

**IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI BENSON PADA
PASIEEN DENGAN GANGGUAN KEPERAWATAN NYERI
AKUT (POST OP NEFROLITOTOMI)**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk

Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Di susun oleh :

Nama : Afandi Mustofa

Nim : 40902200006

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2025

**IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI BENSON PADA
PASIEN DENGAN GANGGUAN KEPERAWATAN NYERI
AKUT (POST OP NEFROLITOTOMI)**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Nama : Afandi Mustofa

Nim : 40902200006

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2025**

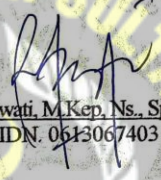
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Jumat tanggal 16 Mei 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

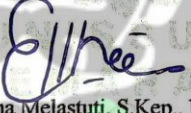
Semarang, 16 Mei 2025

Tim Penguji,

Penguji I,


(Retno Setyawati, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mb)
NIDN. 0643067403

Penguji II,


(Dr. Erna Melastuti, S.Kep., Ns., M.Kep)
NIDN. 0620057604

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan


(Dr. Iwan Ardian, S.KM., M.Kep.)
NIDN. 0622087403

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 16 Mei 2025



METERAL TEMPEL
22K14AMX34956/950

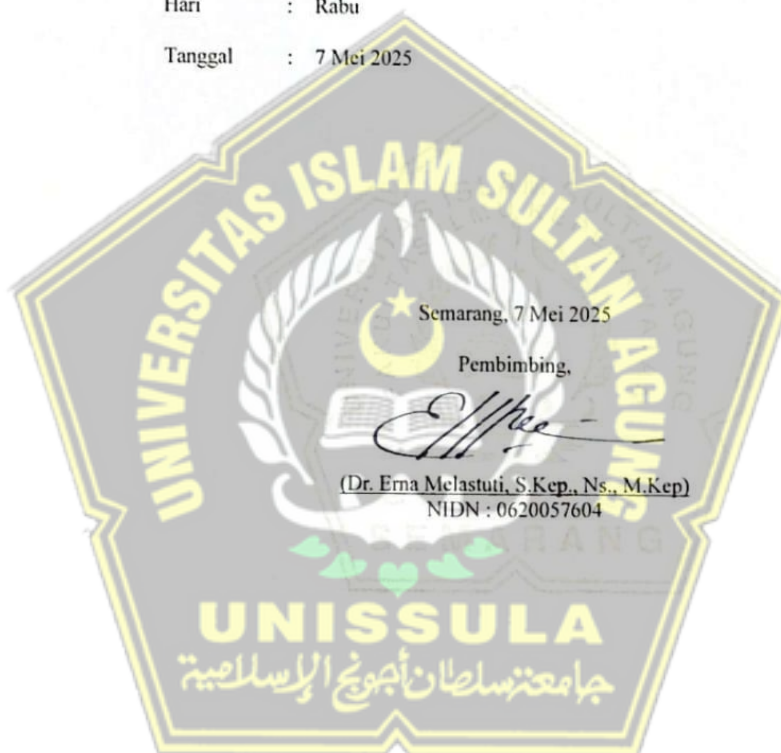
(Arandi Mustofa)

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji
Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula
pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 7 Mei 2025



**IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI BENSON PADA PASIEN
DENGAN GANGGUAN KEPERAWATAN NYERI AKUT (POST OP
NEFROLITOTOMI)**

Afandi Mustofa, Erna Melastuti

Prodi DIII Keperawatan

Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Indonesia

Email : fandibaday1@gmail.com, Ernamel205@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang : Nefrolitiasis merupakan suatu keadaan terdapatnya batu (kalkuli) di ginjal. Batu ginjal terbentuk pada tubuli ginjal kemudian berada di kaliks, pelvis ginjal. Batu ginjal batu yang terdapat pada saluran kemih, batu ini terdiri dari kristal dan kalsium. Pada kasus nefrolitiasis disarankan untuk menghindari konsumsi makanan tinggi oksalat, protein, dan kalsium, kurangnya minum air putih, dan seringnya menahan buang air kecil. (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy), PCNL (Percutaneous Nephrolithotomy), bedah terbuka, endurologi, BNO-IVP, Sitoskopi, CT SCAN.

Tujuan Umum : Tujuan utama yang diharapkan agar tercapai dalam penelitian ini adalah kemampuan untuk memberikan perawatan keperawatan secara menyeluruh kepada pasien yang menderita nefrolitiasis.

Metode : Metode yang diterapkan dalam penelitian ini adalah pendekatan studi kasus Dimana data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta analisis dokumen, termasuk format keperawatan.

Hasil : Hasil yang didapatkan selama implementasi terapi relaksasi benson skala nyeri pada pasien Tn. S dari skala 7 menjadi 1 dan Ny. M dari skala 5 menjadi 1.

Kata Kunci : Nefrolitiasis, terapi relaksasi benson, Baitussalam

NURSING DIII STUDY PROGRAM

FACULTY OF NURSING SCIENCES

SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY

MAY 2025

ABSTRACT

Background : Nephrolithiasis is a condition where there are stones (caluli) in the kidneys. Kidney stones form in the renal tubules and then reside in the calyces, the renal pelvis. Kidney stones are stones found in the urinary tract, these stones consist of crystals, calcium. In cases of nephrolithiasis, it is recommended to avoid consuming foods high in oxalate, protein and calcium, not drinking enough water, and frequently holding in urination. Examinations that can be carried out on nephrolithiasis patients are ESWL (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy), PCNL (Percutaneous Nephrolithotomy), open surgery, endourology, BNO-IVP, Cystoscopy, CT SCAN.

General objectives : the main objective that is expected to be achieved in this research is the ability to provide comprehensive nursing care to patients suffering from nephrolithiasis.

Methods : the method applied in this research is a case study approach where data is collected through interviews, observation, physical examination, and document analysis, including nursing care formats.

Results : The results obtained during the implementation of Benson relaxation therapy on the pain scale in patients Mr. S from a scale of 7 to 1 and Mrs. M from a scale of 5 to 1.

Keywords: Nephrolithiasis, Benson relaxation therapy, Baitussalam

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarokatuh

Alhamdulillahirobbil'alamin, dengan mengucapkan Syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat, hidayah dan karunia-Nya. Shalawat serta salam penulis haturkan kepada Baginda Nabi Muhammad SAW yang menjadi suri tauladan kita sepanjang zaman, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “ IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI BENSON PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN KEPERAWATAN NYERI AKUT (POST OP NEFROLITOTOMI) ”. Sebagai salah satu syarat untuk meraih gelar Ahli Madya Keperawatan. Karya tulis ilmiah ini bisa terselesaikan berkat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan dan ketulusan hati ingin mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat sehat, kelancaran, dan kemudahan dalam mengerjakan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, S. H., M. Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang,
3. Bapak Dr. Iwan Ardian, SKM., M. Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Ns. Indra Tri Astuti, S.kep., M. Kep., Sp. Kep. An selaku Kaprodi DIII Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

5. Ibu Dr. Erna Melastuti, S. Kep., Ns., M. Kep selaku dosen pembimbing yang selalu memberikan arahan serta masukan ilmu serta membimbing dan membantu penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah.
6. Selaku penguji yang memberikan masukan dan penyempurnaan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.
7. Seluruh Dosen serta staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selalu membantu penulis dalam aktivitas akademik.
8. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Kepada ayah saya (Slameto, Alm) dan ibu saya (Sulasini) dan segenap keluarga besar Simbah Parjan tercinta yang selalu mendoakan, memberikan semangat, memberikan motivasi, serta dukungan baik moral dan materi yang diberikan untuk menyelesaikan Pendidikan.
10. Kepada seseorang terdekat saya yang memiliki NIM 40902200020 yang telah mensupport dan memberikan semangat selama pengerjaan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Kepada sahabat-sahabat saya yang tinggal di Kos Eka Putra (Kos Ijo) yang telah kebersamai dan memberikan semangat selama penulisan karya tulis ilmiah ini.

12. Teman-teman seperjuangan DIII Keperawatan 2022 dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu-persatu. Terimakasih semoga ilmu yang kita dapatkan dapat bermanfaat dunia akhirat.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat banyak kekurangan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna dan bermanfaat bagi penulis serta dapat meningkatkan pelayanan dimasa mendatang.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarokatuh.



Semarang, 15 Mei 2025

Penulis

Afandi Mustofa

DAFTAR ISI

Contents

Karya Tulis Ilmiah	2
Abstrak	1
<i>ABSTRACT</i>	2
KATA PENGANTAR.....	3
DAFTAR ISI	6
BAB I PENDAHULUAN	10
A. Latar Belakang	10
B. Rumusan Masalah	13
C. Tujuan Penelitian.....	13
1. Tujuan umum	13
2. Tujuan Khusus.....	13
D. Manfaat Studi Kasus	14
1. Bagi Masyarakat	14
2. Bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan 14	
3. Bagi penulis	15
BAB II.....	16
TINJAUAN PUSTAKA.....	16
A. Konsep dasar penyakit Nefrolitiasis.....	16
1. Definisi	16
2. Etiologi	17
3. Klasifikasi	18
4. Penatalaksanaan Nefrolitiasis	20
5. Pemeriksaan penunjang	21
6. Patofisiologi	23
7. Patways	26
B. Konsep dasar keperawatan	27
1. Pengkajian keperawatan	27
2. Dignosa keperawatan.....	33
3. Intervensi keperawatan	35

4.	Implementasi keperawatan.....	39
5.	Evaluasi keperawatan	39
6.	Tindakan keperawatan/implementasi SOP terapi relaksasi benson	39
BAB III.....		43
METODE PENULISAN		43
A.	Jenis/Desain/Rancangan Studi Kasus.....	43
B.	Subyek Studi Kasus.....	43
C.	Fokus Studi	44
D.	Definisi Oprasional Fokus Studi.....	44
E.	Instrumen Studi Kasus.....	45
F.	Metode Pengumpulan Data.....	47
G.	Lokasi & Waktu Studi Kasus	47
H.	Analisis Data Dan Penyajian Data	47
I.	Etik Studi Kasus.....	48
BAB IV		51
HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN		51
A.	Hasil Studi Kasus	51
1.	Identitas	51
2.	Status Kesehatan saat ini	51
3.	Riwayat Kesehatan lalu	52
4.	Riwayat Kesehatan keluarga	52
5.	Riwayat Kesehatan lingkungan	52
1.	Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan	53
2.	Pola eliminasi	53
3.	Pola aktivitas dan latihan	54
4.	Pola istirahat dan tidur	54
5.	Pola nutrisi dan metabolik	54
6.	Pola kognitif-perseptual sensori	55
7.	Pola persepsi diri dan konsep diri	55
8.	Pola mekanisme koping	56
9.	pola seksual reproduksi	56
10.	Pola peran-berhubungan dengan orang lain	56

11.	Pola nilai dan kepercayaan.....	56
1.	DATA PENUNJANG	59
2.	Diit yang diperoleh	60
3.	Terapy	60
4.	ANALISA DATA	60
5.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	62
6.	INTERVENSI KEPERAWATAN.....	62
7.	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	64
8.	EVALUASI KEPERAWATAN	69
1.	Identitas	71
2.	Status Kesehatan saat ini.....	72
3.	Riwayat Kesehatan lalu.....	72
4.	Riwayat Kesehatan keluarga	72
5.	Riwayat Kesehatan lingkungan	72
1.	Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan	73
2.	Pola eliminasi.....	73
3.	Pola aktivitas dan latihan.....	73
4.	Pola istirahat dan tidur	73
5.	Pola nutrisi dan metabolik	74
6.	Pola kognitif-perseptual dan sensori.....	74
7.	Pola persepsi diri dan konsep diri.....	74
8.	Pola mekanisme koping.....	74
9.	Pola seksual reproduksi.....	75
10.	Pola peran-berhubungan dengan orang lain	75
11.	Pola nilai dan kepercayaan.....	75
1.	DATA PENUNJANG	78
2.	Diit yang diperoleh	79
3.	Terapy	79
4.	ANALISA DATA	80
5.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	81
6.	INTERVENSI KEPERAWATAN.....	81
7.	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	83

8. EVALUASI KEPERAWATAN	87
B. PEMBAHASAN	89
C. KETERBATASAN STUDI KASUS	91
BAB V	92
KESIMPULAN DAN SARAN	92
A. KESIMPULAN	92
B. SARAN	93
1. Bagi Rumah Sakit	93
2. Bagi Masyarakat	93
3. Bagi Institusi Pendidikan	93
4. Bagi Penulis Selanjutnya	93
DAFTAR PUSTAKA	94



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Nefrolitiasis adalah suatu kondisi urologi yang terjadi akibat pengendapan zat-zat yang mengandung kristal serta matriks organik dalam urine, atau dari sisa sekresi tubuh yang berlebihan. Kristal yang awalnya bersifat mikroskopis, biasanya berada di lengkung Henle, tubulus distal, atau duktus koligen, dapat tumbuh semakin besar sehingga lebih mudah terlihat melalui teknik pencitraan. Nefrolitiasis dapat dikategorikan berdasarkan kandungan kalsium, densitas, dan komposisi yang membentuk batu (Sapitry Purba et al., 2021).

Nefrolithiasis adalah kondisi di mana terjadi penumpukan oksalat serta terbentuknya kalkulus (batu ginjal) di ureter atau area ginjal. Penyakit batu saluran kemih merupakan masalah kesehatan yang umum dialami oleh banyak orang di seluruh dunia. Pembentukan batu di saluran kemih dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik intrinsik seperti usia, riwayat keluarga yang menderita penyakit ini, dan jenis kelamin, maupun faktor ekstrinsik seperti geografi, iklim dan temperatur, asupan cairan, pola makan, pekerjaan, stres, obesitas, serta kebiasaan menahan buang air kecil (Silalahi, 2020).

WHO memperkirakan bahwa penyakit batu ginjal mempengaruhi sekitar 1% hingga 2% populasi dunia. Kondisi ini merupakan salah satu masalah paling umum dalam bidang urologi, dengan satu dari setiap 100

pasien mengalami penyakit batu ginjal. Di Amerika Serikat, penyakit ini menyumbang 30% dari semua kasus batu ginjal, menjadikannya sebagai penyebab paling sering dalam gangguan sistem saluran kemih. Di negara-negara Barat, sekitar sembilan puluh persen batu saluran kemih ditangani dengan metode endourologik atau teknik minimal invasif, sementara batu lainnya dikelola melalui pengobatan atau pembedahan. Pendekatan ini diambil karena pembedahan terbuka membawa risiko tinggi terhadap berbagai komplikasi. Selain itu, terapi endourologi dan metode invasif minimal sering kali lebih terjangkau dibandingkan dengan operasi terbuka di negara-negara Barat (farras kamal, 2024).

