# KARYA TULIS ILMIAH

# LAPORAN STUDI KASUS

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Z DENGAN POST OPERASI PCNL ATAS INDIKASI BATU GINJAL DI RUANG BEDAH AMBUN SURI LANTAI 2 RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018


**OLEH :**

**YULIA FITRI NENGSI**

**1514401031**



**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2018**

# ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. Z DENGAN POST OPERASI PCNL ATAS INDIKASI BATU GINJAL DI RUANG BEDAH AMBUN SURI LANTAI 2 RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018

## LAPORAN STUDI KASUS

***Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang***

**OLEH :**

**YULIA FITRI NENGSI**

**1514401031**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**PERINTIS PADANG**

**TAHUN 2018**

# LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : YULIA FITRI NENGSI

NIM : 1514401031

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z Dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal Di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, Juli 2018

Pembimbing,

**Ns. Aldo Yuliano,MM**
**NIK. 1420120078509053**

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang

**Ns. Endra Amalia, S. Kep, M. Kep**
**NIK. 1420123106993012**

# LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : YULIA FITRI NENGSI

NIM : 1514401031

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z Dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal Di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 17 Juli 2018

Dosen Penguji

Penguji I,

**Ns.Falerisiska Yunere, M. Kep**
**NIK. 1440125028004033**

Penguji II,

**Ns. Aldo Yuliano,MM**
**NIK. 1420120078509053**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang**
**Program Studi D III Keperawatan**
**Karya Tulis Ilmiah, Juli Tahun 2018**

**YULIA FITRI NENGSI**
**1514401031**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Z DENGAN POST OPERASI PCNL ATAS INDIKASI BATU GINJAL DI RUANG BEDAH AMBUN SURI LANTAI 2 RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGTI TAHUN 2018**
**V Bab (113 Halaman) + 7 Tabel + 3 Gambar + 2 Lampiran**

## ABSTRAK

Batu ginjal adalah suatu keadaan terdapat satu atau lebih di dalam pelvis atau calyces ginjal atau saluran kemih. Batu ginjal di saluran kemih *(Kalkulus uriner)* adalah masa keras seperti batu yang terbentuk di sepanjang saluran kemih dan bisa menyebabkan nyeri, perdarahan, penyumbatan aliran kemih dan infeksi. Dari data yang didapat di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dari bulan januari sampai dengan bulan Juni ditemukan sebanyak 42 orang yang terkena Batu Ginjal. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan post operasi batu ginjal. Hasil laporan kasus ditemukan pada Ny.Z yaitu klien mengatakan nyeri di bagian pinggang, luka post operasi klien tampak bernanah dan berdarah, klien mengatakan nafsu makan tidak ada,klien mengatakan mual dan muntah,klien mengatakan selama dirumah sakit tidak ada mandi. Dari hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Ny.Z yaitu Nyeri akut berhungan dengan agen cidera fisik. Resiko infeksi berhungan dengan Insisi bedah / adanya luka bekas operasi. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhungan dengan Mual, muntah dari efek sekunder nyeri. Deficit perawatan diri b.d kelemahan dan kelelahan. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melakukan tindakakn keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Batu ginjal merupakan kasus yang sering terjadi dikalangan masyarakat indonesia jika tidak ditangani secara capat dan tepat dapat mengacam kehidupan klien oleh karena itu disarankan kepada instalasi rumah sakit untuk melakukan Asuhan Keperawatan klien dengan batu ginjal secara tepat dan benar.

**Kata Kunci** : **Asuhan Keperawatan Batu Ginjal, Post Operasi, PCNL, Nyeri Akut, Infeksi.**
**Daftar Pustaka** : **15 (2008-2018)**

***Institute Of Health Science Perintis Padang***
***D III Study Program Of Nursing***
***Script Writing, July 2018***

***YULIA FITRI NENGSI***
***1514401031***

***NURSING CARE IN NY. Z WITH PCNL OPERATION POSITION ON INDICATING ROCK STONE IN ROOM AMBUN SURI FLOOR 2 RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGTI 2018***

***V Chapter (113 Pages) + 7 Tables + 3 Images + 2 Attachments***

## *ABSTRACT*

*Kidney stones are a condition where there is one or more in the pelvis or calyces of the kidney or urinary tract. Kidney stones in the urinary tract (urinary calculus) are hard times like stones that form along the urinary tract and can cause pain, bleeding, blockage of the urinary tract and infection. From the data obtained in the 2nd Floor of Inpatient Suri Surgery Room at RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2018 from January to June was found as many as 42 people affected by Kidney Stone. The purpose of this report is to be able to provide care for clients by post kidney stone surgery. The results of the case report were found in Mrs. Z, namely the client said pain at the waist, the client's postoperative wound was festering and bleeding, the client said there was no appetite, the client said nausea and vomiting, the client said during the hospital there was no bath. From the results of the study, there is a nursing problem in Ny.Z that is acute pain associated with physical injury agent. The risk of infection is associated with surgical incision / surgical wound. Nutrition imbalance is less than the body's needs are associated with Nausea, vomiting from secondary effects of pain. The self-care deficit is associated with weakness and fatigue. Based on the above nursing problems then prepared the plan and conduct nursing actions and evaluation that refers to the objectives and criteria of the results. Kidney stones are cases that often occur among Indonesians if they are not handled appropriately and appropriately can threaten the life of the client, therefore it is recommended to the hospital installation to perform client nursing care with kidney stones correctly and correctly.*

***Keywords : Postoperative Nursing Care, Kidney Stones, Acute Pain, PCNL, Infection***
***References : 15 (2008-2018)***

# KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

*Asalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatu.*

Alhamdulillah segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penyusunan Laporan Studi Kasus ini dapat terselesaikan. Laporan Studi Kasus ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Diploma (D III) Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang Tahun 2018 dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z Dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal Di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018"**

Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad.Saw, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Amin Ya Rabbal Alamin.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan berkat dukungan, dorongan, motifasi, bimbingan, nasehat dan semangat dari orang terdekat dan orang yang berada disekitar penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikannya. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada Yth, Bapak Ns.Aldo Yuliano, MM. selaku pembimbing I dan Ibu Reni Susanti, SKp, M. Kep, Ns.Sp.Kep.MB selaku pembimbing klinik Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat yang telah

banyak meluangkan waktunya dengan penuh perhatian. Petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan.

Seterusnya ucapan terima kasih saya kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku penanggung jawab Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Bapak Dr. Khairul Said, Sp.M selaku direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
4. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
5. Bapak Ns.Aldo Yuliano, MM. selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
6. Ibu Reni Susanti, SKp, M. Kep, Ns.Sp.Kep.MB selaku pembing klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
7. Khususnya kepada kedua orang tuaku tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Do’a yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.
8. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi STIKes Perintis Prodi D III Keperawatan yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuanpenulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Amin.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2018

Yulia Fitri Nengsi

# DAFTAR ISI

**Halaman**

**HALAMAN JUDUL**

**LEMBARAN PERSETUJUAN**

**LEMBARAN PENGESAHAN**

**ABSTRAK**

**KATA PENGANTAR..... i**

**DAFTAR ISI..... iv**

**DAFTAR GAMBAR..... vi**

**DAFTAR TABEL ..... vii**

**DAFTAR LAMPIRAN ..... viii**

**BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang ..... 1

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum……. 4

1.2.2 Tujuan Khusus……..... 4

1.3 Manfaat ..... 5

**BAB II TINJAUAN TEORITIS**

2.1 Tinjauan Teoritis

2.1.1 Pengertian……..... 7

2.1.2 Anatomi dan Fisilogi……... 8

2.1.3 Etiologi……... 12

2.1.4 Manifestasi Klinis……... 13

2.1.5 Patofisiologi……..... 14

2.1.6 Pemeriksaan penunjang……... 18

2.1.7 Penatalaksanaan

a. Keperawatan……. 22

b. Medis……..... 23
2.1.8 Komplikasi…….. 28
2.1.9 Klasifikasi…….. 28
2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis
2.2.1 Pengkajian……... 31
2.2.2 Diagnosa Keperawatan……... 39
2.2.3 Intervensi…… 41
2.2.4 Implementasi……... 50
2.2.5 Evaluasi……... 51

**BAB III TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian ..... 53
3.2 Diagnosa Keperawatan..... 72
3.3 Intervensi ..... 73
3.4 Implementasi ..... 76
3.5 Evaluasi ..... 76

**BAB IV PEMBAHASAN BAB IV PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian ..... 96
4.2 Diagnosa..... 99
4.3 Intrevensi ..... 101
4.4 Implementasi ..... 104
4.5 Evaluasi ..... 108

**BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan ..... 111
5.2 Saran..... 113

**DAFTAR PUSTAKA**

# DAFTAR GAMBAR

**Halaman**

Gambar 2.1.2 : Gambar Anatomi Ginjal Manusia ..... 8

Gambar 2.1.2 : Gambar Anatomi Ginjal..... 11

Gambar 2.1.5 : WOC ..... 17

# DAFTAR TABEL

**Halaman**

Tabel 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang ..... 20

Tabel 2.2.3 Intervensi Secara Teoritis ..... 41

Tabel 3.1 Data Biologis ..... 61

Tabel 3.1 Hasil Labor ..... 65

Tabel 3.1 Analisa Data..... 70

Tabel 3.2 Intervensi ..... 73

Tabel 3.2 Implementasi..... 76

# DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Riwayat Hidup

Lampiran II Pernyataan Persetujuan

Lampiran III Lembaran Konsultasi Bimbingan

# BAB I

# PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Batu ginjal adalah suatu keadaan terdapat satu atau lebih di dalam pelvis atau calyces ginjal atau saluran kemih (Pratomo, 2007). Batu ginjal di saluran kemih *(Kalkulus uriner)* adalah masa keras seperti batu yang terbentuk di sepanjang saluran kemih dan bisa menyebabkan nyeri, perdarahan, penyumbatan aliran kemih dan infeksi. Batu ini bisa terbentuk di dalam ginjal (batu ginjal) maupun di dalam kandung kemih (batu kandung kemih). Proses pembentukan batu disebut dengan *urolitiasis (litiasis renalis, nefrolitiasis).*

Penyakit ini rata rata sering di derita oleh laki laki, penyakit ini menyerang sekitar 4% dari 100 penderita batu ginjal seluruh populasi dengan rasio pria wanita 4 : 1 dan penyakit ini disertai morbolitas yang besar karena rasa nyeri yang berbeda didaerah ginjal perbandingan yang sangat signifikan penyakit batu ginjal paling banyak pada laki- laki dewasa dan penyakit batu ginjal sering muncul pada daerah pegunungan wilayah yang banyak terdapat kapur dan lelumutan hal ini menurut pendapat ( Harumi, 2008).

Menurut WHO di seluruh dunia rata- rata terdapat 1-2% penduduk yang menderita batu ginjal dari jumlah 100 penderita penyakit ini merupakan penyakit terbanyak di bidang urulogi. Di Amerika serikat merupakan penyakit terbanyak yang mengalami penyakit sistem perkemihan terutama

batu ginjal dengan presentase 30% dari jumlah 100.000 jumlah penderita batu ginjal Di Negara barat lebih 90% batu saluran kemih diterapi secara minimal invasif atau endourologi, dan sisanya secara medikamentosa maupun operatif. Hal ini disebabkan cukup banyak komplikasi yang dapat terjadi pada operasi terbuka. Hal ini disebabkan cukup banyak komplikasi yang dapat terjadi pada operasi terbuka. Di Negara barat terapi dengan minimal invasif atau endourologi sering lebih murah dibanding operasi terbuka. Sedangkan dinegara berkembang keadaan ini dapat sebaliknya.

Suatu hal yang sangat memperhatinkan yaitu tingginya angka kambuh pasca pengobatan baru saluran kemih. Berbagai penelitian melaporkan kambuhan tahun pertama berkisar antara 15- 27% dalam 4- 5 tahun berkisar 40- 67,5% dan terbentuknya batu saluran kemih disebabkan oleh faktor intriksik yang terdiri dari faktor genetik sebanyak 25% dan non genetik 75%. Faktor intrinsik non genetik misal umur,jenis kelamin, ras dan sebagainya. Selain itu dipengaruhi oleh faktor ekstersik seperti faktor geografis, musim, iklim, dan gaya hidup seperti pekerjaan, pola makan dan minum, stres psikis, kegemukan, olah raga, pH air kemis statis dan lainnya.

Mengingat penyakit baru saluran kemih dapat menimbulkan rasa sakit yang ringan sampai yang hebat, dan dapat menimbulkan komplikasi yang ringan samapai yang tidak sedikit maka pengetahuan tentang gaya hidup dan pola makanan dengan terbentuknya batu saluran kemih, perlu diketahui penyakit batu ginjal merupakan masalah kesehatan yang cukup

bermakna baik di Indonesia maupun Dunia. Pravelensi penyakit batu ginjal dalam presentase 100 penderita diperkirakan 12% pada laki- laki dewasa dan 6% pada wanita dewasa 7% batu ginjal didapatkan pada saluran ginjal pada anak- anak sering kali di temukan pada kasus batu ginjal pada laki- laki dewasa dan pada daerah pegunungan yang banyak mengkonsumsi zat kapur ( Worcester & Ceo, 2011).

Angka kejadian batu ginjal di Indonesia pada tahun 2011 berdasarkan data yang dikumpulkan dari rumah sakit di seluruh Indonesia adalah 37.636 kasus baru, dengan jumlah kunjungan sebesar 58.959 orang. Sedangkan jumlah pasien yang dirawat adalah sebesar 19.018 orang. Dengan jumlah kematian 378 orang dari jumlah 100 ribu penderita batu ginjal di seluruh Indonesia (Depkes2011).

Dari data yang didapat di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dari bulan januari sampai dengan bulan Juni ditemukan sebanyak 42 orang yang terkena Batu Ginjal.

Berdasarkan latar belakang itulah penulis tertarik untuk membuat Laporan Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”.

## 1.2 Tujuan

### 1.2.1 Tujuan Umum

Penulis dapat melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

### 1.2.2 Tujuan Khusus

a. Penulis dapat melaksanakan pengkajian pada klien Ny. Z dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
b. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Ny. Z dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
c. Penulis dapat merencanakan tindakan asuhan keperawatan pada klien Ny. Z dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
d. Penulis dapat melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada klien Ny. Z dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

e. Penulis dapat mengevaluasi asuhan keperawatan pada klien Ny. Z dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

f. Penulis dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien Ny. Z dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

## 1.3 Manfaat

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak yaitu:

### 1.3.1 Bagi Penulis

Menambah wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan proses keperawatan dan memanfaatkan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama menempuh pendidikan di STIKes Perintis Perintis Padang terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

### 1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai tambahan referensi dan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal khususnya bagi pembaca di perpustakaan STIKes Perintis Padang.

### 1.3.3 Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi petugas kesehatan khususnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal dan sebagai peningkatan mutu kesehatan di rumah sakit.

