nafsu makan menjadi menurun. Diagnosa nyari akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dapat

menjadi sebuah diagnose prioritas utama karena setelah dilakukan operasi nefrolitotomi akan mengakibatkan rasa nyeri dan jika nyeri tersebut tidak segera ditangani maka dapat mempengaruhi terhadap fisiologis, psikologis, dan perilaku dari seseorang tersebut (Ediyanto, 2019), Oleh karena itu pentingnya diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditegakkan dan dijadikan diagnose utama untuk menurunkan skala nyeri agar masalah tersebut dapat segera terselesaikan (Smeltzer& Bare 2022)

- 2) berhubungan dengan proses penyakit (D.0130). Pada tanggal 04 april 2023 Penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan tersebut karena saat dilakukan pengkajian didapatkan sebuah data mayor suhu tubuh diatas nilai normal yaitu $>37,8^{\circ}\text{c}$ atau $38,8^{\circ}\text{c}$. Dan juga sebuah data minor yaitu kulit merah, takikardia adalah suatu kondisi yang menggambarkan di mana denyut jantung yang lebih cepat dari pada denyut jantung normal. Kulit dapat terasa hangat terjadi karena adanya vasodilatasi pembuluh darah sehingga kulit menjadi hangat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan yang ada diteori tetapi tidak diangkat oleh penulis, yaitu:

Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dibuktikan dengan berat badan menurun 10% dibawah rentang ideal, bising usus, hiperaktif, membrane, mukosa pucat, sariawan, otot mengunyah lemah, rambut rontok berlebih, diare karena pasien pada saat pengkajian penulis tidak menemukan adanya tanda-tanda gejala sesuai dengan batasan karakteristik, pasien mampu untuk mencerna makanan, tidak ada penurunan berat badan

selama 3 bulan terakhir, pasien tidak mengalami diare dan muntah, pasien hanya mengalami mual dan keengganan untuk makan.

Defisit pengetahuan tentang penyakit Nefrolitiasis berhubungan dengan kurang terpapar informasi, penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien mengetahui faktor dan resiko pemicu terjadinya Nefrolitiasis diantaranya berhubungan dengan kebiasaan sehari-hari seperti kurang mengkonsumsi air putih, mengkonsumsi makanan dengan kandungan garam berlebih dan natrium tinggi.

c. Intervensi Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang dibuat berdasarkan... berkaitan dengan masalah yang dialami pasien. Rencana keperawatan yang dibuat penulis yaitu mencakup observasi, tindakan terapeutik, edukasi dan tindakan kolaborasi.

1) Manajemen nyeri

selama 3X24 jam penulis membuat rencana tindakan keperawatan yang meliputi tujuan dan juga kriteria hasil yang sudah sesuai dengan SLKI dan SIKI agar dapat menurunkan skala nyeri yang dialami oleh pasien, tidak meringis, dan tidak gelisah. Penulis menetapkan beberapa intervensi antara lain yaitu: monitor ttv, identifikasi lokasi nyeri rasionalnya yaitu untuk mengetahui lokasi nyeri yang dialami oleh pasien. Kaji skala nyeri, identifikasi yang mempengaruhi rasa nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologi relaksasi distraksi, pemberian analgetik ketorolac 3x/24 jam. Intervensi yang utama untuk menurunkan nyeri berdasarkan buku Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

yaitu terdapat pada manajemen nyeri yaitu mengajarkan Teknik relaksasi distraksi. Teknik relaksasi napas dalam adalah intervensi mandiri yang dilakukan oleh perawat, dimana perawat tersebut akan mengajarkan bagaimana cara melakukan nafas dalam (Nurul, 2020).

2) Manajemen hipertermi

Perencanaan tindakan keperawatan yang ada pada teori tidak berbeda dengan perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis selama memberikan asuhan keperawatan sehingga tidak ada kesejangan teori dengan kasus. Perencanaan yang dibuat selama pasien di ruang Bernadeth II yaitu identifikasi penyebab hipertermi, monitor suhu tubuh, longgarkan pakaian, berikan cairan oral, ganti linen setiap hari, kompres hangat, anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

d. Implementasi Keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan penulis menyesuaikan dengan perencanaan atau intervensi yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi pasien

1) Pada masalah keperawatan pertama mengenai Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, penulis dapat melakukan tindakan keperawatan sesuai yang telah dibuat direncana tindakan keperawatan tanpa adanya kesulitan atau hambatan saat melakukan tindakan keperawatan tersebut dikarenakan pasien dan keluarga pasien yang sangat kooperatif dan dapat diajak untuk bekerja sama selama tindakan dilakukan. Teknik relaksasi dan distraksi tersebut dapat menurunkan intensitas nyeri.