Kondisi di negara berkembang berbeda jauh dibandingkan dengan negara maju. Saat ini, prevalensi batu ginjal di Indonesia tercatat sebesar 6 kasus per 1.000 orang, yang berarti sekitar 1.499.400 individu menderita penyakit ini. Kebanyakan kasus batu ginjal terjadi pada orang yang berusia antara 30 hingga 60 tahun. Diperkirakan, sekitar 10% wanita dan 15% pria akan mengalami masalah ini di suatu saat dalam hidup mereka. Nefrolitiasis, atau pembentukan batu ginjal, mempengaruhi sekitar 0,5% dari total populasi Indonesia, menjadikannya kondisi yang cukup umum. Data yang dikumpulkan dari rumah sakit di seluruh Indonesia pada tahun 2002 menunjukkan bahwa terdapat 37.636 infeksi baru dan total 58.959 kunjungan pasien. Dari jumlah tersebut, 19.018 pasien menerima perawatan, dan 378 di antaranya kehilangan nyawa. Sekitar 80% dari batu ginjal yang ditemukan adalah batu kalsium oksalat, sementara batu asam

urat, kalsium fosfat, struvit, dan sistin merupakan jenis-jenis batu lainnya yang juga lumrah ditemukan (farras kamal, 2024).

Dalam penatalaksanaan nefrolitiasis, diperlukan tindakan operasi yang dapat bersifat invasif maupun non-invasif. Batu ginjal dapat dikeluarkan melalui berbagai cara, termasuk pengobatan medikamentosa, pemecahan batu dengan menggunakan Extracorporeal Shockwave Lithotripsy (ESWL), serta melalui prosedur endourologi, bedah laparoskopi, atau pembedahan terbuka. Extracorporeal Shockwave Lithotripsy (ESWL) merupakan metode paling umum untuk mengatasi batu saluran kemih, yang telah digunakan sejak tahun 1980-an. Prosedur yang diperkenalkan oleh Chaussy ini diakui sebagai solusi luas untuk gangguan sistem saluran kemih. Cara kerja ESWL melibatkan penghancuran batu dengan menggunakan gelombang akustik berfrekuensi rendah dan intensitas yang tepat, yang dihasilkan oleh alat bernama Lithotriptor (Mastionita) (Nadila humaira, 2021).

Keadaan post operasi banyak terjadi masalah atau efek dari pembedahan diantaranya yaitu, nyeri post operasi. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang diakibatkan kerusakan jaringan aktual atau potensial (Nadila humaira, 2021).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa relaksasi Benson memiliki dampak positif terhadap pengurangan rasa nyeri. Metode ini merupakan pengembangan dari teknik respon relaksasi pernapasan yang melibatkan keyakinan klien, sehingga dapat menciptakan suatu lingkungan internal

yang mendukung peningkatan kesehatan dan kesejahteraan. Keberhasilan penerapan teknik relaksasi Benson bergantung pada empat elemen penting yaitu lingkungan yang tenang, kemampuan pasien untuk merelaksasikan otot-otot tubuh, fokus selama 10-15 menit, serta sikap berpikir positif. Kombinasi dari relaksasi dan pendekatan filosofis atau keyakinan ini memberikan keunggulan pada metode tersebut. Selain kesederhanaannya yang berbasis pada pernapasan dalam, relaksasi Benson juga dapat dilakukan kapan saja dan di mana saja, tanpa memerlukan ruangan khusus (Utami et al., 2023).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dirangkum di atas, penulis merumuskan masalah sebagai berikut: "Bagaimana implementasi terapi Benson dalam mengatasi nyeri pada pasien yang mengalami penyakit setelah operasi nefrolitiasis? "

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Secara umum tujuan yang diharapkan tercapai pada studi kasus ini yaitu mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan penyakit Nefrolitiasis.

2. Tujuan Khusus

- a. Memahami konsep dasar penyakit Nefrolitiasis pada pasien meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, komplikasi serta penatalaksanaan medis.
- b. Melakukan pengkajian keperawatan dan pengumpulan data pada pasien dengan post op Nefrolitiasis.
- c. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Nefrolitiasis.
- d. Menentukan dan melakukan intervensi Tindakan keperawatan pada pasien dengan nefrolitiasis.
- e. Melakukan implementasi pada pasien dengan Nefrolitiasis
- f. Mengevaluasi pasien dengan Nefrolitiasis mengenai Tindakan keperawatan yang diberikan .
- g. Melakukan Tindakan asuhan keperawatan secara menyeluruh pada pasien dengan Nefrolitiasis.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Masyarakat

Bisa dipergunakan sebagai bahan memperluas ilmu pengetahuan dan informasi tentang penatalaksanaan Tindakan keperawatan pada Nefrolitiasis.

2. Bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan

Diharapkan hasil studi kasus yang telah dilakukan ini dapat memberikan manfaat sebagai informasi dan masukan bagi perawat

Ketika melakukan perawatan Nefrolitiasis agar kualitas pelayanan keperawatan meningkat.

3. Bagi penulis

Bermanfaat sebagai sumber daya dalam memberikan pemahaman lebih lanjut mengenai proses pembelajaran dan pelayanan yang baik bagi pasien yang menderita Nefrolitiasis.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dasar penyakit Nefrolitiasis

1. *Definisi*

Nefrolitiasis adalah salah satu jenis penyakit ginjal yang ditandai dengan adanya batu yang terdiri dari kristal dan matriks organik. Penyakit ini menjadi salah satu penyebab paling umum terjadinya kelainan pada saluran kemih. Secara umum, pembentukan nefrolitiasis dipengaruhi oleh faktor-faktor baik dari dalam tubuh (intrinsik) maupun faktor-faktor lain yang berasal dari lingkungan (ekstrinsik) (Mauliddiyah, 2021). Batu ginjal, yang dikenal dengan istilah nefrolitiasis, adalah massa padat yang terbentuk akibat pengendapan kristal dari urin. Ketika batu ginjal menghalangi saluran kemih, biasanya akan muncul gejala secara tiba-tiba, seperti nyeri pada bagian pinggang yang dapat menjalar ke bagian bawah traktus urinarius. Proses terbentuknya batu ginjal ini dapat disebabkan oleh peningkatan kadar kalsium, oksalat, dan asam urat dalam tubuh, atau berkurangnya kadar sitrat yang berfungsi mencegah pembentukan batu (Putu Rita Jeniyanthi et al., 2024).

2. Etiologi

Penyebab terjadinya nefrolitiasis dapat dibagi menjadi dua kategori utama: faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Faktor intrinsik meliputi aspek-aspek seperti usia, jenis kelamin, dan faktor keturunan. Sementara itu, faktor ekstrinsik mencakup kondisi geografi (terutama suhu dan cuaca), jenis pekerjaan, jumlah asupan cairan, pola diet, serta adanya kondisi medis lainnya yang turut mempengaruhi (Angela Putri, 2023).

Berikut merupakan penyebab yang berpengaruh dengan pembentukan batu ginjal antara lain : (Angela Putri, 2023).

- a. Faktor nutrisi dan gaya hidup berperan penting, terutama yang berkaitan dengan tingginya konsumsi protein dan garam, serta rendahnya asupan sitrat, serat, dan makanan alkali.
- b. Terdapat juga gangguan metabolik yang dapat memengaruhi kesehatan, seperti hiperkalsiuria, hiperfosfaturia, hiperoksaluria, hiperurisuria, hipositraturia, serta riwayat penyakit gout.
- c. Selain itu, gangguan hiperkalsemia, yang disebabkan oleh hiperparatiroidisme primer dan masalah pada metabolisme kalsium, juga perlu diperhatikan.

- d. Volume urine yang rendah akibat konsumsi air yang tidak mencukupi dapat menyebabkan dehidrasi serta supersaturasi urine.
- e. Infeksi saluran kemih yang berulang dapat dipicu oleh abnormalitas pH urine dan proses alkalinisasi yang disebabkan oleh bakteri urease.
- f. Faktor genetik juga berperan dalam kondisi ini.
- g. Kelainan anatomi, seperti stenosis pada persimpangan ureteropelvik, penyakit ginjal polikistik, dan ginjal berbentuk tapal kuda, turut mempengaruhi.
- h. Obesitas merupakan faktor risiko yang perlu diperhatikan.
- i. Selain itu, hipertensi juga dapat berkontribusi terhadap masalah ini
- j. Perubahan iklim, lapangan kerja, kondisi geografis, serta variasi musim, terutama yang terjadi pada musim dengan paparan cahaya matahari yang tinggi.

3. Klasifikasi

Menurut panduan yang diterbitkan oleh European Association of Urology (EAU) pada tahun 2018, batu saluran kemih dapat dikelompokkan berdasarkan etiologi penyebabnya. Kategorinya meliputi infeksi, non-infeksi, faktor genetik, serta efek samping obat. Selain itu, batu juga diklasifikasikan berdasarkan unsur pembentuknya, antara lain: (Ii & Nefrolithiasis, 2020).

a. Batu kalsium

Batu kalsium oksalat adalah jenis batu yang paling umum ditemukan, dengan frekuensi mencapai 80% di antara seluruh kasus batu ginjal. Batu ini sering dijumpai pada pasien yang mengalami masalah pada saluran kemih.

b. Batu asam urat

Batu asam urat memiliki warna kuning coklat, dengan massa yang keras dan permukaan yang licin. Biasanya, batu ini tidak terlihat pada foto rontgen. Keberadaan batu asam urat menyumbang sekitar 5-10% dari total batu yang terdapat dalam saluran kemih. Sekitar 75-80% dari batu asam urat terdiri dari asam urat murni, sementara sisanya merupakan campuran dengan kalsium oksalat.

c. Batu struvite

Batu struvit, dalam kondisi murninya, tidak terlihat pada foto rontgen. Namun, karena batu ini tercampur dengan kalsium fosfat, ia menjadi terlihat dalam citra rontgen. Pembentukan batu struvit biasanya disebabkan oleh infeksi bakteri yang menguraikan ureum. Salah satu jenis batu struvit yang terkenal adalah batu koral, yang juga sering disebut sebagai batu tanduk rusa.

d. Batu jenis lainya

Jenis batu lainnya termasuk batu xantin, batu sistin, batu silikat, dan batu triamteren, meskipun keberadaannya cukup jarang. Batu sistin terbentuk akibat kelainan dalam metabolisme sistin. Batu ini memiliki warna kuning muda, tekstur licin, dan terasa agak berlemak saat dipegang. Pada foto rontgen, batu sistin dapat terlihat dalam ukuran yang lebih besar (Ii & Nefrolithiasis, 2020).

4. Penatalaksanaan Nefrolitiasis

(Mukhroji & Ismuhadi, 2022) menjelaskan bahwa penatalaksanaan nefrolitiasis meliputi beberapa langkah yang perlu diambil :

- a. Obat diuretik thiazid, seperti trichlormetazid, dapat membantu mengurangi pembentukan batu ginjal yang baru.
- b. Sangat dianjurkan untuk mengonsumsi banyak air putih, idealnya sekitar 8-10 gelas per hari.
- c. Mengikuti diet rendah kalsium dan mengonsumsi natrium selulosa fosfat juga disarankan.
- d. Untuk meningkatkan kadar sitrat dalam urine, yang berfungsi sebagai penghambat pembentukan batu kalsium, pemberian kalium sitrat dapat dilakukan.
- e. Kadar oksalat yang tinggi dalam urine, yang dapat memicu pembentukan batu kalsium, disebabkan oleh

konsumsi makanan kaya oksalat seperti bayam, coklat, kacang-kacangan, merica, dan teh. Oleh karena itu, sebaiknya asupan makanan tersebut dikurangi.

- f. Terkadang, batu kalsium dapat muncul akibat kondisi medis lain, seperti hiperparatiroidisme, sarkoidosis, keracunan vitamin D, asidosis tubulus renal, atau kanker. Dalam situasi ini, penting untuk fokus pada pengobatan penyakit-penyakit yang mendasarinya.
- g. Disarankan untuk mengurangi konsumsi daging, ikan, dan unggas, karena makanan-makanan ini dapat meningkatkan kadar asam urat dalam urine.
- h. Untuk mengurangi pembentukan asam urat, dapat diberikan allopurinol.
- i. Batu asam urat dapat terbentuk ketika tingkat keasaman air kemih meningkat. Untuk menciptakan suasana air kemih yang lebih alkalis (basa), penambahan kalium sitrat bisa menjadi pilihan yang baik.
- j. Disarankan untuk banyak mengonsumsi air putih (Mukhroji & Ismuhadi, 2022).

5. Pemeriksaan penunjang

Ada dua jenis pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan, yaitu pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi (Alini & Rizaldi, 2022)

a. Pemeriksaan laborat meliputi :

- 1) Urinalisis .
- 2) Darah rutin.
- 3) Faal ginjal.
- 4) Kadar asam urat, kadar hormon PTH dan kadar vitamin D bila di curigai hiperparatiroid primer.

b. Pemeriksaan radiologi :

- 1) Ultrasonografi ginjal menggunakan gelombang suara untuk mendeteksi keberadaan batu dan mengevaluasi ginjal terkait kemungkinan terjadinya hidronefrosis.
- 2) Foto polos abdomen, yang dikenal juga sebagai radiografi kidney-ureter-bladder (KUB), dapat menunjukkan keberadaan batu dalam bentuk keburaman di ginjal, ureter, dan kandung kemih.
- 3) BNO-IVP dilakukan untuk memvisualisasikan sistem urinaria mulai dari ginjal, ureter, hingga kandung kemih, dengan menggunakan media kontras positif yang dimasukkan melalui pembuluh darah vena.
- 4) Computed tomography (CT Scan), baik dengan maupun tanpa media kontras, dapat menampilkan batu, obstruksi ureter, serta berbagai gangguan ginjal lainnya.

- 5) Sitoskopi digunakan untuk memvisualisasikan serta kemungkinan mengangkat batu dari kandung kemih dan ureter distal (Alini & Rizaldi, 2022).

6. Patofisiologi

Batu ginjal adalah kondisi di mana terbentuknya batu di dalam saluran kemih, yang dapat mengakibatkan rasa sakit dan ketidaknyamanan. Proses patofisiologis yang menyebabkan pembentukan batu ginjal terjadi ketika terdapat peningkatan konsentrasi zat-zat tertentu dalam urin, seperti kalsium, oksalat, dan asam urat. Zat-zat ini dapat mengendap dan membentuk kristal, yang kemudian menumpuk hingga akhirnya membentuk batu ginjal. Selain itu, beberapa faktor lain juga dapat meningkatkan risiko terbentuknya batu ginjal. Di antaranya adalah dehidrasi, pola makan yang kaya garam atau protein, gangguan metabolik, kurangnya aktivitas fisik, serta kondisi medis tertentu seperti infeksi ginjal dan hiperparatiroidisme (Ristanti, 2023).