# BAB II

# TINJAUAN TEORITIS

## 2.1 Konsep Dasar

### 2.1.1 Pengertian

Batu ginjal adalah suatu keadaan terdapat satu atau lebih di dalam pelvis atau calyces ginjal atau saluran kemih (Pratomo, 2007). Batu ginjal di saluran kemih *(Kalkulus uriner)* adalah masa keras seperti batu yang terbentuk di sepanjang saluran kemih dan bisa menyebabkan nyeri, perdarahan, penyumbatan aliran kemih dan infeksi. Batu ini bisa terbentuk di dalam ginjal (batu ginjal) maupun di dalam kandung kemih (batu kandung kemih). Proses pembentukan batu disebut dengan *urolitiasis (litiasis renalis, nefrolitiasis).*

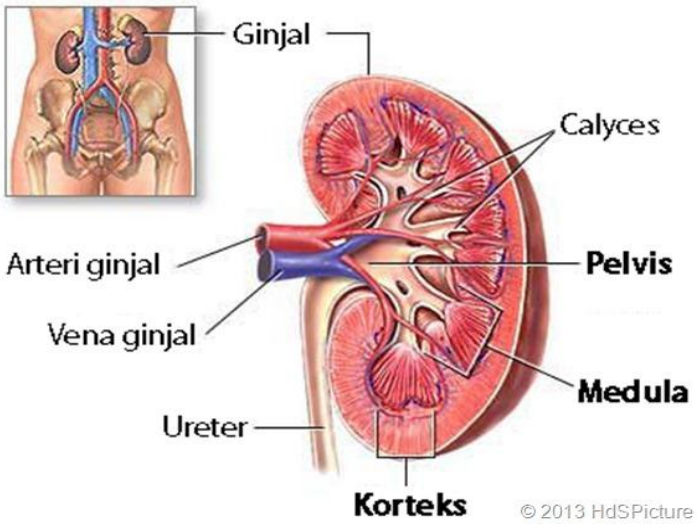
Batu ginjal terbentuk bila konsentrasi garam atau mineral dalam urin mencapai nilai yang memungkinkan terbentuknya kristal yang akan mengendap pada tubulus ginjal atau ureter. Meningkatnya konsentrasi garam-garam ini disebabkan adanya kelainan metabolisme atau pengaruh lingkungan. Sebagian besar batu ginjal merupakan garam kalsium, fosfat, oksolat serta asam urat. Batu ginjal lainnya adalah batu sistim tetapi jarang terjadi (Nurqoriah, 2012).

Penyakit batu ginjal merupakan penyakit yang terbentuk karena terjadinya pengkristalan kalsium dan atau asam urat dalam tubuh (ginjal), cairan mineral ini memompa dan membentuk kristal yang mengakibatkan terjadinya batu ginjal. Penyakit batu ginjal biasanya

terdapat di dalam ginjal tubuh seseorang, dimana tempat bernaungnya urin sebelum dialirkan melalui ureter menuju kandung kemih (Nurqoriah dkk, 2012).

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

a. Ginjal




Gambar Anatomi ginjal manusia (Moore dan Agur, 2002).

Ginjal manusia berjumlah 2 buah, terletak di pinggang, sedikit di bawah tulang rusuk bagian belakang (Danils, wibowo, 2005). Ginjal kanan sedikit lebih rendah di banding ginjal kiri. Mempunyai panjang 7 cm dan tebal 3 cm. terbungkus dalam kapsul yang terbuka ke bawah. Di antara ginjal dan kapsul terdapat jaringan lemak yang membantu melindungi ginjal terhadap goncangan (Danils, wibowo, 2005).

Ginjal mempunyai nefron yang tiap-tiap tubulus dan glomerulusnya adalah satu unit. Ukuran ginjal di tentukan oleh

sejumlah nefron yang di milikinya. Kira-kira terdapat 1,3 juta nefron dalam tiap-tiap ginjal manusia (Ganong, 2001).

Dua ginjal terletak diluar rongga peritonium dan dikedua sisi kolumna vertebrae seringgi $T_{12}$ hingga $L_{3.}$ Organ berbentuk kacang yang kaya akan pembukuh darah ini mempunyai panjang sekitar 11,4 cm dan lebar 6,4 cm. permukaan lateral ginjal berbentuk cembung, permukaan tengahnya berbentuk cekung dan membentuk percabangan vertikel, yang disebut hilum. Ureter, arteri renalis, vena renalis, pembuluh darah limfatik, dan saraf masuk atau keluar ginjal di tingkat hilum.

Dibagian internal, masing-masing ginjal mempunyai 3 bagian yang berbeda, yaitu korteks, medula, dan pelvis. Bagian eksternal atau korteks renal, berwarna terang dan tampak berkanula. Bagian ginjal ini berisi glomerulus, kumpulan kecil kapiler. Glomerulus membawa darahmeuju danmembawa produk sisa dari nefron, unit fungsional ginjal.

Medula ginjal (terletak tepat dibawah korteks) berisi masa jaringan berbentuk kerucut yang disebut piramida ginjal, hampir seluruhnya dibentuk oleh berkas tubulus penampung. Tubulus penampung yang membentuk piramida tersebut mengalirkan urine ke bagian terdalam yang disebut pelvis ginjal. Pelvis ginjal bersambung menjadi ureter saat meninggalkan hilum. Cabang pelvis (kalik) memanjang ke arah medula dan bekerja menampung urin serta mengalirkannya ke dalam pelvis. Dari

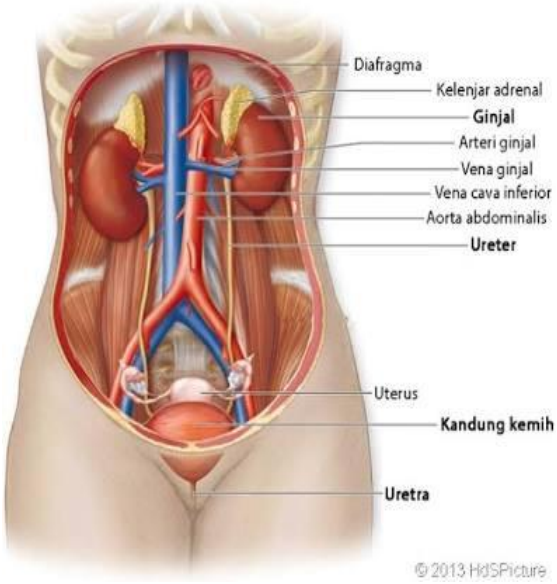
pelvis, urine dialirkan melalui ureter dan masuk ke dalam kandung kemih untuk disimpan. Dinding kalik, pelvis ginjal, dan ureter terdiri atas otot polos yang mengalirkan urine secara peristalsis.

Fungsi ginjal :

1. Menyaring dan membersihkan darah dari zat-zat sisa metabolisme tubuh.
2. Mengekresikan zat yang jumlahnya berlebihan.
3. Reabsorbsi (penyerapan kembali) elektrolit tertentu yang dilakukan oleh bagian tubulus ginjal.
4. Menjaga keseimbangan asam basa dalam tubuh.
5. Menghasilkan zat hormon yang berperan membentuk dan mematangkan sel-sel darah merah (SDM) di sumsum tulang.
6. Hemostasis ginjal, mengatur pH, konsentrasi ion mineral, dan komposisi air dalam darah (Guyton, 1996).

b. Ureter

Ureter merupakan dua saluran dengan panjang sekitar 25-30 cm, terbentang dari ginjal sampai vesika urinaria. Fungsi satu-satunya adalah menyalurkan urin ke vesika urinaria (Roger watson, 2002).




Gambar Anatomi Ginjal (Sumber: fisiologi ginjal dan Cairan Tubuh, 2009)

c. Vesika Erinaria

Vesika Erinaria adalah kantong berotot yang dapat mengempis, terletak 3-4 cm di belakang simpisis pubis (tulang kemaluan). Vesika urinaria mempunyai 2 fungsi yaitu :

a) Sebagai tempat penyimpanan urin sebelum meninggalkan tubuh.

b) Dibantu uretra, vesika urinaria berfungsi mendorong urin keluar tubuh (Roger watson, 2002). Di dalam vesika urinaria mampu menampung urin antara 170 sampai 230 ml (Evelyn 2009).

d. Uretra

Uretra adalah saluran kecil dan dapat mengembang, berjalan dari kandung kemih sampai ke luar tubuh. Pada wanita uretra terpendek dan terletak di dekat vagina. Pada uretra laki-laki mempunyai panjang 5 sampai 20 cm (Daniels wibowo, 2008).

### 2.1.3 Etiologi

Penyakit batu ginjal dapat disebabkan oleh beberapa hal. Berikut ini merupakan beberapa faktor penyebab dari batu ginjal :

1. Genetik (Bawaan)

   Ada orang-orang tertentu memiliki kelainan atau gangguan organ ginjal sejak dilahirkan, meskipun kasusnya relatif sedikit anak yang sejak kecil mengalami gangguan metabolisme khususnya di bagian ginjal yaitu air seni nya memiliki kecendrungan mudah mengendapkan garam membuat mudah terbentuknya batu karna fungsi ginjal tidak dapat bekerja normal maka kelancaran proses pengeluaran air kemih nya mengalami gangguan, misalnya banyak zat kapur di air kemih sehingga mudah mengendapkan batu.

2. Makanan

   Sebagian besar penyakit batu ginjal disebabkan oleh faktor makanan dan minuman. Makanan-makanan tertentu memang mengandung bahan kimia yang berefek pada pengendapan air kemih, misalnya makanan yang mengandung kalsium tinggi, seperti oksolat dan fosfat.

3. Aktivitas

   Faktor pekerjaan dan olah raga dapat mempengaruhi penyakit batu ginjal. Resiko terkena penyakit ini pada orang yang pekerjaannya banyak duduk lebih tinggi dari pada orang yang banyak berdiri atau bergerak dan orang yang kurang berolah raga

karena tubuh kurang bergerak (baik olah raga maupun aktivitas bekerja) menyebabkan peredaran darah maupun aliran air seni menjadikurang lancar. Bahkan tidak hanya penyakit batu ginjal yag diderita, penyakit lain bisa dengan gampang menyerang.

### 2.1.4 Manifestasi Klinis

Hariyanto (2008) menyatakan bahwa besar dan lokasi batu bervariasi, rasa sakit disebabkan oleh obstruksi merupakan gejala utama. Batu yang besar dengan permukaan yang kasar yang masuk ke dalam ureter akan menambah frekuensi dan memaksa kontraksi ureter secara otomatis. Rasa sakit yang dimulai dari pinggang bawah menuju ke pinggul, kemudian ke alat kelamin luar. Intensitas rasa sakit berfluktuasi dan rasak sakit yang luar biasa bisa merupakan puncak dari kesakitan.

Menurut handriadi (2006) menyatakan apabila batu berada di ginjal dan kalik, rasa sakit menetap dan kurang intensitasnya. Sakit pinggang terjadi bila batu yang mengadakan obstruksi berada di dalam ginjal. Sedangkan rasa sakit yang parah terjadi bila batu telah pindah ke bagian ureter. Mual dan muntah selalu mengikuti rasa sakit yang berat. Penderita batu ginjal kadang-kadang juga mengalami panas, kedinginan, adanya darah di dalam urin bila batu melukai urin, distensi perut, nanah dalam urin.

Batu, terutama yang kecil, bisa tidak menimbulkan gejala. Batu di dalam kandung kemih bisa menyebabkan nyeri di perut bagian bawah. Batu yang menyumbat ureter, pelvis renalis maupun *tubulus*

*renalis* bisa menyebabkan nyeri punggung atau *kolik renalis* (nyeri kolik yang hebat). Kolik renalis ditandai dengan nyeri hebat yang hilang-timbul, biasanya di daerah antara tulang rusuk dan tulang pinggang, yang menjalar ke perut, daerah kemaluan dan paha sebelah dalam (Brunner dan Suddarth, 2003). Gejala lainnya adalah mual dan muntah, perut menggelembung, demam, menggigil dan darah di dalam air kemih. Penderita mungkin menjadi sering berkemih, terutama ketika batu melewati ureter. Batu bisa menyebabkan infeksi saluran kemih. Jika batu menyumbat aliran kemih, bakteri akan terperangkap di dalam air kemih yang terkumpul diatas penyumbatan, sehingga terjadilah infeksi. Jika penyumbatan ini berlangsung lama, air kemih akan mengalir balik ke saluran di dalam ginjal, menyebabkan penekanan yang akan menggelembungkan ginjal (*hidronefrosis*) dan pada akhirnya bisa terjadi kerusakan ginjal.(jarot,2008)

2.1.5 Patofisiologi

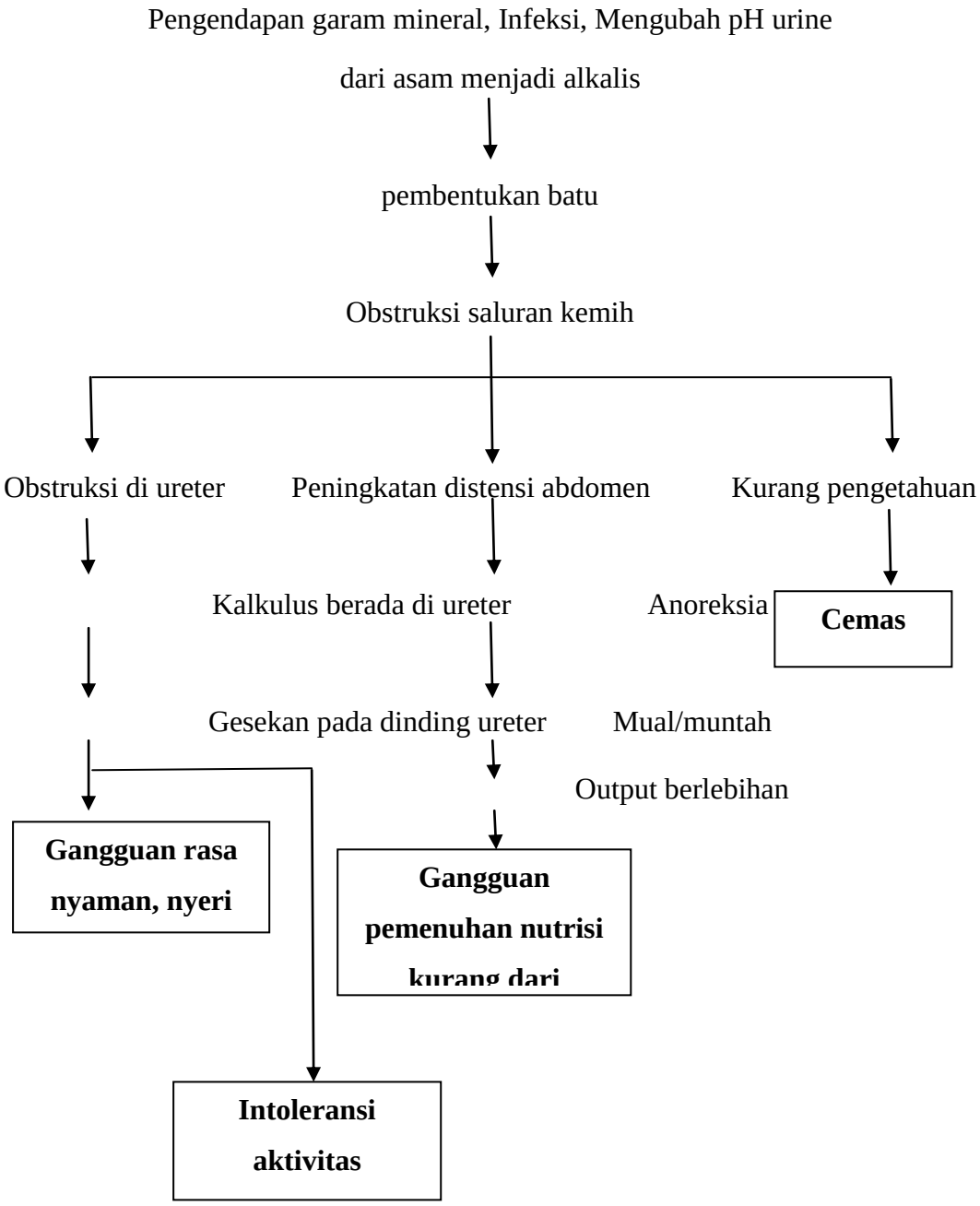
Substansi kristal yang normalnya larut dan di ekskresikan ke dalam urine membentuk endapan. Batu renal tersusun dari kalsium fosfat, oksalat atau asam urat. Komponen yang lebih jarang membentuk batu adalah struvit atau magnesium, amonium, asam urat, atau kombinasi bahan-bahan ini. Batu ginjal dapat disebabkan 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 obat tertentu, juga dapat merangsang pembentukan batu. Segala sesuatu yang menghambat aliran urine dan menyebabkan stasis (tidak ada pergerakan) urine di bagian mana saja di saluran kemih, meningkatkan kemungkinan pembentukan batu. Batu kalsium, yang biasanya terbentuk bersama oksalat atau fosfat, sering menyertai keadaan-keadaan yang menyebabkan resorpsi tulang, termasuk imobilisasi dan penyakit ginjal. Batu asam urat sering menyertai gout, suatu penyakit peningkatan pembentukan atau penurunan ekskresi asam urat.

