

CLINICAL PATHWAY

BATU GINJAL

NOMOR : 042/CP/KOMDIK/RSIH/XI/2022
NO. REVISI : 00
TANGGAL PENGESAHAN : 24 November 2022

LEMBAR VALIDASI DAN PERSETUJUAN

Jenis Dokumen : CP
 Nomor Dokumen : 011/CP/KOMDIK/RSIH/XI/2022
 Judul Dokumen : BATU GINJAL
 Nomor Revisi : 00

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	dr. Hadiyana Suryadi, Sp.B	Ketua KSM Bedah		24-11-2022
Verifikator	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		24-11-2022
	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		24-11-2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		24-11-2022



CLINICAL PATHWAY BATU GINJAL

NAMA PASIEN:	UMUR:	BB (kg):	TGL/JAM MASUK:			LAMA RAWAT (hari):			
	TGL LAHIR:								
No. CM:	JK:	TB (cm):	TGL/JAM KELUAR:			RENCANA RAWAT tanpa komplikasi :3-5 hari			
DIAGNOSIS AWAL: BATU GINJAL	KODE ICD 10:	RUANG RAWAT:	KELAS:						
AKTIVITAS PELAYANAN		HR 1	HR 2	HR 3	HR 4	HR 5	HR 6	HR 7	KETERANGAN
TANGGAL AKTIVITAS PELAYANAN									
ASESMENT KLINIS									
PEMERIKSAAN DOKTER									
A. Dokter IGD									
B. Dokter Spesialis									
KONSULTASI Spesialis Anestesi									
PEMERIKSAAN PENUNJANG									
A. Darah rutin									
B. GDS									
C. PT, APTT atau BT, CT									
D. Urinalisis + Kultur urine (bila perlu)									
E. Alb/Prot total, Asam Urat, Ca/Mg/Ph/Cl/Na/K, Ur/Cr, asam urat									
F. Ro thorax (bila usia pasien > 40 tahun)									
G. EKG ((bila usia pasien > 40 tahun)									
H. CT Urografi non-kontras									
I. BNO-IVP									
J. USG Ginjal-Buli									


CLINICAL PATHWAY BATU GINJAL

K. Renogram- GFR(Bila CT Urografi/IVP tidak informatif)								
TINDAKAN								
A. Operasi RIRS								
B. Operasi: insersi DJ stent								
C. Tindakan Anestesi Umum atau Regional								
D. Pemasangan infus								
E. Suntik								
F. Tes alergi obat/ skin test								
G. Pengambilan sedimen (darah/sputum/feses/urine)								
H. Pemasangan kateter urine								
I. Asuhan Keperawatan Partial								
J. Pelepasan Infus								
K. Pelepasan kateter urine								
TERAPI / OBAT-OBATAN								
A. Infus RL /kristaloid								
B. Inj. Analgetik								
C. Inj. Antibiotik								
D. Aff foley kateter								
E. Aff IVFD								
F. Terapi oral: antibiotic, analgetik, α -blocker								
NUTRISI :								
A. Puasa								
B. Edukasi cukup minum air mineral, makanan tinggi serat, makanan rendah garam, rendah protein								
MONITORING :								



CLINICAL PATHWAY BATU GINJAL

TTV, tingkat nyeri, status nutrisi pasien, interaksi dan ES obat.								
Post-op: BNO								
MOBILISASI : Bertahap sesuai kondisi pasien.								
A. <i>Bed Rest</i>								
B. Mobilisasi, Kurangi obesitas, hindari stres, exercise								
HASIL/ OUTCOME : Sembuh dan pulang pada hari ke-3								
A. Keadaan umum baik								
B. Tensi, nadi, suhu dalam batas normal								
C. Gejala & tanda klinis : nyeri berkurang								
D. Bila batu sisa ♦ tatalaksana sesuai ukuran dan lokasi batu sisa Rencana aff DJ stent (maksimal< 3 bulan)								
E. BAK spontan								
EDUKASI/ RENCANA PEMULANGAN								
A. Resume medis dan keperawatan								
B. Penjelasan perjalanan penyakit dan komplikasi yang dapat terjadi serta terapi dan tindakan yang telah diberikan								
C. Surat pengantar kontrol								
VARIASI PELAYANAN YG DIBERIKAN:			ALASAN:			KETERANGAN:		
NAMA DAN TTD PETUGAS	DIAGNOSIS AKHIR (KODE ICD-10)		JENIS TINDAKAN			NAMA DAN TTD VERIFIKATOR		

		CLINICAL PATHWAY BATU GINJAL			
1)	UTAMA:		1)	1)	
2)	PENYERTA:		2)	2)	
NAMA DPJP	TTD DPJP	NAMA DPJP TAMBAHAN	TTD DPJP TAMBAHAN	NAMA DPJP TAMBAHAN II	TTD DPJP TAMBAHAN II

Petunjuk Penggunaan:

1. Formulir ini digunakan dengan cara dicontreng (√) apabila sudah dilaksanakan, dan tanda minus (-) apabila tidak dilaksanakan.
2. **Formulir ini hanya sebagai pedoman. Pelaksanaan di lapangan disesuaikan dengan kondisi pasien.**
3. Isilah kolom variasi apabila terdapat ketidaksesuaian antara pelaksanaan di lapangan dan *clinical pathway*.