Proses pembentukan batu ginjal merupakan suatu rangkaian biokimia yang kompleks dan masih belum sepenuhnya dipahami. Proses ini melibatkan perubahan fisikokimia, di mana urin mengalami kondisi supersaturasi. Supersaturasi mengacu pada keadaan larutan yang mengandung lebih banyak zat terlarut dibandingkan dengan jumlah yang dapat dilarutkan oleh pelarut dalam keadaan normal. Akibat dari kondisi ini, zat terlarut akan

mengendap dalam urin, yang memicu terjadinya nukleasi dan selanjutnya membentuk konkresi kristal. Kristalisasi ini terjadi ketika konsentrasi dua ion dalam larutan melampaui batas titik jenuhnya. Proses perubahan dari fase cair ke fase padat dipengaruhi oleh pH serta konsentrasi zat-zat tertentu yang berlebih (Ristanti, 2023)

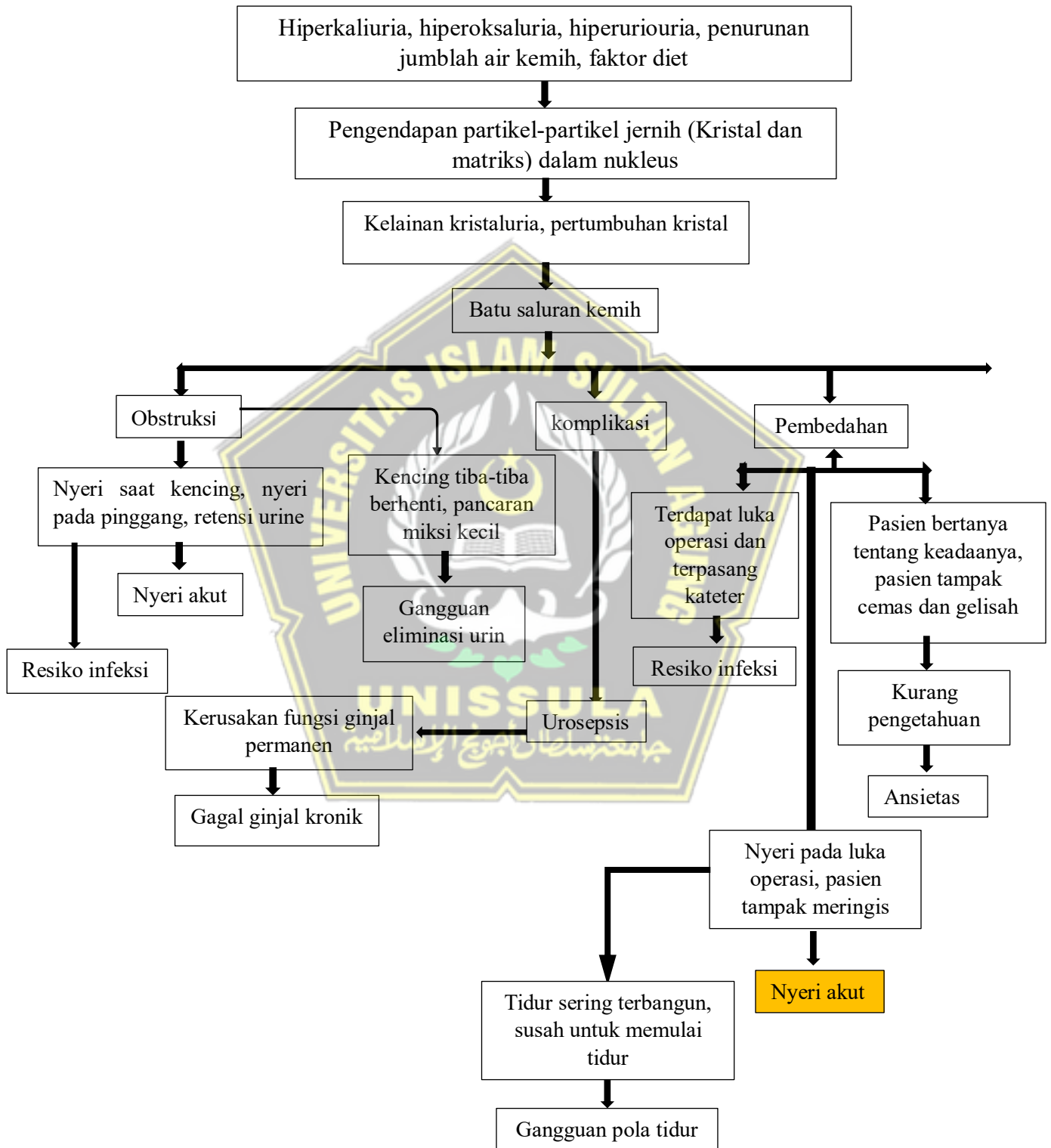
Tingginya tingkat kejenuhan urin, yang berkaitan dengan komponen penyusun batu seperti kalsium, fosfor, asam urat, oksalat, sistin, dan volume urin yang rendah, menjadi faktor risiko utama terjadinya kristalisasi. Oleh karena itu, proses kristalisasi sangat dipengaruhi oleh aspek termodinamika yang memicu nukleasi, serta kinetika yang berkaitan dengan laju nukleasi atau pertumbuhan kristal dalam larutan yang jenuh. Untuk mencegah lithiasis, penting untuk menghindari kondisi supersaturasi. Urutan kejadian yang memicu terbentuknya batu ginjal mencakup nukleasi, pertumbuhan kristal, agregasi, dan retensi kristal di dalam ginjal. Jika penghambat kristalisasi tidak dapat berfungsi dengan baik, maka risiko terjadinya nefrolitiasis menjadi semakin tinggi (Ristanti, 2023).

Batu ginjal umumnya terkait dengan tingginya konsentrasi kalsium dalam darah atau urine. Batu asam urat terbentuk ketika kadar asam urat dalam urine meningkat, dan kondisi ini lebih sering terjadi pada pria serta sering kali berkaitan dengan gout. Selain itu, faktor genetik juga memainkan peran penting dalam pembentukan

batu asam urat dan batu kalsium. Sementara itu, batu struvit, yang terdiri dari magnesium-amonium fosfat, biasanya muncul akibat infeksi saluran kemih (ISK) yang disebabkan oleh bakteri penghasil urea, seperti *Proteus*. Batu ini dapat berkembang menjadi sangat besar, bahkan mengisi pelvis ginjal dan kaliks (Angela Putri, 2023).

Insidensi batu saluran kemih dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain konsumsi kalsium dan oksalat yang tinggi, kurangnya asupan cairan, infeksi saluran kemih, atau drainase urine yang tidak memadai seperti pada kondisi Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Jumlah cairan yang dikonsumsi dan jenis air minum, terutama yang memiliki tingkat kesadahan tinggi, berkontribusi pada peningkatan ekskresi kalsium dalam urine, yang dapat memicu pembentukan batu ginjal. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk menyelidiki hubungan antara ekskresi kalsium dalam urine dan kejadian kristaluria (Harnianthy et al., 2023).

7. *Patways*



B. Konsep dasar keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

a. Anamnesa

1) Identitas diri

Nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, status pernikahan, dan pekerjaan klien semuanya dianggap sebagai data identitas diri.

2) Keluhan yang paling umum pada pasien nefrolitiasis ialah rasa sakit di perut kiri bawah saat buang air kecil dan saat bergerak.

3) Riwayat penyakit sekarang

Memeriksa keadaannya saat ini, dengan mempertimbangkan penyebab masuk rumah sakit, lamanya waktu nyeri yang dirasakan, keadaan yang memicu, mulainya keluhan (perlahan atau tiba-tiba), upaya yang dijalankan guna mengatasi nyeri, dan hal-hal yang memperparah nyeri.

4) Riwayat penyakit dahulu

Periksa rekam medis masa lalu guna mengetahui kondisi yang berkaitan dengan nefrolitiasis.

5) Riwayat penyakit keluarga

Kaji apakah keluarga ada yang memiliki penyakit nefrolitiasis.

6) Riwayat Kesehatan lingkungan

Membahas mengenai bagaimana cara menjaga kebersihan rumah dan lingkungan sekitar anda serta potensi resiko bagi mereka yang mengidap penyakit nefrolitiasis.

7) Pola fungsional Kesehatan

Pola fungsional Kesehatan berdasarkan data fokus mencakup:

a) Pemahaman pasien mengenai penyakit yang diderita dan cara penanganannya , serta Upaya rutin yang dilakukan untuk menjaga Kesehatan mereka (pola makan yang sehat , pemeriksaan rutin, kebersihan diri, imunisasi dan lain-lain).kapasitas pasien saat mengelola kesehatannya (apa yang mereka lakukan saat sakit, Dimana mereka biasanya berobat). Pilihan gaya hidup mereka (obat obatan/herbal yang dikonsumsi , alcohol yang dikonsumsi, rokok , kopi yang dikonsumsi rutinitas olahraga), dan aspek sosioekonomi yang terkait dengan Kesehatan.

b) Pola eliminasi

Kaji kebiasaan BAB (buang air besar) dan BAK (buang air kecil) pasien sebelum dan sesudah sakit. Biasanya pasien dengan nefrolitiasis cenderung BAKnya sedikit dan berwarna kemerahan.

c) Pola aktivitas dan Latihan

Kaji adanya luka atau nyeri, keluhan sesak nafas setelah beraktivitas , dan mudah merasa Lelah saat beraktivitas, pada

pasien nefrolitiasis biasanya merasakan nyeri pada saat BAK.

d) Istirahat tidur

Pada penderita nefrolitiasis seringnya mengalami kesulitan tidur akibat rasa ketidaknyamanan yang dirasakan baik karena tanda gejala penyakitnya, maupun karena nyerinya.

e) Pola nutrisi – metabolic

Kebutuhan nutrisi pada pasien nefrolitiasis sebelum dan sesudah sakit akan mengalami sedikit perubahan dikarenakan ada penurunan nafsu makan karena terdapat luka pada ginjal.

f) Pola kognitif – persepsi sensorik

Kaji apakah ada perubahan pada kognitif pasien sebelum sakit dan setelah sakit, adakah gangguan yang berkenaan dengan kemampuan sensasi seperti penglihatan dan pendengaran, serta sensasi nyeri yang dirasakan pasien.

g) Pola persepsi diri dan konsep diri

Penyakit nefrolitiasis dapat muncul berbagai komplikasi yang mengakibatkan perubahan pada bentuk tubuh yang akan mempengaruhi pola persepsi diri dan konsep diri pada penderita nefrolitiasis.

h) Pola peran atau hubungan

Adanya nefrolitiasis dan luka pada ginjal menyebabkan merasa malu dan minder untuk bersoliasasi dengan orang lain.

i) Pola seksual – reproduksi

Adanya perubahan hormon dan psikologis yang tidak stabil dapat menimbulkan kelainan organ pada reproduksi serta penurunan rangsangan pada penderita nefrolitiasis.

j) Pola koping – toleransi stres

Penyakit nefrolitiasis yang menahun dapat menyebabkan penderitanya mengalami gangguan emosional seperti kecemasan, stres, dan depresi. Tingkat stres yang tinggi dapat memperburuk kondisi penderita sehingga diperlukan strategi koping yang adaptif agar penderita nefrolitiasis dapat menghadapi, beradaptasi, serta melakukan manajemen terapeutik yang tepat.

k) Pola nilai dan kepercayaan

Keterbatasan fisik pada penderita nefrolitiasis dapat mempengaruhi pelaksanaan kegiatan beribadah.

b. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

1) Tanda tanda vital

Meliputi tingkat kesadaran, suhu, tekanan darah, nadi, irama pernapasan, dan kadar oksigen dalam darah.

2) Persepsi terhadap nyeri

Menggunakan pengkajian

PQRST

P : Provoking (Faktor penyebab nyeri)

Q : Quality (Kualitas nyeri yang dirasakan)

R : Region (Lokasi dan penyebab nyeri)

S : Severity (tingkat keparahan nyeri)

T : Time (Waktu nyeri muncul)

3) Kepala

a) Mata : Ukuran pupil, sensitivitas cahaya, alat bantu, keberadaan cairan, konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak, dan kemampuan penglihatan.

b) Hidung : Bagaimana kebersihannya, apakah terdapat sekresi, epistaksis, polip, penggunaan nafas cuping hidung, serta penggunaan oksigen.

c) Telinga : Bentuk, kehilangan pendengaran, penggunaan alat bantu dengar, keberadaan serumen, infeksi, dan tinnitus.

d) Mulut dan Tenggorokan : Kesulitan gangguan bicara, pemeriksaan gigi, warna, bau, nyeri, Kesulitan mengunyah/ menelan, posisi trakea, benjolan di leher, pembesaran tonsil, bagaimana keadaan vena jugularis.

4) Dada

a) Jantung dan paru-paru

Inspeksi : kesimetrisan dada kiri dan kanan, adakah luka/lesi, terlihat iktus cordis atau tidak, kesimetrisan pengembangan dinding dada, adakah penggunaan otot bantu pernafasan.

Palpasi : keteraturan irama jantung, adakah nyeri tekan dan masa pada dada.

Perkusi : terdengar bunyi sonor

Auskultasi : bunyi suara jantung normal atau abnormal, adakah bunyi suara tambahan/abnormal.

5) Abdomen/perut

Inspeksi : warna kulit sekitar abdomen, adakah lesi atau memar.

Auskultasi : suara bising usus.

Palpasi : adakah nyeri tekan dan lepas, terdapat masa atau tidak.

Perkusi : terdengar bunyi timpani.

6) Genetalia

Kebersihan daerah genital, adanya luka, tanda infeksi, bila terpasang kateter kaji kebersihan kateter dan adanya tanda infeksi pada area pemasangan kateter, adanya hemoroid.

7) Ekstremitas atas dan bawah

Inspeksi kuku dan kulit, Capillary refil, dan kemampuan fungsi Gerak.

8) Kulit

Periksa turgor, warna, kebasahan, kebersihan, dan oedema pada area tersebut. Jika terdapat luka, evaluasi keadaannya, termasuk

kebersihannya, apakah ada jahitan, seberapa besar, apakah ada indikasi infeksi, dan seberapa baik pembalutannya.

2. Dignosa keperawatan

- a) Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik
definisi:

Pengalaman emosional atau fisiologis yang terkait dengan cidera jaringan atau fungsional di Dunia nyata, mulai dari Tingkat keparahan yang ringan hingga berat dan dimulai secara tiba-tiba atau bertahap selama kurang dari tiga bulan.