Asuhan Keperawatan Kegemukan dan kenaikan berat badan meningkatkan risiko batu ginjal akibat peningkatan ekskresi kalsium, oksalat, dan asam urat yang berlebihan. Pengenceran urine apabila terjadi obstruksi aliran, karena kemampuan ginjal memekatkan urine terganggu oleh pembengkakan yang terjadi di sekitar kapiler peritubulus. Komplikasinya Obstruksi urine dapat terjadi di sebelah hulu dari batu di bagian mana saja di saluran kemih. Obstruksi di atas 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 hidronefrosis yaitu pembengkakan pelvis ginjal dan sistem duktus pengumpul. Hidronefrosis dapat menyebabkan ginjal tidak dapat memekatkan urine sehingga terjadi ketidakseimbangan elektrolit dan cairan. Obstruksi yang tidak diatasi dapat menyebabkan kolapsnya nefron dan kapiler sehingga terjadi 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 berulang.

**WOC**




**Sumber  Mansjoer Arief, 2000**

### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Adapun pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada klien batu saluran kemih adalah *(American Urological Association*, 2005) :

1. Urinalisa

   Warna kuning, coklat atau gelap. : warna : normal kekuning-kuningan, abnormal merah menunjukkan hematuri (kemungkinan obstruksi urine, kalkulus renalis, tumor,kegagalan ginjal). pH : normal 4,6 – 6,8 (rata-rata 6,0), asam (meningkatkan sistin dan batu asam urat), alkali (meningkatkan magnesium, fosfat amonium, atau batu kalsium fosfat), Urine 24 jam : Kreatinin, asam urat, kalsium, fosfat, oksalat, atau sistin mungkin meningkat), kultur urine menunjukkan Infeksi Saluran Kencing , BUN hasil normal 5 – 20 mg/dl tujuan untuk memperlihatkan kemampuan ginjal untuk mengekskresi sisa yang bemitrogen.

   BUN menjelaskan secara kasar perkiraan Glomerular Filtration Rate. BUN dapat dipengaruhi oleh diet tinggi protein, darah dalam saluran pencernaan status katabolik (cedera, infeksi). Kreatinin serum hasil normal laki-laki 0,85 sampai 15mg/dl perempuan 0,70 sampai 1,25 mg/dl tujuannya untuk memperlihatkan kemampuan ginjal untuk mengekskresi sisa yang bemitrogen. Abnormal (tinggi pada serum/rendah pada urine) sekunder terhadap tingginya batu obstruktif pada ginjal menyebabkan iskemia/nekrosis.

2. Laboratorium
   a. Darah lengkap : Hb, Ht, abnormal bila pasien dehidrasi berat atau polisitemia.
   b. Hormon Paratyroid mungkin meningkat bila ada gagal ginjal (PTH merangsang reabsorbsi kalsium dari tulang, meningkatkan sirkulasi serum dan kalsium urine.
3. Foto KUB (*Kidney Ureter Bladder*)

   Menunjukkan ukuran ginjal, ureter dan bladder serta menunjukan adanya batu di sekitar saluran kemih.
4. Endoskopi ginjal

   Menentukan pelvis ginjal, dan untuk mengeluarkan batu yang kecil.
5. USG Ginjal

   Untuk menentukan perubahan obstruksi dan lokasi batu.
6. EKG (*Elektrokardiografi*)

   Menunjukan ketidak seimbangan cairan, asam basa dan elektrolit.
7. Foto Rontgen

   Menunjukan adanya batu didalam kandung kemih yang abnormal, menunjukkan adanya calculi atau perubahan anatomik pada area ginjal dan sepanjang ureter.
8. IVP (*Intra Venous Pyelografi* )

   Menunjukan perlambatan pengosongan kandung kemih, membedakan derajat obstruksi kandung kemih divertikuli

kandung kemih dan penebalan abnormal otot kandung kemih dan memberikan konfirmasi cepat urolithiasis seperti penyebab nyeri abdominal atau panggul. Menunjukkan abnormalitas pada struktur anatomik (distensi ureter).

9. Pielogram retrograd

   Menunjukan abnormalitas pelvis saluran ureter dan kandung kemih. Diagnosis ditegakan dengan studi ginjal, ureter, kandung kemih, urografi intravena atau pielografi retrograde. Uji kimia darah dengan urine dalam 24 jam untuk mengukur kalsium, asam urat, kreatinin, natrium, dan volume total merupakan upaya dari diagnostik. Riwayat diet dan medikasi serta adanya riwayat batu ginjal, ureter, dan kandung kemih dalam keluarga di dapatkan untuk mengidentifikasi faktor yang mencetuskan terbentuknya batu kandung kemih pada klien.

**Perubahan Nilai Laboratorium Terkait Dengan Penyakit Ginjal**

| No | Pemeriksaan | Nilai Normal | Nilai Pada Penyakit Ginjal |
|---|---|---|---|
| **1.** | trogen urea rah (BUN). | 25 mg/dl dikit lebih tinggi pada lansia. | -50 mg/dl atau ɔih tinggi. |
| **2.** | sio BUN/Kreatin in. | :1 (BUN: eatinin) hingga :1. | nurunan rasio da nekrosis ɔulus akut; ningkatan penyakit glomelurus, ɔtemia. |
| **3.** | etinin, serum | 5-1,5 mg/dl dikit lebih ıdah pada ınita, lansia | ıik; kadar >4 g/dl mengindikasikan kerusakan fungsi ıjal berat. |
| **4.** | irens Kreatinin | -135mg/menit | nurunan cadangan |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | ıjal: 32,5-85,0 /menit |
| | | dikit lebih ıdah pada wanita lai turun pada ısia | sufisiensi ginjal: 5-32,5 ml/menit ıgal ginjal:<6,5 g/menit |
| **5.** | FR | 0 ml/menit/1,73 $m^2$ | run pada rusakan ginjal |
| **6.** | bumin serum | 5-5 g/dl; lebih ıdah pada lansia | run pada sindrom nefrotik |
| **7.** | ektrolit serum | ılium: 3,5-5,3 Eq/L | eningkat pada sufisiensi ginjal |
| | | ıtrium: 135-145 Eq/L | run pada sindrom nefrotik |
| | | ılsium: 4,5-5,5 Eq/L atau 9-11 g/dl | run pada gagal ıjal |
| | | sfor: 2,5-4,5 g/dl | eningkat pada gal ginjal |
| **8.** | tung sel rah merah | anita: 4,0-5,0 a/$mm^3$ ia: 4,6-6,0 a/$mm^3$ | run pada penyakit ginjal kronik |
| **9.** | eatinin urine | 2 g/24 jam | run pada ngguan kerusakan fungsi ginjal |
| **10.** | otein urine | -150 mg/24 jam | eningkat pada ngguan kerusakan fungsi ginjal |
| **.** | tung sel darah urine | <2/HPF; tidak ada gumpalan SDP | Ada pada gangguan glomerulus |

2.1.7 Penatalaksanaan

a. Keperawatan

1) Pengurangan nyeri

Morfin atau meperiden untuk mencegah syok dan sinkop akibat nyeri yang luar biasa, mandi air panas atau hangat di area panggul, pembarian cairan kecuali untuk pasien muntah atau menderita gagal jantung kongestif. Pemberian cairan dibutuhkan mengurangi konsentrasi kristoid urin, mengecerkan urin, dan menjamin haluaran yang besar serta meningkatkan tekanan hidrostatik pada ruang dibelakang batu sehingga mendorong massase batu kebawah.

2) Pengakatan batu

Pemeriksaan sitoskopik dan passase ureter kecil untuk menghilangkan batu yang obstruktif. Jika batu tersangkut, dapat dilakukan analisa kimiawi untuk menentukan kandungan batu.

3) Terapi nutrisi dan medikasi

Tujuan terapi adalah membuat pengeceran dimana batu sering terbentuk dan membatasi makanan yang memberikan kontribusi pada pembentukan batu serta anjurkan klien untuk bergerak agar mengurangi pelepasan kalsium dari tulang. Tujuan pemberian terapi diit rendah protein, rendah garam adalah pembatu memperlambat pertumbuhan batu ginjal atau membatu mencengah pembentukan batu ginjal.

b. Medis

1) *Percutaneus Nephrolitotomy* (PCNL)

Merupakan salah satu tindakan minimal invasif di bidang urologi yang bertujuan mengangkat batu ginjal dengan menggunakan akses perkutan untuk mencapai sistem pelviokalises. Prosedur ini sudah diterima secara luas sebagai suatu prosedur untuk mengangkat batu ginjal karena relatif aman, efektif, murah, nyaman, dan memiliki morbiditas yang rendah, terutama bila dibandingkan dengan operasi terbuka.

Keuntungan prosedur PCNL adalah angka bebas batu yang lebih besar dari pada ESWL, dapat digunakan untuk terapi batu gunjal berukuran besar (>20 mm), dapat digunakan padabatu kalik inferior yang sulit di terapi dengan ESWL, dan morbiditasnya yang lebih rendah di bandingkan dengan operasi terbuka baik dalam respon sistemik tubuh maupun preservasi terhadap fungsi ginjal pasca operasi. Kelemahan PCNL adalah dibutuhkan keahlian kusus dalam pengalaman untuk melakukan prosedurnya. Saat ini operasi terbuka batu ginjal sudah banyak di ganti oleh prosedur PCNL dan ESWL baik dalam bentuk monoterapi maupun kombinasi, hal ini disebabkan morbiditas operasi terbuka lebih besar dibandingkan kedua modalitas lainnya.

PCNL dianjurkan untuk :

a. Batu pilium simpel dengan ukuran > 2 cm, dengan angka bebas batu sebesar 89%, lebih tinggi dari angka bebas batu bila dilakukan ESWL yaitu 43 %.
b. Batu kalik ginjal, terutama batu kalik inferior dengan ukuran 2 cm dengan angkan bebas batu 90% dibandingkan dengan ESWL 28,8 %. Batu kalik superior biasanya dapat diambil dari akses kalik inferior sedangkan untuk batu kalik media seringkali sulit bila akses berasal dari kalik inferior sehingga membutuhkan akses yang lebih tinggi.
c. Batu multipel, pernah dilaporkan kasus multipel pada ginjal tapal kuda dan berhasil di ekstraksi batu sebanyak 36 buah dengan hanya menyisakan 1 fragmen kecil pada kalik media posterior.
d. Batu pada ureteropelvik juntion dan ureter proksimal. Batu pada tempat ini seringkali infacted dan menimbulkan kesulitan saat pengambilannya. Untuk batu ureter proksimal yang letaknya sampai 6 cm proksimal masih dapat di jangkau dengan nefroskop, namun harus diperhatikan bahaya terjadinya preforasi dan kerusakan ureter, sehungga teknik ini direkomendasikan hanya untuk yang berpengalaman.

e. Batu ginjal besar. PCNL pada batu besar terutama staghorn membutuhkan waktu operasi yang lebih lama, mungkin juga membutuhkan beberapa sesi operasi, dan harus diantisipasi kemungkinan adanya batu sisa, keberhasilan sangat berkaitan dengan pengalaman operator.

f. Batu pada solitari kidney lebih aman dilakukan terapi dengan PCNL dibandingkan dengan bedah terbuka.

2) Terapi konservatif

Sebagian besar batu ureter mempunyai diameter kurang dari 5 mm. Batu ureter yang besarnya kurang dari 5 mm bisa keluar spontan (Fillingham dan Douglass, 2000). Untuk mengeluarkan batu kecil tersebut terdapat pilihan terapi konservatif berupa (*American Urological Association*, 2005):

- Minum sehingga diuresis 2 liter/ hari
- *α - blocker*
- NSAID

Batas lama terapi konservatif adalah 6 minggu. Di samping ukuran batu syarat lain untuk terapi konservatif adalah berat ringannya keluhan pasien, ada tidaknya infeksi dan obstruksi. Adanya kolik berulang atau ISK menyebabkan konservatif bukan merupakan pilihan. Begitu juga dengan adanya

obstruksi, apalagi pada pasien-pasien tertentu (misalnya ginjal tunggal, ginjal trasplan dan penurunan fungsi ginjal ) tidak ada toleransi terhadap obstruksi. Pasien seperti ini harus segera dilakukan intervensi (*American Urological Association*, 2005).

3) *Extracorporal Shock Wave Lithotripsy* ( ESWL )

ESWL banyak digunakan dalam penanganan batu saluran kemih. Badlani (2002) menyebutkan prinsip dari ESWL adalah memecah batu saluran kemih dengan menggunakan gelombang kejut yang dihasilkan oleh mesin dari luar tubuh. Gelombang kejut yang dihasilkan oleh mesin di luar tubuh dapat difokuskan ke arah batu dengan berbagai cara. Sesampainya di batu, gelombang kejut tadi akan melepas energinya. Diperlukan beberapa ribu kali gelombang kejut untuk memecah batu hingga menjadi pecahan-pecahan kecil, selanjutnya keluar bersama kencing tanpa menimbulkan sakit.

Al-Ansari (2005) menyebutkan komplikasi ESWL untuk terapi batu ureter hampir tidak ada. Keterbatasan ESWL antara lain sulit memecah batu keras (misalnya kalsium oksalat monohidrat), perlu beberapa kali tindakan, dan sulit pada orang bertubuh gemuk. Penggunaan ESWL untuk terapi batu ureter distal pada wanita dan anak-anak juga

harus dipertimbangkan dengan serius karena ada kemungkinan terjadi kerusakan pada ovarium.

4) *Ureterorenoskopic* (URS)

Pengembangan ureteroskopi sejak tahun 1980 an telah mengubah secara dramatis terapi batu ureter. Kombinasi ureteroskopi dengan pemecah batu ultrasound, EHL, laser dan pneumatik telah sukses dalam memecah batu ureter. Keterbatasan URS adalah tidak bisa untuk ekstraksi langsung batu ureter yang besar, sehingga diperlukan alat pemecah batu seperti yang disebutkan di atas. Pilihan untuk menggunakan jenis pemecah batu tertentu, tergantung pada pengalaman masing-masing operator dan ketersediaan alat tersebut

5) Operasi Terbuka

Fillingham dan Douglass (2000) menyebutkan bahwa beberapa variasi operasi terbuka untuk batu ureter mungkin masih dilakukan. Hal tersebut tergantung pada anatomi dan posisi batu, ureterolitotomi bisa dilakukan lewat insisi pada flank, dorsal atau anterior. Saat ini operasi terbuka pada batu ureter kurang lebih tinggal 1 -2 persen saja, terutama pada penderita-penderita dengan kelainan anatomi atau ukuran batu ureter yang besar.

### 2.1.8 Komplikasi

Komplikasi batu ginjal dapat terjadi menurut Guyton 1990 :

1. Gagal ginjal

   Terjadi kerusakan neuron yang lebih lanjut dan pembuluh darah yang disebut kompresi batu pada membran ginjal oleh karena suplai oksigen terhambat. Hal ini menyebabkan iskemik ginjal dan jika dibiarkan menyebabkan gagal ginjal.

2. Infeksi

   Dalam aliran urine yang statis menupakan tempatyang baik untuk perkembangbiakan mikroorganisme. Sehingga akan menyebabkan infeksi pada peritoneal.

3. Hydronefrosis

   Oleh karena aliran urine terhambat menyebabkan urine tertahan dan menumpuk diginjal dan lama kelamaan ginjal akan membesar karena penumpukan urine.

4. Vaskuler iskemia

   Terjadi karena aliran darah kedalam jaringan berkurang sehingga terjadikematian jaringan.

### 2.1.9 Klasifikasi

Batu ginjal mempunyai banyak jenis nama dan kandungan yang berbeda-beda. Ada 4 jenis utama pada batu ginjal yang masing-masing cenderung memiliki penyebab berbeda, yaitu : (Ahmad Anang, 2016)

1. Batu kalsium

   Batu jenis ini adalah jenis batu yang paling banyak ditemukan, yaitu 70-80% jumlah pasien yang mengalami batu ginjal. Ditemukan banyak pada laki-laki, rasio pasien laki-laki dibanding wanita adalah 3:1, dan paling sering ditemui pada usia 20-50 tahun. Kandungan batu ini terdiri atas kalsium oksolat, kalsium fosfat atau campuran dari keduanya. Kelebihan kalsium dalam darah secara normal akan dikeluarkan oleh ginjal melalui urine. Penyebab tingginya kalsium dalam urine antara lain peningkatan penyerapan kalsium oleh usus, gangguan kemampuan penyerapan kalsiu oleh ginjal dan penyerapan kalsium tulang.