2) Pada masalah keperawatan kedua mengenai Hipertermia berhubungan dengan penyakit ,penulis dapat melakukan tindakan keperawatan sesuai yang telah dibuat direncana tindakan keperawatan tanpa adanya kesulitan atau hambatan saat melakukan tindakan keperawatan tersebut dikarenakan pasien dan keluarga pasien yang sangat kooperatif dan dapat diajak untuk bekerja sama selama tindakan dilakukan. Pasien diberikan kompres air hangat, kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena dengan hasi tampak perpasang RL 500, monitor suhu tubuh hasil suhu 38,8°C.

e. Evaluasi keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan, yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan dapat di capai. Dari hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari (5-7 mei 2023) adalah sebagai berikut :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik,dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, masalah nyeri akut teratasi, dimana pasien mengatakan nyeri pada pinggang bawah sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan dengan skala 4, nyeri dirasakan hilang timbul, tampak pasien sesekali meringis.
- 2) Hipertermia berhubungan dengan penyakit, dari hasil evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan, pasien mengatakan sudah tidak demam hasil observasi tanda-tanda vital TD :130/75, N: 95x/menit, P: 20x/menit, S: 36,3°C.

B. Pembahasan Dan Tindakan Keperawatan sesuai EBN

1. Judul Evidence Based Nursing : Teknik relaksasi napas dalam untuk menurunkan skala nyeri pada pasien post operasi Nefrolitiasis.

Diagnosa keperawatan : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Luaran yang diharapkan : Keluhan nyeri menurun, meringis cukup menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik

Intervensi prioritas : Manajemen nyeri

Pembahasan Tindakan Keperawatan EBN

- a. pengertian tindakan: teknik pernapasan relaksasi adalah tindakan asuhan keperawatan, yang mengajarkan pasien melakukan teknik napas dalam atau pernapasan secara perlahan (tahan inspirasi secara maksimal) dan menghembuskan napas secara perlahan. Selain mengurangi intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam, juga dapat meningkatkan ventilasi paru-paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Asmara, 2019). Relaksasi napas dalam dilakukan dengan mengajarkan klien untuk mengambil napas dalam-dalam dan melepaskan rasa sakit dirasakan (Nisa & Suandika, 2023).

Ada beberapa posisi relaksasi napas dalam yang dapat dilakukan menurut (Hadibrata et al., 2023) :

- 1) Posisi relaksasi dengan terlentang

Berbaring terlentang, kedua tungkai kaki lurus dan terbuka sedikit keatas rileks disamping bawah lutut dan kepala diberi bantal.

- 2) Posisi relaksasi dengan berbaring miring

Berbaring miring, kedua lutut ditekuk, dibawah kepala diberi bantal dan dibawah perut sebaiknya diberi bantal juga, agar perut tidak menggantung.

- 3) Posisi relaksasi dalam keadaan berbaring terlentang
Kedua lutut ditekuk, berbaring terlentang, kedua lutut ditekuk, kedua lengan samping telinga.
- 4) Posisi relaksasi dengan duduk
Duduk membungkuk, kedua lengan diatas sandaran kursi atau diatas tempat tidur, kedua kaki tidak boleh menggantung.

b. Tujuan Evidence Based Nursing (EBN)

Tujuan dari teknik relaksasi napas dalam yaitu untuk menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Relaksasi otot skeletal tegangan otot yang menunjang nyeri, ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam meredakan nyeri. Teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja bernapas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas.

c. Picot Evidence Based Nursing (EBN)

- 1) Studi kasus : Faktor–Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan Teknik Tarik Nafas Dalam Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Pasca Bedah Di Bangsal Bedah Rsud Wates Kabupaten Kulon Progo. (Moeloek & Lampung, 2023).