Data subjektif :

- 1) Mengeluh nyeri

Data objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Gelisah
- 3) Sulit tidur

Tujuan dan kriteria hasil :

Diperkirakan Tingkat ketidaknyamanan akan berkurang setelah menerima perawatan perawat selama 3x8 jam (L.08066).

sesuai dengan kriteria hasil yang diberikan:

- 1) Keluhan nyeri menurun.
- 2) Meringis menurun.

- 3) Gelisah menurun .
 - 4) Kesulitan tidur menurun.
 - 5) Pola nafas membaik.
 - 6) Pola tidur membaik.
- b) Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol

tidur definisi :

Penurunan durasi dan kualitas tidur akibat kualitas eksternal

Data subjektif :

- 1) Mengeluh sulit tidur

Data objektif :-

Tujuan dan kriteria hasil :

- 1) Mengurangi kesulitan tidur
 - 2) Ketidakpuasan tidur berkurang
 - 3) Kemampuan beraktivitas meningkat
- c) Risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan prosedur invasif
- definisi:

Berpeluang lebih tinggi untuk tertular bakteri pathogen yang berbahaya .

Data subjektif :-

Data obyektif:

Kemerahan pada area luka .

Pantau tanda dan gejala local dan sistemik.

Tujuan dan kriteria hasil :

Diperkirakan bahwa Tingkat infeksi menurun selama 3x8 jam dengan memenuhi kriteria tersebut.(L.14137)

- 1) Kemerahan menurun
- 2) Nyeri menurun

3. Intervensi keperawatan

- a. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik

Intervensi keperawatan (I.08238)

Definisi :

Memahami dan mengendalikan reaksi sensorik atau emosional yang ditimbulkan oleh jaringan atau fungsi tubuh secara tiba-tiba atau bertahap, yang berkisar dari yang ringan hingga yang parah dan berlangsung lama atau kurang dari tiga bulan.

Observasi:

- 1) Identifikasi Lokasi, sifat, durasi, kejadian, keparahan, intensitas, serta pengalaman nyeri.
- 2) Identifikasi terhadap Tingkat keparahan nyeri.
- 3) identifikasi terhadap respon non-verbal terhadap nyeri.
- 4) Identifikasi pengaruh budaya dalam menanggapi nyeri.
- 5) identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- 6) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri .
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- 8) Identifikasi skala nyeri.

9) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.

10) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- 1) Berikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music , pijat terapi, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
- 3) Fasilitasi istirahat tidur.
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi :

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.
- 5) Anjurkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*.

- b. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Intervensi keperawatan: Dukungan Tidur(I.05174)

Definisi :

Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur.

Observasi :

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur .
- 2) Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan psikologis).
- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengngganggu tidur
(Mis. Kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.

Terapeutik :

- 1) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) Batasi waktu tidur siang, *jika perlu*.
- 2) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur.
- 3) Tetapkan jadwal tidur rutin.
- 4) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur).
- 5) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.

Edukasi

- 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.
 - 2) Anjurkan kebiasaan menepati waktu tidur.
 - 3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.
 - 4) Anjurkan menggunakan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM.
 - 5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah sifit bekerja).
 - 6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologis lainnya.
- c. Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan prosedur invasif.

Intervensi keperawatan : Pencegahan infeksi(I.14539)

Definisi : mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme pathogenik.

Observasi :

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan siskemik.

Terapeutik :

- 1) Batasi jumlah pengunjung.
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema.
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- 4) Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.

Edukasi :

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- 2) Ajarkan Teknik mencuci tangan dengan benar.
- 3) Ajarkan etika batuk.
- 4) Jelaskan cara memeriksa luka atau luka operasi.
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, *jika perlu*.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan ialah seperangkat Langkah yang diambil oleh perawat guna mendampingi pasien dalam menyelesaikan masalah Kesehatan mereka dan meningkatkan kondisi Kesehatan mereka secara keseluruhan

5. Evaluasi keperawatan

Tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan adalah evaluasi keperawatan. Tugasnya adalah untuk mengetahui apakah tujuan Tindakan keperawatan telah dicapai atau apakah metode tambahan diperlukan.

6. Tindakan keperawatan/implementasi SOP terapi relaksasi benson

a. Pengertian

Menerapkan Teknik terapi pernafasan sebagai strategi untuk gejala ketidaknyamanan seperti rasa sakit, kekakuan otot, dan kecemasan.

b. Indikasi terapi relaksasi benson

Indikasi pemberian terapi relaksasi benson yaitu pada pasien dengan keadaan sebagai berikut :

- a) Stres
- b) Nyeri
- c) Insomnia
- d) Tekanan darah tinggi
- e) Ansietas

c. Prosedur intervensi

1) Tahap pra interaksi

- a) Mengecek program terapi.
- b) Mencuci tangan.
- c) Mengidentifikasi pasien dengan benar.
- d) Menyiapkan dan mendekatkan alat kepada pasien.

2) Tahap orientasi

- a) Mengucapkan salam, menyapa pasien, memperkenalkan diri.
- b) Melakukan kontrak untuk tindakan yang akan dilakukan.
- c) Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan.
- d) Menanyakan kesiapan dan meminta Kerjasama.

3) Tahap kerja

- a) Menjaga privacy.
- b) Mengajak pasien membaca basmalah dan berdoa.
- c) Posisikan tubuh secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal dibawah kepala dan lutut atau duduk dikursi dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri.
- d) Lepaskan aksesoris yang digunakan seperti kacamata, jam tangan, dan Sepatu.
- e) Longgarkan ikat dasi, ikat pinggang atau hal lain yang sifatnya mengikat.
- f) Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan sehingga tidak ada ketegangan otot di sekitar mata.
- g) Kendurkan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha, perut dan lanjutkan kesemua otot tubuh. Lemaskan kepala , leher, dan Pundak dengan memutar kepala leher dan Pundak perlahan-lahan . tangan dan lengan diulurkan kemudian kendurkan dan biarkan terkulai wajar disisi badan, usahakan agar tetap rileks .
- h) Mulailah bernafas dengan wajar dan lambat, dan ucapkan dalam hati frase atau kata sesuai keyakinan anda. Anjurkan klien mulai bernafas dengan lambat dan wajar lalu Tarik nafas melalui hidung, beri waktu 3 detik untuk tahan nafas kemudian hembuskan nafas melalui mulut, sambil

mengucap astagfirullah (sesuai keyakinan), tenangkan pikiran kemudian nafas dalam hembuskan, alhamdulillah (sesuai keyakinan). Nafas dalam hembuskan, Allahu akbar (sesuai keyakinan) dan teruskan selama 15 menit. (gunakan kalimat tauhid sesuai agama masing-masing). Sikap ini menggambarkan sikap pasif yang diperlukan dalam relaksasi, dari sikap pasif akan muncul efek relaksasi yaitu ketenangan. Kata atau kalimat yang akan diucapkan dapat diubah dan disesuaikan dengan keyakinan individu.

- i) Teruskan selama 15 menit, anda diperbolehkan membuka mata untuk melihat waktu terapi jangan menggunakan alarm. Bila sudah selesai, tetap berbaring dengan tenang beberapa menit, mula-mula mata terpejam dan sesudah itu mata terbuka.

Latihan ini dilakukan satu hari sekali dalam 15-20 menit setelah makan.

BAB III

METODE PENULISAN

A. Jenis/Desain/Rancangan Studi Kasus

Karya tulis ilmiah ini adalah sebuah desain studi kasus deskriptif yang mendalam. Istilah “desain studi kasus deskriptif mendalam” mengacu pada jenis penelitian yang menjelaskan sebuah kasus secara komprehensif dan akurat, dilengkapi dengan analisis naratif dan deskripsi prosedural yang terperinci.

Rancangan penulisan yang diterapkan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini berjudul “Implementasi Terapi Relaksasi Benson pada Pasien dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut (post op Nefrolitotomi).”

B. Subyek Studi Kasus

Pada subyek studi kasus ini, peneliti melibatkan dua pasien. Pertama, Pasien Tn. S yang berusia 64 tahun, seorang Laki-laki beragama Islam dengan pendidikan terakhir setingkat SD. Bekerja sebagai Petani dan saat ini dirawat di Ruang Baitussalam 1 dengan diagnosa medis Nefrolitiasis, di mana telah dilakukan tindakan operasi Nefrolitotomi.

Kedua, Pasien Ny. M, Perempuan berusia 60 tahun, beragama Islam dengan pendidikan terakhir SD. berprofesi sebagai ibu rumah tangga dan dirawat di Ruang Baitussalam 2 dengan diagnosis yang sama, yaitu Nefrolitiasis. Sudah dilakukan tindakan operasi Nefrolitotomi. Kedua

pasien dirawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dan diperhatikan secara mendalam.

C. Fokus Studi

Fokus studi yang digunakan adalah “penerapan teknik terapi relaksasi benson pada pasien Tn.S dan pasien Ny.M dengan diagnosa medis Nefrolitiasis post op Nefrolitotomi”

D. Definisi Oprasional Fokus Studi

Teknik relaksasi Benson merupakan suatu metode latihan pernapasan yang efektif dalam mengatasi berbagai masalah seperti stres, kecemasan, migrain, sakit punggung, hipertensi, nyeri, dan kesulitan tidur. Dengan melakukan latihan pernapasan secara teratur dan benar, tubuh dapat menjadi lebih nyaman, melepaskan ketegangan yang muncul akibat situasi stres, serta menjaga diri dari potensi bahaya (Latifah, 2022).

Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL) merupakan metode endoskopik untuk manajemen kondisi nefrolitiasis dengan batu staghorn, batu dengan ukuran lebih dari dua sentimeter, atau batu multipel. Pilihan manajemen ini lebih tidak invasif, namun tetap bisa menyebabkan nyeri pasca operatif yang berat akibat distensi kapsul renal dan sistem pelvikaliks (Hadiwijono & Ratumasa, 2023)

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan psikologis yang tidak menyenangkan. Nyeri dapat terkait dengan cedera jaringan yang sudah terjadi atau yang akan datang, dan seringkali berfungsi sebagai tanda

bahaya yang berkelanjutan. Selain nafas, tekanan nadi, dan suhu, nyeri dianggap sebagai tanda vital kelima. Mengingat pentingnya penanganan nyeri, perawat perlu memiliki keterampilan untuk mengatasi nyeri secara tepat dan komprehensif. Oleh karena itu, perawat harus memahami alat pengkajian nyeri, seperti skala pengukuran nyeri, agar dapat menerapkannya sesuai dengan kondisi pasien (Rakhma et al., 2022).

Nefrolithiasis adalah kondisi di mana terjadi penumpukan oksalat serta terbentuknya kalkulus (batu ginjal) di ureter atau area ginjal. Penyakit batu saluran kemih merupakan masalah kesehatan yang umum dialami oleh banyak orang di seluruh dunia. Pembentukan batu di saluran kemih dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik intrinsik seperti usia, riwayat keluarga yang menderita penyakit ini, dan jenis kelamin, maupun faktor ekstrinsik seperti geografi, iklim dan temperatur, asupan cairan, pola makan, pekerjaan, stres, obesitas, serta kebiasaan menahan buang air kecil (Silalahi, 2020).

E. Instrumen Studi Kasus

Macam-macam instrumen yang dipakai pada studi kasus ini adalah :

1. Format pengkajian medikal bedah

Kajian pasien dilakukan dengan wawancara, observasi, dan melihat dokumen. Pengkajian ini dilakukan untuk melakukan tindakan apa yang akan dilakukan.

2. Observasi

Sejumlah model instrumen bisa dipakai untuk observasi, seperti :

- a. Catatan anecdotal : mencatat gejala yang tidak biasa atau unik sesuai urutan kemunculan.
- b. Catatan berkala : melaporkan gejala secara bertahap sesuai waktu, namun secara tidak terus menerus.
- c. Daftar check list : memanfaatkan daftar kategori gejala dan nama saksi.

3. SOP terapi management nyeri.

4. Instrumen skala nyeri

Mengukur skala nyeri dengan angka

0-10 angka 0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan

4-6 : nyeri sedang

7-9 : nyeri berat

10 : nyeri sangat berat

Numerical Rating Scale (NRS)



F. Metode Pengumpulan Data

Data yang telah diperoleh selama ini melalui observasi langsung, wawancara dengan keluarga pasien, pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki pasien, dan pemeriksaan catatan medis; hasil uji laboratorium dan radiologi, rencana perawatan, serta rekomendasi medis adalah contoh data pendukung yang telah peneliti kumpulkan.

Metode pengumpulan data memakai format asuhan keperawatan dewasa sesuai dengan pedoman yang berlaku. Penegakan diagnosa dilakukan dengan menggunakan SDKI, sedangkan intervensi mengacu pada SLKI dan SIKI. Selanjutnya, pelaksanaan dan evaluasi dilakukan dengan prosedur yang telah ditetapkan.

G. Lokasi & Waktu Studi Kasus

Lokasi :

Diruang Baitussalam 1 dan diruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, Jawa Tengah, Indonesia.

Waktu :

6 maret 202 sampai 8 Maret 2025 (Tn.S)

2 maret 2025 sampai 5 maret 2025 (Ny.M)

H. Analisis Data Dan Penyajian Data

Setelah pengumpulan data melewati observasi, wawancara, serta studi dokumen, dilakukan analisis data. Data yang dikumpulkan dapat berupa data subjektif dan objektif. Data subjektif merupakan data yang diperoleh

dari pasien berupa pendapat mengenai suatu keadaan atau peristiwa. Data objektif, sebaliknya, mengacu pada data yang bisa diamati dan diukur yang didapat dengan memakai panca Indera (penglihatan, pendengaran, penciuman, dan sentuhan) selama pemeriksaan fisik. Peneliti kemudian menggunakan data ini untuk membuat diagnosa keperawatan. Peneliti kemudian mengembangkan rencana intervensi atau perencanaan, melakukan implementasi atau perawatan dan mengevaluasi perawatan yang diberikan kepada pasien.

I. Etik Studi Kasus

Etika penelitian adalah suatu kewajiban yang harus dipatuhi Ketika memulai studi untuk menjaga kerahasiaan dan memberikan perlindungan kepada para responden (pasien), seperti *inform consent*, *confidentiality*, *anonymity* dan lain-lain.