2. Batu infeksi atau struvit

   Batuk struvit disebut juga batu infeksi, karena terbentuknya batu ini disebabkan oleh adanya infeksi saluran kemih. Adanya infeksi saluran kemih dapat menimbulkan gangguan keseimbangan bahan kimia dalam urine. Bakteri dalam saluran kemih mengeluarkan bahan yang dapat menetralisir asam dalam urine sehingga bakteri berkembang biak lebih cepat dan mengubah urine menjadi bersuasana basa. Suasana basa memudahkan garam-garam magnesium, ammonium, fosfat dan karbonat membentuk batu. Magnesium amonium fosfat (MAP) dan karbonat apatit. Terdapat pada sekitar 10-15 % dari jumlah pasien yang menderita penyakit ini. Lebih banyak pada wanita,

dengan rasio laki-laki dibanding wanita yaitu 1:5. Batu struvit biasanya menjadi batu yang besar dengan bentuk seperti tanduk (staghorn).

3. Batu asam urat

   Ditemukan 5-10% pada penderita batu ginjal. Rasio laki-laki dibandingkan wanita adalah 3:1. Sebagian dari pasien jenis batu ini menderita Gout, yaitu suatu kumpulan penyakit yang berhungan dengan meningginya atau menumpuknyaasam urat(sludge) dapat menyebabkan keluhan berupa nyeri hebat(kolik),karena ada endapan tersebut menyumbat saluran kencing. Batu asam urat bentuknya halus dan bulat sehingga sering kali keluar spontan. Batu asam urat tidak tampak pada foto polos.

4. Batu sistin

   Batu sistin jarang ditemukan, terdapat pada sekitar 1-3 % pasien BSK. Penyakit batu jenis ini adalah suatu penyakit yang diturunkan. Batu ini berwarna kuning jeruk dan berkilau. Rasio laki-laki dibanding wanita adalah 1:1. Batu lain juga jarang yaitu batu Silica dan batu Xanthine.

## 2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis Pada Klien Batu Ginjal

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dan pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Oleh karena itu pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu (Nursalam, 2009 : 26).

Berikut ini adalah pengkajian pada klien dengan batu ginjal :

a. Pengumpulan data

1. Identitas

   Data klien, mencakup : 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.

2. Riwayat Kesehatan Klien

   Riwayat kesehatan pada klien dengan batu ginjal sebagai berikut :

   a) Keluhan Utama

      Alasan spesifik untuk kunjungan klien ke klinik atau rumah sakit. Biasa klien dengan batu ginjal

mengeluhkan adanya nyeri padang pinggang.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

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

P: *Paliatif / Propokative*: Merupakan hal atau faktor yang mencetuskan terjadinya penyakit, hal yang memperberat atau memperingan. Pada klien dengan urolithiasis biasanya klien mengeluh nyeri pada bagian pinggang dan menjalar kesaluran kemih.

Q: *Qualitas:* Kualitas dari suatu keluhan atau penyakit yang dirasakan. Pada klien dengan urolithiasis biasanya nyeri yang di rasakan seperti menusuk - nusuk.

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

S: *Severity :*Derajat keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut. Skala nyeri biasanya 7.

*Time :* Waktu dimana keluhan dirasakan, time juga menunjukan lamanya atau kekerapan. Keluhan nyeri pada klien dengan urolithiasi biasanya dirasakan kadang-kadang.

c) Riwayat Kesehatan Yang Lalu

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

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

3. Data Biologis dan Fisiologis

Meliputi hal-hal sebagai berikut :

a) Pola Nutrisi

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

b) Pola Eliminasi

Dikaji mengenai pola BAK dan BAB klien, pada BAK yang dikaji mengenai frekuensi berkemih, jumlah, warna, bau serta keluhan saat berkemih, sedangkan pada pola BAB yang dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan bau serta keluhan-keluhan yang dirasakan. Pada klien dengan batu ginjal biasanya BAK sedikit karena adanya sumbatan atau batu ginjal dalam perut.

c) Pola Istirahat dan Tidur

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

d) 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.

e) Pola *Personal Hygiene*

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

4. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

1) Rambut

Pada klien dengan batu ginjal biasanya pemeriksaan pada rambut akan terlihat sedikit berminyak karena klien belum mampu mencuci rambut karena keterbatasan gerak klien.

2) Mata

Pada klien dengan batu ginjal pada pemeriksaan mata, penglihatan klien baik, mata simetris kiri dan kanan, sklera tidak ikterik.

3) Telinga

Pada klien dengan batu ginjal tidak ada gangguan pendengaran, tidak adanya serumen, telinga klien simetris, dan klien tidak merasa nyeri ketika di palpasi.

4) Hidung

Klien dengan batu ginjal biasanya pemeriksaan hidung simetris, bersih, tidak ada sekret, tidak ada pembengkakan.

5) Mulut

Klien dengan batu ginjal kebersihan mulut baik, mukosa bibir kering.

b) Leher

Klien dengan batu ginjal tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid.

c) Thorak

1) Paru- paru

Inspeksi :Klien dengan batu ginjal dadanya simetris kiri kanan.

Palpasi : Pada klien dengan batu ginjal saat dilakuan palpasi tidak teraba massa.

Perkusi : Pada klien dengan batu ginjal saat diperkusi di atas lapang paru bunyinya normal.

Auskultasi : klien dengan batu ginjal suara nafasnya normal.

2) Jantung

Inspeksi :Klien dengan batu ginjal ictus cordis tidak terlihat.

Palpasi :Klien dengan batu ginjal ictus cordis tidak teraba.

Perkusi :Suara jantung dengan kasus batu ginjal berbunyi normal.

Auskultasi :Reguler, apakah ada bunyi tambahan atau tidak.

d) Abdomen

Inspeksi :Klien dengan batu ginjal abdomen tidak membesar atau menonjol, tidak terdapat luka operasi tertutup perban, dan terdapat streatmarc

Auskultasi :Peristaltik normal.

Palpasi :Klien dengan batu ginjal tidak ada nyeri tekan.

Perkusi :Klien dengan batu ginjal suara abdomen nya normal (Timpani).

e) Ekstermitas

Klien dengan batu ginjal biasanya ekstremitasnya dalam keadaan normal.

f) Genitalia

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

5. Data Psikologis

Konsep diri terdiri atas lima komponen yaitu :

a) Citra tubuh

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

b) Ideal diri

Persepsi klien terhadap tubuh, posisi, status, tugas, peran, lingkungan dan terhadap penyakitnya.

c) Harga diri

Penilaian/penghargaan orang lain, hubungan klien dengan orang lain.

d) Identitas diri

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

e) Peran

Seperangkat perilaku/tugas yang dilakukan dalam keluarga dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas.

6. Data Sosial dan Budaya

Dikaji mengenai hubungan atau komunikasi klien dengan keluarga, tetangga, masyarakat dan tim kesehatan termasuk gaya hidup, faktor sosial kultural dan support sistem.

7. Stresor

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

8. Koping Mekanisme

Suatu cara bagaimana seseorang untuk mengurangi atau menghilangkan stres yang dihadapi.

9. Harapan dan pemahaman klien tentang kondisi kesehatan Perlu dikaji agar tim kesehatan dapat memberikan bantuan dengan efisien.

10. 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.

11. Data Penunjang
    - Farmakoterapi : Dikaji obat yang diprogramkan serta jadwal pemberian obat.
    - Prosedur Diagnostik Medik.
    - Pemeriksaan Laboratorium
12. Analisa Data

    Proses analisa merupakan kegiatan terakhir dari tahap pengkajian setelah dilakukan pengumpulan data dan validasi data dengan mengidentivikasi pola atau masalah yang mengalami gangguan yang dimulai dari pengkajian pola fungsi kesehatan (Hidayat, 2008:104).

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan data objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir komplek tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi layanan pelayanan kesehatan yang lain.

Adapun tahapannya, yaitu :

a. Menganalisis dan menginterpretasi data.
b. Mengidentifikasi masalah klien.
c. Merumuskan diagnosa keperawatan.

d. Mendokumentasikan diagnosa keperawatan.

Menurut NANDA pada tahun 2015 – 2017 diagnosa keperawatan yang sering muncul pada klien dengan batu ginjal, adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhungan dengan mual, muntah dari efek sekunder nyeri.
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan proses penyakitnya.
4. Gangguan aktivitas berhubungan dengan kelemahan otot.
5. Resiko terjadinya kekurangan cairan berhubungan dengan in take peroral.

2.2.3 Intervensi

| Diagnosa keperawatan | NOC | NIC |
|---|---|---|
| Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik | NOC :<br>1. Pain level.<br>2. Pain control.<br>3. Comfort level<br>Kriteria Hasil :<br>1. Mampu mengontrol nyeri ( tahu penyebab nyeri,mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri).<br>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.<br>3. Mampu mengenali nyeri.<br>4. Menyatakan rasa nyaman nyeri setelah nyeri berkurang. | **Pain management**<br>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karateristik, durasi, frekuensi, dan kualitas.<br>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.<br>3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.<br>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.<br>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.<br>6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. |

| | |
|---|---|
| | 7. Tingkatkan istirahat.<br>8. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.<br>**Analgesic administration**<br>1. Tentukan lokasi, karateristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.<br>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi.<br>3. Cek riwayat alergi.<br>4. Tentukan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri.<br>5. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal.<br>6. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali.<br>7. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhungan dengan mual, muntah dari efek sekunder nyeri. | Nutritional status :<br>1. Nutritioanal status : food and fluid inatake.<br>2. Nutritional status : nutrient intake.<br>3. Weight control .<br><br>Kriteria Hasil :<br>1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan .<br>2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan .<br>3. Mampu mengidentifikasi kebutuahan nutrisi .<br>4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.<br>5. Menunjukkan peningkatan fugsi pengecapan dari menelan.<br>6. Tidak terjadi penurunan berat | **Nutrition management**<br>1. Kaji adanya alergi makan .<br>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.<br>3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake.<br>4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C.<br>5. Berikan subtansi gula.<br>6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.<br>7. Berikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi ).<br>8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makan harian. |

| | | |
|---|---|---|
| | badan yang berarti | 9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori.<br>10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.<br>11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkam nutrisi yang dibutuhkan<br>**Nutrition monitoring**<br>1. BB pasien dalam batas normal.<br>2. Monitir adanya penurunan berat badan.<br>3. Monitor tipe dan jumlah aktifitas yang bisa dilakukan.<br>4. Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan.<br>5. Monitor lingkungan selama makan. |
| ırang pengetahuan berhubungan dengan proses penyakitnya. | **Pengetahuan tentang proses penyakit**<br>1. Familiar dengan proses penyakit. | **Mengajarkan proses penyakit**<br>1. Menentukan tingkat pengetahuan klien sebelumnya |

| | | |
|---|---|---|
| | 2. Mendiskripsikan proses penyakit<br>3. Mendiskripsikan faktor penyebab.<br>4. Mendiskripsikan faktor resiko.<br>5. Mendiskripsikan efek penyakit .<br>6. Mendiskripsikan tanda dan gejala.<br>7. Mendiskripsikan perjalanan penyakit.<br>8. Mendiskripsikan tindakan untuk menurunkan progresifitas.<br>9. Mendiskripsikan komplikasi.<br>10. Mendiskripsikan tanda dan gejala dari komplikasi.<br>11. Mendiskripsikan tindakan pencegahan untuk mencegah komplikasi. | 2. Jelaskan patofisiologi penyakit dan apa anatomi dan fisiologi yang sesuai<br>3. Tentukan tanda dan gejala penyakit yang sesuai<br>4. Gambarkan proses penyakit<br>5. Jelaskan informasi tentang kondisi pasien saat ini<br>6. Diskusikan perubahan gaya hidup yang bisa untuk mencegah komplikasi atau mengontrol proses penyakit<br>7. Diskusikan tentang pilihan terapi dan perawatan.<br>**Ajarkan diet**<br>1. Kaji pengetahuan klien tentang diet yang dianjurkan<br>2. Jelaskan tujuan diet<br>3. Informasikan berapa lama diet harus di ikuti |

| | |
|---|---|
| | 4. Ajarkan klien tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di makan<br>5. Observasi pilihan makanan klien sesuai dengan diet yang dianjurkan<br>6. Konsultasi gizi.<br>7. Libatkan keluarga |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gangguan aktivitas berhubungan dengan kelemahan otot. | | NOC :<br>1. Energy conservation<br>2. Activity tolerance<br>3. Self Care : ADLs<br>Kriteria Hasil :<br>1. Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan pernafasan.<br>2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri.<br>3. Tanda-tanda vital normal.<br>4. Energi psikomotor.<br>5. Level kelemahan.<br>6. Mampu berpindah-pindah dengan atau tanpa bantuan alat.<br>7. Status kardio pulmonary adekuat.<br>8. Sirkulasi status baik. | Activity Terapy<br>1. Kolabirasikan dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.<br>2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu di lakukan.<br>3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial.<br>4. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang di inginkan.<br>5. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.<br>6. Bantu untuk mengidentifikasi |

| | | |
|---|---|---|
| | 9. Status respirasi pertukaran gas dan ventilasi adekuat. | aktivitas yang di sukai.<br>7. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang.<br>8. Bantu pasien / keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.<br>9. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas.<br>10. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.<br>11. Monitor respon fisik, emosi, sosial, dan spiritual. |
| Resiko terjadinya kekurangan cairan berhubungan dengan in take peroral. | **NOC :**<br>1. Fluid blance<br>2. Hydration<br>3. Nutritional status : food and fluid Inatake<br><br>**Kriteria Hasil :** | **Fluid management**<br>1. Pertahankan catatan intake dan output yang kuat.<br>2. Monitor vital sign.<br>3. Dorong masukan oral.<br>4. Berikan cairan IV pada suhu ruangan. |

| | | |
|---|---|---|
| | 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal.<br>2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal.<br>3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas, turgor kulit baik, membran lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan | 5. Kolaborasikan pemberian cairan IV.<br>**Hypovolemia management**<br>1. Pelihara IV line.<br>2. Monitor tingkat Hb dan hematoktit.<br>3. Monitor tanda vital.<br>4. Monitor BB.<br>5. Monitor tanda gagal ginjal |

### 2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing oders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Terdapat 3 tahap dalam tindakan keperawatan, yaitu persiapan, perencanaan dan dokumentasi (Nursalam, 2009 : 127).

Kegiatan implementasi pada klien dengan batu ginjal adalah membantunya mencapai kebutuhan dasar seperti :

1. Melakukan pengakajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru atau mamantau status atau masalah yang ada.
2. Melakukan penyuluhan untuk membantu klien mamperoleh pengetahuan baru mangenai kesehatan mereka sendiri atau penatalaksanaan penyimpangan.
3. Membantu klien membuat keputusan tentang perawatan kesehatan dirinya sendiri.
4. Konsultasi dan rujuk pada profesional perawatan kesehatan lainnya untuk memperoleh arahan yang tepat.
5. Memberikan tindakan perawatan spesifik untuk menghilangkan, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan.

6. Membantu klien untuk melaksanakan aktivitas mereka sendiri.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yan menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nursalam, 2009 : 135).

Evaluasi dapat dibagi dua, yaitu evaluasi hasil atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil sumatif dilakukan dengan membandingkan respons klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan.

Problem-Intervention-Evaluation adalah suatu singkatan masalah, intervensi dan evaluasi. Sistem pendokumentasian PIE adalah suatau pendekatan orientasi-proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan (Nursalam, 2009 : 207)

Proses dokumentasi dimulai pengkajian waktu klien masuk diikuti pelaksanaan pengkajian sistem tubuh setiap hari setiap pergantian jaga (8 jam), data masalah hanya dipergunakan untuk asuhan keperawatan klien jangka waktu yang lama dengan masalah yang kronis, intervensi yang dilaksanakan dan rutin dicatat dalam

“flowsheet”, catatan perkembangan digunakan untuk pencatatan nomor intervensi keperawatan yang spesifik berhubungan dengan masalah, intervensi langsung terhadap penyelesaian masalah ditandai dengan “I” (intervensi) dan nomor masalah klien, keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi diidentifikasikan dengan tanda “E” (Evaluasi) dan nomor masalah klien, setiap masalah yang diidentifikasi dievaluasi minimal setiap 8 jam (2009 : 208).