Tabel 4.1 Picot Evidence Based Nursing (EBN)

Population	Perawat yang bertugas di ruang bedah Anggrek dan Eldewies dengan jumlah 32 perawat. Di ruang rawat inap Anggrek dan Eldewies RSUD Wates Dari data RSUD Wates jumlah pasien yang menjalani operasi di ruang bangsal bedah di RSUD Wates 4 bulan terakhir terdiri dari bulan Januari di ruang rawat inap Anggrek berjumlah 150 dan di ruang rawat inap Edelweis berjumlah 152, bulan Februari di ruang rawat inap Anggrek 140 dan di ruang rawat inap Edelweis 130, bulan Maret di ruang rawat inap Anggrek berjumlah 136, di ruang rawat inap Edelweis berjumlah 134, bulan April di ruang bangsal Anggrek berjumlah 149, di ruang bangsal Edelweis berjumlah 118. Jadi jumlah rata-rata dari bulan januari samapai bulan april sebanyak 842 pasien.
Intervensi	Metode dalam penelitian ini adalah teknik tarik nafas dalam dapat membantu menurunkan tingkat nyeri pada pasien pasca bedah. perawat diruangan pemulihan bertanggung jawab dalam memberikan perawatan pada pasien post operasi dan sangat diperlukan dalam memberikan bantuan keperawatan dan mengontrol komplikasi serta mengevaluasi kembalinya fungsi-fungsi tubuh yang optimal.
Comparison	Hasil : penelitian menunjukkan bahwa kemampuan seseorang dapat dipengaruhi oleh sistem manajemen yang diterapkan di rumah sakit tersebut dan terdapat hubungan antara kemampuan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan teknik tarik nafas dalam di ruang bedah RSUD Wates Kulon progo.
Outcome	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor-faktor seperti pengetahuan, sikap, kemampuan, dan sistem manajemen di

	rumah sakit dapat mempengaruhi kepatuhan perawat dalam pelaksanaan teknik tarik nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien pasca bedah di ruang bangsal bedah RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo. Selain itu, penelitian ini juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kemampuan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan teknik tarik nafas dalam di ruang bedah RSUD Wates Kulonprogo. Namun, tidak ditemukan hubungan antara pekerjaan dengan kepatuhan perawat dan bidan dalam penerapan Kewaspadaan Universal/Kewaspadaan Standar
Time	2017

- 2) Studi kasus : Terdapat Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Dengan Anestesi Umum Di Rsd Dr. Moewardi Surakarta. (Agung et al, 2013)

Population	Jumlah responden dalam penelitian ini ada 30 orang.
Intervensi	Intervensi yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik relaksasi nafas dalam.
Comprasion	Berikut adalah perbandingan skala nyeri pasien sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam berdasarkan tabel yang terdapat dalam penelitian ini: - Perbandingan Skala Nyeri Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam (Tabel 8) : <ul style="list-style-type: none"> • Sebelum: Tidak nyeri (0%), Nyeri ringan (0%), Nyeri sedang (86.7%), Nyeri berat terkontrol (13.3%) • Sesudah: Tidak nyeri (0%), Nyeri ringan (60%), Nyeri sedang (40%), Nyeri berat terkontrol (0%) - Perbandingan Skala Nyeri Sebelum Dan Sesudah Dilakukan

	<p>Perlakuan Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam (Tabel 9) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebelum: Tidak nyeri (0%), Nyeri ringan (0%), Nyeri sedang (86.7%), Nyeri berat terkontrol (13.3%) • Sesudah: Tidak nyeri (0%), Nyeri ringan (66.7%), Nyeri sedang (33.3%), Nyeri berat terkontrol (0%) <p>Dari kedua tabel tersebut, dapat dilihat bahwa setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, terjadi penurunan persentase pasien yang mengalami nyeri sedang dan berat terkontrol, serta peningkatan persentase pasien yang tidak merasakan nyeri dan mengalami nyeri ringan. Namun, perlu diingat bahwa penelitian ini dilakukan pada sampel yang relatif kecil dan hasilnya mungkin tidak dapat digeneralisasi ke populasi yang lebih besar.</p>
Outcome	<p>hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian teknik relaksasi nafas dalam efektif dalam mengurangi tingkat nyeri pada pasien post operasi dengan anestesi umum di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Hal ini dapat dilihat dari perbandingan skala nyeri pasien sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam yang menunjukkan penurunan persentase pasien yang mengalami nyeri sedang dan berat terkontrol, serta peningkatan persentase pasien yang tidak merasakan nyeri dan mengalami nyeri ringan. Namun, perlu diingat bahwa penelitian ini dilakukan pada sampel yang relatif kecil dan hasilnya mungkin tidak dapat digeneralisasi ke populasi yang lebih besar.</p>
Time	<p>jurnal Infokes Vol. 3 No. 1 diterbitkan pada bulan Februari 2013.</p>

3) Studi kasus : Meta-Analisis Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Rasa Nyeri Pada Pasien Post Operasi Meta-Analisis Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Rasa Nyeri Pada Pasien Post Operasi (Rahmawati, 2022).

Population	populasi pasien yang menjadi subjek penelitian adalah pasien post operasi, karena penelitian ini menggunakan 5 artikel dengan desain studi randomized controlled trial yang akan digunakan sebagai sumber meta-analisis pengaruh relaksasi napas terhadap rasa nyeri pada pasien post operasi.
Intervensi	Intervensi yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik relaksasi napas. Teknik relaksasi napas adalah metode non-farmakologis yang sering digunakan selama prosedur yang menyakitkan dan intervensi terapeutik untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien post operasi. Teknik ini dilakukan dengan mengatur pola napas yang baik dan teratur untuk mencapai keadaan relaksasi dan ketenangan. Selain itu, pada beberapa kasus, teknik relaksasi napas juga dikombinasikan dengan teknik farmakologi untuk meningkatkan efektivitas penanganan rasa nyeri pada pasien post operasi.
Comprasion	Dalam penelitian ini, teknik relaksasi napas dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil uji Friedman menunjukkan perbedaan penurunan nyeri antara kelompok kontrol dengan kelompok teknik relaksasi napas dan imajinasi terbimbing pada hari ke 1, ke 2 dan ke 3 ($p < 0,05$). Namun, tidak dijelaskan secara rinci mengenai kelompok kontrol yang digunakan dalam penelitian ini.
Outcome	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dapat membantu mengurangi

	<p>rasa nyeri pada pasien post operasi. Berdasarkan hasil uji Friedman, terdapat perbedaan penurunan nyeri antara kelompok kontrol dengan kelompok teknik relaksasi napas dan imajinasi terbimbing pada hari ke 1, ke 2 dan ke 3 ($p < 0,05$). Selain itu, hasil meta-analisis menunjukkan bahwa teknik relaksasi napas dapat mengurangi rasa nyeri pada pasien post operasi dengan efektivitas yang signifikan. Oleh karena itu, teknik relaksasi napas dapat dijadikan sebagai salah satu alternatif non-farmakologis dalam mengurangi rasa nyeri pada pasien post operasi.</p>
Time	Jurnal Penelitian Perawat Profesional, Volume 5 No 3, Agustus 2023

d. Kesimpulan jurnal

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada Tn. T memperlihatkan hasil bahwa pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengatasi nyeri terbukti secara signifikan dalam mengurangi gejala nyeri yang dirasakan oleh pasien. Meskipun dalam pembahasan EBN pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri dengan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut hanya pada pasien-pasien setelah operasi. Tetapi pemberian teknik relaksasi napas dalam pada pasien pre Nefrolitiasis juga efektif dan terbukti mampu menurunkan nyeri secara perlahan-lahan. Pasien dengan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama, karena nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual, sehingga disarankan kepada perawat dapat memberikan asuhan yang komprehensif dan edukasi kepada setiap pasien post operasi, tentang cara mengontrol nyeri dengan menggunakan tehnik non farmakologis : Relaksasi napas dalam.

Teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja napas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Setelah membahas tinjauan pustaka dan melakukan asuhan keperawatan medikal bedah post operasi Nefrolitiasis pada Tn. T diruangan Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pasien dengan inisial Tn.T umur 58 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar melalui IGD, di rawat di ruangan Sta.Bernadeth II tanggal 01 mei 2023 dengan diagnosa medis Nefrolitiasis dengan keluhan nyeri pada bagian pinggang sebelah kiri bawah belakang (P : Nyeri pada pinggang sebelah kiri bawah belakang. Q : Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk. R : Bagian pinggang sebelah kiri bawah belakang. S : Dengan skal nyeri 7. T : Nyeri terasa hilang timbul berlangsung \pm 3-5 menit. Keluhan lain juga dirasakan seperti demam sejak 2 hari yang lalu dan tidak ada nafsu makan. Pengkajian dilakukan pada tanggal 04 mei 2023, pemeriksaan fisik didapatkan TD: 130/80 mmHg, N: 110x/menit, P: 23x/menit, S: 38,8^oc. Hasil pemeriksaan laboratorium yaitu: WBC: 7.48 10^3 /ul, RBC 4.72 10^6 /ul,HCT: 38.6%, MCH: 30.1 pg, MCHC: 36.8g/dL,PLT: 120 10^3 /uL, PCT: 0.11%, NEUT#: 5.38 10^3 /uL, NEUT%: 71.9%, LYMPH%: 18.9%. Pemeriksaan USG abdomen: Hydronefrosis kiri dengan suspek nefrolith, suspek cholelith, hipertrofip rostat dengan klasifikasi.Pemeriksaan BNO: terpasang dj stent pada tractus urunarius spondylosis lumbalis.