1. *Inform Consent* (Persetujuan Menjadi Klien)

Inform consent merupakan form persetujuan subjek studi kasus untuk menjadi responden. Lembar studi kasus menjelaskan hak dan kewajiban responden sebagai subyek studi kasus sebelum studi kasus dimulai. Responden memiliki kebebasan memilih untuk berpartisipasi atau menolak untuk menjadi responden.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Dalam studi kasus, *anonymity* adalah pedoman etis yang melindungi partisipan penelitian dengan membatasi menggunakan identitas

responden pada alat pengukuran dan hanya menggunakan inisial nama mereka pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Confidentiality merupakan kerahasiaan selama studi kasus, baik informasi maupun masalahnya. Peneliti menjamin bahwa semua informasi dan data yang dikumpulkan tetap rahasia, dan hanya beberapa kelompok data yang akan diungkapkan tentang hasil studi kasus.

4. *Non-maleficienci* (tidak merugikan)

Berisi gagasan bahwa setiap proyek penelitian wajib mengutamakan manfaat yang sebesar-besarnya bagi peserta penelitian dan masyarakat yang akan mendapatkan hasil penelitian (manfaat), serta mengurangi risiko dan dampak negatif bagi peneliti.

5. *Justice* (keadilan)

Hal ini menunjukkan bahwa penelitian dilakukan dengan jujur, cepat, hati-hati, dan profesional dalam kasus penelitian ini.

6. *Accountability* (akuntabilitas)

Akuntabilitas berhubungan dengan sekumpulan pedoman yang tepat untuk menilai perilaku seorang profesional dalam keadaan yang tidak jelas atau luar biasa. Contoh beberapa situasi ini meliputi tanggung jawab terhadap diri sendiri, profesi, peserta, rekan sesama profesi, karyawan, dan masyarakat. Masyarakat, yang menuntut kompetensi profesional, serta dokter yang memberikan peran delegatif, akan

dimintai pertanggung jawaban jika perawat secara tidak tepat memberikan obat kepada peserta.

7. *Beneficiency* (berbuat baik)

Gagasan ini menempatkan banyak tekanan pada perawat untuk berperilaku secara etis agar kesalahan dan pelanggaran dapat dielakkan. Seorang perawat yang memberikan bimbingan kepada peserta program pelatihan untuk meningkatkan kesehatan adalah salah satu contohnya.

8. *Veracity* (kejujuran)

Ini adalah panduan yang harus diikuti oleh seluruh penyedia layanan kesehatan untuk menjamin bahwa setiap peserta mengerti: bukan hanya perawat. Informasi yang disampaikan harus akurat, cermat, dan tidak berpihak. Membangun hubungan yang dapat diandalkan sangat penting untuk memberikan kebebasan kepada peserta dan hak untuk memperoleh informasi yang mereka inginkan.



BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Pengkajian keperawatan ini dilaksanakan pada tanggal 2 maret 2024 pada pukul 14.30 dan pada tanggal 6 september 2025 pada pukul 15.00. peneliti melakukan asuhan keperawatan pada pasien post op Nefrolitotomi sinistra dengan gangguan keperawatan nyeri akut pada Ny.M dan Tn.S diruang Baitussalam 1 dan diruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, Jawa Tengah. Diperoleh data pengkajian kasus sebagai berikut :

Pasien 1 :

1. Identitas

a. Identitas pasien

Pasien Bernama Tn.S berusia 64 tahun. Alamat Kedungwungu rt04/rw06 Panunggalan, kec. Pulo Kulon, kab. Grobogan, prov. Jawa Tengah. Pasien beragama Islam, Pasien berjenis kelamin Laki-laki.

b. Penanggung jawab

Penanggung jawab pasien selama di Rumah sakit adalah Anaknya. Tn.S berusia 34 tahun beragama Islam, pekerjaan sebagai staf Rumah sakit, Alamat Kedungwungu rt04/rw06 Panunggalan, kec. Pulo Kulon, kab. Grobogan, prov. Jawa Tengah.

2. Status Kesehatan saat ini

Pasien mengatakan nyeri pinggang kiri, lalu pasien memeriksakan diri di Puskesmas Panunggalan pada tanggal 5 maret 2025 disarankan untuk ke RSI Sultan Agung Semarang pada tanggal 6 maret pasien datang ke RSISA, pada saat dianamnesa dan di periksa pasien terkena penyakit Nefrolitiasis dan harus dilakukan operasi Nefrolitotomi sinistra, lalu pada tanggal 6 maret pukul 13.00-15.50 pasien dilakukan operasi dan di rawat di ruang Baitussalam 1.

3. Riwayat Kesehatan lalu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat DM tetapi sudah tidak pernah kambuh lagi dan pasien mengatakan kemarin gulanya di cek hasilnya 110. Selain DM pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit karena sakitnya, kalau pasien demam hanya membeli obat di apotik atau memeriksakan diri di klinik desa.

4. Riwayat Kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa keluarga pasien tidak mempunyai riwayat penyakit Hipertensi, DM, Batu ginjal. Keluarga pasien mengatakan istri Tn. S tidak memiliki riwayat penyakit seperti pasien dan keluarga mengatakan Tn.S satu-satunya yang memiliki penyakit batu ginjal.

5. Riwayat Kesehatan lingkungan

Pasien mengatakan rumah dan lingkungan sekitar tempat tinggal pasien bersih, penerangan cukup, dan terdapat ventilasi dari jendela disisi

kanan kamar tidur pasien, kamar pasien bersih, kamar mandi pasien bersih karena anaknya membersihkan kamar mandi 1 minggu sekali dan menguras bak mandi setiap 2 hari, pasien menggunakan air sumur dan airnya bersih.

Pola Kesehatan Fungsional

1. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan jika pasien/kelurganya sakit selalu memeriksakan diri ke pelayanan Kesehatan dan minum obat dan saat ini pasien selalu nurut pada perawat saat diberi tindakan atau edukasi.

2. Pola eliminasi

a) Eliminasi feses

Sebelum sakit pasien mengatakan bab sehari bisa sampai 3 kali pasien tidak menggunakan obat pencahar, dan waktu bab tidak menentu feses berwarna kuning, lembek, berbau khas. Dan selama sakit pasien mengatakan bab menggunakan pampers konsistensi feses lembek warnanya kuning kecoklatan baunya khas, pasien Ganti pampers 2 kali sehari.

b) Eliminasi urin

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada hambatan pipis , saat pipis terkadang nyeri, pasien mengatakan bak kurang lebih 10 kali sehari warnanya kuning, volumenya kurang lebih 300 cc. Dan selama sakit pasien mengatakan bak menggunakan selang pipis

sehari terkadang terkumpul kurang lebih 800-1000 ml/hari, warnanya kuning kecoklatan, pasien menggunakan kateter urine.

3. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit aktifitas sehari-harinya dilakukan sendiri, pasien bekerja disawah, pasien mengatakan mandi 2 kali sehari, bab dan bak pasien dilakukan secara mandiri. Dan selama sakit pasien mengatakan aktivitasnya hanya berbaring di bed, untuk bab pasien di pampers dan dibantu keluarga bak pasien di bed karena terpasang kateter urin.

4. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan tidur teratur kurang lebih 8 jam dari jam 22.00-05.00, pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat tidur, tidur pasien nyenyak dan jarang terbangun di Tengah malam. Dan selama sakit pasien mengatakan tidak bisa tidur dan sering terbangun, karena luka post op nya nyeri dan kemeng, pasien tidur dari jam 22.00-05.00 tetapi tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun karena nyerinya.

5. Pola nutrisi dan metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit pola makanya teratur 3 kali sehari, isi piringnya (nasi,sayur,lauk,daging) minum pasien 2 botol besar kurang lebih 2 liter perhari. Dan selama sakit pasien mengatakan makan

makanan rumah sakit jenisnya nasi tim (nasi,lauk,daging,sayur) untuk minumnya pasien mengatakan kurang lebih 1 botol 1,5 liter per hari.

6. Pola kognitif-perseptual sensori

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada keluhan pada pendengaran dan penglihatan. Pasien mampu mengingat dengan baik dan bisa menerima pesan yang disampaikan oleh dokter dan perawat. Dan selama sakit pasien mengatakan nyeri pada perut kiri bawah tepatnya di luka jahitan post operasi. P : nyeri Ketika bergerak, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : perut kiri bawah pada luka bekas operasi, S : skala7, T: nyeri hilang timbul.

7. Pola persepsi diri dan konsep diri

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien adalah seorang kepala keluarga yang menafkahi istri dan anaknya, pasien mengatakan bahwa dirinya adalah orang yang tidak mudah putus asa pasien selalu berjuang untuk membahagiakan istri dan anaknya. Dan selama sakit pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar bisa segera pulang untuk bisa beraktivitas seperti sebelum sakit, dan pasien mengatakan bahwa emosi dirinya sedang tidak stabil karena nyeri yang dialaminya sejak sakit selalu butuh bantuan anaknya, pasien mengatakan cemas dengan kondisinya sekarang.

8. Pola mekanisme koping

Pasien mengatakan sebelum sakit dalam mengambil Keputusan pasien selalu berdiskusi dengan keluarganya terlebih dahulu, pasien selalu terbuka dengan keluarganya tentang apapun. Dan selama sakit pasien mengatakan selalu terbuka dengan keluarganya dengan apa yang dikeluhkan selama dirawat di rumah sakit, pasien selalu berbicara dengan keluarganya.

9. pola seksual reproduksi

pasien mengatakan mempunyai istri dan 4 anak saat ini sudah memiliki cucu 5, pasien berjenis kelamin laki-laki, selama menikah tidak ada masalah, sistem reproduksi pasien bersih tidak ada infeksi dan penyakit lain.

10. Pola peran-berhubungan dengan orang lain

pasien mengatakan tinggal serumah dengan istri dan anaknya, pasien mengatakan hubungan dengan keluarga terjalin dengan baik dan rukun, selalu aktif dengan kegiatan-kegiatan yang diadakan oleh ketua Rt dan berhubungan baik dengan tetangga. Dan selama sakit pasien mengatakan berinteraksi kepada keluarganya, perawat, dan dokter yang ada di ruangan rawat inap.

11. Pola nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan sering ikut sholat berjamaah di mushola didekat rumahnya, pasien selalu mengikuti kegiatan tahlil dan yasinan setiap malam jum'at dan terkadang pasien datang ke majlis pengajian. Dan selama sakit pasien mengatakan sering berdoa dan percaya kepada allah yang akan memberikan kesembuhan dan Kesehatan pada hambanya.

Pemeriksaan fisik

1. Pada saat dikaji didapatkan data keadaan umum pasien compos mentis GCS (15), dan lemas.

2. Tanda-tanda vital

Suhu : 36°C

Tekanan darah : 140/97 mmhg

Respirasi : 22x/ menit

Nadi : 95x/menit

3. Kepala

Mesocephal, rambut cepak warna hitam beruban tidak berketombe, bersih tidak ada bekas luka dikepala, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

4. Mata

Pupil isokor, bereaksi terhadap Cahaya, respon bagus, sclera tidak terlihat ikterik, konjungtiva tidak anemis,

5. Hidung

Lubang hidung simetris, tidak mengeluarkan cairan, tidak tampak pernafasan cuping hidung dan tidak terpasang oksigen.

6. Telinga

Tidak ada serumen, bersih, simetris, tidak menggunakan alat bantu dengar.

7. Mukosa dan tenggorokan

Mukosa bibir lembab, bersih, tidak ada lesi, tidak ada benjolan kelenjar tiroid, tidak ada nyeri telan.

8. Pemeriksaan jantung, paru, dan abdomen

Jantung : pada saat diinspeksi simetris kanan-kiri, ictus cardis terlihat, Ketika di palpasi ictus cardis teraba di ics 5, irama jantung teratur, saat di perkusi redup, saat di auskultasi terdengar vesikuler dan tidak suara bunyi tambahan.

Paru-paru : pada pemeriksaan paru pada saat diinspeksi pergerakan dinding dada normal, simetris, Ketika di palpasi tidak ada nyeri tekan, Ketika di perkusi suara sonor, auskultasi suara nafas vesikuler.

Abdomen : pada pemeriksaan abdomen saat diinspeksi warna kulit di sekitar abdomen normal, terdapat kemerahan di sekitar luka, perut tidak buncit, terdapat luka operasi di perut kiri bawah kuadran 3 dan terpasang selang drainase untuk darah Ketika di auskultasi terdengar peristaltik usus bising usus normal 10x/menit, Ketika di perkusi suara timpani, saat di palpasi terdapat nyeri tekan di area luka operasi.

9. Genetalia

Genetalia tampak bersih dan terpasang kateter tidak ada penyakit kelamin.

10. Kulit dan kuku

Kulit bersih, warna kulit sawo matang, tugor kulit baik, tidak ada edema, terdapat luka operasi, adanya jahitan luka, terdapat kemerahan pada area luka operasi, balutan luka operasi terdapat rembesan darah dan terpasang selang drainase, capillary refill kurang dari 2 detik.

1. DATA PENUNJANG

PEMERIKSAAN	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	16,5	13.2-17.3	g/dl
Hematokrit	H 49.0	33.0-45.0	%
Leukosit	H 15.56	3.80-10.60	ribu/ μ L
Trombosit	315	150-440	ribu/ μ L
PT	10.6	9.3-11.4	detik
PT (kontrol)	10.8	9.3-12.7	detik
APPT	25.5	21.8-28.4	detik
APPT(kontrol)	26.2	21.0-28.4	detik
KIMIA KLINIK			
Glukosa darah(gds)	110	<200	mg/dL
Ureum	21	10-50	mg/dL

Creatinin	H 1.32	0.70-1.30	mg/Dl
Natrium (Na)	137.0	135-147	mmol/L
Kalium (K)	L 3.30	3.5-5.0	mmol/L
Klorida (Cl)	99.0	95-105	mmol/L

Pemeriksaan radiologi

BNO/FPA (non-kontras)

Ts.yth.

FPA

Posisi DJ stent sinistra baik.

Nefrolithiasis sinistra multiple ukuran terbesar sekitar 25x2 cm,

Sebagian batu tampak turun ke ureter sinistra 1/3 atas sampai 1/3 spondilosis lumbalis.

2. Diet yang diperoleh

Diet nasi tim

3. Terapy

Infus RL 20 tpm, cefoperazone sulbactam 25mg, captopril 25 mg, glimepiride 2 mg, ketorolac 30 mg, asam traneksamat 500 mg, paracetamol 500 mg.

4. ANALISA DATA

Pada tanggal 6 maret 2025 pukul 17.00 WIB. Didapatkan data subyektif yang pertama yaitu pasien mengatakan nyeri perut

kiri bawah tepatnya di luka bekas operasi, P:nyeri saat bergerak, Q:nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: perut kiri bawah, S: skala nyeri 7, T: nyeri hilang timbul. Sedangkan data obyektif pasien tampak terpasang selang drainase di perut sebelah kiri, pasien tampak meringis, terdapat luka jahitan di perut kiri, tanda-tanda vital TD:140/97 mmHg, N:95x/menit, S: 36°C, RR: 22x/menit. Berdasarkan data yang diperoleh peneliti menegakkan diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Masalah keperawatan yang ke-2 dilakukan pada tanggal 6 maret 2025 pukul 17.00 WIB. Didapatkan data subyektif pasien mengatakan merasa khawatir akibat operasi batu ginjal yang dilakukan akan kambuh lagi, pasien mengatakan cemas dan bingung, pasien mengatakan khawatir akan kesembuhannya. Data obyektif terdapat pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang, tanda-tanda vital : TD: 140/97 mmHg, N: 95x/ menit, S: 36°C, RR: 22x/menit. Berdasarkan data yang diperoleh peneliti menegakkan diagnosa Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan.

Masalah keperawatan yang ke-3 dilakukan pada tanggal 6 maret 2025 pukul 17.00 WIB. Didapatkan data subjektif pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi di perut kiri bawah dan terdapat kemerahan di sekitar luka operasi, pasien mengatakan terpasang infus dan terpasang selang drainase di perut. Data obyektif

terdapat luka post op di perut kiri bawah, adanya jahitan luka, tampak tidak ada pembengkakan di sekitar luka, terdapat kemerahan pada sekitar luka, tanda-tanda vital TD: 140/97 mmHg, N: 95x/menit, S:36°C, RR:22x/menit. Berdasarkan data yang diperoleh peneliti menegakkan diagnosa Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

5. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan
3. Risiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan invasif.

6. INTERVENSI KEPERAWATAN

Masalah yang muncul saat peneliti melakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 6 maret 2025 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, risiko inveksi berhubungan dengan efek tindakan invasif. Selanjutnya peneliti menyusun rencana keperawatan (intervensi) yaitu :

diagnosa pertama : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik peneliti menetapkan masalah tersebut dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam yang diharapkan tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil : skala nyeri menurun,

kesulitan tidur menurun, gelisah menurun, meringis menurun. Adapun intervensi yang dapat dilakukan antara lain : identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosa kedua : ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, peneliti menetapkan diagnosa tersebut dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi menurun, perilaku gelisah menurun, pola tidur membaik, verbalisasi kebingungan menurun. Adapun intervensi yang dapat dilakukan antara lain : monitor tanda dan gejala ansietas, pahami situasi yang membuat ansietas, menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis, ajarkan teknik relaksasi..

Diagnosa ketiga Risiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan invasif peneliti menetapkan masalah tersebut dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : kemerahan menurun, nyeri menurun, kebersihan diri meningkat. Adapun intervensi yang dapat dilakukan antara lain : monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien,

jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjuran meningkatkan asupan cairan.

7. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Intervensi yang diberikan sesuai pada permasalahan, lalu melakukan penerapan menjadi tindakan lanjut penatalaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. S

Implementasi pada hari pertama pada tanggal 6 maret 2025 :

- a. Melakukan implementasi pada diagnosa pertama pada pukul 18.00 WIB yaitu mengidentifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri respon data subjektif pasien mengatakan lokasi nyeri diperut kiri pada luka setelah operasi P : nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri pada perut bagian kiri bawah tepatnya di luka post operasi, S: skala nyeri 7, T : nyeri hilang timbul. Data objektif pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis menahan nyeri. Pada pukul 18.05 WIB yaitu memberikan terapi non-farmakologis (terapi benson) respon data subjektif pasien mengatakan bersedia mengikuti ajaran relaksasi yang diberikan oleh perawat dan nyeri sedikit berkurang, skala 6. Data objektif yaitu pasien tampak kooperatif, pasien tampak lebih tenang. Pada pukul 19.00 WIB yaitu mengkolaborasi pemberian analgetik (ketorolak 30 mg) respon data subjektif pasien mengatakan

setelah diberikan obat anti nyeri, nyerinya sedikit berkurang, nyeri skala 5. Data objektif pasien tampak meringis berkurang.

- b. Melakukan implementasi pada diagnosa kedua pada pukul 19.10 WIB yaitu memonitor tanda dan gejala ansietas respon data subjektif pasien mengatakan cemas dan khawatir akibat operasi dan kesembuhannya. Data objektif yaitu pasien tampak gelisah, pasien tampak lemas. Pada pukul 19.30 WIB yaitu menjelaskan mengenai diagnosis respon data subjektif pasien mengatakan sebelumnya tidak paham akan penyakit yang di alaminya. Data objektif yaitu pasien tampak kebingungan.
- c. Melakukan implementasi pada diagnosa ketiga pada pukul 20.00 WIB yaitu mengidentifikasi luka respon data subjektif pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, panas, dan seperti ditusuk-tusuk. Data objektif yaitu pasien tampak meringis, tampak ada kemerahan disekitar luka. Pada pukul 20.20 WIB yaitu mengidentifikasi kemerahan pada luka respon data subjektif pasien mengatakan terdapat kemerahan pada area disekitar luka. Data objektif yaitu tampak kemerahan pada luka post operasi. Pada pukul 20.40 yaitu mengidentifikasi adanya bengkak respon data subjektif pasien mengatakan tidak ada pembengkakan di area luka. Data objektif yaitu tampak tidak ada pembengkakan di area luka, pasien tampak kemerahan.

Implementasi pada hari kedua pada tanggal 7 maret 2025 :

- a. Melakukan implementasi pada diagnosa pertama pada pukul 14.10 WIB yaitu mengidentifikasi skala nyeri respon data subjektif pasien mengatakan nyer sudah lumayan menurun skala 5. Data objektif pasien tampak ekspresi meringis berkurang. Pada pukul 14.20 WIB yaitu mengidentifikasi faktor yang memperberat rasa nyeri respon data subjektif pasien mengatakan nyerinya terasa berat saat batuk dan bergerak. Data objektif yaitu pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah. Pada pukul 16.00 WIB yaitu memberikan terapi non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyerinya (terapi benson) respon data subjektif pasien mengatakan setelah di ajarkan terapi relaksasi sekarang tampak tenang dan lebih enakan, nyeri skala 4. Data objektif yaitu pasien tampak mengikuti arahan, pasien tampak kooperatif, pasien tampak gelisah menurun. Pada pukul 18.30 WIB yaitu mengkolaborasi pemberian analgetik (ketorolak 30 mg) respon data subjektif pasien mengatakan setelah diberi obat anti nyeri, nyerinya menurun skala 2. Data objektif pasien tampak meringis berkurang, keluhan nyeri berkurang.
- b. Melakukan implementasi pada diagnosa kedua pada pukul 17.10 WIB yaitu memonitor tanda dan gejala ansietas respon data subjektif pasien mengatakan masih khawatir dengan penyakitnya dan takut kambuh lagi. Data objektif yaitu pasien

tampak gelisah menurun. Pada pukul 17.15 WIB yaitu menginformasikan tentang pengobatan pasien, respon data subjektif pasien mengatakan paham atas apa yang disampaikan perawat. Data objektif yaitu pasien tampak gelisah menurun, pasien tampak kooperatif.

- c. Melakukan implementasi pada diagnosa ketiga pada pukul 17.30 WIB yaitu mengidentifikasi luka operasi, respon data subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang dan kemerahan disekitar luka sudah berkurang. Data objektif pasien tampak lumayan tenang, pasien tampak gelisah menurun, kemerahan disekitar luka sudah lumayan memudar. Pada pukul 17.40 WIB yaitu menjelaskan tanda dan gejala infeksi, respon data subjektif pasien mengatakan paham dengan apa yang disampaikan oleh perawat. Data objektif yaitu pasien tampak kooperatif, pasien tampak paham.

implementasi pada hari ketiga pada tanggal 8 maret 2025

- a. Melakukan implementasi pada diagnosa pertama pukul 07.00 WIB yaitu mengidentifikasi skala nyeri, respon data subjektif pasien mengatakan nyeri sudah berkurang skala 2. Data objektif yaitu pasien tampak tidak gelisah lagi, pasien tampak tidak ada ekspresi meringis lagi. Pada pukul 09.00 WIB yaitu mengkolaborasi pemberian analgetik (ketorolak 30 mg), respon

data subjektif pasien mengatakan setelah diberi obat nyeri, sekarang sudah tidak nyeri lagi.

- b. Melakukan implementasi pada diagnosa kedua pukul 10.10 WIB yaitu monitor tanda dan gejala ansietas, respon data subjektif pasien mengatakan sekarang sudah tidak khawatir lagi karena sudah dijelaskan oleh perawat tentang pengobatan dan keadaanya sekarang. Data objektif yaitu pasien tampak tenang, pasien tampak sudah tidak khawatir lagi, pasien tampak tidak ada keluhan lagi. Pada pukul 10.20 WIB yaitu menjelaskan secara faktual, mengenai diagnosis dan pengobatan pasien, respon data subjektif pasien mengatakan faham dan sudah tenang karena sudah dijelaskan oleh perawat. Data objektif yaitu pasien tampak tenang, pasien tampak tidak khawatir lagi, pasien tampak tidak kebingungan, pasien tampak kooperatif. Pada pukul 12.00 WIB yaitu mengajarkan teknik relaksasi, respon data subjektif pasien mengatakan biasanya mendengarkan musik untuk mengalihkan kekhawatirannya. Data objektif pasien tampak kooperatif, pasien tampak mendengarkan lagu jawa.
- c. Melakukan implementasi pada diagnosa ketiga pada pukul 12.30 WIB yaitu mengidentifikasi luka operasi, respon data subjektif pasien mengatakan nyeri dibagian operasi sudah tidak terasa lagi tapi saat dibuat batuk kadang terasa sedikit nyeri,

pasien mengatakan kemerahan disekitar luka post op sudah tidak ada lagi. Data objektif yaitu luka tampak bersih, kemerahan sudah tidak ada, pasien tampak tidak gelisah. Pada pukul 13.00 WIB yaitu menjelaskan tanda dan gejala infeksi, respon data subjektif pasien mengatakan faham dengan apa yang disampaikan perawat. Data objektif yaitu pasien tampak kooperatif, pasien tampak paham.

8. EVALUASI KEPERAWATAN

Pada tanggal 6 maret 2025 pukul 21.00 WIB hasil evaluasi diagnosa ke-1 : S : pasien mengatakan nyeri perut sebelah kiri bawah tepatnya di luka bekas operasi, p: nyeri saat bergeak, q:nyeri seperti ditusuk-tusuk, r:perut kiri bawah, s: skala 7, t: nyeri hilang timbul. O: pasien tampak terpasang selang drainase di perut kiri, pasien tampak gelisah,pasien tampak meringis karena nyerinya,tanda-tanda vital (td: 140/97mmHg, n: 95x/menit, s: 36°C, rr: 22x/menit). A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (manajemen nyeri).
Diagnosa ke-2 S : pasien mengatakan khawatir dengan tindakan operasi dan takut akan penyakitnya kambuh lagi, pasien mengatakan khawatir dan cemas akan kesembuhannya. O : pasien tampak gelisah dan kebingungan, pasien tampak tegang, pasien tampak lemas. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (reduksi ansietas).
Diagnosa ke-3 S : pasien mengatakan terdapat luka post operasi

diperut kiri bawah dan terpasang infus dan selang drain di perut dan terdapat kemerahan di sekitar luka operasi. O : terdapat selang drainase di luka operasi, terdapat luka jahitan diperut kiri bawah, terdapat kemerahan di area sekitar luka. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (pencegahan infeksi).

Pada tanggal 7 maret 2025 pukul 21.00 WIB hasil evaluasi diagnosa ke-1 S : pasien mengatakan nyerinya sudah menurun skala 5 dan setelah tindakan skala nyeri turun menjadi 2, pasien mengatakan nyerinya semakin berasa saat batuk dan bergerak. O : pasien tampak ekspresi meringis berkurang, pasien tampak gelisah menurun. A : masalah teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi(menejemen nyeri). Diagnosa ke-2 S: pasien mengatakan masih khawatir dengan penyakitnya takut kambuh lagi, pasien mengatakan paham setelah dijelaskan tentang pengobatannya. O : pasien tampak gelisah menurun, pasien tampak kooperatif. A : masalah teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi (reduksi ansietas). Diagnosa ke-3 S : pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi sudah berkurang, pasien mengatakan kemerahan di sekitar luka sudah memudar. O : pasien tampak gelisah menurun, kemerahan pada sekitar luka tampak memudar. A : masalah tertasi sebagian. P : lanjutkan intervensi (pencegahan infeksi).

Pada tanggal 8 maret 2025 pukul 14.00 WIB hasil evaluasi diagnosa ke-1 S: pasien mengatakan setelah dirawat hari ke tiga

nyerinya sudah tidak terasa lagi, skala 1. O :pasien tampak tidak gelisah, pasien tampak sudah tidak meringis menahan nyeri lagi, pasien tampak segar. A : masalah teratasi. P : pertahankan intervensi (manajemen nyeri). Diagnosa ke-2 S : pasien mengatakan setelah diberi penjelasan oleh perawat tentang penyakitnya dan pengobatannya pasien sudah tenang dan tidak khawatir lagi karena sudah paham dengan penjelasan perawat. O : pasien tampak sudah tenang, pasien tampak tidak tegang, pasien tampak kooperatif. A : masalah teratasi. P : pertahankan intervensi (reduksi ansietas). Diagnosa ke-3 S : pasien mengatakan nyeri di luka operasi sudah tidak terasa lagi, pasien mengatakan kemerahan pada area sekitar luka sudah tidak nampak lagi. O : pasien tampak tenang, pasien tampak tidak gelisah lagi, luka tampak bersih tidak ada bengkak dan tidak nampak kemerahan lagi. A : masalah teratasi. P : pertahankan intervensi (pencegahan infeksi)

Pasien 2

1. Identitas

1) Identitas pasien

Pasien Bernama Ny.M berusia 60 tahun. Alamat Sitanggal, Kec. Larangan,. Kab. Brebes, Jawa Tengah. Pasien beragama Islam, Pasien berjenis kelamin Perempuan.

2) Penanggung jawab

Penanggung jawab pasien selama di Rumah sakit adalah Anaknya. Ny.N berusia 45 tahun beragama Islam, pekerjaan seorang ibu rumah tangga, Alamat Sitanggal, Kec. Larangan,. Kab. Brebes, Jawa Tengah.

2. Status Kesehatan saat ini

Pasien mengatakan nyeri perut bagian kiri bawah dan BAK yang kurang lancar dan pasien memeriksakan dirinya, setelah diperiksa ternyata ada batu ginjal dan harus dilakukan operasi, pasien mengatakan rujukan dari RSUD Brebes.

3. Riwayat Kesehatan lalu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit, dan pasien mengatakan tidak mempunyai alergi obat maupun alergi makanan.

4. Riwayat Kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit batu ginjal, hipertensi maupun DM.

5. Riwayat Kesehatan lingkungan

Pasien mengatakan rumah dan lingkungan sekitar tempat tinggal pasien bersih. Pasien mengatakan bahwa rumah pasien aman dari bahaya.

Pola Kesehatan fungsional

1. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan lebih mementingkan kesehatanya dan mengelola kesehatanya dengan baik.

2. Pola eliminasi

a) Eliminasi feses

Pasien mengatakan untuk BABnya menggunakan pampers, konsistensinya lembek, berwarna kuning kecoklatan, berbau khas, tidak ada keluhan diare.

b) Eliminasi urin

Pasien mengatakan untuk BAK pasien menggunakan selang pipis (kateter urin), urin berwarna gelap kemerahan, frekuensinya lumayan banyak.

3. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan tidak pernah olahraga, mudah Lelah setelah beraktivitas, saat sakit pasien hanya melakukan gerakan kecil, untuk perawatan diri pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, BAK pasien menggunakan selang pipis (kateter) dan BAB pasien menggunakan pampers.

4. Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan bahwa dirinya susah tidur selama sakit, selalu terbangun saat memejamkan mata sebentar kurang lebih setiap 2 jam sekali terbangun.

5. Pola nutrisi dan metabolik

Keluarga pasien mengatakan pola makan baik dalam sehari pasien makan 3 kali. Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien menghindari makanan yang pedas dan makanan yang asam. Untuk minum dalam sehari pasien minum sebanyak 1 botol berukuran besar kurang lebih 1500 L.

6. Pola kognitif-perseptual dan sensori

Keluarga pasien mengatakan tidak ada keluhan dengan penglihatan dan pendengarannya pasien selama sakit, pasien mengatakan masih mampu mengingat dan berbicara.

Pasien mengatakan merasakan nyeri pada perut bagian kiri

P : pasien mengatakan nyeri dan perih ketika banyak gerak

Q : pasien mengatakan nyerinya seperti di tusuk-tusuk

R : pasien mengatakan nyeri di perut sebelah kiri

S : pasien mengatakan skala nyeri 5

T : pasien mengatakan nyeri dirasakan secara mendadak

7. Pola persepsi diri dan konsep diri

8. Pola mekanisme koping

Pasien mengatakan jika menghadapi masalah didiskusikan Bersama keluarga untuk mencari jalan keluar.

9. Pola seksual reproduksi

Pasien mengatakan mempunyai anak 6 saat ini sudah memiliki cucu 8, pasien berjenis kelamin Perempuan dan selama menikah tidak ada masalah, sistem reproduksi pasien bersih tidak ada infeksi atau penyakit lainya.

10. Pola peran-berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan melakukan hubungan baik dengan orang lain mampu berkomunikasi dengan baik, pasien meminta bantuan keluarga ketika ada masalah, tidak ada masalah dalam hubungan keluarga.

11. Pola nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan tidak ada nilai, keyakinan, dan kebudayaan yang bertentangan dengan Kesehatan dan pengobatan yang sedang dijalani.

Pemeriksaan fisik

1. Pada saat dikaji didapatkan data keadaan umum pasien compos mentis, dan lemas
2. Tanda-tanda vital
Suhu : 36,2°C
Tekanan darah : 94/57 mmhg

Nadi : 89x/menit

RR : 20x/menit

3. Kepala

Bentuk musculepal, rambut hitam, ber uban, bersih tidak ada kotoran dan ketombe.

4. Mata

Bentuk mata kanan-kiri simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak menggunakan alat bantu kaca mata.

5. Hidung

Hidung kanan-kiri tampak simetris, lubang hidung bersih tidak ada kotoran, tidak terpasang selang oksigen maupun selang ngt

6. Telinga

Telingan kanan-kiri simetris, tidak memakai alat bantu pendengaran, tidak ada serumen infeksi.

7. Mulut dan tenggorokan

Tidak ada kesulitan berbicara, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada benjolan di leher.

8. Pemeriksaan jantung, paru-paru dan abdomen

Jantung pada saat diinspeksi simetris kanan-kiri, ictus cardis terlihat, Ketika di palpasi ictus cardis teraba, irama jantung teratur, saat di perkusi redup, saat di auskultasi terdengar vesikuler dan tidak suara bunyi tambahan.

Paru-paru : pada pemeriksaan paru pada saat diinspeksi pergerakan dinding dada normal, simetris, Ketika di palpasi tidak ada nyeri tekan, Ketika di perkusi suara sonor, auskultasi suara nafas vesikuler.

Abdomen : pada pemeriksaan abdomen saat diinspeksi warna kulit di sekitar abdomen normal, perut tidak buncit, terdapat luka operasi diperut kiri bawah kuadran 3 dan terpasang selang drainase pada perut, di perut terdapat kemerahan pada sekitar luka. Ketika di auskultasi terdengar peristaltic usus bising usus normal 10x/menit, Ketika di perkusi suara timpani, saat di palpasi terdapat nyeri tekan di area luka operasi.

9. Genetalia

Tampak terpasang kateter, tidak ada infeksi.

10. Ekstermitas atas dan bawah

Ekstermitas atas di tangan kiri terpasang selang infus, tidak edema, tidak ada gangguan pergerakan tubuh, ekstermitas bawah tidak ada edema dapat digerakan secara normal.

11. Kulit

Kulit bersih, warna kulit sawo matang, tugor kulit baik, tidak ada edema, terdapat luka operasi, adanya jahitan luka, terdapat kemerahan pada area luka operasi, balutan luka operasi terdapat rembesan darah dan terpasang selang drainase, capillary refill kurang dari 2 detik.

1. DATA PENUNJANG

PEMERIKSAAN	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	11.3	11.7-15.5		g/dL
Hematokrit	33.3	N 33.0-45.0		%
Leukosit	9.93	N 3.60-11.00		ribu/ μ L
Trombosit	373	N 150-440		ribu/ μ L
PT	9.40	N 9.3-11.4		detik
PT(kontrol)	12.1	N 9.3-12.7		detik
APTT	22.8	N 21.8-28.4		detik
APTT(kontrol)	27.1	N 21.0-28.4		detik
KIMIA KLINIK				
Glukosa darah	105	N <200		mg/dL
Ureum	32	N 10-50		mg/dL
Creatinin	1.02	N 0.60-1.10		mg/dL
Natrium (Na)	141.0	N 135-147		mg/dL
Kalium (K)	2.90	L 3.5-5.0		mg/dL
Klorida (CL)	98.0	N 95-105		mmol/L

BNO/FPA (Non kontras)

Ts.yth.

FPA

Posisi DJ stent sinistra baik.

Nefrolithiasis sinistra multiple ukuran terbesar sekitar 25x2 cm,
Sebagian batu tampak turun ke ureter sinistra 1/3 atas sampai 1/3
spondilosis lumbalis.

Thorax (Dewasa) (Non kontras)

Ts.yth

Radiografi Toraks PA

Cor : apeks ke latera ka udal

Elongasi arcus aorta

Pulmo : corakan vesicular tak meningkat. Tak tampak Gambaran
infiltrat

Diafragma dan sinus kostofrenikus tak tampak kelainan

KESAN

Kardiomegali (LV)

Elongasi arcus aorta

Pulmo tak tampak kelainan

2. Diit yang diperoleh

Diit nasi tim.

3. Terapy

Ketorolac 30mg, cefoperazone 1 gr, metoclopramide 2ml, furosemide
40mg, ciprofloxacin 500mg, paracetamol 500mg, ranitidine 150mg.

4. ANALISA DATA

Pada tanggal 02 maret 2025 pada pukul 14.30 WIB. Di dapatkan data subjektif yang pertama yaitu pasien mengatakan nyeri pada perut kiri tepatnya pada luka oprasi P : nyeri saat digunakan gerak, Q : seperti di tusuk-tusuk, R : perut kiri. S : 5, T : hilang timbul. Sedangkan data objektif perut kiri pasien tampak terpasang selang, pasien tampak meringis, tanda-tanda vital TD : 140/97 mmhg, 97 N : 95x/menit S : 36,2°C RR : 22x/menit. Berdasarkan data yang diperoleh peneliti menegakkan diagnose keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Masalah keperawatan yang ke-2 dilakukan pada tanggal 02 maret 2025 pada pukul 14.30 WIB. Didapatkan data subjektif pasien mengatakan sulit tidur, tidurnya sering terbangun setiap 2 jam sekali di malam hari, sering terbangun Ketika ada Tindakan keperawatan, dan pasien mengeluh pola tidurnya berubah. Data objektif terdapat pasien tampak lemas, tampak gelisah. Tanda-tanda vital TD : 140/97 mmhg, 97 N : 95x/menit S : 36,2°C RR : 22x/menit. Berdasarkan data yang diperoleh peneliti menegakkan diagnose gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

Masalah keperawatan yang ke-3 dilakukan pada tanggal 02 maret 2025 pada pukul 15.30 WIB. Didapatkan data subjektif yang kedua yaitu pasien mengatakan terdapat luka bekas oprasi di perut kiri dan terdapat kemerahan di sekitar bekas luka, perut kiri terpasang selang,

dan di tangan kiri terpasang selang infus. Data objektif terdapat luka post op di perut kiri bawah, tampak tidak ada pembengkakan disekitar jahitan luka, terdapat kemerahan disekitar luka. Tanda-tanda vital TD : 140/97 N : 95x/menit S : 36,2°C RR : 22x/menit. Berdasarkan data yang diperoleh peneliti menegakkan diagnose resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

5. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
3. Resiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan invasive

6. INTERVENSI KEPERAWATAN

Masalah yang muncul saat peneliti melakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 2 maret 2025 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, dan resiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan infasiv. Selanjutnya penulis menyusun rencana keperawatan (intervensi) yaitu :

Diagnosa pertama : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik peneliti menetapkan masalah tersebut dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : skala nyeri menurun, klien tidak meringis kesakitan, kesulitan tidur menurun. Adapun intervensi

yang dapat dilakukan antara lain : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis terapi benson untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosa kedua : Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan peneliti menetapkan masalah tersebut dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : keluhan kesulitan tidur menurun, keluhan pola tidur berubah meningkat, keluhan istirahat tidak cukup meningkat. Adapun intervensi yang dapat dilakukan antara lain : identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, modifikasi lingkungan, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

Diagnosa ketiga Resiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan invasif peneliti menetapkan masalah tersebut dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun. Adapun intervensi yang dapat dilakukan antara lain : monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan cairan.

7. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Intervensi yang diberikan sesuai pada permasalahan, lalu melakukan penerapan menjadi tindakan lanjut penatalaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.M.

Implementasi pada hari pertama tanggal 02 maret 2025

- a. Melakukan implementasi pada diagnosa ke-1 pada pukul 15.00 WIB yaitu meidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri respon data subjektif pasien mengatakan nyeri pada perut kiri tepatnya di luka post op. Data objektif pasien tampak meringis, perut kiri tampak luka post op. Pada pukul 15.05 WIB yaitu memberikan terapi relaksasi benson respon data subjektif pasien mengatakan bersedia mengikuti terapi relaksasi benson dan nyeri turun skala 4. Data objektif pasien tampak kooperatif. Pada pukul 15.15 mengkolaborasikan pemberian anlgetik (ketorolak 30mg) respon data subjektif pasien mengatakan setelah diberikan obat analgetik nyeri sedikit berkurang nyeri skala 3. Data objektif pasien tampak meringis berkurang.
- b. Melakukan implementasi pada diagnosa kedua pada pukul 15.20 WIB meidentifikasi pola aktivitas tidur respon data subjektif pasien mengatakan sulit tidur sering terbangun setiap 2 jam pada malam hari. Data objektif pasien tampak gelisah TD : 140/97 mmhg. Pada pukul 15.25 WIB meidentifikasi faktor pengganggu

tidur respon data subjektif pasien mengatakan tidurnya terganggu karena nyeri, dan ketika ada tindakan keperawatan. Data objektif pasien tampak gelisah TD : 140/97mmhg. Pada pukul 15.30 WIB meidentifikasi faktor peringan tidur respon data subjektif pasien mengatakan bisa tertidur apabila suasana kamar hening dan lampu di matikan. Data objektif pasien tampak gelisah.

- c. Melakukan implementasi pada diagnosa ketiga pada pukul 15.35 WIB meidentifikasi luka respon data subjektif pasien mengatakan luka post op terasa nyeri seperti ditusuk-tusuk. Data objektif tampak balutan luka post op, pasien tampak meringis. Pada pukul 15.40 WIB meidentifikasi kemerahan pada luka respon data subjektif pasien mengatakan di area luka post op terdapat terasa nyeri. Data objektif tampak kemerahan di area luka post op, pasien tampak meringis. Pada pukul 15.45 WIB meidentifikasi adanya pembengkakan respon data subjektif pasien mengatakan tidak ada pembengkakan pada luka post op.

Melakukan implementasi pada hari kedua tanggal 3 maret 2025

- a. Melakukan implementasi pada diagnosa pertama pada pukul 06.00 WIB yaitu mengidentifikasi skala nyeri, respon data subjektif pasien mengatakan nyeri sudah menurun skala 3. Data objektif yaitu pasien tampak ekspresi meringis berkurang. Pada pukul 06.05 WIB yaitu mengidentifikasi faktor pemberat nyeri,

respon data subjektif pasien mengatakan faktor pemberat nyeri adalah ketika melakukan gerakan yang berat. Data objektif yaitu pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis. Pada pukul 06.40 WIB yaitu memberikan terapi non farmakologis (terapi benson), respon data subjektif pasien mengatakan setelah mengikuti terapi relaksasi sekarang akan enak dan lebih rileks, nyeri menurun skala 2. Data objektif yaitu pasien tampak tenang, pasien tampak kooperatif.

b. Melakukan implementasi pada diagnosa kedua pada pukul 06.15 WIB yaitu mengidentifikasi luka, respon data subjektif pasien mengatakan pada luka operasi nyerinya sudah berkurang. Data objektif yaitu pasien tampak kooperatif, kemerahan pada sekitar luka tampak lumayan memudar. Pada pukul 06.20 WIB yaitu menjelaskan tanda dan gejala infeksi, respon data subjektif pasien mengatakan faham dengan apa yang disampaikan perawat. Data objektif yaitu pasien tampak kooperatif, pasien tampak faham dan mengangguk.

c. Melakukan implementasi pada diagnosa ketiga pada pukul 06.35 WIB yaitu mengidentifikasi pola tidur, respon data subjektif pasien mengatakan masih sulit tidur dan sering terbangun. Data objektif yaitu pasien tampak mengantuk, pasien tampak lemas. Pada pukul 06.40 WIB yaitu mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, respon data subjektif pasien mengatakan

tidurnya terganggu karena tidak terbiasa dengan ruangan yang terang dan berisik. Data objektif yaitu pasien tampak gelisah.

Melakukan implementasi pada hari ketiga pada tanggal 4 maret 2025

- a. Melakukan implementasi pada diagnosa pertama pada pukul 16.40 WIB yaitu mengidentifikasi skala nyeri, respon data subjektif pasien mengatakan nyeri sudah menurun skala 2. Data objektif yaitu pasien tampak ekspresi meringis berkurang. Pada pukul 16.50 WIB yaitu mengidentifikasi faktor yang memperingan rasa nyeri, respon data subjektif pasien mengatakan nyeri tidak terasa setelah diberikan obat anti nyeri. Data objektif yaitu pasien tampak kooperatif, pasien tampak lebih segar.
- b. Melakukan implementasi pada diagnosa kedua pada pukul 16.55 WIB yaitu mengidentifikasi luka, respon data subjektif pasien mengatakan luka sudah tidak terasa nyeri lagi, hanya terasa nyeri sedikit diluka operasi. Data objektif yaitu pasien tampak gelisah menurun, kemerahan pada luka sudah tidak terlihat lagi. Pada pukul 18.00 WIB yaitu menjelaskan tanda dan gejala infeksi, respon data subjektif pasien mengatakan faham dengan apa yang disampaikan perawat. Data objektif yaitu pasien tampak kooperatif.

- c. Melakukan implementasi pada diagnosa ketiga pada pukul 18.25 WIB yaitu mengedukasi pentingnya istirahat yang cukup saat sakit, respon data subjektif pasien mengatakan faham dengan penjelasan dari perawat. Data objektif yaitu pasien tampak kooperatif, pasien tampak paham. Pada pukul 18.30 WIB yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, respon data subjektif yaitu pasien mengatakan tidur masih sering terbangun dan kurang nyaman. Data objektif yaitu pasien tampak lumayan gelisah.

8. EVALUASI KEPERAWATAN

Pada tanggal 2 maret 2025 pukul 21.00 WIB hasil evaluasi diagnosa ke-1 S : nyeri pada perut kiri bawah tepatnya pada luka operasi, p : nyeri saat banyak bergerak, q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, r: nyeri diperut sebelah kiri, s: skala nyeri 5, t: hilang timbul. O : pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak gelisah. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (menejemen nyeri). Evaluasi diagnosa ke-2 P : pasien mengatakan luka setelah operasi terasa nyeri seperti ditusuk-tusuk. O : pasien tampak meringis, terdapat kemerahan disekitar luka operasi. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (pencegahan iinfeksi). Evaluasi diagnosa ke-3 S : pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun kurang setiap 2 jam terbangun. O : pasien tampak gelisah, pasien tampak mengantuk. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (dukungan tidur).

Pada tanggal 3 maret 2025 pukul 14.00 WIB hasil evaluasi diagnosa ke-1 S : pasien mengatakan nyeri masih lumayan terasa, nyeri skala 2, pasien mengatakan lebih tenang setelah di ajarkan teknik relaksasi. O : pasien tampak gelisah menurun, pasien tampak ekspresi meringis berkurang. A : masalah teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi (menejemen nyeri). Hasil evaluasi diagnosa ke-2 S : pasien mengatakan nyeri di luka operasi sudah berkurang, pasien mengatakan kemerahan pada sekitar luka sudah mulai memudar. O : pasien tampak gelisah menurun, tampak kemerahan pada area luka sudah mulai memudar. A : masalah teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi (pencegahan infeksi). Hasil evaluasi diagnosa ke-3 S : pasien mengatakan masih sulit tidur dan masih sering terbangun kurang lebih sekitar 2 jam sekali terbangun. O : pasien tampak mengantuk, pasien tampak gelisah. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (dukungan tidur).

Pada tanggal 4 maret 2025 pukul 21.00 WIB hasil evaluasi diagnosa ke-1 S : pasien mengatakan nyeri sudah tidak terasa lagi, nyeri skala 1. O : pasien tampak sudah tidak gelisah, pasien tampak sudah tidak meringis menahan nyeri lagi. A : masalah teratasi. P : pertahankan intervensi (menejemen nyeri). Evaluasi diagnosa ke-2 S : pasien mengatakan faham tentang tanda dan gejala infeksi setelah di jelaskan oleh perawat, pasien mengatakan kemerahan di sekitar luka post op sudah memudar. O : pasien tampak kooperatif dan sudah

paham, kemerahan di sekitar luka sudah memudar. A : masalah teratasi. P : pertahankan intervensi(pencegahan infeksi). Evaluasi diagnosa ke-3 S : pasien mengatakan tidur pasien terganggu karena lingkungan dan cahaya yang terang, pasien mengatakan masih sering terbangun dan tidak nyaman. O : pasien tampak gelisah, pasien tampak mengantuk. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (dukungan tidur).

B. PEMBAHASAN

Pada bagian pembahasan, penulis memberikan penguraian mengenai bagaimana Implementasi Terapi Relaksasi Benson Pada Pasien Post op Nefrolitotomi Sinistra di Ruang Baitussalam I dan Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang, pada tanggal 2 maret 2025 dan 6 maret 2025 berkaitan dengan teori yang ada dan kejadian yang nyata saat asuhan keperawatan pada Tn.S dan Ny.M. Pembahasan mencakup semua proses asuhan keperawatan berupa pengkajian, kemudian diagnosa, diteruskan mengenai intervensi, dan implementasi serta uraian dari evaluasi.

Masalah keperawatan utama yang muncul pada pasien adalah nyeri akut. Nyeri akut adalah rasa sakit yang muncul secara tiba-tiba dan bersifat tajam. Keluhan tersebut muncul karena tindakan post op. Dalam hal ini peneliti ingin menurunkan nyeri sehingga nyeri dapat teratasi dengan terapi benson. Menurut (Utami et al., 2023) pemberian tindakan benson memiliki dampak positif terhadap pengurangan rasa nyeri. Metode ini merupakan

pengembangan dari teknik respon relaksasi pernapasan yang melibatkan keyakinan klien, sehingga dapat menciptakan suatu lingkungan internal yang mendukung.

Data hasil penerapan terapi relaksasi benson pasien Tn.S

No	tanggal	sebelum tindakan	sesudah Tindakan	selisih
1	06 maret	skala 7	skala 5	2
2	07 maret	skala 5	skala 2	3
3	08 maret	skala 2	skala 1	1

Data hasil penerapan terapi relaksasi benson pasien Ny.M

No	tanggal	sebelum tindakan	sesudah tindakan	selisih
1	02 maret	skala 5	skala 3	2
2	03 maret	skala 3	skala 2	1
3	04 maret	skala 2	skala 1	1

Pemberian teknik relaksasi benson dapat berjalan dengan baik dan lancar selama 3 hari implementasi. Selain relaksasi benson, pasien juga diberikan obat antinyeri. Terapi benson dilakukan selama 15 menit terhadap pasien Tn.S dan untuk Ny.M dilakukan selama 10 menit. Selama proses asuhan keperawatan dengan teknik relaksasi benson, pasien bersikap kooperatif. Dalam hal ini tentunya menjadi point utama dalam keberhasilan tindakan terapi relaksasi benson guna menurunkan rasa nyeri pasien.

Berdasarkan evaluasi keperawatan yang dilakukan penulis setelah melakukan terapi relaksasi benson selama 3 hari pada pasien nefrolitiasis dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Baitussalam 1 dan Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang, didapatkan data hasil studi kasus pasien mengatakan nyeri nya berkurang dan ditandai dengan keluhan nyeri pada pasien Tn.S berkurang dari skala 7 turun menjadi skala 1, dan dari pasien Ny.M dari skala 5 turun ke skala 1. Oleh karena itu, penulis merencanakan untuk intervensi dipertahankan.

Penerapan terapi relaksasi benson pada pasien nefrolitiasis dapat merileks kan tubuh dan pikiran, mengendalikan emosi, menyembuhkan gangguan psiko sosial, dan dapat menurunkan tingkat rasa nyeri.

C. KETERBATASAN STUDI KASUS

Studi kasus terkait implementasi pemberian terapi relaksasi benson pada pasien nefrolitiasis di RSI Sultan Agung Semarang yang dilakukan selama 3 hari mengalami beberapa keterbatasan selama mengikuti studi kasus, diantaranya :

1. Tidak ada dokumentasi berupa foto/vidio pada saat melakukan implementasi karena pasien dan keluarga tidak berkenan untuk didokumentasikan.
2. Dalalm melakukan pemeriksaan fisik ada beberapa pemeriksaan yang tidak langsung dilakukan oleh peneliti tetapi hanya melihat di catatan medis.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Menurut asuhan keperawatan yang telah penulis laksanakan diatas pada Tn.S dan Ny.M dengan nefrolitiasis selama 3x8 jam diruang Baitussalam 1 dan Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang meliputi :

1. Hasil pengkajian didapatkan data keluhan utama pasien yaitu mengalami nyeri akibat post operasi di perut kiri bawah.
2. Dari hasil analisa data didapati diagnosa keperawatan yang diambil nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).
3. Perencanaan yang dilakukan difokuskan pada nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu mengajarkan teknik non-farmakologi dengan terapi relaksasi benson untuk meredakan nyeri dan memberikan ketenangan pasien.
4. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat, lebih memfokuskan pada terapi relaksasi benson.
5. Evaluasi menunjukkan bahwa masalah nyeri teratasi dibuktikan dengan nyeri pasien berkurang dari nyeri sedang menjadi nyeri ringan.

B. SARAN

1. Bagi Rumah Sakit

Dengan dilakukannya studi kasus ini diharapkan dalam bidang keperawatan di RSI Sultan Agung Semarang dapat mengimplementasikan terapi relaksasi benson pada pasien dengan masalah nefrolitiasis sebagai terapi non-farmakologis untuk mengurangi tingkat nyeri.

2. Bagi Masyarakat

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan Masyarakat terkait penyebab terjadinya nefrolitiasis atau batu ginjal sehingga Masyarakat dapat mengantisipasi dan diharapkan Masyarakat dapat mengetahui cara mengatasi nyeri non-farmakologis salah satunya dengan terapi relaksai benson.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan tulisan ini dapat dipergunakan untuk referensi di institusi Pendidikan dalam hal Menyusun asuhan keperawatan mengenai kasus nefrolitiasis.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil studi kasus ini diharapkan mampu untuk dijadikan sebagai sumber informasi dan referensi untuk melakukan studi kasus selanjutnya, khususnya pada pasien nefrolitiasis.

DAFTAR PUSTAKA

- Alini, I., & Rizaldi, A. (2022). Penilaian Laboratoris dan Radiologik Pada Kaus Nyeri Kolik Renal Akibat Batu Ginjal dan Batu ureter di IGD RSUD Putri Bidadari Stabat. *Jurnal Ilmiah Simantek*, 6(4), 5–6.
- Angela Putri, N. (2023). ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. T DENGAN NEFROLITIASIS POST OP NEFROLITOTOMI DIRUANG BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG. *NBER Working Papers*, 89.
- farras kamal. (2024). *IMPLEMENTASI PEMBERIAN TERAPI MUSIK ALAM*.
- Hadiwijono, V. J., & Ratumasa, M. C. R. (2023). Quadratus Lumborum Block (QLB) pada Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL): Tinjauan Sistematis dan Meta-Analisis. *Majalah Anestesia & Critical Care*, 41(3), 211–217. <https://doi.org/10.55497/majanestericar.v41i3.320>
- Harnianthy, Puspita, N. I., & Nurmeini. (2023). Hubungan Antara Intake Cairan dengan Batu Ginjal Masyarakat. *ARISHA: Jurnal Kesehatan Indonesia*, 01(01), 20–24.
- Ii, B. A. B., & Nefrolithiasis, D. (2020). *No Title*. 7–31.
- Latifah, H. (2022). Efektifitas Teknik Relaksasi Slow Deep Breathing (Sdb) Dan Relaksasi Benson Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Modifikasi Radikal Mastektomi (Mrm). *Skripsi*.
- Mauliddiyah, N. L. (2021). *No prosedur pemeriksaan BNO-IVP pada kasus nefrolitiasis*
- Mukhroji, M., & Ismuhadi, I. (2022). Perancangan Aplikasi Sistem Pakar Doagnosa Awal Penyakit Batu Ginjal Berbasis Web Dengan Menggunakan Metode Forward Chaining. *Jurnal Ilmiah Informatika*, 10(01), 15–19. <https://doi.org/10.33884/jif.v10i01.4513>
- Nadila humaira. (2021). *NADILA HUMAIRA_210630026_BAB I (1)*.
- Putu Rita Jeniyanthi, N., Istri Ariwidiastuti, C., Bagus Gede Dharmawan, I., Battola Toding, T., & Radiodiagnostik dan Radioteraphy Bali, A. (2024). Analisis Pengaruh Variasi Slice Thickness Terhadap Kualitas Citra Pemeriksaan CT Scan Urografi Pada Kasus Nefrolitiasis Di RS TK. II Pelamonia Makassar. *Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Gizi*, 2(1), 152–161.
- Rakhma, T., Kovana, H. N., Widyasari, I. D., Sabilla, F. F., & Anggreni, E. D. (2022). Pengaruh Derajat Nyeri Terhadap Gangguan Fungsi Kognitif Pada

Pasien Osteoarthritis Genu Kronik Di Rsud Dr.Sayidiman Magetan. *CME (Continuing Medical Education)*, 428–440.

Ristanti, I. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn. K Dengan Pre Operasi Nefrolitiasis Dextra Sinistra Di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang. *Universitas Islam Sultan Agung*.

Sapitry Purba, L., Damanik, I. R. T., & Nainggolan, R. (2021). Hubungan Gambaran Usg Ginjal Dengan Gejala Klinis Kolik Abdomen Pada Penderita Nefrolitiasis. *Jurnal Kedokteran Methodist*, 14(2), 48–54.

Silalahi, M. K. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Batu Saluran Kemih Pada di Poli Urologi RSAU dr. Esnawan Antariksa. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 12(2), 205–212.
<https://doi.org/10.37012/jik.v12i2.385>

Utami, I. T., Dewi, T. K., Immawati, I., Supardi, S., & Ayubbana, S. (2023). Efektivitas Kombinasi Relaksasi Autogenik Dan Relaksasi Benson Terhadap Nyeri Inseri Vaskuler Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 8(2), 104. <https://doi.org/10.52822/jwk.v8i2.535>