# BAB III

# TINJAUAN KASUS

## 3.1 Pengkajian

### I. Identitas Pasien (inesial)

Nama Pasien : Ny. Z

Umur : 57 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Status : Kawin

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Alamat : Sungai pua

No MR : 33.67.97

Tgl Masuk : 31 mei 2018

Tgl Pengkajian: 07 juni 2018

DX Medis : Batu ginjal

Tgl operasi : 04-06-2018

**Penanggung jawab**

Nama : An. R

Umur : 34 Tahun

Pekerjaan : Dagang

Hub Keluarga : Anak

## II. Alasan Masuk

Klien masuk rumah sakit melalui poli bedah kamis 31 mei 2018 jam 11:22 WIB klien mengatakan nyeri pinggang sebelah kanan. klien mengatakan pipis berwarna putih susu.

## III. Riwayat Kesehatan

### a. Riwayat Kesehatah Sekarang

Pada saat pengkajian pada tanggal 07 juni 2018, Pasien mengatakan :

**P (Provoking Incident) :**

Klien mengeluh nyeri pada bagian pinggang dan menjalar kesaluran kemih.

**Q (Quality of Pain) :**

Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti menusuk –nusuk.

**R (Region : radition, relief) :**

Klien mengatakan nyeri terasa pada bagian pinggang sebelah kanan.

**S (Severity/Scale of Pain) :**

Skala nyeri 4.

**T (Time) :**

Klien mengatakan nyerinya terasa kadang -kadang.

Pada saat di lakukan pengkajian klien mengatakan nyeri pada bagian bekas luka operasi di pinggang sebelah kanan. Luka klien ±2 cm. Luka klien tampak bernanah dan berdarah. Klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi dipinggang sebelah

kanan. Klien mengatakan saat mau makan nasi perutnya mual. Klien mengatakan terpasang slang dipinggang sebelah kanan. klien mengatakan terpasang infus ditangan sebelah kanan. Kien tampak terpasang slang kateter. Wajah klien tampak kusam. Badan klien mengeluarkan bauk yang tidak sedap. Klien tampak susah melakukan aktifitas. Klien mengatakan nafsu makan menurun. Klien tampak lemas. klien mengatakan makan hanya 5 sendok saja. Dan klien juga mengatakan bahwa ia belum mandi sejak 3 hari yang lalu.

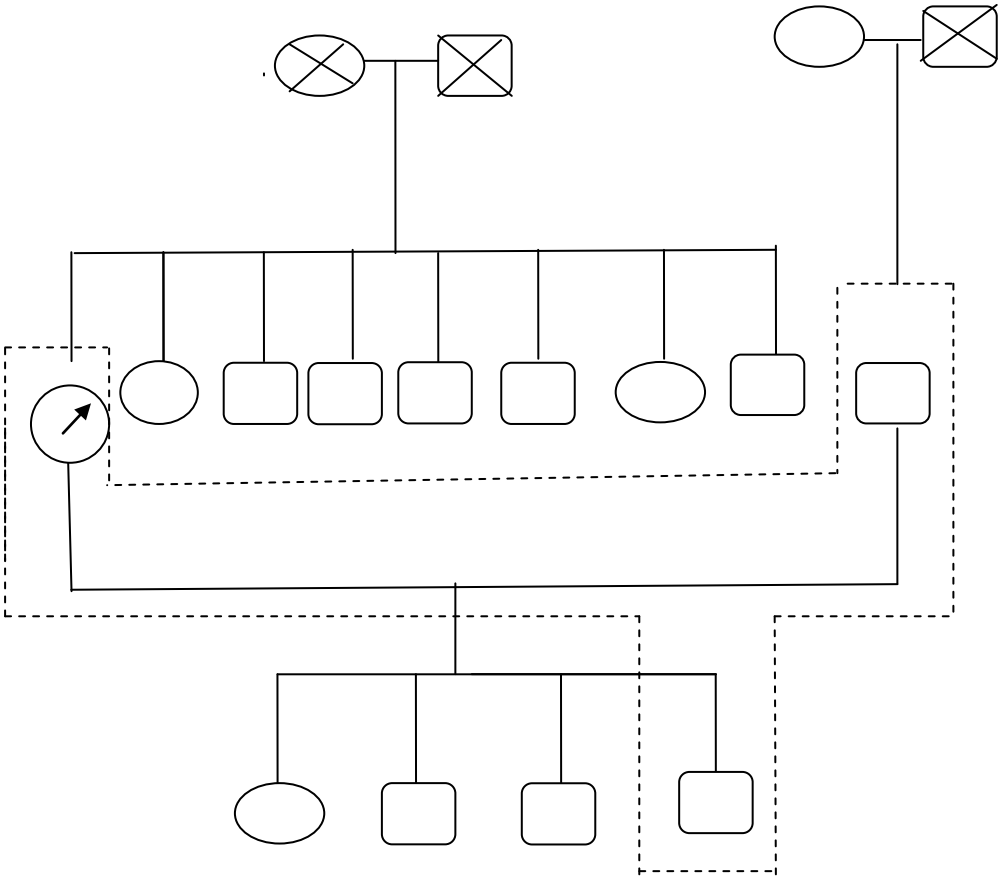
**b. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien megatakan bahwa klien pernah melakukan operasi batu ginjal yang pertama pada tahun 2009 dirumah sakit BMC padang di pinggang sebelah kiri, yang kedua pada bulan juni tahun 2013 dirumah sakit Dr.Achmad mochtar bukittinggi di pinggang sebelah kiri juga,namun 1 bulan setelah itu klien kembali melakukan operasi di pinggang sebalah kiri di rumah sakit Dr.Achmad mochtar bukittinggi.

**c. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Di dalam keluarga klien tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan seperti Hipertensi dan Diabetes Mellitus.

**Genogram**



Keterangan :

: Perempuan

: Laki-Laki

: Pasien

: Sudah meninggal

- - - - - - : Tinggal dalam satu rumah

**IV. Pemeriksaan Fisik**

Kesadaran : Compos Mentis

GCS : 15 ( E : 4 M : 6 V : 5 )

TB / BB : 158 Cm / 45 Kg

Tanda Vital

TD : 135/80 mmHg

RR : 20 kali/menit

HR : 85 kali/menit

S : 37°C

- **Kepala**
  - **Rambut**

    Rambut tampak beruban, berminyak, tidak ada ketombe, berbau, tidak rontok dan rambut tidak mudah di cabut.
  - **Mata**

    Tampak simetris kiri-kanan, mata klien tampak cekung, sklera tidak ikterik, konjungtiva anemis, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, mata bersih,dan klien tampak tidak memakai alat bantu penglihatan.
  - **Hidung**

    Tampak simetris, bersih, tidak ada secret, tidak ada polip, tidak ada perdarahan, tidak terpasang slang O2.
  - **Telinga**

    Tampak simetris kiri-kanan, bersih, tidak ada gangguan pendengaran.
  - **Mulut/Gigi**

    Tampak simetris, mukosa bibir tampak kering, tidak ada gangguan menelan, gigi sudah tidak lengkap, tidak memakai gigi palsu.

- **Leher**

  Tampak simetris, tidak tampak pembengkakan kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening, tidak ada perlukaan, vena jugularis tidak terlihat tapi teraba.

- **Thorax**

  - **Paru – paru**

    I :Simetris kiri-kanan, pengembangan/pergerakan dinding dada simetris, tidak tampak adanya pembengkakan, tidak tampak adanya perlukaan

    P :Tidak teraba adanya pembengkakan, tidak ada nyeri tekan,pergerakan dinding dada teraba, taktil fremitus teraba sama kuat pada lapang paru kiri dan kanan.

    P :Sonor di kedua lapang paru.

    A :Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan.

  - **Jantung**

    I :Ictus cordis tidak terlihat.

    P :Iktus kordis tidak kuat angkat pada ICS IV linea Medio Clavicularis sinistra, tidak ada nyeri tekan.

    P :Batas jantung kanan atas : ICS II Linea Para Sternalis Dextra. Batas jantung kanan bawah : ICS IV Linea Para Sternalis Dextra. Batas jantung kiri atas : ICS II Linea Para Sternalis Sinistra. Batas jantung kiri bawah : ICS IV Linea Medio Clavicularis Sinistra.

A :Terdengar pada ICS IV linea Medio Clavicularis sinistra. Bunyi jantung I : Lup, bunyi jantung II : Dup. Tidak ada bunyi jantung tambahan

**Abdomen**

I :Tampak simetris, tidak tampak pembesaran yang abnormal, tidak tampak adanya perlukaan.

A :Bising usus 10 kali/menit.

P :Tidak teraba adanya pembengkakan, terdapat nyeri tekan pada daerah Abdomen kuadran atas sinistra.

P :Timpani

- **Punggung**

tidak tampak adanya kelainan pada tulang punggung, tidak teraba adanya pembengkakan, dan tidak ada perlukaan.

- **Pinggang**

Terdapat luka post operasi di pinggang sebelah kanan ± 2 cm luka tampak memerah dan mengeluarkan nanah. Tampak terpasamgg slang drain di pinggang sebelah kanan pasien, berwarna merah gelap, ± 8 cc. Pada pinggang sebelah kiri tampak bekas luka operasi ± 10 cm.

- **Ekstrimitas**

a. Atas

Inspeksi :Simetris kiri dan kanan, warna kulit kuning lansat, kulit tampak kering, dan terpasang infus pada tangan sebelah kiri (Sodium Chlorium 20 tetes per menit).

Palpasi :Tidak ada pembengkakan dan tidak ada fraktur.

b. Bawah

Inspeksi :Simetris kiri dan kanan, warna kulit kuning lansat, kulit tampak kering, tidak ada pembengkakan.

Palpasi :Tidak ada pembengkakan dan tidak ada fraktur.

Kekuatan otot :

| | |
|---|---|
| 5 5 5 5 | 5 5 5 5 |
| 5 5 5 5 | 5 5 5 5 |

Kesimpulan :Ketika dilakukan pemeriksaan kekuatan otot pada Ny. Z didapatkan nilai kekuatan otot dari ekstremitas atas kanan dan kiri 5, dan pada ekstremitas bawah kanan dan kiri 5.

Keterangan :

0 :Lumpuh total.

1 :Tidak ada gerakan, tapi terlihat adanya kontraksi otot.

2 :Ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi (hany bergeser).

3 :Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan atau melawan tahanan pemeriksa.

4 :Bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang.

5 :Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal.

- **Genetalia**

  Inspeksi : Genitalia klien bersih, tidak terdapat kelainan pada genitalia klien, dan klien terpasang kateter.

- **Integumen**

  Warna kulit kuning lansat, tidak tampak adanya perlukaan.

## V. Data Biologis

| No | Aktivitas | Sehat | Sakit |
|---|---|---|---|
| | akanan dan minuman | | |
| | akan | | |
| | - Menu | - Nasi putih biasa dengan lauk | - MB |
| | - Porsi | - 1 piring | - 5 sendok |
| | - Makanan kesukaan | - Jengkol | - Tidak ada |
| | - Pantangan | - Tidak ada | - Tidak ada |
| | Minuman | | |
| | - Jumlah | - ± 8 gelas / hari | - ± 4 gelas / hari |
| | - Minum kesukaan | - kuku bima susu | - Tidak ada |
| | - Pantangan | - Tidak ada | - Tidak ada |
| | Eliminasi | | |
| | BAK | | |
| | - Frekuensi | - 4-5 hari | - ±200cc hari |

| | | |
|---|---|---|
| - Warna | - Kuning | - Kekuningan |
| - Bau | - Pesing | - Pesing |
| - Konsistensi | - Cair | - Cair |
| - Kesulitan | - Tidak ada | - Nyeri |
| BAB | | |
| - Frekuensi | - 1x hari | - 1x selama di rawat |
| - Warna | - Kuning | - Kuning |
| - Bau | - Khas | - Khas |
| - Konsistensi | - Lunak | - Lunak |
| - Kesulitan | - Tidak ada | - Tidak ada |
| Istirahat dan Tidur | | |
| - Waktu tidur | - 21.00-05.00 WIB | - 23.00-03.30 WIB |
| - Lama tidur | - 8 jam | - 5 jam setengah |
| - Kesulitan tidur | - Tidak ada | - pikiran |
| - Mempermudah tidur | - Tidak ada | - tidak ada |
| Personal Hygiene | | |
| - Mandi | - 2x sehari | - Belum ada mandi |
| - Cuci Ramut | - 2x sehari | - Belum ada cuci rambut selama di rawat |
| - Gosok Gigi | - 2x sehari | - 1x sehari |
| - Potong Kuku | - 2x seminggu | - Tidak ada |

## VI. Riwayat Alergi

Klien mengatakan bahwa klien tidak mempunyai alergi terhadap makanan maupun obat-obatan.

## VII. Data Psykologis

1. Perilaku non verbal

   Klien dapat melakukan perilaku non verbal dengan baik.

2. Perilaku verbal

   a. Cara menjawab : Klien jelas melakukan komunikasi secara verbal.

   b. Cara memberi informasi : Klien bisa berkomunikasi secara verbal.

3. Emosi

   Stabil, klien tampak tenang dan menghadapi penyakitnya walaupun terkadang klien mengeluh dengan keadaannya saat sakit.

4. Persepsi penyakit

   Klien mengatakan bahwa dia menerima keadaan yang seperti ini dan berusaha untuk mengobati semaksimal mungkin.

5. Konsep diri

   - Konsep diri Bodi image

     Klien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya.

   - Harga diri

     Klien mengatakan ingin lebih di perhatikan lagi.

- Ideal diri

  Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah.

- Peran

  Klien mengatakan perannya sebagai ibu bagi anak-anak nya, dan sebagai nenek oleh cucunya.

- Identitas diri

  Klien mengatakan bahwa ia seorang perempuan dan sebagai ibu rumah tangga.

6. Adaptasi

   Klien dapat beradaptasi dengan baik dilingkungan rumah sakit.

7. Mekanisme pertahanan diri

   Baik

**VIII. Data Sosial**

1. Pola Komunikasi

   Klien dapat berkomunikasi dengan baik. Baik itu dengan keluarga maupun dengan perawat.

2. Orang yang dapat memberi rasa nyaman

   Anak dan cucu klien.

3. Orang yang paling berharga bagi pasien

   Anak dan cucu klien.

4. Hubungan dengan keluarga dan masyarakat

   Klien dapat berhubungan dengan baik di keluarga dan di lingkungan masyarakat.

## IX. Data Spiritual

1. Keyakinan

   Klien adalah seorang muslim.

2. Ketaatan beribadah

   Klien melaksanakan sholat 5 waktu, namun waktu sakit klien jarang melakukan shalat 5 waktu karena penyakitnya.

3. Keyakinan terhadap penyembuhan

   Klien menerima penyakitnya sebagai ujian dari Allah SWT dan klien selalu berdo'a untuk kesembuhannya.

