



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
POST-OP PYELOLITOTOMY DI RUANG
BERNADETH I RUMAH SAKIT
STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH :

YUSRIANTI SOBON (NS2414901117)

GETRUDIS YUSRI (NS2414901119)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2025**



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
POST-OP PYELOLITOTOMY DI RUANG
BERNADETH I RUMAH SAKIT
STELLA MARIS
MAKASSAR**

OLEH :

YUSRIANTI SOBON (NS2414901117)

GETRUDIS YUSRI (NS2414901119)

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2025**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini nama:

1. Yusrianti Sobon (NS2414901117)
2. Getrudis Yusri (NS2414901119)

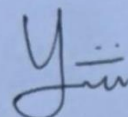
Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah Akhir orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya

Makassar, 17 Juni 2025

Yang menyatakan :


Yusrianti Sobon


Getrudis Yusri

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *post-op pyelolitotomy* di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan di depan penguji.

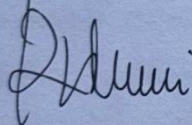
Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa / NIM :

1. Yusrianti Sobon (NS2414901117)
2. Getrudis Yusri (NS2414901119)

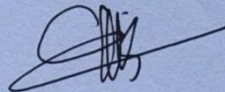
Disetujui oleh :

Pembimbing I



Rosdewi, S.Kp.,MSN
NIDN: 0906097002

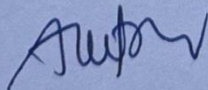
Pembimbing II



Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN
NIDN: 0913058903

Menyetujui,

**Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella
Maris Makassar**



Fransiska Anita E.R.S.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB.,Ph.D
NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

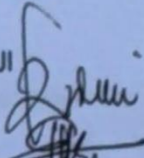
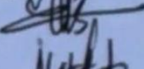
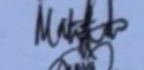
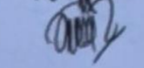
Nama : 1. Yusrianti Sobon (NS2414901117)
2. Getrudis Yusri (NS2414901119)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *post-op pyelolitotomy* di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji .

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Rosdewi, S.Kp., MSN ()
Pembimbing 2 : Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN ()
Penguji 1 : Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes ()
Penguji 2 : Felisima Ganut, Ns., M.Kep ()

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal : 17 Juni 2025

Mengetahui,

Ketua STIK Stellamaris Makassar


Siprianus Abdulla S.Si., Ns., M.Kes
NIDN: NP0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

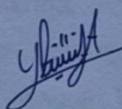
1. Yusrianti Sobon (NS2414901117)
2. Getrudis Yusri (NS2414901119)

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.

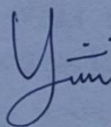
Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 17 Juni 2025

Yang menyatakan,



Yusrianti Sobon



Getrudis Yusri

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas karena berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *post-op pyelolithotomy* di Ruang St. Bernadeth I 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.

Penulis menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan Karya ilmiah ini telah melibatkan banyak pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan Karya ilmiah ini, terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menuntut ilmu di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.KMB., PhDNS 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, prasarana, STIK Stella Maris Makassar sekaligus .
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang kemahasiswaan, Alumni dan Inovasi STIK Stella Maris Makassar.
5. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., PhDNS selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan Dan Ners STIK Maris Makassar.
6. Rosdewi, S.Kp., MSN selaku dosen pembimbing I yang telah membagi waktu, tenaga dan pikiran serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.

7. Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN selaku dosen pembimbing II yang telah membagi waktu, tenaga dan pikiran serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
8. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Orang tua dan saudara yang setia memberikan dukungan dan motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.
10. Teman-teman program studi profesi ners angkatan 2025 yang selalu mendukung dan telah bersama-sama berjuang serta memotivasi penulis.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam proses penyusunan karya ilmiah ini.

Penulis berharap semoga karya ilmiah ini dapat menjadi langkah awal penelitian yang bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan. Penulis menyadari bahwa pembuatan karya ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu saran dan kritik sangat diharapkan untuk perbaikan penulisan karya ilmiah ini kedepannya.

Akhir kata, semoga karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi untuk melakukan penelitian selanjutnya.

Makassar, 17 Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN SAMPUL.....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	4
C. Manfaat Penulisan	4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	4
2. Bagi Profesi Keperawatan.	4
3. Bagi Institusi Pendidikan.....	4
D. Metode Penulisan	5
1. Studi Kepustakaan.....	5
2. Studi Kasus.	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Medik Nefrolitiasis	8
1. Pengertian	8
2. Anatomi Fisiologi	9
3. Etiologi.....	14
4. Patofisiologi	16
5. Pathway.....	18
6. Manifestasi klinik.....	18
7. Tes diagnostik.....	19
8. Penatalaksanaan medis	19
9. Komplikasi	21

B. Konsep Dasar Keperawatan Nefrolitiasis	22
1. Pengkajian	22
2. Diagnosis keperawatan	27
3. Intervensi Keperawatan	27
4. Discharge Planning.....	35
BAB III PENGAMATAN KASUS	34
A. Pengkajian	34
B. Analisa data	53
C. Diagnosa keperawatan	54
D. Intervensi keperawatan	56
E. Implementasi keperawatan	60
F. Evaluasi keperawatan	65
G. Terapi obat.....	71
BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....	78
A. Pembahasan Asuhan Keperawatan	78
B. Pembahasan Penerapan <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN) ..	81
BAB V PENUTUP.....	88
A. Kesimpulan	88
B. Saran	91
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Ginjal Manusia	9
Gambar 2.2 Struktur Korteks	9
Gambar 2.3 Patoflodiagram	18

Gambar 3.1 Genogram	37
---------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 pemeriksaan kimia darah	50
Tabel 3.2 pemeriksaan hematologi	51
Tabel 3. 1 Analisa Data	52
Tabel 3. 2 Diagnosa Keperawatan	54
Tabel 3. 3 Intervensi Keperawatan	55
Tabel 3. 4 Implementasi Keperawatan	59

Tabel 3. 5 Evaluasi Keperawatan	64
Tabel 4. 1 SOP Mobilisasi Dini	85
Tabel 4.2 PICOT EBN	87

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 Lembar Konsultasi Karya Ilmiah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu hal penting yang menjadi prioritas utama bagi manusia untuk menjalani aktivitas kehidupan setiap hari, sehingga dapat berjalan dengan baik dan optimal. Berbagai macam cara dilakukan oleh manusia dalam menjaga kesehatan, namun saat ini akibat pola hidup yang tidak teratur, tekanan pekerjaan dan stres berkepanjangan menyebabkan munculnya berbagai penyakit. Maka perubahan fisiologis yang terjadi seperti urin yang lebih pekat, peningkatan produksi mineral dan perubahan asupan makanan yang kurang seimbang. Batu ginjal terbentuk akibat adanya komponen batu kristal yang menyumbat dan menghambat kerja ginjal pada kaliks atau pelvis ginjal yang disebabkan oleh gangguan keseimbangan pada kelarutan dan pengendapan garam di saluran urin dan ginjal. Penyakit batu ginjal jika tidak diobati dengan tepat maka dapat menyumbat saluran kemih sehingga meningkatkan rasa sakit kemudian menjadi gagal ginjal (Nurul, 2021).

Nefrolitiasis atau batu ginjal yang merupakan suatu penyakit yang terjadi pada ginjal, ditemukannya batu yang mengandung komponen kristal dan matriks organik yang merupakan penyebab terbanyak kelainan saluran kemih (Ernawati 2021). Prevalensi tingkat risiko paling tinggi di dunia seperti yang dilaporkan adalah Arab Saudi 20,1%. Era globalisasi mendapatkan peningkatan kasus batu ginjal yang muncul di antara semua kelompok umur termasuk anak-anak di Asia Timur karena penggunaan berbagai jenis susu dan produk susu, seperti susu bubuk, susu tercemar melamin, kue kering, permen dan coklat. Tingkat kejadian yang tinggi dilaporkan di Timur Tengah (20-25%) karena iklim panas dengan kemungkinan peningkatan dehidrasi. Tingkat kejadian nefrolitiasis bervariasi menurut wilayah geografis suatu negara. Angka

kekambuhan batu ginjal (nefrolitiasis) pada pasien setelah kejadian pertama kali adalah 14% pada tahun pertama, 35% pada tahun ke-5 dan 52% pada tahun ke-10 batu ginjal (Nefrolitiasis) masih tinggi di Indonesia WHO (2022). Perkiraan kejadian batu ginjal adalah 1.499.400 penduduk Indonesia yang paling banyak dialami orang berusia 30-60 tahun. Sebanyak 10% wanita dan 15% pria pernah mengalami kondisi ini selama mereka hidup. Jumlah pada kejadian nephrolithiasis di Indonesia berdasarkan data yang telah di kumpulkan dari rumah sakit seluruh Indonesia sebanyak 37.636 kasus baru, dengan jumlah kunjungan yaitu 58.959 orang. Sedangkan jumlah pasien yang di rawat yaitu sebesar 19.018 orang, jumlah kematian adalah sebesar 378 orang atau sebesar 1,98% dari semua pasien yang di rawat. Prevalensi penyakit nefrolitiasis tingkat provinsi terbanyak di Provinsi Maluku Utara dari data Riskesdas tahun 2013 yakni sebesar 0,4%. Berdasarkan hasil penelitian dari (Pardede, 2021) di Rumah Sakit Daerah (RSD) Kota Tidore Kepulauan didapatkan hasil kunjungan pasien batu ginjal (nefrolitiasis) selama tahun 2019 sebanyak 181 orang.

Berdasarkan studi epidemiologi, ada beberapa faktor yang mempengaruhi terbentuknya batu ginjal (nefrolitiasis), yaitu faktor intrinsik dan ekstrinsik. Batu ginjal (nefrolitiasis) 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 obat-obatan tertentu juga dapat merangsang pembentukan batu. Batu ginjal (nefrolitiasis) yaitu terbentuk di tubuli ginjal dan setelah itu berada di kaliks, infundibulum, pelvis ginjal dan bahkan bias mengisi pelvis serta seluruh kaliks ginjal, batu yang mengisi pielum lebih dari dua kaliks ginjal yang memberikan gambaran yaitu menyerupai tanduk rusa lalu di sebur dengan batu staghorn. Sebuah pemeriksaan ultrasonografi (USG) bisa menilai ada atau tidak batu di ginjal atau buli-buli (Hasanah, 2023)

Pada pengkajian yang telah dilakukan oleh Samsualam (2023), pasien pasca operasi atau pembedahan penanganan asuhan keperawatan yang dilakukan secara efisien untuk meredakan nyeri adalah dengan melakukan mobilisasi dini. Sedangkan hasil pengkajian Mahdiah (2024), yang didapat adalah pasien merasa nyeri pada luka operasi. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri dan meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat sehingga nyeri yang dipersepsikan menjadi berkurang. Pada asuhan keperawatan Amalia (2021), intervensi mobilisasi dini setelah 8 jam pasca operasi sudah bisa dilakukan miring kanan dan miring kiri dan menggerakkan tangan serta mengkontraksikan otot-otot. Pelaksanaan mobilisasi dini mempunyai pengaruh terhadap penurunan tingkat nyeri hebat, nyeri sedang dan nyeri ringan pasca operasi.

Berdasarkan hasil pengamatan yang penulis dapatkan di ruang Bernadet I RS Stella Maris Makassar, penanganan khususnya *post-op pyelolithotomy* dalam melakukan intervensi keperawatan manajemen nyeri mobilisasi dini untuk penanganan nyeri akut. Yang menarik penulis dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien *post-op pyelolithotomy* adalah gambaran yang muncul terkait nyeri akut dan bagaimana intervensi dari manajemen nyeri tentunya dalam hal ini yang menjadi pertanyaan apakah intervensi manajemen nyeri mobilisasi dini efektif mengatasi nyeri akut post operasi. Dari beberapa sumber asuhan keperawatan terkait *post-op pyelolithotomy* masalah yang paling sering muncul adalah nyeri akut.

Untuk itu peneliti tertarik untuk mengangkat masalah ini yaitu asuhan keperawatan pada *post-op pyelolithotomy* dengan tindakan non farmakologis yaitu intervensi mobilisasi dini di ruang Bernadet I RS 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 *post-op pyelolitotomy*.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan Karya Ilmiah ini diharapkan penulis mampu:

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan *post-op pyelolitotomy*
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan *post-op pyelolitotomy*
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan *post-op pyelolitotomy*
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan *post-op pyelolitotomy* dan tindakan keperawatan.
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan *post-op pyelolitotomy*

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 *post-op pyelolitotomy* berdasarkan *evidence based nursing*.

2. Bagi Profesi Keperawatan.

Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi profesi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *post-op pyelolitotomy* 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 *post-op pyelolitotomy*.