- a. Diagnose Keperawatan yang di angkat penulis ad alah:
 - 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
 - 2) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
 - 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan
- b. Perencanaan keperawatan

Dari perencanaan keperawatan yang penulis susun disesuaikan dengan intervensi yang dibuat dan sesuai dengan kondisin pasien. Perencanaan keperwatan itu meliputi tindakan observasi, tindakan mandiri perawat berdasarkan evidence based nursing (EBN), kolaborasi pemberian obat dan evaluasi keperawatan. Penulis melakukan tindakan rencana keperawatan untuk mengatasi masalah keperawan yang terdapat pada pasien yaitu :

- 1) Nyeri akut berhungan dengan agen pencedera fisiologis, identifikasi lokasi, karateristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non versal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian teknik relaksasi napas dalam), control lingkungan yang memperberat rasa nyeri, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri,kolaborasi pemberian analgesis.
- 2) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, sediakan lingkungan yang dingin, anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

c. Implementasi

Setelah perawatan dilakukan selama tiga hari yang di bantu oleh rekan dan perawat, semua implementasi keperawatan terlaksana dengan baik.

d. Evaluasi keperawatan

Dari hasil evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari, dari tiga diagnose yaitu diagnose pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik sudah teratasi, diagnose kedua hipertermia berhubungan dengan proses penyakit sudah teratasi, diagnose ketiga gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kecemasan sudah teratasi.

A. Saran

1. Bagi instasi Rumah Sakit

Diharapkan sebagai tambahan informasi dan bahan masukan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi Nefrolitiasis dengan menerapkan *evidence based nursing* (EBN) yaitu pemberian Teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri.

2. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang telah didapatkan selama proses perkuliahan dalam memberikan pelayanan yang *kompheerensif* pada pasien dengan post operasi Nefrolitiasis.

3. Bagi institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan agar institusi terus meningkatkan mutu Pendidikan dengan menyediakan buku-buku dan memperbanyak referensi-referensi yang berkaitan masalah

post operasi Nefrolitiasis sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan kemajuan teknologi afar mahasiswa dapat semakin memperluas wawasannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Eka Fildayanti, W. (2019). Election Of Open Stone Surgery (Oss) As Treatment To Case on Staghorn Stone. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 1(1), 16.
- Exsa, H. A. & H. (2019). *Nefrolitiasis Pada Anak Usia Tiga Tahun di RSUD DR. Hl Abdul Moeloek, Lampung*. 7(2), 47–53.
- Fauzi, A., & Putra, M. M. A. (2022). Faktor Resiko dan Komplikasi Pada Nefrolitiasis. *Majority*, 5(2), 2–4.
- Fikriani, H. (2022). Alternatif Pengobatan Batu Ginjal Dengan Seledri. *FARMAKA*, 16, 531–539.
- Guarango, P. M. (2022). Manajemen Nyeri Akut Pada Pasien Dengan Batu Ureter Level UVJ Dan Batu Ginjal Dextra. *Of Telenursing*, 4(8.5.2017), 2003–2005.
- Hadibrata, E., & Suharmanto. (2022). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Batu Ginjal. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(3), 1041–1046.
<http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>
- Hadibrata, E., Tjahyo, M. D., & Suharmanto. (2023). Efikasi Dan Komplikasi Supine Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL) Dengan Panduan Kombinasi Ultrasonografi (USG) dan Fluoroskopi. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 5(1), 241–252.
- Hasanah, U. (2023). Mengenal Penyakit Batu Ginjal. *Jurnal Keluarga Sehat Sejahtera*, 14(28), 76–85.
<https://jurnal.unimed.ac.id/2012/index.php/jkss/article/view/4698/4129>
- Krisna, D. N. P. (2019). Faktor Risiko Penyakit Batu Ginjal. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 51–62.
- Mia, H. H. & K. (2023). Hubungan Karakteristik Pasien Dengan Kejadian Nefrolisis di Rumah Sakit Umum Daerah Majalengka. *Kedokteran*, 444–

453.

- Moeloek, H. A., & Lampung, P. (2023). Hubungan Antara Usia Dan Jenis Kelamin Dengan Kejadian Nephrolithiasis Di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD DR. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. *Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan, 10*(5), 1964–1970.
- Nahdi. (2022). Nefrolitiasis Dan Hidronefrosis Sinistra Dengan Infeksi Saluran Kemih Atas. *Kedokteran, 1*(4), 45–53.
- Nisa, L., & Suandika, M. (2023). Studi Kasus Implementasi Pada Tn.S Dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut Atas Indikasi Post Percutaneous Nephrolithomy (PCNL). *Jurnal Gawat Darurat, 5*(1), 51–58. <https://doi.org/10.32583/jgd.v5i1.1296>
- Nurul, F. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan Gangguan Sistem Perkemihan Akibat Post Op Batu Ureter RSUD Gunung Jati Cirebon. *Akper Buntet, 4*(1), 25–35.
- Rahman, E. Y. (2019). Literature Review : Analisis Efikasi ESWL Sebagai Tatalaksana. *Kesehatan, 4*, 795–804.
- Rahmawati, M. (2022). Perbedaan Skala Nyeri Pasien Nephrolithiasis Tindakan Extra Corporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) Posisi Supine Dengan Arah Sumber Energi Tembakan Dari Samping RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. *Ilmiah Keperawatan, 8*.
- Raya, N. U. S. P. (2020). Faktor Risiko Pasien Batu Ginjal Rawat Jalan RSUD Dr. Doris SYLVA- NUS Palangka Raya. *Vokasi Kesehatan, 0–5*.
- Ridwan, M. S., Timban, J. F. J., & Ali, R. H. (2020). Gambaran Ultrasonografi Ginjal Pada Penderita Nefrolitiasis Dibagian Radiologi Fk Unsrat Blu Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *E-CliniC, 3*(1). <https://doi.org/10.35790/ecl.3.1.2015.6828>
- Simanullang, P. (2019). Karakteristik Pasien Batu Saluran Kemih Di Rumah Sakit Martha Friska Pulo Brayen Medan. *Kesehatan, XXVII*, 807–813.
- Veranita. (2023). Modalitas Pemeriksaan Radiologi Untuk Diagnosis Batu

Saluran Kemih. *Cermin Dunia Kedokteran*, 50(1), 53–56.
<https://doi.org/10.55175/cdk.v50i1.341>

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok pembahasan	: pemberian teknik relaksasi napas
Sub pokok pembahasan	: pemberian teknik relaksasi napas dalam
Sasaran	: pasien dengan Nephrolithotomy
Tempat	: Bernadeth II
Waktu	: Disesuaikan
Penyuluh	: Ratna sari dan Ratna titha nanggali

A. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit, sasaran mampu memahami tentang teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri

B. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit, diharapkan sasaran dapat :

1. Menjelaskan pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
2. Menyebutkan manfaat pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
3. Menyebutkan Langkah-langkah dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam

C. Materi (Terlampir)

1. Pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
2. Tujuan pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri Langkah-langkah dalam melakukan teknik

No	waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta
1	5 menit	Pembukaan : - Memperkenalkan diri - Menjelas kantuan dari penyuluhan - Melakukan kontrak waktu - Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	- Menyambut salam dan mendengarkan - Mendengarkan - Mendengarkan - Mendengarkan
2	10 menit	Pelaksanaan : - Menjelaskan tentang pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri - Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya - Menjelaskan tentang tujuan pemberian teknik relaksasi napas dalam - Memberikan kepada pasien untuk bertanya - Menjelaskan Langkah-langkah dalam pemberian teknik relaksasi napas dalam - Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya	- Mendengarkan dan memperhatikan - Bertaya dan menjawab pertanyaan yang diajukan - Mendengarkan dan memperhatikan - Bertaya dan menjawab pertanyaan yag diajukan - Mendengarkan dan memperhatikan - Bertaya dan menjawab pertanyaan yang diajukan
3	5 menit	Penutup Evaluasi : - Menayakan pada pasien tentang materi yang diberikan dan	- Menjawab dan menjelaskan pertanyaan - Mendengarkan dan membalas salam

		<p>reinforcement kepada pasien bila dapat menjawab pertanyaan dan menjelaskan Kembali pertanyaan/materi</p> <p>Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengucapkan terimakasih kepada pasien dan keluarga - Mengucapkan salam 	
--	--	--	--

3. relaksasi napas dalam

4. Langkah- langkah dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam.

D. Metode

1. Ceramah dan tanya jawab

E. Alat dan Media

1. Leaflet

F. Kegiatan Belajar Mengajar (KMB)

G. Pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri

1. Pengertian

Relaksasi nafas dalam merupakan teknik yang dapat digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan cara menarik napas dalam melalui hidung dan menghembuskan napas melalui mulut.

2. Tujuan

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri yang dapat membuat pasien menjadi merasa nyaman.

3. Langkah-langkah

No	SOP	Rasional
1	Memberikan salam terapeutik	Bina hubungan saling

		percaya
2	Menjaga privasi pasien	Menghargai pasien
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga	Agar pasien mengerti dan memahami tentang apa yang akan dilakukan
4	Mengatur posisi pasien agar rileks tanpa adanya beban fisik	Agar pasien merasa nyaman
5	Instruksikan pasien untuk menarik napas dalam sehingga rongga paru berisi udara, instruksikan pasien dengan cara perlahan	Mengisi ruang paru kiki dan kanan dengan udara (o^2)
6	Mengembuskan udara membiarkannya keluar dari setiap anggota tubuh, pada saat yang bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmatnya rasanya	Mengeluarkan udara yang ada diparu kiri dan kanan
7	Instruksikan pasien buat bernapas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)	Mengisi ruang paru kiri dan kanan
8	Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam kemudian menghembuskanya dengan cara perlahan	Mengeluarkan udara yang ada didalam paru kiri dan kanan
9	Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, uadara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki dan rasakan kehangatannya	Agar pasien merasakan ketenangan
10	Instruksikan pasien untuk	Memaksimalkan teknik

	mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri Kembali lagi	relaksasi napas dalam
11	Setelah pasien merasakan ketenangan minta pasien untuk melakukan secara mandiri	Agar klien melakukannya bisa melakukannya sendiri (mandiri)
12	Evaluasi hasil kegiatan	Mengetahui perasaan pasien setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam
13	Akhiri kegiatan dengan baik (mengucapkan salam)	Bina hubungan saling percaya
14	Cuci tangan	Meminimalkan transfer mikroorganism
15	Dokumentasi	

PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK PENANGANAN NYERI



OLEH :

RATNA SARI

PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU STELLA MARIS

MAKASSAR



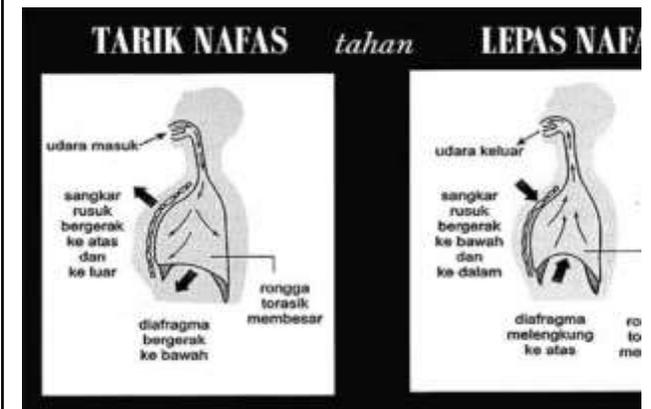
Relaksasi nafas dalam merupakan teknik yang dapat digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan cara menarik napas dalam melalui hidung, dan menghembuskan napas melalui mulut.



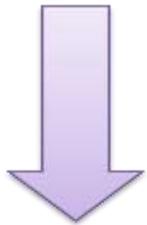
**TUJUAN TEKNIK
RELAKSASI NAFAS DALAM**



MENGURANGI NYERI, MENINGKATKAN PERTUKARAN UDARA DI PARU-PARU DAN MELANCARKAN PEREDARAN DARAH



Langkah-langkah
melakukan
teknik relaksasi
napas dalam



1. Memberikan salam terapeutik
2. Menjaga privasi pasien/klien
3. Menjelaskan Tujuan dan Prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga



1) Pastikan anda dalam keadaan selesa

- Anda boleh duduk, baring atau posisi yang ada selesa
- Pastikan keadaan anda betul-betul selesa ketika itu

6) Ulang sebanyak 3 kali

2) Letakkan satu tangan pada perut anda



5) Hembus nafas melalui mulut selama 5 saat

Teknik
Pernafasan
(Deep Breathing)



3) Tarik nafas melalui hidung selama 5 saat

- Semasa anda bernafas, rasakan perut anda naik
- Biarkan perut anda penuh dengan udara



4) Tahan nafas selama 5 saat



LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING

Nama : 1. Ratna sari (NS2214901136)
 : 2. Ratna titha nanggali (NS2214901137)

Program : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Nephrolithotomy
 Sta. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : 1. Fitriyanti Patarru',Ns.,M.Kep
 2. Matilda Martha Paseno,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	TTD Pembimbing		TTD Mahasiswa	
				I	II	I	II
1	02/05/2023	Pengajuan judul KIA kepada pembimbing 1	Acc judul KIA tentang asuhan keperawatan dengan Post operasi Nephrolithotomy				
2	03/05/2023	Konsul BAB 3 pengkajian, analisa data, intervensi kepada pembimbing 1	Lengkapi pengkajian, analisa data tambakan data-data, intervensi dan buat implementasi beserta evaluasi				
3	09/05/2023	Konsul BAB 3 Kepada pembimbing 1	Acc untuk diagnose keperawatan. Lengkapi semua pengkajian sampai evaluasi, serta mencari artikel untuk BAB 4 (buat picot)				

4	15/05/2023	Konsul BAB 3 pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi, evaluasi. Kepada pembimbing 1	Lengkapi pada bagian pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, tambahkan terapi obat pada analisa data , lengkapi pola kesehatan,pola nutrisi dan metabolik, selesaikan implementasi dan evaluasi serta membuat picot				
5	17/05/2023	Konsul BAB 3 Kepada pembimbing 1	Lengkapi semuanya dan buat pengamatan kasus. Boleh membuat BAB 4				
6	23/05/2023	Konsul BAB 3 kepada pembimbing 1	Lengkapi pada bagian evaluasi menjadi evaluasi 2 shift, kurangi pada bagian pengamatan kasus menjadi 1 lembar sesuai dengan pedoman				
7	29/05/2023	Konsul BAB 1 dan BAB 2 kepada pembimbing 2	Lengkapi pada bagian pendahuluan (latar belakang) dan tambahkan patway				
8	31/05/2023	Konsul BAB 1 dan BAB 2	Ubah pada bagian BAB 2 anatomi post operasi				

		kepada pembimbing 2	dan lengkapi pada bagian etiologi (memisahkan faktor predisposisi dan presipitasi), pada bagian patway dilengkapi				
9	08/06/2023	Konsul BAB IV dan V Kepada pembimbing 2	Diagnosa secara teori yang tidak ditegaskan belum ada dijelaskan di BAB 4 dan diagnose teori yang tidak ditegaskan mungkin bisa dijabarkan tiap diagnosanya (dibuat poin-poin)				
10	14/06/2023	Konsul BAB I, BAB II, BAB III kepada Pembimbing 2	Lengkapi bagian bab 3 penomoranya belum tepat. Bab 1 dan 2 tinggal memperhatikan jarak antar kalimat				
11	/06/2023	Konsul BAB IV dan V kepada pembimbing 2	BAB 4 dan 5 ACC				
12	/06/2023	Konsul BAB I – V kepada pembimbing	BAB I – V ACC				

		1					
--	--	---	--	--	--	--	--

RIWAYAT HIDUP

Identitas Diri

Nama : Ratna Sari
Tempat/Tanggal Lahir : Tanete Batu 02 Juli 1999
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jl. Adhiaksa Baru Lr 03 No.06



Identitas Orang Tua/Wali

Ayah / Ibu : Asman Duma' / Becce

Agama : Kristen Protestan

Pekerjaan : Wiraswasta / IRT

Alamat : Mamasa

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 005 Sepang : 2006 - 2012

SMPN 01 Messawa : 2013 – 2015

SMA Angkasa : 2016 - 2018

Stik Stella Maris Makassar : 2018 - 2023