## X. Data Penujang

1. Diagnosa medis

   Batu ginjal

2. Pemeriksaan diagnostic

**Tanggal pemeriksaan : 04-06-2018**

| No | Nama Pemeriksaan | Jumlah | Satuan | Rujukan |
|---|---|---|---|---|
| **1.** | HGB | 6,7 | (g/dl) | 12,0 -14,0 |
| **2.** | RBC | 2,32 | (10^6/ul) | 4,0 - 5,0 |
| **3.** | HCT | 19,3 | (%) | 37,0 - 43,0 |
| **4.** | WBC | 9,57 | (10^3/ul) | 5,0 - 10,0 |
| **5.** | PLT | 324 | (10^3/ul) | 150 -400 |

**Tanggal pemeriksaan : 08-06-2018**

| No | Nama Pemeriksaan | Jumlah | Satuan | Rujukan |
|---|---|---|---|---|
| **1.** | HGB | 12,9 | (g/dl) | 12,0 -14,0 |
| **2.** | RBC | 4,51 | (10^6/ul) | 4,0 - 5,0 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3. | HCT | 36,2 | (%) | 37,0 - 43,0 |
| 4. | WBC | 17,30 | (10^3/ul) | 5,0 - 10,0 |
| 5. | PLT | 343 | (10^3/ul) | 150 -400 |

**Chemistry Result ( Serum / Plasma)**

**Tanggal pemeriksaan : 04-06-2018**

| | Nama Pemeriksaan | Hasil | Nilai rujukan |
|---|---|---|---|
| | CREAT | 79 mg/dL | 0.80-1.30 |
| | Urea | mg/dL | 15-43 |

**Pemeriksaan EKG**

**Tanggal : 18 April 2018**

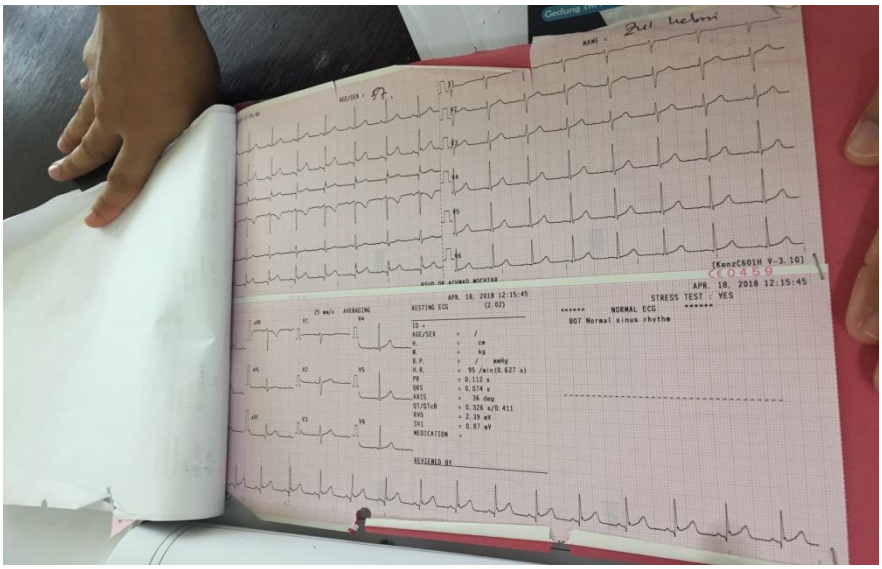
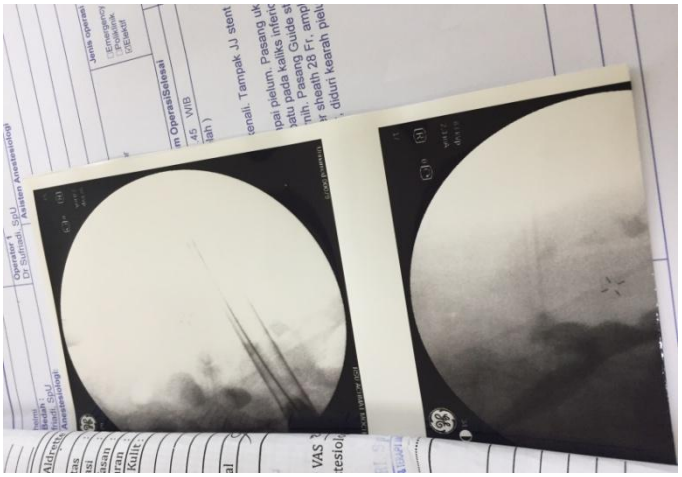


**Foto USG**



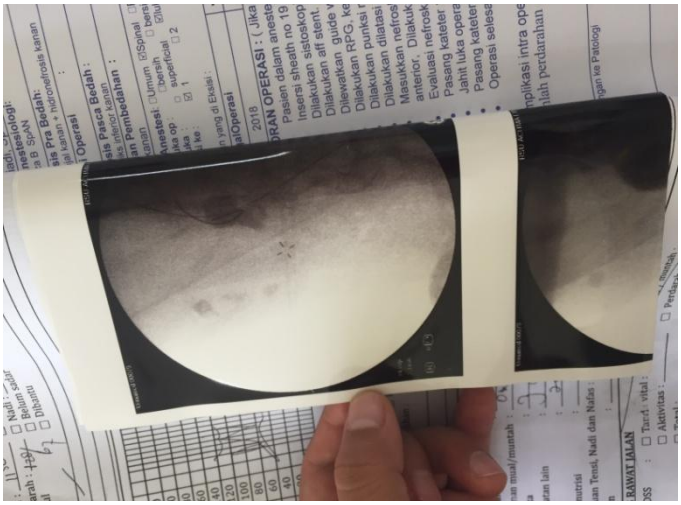
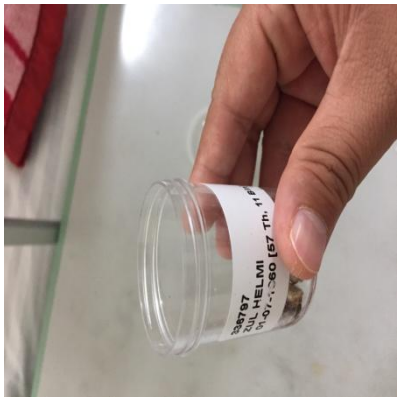


**Foto batu pada ginjal**



## XI. Data Pengobatan

- Infuse sodium chlorium20 tetes/ menit
- cefoperazon 2x1 mg
- ondancentron 2x1 mg
- lasix 2x1 mg

## XII. Data Fokus

a. Data sabjektif

- Klien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kanan bekas operasi.
- Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti menusuk – nusuk.
- Klien mengatakan lukanya bernanah dan berdarah.
- Klien mengatakan saat mau makan nasi perutnya terasa mual.
- Klien mengatakan makan hanya 5 sendok .
- Klien mengatakan sudah 3 hari belum mandi.
- Klien mengatakan badanya berkeringat dan lengket.
- Klien mengatakan tidak nyaman.

b. Data objektif

- Klien tampak  terpasang slang dipinggang sebelah kanan.
- Klien tampak meringis
- Klien tampang memegang pinggang sebelah kanan
- Klien terlihat gelisah

- Skala nyeri 4
- Klien tampak  ada balutan luka dipinggang sebelah kanan
- Luka klien ± 2 cm
- Klien tampak terpasang drain
- Klien tampak lemas.
- Klien tampak tidak menghabiskan porsi makanan yang telah di sediakan.
- Badan klien tampak berdaki.
- Badan klien tampak kotor .
- Badan klien berbau.
- Terpasang slang di pinggang sebelah kanan pasien.
- Klien tampak terpasang infuse di tanggan sebelah kanan.
- Klien tampak terpasang kateter.
- Badan tampak berkeringat.
- Tanda Vital

  TD : 135/80 mmHg

  RR : 20 kali/menit

  HR : 85 kali/menit

  Suhu : 37°C

**ANALISA DATA**

| No | Data | Masalah | Etiologi |
|---|---|---|---|
| | Data Subjektif :<br>- Klien mengatakan nyeri pingang sebelah kanan bekas operasi.<br>- Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti menusuk-nusuk.<br>Data Objektif :<br>- Klien tampak terpasang slang dipinggang sebelah kanan.<br>- Klien tampak meringis<br>- Klien tampang memegang pinggang sebelah kanan<br>- Klien terlihat gelisah<br>- Skala nyeri 4<br>- TD : 135/80 mmHg<br>HR : 85 kali/menit<br>RR : 20 kali/menit<br>Suhu : 37 $^{0}$C | Nyeri akut | Agen cidera fisik |
| | Dara Subjektif :<br>- Klien mengatakan lukanya bernanah dan berdarah.<br>Data Objektif :<br>- Terdapat ada balutan luka di pinggang sebelah | Resiko tinggi terhadap infeksi | Insisi bedah / adanya luka bekas operasi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | kanan<br>- Luka klien ±2 cm.<br>- TD : 135/80 mmHg<br>HR : 85 kali/menit<br>RR : 20 kali/menit<br>Suhu : 37 $^{0}$C | | |
| | Data Sabjektif<br>- Klien mengatakan saat mau makan nasi perutnya terasa mual.<br>- Klien mengatakan nafsu makan nenurun.<br>- Klien mengatakan makanya hanya 5 sendok.<br>Data Objektif<br>- Klien tampak lemas<br>- Klien tampak tidak menghabiskan porsi makananan yang telah di sediakan.<br>- TD : 135/80 mmHg<br>HR : 85 kali/menit<br>RR : 20 kali/menit<br>Suhu : 37 $^{0}$C | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. | Mual, muntah dari efek sekunder nyeri. |
| . | Data Sabjektif<br>- Klien mengatakan sudah 3 hari belum mandi.<br>- Klien mengatakan badanya berkeringat dan lengket.<br>- Klien mengatakan tidak | Defisit perawatan diri mandi | Kelemahan dan kelelahan |

| | |
|---|---|
| nyaman.<br>- Wajah klien tampak kusam.<br>Data Objektif<br>- Kulit klien tampak berdaki dan kotor.<br>- Badan klien berbau<br>- Terpasang slang di pinggang sebelah kanan pasien.<br>- Terpasang infuse ditanggan sebelah kanan.<br>- Klien terpasang kateter. | |

**3.2 Prioritas Diagnosa Keperawatan**

1. Nyeri akut berhungan dengan agen cidera fisik.

   **Domain 12. Kenyamanan kelas 1, kenyamanan fisik halama : 467 kode : 00132**

2. Resiko infeksi berhungan dengan Insisi bedah / adanya luka bekas operasi.

   **Domain 11. keamanan/perlindungan kelas 1, infeksi halaman : 405 kode : 00004.**

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhungan dengan Mual, muntah dari efek sekunder nyeri.

   **Domain 2. Nutrisi kelas 1, ketidakseimbangan nutrisi halaman : 177 kode 00002.**

4. Deficit perawatan diri b.d kelemahan dan kelelahan.

**Domain 4. Aktivitas/istirahat kelas 5, perawatan diri halaman : 258 kode 00108.**

(NANDA, 2015 ).

**3.3 Intervensi**

| No | Diagnosa keperawatan | NOC | NIC |
|---|---|---|---|
| | Nyeri akut b.d agen cidera fisik | Tujuan :Setelah dilakukan tindak keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri klien berkurang<br>Kriteria Hasil :<br>• Skala nyeri 0<br>• Klien mengatakan nyeri berkurang<br>• Klien nyaman dan tenang. | 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karateristik, durasi, frekuensi, dan kualitas.<br>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.<br>3. Monitor vital sign.<br>4. Ajarkan teknik relaksasi (Tarik nafas dalam). |
| | Resiko infeksi b.d insisi bedah/adanya luka bekas operasi | Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam<br>Kriteria Hasil :<br>• paisen bebas dari tanda dan gejala infeksi<br>• TTV dalam batas normal | 1. Monitor tanda-tanda vital.<br>2. Kaji keadaan luka.<br>3. Lakukan perawatan luka.<br>4. Inspeksi kondisi luka/ insisi bedah.<br>5. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain.<br>6. Batasi pengunjung bila perlu. |

| | | |
|---|---|---|
| | | 7. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.<br>8. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. |
| Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d perjalan penyakit | Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nafsu makan klien menambah<br>Kriteria Hasil :<br>• Berat badan meningkat<br>• Nafsu makan meningkat<br>• Tidak mual dan muntah | 1. Kaji adanya alergi makanan.<br>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.<br>3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake.<br>4. Berikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi ).<br>5. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.<br>6. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkam nutrisi yang dibutuhkan. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Defisit perawatan diri b.d kelemahan dan kelelahan | Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan klien bisa melakukan perawatan diri mandi<br>Kriteria hasil :<br>• Klien mengatakan rasa nyaman dan segar setelah mandi. | 1. Kaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.<br>2. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri.<br>3. Dukung keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien<br>4. Monitor integritas kulit klien.<br>5. Lakukan personal hygiene. |

**3.4 Implementasi**

| No | Hari / Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Jam | Implementasi | Jam | Evaluasi | Paraf |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.** | Kamis 07 Juni 2018 | Nyeri akut berhungan dengan agen cidera fisik | 08.10<br><br><br><br><br><br>08.25<br><br><br><br>08.45<br>08.59 | 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karateristik, durasi, frekuensi, dan kualitas.<br>2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.<br>3. Memonitor vital sign.<br>4. Mengajarkan teknik relaksasi (Tarik nafas dalam). | 09.30 | • Klien mengatakan nyeri pada bagian pinggang sebelah kanan.<br>• Klien mengatakan nyerinya hilang timbul<br>• Luka klien tampak memerah dan bernanah. | |

| | | |
|---|---|---|
| | | O :<br>• Klien tampak meringis.<br>• Klien mampu melakukan teknik relaksasi (tari nafas dalam)<br>• Klien tampak memeggang pinggang sebelah kanan.<br>• TD : 135/80 mmHg<br>HR : 85 kali/menit<br>RR : 20 kali/menit<br>Suhu : 37 $^{0}$C |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | • Skala nyeri 4<br>A : Masalah nyeri belum teratasi.<br>P : Intervensi dilanjutkan |
| Kamis<br>07 Juni 2018 | Resiko infeksi berhungan dengan Insisi bedah / adanya luka bekas operasi | 09.40<br>09.45<br>09.50<br>09.55<br>09.59<br>10.00<br>10.05 | 1. Mengkaji keadaan luka.<br>2. Melakukan perawatan luka.<br>3. Menginspeksi kondisi luka/ insisi bedah.<br>4. Membersihkan lingkungan setelah di pakai pasien lain.<br>5. Membatasi pengunjung bila perlu.<br>6. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.<br>7. Memonitor tanda dan | 09.55 | • Klien mengatakan ada bekas luka operasi di bagian pinggang sebelah kanan.<br>• Klien mengatakan luka nya berdarah dan |

| | | |
|---|---|---|
| | gejala infeksi sistemik dan lokal. | bernanah.<br>O :<br>• Terdapat balutan luka pada pinggang klien.<br>• Luka klien tampak berdarah dan bernanah<br>• Luka klien ± 2 cm<br>A : Masalah resiko infeksi belum teratasi.<br>P : Intervensi Dilanjutkan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Kamis<br>07 Juni 2018 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhungan dengan Mual, muntah dari efek sekunder nyeri | 10.14<br><br><br><br>10.20<br><br><br><br>10.25<br><br><br><br>10.30 | 1. Mengkaji adanya alergi makanan yaitu memperhatikan reaksi pasien setelah makan.<br>2. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake protein dan vitamin.<br>3. Memberikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi ).<br>4. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi yaitu menjelaskan kepada pasien tentang makanan yang | 10.20 | • Klien mengatakan masih mual, nafsu makan menurun.<br>O :<br>• Klien tampak lemas.<br>• Klien tampak tidak menghabiskan makanannya.<br>A : Masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | mengandung karbohifrat, protein dan vitamin. | | P : Intervensi di lanjutkan. |
| Kamis 07 Juni 2018 | Defisit perawatan diriberhungan dengan kelemahan dan kelelahan | 10.40 | 1. | Mengkaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. | 11.30 | S : Klien mengatakan bahwa badannya terasa nyaman setelah mandi. O : Klien terlihat senang dan nyaman. A: Masalah Defisit Perawatan diri : mandi teratasi. P : Intervensi dilanjutkan |
| | | 11.00 | 2. | Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri. | | |
| | | 11.05 | 3. | Dukung keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien. | | |
| | | 11.10 | 4. | Monitor integritas | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | kulit klien.<br>11.15 5. Melakukan personal Hygiene | | | |