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 mengikuti dan 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 dibagi menjadi 2 yaitu KDM (definisi nefrolitiasis, anatomi fisiologi ginjal, etiologi nefrolitiasis, patofisiologi nefrolitiasis, manifestasi klinik nefrolitiasis, pemeriksaan penunjang nefrolitiasis, penatalaksanaan medis nefrolitiasis dan komplikasi nefrolitiasis) sedangkan KDK (pengkajian *post-op pyelolithotomy*, diagnosis *post-op pyelolithotomy*, intervensi *post-op pyelolithotomy*, implementasi *post-op pyelolithotomy*, evaluasi *post-op pyelolithotomy*, *discharge post-op pyelolithotomy* dan patoflowdiagram nefrolitiasis 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 askep, pembahasan penerapan *evidence based nursing*). Bab V berisi tentang (simpulan dan saran).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik Nefrolitiasis

1. Pengertian

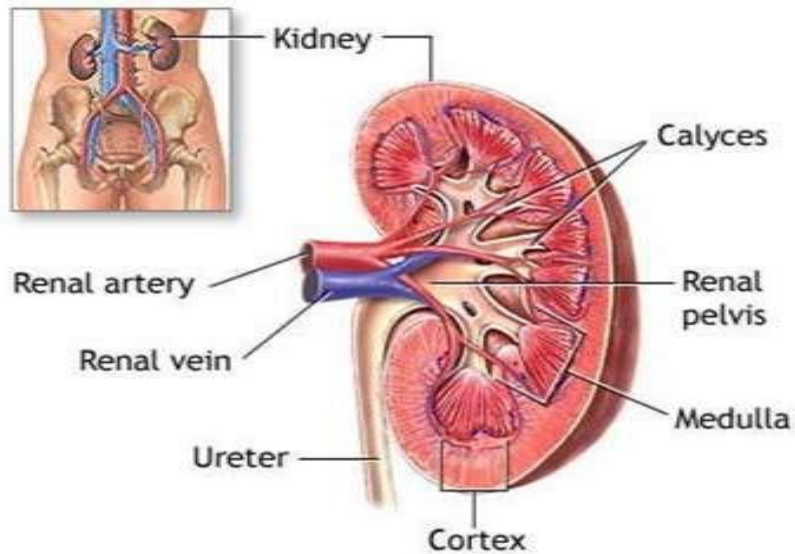
Nefrolitiasis biasa dikenal dengan sebutan batu ginjal atau kalkulus renal merupakan organ vital karena mempunyai fungsi multiple yang tidak dapat digantikan oleh organ lain. Nefrolitiasis adalah pembentukan dan penumpukan batu maupun kalkuli dalam saluran kemih mulai dari ginjal hingga ke kandung kemih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

Nefrolithiasis adalah batu yang ditemukan 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 di dalam 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, 2024).

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.

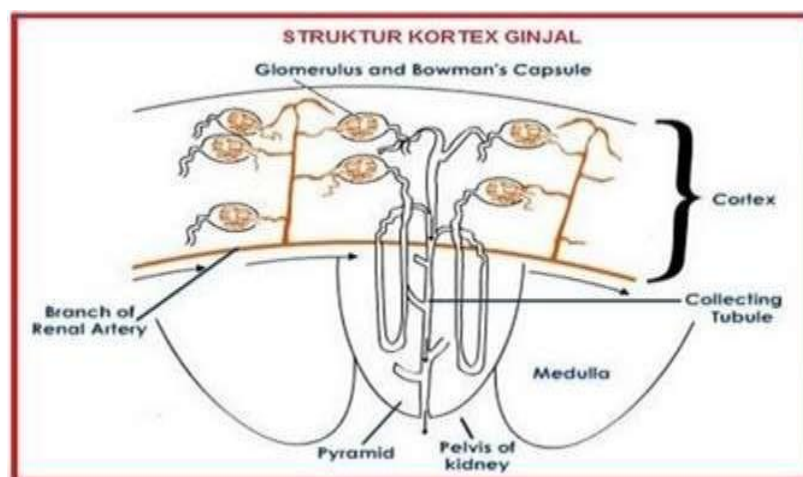
2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Ginjal Manusia
(Moore dan Agur., 2022)

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 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 di lapisan ini tetapi di lapisan medula cortex membentuk zona luar yang halus tersambung dengan projectil (kolom kortikal) yang menjulur diantara piramid sehingga di lapisan ini terdapat renal corpuscle 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 cortex dan membentuk struktur yang disebut renal columns.

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

merupakan bagian dari nephron, 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. Rongga ginjal

Pelvis renalis adalah ujung ureter yang berpangkal di ginjal, berbentuk corong lebar. Sebelum berbatasan dengan jaringan ginjal, pelvis renalis bercabang 2 atau 3 disebut kaliks mayor, yang masing – masing bercabang membentuk beberapa kaliks minor yang langsung menutupi papila renis dari piramid. Kaliks minor ini menampung urine yang terus keluar dari papila. Dari kaliks minor, urine masuk ke kaliks mayor, ke pelvis renis ke ureter, hingga di tampung dalam kandung kemih (vesikula urinaria). Pelvis renalis hampir seluruhnya dibungkus dalam lekukan dalam pada sisi cekung ginjal, yaitu sinus. 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 nephron, unit fungsional dari ginjal. Darah yang telah diproses oleh nephron 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 hidrostatik 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 dari lingkungan disekitarnya (Eka Fildayanti, 2021).

a. Faktor predisposisi 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. Pasien yang mempunyai keluarga yang menderita nefrolitiasis dapat membantu terbentuknya batu ginjal hal ini disebabkan karena adanya peningkatan produksi mukotprotein pada ginjal atau kandung kemih yang dapat membentuk kristal dan membentuk batu atau kalkuli Gofur (2021). 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 absorpsi kalsium dalam usus meningkat.

3) Jenis kelamin

Batu ginjal lebih banyak diderita oleh laki-laki, dengan angka kejadian 3 kali lebih banyak daripada perempuan. Hal ini karena kadar kalsium air kemih sebagai bahan utama pembentuk batu lebih rendah pada perempuan dari pada laki-laki, dan kadar sitrat air kemih sebagai bahan penghambat terjadinya batu pada perempuan lebih tinggi dari pada laki-laki. Hormon estrogen pada perempuan mampu mencegah agregasi garam kalsium, sedangkan hormon testosteron yang tinggi pada laki-laki menyebabkan peningkatan oksalat endogen oleh hati yang selanjutnya memudahkan terjadinya kristalisasi (Limpeleh, 2022)

b. Faktor presipitasi antara lain adalah:

1) Dehidrasi

Kurangnya asupan air dan tingginya kadar mineral kalsium pada air yang dikonsumsi, dapat meningkatkan insiden batu saluran kemih.

2) Diet dan 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 aktivitas (*sedentary life*), paparan panas dan dehidrasi.

5) Istirahat (*bedrest*) yang terlalu lama, misalnya karena sakit juga dapat menyebabkan terjadinya penyakit batu saluran kemih.

6) Obesitas merupakan suatu keadaan peningkatan lemak tubuh di jaringan adiposa, yang dapat ditentukan dengan menggunakan pengukuran antropometri seperti IMT. Pada orang yang gemuk pH air kemih turun, kadar asam urat, oksalat dan kalsium naik.

4. Patofisiologi

Subtansi kristal yang normalnya larut dan ekskresikan 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 imobilitas, kristalisasi dan penyakit ginjal. Batu asam urat sering disertai gout, suatu penyakit peningkatan pembentukan

atau penurunan ekskresi asam urat. Ketika garam pembentuk batu mencapai konsentrasi urin yang melebihi titik keseimbangan antara komponen terlarut dan kristal, maka terjadilah kristalisasi. Meskipun zat kimia tertentu dalam urin dapat menunda pembentukan batu, terdapat konsentrasi garam pembentuk batu yang menyebabkan kristalisasi tidak dapat dihindari. Faktor-faktor yang meningkatkan kemungkinan pembentukan batu adalah berkurangnya volume urin, peningkatan jumlah garam pembentuk batu, atau berkurangnya jumlah penghambat (Guarango, 2022).

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 hidronefritis 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 hidrostatik 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 ketidaknyamanan 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, 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 urine. Jika infeksi berhubungan dengan adanya batu, maka kondisi ini jauh lebih serius, disertai sepsis yang mengancam kehidupan pasien (Mia, 2023).

6. Tes Diagnostik

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

- a. Foto rongten 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 urine yang memperlihatkan piuria yaitu tanda infeksi saluran kemih.
- e. Koleksi urine 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 Medis

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. Kolestiramin yang dapat mengikat fosfat untuk hiperkalsiuria absorbtif.
- e. Paratiroidiktomi untuk hiperparatiroidisme.
- f. Allopurinol untuk batu asam urat pemberian askorbat dosis kecil setiap hari untuk mengasamkan urine.
- g. Sistoskopi dengan manipulasi kalkulus untuk mengeluarkan batu ginjal yang tidak dapat keluar sendiri karena ukurannya yang terlalu besar.
- h. 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.

- i. Operasi pengangkatan batu sistin atau batu besar atau pemasangan alat pengalih saluran urin disekitar kalkulus untuk menghilangkan obstruksi.
 - j. *Pyelolitotomy* atau operasi pengakatan batu ginjal yaitu prosedur bedah untuk mengeluarkan batu yang terletak di pyelum (rongga ginjal) melalui sayatan pada bagian tersebut.
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). Berikut ini adalah kemungkinan komplikasi dari nefrolitiasis: pembentukan abses, ruptur forniks, hidronefrosis, abses perinefrik, pielonefritis, pielonefritis obstruktif (pyelonephritis), kolik ginjal, gagal ginjal, atrofi, dan penyakit ginjal stadium akhir, sepsis dan urosepsis, batu ureter yang disertai kolik, obstruksi, nyeri, dan jaringan parut, ekstrasvasasi urin, penyakit kencing nanah (Sajjad, 2024).

B. Konsep Dasar Keperawatan Nefrolitiasis

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 kesahatan

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 keluarga dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas.

d. Pola kehidupan sehari-hari

1) Pola nutrisi

Dikaji mengenai makanan pokok, frekuensi makan, Kurangnya asupan air dan tingginya kadar mineral kalsium pada air yang dikonsumsi, makanan pantangan seperti makanan berlemak 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.

3) Pola istirahat dan tidur

Dikaji pola tidur klien, mengenai waktu tidur, lama tidur, kebiasaan mengantarkan 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. Sebelum sakit aktivitas pasien juga selalu di kebun.

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 pada rambut akan terlihat sedikit berminyak karena klien belum mampu mencuci rambut karena keterbatasan gerak klien.

b) Mata

Pada pemeriksaan mata pada klien batu ginjal 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 dipalpasi.

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) Thoraks

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

Auskultasi : peristaltik normal.

Palpasi : adanya nyeri tekan.

Perkusi : suara abdomen normal tympani.

5) Ekstremitas

Klien biasanya dengan batu ginjal ekstrimitasnya dalam keadaan normal.

6) Genitalia

Pada klien dengan batu ginjal klien ada mengalami gangguan pada genitalia.

2. Diagnosis keperawatan

SDKI (2018) diagnosis yang mungkin muncul dengan masalah keperawatan *post-op pyelolithotomy* : (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) diagnosa yang mungkin muncul dengan masalah keperawatan:

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
- b. Risiko infeksi faktor risiko efek prosedur invasif
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d keengganan melakukan pergerakan
- d. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan
- e. Kesiapan peningkatan pengetahuan

3. Intervensi Keperawatan

Adapun rencana keperawatan menurut PPNI, (2023) 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 memperingan nyeri.

Terapeutik:

- a) Berikan teknik nonfarmakologis 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

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 (ketorolac 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. Risiko infeksi faktor risiko efek prosedur invasif

- 1) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:

- a) Demam menurun
- b) Kemerahan menurun
- c) Nyeri menurun
- d) Drainase purulen menurun

- 2) Intervensi keperawatan

Perawatan luka

Observasi

- a) Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran dan bau)

Rasional: untuk mengetahui adanya infeksi

- b) Monitor tanda-tanda infeksi

Rasional: untuk mencegah terjadinya peningkatan kadar sel darah putih

Terapeutik

- a) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan

Rasional: memudahkan dalam proses perawatan luka

- b) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan

Rasional: membersihkan luka dari kotoran, debris, dan bakteri tanpa merusak jaringan sehat, serta mendukung proses penyembuhan luka

c) Bersihkan jaringan nekrotik

Rasional: agar jaringan baru bisa tumbuh

d) Pasang balutan sesuai ukuran atau pajang luka

Rasional: agar tertutup dengan baik

e) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

Rasional: agar tidak terjadi infeksi

f) Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat

Rasional: agar tidak terjadi perembesan eksudat

Edukasi

a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: agar pasien dan keluarga mampu mengenali tanda dan gejala infeksi

Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian antibiotik dan antipiretik

Rasional: untuk mencegah infeksi dan suhu tubuh meningkat

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 : untuk mengetahui lokasi dan karakteristik nyeri.
- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
Rasional : agar pasien nyaman saat istirahat.

Terapeutik

- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)
Rasional: agar pasien mudah dalam melakukan aktivitas mobilisasi di tempat tidur
- b) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.
Rasional: keluarga bisa mandiri dalam meningkatkan pergerakan pasien

Edukasi

- a) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
Rasional: agar pasien terbiasa saat aktivitas mandiri

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 nasogastrik
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 diprogramkan

Rasional : untuk meningkatkan informasi dan kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Kolaborasi

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

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. Kesiapan peningkatan pengetahuan

1) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam

tingkat kepatuhan meningkat dengan kriteria hasil:

- a) Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat
- b) Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan membaik
- c) Perilaku menjalankan anjuran membaik

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

Edukasi :

- a) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
Rasional: agar pasien bisa menjaga pola kesehatannya
- b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
Rasional : untuk menciptakan keluarga yang sehat dan mampu meminimalisir masalah Kesehatan.

c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional: pasien dengan mudah meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

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.

BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien Ny "M" usia 62 tahun dirawat di ruangan Bernadet 1 dengan *Post-op pyelolithotomy dextra*. Pasien rujukan dari RS Fatima Makale. Pasien mengatakan mulai merasakan nyeri hilang timbul pada perut bagian kanan sejak Desember 2024, namun tidak langsung dibawa ke rumah sakit, karena semakin memberat keluarga membawa pasien ke Rumah Sakit Fatima Makale dan dokter menyarankan untuk rujuk ke Rumah Sakit Stella Maris. Hasil pemeriksaan MSCT urologi polos didapatkan batu pada pelvis renis dextra 1,4 x 2, 2x1,2 cm. Telah dilakukan tindakan operasi *pyelolithotomy dextra* pada tanggal 10 Mei 2025 setelah operasi pasien sempat dirawat di ruangan ICU selama 3 hari karena kondisi pasien setelah operasi tidak stabil. Hasil pengkajian diperoleh data : nyeri pada bagian perut kanan bawah bekas luka operasi. Nyeri seperti tertusuk-tusuk, dan kadang terasa nyut-nyutan disertai gatal, tampak balutan pada luka operasi dan terpasang drain, cairan keluar berwarna merah kecoklatan sebanyak 200 cc. Pada saat pengkajian didapatkan tanda-tanda TD: 155/88 mmHg, N :89 x/m RR:20 x/m S: 37,4 °C.

PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji:

Unit: Bernadet I

Autoanamnese: ✓

Kamar:1211

Alloanamnese : ✓

Tanggal Masuk Rumah Sakit: Rabu, 7 Mei 2025

Tanggal pengkajian : Senin, 13 Mei 2025

1. IDENTIFIKASI

a. PASIEN

Nama initial : Ny M

Umur : 62 tahun

Jenis kelamin : perempuan

Status perkawinan : Menikah

Jumlah anak : 4

Agama/suku : Kristen

Warga negara : Indonesia

Bahasa yang digunakan: Bahasa Indonesia dan Bahasa toraja

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : ibu rumah tangga

Alamat rumah : RT Rambe Paina Makale Tanah Toraja

b. PENANGGUNG JAWAB:

Nama : Yeskel David

Umur : 30 tahun

Alamat : RT Rambe Paina Makale Tanah Toraja

Hubungan dengan pasien: Anak

2. DATA MEDIK

Diagnosa medik

Saat masuk : Batu Ginjal.

Saat pengkajian : *Post Op Pyelolitotomy*

3. KEADAAN UMUM

a. KEADAAN SAKIT

Pasien tampak sakit ringan/**sedang**/berat/tidak tampak sakit

Alasan: Pasien tampak terbaring lemah, tampak terpasang drain pada luka operasi tampak terpasang kateter, tampak terpasang infus dan conecta pada kedua tungkai kaki.

b. TANDA-TANDA VITAL

1) Kesadaran (kualitatif): compos mentis

Skala koma glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan: pasien sadar penuh

2) Tekanan darah: 155/88 mmHg

MAP: 110,3 mmHg

Kesimpulan: hipertensi derajat 1

3) Suhu: 37,4 °C di ☐ oral ☒ axila ☐ rectal

4) Pernapasan: 20x/menit

Irama ☒ teratur ☐ bradipnea ☐ takipnea ☐ kusmaul ☐ cheyn-stokes

Jenis: ☒ dada ☐ perut

5) Nadi: 89 x/menit

Irama: ☒ teratur ☐ takikardia ☐ bradikardia ☐ kuat ☐ lemah

c. PENGUKURAN

1) Lingkar lengan atas: 24 cm

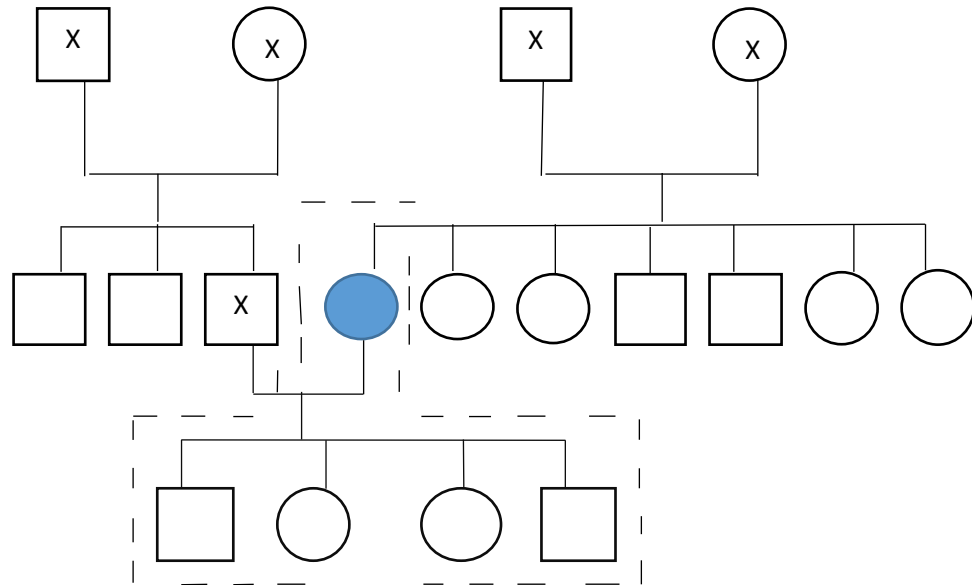
2) Tinggi badan: 155 cm

3) Berat badan: 55 kg

4) IMT (Index Massa Tubuh): 22,89 kg/m²

Kesimpulan: berat badan ideal

d. GENOGRAM



KETERANGAN:



:Laki-laki



: perempuan



: garis penghubung



: garis tinggal satu rumah



: pasien

Pasien merupakan anak pertama dari 7 bersaudara dan almarhum suaminya dari 3 bersaudara. Pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan. Suami meninggal tahun 2019 meninggal tiba-tiba di rumah.

4. Pengkajian Pola Kesehatan:

a. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan selalu makan makanan yang sehat seperti sayur, lauk pauk, buah-buahan dari hasil kebun dan sudah tidak makan yang berminyak. Untuk air minum biasanya memasak air dari sumber mata air dan pasien minum dalam sehari 8 gelas. Sejak Desember tahun 2024 mulai merasakan nyeri hilang timbul, namun karena semakin memberat keluarga membawa pasien ke Rumah Sakit Fatima Makale untuk di periksa lebih lanjut. Pasien mengatakan tidak ada riwayat hipertensi namun pada saat dilakukan pemeriksaan tekanan darah selalu didapatkan tekanan darah tinggi

2) Riwayat penyakit saat ini:

a) Keluhan utama: nyeri post operasi di perut kuadran kanan bawah

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan mulai merasakan nyeri hilang timbul pada perut bagian kanan sejak Desember 2024, namun tidak langsung dibawa ke rumah sakit, karena semakin memberat keluarga membawa pasien ke Rumah Sakit Fatima Makale dan dokter menyarankan untuk rujuk ke Rumah Sakit Stella Maris. Hasil pemeriksaan MSCT urologi polos didapatkan batu pada pelvis renis dextra 1,4 x 2, 2x1,2 cm. Dilakukan tindakan operasi tanggal 10 Mei 2025, setelah operasi dirawat di ICU selama 3 hari. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi seperti tertusuk-tusuk, nyut-nyutan dan menetap pada bekas luka operasi. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri

terasa berat saat pasien batuk dan saat bergerak dengan skala nyeri 7. Tampak pasien meringis, tampak luka operasi pada perut kuadran kanan bawah, tampak terpasang drain, tampak drain keluar 200 cc, tampak drain berwarna merah kecoklatan dan tampak pasien batuk-batuk. Pasien mengatakan batuknya muncul setelah dirawat di Rumah Sakit.

- c) Penyakit yang pernah dialami: pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit kesehatan keluarga.

b. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan makan kadang 3 kali sehari kadang 2 kali sehari dengan menu nasi, berbagai jenis sayur, lauk pauk, berbagai jenis buah buahan paling sering pisang dan pepaya. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi makanan yang berminyak karena takut batuk tengah malam, pasien mengatakan sudah batasi untuk minum kopi dan paling sering minum teh hangat pagi hari sebelum beraktivitas. Pasien mengatakan minum air yang masak kadang 8 kali sehari karena aktivitas pasien juga selalu di kebun.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit porsi makan pasien mulai berkurang, kadang tidak dihabiskan hanya makan 6 sendok bubur, dan minum air hanya 100 ml. Pasien mengatakan tidak mengonsumsi suplemen penambah nafsu makan.

Observasi: tampak pasien tidak menghabiskan makanannya, tampak sisa makanan setengah porsi.

3) Pemeriksaan fisik:

- a) Keadaan rambut: rambut tampak bersih, berwarna hitam dan terdapat rambut putih, tampak tidak berminyak dan tidak ada ketombe
- b) Hidrasi kulit: turgor kulit elastis
- c) Palpebra/conjungtiva: tampak palpebra tidak edema, tampak kongjungtiva tidak anemis.
- d) Sclera: tampak tidak ikterik
- e) Hidung: tampak hidung bersih, tidak ada polip, tidak ada peradangan.
- f) Rongga mulut: tampak kotor, berbau, tampak gusi tidak meradang
- g) Gigi: tampak gigi depan masih utuh, tampak gigi graham belakang bagian bawah tidak ada (graham 2 dan 3), tampak gigi graham bagian atas tidak ada (graham 2), tampak tidak ada penggunaan gigi palsu.
- h) Kemampuan mengunyah keras: pasien mampu mengunyah keras
- i) Lidah: tampak lidah kotor dan tidak ada peradangan
- j) Pharing: tampak tidak ada peradangan
- k) Kelenjar getah bening: tampak tidak ada pembesaran kelenjar getah bening
- l) Kelenjar parotis: tampak tidak ada pembesaran kelenjar karotis
- m) Abdomen:
 - Inspeksi: tidak tampak acites, tampak tidak ada pembesaran abdomen, tampak luka operasi diperut kuadran kanan bawah, tampak terpasang drain dengan jumlah keluar 200 cc berwarna merah kecoklatan.

- Auskultasi: 7x/menit
- Palpasi: adanya nyeri tekan
- Perkusi: tidak dikaji karena pasien post operasi

n) Kulit:

- Edema: ☐ positif ☒ negatif
- Icteric: ☐ positif ☒ negatif
- Tanda-tanda radang: tampak tidak ada radang

o) Lesi: tampak tidak ada lesi

c. POLA ELIMINASI

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan biasanya BAB 1 kali dalam satu hari, berwarna coklat dan keras, sehingga pasien makan buah dan sayur yang mengandung banyak serat untuk mengatasi masalah BABnya. Pasien tidak pernah menggunakan laksatif, biasanya BAK 4-6x/hari, berwarna jernih, kadang-kadang berwarna kuning, dan tuntas saat BAK.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit BAB hanya satu kali saat keluar dari ruangan ICU, pasien mengatakan BAB nya berwarna kuning kecoklatan dan konsistensinya lunak. BAK-nya lancar karena menggunakan kateter dan berwarna kuning.

3) Observasi: tampak terpasang kateter dan urin keluar 400 cc berwarna kuning.

4) Pemeriksaan fisik:

- Peristaltik usus: 7 x/menit
- Palpasi kandung kemih: ☐ penuh ☒ kosong
- Nyeri ketuk ginjal: ☐ positif ☐ negatif, tidak dikaji.
- Mulut uretra: bersih terpasang kateter.
- Anus : bersih
 - Peradangan: tidak dikaji

- Hemoroid: tidak ada keluhan.
- Fistula: tidak dikaji

d. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien selalu melakukan aktivitas dalam rumah seperti masak, bersih-bersih rumah dan pergi ke kebun untuk melihat tanaman sambil membersihkan rumput di kebun.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien dibantu untuk makan, minum dan personal hygiene dan berpakaian. Mobilisasi ditempat tidur, posisi fowler, pasien dibantu miring kiri miring kanan oleh anaknya.

3) Observasi: tampak aktivitas pasien dibantu oleh anaknya, tampak pasien berbaring lemas di tempat tidur.

Aktivitas harian:

- Makan: 2
- Mandi: 2
- Pakaian: 2
- Kerapihan: 2
- Buang air besar: 3
- Buang air kecil: 3
- Mobilisasi di tempat tidur: 2

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

- a) Postur tubuh: tidak dikaji karena pasien tirah baring
- b) Gaya jalan: tidak dikaji karena pasien tirah baring
- c) Anggota gerak yang cacat: tampak tidak ada anggota gerak yang cacat
- d) Fiksasi: tampak tidak ada fiksasi
- e) Tracheostomi: tidak terpasan

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring: 155/88 mmHg

Duduk:.....mmHg

Berdiri:.....mmHg

Kesimpulan: hipotensi ortostatik negatif

b) HR: 89 x/menit

c) Kulit:

Keringat dingin: tidak teraba keringat dingin pada lengan

Basah: tidak tampak keringat pada kulit pasien

d) JVP: 5-2 cmH₂O

Kesimpulan: perfusi jantung memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku: kembali dalam ≤ 3 detik.

f) Thoraks dan pernapasan:

• Inspeksi:

Bentuk thoraks: tampak simetris kanan dan kiri dan tidak ada kelainan bentuk

Retraksi interkostal: tidak ada retraksi interkostal

Sianosis: tidak terdapat sianosis

Stridor: tidak ada stridor

• Palpasi:

Vocal premitus: getaran sama pada kedua lapang paru

Krepitasi: tidak ada krepitasi

• Perkusi:

☒ Sonor ☐ redup ☐ pekak

Lokasi: di kedua lapang paru

• Auskultasi:

Suara napas: vesikuler

Suara ucapan: bronchovesikuler

Suara tambahan: tidak terdengar suara tambahan

g) Jantung:

- Inspeksi:
Ictus cordis: tidak tampak
- Palpasi:
HR: 89 x/menit
- Perkusi:
Batas atas jantung: ICS III linea sternalis sinistra.
Batas bawah jantung: ICS V linea medio clavicularis sinistra.
Batas kanan jantung: ICS II linea sternalis dextra.
Batas kiri jantung: ICS V linea media clavicularis sinistra.
- Auskultasi:
Bunyi jantung II A: tunggal ICS II linea sternalis dextra.
Bunyi jantung II P: tunggal ICS II linea media clavikularis sinistra.
Bunyi jantung I T: tunggal ICS IV linea sternalis sinistra.
Bunyi jantung I M: CS V linea medio clavikularis sinistra.
Bunyi jantung III irama gallop: tidak terdengar
Murmur: tidak terdengar
Bruit: Aorta: tidak terdengar
A Renalis: tidak terdengar
A Femoralis: tidak terdengar

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi: ☐ positif ☒ negatif
- Rentang gerak:
Kaku sendi: tidak terdapat kaku sendi
Nyeri sendi: tidak terdapat nyeri sendi
Fraktur: tidak ada
Parese: tidak ada parese pada kedua ekstremitas
Paralisis: tidak ada paralisis pada kedua ekstremitas

Uji kekuatan otot:

	Kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan:

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2: mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu gerak

- Reflkes fisiologis: biceps, triceps, patella, achilles positif
- Refleksi patologis: Babinski kiri dan kanan negatif
- Clubing jari-jari: tidak adanya clubbing jari-jari.
- Varises tungkai: tidak tampak adanya varises tungkai.

i) Columna vertebralis:

- Inspeksi: ☐ lordosis ☐ kiposis ☐ skoliosis
- Palpasi: tidak dikaji

Kaku kuduk: tidak ada kaku kuduk

e. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan biasanya tidur jam 9 malam dan bangun jam 5 subuh dan tidur siang kurang lebih 1 jam. Setelah bangun pagi pasien selalu melakukan aktivitasnya

seperti masak air panas, makan dan cuci muka kemudian sekitar jam 10 pergi bekerja di kebun. Pasien mengatakan tidur dalam suasana terang, tidak menggunakan obat tidur dan sebelum tidur selalu menonton TV terlebih dahulu hingga tidur.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit sulit tidur karena lingkungan rumah sakit yang tidak sesuai dengan kebiasaannya di rumah, sehingga biasanya tidur sekitar 2 jam dan sering terbangun saat tidur karena merasa gelisah. Pasien mengatakan tidur dengan kondisi pencahayaan terang dan merasa tidak puas setelah bangun tidur sehingga merasa tidak segar saat bangun.

3) Observasi

Tampak pasien berbaring lemah di tempat tidur

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 ada gangguan pendengaran, penglihatan, pengecapan, gangguan penciuman dan perabaan namun pasien menggunakan kacamata bila sedang membaca atau menulis. Pasien mengatakan ia tidak ada kesulitan dalam mempelajari sesuatu dan bila ada rasa tidak nyaman yang dialami biasanya pasien beristirahat.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan menggunakan kacamata, tidak ada gangguan pendengaran, penglihatan, pengecapan, penciuman dan perabaan serta mudah dalam mempelajari

sesuatu. Orientasi pasien baik. Pasien menanyakan apa yang dimaksudkan dengan batu ginjal dan penyebabnya, pasien menanyakan bagaimana pola hidup yang sehat agar batu ginjal tidak terbentuk kembali.

3) Observasi

Tampak pasien menggunakan kaca mata saat tanda tangan kertas pemberian obat dan mampu mengenali waktu, tempat dan orang sekitar.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Penglihatan:

- Kornea: tampak jernih
- Pupil: isokor kanan kiri
- Lensa mata: tampak jernih
- Tekanan intra okuler (TIO): teraba sama kiri dan kanan

b) Pendengaran:

- Pina: tampak simetris kiri dan kanan
- Kanalis: tampak bersih
- Membran timpani: tampak utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai:

Pasien mampu mengenal gerakan lengan dan tungkai.

g. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia adalah ibu rumah tangga sekaligus sebagai kepala keluarga karena suaminya meninggal tahun 2019, pasien mengatakan anaknya sudah besar dan sudah bisa mengurus diri masing-masing, pasien mengatakan ia adalah orang yang tidak mudah takut, putus asa dan selalu bersemangat dalam hidupnya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan merasa tidak enak pada anak-anaknya karena kondisi kesehatannya, pasien mengatakan merasa cemas selama sakit karena tidak bisa beraktivitas dalam waktu lama karena harus istirahat banyak setelah operasi.

3) Observasi

tampak pasien terbaring di tempat tidur, tampak pasien cemas

- a) Kontak mata: mata pasien tertuju ke perawat
- b) Rentang perhatian: perhatian penuh, konsentrasi saat bicara
- c) Suara dan cara bicara: suara pasien terdengar jelas
- d) Postur tubuh: tidak dikaji karena pasien tirah baring

4) Pemeriksaan fisik:

- a) Kelainan bawaan yang nyata: tampak tidak ada kelainan
- b) Bentuk/postur tubuh: tidak dikaji karena pasien tirah baring
- c) Kulit: tampak bersih, tampak tidak ada lesi

h. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia adalah seorang ibu rumah tangga sekaligus sebagai kepala keluarga yang bertanggung jawab bagi keluarga. Pasien mengatakan sering mengikuti sosialisasi dengan warga di tempatnya dan sering bercerita dan bercanda gurau dengan tetangganya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam hubungan keluarga antara pasien dengan keluarganya.

3) Observasi

Tampak pasien tidak ada gangguan komunikasi verbal dan gangguan interaksi dengan keluarga, tampak keluarga datang menjenguk pasien

i. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien sudah menopause sejak 12 tahun lalu.

2) Keadaan sejak sakit

Tidak ada masalah yang berhubungan dengan sistem reproduksinya saat ini.

3) Observasi

Tampak tidak ada masalah

j. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan jika ada masalah atau banyak pikiran pasien selalu bercerita ke keluarga atau teman dekatnya untuk mencari jalan keluar dari masalahnya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit hanya beristirahat dan menenangkan pikiran dari kejadian yang dialaminya atau sakit yang dialami. Perasaan keluarga terhadap penyakit pasien saat ini, keluarga merasa sedih dan terus memberikan dukungan dan menjaga pasien dengan baik agar cepat pulih

3) Observasi

Tampak ekspresi wajah pasien datar

k. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN

1) Keadaan sebelum sakit: pasien mengatakan ia beragama kristen dan rajin beribadah di Gereja dan rumah.

2) Keadaan sejak sakit: pasien mengatakan sejak sakit sudah tidak pernah ke gereja dan hanya berdoa dalam hati.

3) Observasi: tampak sesekali pasien berdoa

5. UJI SARAF KRANIAL

- a. N I: tampak pasien mampu mencium aroma minyak kayu putih.
- b. N II: tampak pasien mampu membaca tulisan font 12 dengan jarak 30cm.
- c. N III,IV,VI: tampak pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah, reflek terhadap cahaya positif
- d. N V: Sensorik: Pasien mampu merasakan goresan tissue di dahi, pipi dan dagu
Motorik: tampak pasien mampu menggigit keras
- e. N VII: Sensorik: pasien dapat merasakan asin, pahit dan manis
Motorik: pasien mampu mencucurkan bibir, tampak pasien mampu mengangkat alis, tersenyum dan menggerutkan dahi
- f. N VIII: Vestibularis: tidak di kaji (belum di izinkan berdiri)
Akustikus: pasien mampu mendengarkan goresan jari perawat
- g. N IX: tampak ovula berada di tengah
- h. N X: tampak pasien mampu menelan
- i. N XI: tampak pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan
- j. N XII: tampak pasien mampu menjulurkan lidah dan mendorong pipi menggunakan lidah.

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG:

- a. Pemeriksaan Foto Thoraks Senin, 5 Mei 2025
Kesan: bronchitis
- b. Pemeriksaan MSCT Urologi Polos Senin, 28 April 2025

Kesan:

- 1) Pelviectasis ren dextra ec. Batu ureter dextra pada level S1, ukuran 0,2x0, 2x0, 2x0 cm
- 2) Batu pada pelvis renis dextra ukuran 1,4 x 2, 2x1,2 cm
- 3) Nefrolith sinistra pole bawah ukuran ukuran 2,1 x 1,3 x 1,4 cm
- 4) Kista ukuran 0,8 x 0,8 x 0,8 cm dan nefrokalsinosis ukuran 0,2 x 0,7 x 0,3 cm pada cortex pole bawah ginjal kiri
- 5) Pemeriksaan laboratorium Jumat, 9 Mei 2025

PARAMETER	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
KIMIA DARAH		L	
Ureum Darah	62.2 (H)	mg/d	10-50
Kreatinin Darah	1.57 (H)	mg/dL	< 1.1
eGFR	37	ml/min/1.73m ²	GFR30-59 penurunan fungsi ginjal sedang

6. Pemeriksaan laboratorium Sabtu, 10 Mei 2025

PARAMETER	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI:			
Hematologi Rutin:			
WBC	16.29 (H)	$10^3/\mu\text{l}$	4.79-11.34
RBC	3.23 (L)	$10^6/\mu\text{l}$	4.00-5.50
HB	9.3 (L)	g/dL	10.8-14.9
HCT	26.0 (L)	%	34.0-45.1
MCHC	35.8 (H)	g/dL	30.8-35.2
PLT	133 (L)	$10^3/\mu\text{l}$	150-450
P-LCR	28.3 (H)	%	15.0-25.0
Hitung Jenis:			
NEUT#	14.00 (H)	$10^3/\mu\text{l}$	2.72-7.53
LYMP#	1.26 (L)	$10^3/\mu\text{l}$	1.46-3.73
MONO#	0.94 (H)	$10^3/\mu\text{l}$	0.33-0.91
NEUT%	86.0 (H)	%	42.5-71.0
LYMP%	7.7 (L)	%	20.40-44.60
EO%	0.4 (L)	%	0.7-5.4

B. ANALISA DATA

Nama/Umur: Ny. M/62 Tahun

Ruangan/kamar: Bernadet/1211

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS: • P: Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak dan batuk • Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan nyeri seperti nyut-nyutan • R: Pasien mengatakan luka operasi berada di perut kuadran kanan bawah • S: Pasien mengatakan skala nyeri 7 • T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul kurang lebih 10 menit DO: ▪ Tampak pasien meringis ▪ Pasien tampak batuk-batuk ▪ Tampak luka operasi berada dibagian perut kanan bawah ▪ Tanda-tanda vital: TD: 155/88 mmHg N: 89 x/menit S: 37,4 °C P: 20 x/menit	Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi)	Nyeri Akut (D.0077) Halaman 172
2	DS ▪ Pasien mengatakan post operasi tanggal 10 Mei 2025	Efek Prosedur Invasif	Risiko Infeksi (D.0142) Halaman 304

	- Pasien mengatakan nyeri masih terus dirasakan D0: - Tampak terpasang drain, cairan keluar berwarna merah kecoklatan dan jumlah cairan 200 cc - WBC: $16.29 \times 10^3/u1$ - Suhu: $37,4^{\circ}\text{C}$		
3	DS: - Pasien menanyakan apa yang dimaksudkan dengan batu ginjal dan penyebabnya - Pasien menanyakan bagaimana pola hidup yang sehat agar batu ginjal tidak terbentuk kembali DO: - Tampak ekspresi wajah pasien kebingungan - Tampak kontak mata pasien ke perawat	Pasien ingin meningkatkan perilaku upaya peningkatan kesehatan	Kesiapan peningkatan pengetahuan (D.0113) Halaman 251

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN**Nama/Umur: Ny. M/62 Tahun****Ruangan/kamar: Bernadet/1211**

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, skala nyeri 7 (D.0077) halaman 172
2	Risiko infeksi faktor risiko efek prosedur invasif (D.0142) halaman 304
3	Kesiapan peningkatan pengetahuan (D.0113) halaman 251

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama/Umur: Ny. M/62 Tahun

Ruangan/kamar: Bernadet/1211

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, skala nyeri 7 (D.0077) halaman 172	Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 3 x 7 jam maka di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun. - Tekanan darah membaik.	Menejemen Nyeri (I.08238) Obervasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Teraputik - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS, mobilisasi dini, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat,aroma terapi, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

			- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruanga, pencahayaan, kebisingan) Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Ajarkan teknik nonfarmakologis (mobilisasi dini) untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgesik
2.	Risiko infeksi faktor risiko efek prosedur invasif (D.0142) halaman 304	Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 3 x 7 jam maka di harapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Drainase purulen menurun	Perawatan Luka (I.14564) Observasi - Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, dan bau) - Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Pasang balutan sesuai ukuran dan panjang luka

			- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat. Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi. Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antibiotik dan antipiretik
--	--	--	---

3.	Kesiapan peningkatan pengetahuan (D.0113) Halaman 251	Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 3 x 7 jam maka di harapkan tingkat kepatuhan meningkat dengan kriteria hasil : - Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat - Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan membaik - Perilaku menjalankan anjuran membaik	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik - Sediakan materi dan media - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
----	--	--	---

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/Umur: Ny. M/62 Tahun

Ruangan/kamar: Bernadet/1211

Hari/ Tanggal	DX	Waktu	Implementasi	Nama perawat
Selasa 13/05/2025	I & II	07:45	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil : P: saat bergerak dan batuk Q: seperti tertusuk-tusuk, nyut-nyutan R: di perut kanan bawah S: dengan skala 6 T: hilang timbul kurang lebih 10 menit - Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 175/97 mmHg N : 85 x/m P : 20x/m S : 37 ° C	
	II	08:30	Mengukur drainase yang keluar dari drain. Hasil : tampak cairan drainase sebanyak 200 cc	
	I & II	09:34	Berkolaborasi dalam pemberian obat Hasil :	

			Paracetamol 1gr/8 jam / IV Ranitidine 1gr/8 jam/ IV Metamizole 4 mg/8 jam / IV Ketorolac 1 gr/12 jam/ IV Meropenem 1 gr/12 jam/ IV Omeprazole 1 flakon / 24 jam /IV	
	I	10:24	• Memberikan teknik nonfarmakologis mobilisasi dini untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: tampak pasien mampu melakukan gerakan yang perawat ajarkan • Melakukan mobilisasi dini kepada pasien Hasil : tampak pasien merasa lebih nyaman	
	I	11:50	Memberikan posisi semi fowler Hasil : Tampak pasien lebih nyaman saat di berikan posisi semi fowler	
Rabu 14/05/2025	I & II	07:30	• Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil : P: saat bergerak dan batuk Q:seperti tertusuk-tusuk, nyut-nyutan R: di perut kanan bawah S:dengan skala 5	

			T: hilang timbul kurang lebih 8 menit • Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD : 160/90 mmHg N : 90 x/m P : 21 x/m S : 38 °C	
	I & II	09:45	Kolaborasi pemberian obat termasuk obat antipiretik. Hasil : Paracetamol 1gr/8 jam / IV Ranitidine 1gr/8 jam/ IV Metamizole 4 mg/8 jam / IV Ketorolac 1 gr/12 jam/ IV Meropenem 1 gr/12 jam/ IV Omeprazole 1 flakon / 24 jam /IV	
	II	10.00	Melakukan penakaran drainase darah Hasil : Tampak cairan drainase sebanyak 160 cc	
	III	10:20	Kontrak waktu dengan pasien untuk melakukan pendidikan kesehatan Hasil : Tampak pasien bersedia dan menyepakati waktu bersama perawat yaitu pukul 11:00 WITA	

	III	11:00	Melakukan pendidikan kesehatan tentang batu ginjal Hasil : Tampak pasien dan keluarga memperhatikan apa yang dijelaskan oleh perawat	
	II	11:25	Memobilisasi MIKA MIKI pasien di atas tempat tidur Hasil : Tampak pasien mengikuti instruksi perawat saat melakukan mobilisasi di tempat tidur	
	II	12:30	Mengganti dan membersihkan perban luka operasi pasien Hasil : Tampak pasien lebih nyaman setelah perban luka operasi di ganti	
Kamis 15/05/2025	I	07:30	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil : P: saat bergerak dan batuk Q: seperti tertusuk-tusuk, nyut-nyutan R: di perut kanan bawah S:dengan skala 4 T: hilang timbul kurang lebih 7 menit - Memonitor tanda-tanda vital Hasil :	

			TD : 159/89 mmHg N : 89 x/m P : 20 x/m S :36 ° C	
	I & II	10:14	Kolaborasi pemberian obat termasuk obat antipiretik. Hasil : Ranitidine 1gr/8 jam/ IV Metamizole 4 mg/8 jam / IV Ketorolac 1 gr/12 jam/ IV Meropenem 1 gr/12 jam/ IV Omeprazole 1 flakon / 24 jam /IV	
	II	11:00	Melakukan penakaran drainase darah Hasil : Tampak cairan drainase sebanyak 100 cc	
	III	11:30	Mengevaluasi tentang batu ginjal yang telah di jelaskan oleh perawat sebelumnya Hasil : Tampak keluarga pasien mampu menjelaskan tentang batu ginjal	
	I	13.00	Melakukan mobilisasi dini kepada pasien Hasil : tampak pasien merasa lebih nyaman	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/Umur: Ny. M/62 Tahun

Ruangan/kamar: Bernadet/1211

Hari/ tanggal	Shift	DP	Evaluasi (SOAP)	Nama perawat
Selasa 13/05/2025	Pagi	I	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) S : • P: Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak dan batuk • Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan nyeri seperti nyut-nyutan • R: Luka operasi berada di perut kuadran kanan bawah • S: Pasien mengatakan skala nyeri 6 • T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul kurang lebih 10 menit O : • Tampak pasien meringis kesakitan • Obsevasi TTV TD : 175/97 mmHg N : 85 x/m P : 20x/m	

			S :37 ° C A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
		II	Risiko infeksi faktor risiko efek prosedur invasif S : • Pasien mengatakan masih merasa nyeri O : • Tampak cairan drain berwarna merah kecoklatan keluar sebanyak 200 cc A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
Rabu 14/05/2025	Pagi	I	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) S : • P: Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak dan batuk • Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan nyeri seperti nyut-nyutan • R: Luka operasi berada di perut kuadran kanan bawah • S: Pasien mengatakan skala nyeri 5	

			• T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul kurang lebih 8 menit O : • Tampak pasien meringis kesakitan • Obsevasi TTV TD : 160/90 mmHg N : 90 x/m P : 21 x/m S : 38 °C A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
		II	Risiko infeksi faktor risiko efek prosedur invasif S : • Pasien mengatakan masih merasa nyeri O : • Tampak cairan drain berwarna merah kecoklatan keluar sebanyak 100 cc A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
		III	Kesiapan peningkatan pengetahuan S : • Keluarga mengatakan tidak mengetahui apa yang di	

			maksud dengan batu ginjal dan penyebabnya O : • Tampak keluarga pasien menanyakan apa penyebab batu ginjal kepada perawat A: Masalah kesiapan peningkatan pengetahuan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
Kamis 15/05/2025	pagi	I	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) S : • P: Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak dan batuk, mulai berkurang • Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk dan nyeri seperti nyut-nyutan • R: Luka operasi berada di perut kuadran kanan bawah • S: Pasien mengatakan skala nyeri 4 • T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul kurang lebih 6 menit O : • Tampak pasien meringis kesakitan	

			• Obsevasi TTV TD : 159/89 mmhg N : 89 x/m P : 20 x/m S :36 ° C A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	
		II	Risiko infeksi faktor risiko efek prosedur invasif S : • Pasien mengatakan masih merasa nyeri O : • Tampak cairan drain berwarna merah kecoklatan keluar sebanyak 100 cc A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
		III	Kesiapan peningkatan pengetahuan S : • Keluarga mengatakan mengetahui tentang batu ginjal dan apa penyebabnya. O : • Tampak keluarga dan pasien mampu menjawab ketika di tanya oleh perawat	

			A: Masalah kesiapan peningkatan pengetahuan sudah teratasi P : Intervensi dihentikan	
--	--	--	--	--

G. TERAPI OBAT

1. Paracetamol 1 gram/8 jam/IV

a. Definisi

Paracetamol merupakan senyawa yang memiliki efek farmakologi sebagai analgesik dan antipiretik. Senyawa acetaminophen biasa digunakan untuk meredakan nyeri ringan sampai nyeri sedang, seperti nyeri otot sementara, nyeri ketika menjelang menstruasi, sakit kepala, serta bisa diindikasikan juga untuk demam.

b. Mekanisme kerja obat

Mekanisme kerja paracetamol sebagai analgesik bekerja menghambat biosintesis prostaglandin dengan menghambat pelepasan yang merubah asam arakidonat menjadi prostaglandin.

c. Dosis

- 1) Dewasa: 500-1000 mg atau 10-15 mg, setiap 4-6 jam.
- 2) Bayi dan anak-anak 10-15 mg/kgBB dengan lebih dari 4-6 jam.
Dosis paracetamol pada bayi dan anak-anak tidak boleh melebihi 15 mg/kgBB per dosis.

d. Indikasi

Penurun demam dan mengurangi rasa sakit

e. Kontra indikasi

Pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat.

f. Efek samping

Mual, muntah, nyeri perut, gangguan makan, asidosis metabolik, pucat, edema serebral, hipotensi, gangguan irama jantung, pankreatis.

g. Bentuk obat

Tablet, drop, infus, kaplet, sirup.

2. Ranitidine 1 gram/8 jam/IV

a. Definisi

Ranitidine adalah obat yang digunakan untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih. Beberapa kondisi yang dapat ditangani dengan ranitidine adalah tukak lambung, penyakit maag, penyakit asam lambung (GERD), dan sindrom Zollinger-Ellison. Ranitidine merupakan golongan Kelas terapi: Antasida, antirefluks, dan antiulserasi Klasifikasi obat: Antagonis reseptor histamin H₂.

b. Mekanisme kerja

Mekanisme pertama, ranitidine menduduki reseptor H₂ yang berfungsi menstimulasi sekresi asam lambung sehingga histamin yang diproduksi oleh sel ECL gaster dapat dihambat. Sedangkan mekanisme kedua, substansi lain seperti gastrin dan asetilkolin yang menyebabkan sekresi asam lambung akan berkurang efektifitasnya pada sel parietal jika reseptor H₂ dihambat.

c. Dosis

1) Dewasa: 50 mg yang diberikan melalui intravena sebagai dosis utama, dengan dosis lanjutan 0,125-0,25 mg/kg berat badan/jam melalui infus. Lalu, diberikan secara oral dengan dosis 150 mg, minum sebanyak dua kali per hari.

2) Anak: 1 mg/kg berat badan (maksimal 50 mg) melalui intravena. Lakukan setiap 6-8 jam.

d. Indikasi

Tukak lambung dan tukak duodenum, refluks esofagitis, dispepsia episodik kronis, tukak akibat AINS, tukak duodenum karena H. Pylori, sindrom Zollinger-Ellison, kondisi lain untuk mengurangi asam lambung.

e. Kontraindikasi

Obat ranitidine sebaiknya tidak diberikan kepada orang yang pernah mengalami keluhan porfiria akut.

f. Efek samping

Sakit kepala, sembelit, diare, mual, muntah, sakit perut.

3. Ketorolac 1 gram/12 jam/IV

a. Definisi

Ketorolac adalah obat yang digunakan untuk meredakan nyeri sedang dan berat dalam jangka pendek.

b. Mekanisme kerja

Bekerja sebagai antiinflamasi, analgesik melalui penghambat prostaglandin dengan menghambat enzim cyclooxygenase.

c. Dosis

Dosis awal ketorolac yang dianjurkan adalah 10 mg diikuti dengan 10-30 mg tiap 4-6 jam bila diperlukan.

d. Indikasi

Ketorolac diindikasikan untuk penatalaksanaan jangka pendek terhadap nyeri akut sedang sampai berat setelah prosedur bedah.

e. Kontraindikasi

Ulkus peptikum, bronkospasme alergi rinitis dan urtikaria karena asetosal, hipersensitivitas terhadap ketorolac, gangguan ginjal atau hati derajat berat, anak dibawah 16 tahun, risiko perdarahan yang tinggi.

f. Efek samping

Saluran cerna: diare, dispepsia, nyeri gastrointes, berkeringat tinal, nausea

Susunan saraf pusat: sakit kepala, pusing, mengantuk.

g. Sediaan

Ampul injeksi 1 MI

4. Meropenem 1 gram/12 jam/IV

a. Definisi

Meropenem adalah antibiotik intravena yang digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri berat, terutama jika antibiotik lain tidak efektif.

b. Mekanisme kerja

Menghambat pembentukan dinding sel bakteri sehingga menyebabkan kebocoran dan kematian bakteri.

c. Dosis

- 1) Dewasa dan anak lebih dari 50 kg BB
- 2) Terapi pneumonia, infeksi saluran kemih, infeksi ginekologi, infeksi kulit dan struktur kulit: 500 mg IV tiap 8 jam.
- 3) Terapi pneumonia nosokomial, peritonitis, dugaan infeksi pada sistem neutropenia dan septikemia: 1000 mg tiap 8 jam.
- 4) Meningitis: 2000 mg tiap 8 jam.
- 5) Anak kurang lebih 3 bulan: -10-20 mg/kg tiap 8 jam tergantung jenis dan tingkat keparahan infeksi, kepekaan patogen dan kondisi pasien.
- 6) Meningitis: 40mg/kg tiap 8 jam.

d. Kontraindikasi

Hipersensitif terhadap carbapenem

e. Efek samping

Lokas: inflamasi, reaksi pada tempat injeksi, flebitis/tromboflebitis, nyeri, edema

Gastrointestinal: diare, nyeri abdomen, mual, muntah, kolitis, pseudomembranosa

f. Indikasi

Pneumonia, infeksi saluran kemih, infeksi intra-abdomen, infeksi ginekologi, infeksi kulit dan struktur kulit, meningitis, septikemia.

5. Omeprazole 1 Flakon/24 jam IV

a. Definisi

Omeprazole adalah obat golongan proton pump inhibitor (PPI) yang berfungsi mengurangi produksi asam lambung. Obat ini digunakan untuk mengobati tukak lambung, nyeri ulu hati, penyakit refluks, dan kondisi lain yang menyebabkan asam lambung berlebihan. Omeprazole adalah obat golongan keras.

b. Mekanisme kerja

Menghambat pompa proton ($H^+/K^+ATPase$) di sel parietal lambung, yang merupakan langkah terakhir dalam proses sekresi asam lambung.

c. Dosis

1) Tukak lambung:

Dewasa: 20-40 mg perhari dengan durasi konsumsi 4-8 minggu.

Anak: tidak dianjurkan

2) Tukak lambung akibat bakteri H. Pylori:

Dewasa: dosis awal 20 mg selama 1 minggu

Anak: > 4 tahun BB 15-30 kg yaitu 10 mg.

3) GERD:

Dewasa: 20 mg sekali sehari 4-8 minggu

Anak: usia kurang lebih 1 tahun BB 10-20 kg yaitu 10 mg sekali sehari

4) Zollinger-Ellison syndrome:

Dewasa: dosis awal 60 mg setiap hari sesuaikan sesuai kebutuhan.

d. Efek samping

Mual, muntah, sakit kepala, lemas, konstipasi, peningkatan enzim hati, batuk insomnia, perut kembung.

e. Kontra indikasi

Alergi terhadap omeprazole, masalah hepar, wanita hamil dan menyusui.

6. Asam Tranexamad

a. Definisi

Asam Tranexamad adalah obat golongan anti-fibrinolitik yang berfungsi untuk menghentikan atau mengurangi perdarahan yang tidak diinginkan.

b. Mekanisme kerja

Mekanisme kerja asam tranexamad membantu proses pembekuan darah alami. Proses pembekuan darah berperan penting dalam menghentikan pendarahn. Saat mengalami pendarahan tubuh akan membentuk bekuan darah untuk menghentikan pendaran, menggunakan protein yang disebut fibrin.

c. Dosis

- 1) Sehari 250-500 mg IV,IM, dibagi dalam 1-2 dosis
- 2) Pada waktu setelah operasi, bial diperlukandapat diberikan intravena sebanyak 500-2.500 mg dengan cara drip infus.

d. Indikasi

Indikasi asam tranexamad adalah analog lisin sintesis yang secara kompetitif mengambat aktivasi plasminogen, menstabilkan bekuan fibrin dan mengurangi pendarahan.

e. Kontraindikasi

Perdarahan intracranial, gangguan penglihatan, perdarahan subaracnoid, riwayat tromboemboli vena atau arteri.

f. Efek samping

- 1) Diare
- 2) Kulit gatal
- 3) Merasas sakitSesak
- 4) Mengalami kesulitan bernafas atau berbicara, mulut wajah bibir lidah atau tenggorokan mulai membengkak.

7. Metamizole 4 mg/8 jam/IV

a. Definisi

Metamizole adalah obat analgetik-antipiretik yang juga dikenal dengan nama dipiron atau metampiron.

b. Mekanisme kerja

Mekanisme kerja metamizole di sentral berupa inhibisi COX-3 dan aktivasi system opioidergik dan kanabinoid. Metamizole menekan *pain-evoked potential* di neuron thalamus.

c. Dosis

1) Dewasa: 0,5-1 gram, 3-4 kali sehari. Dosis maksimal adalah 4 gram per hari.

2) Anak-anak usia lebih dari 3 bulan: 8-16 mg/kgB, 3-4 kali sehari

d. Indikasi

Meredakan nyeri akut dan kronik berat, sakit kepala, penyakitreumatik, sakit gigi, nyeri setelah paskah operasi, nyeri otot, dan nyeri kolik

e. Kontraindikasi

1) Riwayat alergi terhadap metamizole

2) Gangguan fungsi sum-sum tulang

3) Pasien dengan bronkospasme atau reaksi anafilaktik

f. Efek samping

1) Tekanan darah rendah

2) Mual

3) muntah

4) Nyeri perut

5) Jantung berdebar

6) Urine berwarna merah

7) Nyeri dada

8) Merah pada kulit

9) Sensasi panas di kulit

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *post-op pyelolitotomi* di ruang Bernadet I Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 13 Mei 2025 sampai 15 Mei 2025. Prinsip pembahasan menggunakan teori proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, keluarga dan perawat ruangan. Dengan demikian hasil pengkajian dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat.

Hasil pengkajian kasus Ny.M 62 tahun didapatkan data bahwa pasien *post-op pyelolitotomi* pada perut kuadran kanan, pasien mengalami nyeri skala 7 serta terpasang drain pada luka operasi. Hal ini menunjukkan adanya kesamaan tanda dan gejala didalam tinjauan pustaka dimana manifestasi klinik nyeri dan penatalaksanaan medis operasi pengangkatan batu ginjal (nefrolitiasis) untuk menghilangkan obstruksi. Nyeri akut merupakan respon tubuh yang normal terhadap rangsangan yang merusak jaringan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang akan muncul pada kasus *post-op pyelolitotomi* berdasarkan pada standar diagnosis keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI PPNI 2017 nyeri akut b.d agen pencedera fisik.

Hasil pengkajian dan keluhan yang di dapatkan pada Ny.M dengan diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) penulis mengangkat diagnosa ini

didukung dengan data yang didapatkan pada pasien yaitu pasien mengalami nyeri akut pada perut kanan bawah, skala nyeri 7, pasien meringis dan terdapat luka operasi pada perut kanan bawah.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian dan penetapan diagnosis keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ditemukan. Intervensi keperawatan disesuaikan dengan diagnosa yang ditegakkan. Pada diagnosis, penulis membuat intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien. Tindakan intervensi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat,aroma terapi, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin,), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurasi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgesik. Hal ini sejalan dengan penelitian (aulia, 2024) yang mengemukakan bahwa mobilisasi dini mempunyai pengaruh terhadap intervensi manajemen nyeri pada pasien post operasi. Sebelum dilakukan tindakan mobilisasi dini pasien selalu mengeluh nyeri dan kesulitan melakukan aktivitas di tempat tidur.

Penerapan pelaksanaan mobilisasi dini terhadap nyeri akut merupakan tindakan yang dapat membantu dalam mengurangi nyeri yang berkepanjangan. Penulis mengangkat intervensi ini dimana berdasarkan penulis dapatkan dilapangan bahwa intervensi farmakologis saja belum cukup untuk membantu meredakan nyeri sehingga diperlukan tindakan non farmakologis dalam membantu mengatasi masalah nyeri akut yaitu tindakan mobilisasi dini.

Mobilisasi dini sangat penting sebagai tindakan pengembalian secara berangsurangsur ke tahap mobilisasi sebelumnya. Dampak mobilisasi yang tidak dilakukan bisa menyebabkan gangguan fungsi tubuh, aliran darah tersumbat dan peningkatan intensitas nyeri. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri. Hampir semua pasien pasca bedah dianjurkan untuk mulai melakukan mobilisasi. Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap untuk mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan pasien dengan melakukan ambulasi dini secara bertahap dari 6-10 jam pertama. Dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif, mengangkat lengan dan tangan, memutar dan menekuk pergelangan kaki, menggerakkan tungkai, dan menggerakkan kaki) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar.

Penerapan mobilisasi dini pada pasien post operasi bertujuan untuk memaksimalkan suplai oksigen ke otak dan seluruh tubuh, memperlancar sirkulasi darah, meregangkan otot dan sendi sehingga terdapat fase relaksasi otot yang dapat mengurangi rasa nyeri pada pasien.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan implementasi keperawatan mengacu pada perencanaan yang dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang diatasi sehingga tujuan dapat tercapai. Intervensi pada diagnosa nyeri akut dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan yang telah ditetapkan yaitu manajemen nyeri yaitu indentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, indentifikasi skala nyeri, indentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, aromaterapi, teknik

imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin) kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurasi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgesik. Penulis melaksanakan implementasi keperawatan selama 3 hari berturut-turut dengan melakukan kolaborasi dengan dokter dan perawat.

Tindakan mobilisasi dini dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan meminta pasien untuk mengikuti arahan perawat. Tindakan mobilisasi dini dilakukan selama kurang lebih 10-15 menit dan tindakan ini dilakukan berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka operasi kuadran kanan bawah dengan skala nyeri 7.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta mengetahui sejauh mana keberhasilan tujuan yang ingin dicapai. Hasil evaluasi didapatkan penulis setelah melaksanakan implementasi keperawatan selama 3 hari yaitu: nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi). Data yang diperoleh penulis adalah nyeri akut teratasi sebagian dibuktikan dengan pasien mengatakan masih mengeluh nyeri, skala nyeri 4, tampak pasien meringis.

B. Pembahasan Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN)

1. Judul *evidence based nursing*

Asuhan keperawatan pada Ny.M 62 tahun *post-op pyelolithotomy* dengan masalah nyeri akut dan tindakan non farmakologis yaitu mobilisasi dini di ruangan Bernadet I Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan:

DS:

- a. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi seperti tertusuk-tusuk, nyut-nyutan dan menetap pada bekas luka operasi.
- b. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri terasa berat saat pasien batuk dan saat bergerak dengan skala nyeri 7

P: saat bergerak dan batuk

Q: seperti tertusuk-tusuk, nyut-nyutan

R: di perut kanan bawah

S: dengan skala 7

T: hilang timbul

DO:

- a. Tampak pasien meringis
- b. Pasien tampak batuk-batuk
- c. Tampak luka operasi berada dibagian perut kanan bawah
- d. Tanda-tanda vital: TD: 155/88 mmHg N: 89 x/menit S: 37,4 °C, P: 20 x/menit

3. Luaran Yang Diharapkan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Meringis menurun
- c. Tekanan darah membaik.

4. Intervensi Prioritas Mengacu Pada EBN

Intervensi prioritas yang diberikan oleh penulis adalah melakukan mobilisasi dini pada pasien *dengan post-op pyelolithotomy* yang dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 13 Mei sampai dengan 15 Mei 2025 dan tindakan ini dilakukan 1x24 jam selama 10-

15 menit kemudian setelah itu di observasi kembali untuk menilai kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi dini.

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) MOBILISASI DINI

Pengertian	Mobilisasi merupakan aktivitas atau pergerakan yang dilakukan setelah pasien operasi. Mobilisasi dini memiliki peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri. Hampir semua pasien pasca bedah dianjurkan untuk mulai melakukan mobilisasi. Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap untuk mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan pasien dengan melakukan ambulasi dini secara bertahap dari 6-10 jam pertama. Dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif, mengangkat lengan dan tangan, memutar dan menekuk pergelangan kaki, menggerakkan tungkai, dan menggerakkan kaki) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar
Tujuan	▪ Meningkatkan sirkulasi darah yang dapat mengurangi rasa nyeri ▪ Memberi nutrisi untuk penyembuhan luka serta meningkatkan kelancaran fungsi ginjal.
Indikasi	Pasien post operasi
Persiapan pasien	▪ Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan ▪ Menjelaskan prosedur mobilisasi dini post operasi ▪ Melakukan inform consent
Prosedur tindakan	Pra interaksi: ▪ Mengidentifikasi perlunya tindakan bagi pasien ▪ Mengkaji riwayat pasien ▪ Kontrak pertemuan dengan pasien (tujuan, waktu, tempat) Kerja:

	▪ Mengobservasi tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien ▪ Menentukan tahapan (level) mobilisasi dini yang akan diberikan kepada pasien ▪ Memberikan arahan latihan sesuai tahapan mobilisasi dini ▪ Mendampingi mulainya latihan mobilisasi dini sesuai dengan tahapan yang sudah ditentukan ▪ Menilai hasil yang sudah dilakukan apakah sudah sesuai dengan tahapan mobilisasi dini Terminasi: ▪ Evaluasi hasil: mengeksplorasi perasaan pasien ▪ Memberikan kesempatan pada pasien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan ▪ Tindak lanjut: menjadualkan latihan mobilisasi pada jadwal kegiatan harian klien ▪ Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya Tahap dokumentasi: ▪ Catat respon klien sebelum dan sesudah dilakukan tindakan
Unit terkait	Ruangan perawatan Bernadet I rumah sakit Stella Maris Makassar

Tabel 4.1
SOP Mobilisasi Dini

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian tindakan

Mobilisasi dini merupakan aktivitas atau pergerakan yang dilakukan setelah pasien operasi. Mobilisasi dini memiliki peranan penting dalam mengurangi rasa nyeri. Hampir semua pasien pasca bedah dianjurkan untuk mulai melakukan mobilisasi.

b. Tujuan/rasional EBN

Tujuannya mobilisasi dini adalah memenuhi kebutuhan dasar (termasuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas rekreasi), mempertahankan diri (melindungi diri dari trauma), mempertahankan konsep diri, mengekspresikan emosi dan gerakan tangan nonverbal. Adapun tujuan dari mobilisasi adalah meningkatkan sirkulasi darah yang dapat mengurangi rasa nyeri memberi nutrisi untuk penyembuhan luka serta meningkatkan kelancaran fungsi ginjal.

PICOT Pada Jurnal

RUBRIK	JURNAL 1	JURNAL 2	JURNAL 3
Judul	Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi di Ruang HCU Cempaka RSUD Dr. Moewardi Surakarta (Hexendri, 2024)	Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi di Ruang Gurami Rumah Sakit Teungku Fakinah Banda Aceh (Uzlifatul, 2024)	Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pasca Operasi di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang (Rosalina, 2024)
Population/problem	Populasi pada penelitian ini adalah responden dengan tingkat nyeri berat terkontrol (skala 7-10) nyeri skala 8 dan mengalami nyeri skala 7	Sampel sebanyak 30 responden terdiri dari remaja akhir 17 s/d 25 tahun, dewasa awal 26 s/d 35 tahun, dewasa akhir 36 s/d 45 tahun.	Sampel sebanyak 2 pasien, Tn.S 65 tahun skala nyeri 6 dan Ny.Y 71 tahun skala nyeri 7.
Intervention	Intervensi yang dilakukan pada penelitian adalah tindakan mobilisasi dini	Intervensi yang digunakan peneliti untuk mengukur intensitas nyeri adalah mobilisasi dini mnggunakan <i>numeric rating scale</i> (NRS).	Berdasarkan studi kasus, Intervensi pada peneltian ini adalah mobilisasi dini sebagai terapi non farmakologis
Comparison	Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dalam bentuk	Metode penelitian kuantitatif dengan desain <i>quasi</i>	Metode penelitian ini merupakan penelitian deskriptif

	studi kasus. Instrument penelitian menggunakan kuisioner <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS) dengan melibatkan 2 pasien. Tidak ada perbandingan dalam penelitian ini.	<i>eksperimen</i> menggunakan Teknik <i>purposive sampling</i> , sampel berjumlah 30 orang. Instrument penelitian menggunakan <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS) <i>pre test</i> dan <i>post test</i> . Tidak ada perbandingan dalam penelitian ini.	dalam bentuk studi kasus. Penelitian ini mengemukakan pemberian mobilisasi dini dilakukan 6 jam pertama setelah operasi dan dilakukan selama 3 hari. Tidak ada perbandingan dalam penelitian ini.
Outcome	Mobilisasi dini selama 3 hari pada pada responden nyeri berat terkontrol (skala 7-10) nyeri skala 8 dan nyeri skala 7 mengalami penurunan tingkat nyeri yaitu nyeri skala 4 dan nyeri skala 3.	Peneliti berpendapat bahwa adanya pengaruh <i>antara pre test</i> dan <i>post test</i> yang menunjukkan bahwa pemberian intervensi mobilisasi dini mampu menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi.	Berdasarkan studi kasus, mobilisasi dini berpengaruh terhadap berkurangnya intensitas skala nyeri, dimana baik responden pertama dan responden kedua menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri
Time	6-10 jam pertama selama 15 menit	6-24 jam pertama	6 jam pertama 20-30 menit

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah membahas konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan dan tinjauan pada pasien Ny.M 62 tahun dengan *post-op pyelolitotomy* diruang perawatan Bernadet I Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis menyimpulkan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.M ditemukan data sebagai berikut: diagnosa medis *post-op pyelolitotomy* dengan keluhan utama nyeri pada luka bekas operasi seperti tertusuk-tusuk, nyut-nyutan dan menetap pada bekas luka operasi, nyeri hilang timbul, nyeri terasa berat saat pasien batuk dan saat bergerak dengan skala nyeri 6, tampak pasien meringis dan tampak pasien batuk-batuk. Hasil pemeriksaan MSCT Urologi Polos Senin, 28 April 2025: batu pada pelvis renis dextra ukuran 1,4 x 2, 2x1,2 cm, hasil pemeriksaan laboratorium hematologi Rutin:WBC: $16.29 \times 10^3/u1$, RBC: $3.23 \times 10^6/UI$, HB: 9.3 g/dL, HCT: 26.0 %, MCHC: 35.8 g/dL PLT: $133 \times 10^3/u$, P-LCR: 28.3 %, NEUT#: $14.00 \times 10^3/u1$ LYMP#: $1.26 \times 10^3/u1$, MONO#: $0.94 \times 10^3/u1$, NEUT%: 86.0%, LYMP%: 7.7%, EO%: 0.4%, hasil pemeriksaan kimia darah: ureum darah: 62.2 mg/dl, kreatinin darah:1.57 mg/dL, Egfr: 37 ml/min/1.73m². Terapi obat Paracetamol 1 gram/8 jam/IV, ranitidine 1 gram/8 jam/IV, ketorolac 1 gram/12 jam/IV, meropenem 1 gram/12 jam/IV, omeprazole 1 Flakon/24 jam IV, asam Tranexamad, metamizole 4 mg/8 jam/IV.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, skala nyeri 5 (D.0077).

- b. Risiko infeksi faktor risiko efek prosedur invasif (D.0142)
 - c. Kesiapan peningkatan pengetahuan (D.0113)
- 3. Intervensi Keperawatan
 - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Manajemen nyeri: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat,aroma terapi, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin,), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurasi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgesik.
 - b. Risiko infeksi faktor risiko efek prosedur invasif

Perawatan luka monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran dan bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCL, pertahankan teknik steril, ganti balutan sesuai dengan jumlah eksudat, jelaskan tanda dan gejala infeksi, kolaborasi pemberian antibiotik.
 - c. Kesiapan peningkatan pengetahuan

Edukasi kesehatan tindakan yang akan dilakukan adalah identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, sediakan materi dan media jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku

hidup bersih dan sehat, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

4. Implementasi Keperawatan

Semua intervensi yang disusun diimplementasikan dengan baik yang melibatkan kolaborasi dengan perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari dari diagnosa pertama sampai dengan diagnosa ketiga yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi, risiko infeksi faktor risiko efek prosedur invasif belum teratasi dan lanjutkan intervensi, kesiapan peningkatan pengetahuan sudah teratasi.

B. SARAN

Dengan melihat kenyataan yang ada dalam uraian diatas, maka penulis mengajukan beberapa saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan derajat kesehatan guna kemajuan keperawatan professional dan meningkatkan derajat kesehatan dimasyarakat antara lain:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan menambah jumlah literatur, buku keperawatan yang berkaitan dengan *post-op pyelolithotomy* sehingga mempermudah penulis mencari literatur.

2. Bagi Instansi Rumah Sakit

Diharapkan instansi Rumah Sakit dapat menyusun standar operasional prosedur tentang pemberian mobilisasi dini untuk mengatasi masalah nyeri akut sebagai acuan bagi perawat di ruang perawatan.

3. Bagi Profesi

Diharapkan profesi dapat mengaplikasikan intervensi hasil penelitian ini untuk pasien *post-op pyelolithotomy* di ruang perawatan dengan pemberian mobilisasi dini dalam meningkatkan nyeri akut dan

diharapkan dapat mencari intervensi lain berbasis EBN pada pemberian asuhan keperawatan pasien dengan *post-op pyelolithotomy*.

DAFTAR PUSTAKA

- Ainnur Rahmanti, Iqbal Wisnu P, & Indri Pratiwi. (2022). Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Di RS TK III Bhakti Wira Tamtama Semarang. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 1(3), 239–249.
<https://doi.org/10.55606/klinik.v1i3.2639>
- Amalia, R. (2021). <https://jurnal.usk.ac.id/JIK/article/view/21564>. Pengaruh Pelaksanaan Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Tingkat Pengaruh Pelaksanaan Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Tingkat.
- aulia, N. (2024). penerapan mobilisasi dini terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi .
- Dasar, R. K. (2021). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kemenkes RI.
- Ernawati, I. (2021). Klasifikasi Penyakit Batu Ginjal Menggunakan Algoritma Decision Tree C4.5 Dengan Membandingkan Hasil Uji Akurasi. <https://journals.upi-yai.ac.id/index.php/ikraith-informatika/article/view/1006>.
- Eka Fildayanti, W. (2019). Election Of Open Stone Surgery (Oss) As Treatment To Case on Staghorn Stone. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 1(1), 16.
- Ghopican, Y. A. (2023). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Nephrolithiasis Di Ruang Rawat Inap Bedah Rsud Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. *Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan*.
- Gofur, N. R. (2021). <https://www.auctoresonline.org> . *Faktor Risiko dan Patofisiologi Nefrolitiasis*.
- GOFUR, N. R. (2021). <https://www.auctoresonline.org> . Faktor Risiko Dan Patofisiologi Nefrolitiasis.

- Hasanah, U. (2023). Mengenal Penyakit Batu Ginjal. <https://jurnal.unimed.ac.id/2012//index.php/jkss/article/view/4698/4129>.
- Hexendri, N. A. (2024). Penerapan Mobilisasi Dini Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Hcu Cempaka Rsud Dr. Moewardi Surakarta.
- Kemenkes.RI. (2021). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Riset Kesehatan Dasar*.
- Limpeleh, H. (2022). Bagian Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado. Angka Kejadian Batu Ginjal *DI RSUP PROF. DR. R. D. Kandou Manado Periode Januari 2010 – Desember 2012*.
- Mahdiah, S. (2024). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Batu Ginjal Post Operasi Extended Pyelolitotomi Kiri Dan Ganti Dj Stent Dengan Intervensi Mobilisasi Dini Untuk Mengurangi Intensitas Nyeri Di Ruang Anggrek C Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang. *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*.
- RI, K. (2021). Kemenkes RIKementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Riset Kesehatan Dasar*.
- Rosalina, M. S. (2024). *Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Nyeri Pasca Operasi di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang*. <https://doi.org/10.55606/jrik.v4i2.4037>.
- Sajjad, H. (2024). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK442014/#_article-28339_s12. Batu Ginjal, Nefrolitiasis.
- Samsualam. (2023). <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PSNPKM>.

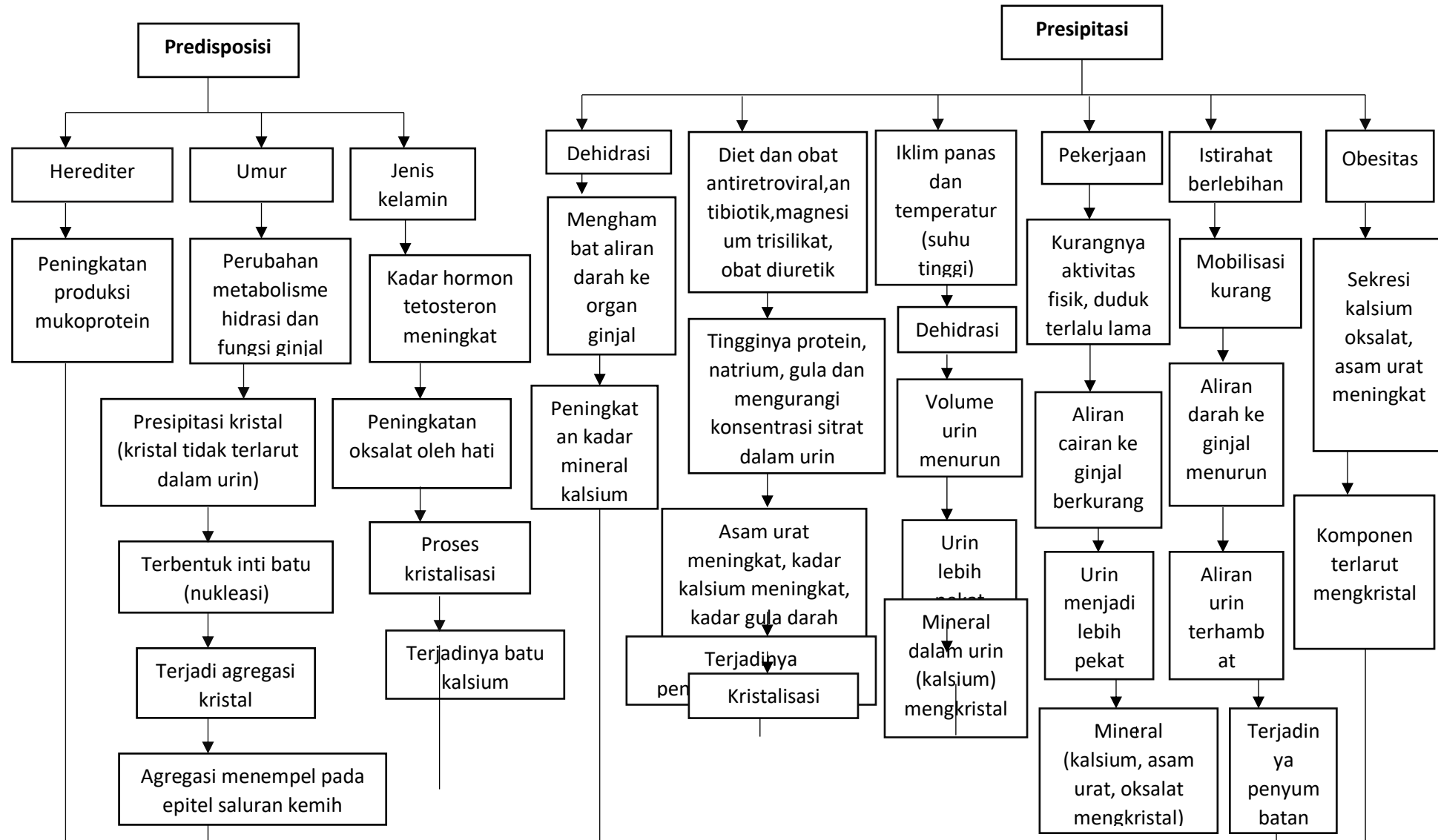
Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Bedah *RSUD KOTA*.

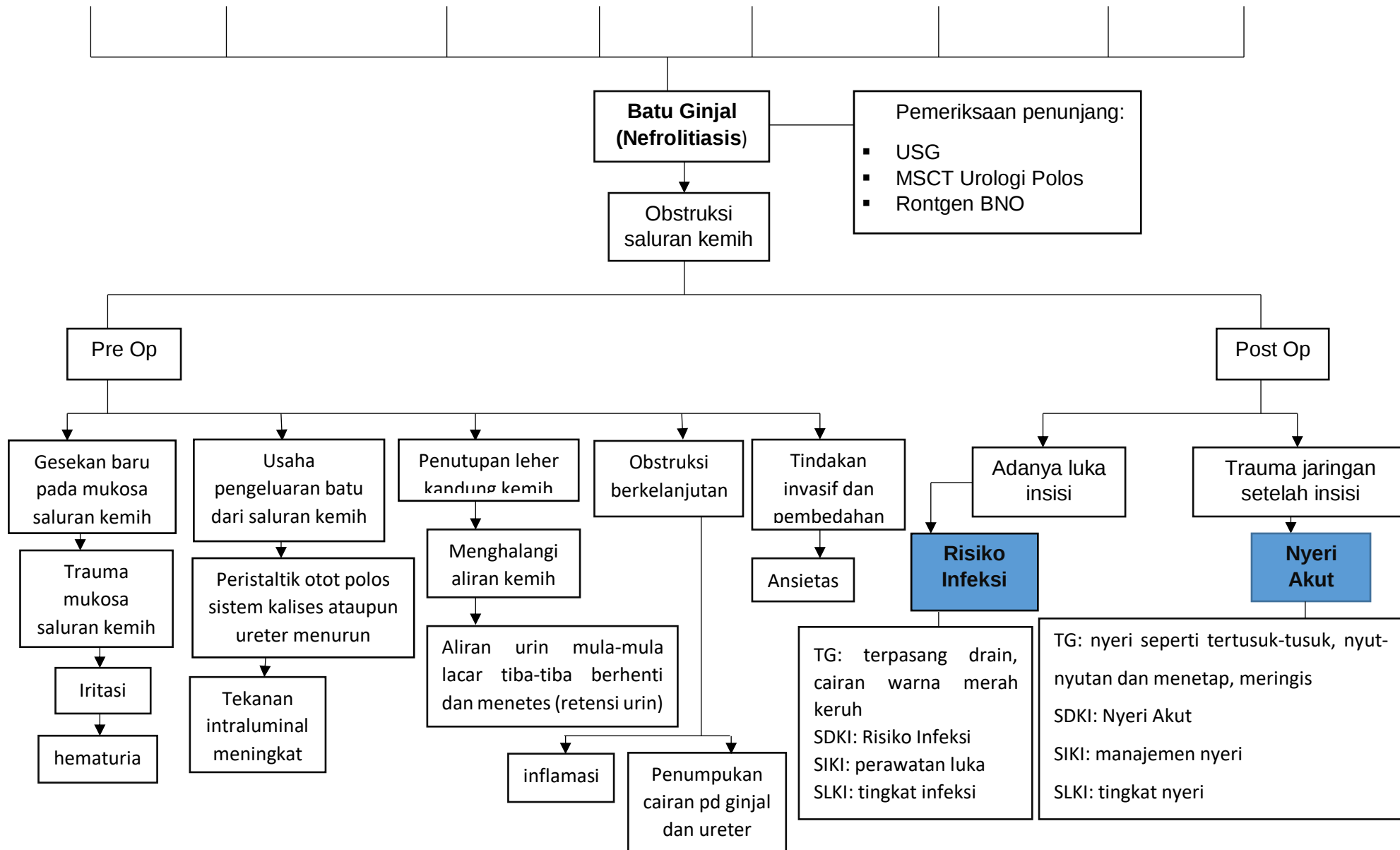
Uzlifatul, O. (2024). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea Di Rumah Sakit.

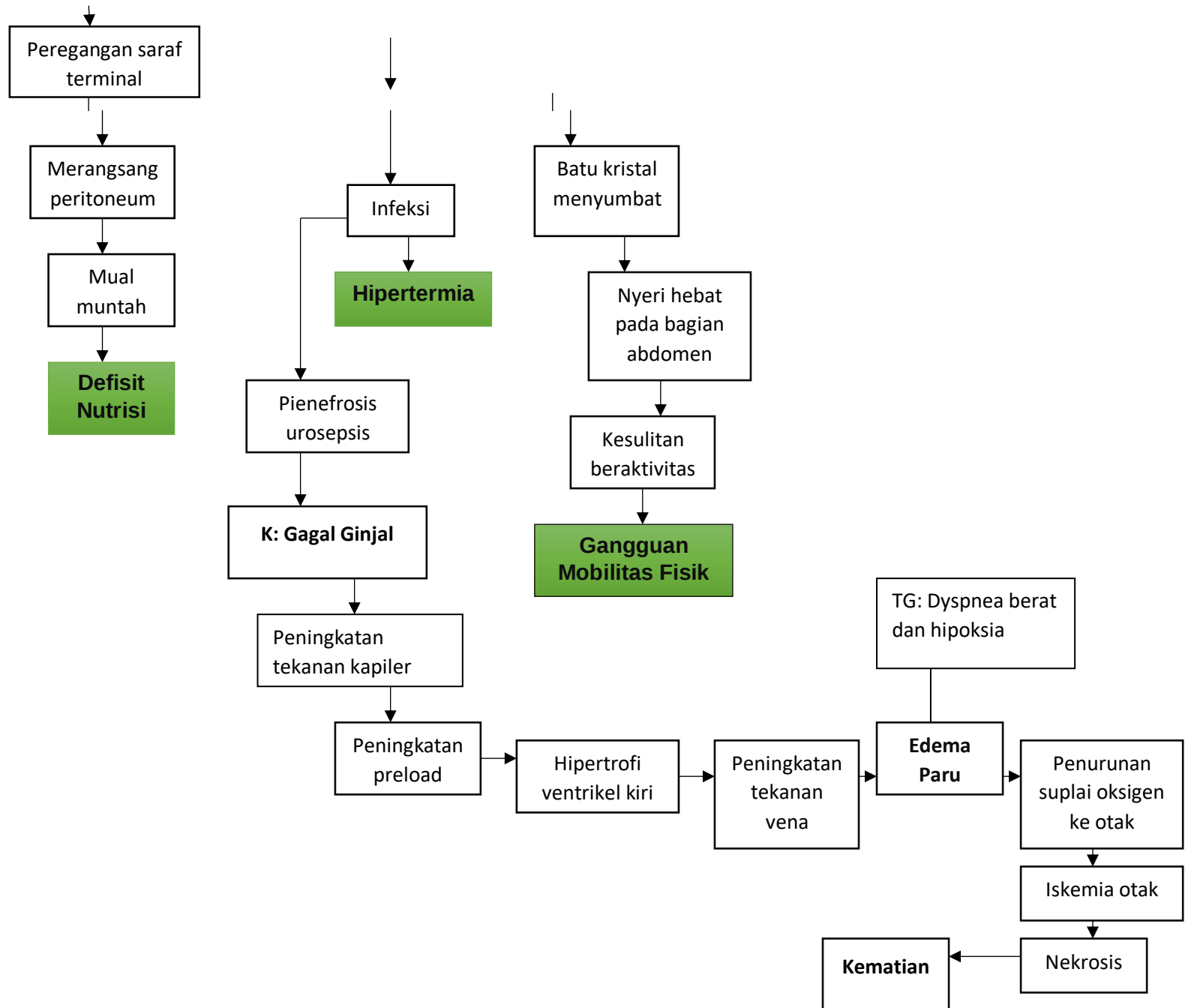
WHO. (2022). Batu Ginjal . *World Health Organization*.

Yuni Widiastiwi, I. E. (2021). Klasifikasi Penyakit Batu Ginjal Menggunakan Algoritma Decision Tree C4.5 Dengan Membandingkan Hasil Uji Akurasi . <https://journals.upi-yai.ac.id/>.

PATOFLOWDIAGRAM







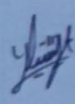
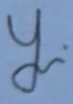
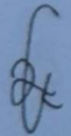
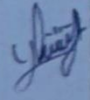
LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH

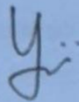
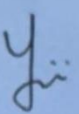
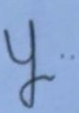
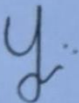
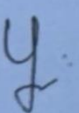
Nama : 1. Yusrianti Sobon (NS2414901117)
 2. Getrudis Yusri (NS2414901119)

Program : Profesi Ners

Pembimbing : Rosdewi, S.Kep., MSN

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *post-op pyelolitotomiy* di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Paraf		
			Pembimbing I	Penulis	
				1	2
1.	Selasa, 13 Mei 2025	Lapor kasus (ACC) Judul kasus : <i>post op pyelolitotomy</i>			
2.	Rabu, 28 Mei 2025	Konsul askep 1. Perbaiki pengematan kasus 2. Perbaikan pola Gordon 3. Mengganti diagnosa 3			
3.	Rabu, 4 Juni 2025	Konsul askep 1. Perbaikan judul 2. Perbaikan diagnosa 3 3. Tambahkan penjelasan jurnal yang sinkron			

		dengan tindakan mobilisasi dini			
4.	5 Juni 2025	Konsul askep 1. Perbaiki data SLKI pada diagnosa dua 2. Perbaiki data subjektif pada diagnosa 3			
5.	10 Juni 2025	Konsul revisi BAB 3,4 dan 5			
6	11 Juni 2025	Revisi EBN			
7	12 Juni 2025	Revisi PICOT jurnal			
8	13 Juni 2025	ACC			

p

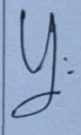
LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH

Nama : 1. Yusrianti Sobon (NS2414901117)
 2. Getrudis Yusri (NS2414901119)

Program : Profesi Ners

Pembimbing : Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *post-op pyelolitotomiy* di Ruang St. Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar

No	Hari/tanggal	Materi konsul	Paraf	
			Pembimbing II	Penulis
				1 2
1.	Rabu, 4 Juni 2025	Konsul BAB 1 dan 2 1. Perbaiki latar belakang 2. Perhatikan penulisan yang berbahasa inggris harus dicetak miring 3. Perhatikan spasi. 4. Tambahkan patofisiologi dan komplikasi batu ginjal 5. Perbaiki discharge planning post operasi		 

2	Kamis, 5 Juni 2025	1. perbaiki halaman sampul 2. Tambahkan 3 artikel di latar belakang 3. perhatikan penggunaan huruf kapital			y.
3	Senin, 9 Juni 2025	1. perbaiki pathway 2. perbaiki penulisan			y.
4	Selasa, 10 Juni 2025	Konsul hasil revisi (ACC)			y.

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Yusrianti Sobon
Tempat/Tanggal Lahir : Tana Toraja, 9 Mei 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl.Kesadaran Raya no.2

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Luther Lepong Mandi/Bertha Rante
Agama : Kristen
Pekerjaan : Petani / Honorer
Alamat : Polopadang Kapala Pitu

3. Pendidikan Yang Ditempuh

SD Negeri 1 Kapala Pitu : 2008-2014
SMP Negeri 2 Kapala Pitu : 2014-2016
SMP Negeri 2 Enrekang : 2016-2017
SMA Negeri 2 Enrekang : 2017-2018
SMA Kristen Elim Makassar : 2018-2020
STIK Stella Maris Makassar (SI) : 2020-2024
STIK Stella Maris Makassar (NERS) : 2024-2025

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Getrudis Yusri
Tempat/Tanggal Lahir : Golo Kukung, 24 Januari 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Datu Museng Lorong 35

2. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu : Silvester Sidang/Elisabet Muti
Agama : Katolik
Pekerjaan : Petani
Alamat : Manggarai

3. Pendidikan Yang Ditempuh

SD Katolik Dampek : 2005-2010
SMP Negeri 1 Lamba Leda Dampek : 2010-2013
SMK Elanus Ruteng : 2013-2016
STIK Stella Maris Makassar (SI) : 2018-2022
STIK Stella Maris Makassar (NERS) : 2024-2025