| No | Hari / Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Jam | Implementasi | Jam | Evaluasi | Paraf |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2.** | Jum'at<br>08 Juni 2018 | Nyeri akut berhungan dengan agen cidera fisik | 08.30<br><br><br><br><br><br>08.35<br><br><br>08.40<br>08.50 | 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karateristik, durasi, frekuensi, dan kualitas.<br>2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.<br>3. Memonitor vital sign.<br>4. Mengevaluasi teknik relaksasi (Tarik nafas | 08.30 | • Klien mengatakan nyeri pada bagian pinggang sebelah kanan.<br>• Klien mengatakan nyerinya hilang | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | dalam). | timbul<br>• Luka klien tampak memerah dan bernanah.<br><br>O :<br>• Klien tampak meringis.<br>• Klien mampu melakukan teknik relaksasi (tari nafas dalam)<br>• TD : 130/80 mmHg |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | HR : 80 kali/menit<br>RR : 22 kali/menit<br>Suhu : 36, 7 $^{0}$C<br>• Skala nyeri 4<br>A : Masalah nyeri belum teratasi.<br>P : Intervensi dilanjutkan. |
| Jum'at<br>08 Juni 2018 | Resiko infeksi berhungan dengan Insisi bedah / adanya luka bekas operasi | 09.05<br>09.10<br>09.16<br>09.21<br>09.25 | 1. Mengkaji keadaan luka.<br>2. Melakukan perawatan luka.<br>3. Menginspeksi kondisi luka/ insisi bedah.<br>4. Membersihkan lingkungan setelah di pakai pasien lain.<br>5. Membatasi pengunjung | 09.20 | • Klien mengatakan ada bekas luka operasi di pinggang sebelah kanan.<br>• Klien |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | bila perlu. | mengatakan luka nya masih berdarah dan bernanah.<br>O :<br>• Terdapat balutan luka pada pinggang klien.<br>• Luka klien tampak berdarah dan bernanah.<br>• Luka klien ±2cm..<br>A : Masalah resiko infeksi belum |
| | | 09.30 | 6. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. | |
| | | 10.00 | 7. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | teratasi.<br>P : Intervensi dilanjutkan |
| Jum'at<br>08 Juni 2018 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhungan dengan Mual, muntah dari efek sekunder nyeri | 09.45<br><br>09.50<br><br>09.55 | 1. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake protein dan vitamin.<br>2. Memberikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi ).<br>3. Mengkaji adanya alergi makanan. | 10.10 | • Klien mengatakan masih mual, nafsu makan menurun.<br>• Klien mengatakan makan |

| | | |
|---|---|---|
| | | hanya 5 sendok.<br>O :<br>• Klien tampak lemas.<br>• Klien tampak tidak menghabiskan makanannya.<br>A : Masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi.<br>P : Intervensi di lanjutkan. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Jum'at<br>08 Juni 2018 | Defisit perawatan diriberhungan dengan kelemahan dan kelelahan | 10.05<br><br>10.10<br><br>08.00<br><br>08.15 | 1. Membantu keluarga melakukan personal hygiene.<br>2. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri.<br>3. Mendukung keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien.<br>4. Monitor integritas kulit klien. | 08.30 | S :<br>• Klien mengatakan sudah mandi pagi ini.<br>• Klien mengatakan badannya terasa segar setelah mandi.<br>O :<br>• Klien dimandikan tadi pagi oleh keluarganya.<br>• Klien tampak bersih dan |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | rapi.<br>A : Masalah Defisit Perawatan Diri : mandi teratasi sebagian.<br>P : Intervensi dilanjutkan |

| No | Hari / Tanggal | Diagnosa Keperawatan | Jam | Implementasi | Jam | Evaluasi | Paraf |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **3.** | Sabtu 09 Juni 2018 | Nyeri akut berhungan dengan agen cidera fisik | 08.10 | 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karateristik, durasi, frekuensi, dan kualitas. | 09.00 | • Klien mengatakan nyeri pada bagian pinggang sebelah kanan.<br>• Klien mengatakan nyerinya hilang timbul<br>• Luka klien tampak memerah dan bernanah. | |
| | | | 08.25 | 2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan. | | | |
| | | | 08.30 | 3. Memonitor vital sign. | | | |
| | | | 08.40 | 4. Mengevaluasi teknik relaksasi (Tarik nafas dalam). | | | |

| | |
|---|---|
| | O :<br>• Klien tampak meringis.<br>• Klien mampu melakukan teknik relaksasi (tari nafas dalam)<br>• TD : 130/80 mmHg<br>HR : 80 kali/menit<br>RR : 22 kali/menit<br>Suhu : 36, 7 $^{0}$C<br>• Skala nyeri 3<br>A : Masalah nyeri |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | belum teratasi.<br>P : Intervensi dilanjutkan. |
| Sabtu 09 Juni 2018 | Resiko infeksi berhungan dengan Insisi bedah / adanya luka bekas operasi | 08.50<br>08.55<br>09.00<br>09.05<br>09.10<br>09.15<br>09.20 | 1. Mengkaji keadaan luka.<br>2. Melakukan perawatan luka.<br>3. Menginspeksi kondisi luka/ insisi bedah.<br>4. Membersihkan lingkungan setelah di pakai pasien lain.<br>5. Membatasi pengunjung bila perlu.<br>6. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.<br>7. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. | 09.30 | • Klien mengatakan ada bekas luka operasi di pinggang sebelah kanan.<br>• Klien mengatakan luka nya masih berdarah dan bernanah.<br>O :<br>• Terdapat balutan luka |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | pada pinggang klien.<br>• Luka klien tampak berdarah dan bernanah.<br>• Luka klien ±2cm..<br>A : Masalah resiko infeksi belum teratasi.<br>P : Intervensi dilanjutkan |
| Sabtu 09 Juni 2018 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | 09.40 | 1. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake protein dan vitamin. | 10.20 | • Klien mengatakan |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | berhungan dengan Mual, muntah dari efek sekunder nyeri | 09.50<br><br>10.00 | 2. Memberikan makanan yang sudah di pilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).<br>3. Mengkaji adanya alergi makanan. | masih mual.<br>• Klien mengatakan makan 7 sendok.<br>O :<br>• Klien tampak lemas.<br>• Klien tampak tidak menghabiskan makanannya.<br>A : Masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi.<br>P : Intervensi |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | dilanjutkan. |
| Sabtu 09 Juni 2018 | Defisit perawatan diriberhungan dengan kelemahan dan kelelahan | 08.00<br>08.15<br>08.20<br>08.25 | 1. Melakukan personal hygiene.<br>2. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri.<br>3. Mendukung keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien.<br>5. Monitor integritas kulit klien. | 08.30 | S :<br>• Klien mengatakan sudah mandi pagi ini.<br>• Klien mengatakan badannya terasa segar setelah mandi.<br>O :<br>• Klien dimandikan tadi pagi oleh keluarganya.<br>• Klien |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | tampak bersih dan rapi.<br>A : Masalah Defisit Perawatan Diri : mandi teratasi.<br>P : Intervensi dihentikan. |

# BAB IV

# PEMBAHASAN

Penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.Z dengan Batu Ginjal di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 07 Juni 2018 sampai dengan tanggal 09 Juni 2018, ada beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut.

Penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Batu Ginjal sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai, akan diuraikan sesuai dengan tahap-tahap proses keperawatan di mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

## 4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok ( Carpenito & Moyet, 2007).

Dalam melakukan pengkajian pada klien Ny. Z data didapatkan dari klien, beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

### 4.1.1 Identitas klien

Pengkajian berdasarkan tinjauan teoritis di dapatkan data seperti identitas klien dengan lengkap yaitu nama klien, jenis kelamin klien, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk klien,

tanggal pengkajian, diagnosa. Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis juga mendapatkan data yang lengkap sesuai dengan tinjauan teoritis. Penulis tidak menemukan kesulitan untuk mendapatkan data dari klien karena klien. karena klien bisa diaajak untuk berkomunikasi dan juga klien kooperatif apabila ditanya. Keluarga klien juga banyak memberikan informasi jika ditanya.

4.1.2 Keluhan utama

Keluhan utama klien ketika masuk Rumah Sakit pada tanggal 31 Mei 2018 pada pukul 11.22 WIB melalui poli Bedah klien mengatakan nyeri pinggang sebelah kanan dan klien mengatakan pipis berwarna putih susu. Sedangkan dalam tinjauan teoritis biasanya klien mengeluhkan adanya nyeri pada bagian pinggang.

4.1.3 Riwayat Kesehatan Sekarang

Secara teoritis dilihat dari manifestasi klinis pada klien dengan Batu Ginjal ditemukan adanya tanda-tanda nyeri hebat yang hilang-timbul, biasanya di daerah antara tulang rusuk dan tulang pinggang, yang menjalar ke perut,sampai ke daerah kemaluan dan paha sebelah dalam. Sedangkan pada saat pengkajian Klien mengatakan nyeri pada pinggang sebelah kanan, pengkajian PQRST :

**P (Provoking Incident) :**

Klien mengeluh nyeri pada bagian pinggang dan menjalar kesaluran kemih.`**Q (Quality of Pain) :**

Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti menusuk –nusuk.

**R (Region : radition, relief) :**

Klien mengatakan nyeri terasa pada bagian pinggang sebelah kanan.

**S (Severity/Scale of Pain) :**

Skala nyeri 4.

**T (Time) :**

Klien mengatakan nyerinya terasa kadang -kadang.

Pada saat di lakukan pengkajian klien mengatakan nyeri pada bagian bekas luka operasi di pinggang sebelah kanan. Luka klien ±2 cm. Luka klien tampak bernanah dan berdarah. Klien mengatakan nyeri pada bagian bekas operasi dipinggang sebelah kanan. Klien mengatakan saat mau makan nasi perutnya mual. Klien mengatakan terpasang slang dipinggang sebelah kanan.klien mengatakan terpasang infus ditangan sebelah kanan. Kien tampak terpasang slang kateter. Wajah klien tampak kusam. Badan klien mengeluarkan bauk yang tidak sedap. Klien tampak susah melakukan aktifitas. Klien mengatakan nafsu makan menurun. Klien tampak lemas. klien mengatakan makan hanya 5 sendok saja. Dan klien juga mengatakan bahwa ia belum mandi sejak 3 hari yang lalu.

4.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada tinjauan teoritis dan kasus tidak selalu sama karena di tinjauan kasus keluarga klien mengatakan bahwa klien pernah melakukan operasi batu ginjal yang pertama pada tahun 2009 dirumah sakit BMC padang di pinggang sebelah kiri, yang kedua pada bulan juni tahun 2013 dirumah sakit Dr.Achmad mochtar bukittinggi di

pinggang sebelah kiri juga, namun 1 bulan setelah itu klien kembali melakukan operasi di pinggang sebalah kiri di rumah sakit Dr. Achmad mochtar bukittinggi.

4.1.5 Riwayat kesehatan keluarga

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga tidak ada mengalami penyakit yang sama seperti yang diderita klien.

4.1.6 Pemeriksaam fisik

Dalam pengkajian pemeriksaan fisik pada teoritis terdapat nyeri pada pinggang, nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk. Dan nyerinya terasa hilang timbul. Sedangkan dalam tinjauan kasus nyeri pada pinggang bekas luka operasi dan luka tampak memerah dan bernanah. Nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk. Dan nyerinya terasa hilang timbul.

## 4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual / potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2012).

Pada tinjauan teoritis ditemukan 5 diagnosa Keperawatan sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 4 diagnosa keperawatan.

Diagnosa yang ditemukan pada teori, menurut NANDA tahun 2015 – 2017 Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada klien dengan Batu Ginjal, yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhungan dengan mual, muntah dari efek sekunder nyeri.
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan proses penyakitnya.
4. Gangguan aktivitas berhubungan dengan kelemahan otot.
5. Resiko terjadinya kekurangan cairan berhubungan dengan in take peroral.

Sedangkan pada kasus ditemukan 4 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Nyeri akut berhungan dengan agen cidera fisik
2. Resiko infeksi berhungan dengan Insisi bedah / adanya luka bekas operasi
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhungan dengan Mual, muntah dari efek sekunder nyeri
4. Deficit perawatan diri b.d kelemahan dan kelelahan.

Diagnosa pada kasus yang tidak ditemukan di teori adalah :

1. Kurang pengetahuan berhubungan dengan proses penyakitnya.
2. Gangguan aktivitas berhubungan dengan kelemahan otot.
3. Resiko terjadinya kekurangan cairan berhubungan dengan in take peroral.

Diagnosa yang lainnya tidak muncul pada tinjauan kasus karena tidak ada data pendukung pada tinjauan kasus diatas. Namun dari ke Empat

diagnosa diatas ada 2 diagnosa yaitu Resiko infeksi berhungan dengan Insisi bedah / adanya luka bekas operasi yang tidak ada ditemukan pada teoritis, diagnosa ini muncul pada kasus karena adanya data yang mendukung dari riwayat kesehatan sekarang untuk penulis angkat menjadi masalah resiko infeksi. Defisit perawatan diri : mandi berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan yang tidak ada ditemukan pada teoritis, diagnosa ini muncul pada kasus karena adanya data yang mendukung dari riwayat kesehatan sekarang untuk penulis angkat menjadi masalah defisit perawatan diri : mandi.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keparawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasikan dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efesien (Rohmah & Walid, 2012).

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

a. Untuk diagnosa Pertama

   Nyeri akut, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan teoritis adalah lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karateristik, durasi, frekuensi, dan kualitas, observasi

reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri, evaluasi pengalaman nyeri masa lampau, kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri, tentukan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri.

Sedangkan di dalam tinjauan kasus intervensi yang di lakukan hanya sesuai dengan keluhan pasien yaitu lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karateristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, monitor vital sign, ajarkan teknik relaksasi (Tarik nafas dalam).

b. Untuk diagnosa kedua

Infeksi, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan teoritis adalah bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain, pertahankan teknik isolasi, batasi pengunjung bila perlu, intruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meningggalkan pasien, gunakan sabun anti mikrobia untuk cuci tangan, cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung, pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat, tingkatkan intake nutrusi, berikan terapi antibiotik bila perlu, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal yaitu, batasi pengunjung, sering pengunjung terhadap penyakit menular, pertahankan teknik aspesis

pada pasien yang berisiko, lakukan perawatan luka, inpeksi kondisi luka/ insisi bedah, ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi (Tumor, calor, rubor, dolor, fungsiolesia), ajarkan cara menghindari infeksi, laporkan kecurigaan infeksi.

Sedangkan di dalam tinjauan kasus intervensi yang di lakukan hanya sesuai dengan keluhan pasien yaitu monitor tanda-tanda vital (Tekanan darah, Nadi, Suhu, Pernafasan), kaji keadaan luka, lakukan perawatan luka, inspeksi kondisi luka/ insisi bedah, bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain, batasi pengunjung bila perlu, cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal (Tumor, calor, rubor, dolor, fungsiolesia).

c. Untuk diagnosa Ketiga

Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan tinjauan teoritis adalah kaji adanya alergi makan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, anjurkan pasien untuk meningkatkan intake, anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C, berikan subtansi gula, yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi ), ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makan harian, monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, kaji kemampuan pasien untuk mendapatkam nutrisi yang dibutuhkan.

Sedangkan di dalam tinjauan kasus intervensi yang di lakukan hanya sesuai dengan keluhan pasien yaitu kaji adanya alergi makanan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, anjurkan pasien untuk meningkatkan intake, berikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi), berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, kaji kemampuan pasien untuk mendapatkam nutrisi yang dibutuhkan.

d. Untuk diagnosa keempat

Defisit perawatan diri, pada tinjauan teoritis tidak ditemukan diangnosa defisit perawatan diri, sedangkan dalam kasus Ny.Z ditemukan diagnosa defisit perawatan diri. Rencana tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan tinjauan kasus adalah kaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri, dukung keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien, monitor integritas kulit klien, lakukan personal hygiene.

4.4 Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru ( Rohmah, & Walid, 2012).

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan asuhan

keperawatan pada klien Batu Ginjal, hal ini tidaklah mudah. Terlebih dahulu penulis mengatur strategi agar tindakan keperawatan dapat terlaksana, yang dimulai dengan melakukan pendekatan pada klien agar nantinya klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan, sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

a. Untuk diagnosa Pertama

Nyeri akut, implementasi yang telah dilakukan adalah

1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karateristik, durasi, frekuensi, dan kualitas.
2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.
3. Memonitor vital sign
4. Mengajarkan teknik relaksasi

Hasil yang didapatkan pada saat melakukan implementasi pada diagnosa yang kedua yaitu nyeri yang dirasakan oleh Ny. Z terdapat pada bagian pinggang sebelah kanan, nyeri terasa di tusuk-tusuk nyeri yang dirasakan hilang timbul. Ny. Z tampak meringis menahan sakitnya. Tanda-tanda vital pada Ny. Z di ukur hanya 1 kali dalam sehari. Hasil yang di dapatkan pada hari pertama tanggal 07 Juni 2018 yaitu TD : 135/80 mmHg, HR : 85 kali/menit, RR : 20 kali/menit, Suhu : 37 $^{0}$C). Pada hari kedua tanggal 08 Juni 2018 di dapatkan hasil pengukuran TD : 140/80 mmHg, HR : 85 kali/menit, RR : 20 kali/menit, Suhu : 36, 4 $^{0}$C. Dan pada hari ketiga tanggal 09 Juni 2018 di dapatkan hasil pengukuran TD : 140/80 mmHg, HR : 80 kali/menit,

RR : 20 kali/menit, Suhu : 36, 4 $^{0}$C. Teknik relaksasi yang dilakukan pada Ny. Z adalah tarik nafas dalam. Dan Ny. Z dapat melakukan teknik nafas dalam yang telah di ajarkan dengan baik.

b. Untuk diagnosa kedua

Infeksi, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Memonitor tanda-tanda vital
2. Mengkaji keadaan luka
3. Melakukan perawatan luka
4. Menginspeksi kondisi luka/ insisi bedah
5. Membersihkan lingkungan setelah di pakai pasien lain.
6. Membatasi pengunjung bila perlu.
7. Mencuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.
8. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.

Hasil yang didapatkan pada saat melakukan implementasi pada diagnosa yang kedua yaitu tanda-tanda vital pada Ny. Z di ukur hanya 1 kali dalam sehari. Pada hari pertama tanggal 07 Juni 2018 yaitu TD : 135/80 mmHg, HR : 85 kali/menit, RR : 20 kali/menit, Suhu : 37 $^{0}$C). Pada hari kedua tanggal 08 Juni 2018 di dapatkan hasil pengukuran TD : 140/80 mmHg, HR : 85 kali/menit, RR : 20 kali/menit, Suhu : 36, 4 $^{0}$C. Dan pada hari ketiga tanggal 09 Juni 2018 di dapatkan hasil pengukuran TD : 140/80 mmHg, HR : 80 kali/menit, RR : 20 kali/menit, Suhu : 36,4 $^{0}$C. Perawatan luka pada Ny. Z dilakukan 1 kali dalam sehari. Luka klien sekitar ± 2 cm. Pada hari pertama luka

klien tampak berdarah dan bernanah. Pada hari kedua luka klien masih berdarah dan bernanah. Dan pada hari ketiga luka klien masih berdarah dan bernanah. Tanda-tanda infeksi yaitu tumor (pembengkakan), calor (panas), rubor (memerah), dolor (nyeri), dan fungsiolesia.

c. Untuk diagnosa Ketiga

Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Mengkaji adanya alergi makanan
2. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
3. Menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake.
4. Memberikan makanan yang dipilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).
5. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.

Hasil yang didapatkan ketika melakukan implementasi pada diagnosa yang Ketiga yaitu klien tidak ada mempunyai alergi makanan. Dan klien hanya makan 7 sendok.

d. Untuk diagnosa keempat

Defisit perawatan diri, implementasi yang telah dilakukan adalah :

1. Mengkaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri
2. Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri.

3. Mendukung keluarga untuk berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien.
4. Memonitor integritas kulit klien.
5. Melakukan personal hygiene.

Hasil yang didapatkan pada saat melakukan implementasi pada diagnosa yang keempat yaitu kulit klien tampak kering. Klien susah untuk melakukan perawatan diri : mandi secara mandiri. Sehingga pada saat melakukan perawatan diri : mandi klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Dalam melakukan tindakan keperawatan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

a) Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.
b) Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan.
c) Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melaukakan tindakan asuhan keperawatan.

## 4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2012). Dari 4 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan, kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.Penulis mengevaluasi selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 07 – 09 juni 2018.

a. Pada diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik. Pada hari pertama tanggal 07 Juni 2018 klien mengatakan nyeri pada bagian pinggang sebelah kanan dengan skala nyeri 4. Pada hari kedua tanggal 08 Juni 2018 klien mengatakan nyeri pada bagian pinggang sebelah kanan dengan skala nyeri 4. Dan pada hari ketiga klien mengatakan nyeri pada bagian pinggang sebelah kanan skala nyeri 3. Masalah nyeri dianggap belum teratasi karena masih nyeri di pinggang sebelah kanan.
b. Pada diagnosa yang kedua yaitu infeksi berhubungan dengan proses peyakit. Pada hari pertama tanggal 07 Juni 2018 klien mengatakan bahwa terdapat luka pada bagian pinggang, lukanya berdarah dan bernanah. Pada hari kedua tanggal 08 Juni 2018 klien mengatakan bahwa terdapat luka pada bagian pinggang, lukanya masih berdarah

dan bernanah. Dan pada hari ketiga tanggal 09 Juni 2018 klien mengatakan lukanya masih berdarah dan bernanah. Masalah infeksi dianggap belum teratasi karena pada hari ketiga klien mengatakan bahwa masih nyeri di pinggang sebelah kanan.

c. Pada diagnosa yang ketiga yaitu nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah dari efek sekunder nyeri. Pada hari pertama sampai hari ketiga yaitu tanggal 07-09 Juni 2018 klien mengatakan masih mual, nafsu makan tidak ada. Klien tampak lemas dan klien tampak tidak menghabiskan makanannya. Masalah dianggap belum teratasi karena tujuan yang di harapkan belum tercapai.

d. Pada diagnosa yang keempat yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan. Pada tanggal 07 Juni 2018 klien melakukan perawatan diri : mandi dibantu oleh perawat dan keluarga. Masalah dianggap sudah teratasi karena tujuan dianggap sudah terpenuhi.

# BAB V

# PENUTUP

## 5.1 Kesimpulan

Dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. Z dengan Batu Ginjal di Ruang Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat disimpulkan :

1. Konsep asuhan keperawatan Batu Ginjal seperti pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi dan WOC, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan komplikasi dapat di pahami dengan baik oleh penulis maupun pembaca.
2. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. Z dengan Batu Ginjal diruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD. Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018. Pada pengkajian, penulis tidak menemukan beberapa perbedaan, serta hambatan tidak ada ditemukan penulis. Hanya beberapa perbedaan yang ditemukan penulis, pada tinjauan kasus terdapat bekas operasi di pinggang sebelah kanan luka tampak memerah dan bernanah, sehingga menyebabkan nyeri. Nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk. Dan nyerinya terasa hilang timbul. Sedangkan pada tinjauan teoritis terdapat nyeri pada pinggang, nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk. Dan nyerinya terasa hilang timbul.
3. Asuhan Pada diagnosa keperawatan dengan klien batu ginjal di ruang bedah ambun suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dirumuskan 4 diagnosa pada tinjauan kasus yaitu :
   a. Nyeri akut berhungan dengan agen cidera fisik.

b. Resiko infeksi berhungan dengan Insisi bedah / adanya luka bekas operasi.
c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhungan dengan Mual, muntah dari efek sekunder nyeri.
d. Deficit perawatan diri b.d kelemahan dan kelelahan.

4. Pada perencanaan asuhan keperawatan dengan klien Batu Ginjal diruang bedah ambun suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus. Tujuan yang diharapkan dari asuhan keperawatan dengan Batu Ginjal yaitu agar nyeri klien berkurang, tidak terjadi infeksi, nafsu makan klien bertambah, klien dapat melakukan perawatan diri mandi.
5. Pada implementasi asuhan keperawatan dengan Batu Ginjal di ruang rawat inap bedah ambun suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 hampir semua dapat dilakukan, namun ada beberapa rencana tindakan yang penulis tidak lakukan tetapi dilakukan oleh perawat ruangan tersebut.
6. Evaluasi pada klien dengan Batu Ginjal di ruang rawat inap bedah ambun suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dilakukan dengan baik. Dari 4 diagnosa keperawatan hanya satu yang sudah teratasi yaitu, Defisit perawatan diri mandi. Sedangkan 3 diagnosa lagi yaitu nyeri, resiko infeksi, dan ketidakseimbangan nutrisi belum teratasi . karena mahasiswa memiliki

keterbatasan waktu dalam melakukan asuhan keperawatan. Mahasiswa hanya selama 3 hari melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit.

## 5.2 Saran

### 5.1.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai klien dengan Batu Ginjal dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai Batu Ginjal, dan fakor –faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

### 5.1.2 Bagi Institusi Pendidikan

Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan Batu Ginjal secara komprehensif.

### 5.1.3 Bagi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan, memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja yang baik antara tim kesehatan dan klien yang ditujukan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang optimal. Dan adapun untuk klien yang telah mengalami kasus Batu Ginjal maka harus segera dilakukan perawatan, agar tidak terjadi komplikasi dari penyakit Batu Ginjal.

# DAFTAR PUSTAKA


Ario Pratomo, Wahyu dan Hidayat, Paidi. 2007. *Pedoman Praktis Penggunaan Eviews dalam Ekonometrika.* Cetakan pertama. Medan. USU Press.

Arthur, Guyton, MD. 1996. *Buku Ajaran Fisiologi Kesehatan*. Vhiladelphia: W. B. Saundres Company.

Evelyn CP, 2009. *Anatomi dan Fisiologu Untuk Paramedis.* Jakarta. Gramedia

Ganong, William F 2008. Fisiologi Kedokteran. Edisi 22. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Guyton A.C.,Hall j.E 1997.*Buku Ajar Fisiologi Kedokteran.* Edisi 9. Jakarta :EGC. P.

Handriadi Winaga, 2006. *Disfungsi ereksi / impoten.* http://www.tanyadokteranda.com/artikel/2006/09/erectile-dysfunction-disfungsi-ereksi-impoten.

Harumi (2008) *Fisiologi Kedoktran penerbit buku kedokteran* EGC, jakarta.

Lemone Prisila dkk. 2016. Buku Ajaran Keperawatan. Medikal bedah. Jakarta:EGC

Moore KL.,Agur AMR. 2002. Anatomi Klinis Dasar. Hipokrates. Jakarta.

Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC. Jogjakarta: MediAction.

Nursalam. (2009) *Proses dan dokumentasi keperawatan.* Jakarta: salemba medika.

Sja'bani (2006), ilmu penyak it dalam. jilid I Edisi 4. Jakarta: pusat penerbitan Departemen Ilmu penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Stoller, Marshall L. Urinry Stone Disease dalam *Smith's General Urology.* Edisi ke-17. USA: McGraw-Hill; 2008.

Watson.R. 2002. *Anatomi Fisiologi.* Ed 10. Buku Kedokteran ECG. Jakarta.

Wibowo, Daniel S., Anatomi Tubuh Manusia, Jakarta : Grasindo, 2008.

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

| | |
|---|---|
| **Nama** | **: Yulia Fitri Nengsi** |
| **Tempat / Tanggal Lahir** | **: Manggopoh, 10 February 1996** |
| **Agama** | **: Islam** |
| **Negeri Asal** | **: Lubuk Basung** |
| **Jumlah Bersaudara** | **: 8 (Delapan)** |
| **Anak Ke** | **: 7 (Tujuh)** |
| **Nama Orang Tua** | |
| **Ayah** | **: Ainan (Alm)** |
| **Ibu** | **: Martinis** |
| **Alamat** | **: Padang Kiau Jorong Sago. Manggopoh Lubuk Basung.** |

**Riwayat Pendidikan**

| | |
|---|---|
| **SD Negeri 52 Sago** | **: 2003-2008** |
| **SMP Negeri 2 Lubuk Basung** | **: 2008-2011** |
| **Sma Negeri 3 Lubuk Basung** | **: 2011-2014** |

**Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang Tahun 2015 sampai sekarang.**

# DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
## PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
## TA 2017/2018

**NAMA MAHASISWA** : Yulia Fitri Nengsi

**NIM** : 1514401031

**RUANGAN** : Bedah

**JUDUL STUDI KASUS** : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu kalik Inferior kanan di Ruangan Rawat Inap Bedah RSUP Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018

| NO | HARI/TANGGAL | DATANG | | PULANG | | KET |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | JAM | PARAF | JAM | PARAF | |
| 1 | Kamis / 7 Juni 2018 | 07.15 WIB | | 14.30 WIB | | |
| 2 | Jum'at / 8 Juni 2018 | 07.15 WIB | | 14.30 WIB | | |
| 3. | Sabtu / 9 Juni 2018 | 07.15 WIB | | 14.30 WIB | | |

Bukittinggi, 8 Juni 2018

**Ka Ruangan**

(Ns. Reni Susanti, M.kep.Sp.kmb)

**Preceptor**

(Ns. Aldo Yuliano, MM)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Yulia fitri Nengsi

Nim : 1514401031

Pembimbing : Ns. Reni Susanti, M.kep, Sp, KMB

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan keperawatan Pada Ny. 2 dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi batu kalik Inferior kanan diruangan Rawat inap Bedah Rumah Sakit Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018

| No | Hari/Tanggal | Materi Bimbingan | Tanda Tangan Pembimbing |
|---|---|---|---|
| 1. | | Perbaiki RW. kes. Skarang Sesuai hsl temuan yg diobs | |
| 2. | | Perbaiki pengkajian fisik. | |
| 3. | | Tetapkan diagnosa prioritas | |
| 4. | | Acc disidangkan | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7 | | | |

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Yulia Fitri Nengsi

Nim : 1514401031

Pembimbing : Ns. Aldo Yuliano, MM

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Kalik Inferior Kanan di Ruangan Rawat Inap Bedah Ambun Suri Lantai 2 Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

| No | Hari/Tanggal | Materi Bimbingan | Tanda Tangan Pembimbing |
|---|---|---|---|
| 1. | Selasa / 12 Juni 2018. | Perbaiki sesuai saran. | |
| 2. | Senin / 25 Juni 2018 | Perbaiki sesuai saran lanjutkan BAB IV dan daftar pustaka. | |
| 3. | Senin / 2 Juli 2018. | Perbaiki sesuai saran 1) Ammi penulis 4) Perbaiki DF. | |
| 4. | Kamis / 9 Juli 2018. | Perbaiki sesuai saran Bab IV dan V | |
| 5. | 9 / Juli 2018 | Perbaiki sesuai saran Bab V + daftar Pustaka | |
| 6. | Selasa 10 Juli 2018 | Perbaiki sesuai saran Penulisan. | |
| 7 | Rabu 10/7/18 | Acc y Sujikan. | |

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

**LEMBAR KONSULTASI REVISI**

Nama Mahasiswa : Yulia Fitri Nengsi

Nim : 1514401031

Penguji II : Ns. Aldo Yuliano, MM

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z Dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal Di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

| No | Hari/Tanggal | Materi Bimbingan | Tanda Tangan |
|---|---|---|---|
| 1. | Kamis / 26-7-2018 | Perbaiki sesuai saran Pemeriksaan fisik | |
| 2. | Kamis 26/7-2018 | Perbaiki sesuai saran data penunjang | |
| 3. | Jumat 27/7-2018 | Perbaiki sesuai saran implementasi | |
| 4. | Jumat 27/7-2018 | Acc u/ disud | |
| 5. | | | |

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

**LEMBAR KONSULTASI REVISI**

Nama Mahasiswa : Yulia Fitri Nengsi

Nim : 1514401031

Penguji I : Ns. Falerisiska Yunere, M.kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny. Z Dengan Post Operasi PCNL Atas Indikasi Batu Ginjal Di Ruang Bedah Ambun Suri Lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

| No | Hari/Tanggal | Materi Bimbingan | Tanda Tangan |
|---|---|---|---|
| 1. | | perbaiki sesuai saran tambahkan data fokus | |
| 2. | | perbaiki tekhnik penulisan sesuai dg pedoman | |
| 3. | | Acc di perpanjang ke dr gilid | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |