

**IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM
DI MODIFIKASI DENGAN AROMATERAPY LAVENDER
PADA PASIEN NYERI AKUT**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

LAILATUL FAJRIYAH

NIM. 40902200032

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

2025

**IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM
DI MODIFIKASI DENGAN AROMATERAPY LAVENDER
PADA PASIEN NYERI AKUT**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

LAILATUL FAJRIYAH

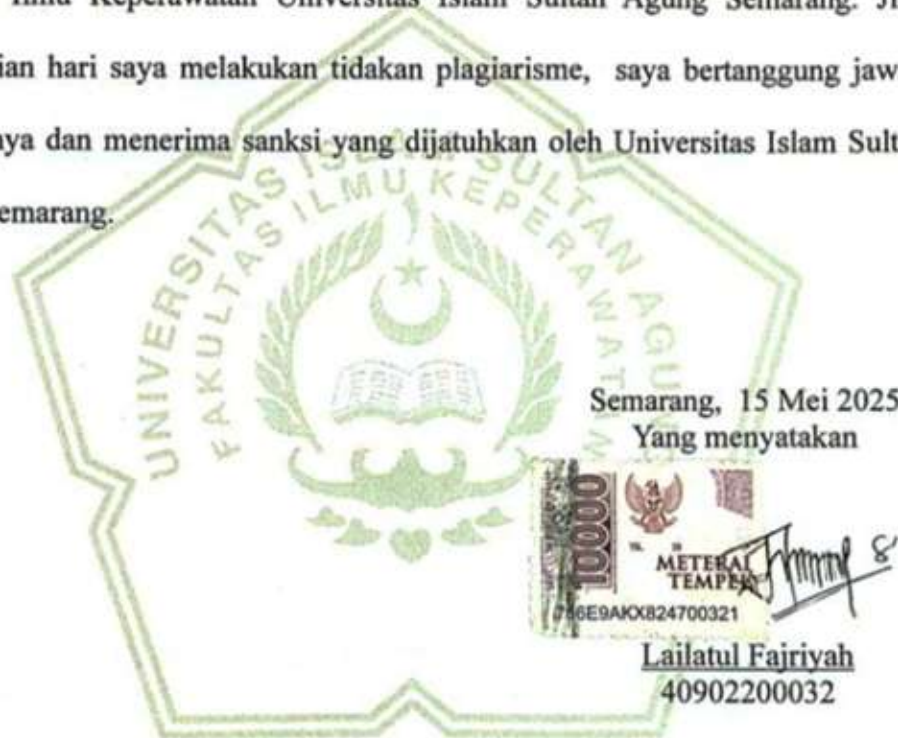
NIM. 40902200032

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

2025

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah dengan judul “ **Implementasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam Di Modifikasi Dengan Aromaterapy Lavender Pada Pasien Nyeri Akut** ” ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



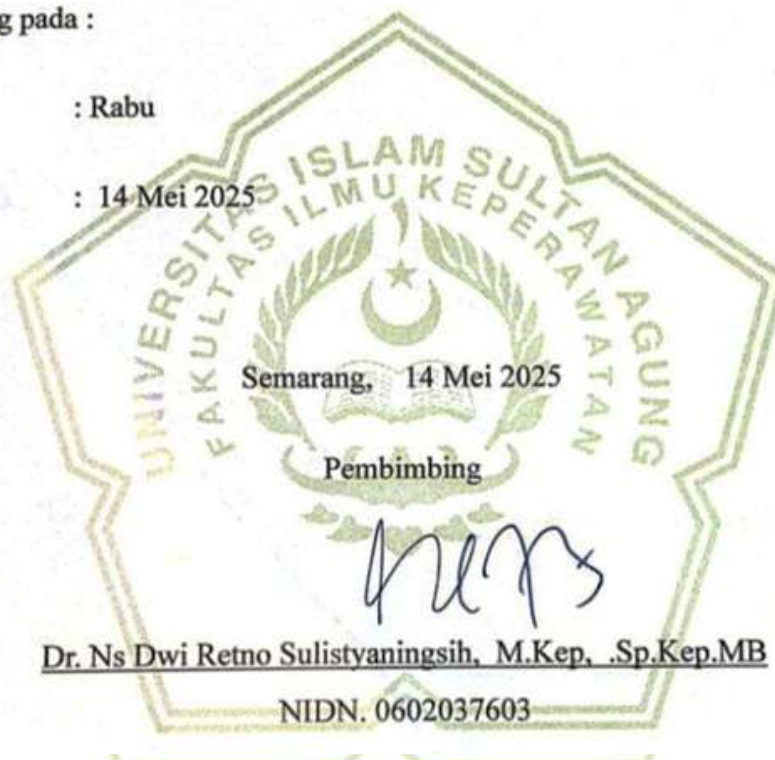
HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah dengan judul “ **Implementasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam Di Modifikasi Dengan Aromaterapy Lavender Pada Pasien Nyeri Akut** ”

Telah disahkan dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 14 Mei 2025



Dr. Ns Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep. .Sp.Kep.MB

NIDN. 0602037603

HALAMAN PENGESAHAN

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

Semarang, 15 Mei 2025

Tim Penguji

Penguji I



(Dr. Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN)

NIDN. 06-0510-8901

Penguji II

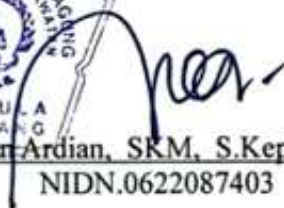


(Dr. Ns Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep, Sp.Kep.MB)

NIDN. 0602037603

Mengetahui,

DEKAN FIK UNISSULA Semarang



(Dr. Iwan Ardian, SKM, S.Kep., M.Kep)

NIDN.0622087403

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya, hingga penulis bisa menuntaskan penyusunan hasil KTI ini dengan judul “Implementasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam Di Modifikasi Dengan Aromaterapy Lavender Pada Pasien Nyeri Akut ”.

Penulis ingin menyampaikan rasa syukur yang mendalam pada seluruh yang sudah memotivasu untuk menuntaskan KTI ini. Bantuan, motivasi, dan arahan sangat bernilai bagi peneliti. Penulis berterima kasih dan penghargaan yang tinggi. Bersama ini perkenalkan saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT. Yang sudah memberi rahmat dan hidayah-Nya, sehingga peneliti bisa menuntaskan KTI ini dengan tepat waktu.
2. Prof. Dr. H. Gunarto, SH, M. Hum, Selaku Rektor Unissula Semarang.
3. Dr. Iwan Ardian, SKM, S.Kep., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Indra Tri Astuti, M. Kep, Sp.Kep.An, selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Para Dosen dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang.
6. Dr. Ns Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep, Sp.Kep.MB, selaku pembimbing yang sudah memberikan arahan dan arahan dalam perancangan KTI ini.
7. Dr . Ns Ahmad Ikhlasul Amal, MAN, sebagai penguji dalam KTI ini.
8. Teristimewa penulis ucapkan Terima Kasih pada kedua orang tua saya yang saya cintai yakni Bapak SHOLICHIN dan teruntuk Ibu MUSANAH, Terima Kasih yang sudah memberi kasih sayang, serta mendukung baik moral maupun materi, ridho serta cinta kasih yang tiada mungkin bisa ku balas hanya dengan selembarnya kertas ucapan terima kasih ini. Semoga ini jadi tahapan awal untuk membuat bapak dan ibu bahagia sebab penulis sadar selama ini tidak bisa berbuat lebih. Terima Kasih untuk kedua orang tua penulis bapak SHOLICHIN dan teruntuk

Ibu MUSANAH sudah menjadi alasan penulis menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Sekali lagi Terima Kasih yang sebesar-besarnya.

9. Teruntuk adek penulis Afrizal, dan kakek Surdi beserta istri, om tante penulis Mamah Riya / Ndo beserta suami, Tante Murtini beserta suami, Om Muzazin beserta istri, dan om tante penulis yang lain nya yang tidak bisa di sebutkan satu persatu, serta saudara – saudara penulis yaitu mas Candra a.k.a suncan beserta istri, lek maput beserta istri dan kakak serta adik- adik penulis lain nya yang tidak bisa di sebutkan satu – satu. Terima Kasih sudah memberi motivasi dan menghibur penulis untuk menuntaskan Laporan Tugas Akhir ini.
10. Untuk sahabat saya Sherly, Sasa, Silvia, dan teman satu bimbingan saya Maya megyarani, kelompok DM/edelwis . Serta teman – teman saya yang tidak bisa dinyatakan satu persatu yang sudah memberi motivasi, membantu saya dalam suka duka, memberikan semangat dalam KTI ini.
11. Kepada teman-teman seperjuangan D3 keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang tahun 2022, yang sudah membantu, mrmotivasi, memberikan semnagat, serta berjuang bersama.

Seluruh bagian yang tidak bisa disebutkan, penulis berterima kasih pada seluruh pihak dan semoga penelitian ini bisa berguna untuk proses pengimplementasian penelitian KTI berikutnya.

Semarang, 14 Mei 2025

Penulis,

Lailatul Fajriyah

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

ABSTRAK

Lailatul Fajriyah

**IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI NAFAS DALAM
DIMODIFIKASI DENGAN AROMATERAPI LAVENDER.**

Latar belakang : Nyeri akut adalah sensasi atau emosi yang muncul selama kurang dari tiga bulan dan disebabkan oleh rusaknya jaringan aktual atau fungsional (Fajri et al., 2022). Keluhan nyeri umumnya dirasakan oleh semua pasien, termasuk mereka yang menderita nefrolitiasis. Nefrolitiasis merupakan suatu kondisi didapati batu (kalkuli) di ginjal. Batu ginjal terbuat pada tubuli ginjal lalu ada di kaliks, pelvis ginjal. Batu ginjal batu yang terdapat pada saluran kemih, batu ini terdiri dari kristal, kalsium (Widiani, 2020).

Tujuan : Memberikan terapi relaksasi nafas dalam dimodifikasi dengan aromatherapy lavender untuk menurunkan skala nyeri pada pasien nyeri akut.

Metode : Metode yang dipakai berupa deskriptif dengan pendekatan studi kasus melalui asuhan keperawatan dari diagnosa, pengkajian, implementasi, intervensi, sampai evaluasi. Proses pengumpulan data menggunakan metode wawancara langsung kepada klien atau keluarga, observasi melalui peninjauan fisik, pengumpulan data penunjang dan studi dokumentasi.

Hasil : Hasil studi kasus yang telah dilakukan penulis mengalami penurunan skala nyeri dari skala 6 menjadi skala 3.

Kesimpulan : terapi ini bisa meminimalkan rasa nyeri sampai dapat digunakan untuk meminimalisir nyeri pada pasien nyeri akut post op nefrolitiasis.

Kata kunci : Nyeri akut, nefrolitiasis, terapi nafas dalam, aromaterapi lavender.

**NURSING DIPLOMA III STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG
MEI 2025**

ABSTRACT

Lailatul Fajriyah

**IMPLEMENTATION OF DEEP BREATHING RELAXATION THERAPY
MODIFIED WITH LAVENDER AROMATHERAPY.**

Background: Acute pain is a sensation or emotion that occurs for less than three months and is caused by actual or functional tissue damage (Fajri et al., 2022). Complaints of pain are generally experienced by all patients, including those with nephrolithiasis. Nephrolithiasis is a condition in which there are stones (calculi) in the kidneys. Kidney stones form in the renal tubules and then are in the calyx, renal pelvis. Kidney stones are stones found in the urinary tract, these stones consist of crystals, calcium (Widiani, 2020).

Objective: Provide deep breathing relaxation therapy modified with lavender aromatherapy to reduce pain scale in patients with acute pain.

Method: The method used is descriptive with a case study approach through the collection of assessments, diagnoses, interventions, implementations, to evaluations. The data collection process uses direct interview methods with clients or families, observations through physical examinations, data collection, maintenance and documentation studies.

Results: The results of the case study conducted by the author experienced a decrease in pain scale from Scale 6 to Scale 3.

Conclusion: This therapy can reduce pain so that it can be used to reduce pain in patients with acute pain after nephrolithiasis surgery.

Keywords: Acute pain, nephrolithiasis, deep breathing therapy, lavender aromatherapy.

DAFTAR ISI

Karya Tulis Ilmiah	i
SURAT PERNYATAA BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Studi Kasus	7
1. Tujuan Umum	7
2. Tujuan Khusus.....	7
D. Manfaat Studi kasus	8
1. Institusi Pendidikan.....	8
2. Profesi Keperawatan	8
3. Lahan Praktik	8
4. Masyarakat	9

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Konsep Dasar	10
1. Nefrolitiasis	10
2. Nyeri.....	20
3. Manifestasi klinis	20
4. Intensitas nyeri	21
5. Penatalaksanaan nyeri	24
6. Pathway	27
B. Konsep Dasar Keperawatan	28
1. Pengkajian Keperawatan	28
2. Diagnosis Keperawatan.....	32
3. Rencana keperawatan.....	36
4. Implementasi keperawatan.....	42
5. Evaluasi keperawatan.....	43
6. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI	43
BAB III METODE PENULISAN.....	48
A. Desain atau Rancangan Studi Kasus	48
B. Subyek Studi Kasus.....	48
C. Fokus Studi.....	49
D. Definisi Operasional.....	49
E. Tempat dan Waktu	52
F. Instrumen Studi Kasus	52
1. Teknik Pengumpulan Data.....	52
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	55
A. Hasil Studi Kasus	55

1. Pengkajian	55
2. Analisa Data	76
3. Diagnosa.....	78
4. Rencana asuhan keperawatan.....	79
5. Implementasi	83
6. Evaluasi	94
B. Pembahasan.....	102
1. Pengkajian	103
2. Diagnosa Keperawatan.....	106
3. Intervensi	110
4. Implementasi	112
5. Evaluasi	117
C. Keterbatasan Studi Kasus.....	122
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	124
A. Kesimpulan	124
B. Saran.....	126
DAFTAR PUSTAKA	127
LAMPIRAN.....	130

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	27
--------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Informed Consent

Lampiran 2 Lembar Asuhan Keperawatan

Lampiran 3 Lembar Proses Bimbingan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Nyeri akut ialah sensasi atau emosi yang muncul selama kurang dari 3 bulan dan dikarenakan oleh rusaknya jaringan aktual atau fungsional. Nyeri ini dapat timbul secara mendadak atau bertahap, dan tingkat keparahannya bervariasi dari ringan hingga berat. Ada berbagai pendekatan dalam perawatan nyeri, baik melalui penggunaan obat – obat (farmakologis) maupun tanpa obat – obat (non – farmakologis) (Fajri et al., 2022). Keluhan nyeri umumnya dialami oleh semua pasien, termasuk mereka yang menderita nefrolitiasis. Intensitas dan lokasi nyeri ini dipengaruhi oleh posisi dan ukuran batu, serta adanya komplikasi yang mungkin terjadi. Gejala yang dirasakan bisa meliputi nyeri di pinggang, nyeri punggung, hematuria (darah dalam urin), serta penyumbatan yang dapat menghambat aliran urin, yang berpotensi menyebabkan infeksi saluran kemih, demam, kehamilan, dan kecemasan. Nyeri ialah gejala yang sangat umum yang dirasakan oleh pasien batu ginjal. (Rahmah, 2023)

Nefrolitiasis adalah kondisi di mana ditemukannya batu yang mengandung matriks organik dan sejenis kristal yang menyebabkan perkembangan anomali pada saluran kemih batu ginjal selalu ada di kelopak mata atau panggul, dan ketika muncul batu ini dapat menutup kandung kemih (batu kandung kemih) atau region ureter (batu ureter). Bahan – bahan yang dapat membentuk batu ginjal ini adalah kalsium, kalsium oksalat, kalsium

fosfat atau kalsium. Namun di antara semua itu, batu kalsium adalah satu – satunya batu yang secara konsisten terjadi pada batu ginjal (Widiani, 2020).

Berdasarkan WHO diseluruh dunia Batu ginjal ialah permasalahan kesehatan yang signifikan di seluruh dunia, dengan prevalensi yang bervariasi di berbagai negara. Menurut data WHO, Batu ginjal adalah masalah kesehatan global dengan prevalensi bervariasi: 20, 1% di Arab Saudi, 13-15% di AS, dan 12% di Kanada. (Hadibrata & Suharmanto, 2022a). Di Indonesia, sekitar 1.499.400 orang menderita nefrolitiasis, terutama pada usia 30-60 tahun, dengan prevalensi lebih tinggi pada pria (0, 3%). Di Jawa Tengah, angka kejadian mencapai 0, 8%. (Nisa, 2024). Rumah Sakit Islam Sultan Agung melaporkan kenaikan 43% pasien batu ginjal pada 2019 dibandingkan 2018, dan 50% individu yang pernah mengalami batu ginjal berisiko mengalami masalah serupa di masa depan. (Bilqisthi et al., 2023)

Dampak yang ditimbulkan nefrolitiasis adalah munculnya gejala-gejala yang mengganggu. Ketika batu ginjal berukuran kecil, kebanyakan orang tidak menyadarinya. Ureter adalah salah satu sistem saluran kemih tempat batu-batu kecil dapat bergerak, dan kemudian keluar melalui urine secara mandiri. Karena batu tersebut menggesek dinding ureter, mengiritasi atau melukainya, gejala-gejala mungkin dialami oleh mereka yang memiliki batu ginjal yang lebih besar dari ureter. (Suseno, 2023). Gejala yang dialami individu pada awal pembentukan batu ginjal tidak menunjukkan gejala. Selain itu, tanda dan gejala berbahaya termasuk kolik ginjal (nyeri yang sangat tajam), nyeri pinggang (nyeri punggung), hematuria (darah dalam urin), gejala obstruktif,

infeksi saluran kemih, stagnasi aliran urin, dan hidronefrosis bentuk dari (ginjal bengkak). Gejala mungkin diikuti mual dan muntah. (kamal, 2024).

Penatalaksanaan medis meliputi terapi farmakologis dan non-farmakologis hal ini digunakan guna mengobati nefrolitiasis. Terapi farmakologis melibatkan penggunaan obat atau teknik bedah untuk mengobati penyakit dan perkembangannya, serta menangani efek samping obat yang mungkin terjadi. Perubahan dalam terapi nefrolitiasis saat ini mencakup pendekatan mekanisme yang lebih modern. Dalam konteks klinis, terdapat perubahan dari prosedur bedah terbuka menuju metode yang lebih minimal invasif. Penatalaksanaan medis yang bisa dilaksanakan pada pasien nefrolitiasis diantaranya yaitu Ureterskopi, ESWL (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy), Laparoskopi, dan PCNL (Perkutan Nefrolitotomi). Setiap prosedur ini dirancang untuk mengatasi batu ginjal dengan cara yang lebih efisien dan dengan risiko yang lebih rendah bagi pasien. (hadibrata et al., 2023).

Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL) adalah suatu metode invasif minimum dengan memakai akses perkutan untuk mencapai sistem pelviokalis sehingga bisa mengangkat batu (Calista et al., 2021). Pada tata cara ini, ahli bedah membuat sayatan kecil di belakang tubuh yang membuat sebuah terowongan ke ginjal, lalu dokter bedah akan memakai suatu neproscope (instrument dimasukan ke ginjal) untuk menemukan dan mengeluarkan batu ginjal. Sebuah tabung kecil yang disebut tabung

nephrostomy yang akan di disambungkan ke ginjal dalam sehari-hari selama proses pemulihan pasca operasi (Rokhayanti, 2021).

Masalah yang mungkin timbul pada pasien batu ginjal setelah menjalani operasi termasuk pengalaman nyeri akut. Nyeri akut sendiri ialah dampak yang mungkin timbul secara tiba-tiba atau perlahan, disebabkan oleh kerusakan pada jaringan tubuh atau gangguan fungsi. Intensitasnya bisa bervariasi dari yang ringan hingga parah, dan biasanya terjadi kurang lebih 3 bulan (PPNI, 2018). Peran perawat dalam membantu pasien untuk atau membantu pasien yang untuk meminimalkan intensitas nyeri post operasi salah satunya ialah dengan mengajarkan terapi relaksasi nafas dalam yang di modifikasi dengan aroma terapi lavender. Penanganan nyeri pada pasien pasca operasi bisa dijalankan dengan menerapkan pendekatan non farmakologis, seperti penerapan Fragrance Based Treatment dan teknik relaksasi pernapasan mendalam pada pasien. (Ni'mah, 2024)

Terapi tarik napas dalam ialah salah satu bentuk terapi relaksasi non-farmakologi yang efektif untuk meminimalisir nyeri, baik yang bersifat kronis maupun akut. Metode relaksasi ini fokus pada teknik pernapasan yang dapat membantu menurunkan ketegangan otot, mengurangi kecemasan, dan mencegah kejenuhan, sehingga berpotensi menurunkan tingkat nyeri yang dialami pasien. Dengan melaksanakan terapi tarik napas secara konsisten, pasien dapat merasakan manfaat yang signifikan dalam mengelola nyeri dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. Terapi ini dapat menjadi bagian dari pendekatan holistik dalam perawatan kesehatan, terutama bagi

mereka yang mencari alternatif non-farmakologi untuk mengatasi nyeri.(sulistiyowati, 2024)

Aromaterapi ialah jenis terapi komplementer yang memanfaatkan minyak esensial yang diekstrak dari berbagai bahan aromatik. Minyak esensial ini sering dicampurkan dengan minyak dasar dan dapat dihirup Pada saat nyen, aromaterapi menggunakan minyak esensial dapat membantu mengurangi rasa sakit. Aromaterapy memiliki banyak varian salah satunya adalah Fragrance Based Treatment Lavender. Linalool adalah salah satu bahan dalam minyak lavender yang digunakan dalam aromaterapi. Kandungan utama lavender, linalool, berperan dalam melawan kecemasan dan meningkatkan relaksasi. Produksi lavender aromatik memicu sekresi enkefalin, zat analgesik alami, oleh talamus. Sebagai penghambat nyeri fisiologis, enkefalin merupakan neuromodulator (Ni'mah, 2024)

Dalam hal ini, perawat berperan sebagai pelaksana dan pendidik. sebagai pelaksana perawat dituntut melaksanakan kajian secara menyeluruh, melakukan diagnosis, melakukan intervensi dalam melaksanakan perawatan perawatan serta menjalankan evaluasi dan lanjutan pada pasien sebelum operasi Nefrolitiasis. Perawat juga berperan untuk memberikan semangat dan motivasi kepada pasien agar bisa sembuh, baik secara emosional maupun dunia lain . Peran perawat dalam bidang pendidik yaitu memberikan informasi agar dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasien mengenai penyakit batu ginjal untuk meningkatkan kualitas kehidupan pasien agar menjadi lebih ideal, dan intervensi yang dapat dilakukan perawat pada kasus

ini adalah pengelolaan nyeri, dapat dengan terapi farmakologis, maupun dengan terapi non-farmakologis seperti teknik relaksasi (tarik napas dalam), distraksi (terapi musik, dzikir), pijit, kompres panas atau dingin dan terapi relaksasi seperti terapi aromaterapi (lavender) yang ialah teknik non-obat yang bisa meminimalisir intensitas nyeri . (hendriyani, 2022)

Berdasarkan informasi yang didapat oleh penulis di ruang Baitussalam 1 dan baitul izzah 1 diketahui bahwa Tn.M dan Tn.S memiliki keluhan yang sama yaitu nyeri di perut bagian kanan hingga tembus ke pinggang belakang kanan pada saat buang diskusi kecil. Tn.M di rujuk dari Rumah sakit Daerah KRMT Wongsonegoro dan Tn.S di rujuk dari Rumah Sakit Permata Bunda Purwodadi untuk melakukan operasi pengangkatan batu dengan ukuran yang cukup besar yang ada di ginjalnya di RS Islami Sultan Agung Semarang. Setelah dilakukan pemeriksaan Radiologi Tn.M dan Tn. S dinyatakan mengidap Nefrolitiasis dextra sehingga tindakan medis harus dilakukan.

Berkaitan dengan kasus di atas, penulis sangat tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Implementasi Terapi Relaksasi Nafas Dalam Di Modifikasi Dengan Aromaterapy Lavender Pada Pasien Nyeri Akut”. Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.”

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah implementasi terapi tarik nafas dalam di modifikasi dengan aromaterapy lavender pada pasien dengan *Nefrolitiasis* untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Karya Tulis Ilmiah ini ditujukan supaya penulis bisa menggambarkan asuhan keperawatan dengan implementasi terapi tarik nafas dalam yang di modifikasi dengan aromatherapy lavender dalam menurunkan skala nyeri yang di alami pasien nefrolitiasis.

2. Tujuan Khusus

- a) Mampu melaksanakan pengkajian keperawatan pada Tn.M dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitussalam 1 dan Tn.S dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitulizzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- b) Mampu menegakkan diagnosis keperawatan yang muncul pada Tn.M dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitussalam 1 dan Tn.S dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitulizzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- c) Mampu menyusun intervensi keperawatan pada Tn.M dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitussalam 1 dan Tn.S dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitulizzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- d) Mampu menjalankan implementasi keperawatan pada Tn.M dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitussalam 1 dan Tn.S dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitulizzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.

- e) Mampu menjalankan evaluasi keperawatan pada Tn.M dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitussalam 1 dan Tn.S dengan post operasi nefrolitiasis diruang Baitulizzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.

D. Manfaat Studi kasus

1. Institusi Pendidikan

Penulisan ini diinginkan bisa dimanfaatkan sebagai tambahan laporan untuk disampaikan pada perawat dan bisa membantu memajukan serta berkontribusi pada pertumbuhan dan perkembangan fasilitas kesehatan pada umumnya, khususnya di kegiatan proses belajar mahasiswa di fakultas ilmu keperawatan islam sultan agung semarang.

2. Profesi Keperawatan

Dapat meningkatkan pengetahuan tentang batu ginjal dan memberikan pelayanan yang berkualitas dalam memberi asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit batu ginjal.

3. Lahan Praktik

Dapat memberikan dan membantu meningkatkan pelayanan rumah sakit dalam merawat, mengatur, menindaklanjuti, dan mengevaluasi pasien agar mendapat pelayanan yang optimal khususnya pada pasien dengan penyakit batu ginjal.

4. Masyarakat

Menambah pengetahuan dan pemahaman masyarakat tentang penyakit batu ginjal selungga jika mengalami gejala yang sama bisa langsung dibawa ke dokter atau RS untuk peninjauan lanjutan atau mendapatkan penanganan lebih dan sebelum terlanjur semakin parah.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Nefrolitiasis

a. Pengertian

Nefrolitiasis, juga dikenal sebagai batu ginjal, merujuk pada pembentukan endapan kristal kalsium di dalam saluran kemih manusia. Batu ini berasal dari bentuk store mineral, yang utamanya adalah kalsium fosfat dan oksalat, yang dapat mengakibatkan gangguan dalam fungsi ginjal. Pada umumnya batu-batu ini berada di kaliks ginjal dan pelvis atau kelopak ginjal (Hadibrata & Suharmanto, 2022b).

Secara umum, terdapat variabel intrinsik dan ekstrinsik yang dapat memengaruhi perkembangan batu ginjal. Usia, orientasi seksual, dan genetika merupakan contoh variabel alami; kondisi geologis, faktor lingkungan, faktor pola makan, zat-zat dalam urin, pekerjaan, dan sebagainya merupakan contoh unsur asing. Ketika batu ginjal, yang mungkin terletak di pelvis atau kaliks, bergerak melalui saluran kemih, batu tersebut dapat menyumbat ureter atau kandung kemih. Empat komponen utama batu ginjal adalah kalsium, oksalat, kalsium oksalat, dan kalsium fosfat. Di antara batu ginjal, batu kalsium adalah yang paling umum. (Nisa, 2024)

Kelainan yang dikenal sebagai nefrolitiasis, atau batu ginjal, ditandai dengan adanya satu atau lebih batu pada pelvis atau kelopak ginjal. Batu ginjal biasanya berkembang sebagai akibat dari faktor internal dan faktor lingkungan. Usia, gender, dan keturunan adalah contoh faktor internal; lokasi, iklim, makanan, zat dalam air seni, pekerjaan, dan hal-hal lain ialah contoh faktor eksternal. (Suseno, 2023)

b. Etiologi / Penyebab

Faktor intrinsik dan ekstrinsik merupakan dua kelompok utama yang dapat memicu nefrolitiasis. Usia, jenis kelamin, dan genetika merupakan contoh variabel intrinsik. Lingkungan (terutama cuaca dan suhu), pekerjaan, jumlah air yang dikonsumsi, pola makan, dan masalah kesehatan yang sudah ada sebelumnya merupakan contoh pengaruh ekstrinsik (Abdul & Provinsi, 2025).

Diduga bahwa nefrolitiasis bisa muncul karena berbagai faktor seperti gangguan sirkulasi urin, ketidak seimbangan metabolisme, infeksi pada saluran kemih, kekurangan cairan tubuh, dan faktor-faktor lain yang belum teridentifikasi secara jelas (Ardita et al., 2022).

Penyebab batu ginjal bisa berasal dari berbagai faktor, termasuk warisan genetik, pola makan yang kaya akan oksalat, protein tinggi, serta kandungan kalsium yang tinggi. Kurangnya asupan air putih dan

kebiasaan menahan buang air kecil juga dapat memperbesar risiko terbentuknya batu ginjal (Hadibrata & Suharmanto, et al, 2022).

Berikut penyebab terbentuknya batu ginjal antara lain:

- 1) Faktor pola makan dan gaya hidup meliputi asupan tinggi protein dan garam serta rendahnya asupan sitrat, serat, dan makanan basa larut .
- 2) Gangguan metabolik seperti hiperkalsiuria, hiperfosfaturia, hiperoksaluria, hipositraturia.
- 3) Volume air yang sedikit dikarenakan mengonsumsi air yang tidak adekuat yang menyebabkan dehidrasi
- 4) Infeksi saluran kemih berulang: pH urin tidak normal alkalinisasi urin akibat bakteri urease.
- 5) Kelainan anatomi:
- 6) Stenosis pada sambungan ureteropelvis, penyakit ginjal polikistik dan penyakit ginjal tapal kuda.
- 7) Perubahan iklim, pekerjaan, geografi, dan perubahan musim (lebih mungkin terjadi pada musim dengan radiasi matahari tinggi).
- 8) Genetik
- 9) Hipertensi
- 10) Kegemukan

c. Patofisiologi

Batu yang tumbuh di saluran kemih dan mengakibatkan rasa sakit dan ketidak nyamanan dikenal sebagai batu ginjal. Peningkatan konsentrasi bahan kimia tertentu pada urin, seperti kalsium, oksalat, dan asam urat, akan mengendap dan membentuk kristal yang terkumpul jadi batu ginjal, yang merupakan patofisiologi produksi batu ginjal. Selain itu, faktor lain seperti dehidrasi pola makan tinggi garam atau protein, gangguan metabolisme, kurang aktivitas fisik, dan kondisi medis tertentu seperti infeksi ginjal atau hiperparatiroidisme juga dapat meningkatkan risiko pembentukan batu ginjal (Suseno, 2023).

Pembentukan batu ginjal melibatkan perubahan fisikokimia dan supersaturasi urin. Pada saat mengalami kejenuhan, senyawa larut terendap di dalam urin, menyebabkan pembentukan konkresi kristal dan nukleasi. PH dan konsentrasi spesifik zat berlebih mempengaruhi transformasi cairan menjadi padat. Nefrolitiasis sering dikaitkan dengan peningkatan kadar zat-zat pembentuk batu seperti fosfor, kalsium, oksalat, asam urat, serta sistin dalam urin, ditambah dengan rendahnya volume cairan tubuh, yang semuanya menjadi pemicu utama terjadinya kristalisasi. (Nojaba L, 2022).

Kristal-kristal yang saling menyediakan presipitasi membentuk inti batu (nukleasi) yang lalu akan menyediakan agregasi, dan menarik bahan-bahan lain sehingga menjadi kristal yang lebih besar. Meskipun berukuran besar, agregat kristal belum cukup kuat untuk menyumbat

saluran kemih. Oleh karena itu, agregat kristal menempel pada epitel saluran kemih (menciptakan kristal retensi), dan bahan lain ditambahkan ke agregat tersebut, yang pada akhirnya membentuk batu yang cukup besar untuk menyumbat saluran kemih (Ardita et al., 2022).

Batu ginjal bisa menyebabkan penyumbatan pada saluran kemih sehingga menimbulkan nyeri dan infeksi saluran kemih. Dalam kasus yang lebih parah, penyumbatan bisa mengganggu fungsi ginjal dan menyebabkan kerusakan permanen. Oleh karena itu, diagnosis penyakit pada pasien batu ginjal meliputi nyeri akut, risiko infeksi, dan risiko kerusakan ginjal (Suseno, 2023).

Pada pasien yang memiliki batu ginjal berukuran kecil, gejala biasanya belum muncul. Namun, seiring dengan pertumbuhan batu, akan terjadi gesekan antara batu dan lapisan dinding ginjal, yang dapat menyebabkan luka dan iritasi. Cedera ini dapat mengakibatkan darah dalam urin dan perubahan warna menjadi merah. Batu ginjal juga dapat berpindah ke ureter atau uretra, yang dapat menyebabkan penumpukan kotoran, memicu infeksi, dan pembengkakan. (Nisa, 2024).

d. Manifestasi klinis

Gejala batu ginjal umumnya tidak dialami oleh penderita apabila batu tersebut masih berada di dalam ginjal dan berukuran sangat kecil, karena batu tersebut dapat dikeluarkan secara alami oleh tubuh melalui

urine. Namun, ketika batu sudah mencapai ukuran yang lebih besar, gejala akan mulai muncul. Pada langkah awal pembuatan batu ginjal, individu biasanya tidak mengalami gejala. Namun, seiring perkembangan kondisi, tanda-tanda yang mungkin muncul meliputi kolik renal (nyeri tajam), nyeri di area pinggang, hematuria (darah dalam urine), infeksi saluran kemih, gejala obstruktif, hambatan aliran urine, dan hidronefrosis (pembengkakan ginjal). Kondisi ini juga dapat disertai dengan mual dan muntah. (Ristanti, 2023)

Penderita batu saluran kemih umumnya mengalami gejala yang dapat dirasakan, seperti nyeri saat berkemih, serta nyeri di area pinggang atau perut bagian bawah. Gejala yang muncul akibat batu saluran kemih dapat beragam, mulai dari tidak bergejala (asimtomatis) sampai gejala yang lebih serius, bahkan dapat menyebabkan gagal ginjal. (wafa, 2024).

Menurut Salasia & Hariono (2016), batu ginjal dapat menyebabkan berbagai gejala, seperti anuria (ketidakmampuan untuk mengeluarkan urin), oliguria (urin yang dikeluarkan dalam jumlah sedikit), inkontinensia urin (kesulitan menahan kencing), stranguria-pollakiuria (sering berkemih dengan volume sedikit), urin yang pucat atau azotemia-uremia, sumbatan pada saluran urinasi, dan hematuria (darah dalam urin). (Ristanti, 2023).

Setelah tindakan pasca operasi, gejala yang mungkin muncul meliputi: (salatin, 2024).

- 1) Rasa terbakar saat berkemih.
- 2) Adanya darah dalam urin.
- 3) Ketidaknyamanan saat berkemih yang dirasakan di kandung kemih atau ginjal.
- 4) Frekuensi buang air kecil yang meningkat.
- 5) Rasa sakit akibat abrasi internal yang memerlukan waktu untuk sembuh.

e. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (noviana, 2022)terdapat beberapa peninjauan yang dapat dilaksanakan pada pasien nefrolitiasis, yaitu:

1) Urinilisis

Peninjauan urinilisis adalah salah satu pemeriksaan yang paling umum dilakukan dalam kasus urologi. Urin biasanya memiliki pH asam, berkisar antara 5, 5 hingga 6, 5. Jika pH urin menunjukkan sifat basa, kemungkinan ada infeksi oleh bakteri pengurai urea. Sebaliknya, pH yang asam dapat mengindikasikan adanya asidosis pada tubulus ginjal atau batu asam urat.

2) Foto Polos Abdomen

Batu radiopak pada sistem kemih dapat dideteksi dengan rontgen abdomen sederhana. Jenis batu yang paling umum, yang radiopak, adalah kalsium oksalat dan kalsium fosfat.

3) BNO-IVP

Intra Venous Urography (IVU) atau urografi ialah pemeriksaan yang menggunakan bahan kontras radioopak untuk mendeskripsikan kondisi sistem urinaria. Pencitraan ini bisa menyatakan terdapatnya kelainan anatomi dan fungsi ginjal. Indikasi untuk BNO-IVP meliputi peningkatan kadar ureum, serta riwayat hipertensi dan diabetes mellitus. Sebelum pemeriksaan, pasien perlu menjalani skin test untuk memastikan tidak ada alergi terhadap bahan kontras.

4) Ultrasonografi (USG)

Prinsip dasar tes ultrasonik adalah menggunakan gelombang suara yang dipantulkan oleh organ-organ dengan kepadatan berbeda. Tidak akan ada radiasi atau prosedur intrusif yang terlibat dalam pemeriksaan ini. Selain mendeteksi batu non-opaque, yang tampak sebagai bayangan gema pada sinar-X, ultrasonografi mampu membedakan massa padat dari kista.

f. Penatalaksanaan medis

Penanganan medis untuk pengeluaran batu dapat dilakukan dengan cara berikut (Lailah, 2023).

- 1) ESWL(Extracorporeal Shockwave Lithotripsy) Penggunaan tindakan ini bertujuan untuk memecah batu tanpa memerlukan pembiusan, sehingga batu dapat dikeluarkan lebih cepat.
- 2) Endourologi

Metode ini melibatkan pemecahan batu di saluran kemih dan pengeluarannya melalui peralatan yang dimasukkan ke dalam saluran kemih.

3) Terapi Medikamentosa

Pengobatan medis dapat digunakan untuk batu dengan ukuran kurang dari 5 milimeter. Terapi ini bertujuan untuk mengeluarkan batu secara alami, mengurangi rasa nyeri. Konsumsi diuretik dan cairan yang cukup membantu proses pengeluaran batu.

4) Bedah Laparoskopi

Teknik bedah ini diminati karena minim luka sayatan pada operasi.

5) Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL).

PCNL adalah suatu cara invasif minimal dengan memakai akses perkutan untuk mencapai sistem pelviokalis sehingga bisa mengangkat batu (Calista et al., 2021).

Pemasangan nefrostomy pasca PCNL (Percutaneous Nephrolithotomy) bertujuan sebagai drainase atau media tampon bila terjadi perdarahan dan berfungsi untuk mengalirkan urin secara langsung dari ginjal (Uneputty et al., 2020).

Pada nefrostomi, kateter dimasukkan ke dalam ginjal untuk memungkinkan urine dikeluarkan. Tindakan ini dilaksanakan bila terjadi sumbatan dari ureter yang semestinya berfungsi mengalirkan urine dari ginjal ke kandung kemih (dr. Kevin Adrian, 2024).

g. Komplikasi

Komplikasi yang mungkin terjadi terutama berkaitan langsung dengan fungsi ginjal. Komplikasi berikut ini sering terjadi pada pasien batu ginjal yang mendapat pengobatan yang tidak adekuat atau tidak lengkap : (putri, 2023)

1) Obstruksi.

akibat terhambatnya aliran urin oleh batu

2) Infeksi .

saluran kemih bisa terjadi akibat batu yang menyebabkan peradangan pada saluran kemih dan menghambat aliran urin.

3) Gagal ginjal akut.

terjadi ketika urin yang tidak mengalir dengan baik mengurangi aliran darah ke organ tersebut, yang dapat mengakibatkan kerusakan pada ginjal.

4) Gejala gastrointestinal .

seperti mual, muntah, diare, serta ketidaknyamanan lambung berkaitan dengan refluks ginjal-usus serta penyebaran saraf antara ureter dan usus (ganglion celiac).

5) Pengeluaran batu saluran kemih secara spontan.

6) Hematuria .

yaitu buang air kecil yang mengandung darah (putri, Angela, 2023).

2. Nyeri

a. Definisi nyeri

Sensasi dan emosi yang berkaitan dengan kerusakan jaringan fungsional atau nyata merupakan nyeri akut. Dalam kebanyakan kasus, durasi ketidaknyamanan ini kurang dari tiga bulan, dan onset serta tingkat keparahannya dapat berkisar dari sedang hingga berat (Safitri et al., 2025)

b. Etiologi

Penyebab nyeri dapat dikategorikan menjadi tiga, menurut (Safitri et al., 2025)

- 1) Agen pencedera fisiologis, contohnya iskemia, inflamasi, atau neoplasma.
- 2) Agen pencemaran kimiawi, seperti luka bakar atau bahan kimia iritan.
- 3) Agen cedera fisik, seperti amputasi, abses, luka potong, luka bakar, mengangkat beban berat, trauma, prosedur operasi, atau latihan fisik yang berat.

3. Manifestasi klinis

Menurut (Safitri et al., 2025) tanda dan gejala nyeri dapat dibagi menjadi mayor dan minor, yang masing-masing memiliki sub bagian subjektif dan objektif.

Berikut adalah pembagiannya :

- 1) Mayor

a) Subjektif:

(1) Mengeluh nyeri

b) Objektif:

(1) Tampak meringis

(2) Bersikap protektif (misalnya: waspada, menghindari posisi yang menyebabkan nyeri)

(3) Gelisah

(4) Peningkatan frekuensi denyut nadi

(5) Kesulitan tidur

2) Minor

a) Subjektif:

(1) (Tidak tersedia)

b) Objektif:

(1) Tekanan darah naik

(2) Pola nafas berubah

(3) Perubahan nafsu makan

(4) Gangguan proses berpikir

(5) Menarik diri

(6) Fokus pada diri sendiri

(7) Berkeringat secara berlebihan

4. Intensitas nyeri

Menurut (Saputra, 2023) intensitas nyeri dapat diukur dengan menggunakan beberapa metode, seperti skala numerik (Numeric Rating

Scale/NRS) yang memungkinkan pasien untuk menilai nyeri mereka dari 0

- 10. Selain itu, pengukuran juga dapat dilakukan melalui wawancara untuk memahami persepsi nyeri secara subjektif.



1) Skala Numerik Nyeri

Salah satu cara untuk mengukur intensitas nyeri adalah dengan menggunakan skala numerik, ialah skala peringkat numerik (NRS). Dalam metode ini, klien diminta untuk menilai tingkat nyeri mereka pada skala dari 0 hingga 10. Skala ini sangat berguna untuk membandingkan intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila skala ini dipakai untuk mengukur nyeri, standar yang digunakan adalah 10 sentimeter.

Keterangan:

- a) 0: Tidak merasa nyeri.
- b) 1-3: Walaupun mengalami nyeri ringan, klien masih mampu berkomunikasi secara efektif.
- c) 4-6: Nyeri sedang.
klien dapat terlihat tersenyum, mendesis, dan menggambarkan nyeri, serta mampu mengikuti instruksi dengan baik.
- d) 7-9: Nyeri hebat
di mana klien bisa menyatakan lokasi nyeri tetapi tidak bisa menjelaskannya, tidak bisa meredakan nyeri melalui teknik pernapasan dalam atau distraksi, dan secara objektif, klien kadang tidak mampu ikut perintah namun masih merespons pada tindakan.
- e) 10: Pasien mengalami nyeri sangat hebat dan tidak mampu berkomunikasi.

2) Visual analog scale

Skala analog visual, atau VAS, ialah garis lurus tanpa angka yang digunakan untuk menunjukkan tingkat keparahan rasa sakit dari waktu ke waktu. Dengan VAS, individu dapat menggambarkan rasa sakit mereka secara bebas, di mana ujung kiri mewakili tidak ada rasa sakit, ujung kanan menampilkan rasa sakit yang tidak terkoneksi, dan bagian tengah mewakili rasa sakit yang sedang. Penggunaan skala ini memberikan kebebasan kepada klien untuk menandai tingkat nyeri mereka, memungkinkan identifikasi setiap titik dalam rentang yang ada, sehingga VAS bisa memberikan ukuran nyeri yang lebih detail dibandingkan dengan memilih satu kata atau angka.

3) Skala wajah

Ada juga skala nyeri yang menggunakan enam wajah berbeda, masing-masing dengan ekspresi mulai dari ceria hingga sedih, untuk menunjukkan intensitas nyeri. Metode ini sangat berguna untuk anak-anak yang berusia di bawah tiga tahun, karena mereka dapat lebih mudah mengkomunikasikan perasaan mereka melalui ekspresi wajah tersebut.

5. Penatalaksanaan nyeri

Nyeri dapat dibagi secara umum jadi 2, ialah terapi farmakologis dan non-farmakologis (Maysari, 2023)

Terapi Farmakologis

Analgesik merupakan pendekatan yang paling umum untuk mengatasi nyeri.

Terapi farmakologis meliputi:

- a) non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID).
- b) opiat atau analgesik narkotik (seperti morfin, kodein).
- c) obat tambahan (adjuvans) atau koanalgesik.

1) Terapi Non-farmakologis

Penatalaksanaan nyeri non-farmakologis adalah upaya untuk mengurangi respon nyeri tanpa menggunakan obat-obatan. Terapi non-farmakologis ini bisa dilaksanakan secara mandiri oleh perawat. Berikut ialah beberapa teknik non-farmakologis yang dapat diterapkan. (Maysari, 2023)

2) Distraksi

Distraksi ialah teknik yang digunakan untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa sakit ke hal lain. Dengan cara ini, pasien dapat fokus pada aktivitas atau stimulus yang berbeda, sehingga mengurangi persepsi nyeri. Namun, cara ini biasanya kurang efektif pada pasien yang nyeri berat atau akut, karena dalam kondisi tersebut, pasien sering kali kesulitan untuk berkonsentrasi dan tidak mampu terlibat dalam aktivitas mental atau fisik yang kompleks

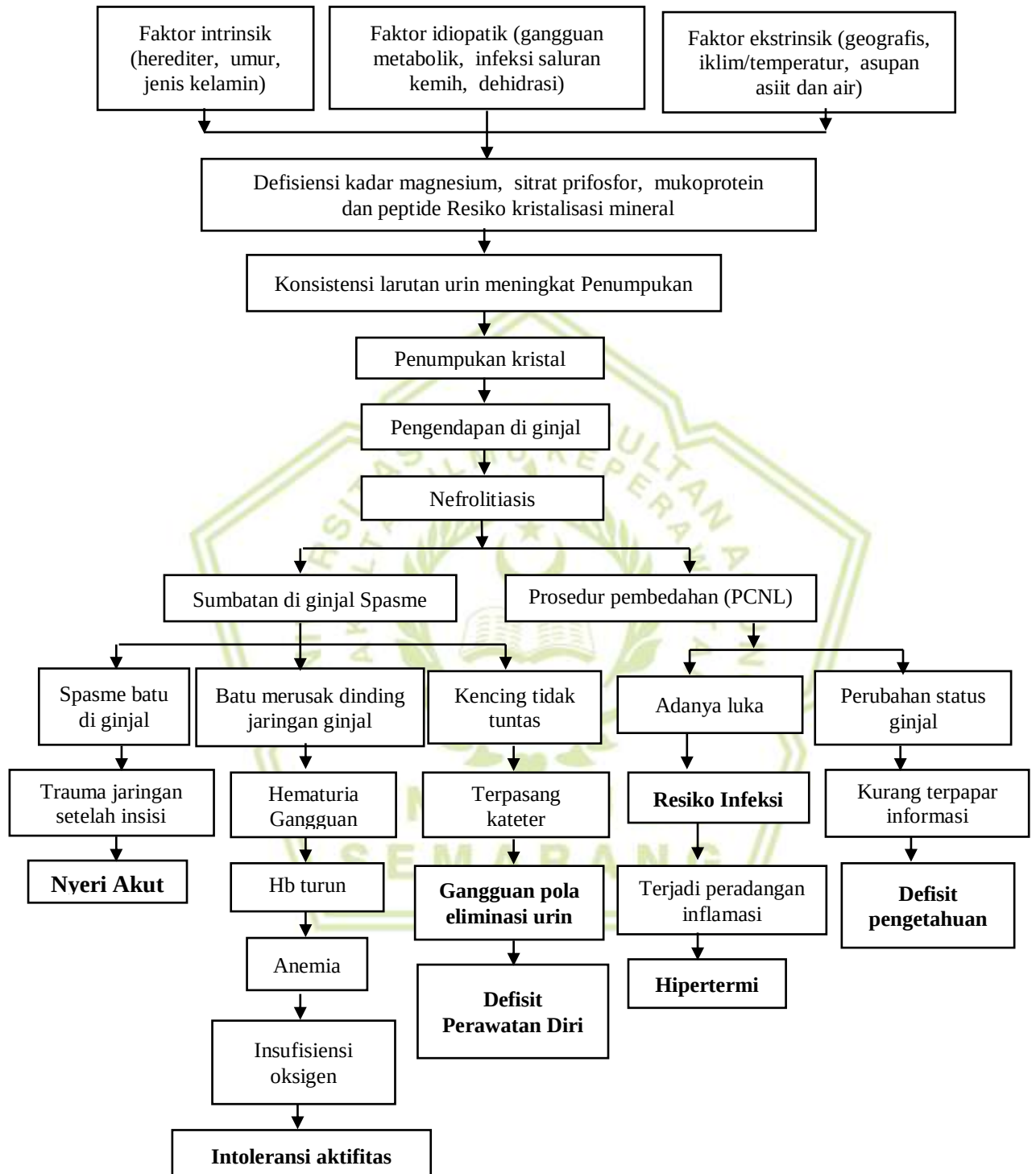
3) Massage

Saat memijat otot, tendon, atau ligamen dengan tangan, tidak benar-benar menggerakkan jaringan atau mengubah posisinya; hanya memberikan tekanan. Relaksasi, peningkatan aliran darah, dan berkurangnya ketegangan otot adalah beberapa hasil yang mungkin didapat dari metode ini, yang pada gilirannya dapat mengurangi persepsi nyeri. Pijatan dapat dilakukan dengan berbagai teknik, seperti mengusap, memijat, atau menekan, tergantung pada kebutuhan dan preferensi pasien.

4) Relaksasi

Relaksasi adalah tindakan yang bertujuan untuk menghilangkan ketegangan mental dan fisik serta mengurangi stres, sehingga bisa menaikkan toleransi pada nyeri. Salah satu teknik relaksasi yang sederhana adalah pernapasan perut yang lambat dan berirama, yang membantu menenangkan sistem saraf dan mengurangi ketegangan. Metode lain yang efektif untuk mengatasi ketegangan dan kecemasan adalah relaksasi progresif, yang merupakan terapi yang fokus pada pengurangan tegangan otot dengan cara mengencangkan dan kemudian melepaskan kelompok otot tertentu. Semua teknik ini dapat berkontribusi pada pengurangan persepsi nyeri dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan.

6. Pathway



Gambar 2.1 Pathway

Sumber : Hidayah (2021), Ariana (2022), SDKI DPP PPNI (2018)

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Berpikir kritis dan pengumpulan data adalah bagian dari langkah pertama dalam keperawatan, yaitu penilaian. Penilaian ini dilaksanakan dengan menghimpun data dari klien dan keluarganya serta individu yang merawat klien tentang penyakit kolektif dan persepsi yang mereka hadapi/alami (Akbaridin, 2023). Hal-hal yang butuh dievaluasi dalam proses pengkajian keperawatan yaitu :

a. Identitasi Pasien

Informasi pasien: nama, umur, gender, latar belakang pendidikan akhir, agama, pekerjaan, suku/kebangsaan, alamat, nama diagnosis, nomor kamar rumah sakit, tanggal masuk pasien, waktu masuk, dan kamar.

b. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan meliputi :

- 1) Keluhan Utama
- 2) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan sekarang merupakan keluhan pasien dengan memakai pendekatan P, Q, R, S, T.

P (Provoked) : faktor apa yang memperberatkan ataupun memperingankan.

Q (Quality) : keluhan kualitas apa yang dirasakan pada nyerinya, biasa pada pasien nyeri seperti tertusuk-tusuk.

R (Region) : dimana letak keluhan dirasakan, nyeri dirasakan dipinggang.

S (Scale) : derajat nyeri atau biasa disebut dengan skala nyeri.

T (Time) : lamanya nyeri yang dialami pasien seperti hilang timbul

3) Riwayat kesehatan lalu

Biasanya pasien dengan batu ginjal mengeluhkan nyeri dibagian pinggang, adanya stres psikologis, riwayat minum-minuman kaleng, serta obat-obatan.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pengaruh riwayat sakit turunan pada keluarga seperti jantung, diabetes melitus, darah tinggi maupun lainnya.

c. Data biologis dan fisiologis

1) Pola nutrisi

Subjek survei mencakup makanan pokok, frekuensi makan dan minum, pantangan makanan, nafsu makan, serta diet yang telah diterapkan. Penderita batu ginjal seringkali mengalami penurunan nafsu makan akibat kerusakan ginjal.

2) Pola eliminasi

Pada BAK yang perlu dikaji antara lain frekuensi, warna, jumlah urine, bau, dan keluhan ketika pasien BAK, biasanya pada pasien

dengan batu ginjal, urine yang keluar cenderung sedikit karena ada sumbatan atau batu yang terdapat pada ginjal.

3) Pola istirahat dan tidur

Pasien dengan batu ginjal sering merasakan kendala pada pola istirahat dan tidur akibat rasa nyeri yang mereka rasakan.

4) Pola aktivitas

Pada pasien batu ginjal biasanya mengalami aktivitasnya terganggu karena terjadi kelemahan pada fisiknya akibat dari luka pada ginjalnya.

5) Pola personal hygiene

Biasanya pada pasien batu ginjal jarang mandi karena terdapat nyeri pada pinggangnya.

d. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Pada pasien dengan batu ginjal biasanya pemeriksaan pada rambut, apakah ada terdapat ketombe dan uban.

2) Mata

Pada pasien dengan batu ginjal peninjauan mata, penglihatan mata kanan kiri ada masalah atau tidak, terlihat kantong mata atau tidak

3) Telinga

Terdapat gangguan pendengaran atau tidak, adanya serumen atau nyeri saat dipalapsi atau tidak

4) Hidung

Apakah adanya secret pada hidung, bentuknya simetris atau tidak, apakah terjadi pembengkakan atau tidak.

5) Mulut

Kebersihan mulut, mukosa bibir kering atau tidak.

6) Leher

Apakah adanya pembengkakan kelenjar tiroid.

7) Thorax/dada

Paru-paru

Inspeksi : dada kanan dan kiri simetris atau tidak

Palpasi : massa tidak teraba

Perkusi : bunyi nya paru normal atau tidak

Auskultasi : suara nafas normal atau tidak

Jantung

Inspeksi : ictus cordis terlihat atau tidak

Palpasi : ictus cordis teraba atau tidak

Perkusi : berbunyi normal

Auskultasi : ada bunyi tambahan atau tidak

8) Abdomen

Inspeksi : apakah ada benjolan, luka dan stretch mark

Auskultasi : peristaltik normal atau tidak

Perkusi : apakah ada nyeri tekan diperu

Palpasi : suara abdomen tympani atau tidak

9) Genetalia

Mengalami gangguan pada genetalia atau tidak.

10) Ekstremitas

Apakah ekstremitas bawah dan ekstremitas atas normal

11) Kulit

Kebersihan kulit, warna kulit, apakah ada oedema, infeksi dan pembengkakan.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan (PPNI, 2018) diagnosis keperawatan yang ada pada kasus post op batu ginjal yakni :

a. Nyeri Akut berkenaan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Menurut (PPNI, 2018) Nyeri akut didefinisikan sebagai nyeri yang muncul secara tiba-tiba atau bertahap dengan tingkat keparahan sedang hingga berat, berlangsung kurang dari tiga bulan, dan dilihat sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan fungsional atau nyata.

Agen fisiologis (seperti peradangan, iskemia, atau neoplasma) dan kimia (seperti luka bakar atau bahan kimia yang mengiritasi) dan fisik (seperti abses, amputasi, luka, luka bakar, operasi bedah, trauma, atau aktivitas fisik berlebihan) merupakan penyebabnya.

Keluhan nyeri merupakan salah satu gejala dan indikasi subjektif yang paling menonjol. Di sisi lain, gejala dan indikator yang dapat terlihat antara lain mengerutkan kening, mengambil tindakan defensif (seperti menyadari atau memposisikan diri untuk menghindari rasa tidak nyaman), gelisah, detak jantung meningkat, dan sulit tidur.

(Tidak tersedia) merupakan gejala dan indikasi subjektif yang ringan. Sementara itu, gejala dan indikator objektif yang ringan meliputi hipertensi, perubahan pola pernapasan, perubahan rasa lapar, pikiran tidak teratur, rasa tidak tertarik, kurangnya konsentrasi, dan keringat berlebih.

Sindrom koroner akut, glaukoma, infeksi, trauma berat, dan prosedur pembedahan merupakan beberapa gangguan klinis yang mungkin terkait.

- b. Gangguan Eliminasi urin b.d efek tindakan medis & diagnosa (operasi saluran kemih)

Penyakit yang ditandai dengan buang air kecil tidak teratur dikenali dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia 2018.

Kapasitas kandung kemih yang menurun dapat disebabkan oleh sejumlah hal, termasuk iritasi kandung kemih atau bagian lain dari

saluran kemih, prosedur medis dan diagnostik (seperti operasi ginjal atau saluran kemih, anestesi, atau obat-obatan tertentu), keterbatasan fisik (seperti imobilitas), dan hambatan lingkungan.

Distensi kandung kemih dan pengosongan kandung kemih yang tidak tuntas merupakan gejala dan indikator objektif utama, sementara urin menetes, sering buang air kecil, dan mengompol merupakan gejala dan tanda subjektif utama. Indikator dan gejala subjektif yang penting, serta indikasi objektif yang signifikan, belum tersedia.

c. Resiko infeksi (D.0142)

Mengalami peningkatan risiko diserang organisme patogen dikenal sebagai risiko infeksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Operasi invasif, gangguan kronis (seperti diabetes melitus), kekurangan gizi, dan paparan yang lebih besar terhadap organisme patogen lingkungan adalah variabel-variabel yang dapat meningkatkan risiko infeksi.

Masalah peristaltik, integritas kulit, sekresi pH, fungsi silia, merokok, stasis cairan, ruptur membran dini, ruptur membran berkepanjangan, dan ruptur membran dini merupakan contoh pertahanan primer yang tidak memadai. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap pertahanan sekunder yang tidak memadai antara lain kadar hemoglobin rendah, imunosupresi, jumlah sel darah putih rendah, supresi respons inflamasi, dan praktik imunisasi yang tidak memadai.

Keadaan klinis terkait meliputi AIDS, penyakit paru obstruktif kronis, luka bakar, diabetes mellitus, tindakan invasif, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW), kanker, imunosupresi, lymphedema, leukositopenia, dan gangguan fungsi hati.

d. Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D.0056)

Salah satu diagnostik keperawatan adalah intoleransi aktivitas, yang ditandai dengan tidak memiliki energi untuk melakukan tugas sehari-hari (Tim Kelompok Kerja SDKI DPP PPNI, 2018).

Aspek-aspek yang memberi dampak pada perubahan status kesehatan. Gejala intoleransi aktivitas meliputi: kekurangan oksigen, lemas, imobilitas, tirah baring, dan kehidupan yang monoton

Gejala-gejala berikut ini harus ada agar perawat dapat mendiagnosis intoleransi latihan: pasien harus mengeluh kelelahan ekstrem, dan detak jantung pasien harus meningkat lebih dari 20% dari keadaan istirahat.

e. Defisit Perawatan Diri. b.d kelemahan

Ketidakmampuan untuk melaksanakan atau menyelesaikan tugas perawatan pribadi sendiri dikenal sebagai defisiensi perawatan diri, menurut Tim Kelompok Kerja SDKI DPP PPNI (2018).

Gangguan pada sistem muskuloskeletal, sistem saraf, otot, pikiran, serta keinginan dan dorongan untuk merawat diri sendiri semuanya dapat menyebabkan kurangnya perawatan diri.

Gejala dan indikator kunci subjektif yang terlihat pada pasien meliputi: penolakan untuk merawat diri sendiri, ketidakmampuan untuk mandi, berpakaian, makan, pergi ke kamar kecil, atau berpakaian sendiri secara mandiri, dan kurangnya minat dalam merawat diri sendiri.

3. Rencana keperawatan

Berikut merupakan rencana tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa diatas menurut (SIKI, 2018) & (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

1) Nyeri akut

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) Pasien mengalami nyeri akut, khususnya tingkat nyeri (L.08066). Tujuannya adalah mengurangi tingkat nyeri ini dengan memenuhi kriteria berikut: lebih sedikit keluhan nyeri, lebih sedikit meringis, lebih sedikit kecemasan, tidur lebih nyenyak, detak jantung lebih cepat, pernapasan lebih baik, tekanan darah lebih rendah, dan tidur lebih nyenyak.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) menyatakan bahwa intervensi nyeri akut yaitu manajemen nyeri (I.083238).

- a) Proses observasi dilakukan dengan langkah-langkah yang mencakup beberapa aspek penting terkait kondisi nyeri pasien. Pertama, petugas melakukan identifikasi secara rinci mengenai

lokasi nyeri yang dirasakan, karakteristik nyeri tersebut, serta lamanya (durasi), seberapa sering nyeri muncul (frekuensi), kualitas nyeri, dan tingkat intensitasnya. Kedua, dilakukan pengukuran tingkat nyeri menggunakan skala nyeri yang sesuai untuk mendapatkan gambaran kuantitatif. Ketiga, diamati pula respon nyeri yang muncul secara non-verbal, misalnya ekspresi wajah atau perubahan perilaku. Selanjutnya, petugas menelusuri faktor-faktor yang dapat memperburuk maupun meringankan nyeri yang dialami pasien. Pengetahuan dan keyakinan pasien tentang nyeri juga diidentifikasi, termasuk pemahaman mereka mengenai penyebab dan penanganannya. Selain itu, dipertimbangkan pula pengaruh latar belakang budaya terhadap respon individu terhadap nyeri. Observasi juga mencakup penilaian terhadap sejauh mana nyeri memengaruhi kualitas hidup pasien secara keseluruhan. Untuk mendukung efektivitas penanganan, dilakukan pemantauan atas keberhasilan terapi komplementer yang telah diberikan sebelumnya. Terakhir, dicatat pula kemungkinan munculnya efek samping dari penggunaan obat analgetik yang dikonsumsi pasien.

- b) Tindakan terapeutik dilakukan dengan memberikan intervensi yang bertujuan mengurangi rasa nyeri pasien melalui pendekatan nonfarmakologis, seperti teknik relaksasi, distraksi, atau metode alternatif lainnya yang sesuai dengan kondisi pasien. Selain itu, dilakukan pengendalian atau penyesuaian terhadap faktor-faktor

lingkungan yang dapat memperburuk persepsi nyeri, misalnya kebisingan, pencahayaan yang berlebihan, atau suhu ruangan yang tidak nyaman. Upaya terapeutik juga mencakup fasilitasi pasien untuk mendapatkan waktu istirahat dan tidur yang cukup, mengingat kualitas tidur yang baik dapat membantu menurunkan intensitas nyeri dan mempercepat proses pemulihan. Dalam menentukan strategi yang tepat untuk meredakan nyeri, tenaga kesehatan mempertimbangkan jenis nyeri yang dialami pasien, sumber atau penyebab nyeri tersebut, serta respons individu terhadap intervensi yang diberikan.

- c) Edukasi : (1) menjelaskan faktor sebab, periode, dan perangsang nyeri, (2) menjelaskan tata cara meminimalisir nyeri, (3) menganjurkan meninjau nyeri sendiri, (4) menganjurkan memakai analgesik secara tepat, (5) mengajarkan cara farmakologis untuk meminimalisir nyeri.

- a) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2) Gangguan Eliminasi Urine

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan Gangguan Eliminasi urine (L.04033), diaharpakan keluhan. hesistancy menurun, Volume residu urin menurun, dribbling menurun, Sensasi berkemih meningkat.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi dukungan perawatan diri: BAB/BAK (I.11349)

- a) Observasi: (1)Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia
(2)Monitor integritas kulit pasien.
- b) Terapeutik: (1) Buka pakaian yang dibutuhkan untuk mempermudah eliminasi (2) mendukung pemakaian toilet/commode/pispot/urinal secara berkala (3) menjangga privasi dalam proses eliminasi (4) mengganti pakaian pasien sesudah eliminasi, apabila diperlukan (5) membersihkan alat bantu BAK/BAB sesudah dipakai (6) Latih BAK/BAB sesuai jadwal, apabila diperlukan (7) menyediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), apabila diperlukan.
- c) Edukasi: (1)Anjurkan BAK/BAB secara rutin (2) Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu.
- d) Kolaborasi : Kolaborasi pemberian obat suppositorial, jika perlu

3) Resiko infeksi

Angka infeksi (L.14137) didefinisikan sebagai luaran risiko infeksi menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Penurunan demam, kemerahan, nyeri, pembengkakan, dan peningkatan kadar sel darah putih diharapkan dapat menurunkan angka infeksi.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) menyatakan intervensi dari resiko infeksi yaitu pencegahan infeksi (I.14539).

- a) Observasi : Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- b) Terapeutik : (1) membatasi banyaknya pengunjung (2) memberika rawatan kulit pada area edema, (3) Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien dan keadaan pasien, (4) mempertahankan cara aseptik pada pasien berisiko tinggi.
- c) Edukasi : (1) menjelaskan tanda-tanda dan gejala infeksi, (2) mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, (3) mengajarkan ketentuan batuk, (4) mengajarkan cara meninjau keadaan luka operasi, (5) mengajarkan menaikan asupan nutrisi dan asupan cairan.
- d) Kolaborasi : kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

4) Intoleransi Aktifitas

Berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019), peningkatan intoleransi aktivitas dianggap sebagai luaran intoleransi aktivitas (L.05047). Penurunan keluhan kelelahan, dispnea saat beraktivitas, dan dispnea setelah beraktivitas diperkirakan akan menyebabkan penurunan intoleransi aktivitas.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018 menyatakan intervensi dari intoleransi aktivitas yaitu Manajemen Energi (I.05178).

- a) Observasi : (1) Kenali kendala fungsi tubuh yang menyebabkan lelah. (2) Meninjau lelah fisik dan emosional (3) Monitor pola

dan jam tidur. (4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan dalam menjalankan kegiatan.

b) Terapeutik; (1) menyediakan lingkungan kondusif dan rendah stimulus (2) Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif (3) Memberikan kegiatan gangguan yang mengasyikan (4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak bisa pindah atau beraktivitas.

c) Edukasi: (1) Menganjurkan tirah baring (2) Menganjurkan menjalankan kegiatan dengan sesuai tahapan (3) Menganjurkan memanggil perawat apabila tanda dan gejala lelah tidak berkurang (4) Menganjurkan tata cara koping untuk meminimalisir kelelahan

d) Kolaborasi : Bekerja sama dengan ahli gizi mengenai cara menaikan asupan makanan

5) Defisit Perawatan diri

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019), peningkatan perawatan diri dinyatakan sebagai luaran dari defisit perawatan diri (L.11103). Kriteria luaran berikut diperkirakan berkontribusi terhadap peningkatan defisit perawatan diri: peningkatan kemampuan mandi, berpakaian, makan, dan buang air (BAB/BAK), serta peningkatan minat dan verbalisasi keinginan untuk melakukan perawatan diri.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) menyatakan intervensi dari Defisit Perawatan Diri yaitu Dukungan Perawatan Diri (I.11348)

- a) Observasi : (1) Mengenali kebiasaan kegiatan perawatan diri relevan dengan umur (2) Meninjau tingkat kemandirian (3) Mengenali keperluan alat bantu kebersihan diri, pakaian, berhias, dan makan.
- b) Terapeutik : (1) Membuat lingkungan yang terapeutik (2) Menyiapkan keperluan pribadi (3) mendampingi dalam menjalani perawatan diri sampai mandiri, (4) Fasilitasi untuk menerima kondisi bergantung. (5) Fasilitasi kemandirian, bantu apabila tidak bisa melaksanakan perawatan diri. (6) Menjalankan rutinitas perawatan diri.
- c) Edukasi: Menganjurkan menjalankan perawatan diri secara berkala semampunya

4. Implementasi keperawatan

Sejumlah tindakan yang dilaksanakan oleh perawat untuk membantu pasien dalam transisi dari masalah kesehatan ke kondisi kesehatan prima yang mengetahui kriteria hasil yang diinginkan dikenal sebagai praktik atau pelaksanaan keperawatan.

Berbagai intervensi perawat dengan klien mencakup upaya untuk menghindari masalah kesehatan di masa depan, mengedukasi keluarga klien, serta memberikan dukungan dan pengobatan. Kebutuhan klien,

serta elemen-elemen lain yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi pelaksanaan keperawatan, serta aktivitas komunikasi, harus menjadi pusat dari proses implementasi.

Koordinasi tindakan oleh pasien, keluarga, serta anggota tim perawatan kesehatan lainnya untuk melacak dan mendokumentasikan reaksi pasien terhadap perawatan yang diberikan dikenal sebagai implementasi keperawatan (kamal, 2024)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan setelah tindakan perawatan diimplementasikan pada pasien melibatkan menilai penurunan tingkat nyeri dengan memeriksa kemampuan pasien dalam mengontrol rasa sakit, kemampuan pasien untuk mengenali rasa sakit, laporan penurunan tingkat rasa sakit, dan pernyataan pasien mengenai kenyamanannya setelah rasa sakit berkurang.

6. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI

a. Definisi

1) Nyeri akut

Tutup mata dan fokuslah pada napas sambil bernapas perlahan dan berirama ke dalam perut. Ini dikenal sebagai pernapasan relaksasi. Bagi mereka yang hidup dengan nyeri kronis, teknik relaksasi sangat efektif dalam meredakan ketidaknyamanan. Latihan pernafasan dan teknik relaksasi menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung, dan ketegangan otot,

yang menghentikan siklus nyeri-ansietas-ketegangan otot. Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa teknik relaksasi dapat secara efektif meredakan nyeri dengan memutus siklus nyeri, yang ditandai dengan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan. (Kemenkes RI, 2022)

2) Aromateraphy lavender

Aromaterapi adalah cabang pengobatan alternatif yang memanfaatkan minyak esensial nabati untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Aromaterapi dapat memperbaiki suasana hati, mengurangi stres, dan meningkatkan kesehatan mental serta fisik melalui sistem stimulasi saraf yang berhubungan dengan emosi. (Ria Gustirini1, 2024)

Aromaterapi Lavender adalah pendekatan terapi non farmakologi yang bertujuan untuk mengurangi keluhan nyeri. Minyak esensial lavender memiliki berbagai manfaat, termasuk meningkatkan kemampuan otot, mendukung kesehatan psikologis, menenangkan pikiran, mengurangi stres, dan memberikan efek relaksasi.

Cara kerja aromaterapi ini melibatkan pengaruh pada sistem limbik, bagian otak yang berperan dalam pengaturan emosi dan memori. Ketika aroma lavender terhirup, sel-sel saraf penciuman terangsang, yang dapat meningkatkan perasaan positif dan relaksasi, serta mengurangi tingkat stres atau depresi pada

individu. Dengan demikian, aromaterapi lavender bisa jadi pilihan yang efektif untuk membantu mengelola nyeri dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan.(Ni'mah, 2024)

b. Indikasi

1) Terapi Relaksasi Nafas Dalam

Indikasi Terapi Relaksasi Napas Dalam (Kurniawati et al., 2022)

- a) Pasien yang ketidaknyamanan akutnya ringan hingga sedang bersikap kooperatif
- b) Pasien yang nyeri kronis
- c) Nyeri pasca operasi
- d) Pasien yang mengalami stress

2) Terapi aroma terapi Lavender

Indikasi Aromaterapi Lavender:

- a) Lavender memiliki sifat analgesik (penghilang rasa sakit) yang dapat membantu mengurangi nyeri pada pasien nefrolitiasis.

Penelitian menunjukkan bahwa inhalasi lavender dapat mengurangi rasa nyeri pada pasien batu saluran kemih.

- b) Peningkatan Relaksasi:

Aromaterapi lavender dapat membantu meningkatkan relaksasi dan mengurangi kecemasan, yang sering terjadi pada pasien dengan nefrolitiasis.

Aroma lavender bisa menumbuhkan pelepasan hormon endorfin, yang punya efek menenangkan.

c) Peningkatan Kualitas Tidur:

Nefrolitiasis dapat mengganggu kualitas tidur akibat rasa sakit dan kecemasan.

Aromaterapi lavender dapat membantu meningkatkan kualitas tidur dengan menciptakan suasana yang lebih rileks dan menenangkan.

3) Prosedur

- a) Mengidentifikasi pasien dengan benar.
- b) Mempersiapkan dan mendekati alat yang akan di gunakan.
- c) Berucap salam, sapa pasien dan mengenalkan diri.
- d) Menjalankan kontrak untuk pelaksanaan yang akan dijalankan.
- e) Menerangkan maksud dan tata cara pelaksanaan.
- f) Menjaga privasi .
- g) Mengajak pasien membaca basmalah .
- h) Memposisikan pasien dengan nyaman .
- i) Memberikan terapi relaksasi nafas dalam dan aromatherapy lavender selama 10 -20 menit .
- j) Sampaikan hasil simpulan/ anamnesa

- k) Sampaikan perencanaan tindakan lanjutan
- l) Menganjurkan pasien bersyukur/ berucap hamdalah
- m) Pamit kepada pasien dengan memberikan kontrak.



BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain atau Rancangan Studi Kasus

Rancangan penulisan yang akan diterapkan pada KTI ini ialah studi kasus dengan pendekatan deskriptif. Desain studi kasus mencakup evaluasi menyeluruh terhadap satu unit tunggal, yaitu keluarga, individu, komunitas, kelompok, atau institusi.

Rancangan penulisan yang dipakai pada perancangan KTI dengan judul “Implementasi Relaksasi Terapi Nafas Dalam Di Modifikasi Dengan Aromaterapy Lavender Pada Pasien Nyeri Akut .” yaitu studi kasus.

Dalam studi kasus ini, peneliti akan fokus pada bagaimana penerapan terapi pernapasan dalam yang dimodifikasi dengan aromaterapi lavender dapat mempengaruhi kondisi pasien setelah operasi nefrolitiasis. Pendekatan deskriptif memungkinkan peneliti untuk menggambarkan secara rinci pengalaman pasien, perubahan yang terjadi, serta persepsi pasien terhadap intervensi yang diberikan. Dengan demikian, hasil dari analisis ini diinginkan bisa memberi pemahaman baru dalam praktik perawatan dan terapi alternatif pasca operasi.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek pada studi kasus ini ialah dua orang pasien laki-laki nefrolitiasis di RSI Sultan Agung Semarang yang diamati secara mendalam dengan kriteria sebagai berikut:

1. Pasien laki-laki nefrolitiasis yang didampingi keluarga di ruang Baitussalam 1 dan Baitul Izzah 1 di RSI Sultan Agung Semarang.
2. Pasien laki-laki nefrolitiasis yang di dampingi keluarga belum mendapatkan terapi relaksasi nafas dalam yang di modifikasi dengan aromaterapi lavender .
3. Pasien laki-laki nefrolitiasis yang didampingi keluarga bersedia menjadi klien

C. Fokus Studi

Penelitian telah menunjukkan bahwa penggunaan aromaterapi lavender dengan terapi relaksasi pernapasan dalam dapat meredakan nyeri secara efektif. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa individu yang menderita sakit kepala atau nyeri pascaoperasi dapat merasakan kelegaan dengan menggabungkan latihan pernapasan dalam dengan aromaterapi lavender.

D. Definisi Operasional

Untuk mengangkat batu ginjal besar, dokter bedah menggunakan nefrolitotomi perkutan (PCNL), teknik bedah minimal invasif. Prosedur ini melibatkan pembuatan sayatan kecil di bagian belakang untuk mengakses ginjal, sehingga dokter bedah dapat menemukan dan mengeluarkan batu menggunakan instrumen khusus.(Nisa, 2024)

Menghilangkan rasa sakit adalah salah satu dari banyak manfaat terapi pernapasan dalam, teknik relaksasi non-farmakologis, baik yang bersifat kronis maupun akut. Metode relaksasi ini fokus pada teknik pernapasan yang

dapat membantu menurunkan ketegangan otot, mengurangi kecemasan, dan mencegah kejenuhan, sehingga berpotensi menurunkan tingkat nyeri yang dialami pasien. Dengan melaksanakan terapi tarik napas secara konsisten, pasien dapat merasakan manfaat yang signifikan dalam mengelola nyeri dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. Terapi ini dapat menjadi bagian dari pendekatan holistik dalam perawatan kesehatan, terutama bagi mereka yang mencari alternatif non-farmakologi untuk mengatasi nyeri. (sulistiyowati, 2024)

Aromaterapi adalah praktik yang memakai minyak esensial alami untuk memelihara kesehatan fisik, mental, dan emosional. Minyak esensial ini diekstrak dari berbagai bagian tanaman, seperti daun, bunga, kulit, dan akar, dan memiliki berbagai manfaat terapeutik. Aromaterapi dapat digunakan dengan pijat, menyelim, pembakar minyak atau inhaler minyak langsung diterapkan pada tubuh, inhalasi, pernapasan/mandi, semprot, dan bau dalam ruangan (vaporizer). Aromaterapi hidung (dihirup) memiliki efek yang lebih cepat daripada metode lain. (sulistiyowati, 2024)

Bunga lavender (*Lavandula angustifolia*) adalah salah satu jenis aromaterapi yang terkenal karena manfaat terapeutiknya, terutama berkat kandungan senyawa aktifnya, yaitu linalool. Dengan meningkatkan kadar enkefalin, linalool dapat membantu menghambat nyeri fisiologis, sehingga lavender sering digunakan dalam pengobatan alternatif untuk meredakan nyeri, baik yang sifatnya akut ataupun kronis. Dengan berbagai manfaat yang ditawarkan, bunga lavender dan kandungan linaloolnya menjadi pilihan yang

populer dalam praktik aromaterapi. Penggunaan lavender tidak hanya membantu mengurangi kecemasan dan stres, tetapi juga dapat berguna sebagai menghilangkan rasa sakit alami, menjadikannya alat yang berharga dalam pendekatan holistik untuk kesehatan dan kesejahteraan..(sulistiyowati, 2024)

Nyeri ialah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang dapat muncul sebagai respons terhadap cedera jaringan yang nyata atau yang diperkirakan, serta dapat berfungsi sebagai sinyal peringatan bagi tubuh. Dalam konteks medis, nyeri sering dianggap sebagai tanda vital kelima, setelah napas, tekanan darah, nadi, dan suhu tubuh. Sebab itu, pengelolaan nyeri jadi faktor krusial untuk perawatan pasien. yang komprehensif dan terintegrasi. Perawat berperan kunci dalam penilaian dan pengelolaan nyeri, dan pemahaman yang baik tentang alat pengukuran nyeri serta intervensi yang tepat sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.(wafa, , 2024)

E. Tempat dan Waktu

1. Tempat studi kasus dilaksanakan di Ruang Baitussalam 1 dan Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.
2. Waktu studi kasus pengambilan pasien Tn.M dilaksanakan pada bulan Februari 2025. Sedangkan pengambilan pasien Tn .S dilaksanakan bulan Maret 2025.

F. Instrumen Studi Kasus

1. Teknik Pengumpulan Data.

a. Format pengkajian nefrolitiasis

Format pengkajian dipakai untuk menilai klien melalui wawancara, observasi, dan analisis dokumen. Proses pengkajian bertujuan untuk menentukan tindakan yang perlu diambil.

b. Wawancara

- 1) Pemeriksaan fisik
- 2) Pengamatan parameter vital
- 3) Pencatatan perawatan keperawatan

c. Metode Pengumpulan Data

Metode penghimpunan data memakai format Asuhan Keperawatan dewasa relevan dengan pedoman yang berlaku. Penegakan diagnosis dilakukan dengan menggunakan SDKI, sedangkan intervensi mengacu pada SLKI dan SIKI. Selanjutnya, pelaksanaan dan evaluasi dilakukan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan.

d. Etika studi kasus

Menurut (kamal, 2024) etika penelitian bisa menolong peneliti dalam mempertimbangkan secara kritis moralitas subjek penelitian. Beberapa prinsip etika yang penting pada penelitian adalah:

1) *Informed consent*

Informed consent ialah dokumen persetujuan dari subjek studi kasus untuk berperan sebagai responden. Dokumen ini berisi informasi tentang hak dan tanggung jawab subjek studi kasus yang diberikan sebelum studi dimulai, yang memungkinkan subjek untuk memilih untuk berpartisipasi atau menolak peran sebagai responden. Responden yang memenuhi kriteria inklusi diberikan lembar persetujuan. Jika responden tidak setuju untuk menjadi bagian dari penelitian, maka haknya dihormati oleh peneliti.

2) *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Confidentiality ialah privasi selama pelaksanaan studi kasus, termasuk informasi dan isu-isu yang muncul di dalamnya, dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya data tertentu dari kelompok ini yang akan diungkapkan dalam laporan hasil studi kasus .Peneliti bertanggung jawab untuk menjaga kerahasiaan informasi subjek penelitian.

3) *Voluntary participation* (Partisipasi sukarela)

Kesediaan pasien untuk berpartisipasi sebagai responden adalah atas dasar sukarela dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

4) *Anonimitas* (Tanpa nama)

Peneliti tidak menyebutkan atau mengaitkan nama responden dengan data atau informasi yang dikumpulkan, namun menggunakan kode pada setiap lembar data

5) *Protection from Discomfort* (Perlindungan dari ketidak nyamanan)

Responden berhak untuk memilih apakah ingin melanjutkan atau tidak dalam penelitian jika mereka merasa tidak nyaman atau terganggu dengan suatu hal.



BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Studi kasus dilaksanakan pada 18 februari 2025 dan 2 maret 2025, pada Tn. M di ruang Baitussalam 1 dan Tn.S di ruang Bauitul izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, diperoleh data yaitu:

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien dan Penanggung jawab

1) Pasien 1

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 19 Februari 2025 Di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang Provinsi Jawa Tengah ditemukan data Klien beridentitas Tn. M dengan usia 64 tahun laki laki dan beragama islam, pendidikan terakhir yang ditempuh klien adalah SD, saat ini klien sudah tidak bekerja, klien bertempat tinggal di Jatikusuma Rt 04/Rw 04, Kecamatan Mranggen, Kabupaten Demak Klien Datang Kerumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada tanggal 17 februari 2025 pukul 08.00 WIB dengan diagnosa medis nefrolitiasis Dextra. Penanggung jawab klien ialah Tn. A yang mana ialah anak klien berusia 41 tahun, pendidikan terakhir Tn. A adalah SMA dan bekerja sebagai wiraswasta, alamat Tn. A Jatikusuma Rt 04/Rw 04, Kecamatan Mranggen, Kabupaten Demak.

2) Identitas pasien 2

Penulis melakukan pengkajian pada tanggal 3 Maret 2025 Di Ruang Baitul izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang Provinsi Jawa Tengah ditemukan data Klien beridentitas Tn. S dengan usia 48 tahun berjenis kelamin laki-laki dan beragama islam, pendidikan terahir yang dijalani klien ialah SMP, saat ini klien bekerja sebagai wiraswasta, klien bertempat tinggal di Desa Kedungwungu Rt 03/ Rw 02, Karangroso Karangrayu, Kabupaten Grobogan . Klien Datang Kerumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada tanggal 1 maret 2025 pukul 07.00 WIB dengan diagnosa medis nefrolitiasis Dextra. Penanggung jawab klien adalah Ny.Y yang merupakan istri klien berusia 45 tahun, pendidikan terahir Ny.Y ialah SMA dan bekerja sebagai ibu rumah tangga, alamat Ny.Y Desa Kedungwungu Rt 03/Rw 02, Karangroso Karangrayu, Kabupaten Grobogan .

b. Riwayat Kesehatan.

- 1) **Alasan masuk rumah sakit :** klien Tn.M menyatakan datang kerumah sakit karena klien tidak bisa buang air kecil secara tuntas, klien mengatakan BAK nya keluar tapi sedikit – sedikit, klien mengatakan nyeri pada pinggang dan perut bagian bawah sebelah kanan hingga ke punggung belakang . Klien mengatakan nyeri sudah di rasakan sudah dua hari lamanya dengan intensitas nyri yang mendadak dan hilang timbul dengan sekala enam . Lalu klien datang ke poli RSI- SA untuk pemeriksaan. Klien diminta

untuk oprasi dan opnam terlebih dahulu di ruang baitussalam 1 untuk kemudian menjalan kan oprasi, di ruang baitussalam 1 klien sudah mendapatkan infus RL 20 tpm . Setelah menjalani pemeriksaan didapatkan hasil batu batu ginjal kanan dengan ukuran terbesar 1.23 x 1.37 cm. Klien direncanakan oprasi Nefrolitotomi pada 18 februari 2025 pukul 11.00 WIB.

Keluhan utama : keluhan utama yang dialami klien sebelum oprasi yaitu klien menderita nyeri pada pinggang dan perut bagian bawah sebelah kanan hingga ke punggung belakang, nyeri terasa saat BAK, urin keluar sedikit- sedikit. Keluhan utama yang dirasakan klien setelah oprasi yaitu klien mengatakan nyeri dibekas oprasi .

Riwayat keluhan utama : klien mengatakan nyeri dibekas oprasi, nyeri dirasakan nyut-nyutan dengan skala nyeri 6. Nyeri dirasakan hilang timbul dan ditambah nyeri saat BAB, batuk / bersin dan terlalu hilang timbul dan ditambah nyeri saat batuk/ bersin dan terlalu banyak bergerak, klien mengatakan nyeri dirasa menjalar kepinggang.

2) Alasan masuk rumah sakit : klien Tn.S mengatakan datang kerumah sakit karena klien merasa nyeri seperti di tusuk –tusuk pada pinggang dan perut bagian bawah sebelah kanan. Klien mengatakan nyeri sudah di rasakan sudah lima bulan terakhir

dengan intensitas nyeri yang mendadak dan hilang timbul dengan skala enam . Lalu klien datang ke poli RSI- SA untuk pemeriksaan. Klien diminta untuk oprasi dan opnam terlebih dahulu di ruang baitul izzah 1 untuk kemudian menjalan kan oprasi, di ruang baitul izzah 1 klien sudah mendapatkan infus RL 20 tpm . Setelah menjalani pemeriksaan didapatkan hasil batu ginjal kanan dengan ukuran terbesar 2.34 X 1.99 cm. Klien direncanakan oprasi Nefrolitotomi pada tanggal 2 maret 2025 pukul 14.00 WIB.

Keluhan utama : keluhan utama yang dialami karena klien merasa nyeri seperti di nyut- nyutan pada pinggang dan perut bagian bawah sebelah kanan, nyeri terasa saat BAK, urin keluar sedikit- sedikit. Keluhan utama yang dirasakan klien setelah oprasi yaitu klien mengatakan nyeri dibekas oprasi

Riwayat keluhan utama : klien mengatakan nyeri dibekas oprasi, nyeri dirasakan nyut-nyutan dengan skala nyeri 6. Nyeri dirasakan hilang timbul dan bertambah nyeri saat BAB, batuk/ bersin dan terlalu hilang timbul dan bertambah nyeri saat batuk/ bersin dan terlalu banyak bergerak, klien mengatakan nyeri dirasa menjalar kepinggang

c. Riwayat Kesehatan Lalu

- 1) Klien Tn.M mengatakan tahun lalu pernah di rawat di Rs pelita untuk oprasi batu ginjal dengan diameter kecil lalu memiliki

riwayat penyakit yang sama pada perut bawah sebelah kanan, setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil batu ginjal dan telah melakukan prosedur untuk pengambilan batu. Klien menyatakan tidak pernah kecelakaan dan klien mengatakan memiliki riwayat sakit jantung. Klien juga tidak memiliki alergi terhadap makanan dan obat.

- 2) Klien Tn.S mengatakan dua minggu yang lalu pernah di rawat di Rsi –Sa untuk oprasi ginjal dengan lalu memiliki riwayat penyakit hipertensi. Klien mengatakan tidak pernah kecelakaan dan klien juga tidak memiliki alergi pada makanan dan obat.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

- 1) Keluarga Klien Tn.M ialah anak pertama dari 4 bersaudara dan istrinya anak ke enam dari tujuh bersaudra, dari hasil pernikahan klien dengan Ny.S dikaruniai tiga anak dengan urutan anak pertama pria, kedua wanita, dan anak ketiga perempuan. Dalam satu rumah klien hanya tinggal bersama sang istri dan satu anak nya sedang kan anak-anaknya yang lain sudah memiliki tempat tinggal sendiri. Klien mengatakan saat ini anggota keluarga klien sehat dan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit jantung hipertensi, DM, asma dan lainnya.
- 2) Keluarga Klien Tn.S merupakan anak dua dari empat bersaudara dan istrinya anak ke dua dari dua bersaudra, dari hasil pernikahan klien dengan Ny.S dikaruniai dua anak dengan urutan anak

pertama laki - laki, anak kedua laki – laki. Dalam satu rumah klien hanya tinggal bersama sang istri dan kedua anak-anaknya yang belum berkeluarga . Klien mengatakan saat ini anggota keluarga klien sehat dan tidak ada yang punya riwayat penyakit hipertensi, DM, asma dan lainnya.

e. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Klien Tn. M dan Tn. S mengatakan istri dan anak nya sangat rajin bergantian membersihkan rumah, menyapu setiap pagi dan sore. Klien mengatakan terdapat ventilasi udara yang cukup di rumah nya selama ini lingkungan dan rumahnya masih aman dari bahaya. Jauh dari jalan raya utama dan stasiun kereta.

f. Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- a) Klien Tn.M mengatakan sebelum sakit memiliki kebiasaan menahan pipis saat bekerja membantu anak nya mengantarkan pesanan toko sembakonya dan hanya minum air sedikit, klien mengatakan tidak terlalu memperhatikan sakit yang dirasakan, klien juga lebih suka minum cocacola dan minuman bersoda lain nya daripada air putih, sebelum sakit klien memiliki kebiasaan konsumsi kopi, saat sakit klien berobat ke klinik di desa baru ke rumah sakit, oalhraga klien hanya dari aktivitas saat bekerja membantu mangkut kebutuhan toko. Setelah sakit

klien mengatakan lebih memperhatikan kebiasaan buruknya dibantu sang istri dan anak nya dengan mengurangi konsumsi minuman instan seperti cocacola dan memperbanyak minum air putih. Klien juga sudah berhenti merokok dan minum kopi. Setelah sakit klien diminta anak nya untuk tidak usah membantu mengangkat dan mengantar barang lagi dan penghasilan didapatkan dari pemberian sang anak dan biaya pengobatan dari program BPJS pemerintah.

- b) Klien Tn.S mengatakan sebelum sakit memiliki kebiasaan menahan pipis saat bekerja di proyek dan hanya minum air sedikit, klien mengatakan tidak terlalu memperhatikan sakit yang dirasakan, klien juga lebih suka minum kopi dan minuman bersoda lain nya daripada air putih, sebelum sakit klien memiliki kebiasaan konsumsi kopi dan merokok, saat sakit klien berobat ke klinik di desa, oalhraga klien hanya dari aktivitas saat bekerja. Setelah sakit klien mengatakan lebih memperhatikan kebiasaan buruknya dibantu sang istri dan anak nya dengan mengurangi konsumsi minuman instan seperti kopi dan memperbanyak minum air putih. Klien juga sudah berhenti merokok dan minum kopi. Setelah sakit klien diminta anak dan istri nya untuk lebih banyak istirahat terlebih dahulu tidak usah bekerja terlebih dahulu dan penghasilan

didapatkan dari pemberian sang anak dan biaya pengobatan dari program BPJS pemerintah.

2) Pola eliminasi

- a) Klien Tn.M menyatakan sebelum sakit BAB 1-2 hari sekali dengan konsistensi lembek dan bewarna kuning kecoklatan gelap, klien mengatakan tidak memiliki gangguan BAB, klien menyatakan BAK 4-5 x sehari dengan konsistensi cair dan bewarna kuning keruh, klien mengatakan nyeri saat BAK dan urin keluar sedikit-sedikit. Setelah dirawat di rumah sakit anak klien mengatakan bahwa klien BAB menjadi sedikit tidak lancar dan hanya keluar sedikit, dan BAK melalui selang kateter dengan urin tampung sebanyak kurang lebih 1000 cc/ 8 jam.
- b) Klien Tn.S menyatakan sebelum sakit BAB 1-2 hari sekali dengan konsistensi lembek dan bewarna kuning kecoklatan gelap, klien mengatakan tidak memiliki gangguan BAB, klien mengatakan BAK 5-6 x sehari dengan konsistensi cair dan bewarna kuning keruh, klien mengatakan nyeri saat BAK dan urin keluar sedikit-sedikit tidak tuntas. Setelah dirawat di rumah sakit anak klien mengatakan bahwa klien BAB menjadi sedikit tidak lancar dan hanya keluar sedikit, dan BAK melalui selang kateter dengan urin tampung sebanyak kurang lebih 1200 cc/ 8 jam.

3) Pola aktifitas dan latihan

- a) Sebelum sakit klien Tn.M menyatakan klien aktifitas nya sehari – hari adalah membantu anak nya mengantarkan barang belanjaan yang ada di toko sembakonya dan klien dapat beraktivitas secara mandiri, klien tidak memiliki keluhan sesak nafas setelah beraktifitas, klien merasa mudah lelah karena sudah tua. Setelah sakit klien mengatakan tidak bekerja selama perawatan dan aktifitas banyak dibantu oleh anaknya .
- b) Sebelum sakit klien Tn.S mengatakan klien aktifitas nya sehari – hari adalah kuli bangunan atau proyek dan klien dapat beraktivitas secara mandiri, klien tidak memiliki keluhan sesak nafas setelah beraktifitas. Setelah sakit klien mengatakan tidak bekerja selama perawatan dan aktifitas banyak dibantu oleh sang istri dan anaknya.

4) Pola istirahat dan tidur

- a) Sebelum sakit klien Tn.M mengatakan dapat tidur dengan baik, klien tidur pukul 21.30- 04.30 WIB, pola tidur klien teratur, klien mengatakan tidak memiliki gangguan tidur dan dapat tidur kembali saat terbangun tengah malam. Setelah sakit klien mengatakan pola tidurnya berubah karena rasa nyeri dibekas oprasi dan penis dirasa panas setiap kali BAK, klien

mengatakan bisa tidur cukup nyenyak setelah di beri obat dan bisa tidur dengan durasi cukup lama.

- b) Klien Tn.S mengatakan dapat tidur dengan baik, klien tidur pukul 21.00- 05.00 WIB, pola tidur klien teratur, klien menyatakan tidak memiliki gangguan tidur dan dapat tidur kembali saat terbangun tengah malam. Setelah sakit klien mengatakan banyak tidurya dan terbangun saat merasakan nyeri di bekas oprasinya.

5) **Pola nutrisi metabolik**

- a) Sebelum jatuh sakit, klien Tn.M menyampaikan bahwa nafsu makannya sangat bagus. Dia mengonsumsi makanan tiga kali sehari, dan selalu memastikan semua porsinya habis, pola minum klien mengatakan jarang minum air putih klien hanya mengonsumsi airputih sekitar 1000 cc/hari, klien tidak memiliki gangguan menelan, mual muntah, dan tidak memiliki alergi, klien memiliki bobot tubuh sebesar 59 kilogram. Setelah operasi, klien mengalami penurunan nafsu makan pasca-sakit, klien mengonsumsi makanan tiga kali sehari namun selalu menyisakan porsi yang tidak terhabiskan, diit klien tinggi kalori dan tinggi protein, klien mengatakan setelah sakit 58 kg, pola minum klien dalam satu hari baru bisa menghabiskan 1, 5 liter air putih, klien mengatakan akan berusaha minum air putih lebih banyak lagi.

b) Sebelum jatuh sakit, klien Tn.S menyampaikan bahwa nafsu makannya sangat bagus. Dia mengonsumsi makanan tiga kali sehari, dan selalu memastikan semua porsinya habis, pola minum klien mengatakan jarang minum air putih klien hanya mengonsumsi air putih sekitar 1300 cc/hari, klien tidak memiliki gangguan menelan, mual muntah, dan tidak memiliki alergi. Setelah operasi, klien mengalami penurunan nafsu makan pasca-sakit, klien mengonsumsi makanan tiga kali sehari namun selalu menyisakan porsi yang tidak terhabiskan, diet klien tinggi kalori dan tinggi protein, klien menyatakan pola minum klien dalam satu hari baru bisa menghabiskan 1, 5 liter air putih, klien mengatakan akan berusaha minum air putih lebih banyak lagi.

6) Pola kognitif – persepsi sensori

a) Sebelum sakit klien Tn.M mengatakan tidak memiliki gangguan pendengaran dan penglihatan jarak jauh, klien masih dapat menerima informasi dengan baik dan dapat mengambil keputusan secara mandiri. Setelah sakit klien mengatakan tidak memiliki gangguan pendengaran dan penglihatan jarak jauh, klien masih dapat menerima informasi dengan baik dan mengambil keputusan dibantu oleh sang istri dan anak – anaknya . Persepsi terhadap nyeri setelah operasi :

P : Klien menyampaikan semakin nyeri saat gerak, BAB, dan bersin/ batuk.

Q : Klien menyampaikan nyeri terasa tertusuk –tusuk .

R : Klien mengatakan nyeri dibekas oprasi bagian kanan dan menjalar ke belakang.

S : Klien menyampaikan sekala nyeri 6

T : Klien menyampaikan nyeri hilang timbul dan terjadi sekitar 2-5 menit.

b) Sebelum sakit klien Tn.S mengatakan tidak memiliki gangguan pendengaran dan penglihatan jarak jauh, klien masih dapat menerima informasi dengan baik dan dapat mengambil keputusan secara mandiri. Setelah sakit klien mengatakan tidak memiliki gangguan pendengaran dan penglihatan jarak jauh, klien masih dapat menerima informasi dengan baik dan mengambil keputusan dibantu oleh sang istri. Presepsi terhadap nyeri setelah oprasi :

P : Klien menyampaikan nyeri bertambah saat bergerak dari tempat tidur, BAB, dan bersin/ batuk.

Q : Klien menyampaikan nyeri terasa tertusuk –tusuk .

R : Klien menyatakan nyeri dibekas oprasi bagian kanan dan menjalar ke belakang.

S: Klien menyampaikan sekala nyeri 6

T : Klien menyampaikan nyeri hilang timbul dan berlangsung sekitar 2-6 menit.

7) Pola persepsi dan konsep diri

- a) Presepsi diri klien Tn.M berharap sakitnya segera sembuh.

Status emosi klien merasa sedih saat nyeri/ sakitnya kambuh. Konsep diri klien : Citra diri/ body image, klien mengatakan selama sakit BB nya turun dari 59 kg menjadi 58 kg dan klien merasa tidak nyaman dengan bekas oprasinya Identitas, Klien menyatakan dirinya seorang pria usianya 64 tahun. Peran, Klien menyatakan dalam rumah tangga dirinya memiliki peran sebagai suami, ayah dan kakek . Ideal diri, Klien menyatakan ingin segera sembuh agar bisa beraktifitas seperti sebelumnya. Harga diri, Klien menyatakan orang-orang disekitarnya selalu mendukung dirinya.

- b) Presepsi diri klien Tn.S berharap sakitnya segera sembuh.

Status emosi klien merasa sedih saat nyeri/ sakitnya kambuh. Konsep diri klien : Citra diri/ body image, klien mengatakan selama sakit berat badannya turun dari 83 kg menjadi 81 kg dan klien merasa tidak nyaman dengan bekas oprasinya Identitas, Klien menyatakan dirinya seorang pria usianya 48 tahun. Peran, Klien menyatakan dalam rumah tangga dirinya memiliki peran sebagai suami dan ayah.

Ideal diri, Klien menyatakan ingin segera sembuh agar bisa beraktifitas seperti sebelumnya. Harga diri, Klien menyatakan orang-orang disekitarnya selalu mendukung dirinya.

8) Pola mekanisme koping

- a) Sebelum sakit klien Tn.M menyatakan dapat mengambil keputusan dan beraktivitas secara mandiri, klien juga dapat mengatasi masalah sederhana secara mandiri dan berdiskusi dengan keluarga saat masalah belum teratasi. Setelah sakit klien mengatakan banyak dibantu oleh istri dan anak nya untuk pengambilan keputusan dan beraktifitas, dan klien dibantu oleh keluarga untuk penyelesaian masalah. Kepuasan terhadap perawatan yang diterima, klien mengatakan perawat dengan sepenuh hati dan ramah.
- b) Sebelum sakit klien Tn.S mengatakan dapat mengambil keputusan dan beraktivitas secara mandiri, klien juga dapat mengatasi masalah sederhana secara mandiri dan berdiskusi dengan keluarga saat masalah belum teratasi. Setelah sakit klien mengatakan banyak dibantu oleh sang istri untuk pengambilan keputusan dan beraktifitas, dan klien dibantu oleh keluarga untuk penyelesaian masalah. Kepuasan terhadap perawatan yang diterima, klien mengatakan perawat dengan sepenuh hati dan ramah.

9) Pola seksual dan reproduksi

- a) Pemahaman klien Tn.M tentang fungsi seksual, Klien mengatakan fungsi seksual adalah untuk memperoleh keturunan. Gangguan hubungan seksual, Klien mengatakan sudah lama tidak berhubungan seksual dengan istri karena sudah tua. Permasalahan selama melakukan hubungan seksual, Klien menyatakan sudah lama tidak melakukan aktivitas hubungan seksual dengan istri karena sudah lanjut usia.
- b) Pemahaman klien Tn.S tentang fungsi seksual, Klien mengatakan fungsi seksual adalah untuk memperoleh keturunan. Gangguan hubungan seksual, Klien mengatakan sudah jarang berhubungan seksual dengan istri karena terkadang klien merasa lelah . Permasalahan selama menjalani hubungan seksual, Klien menyatakan sudah jarang melaksanakan aktivitas sex dengan istri karena menghindari menambah momongan lagi.

10) Pola peran – hubungan dengan orang lain

- a) Sebelum sakit klien Tn.M menyatakan dapat berkomunikasi dan berhubungan baik dengan keluarganya dan ketika ada masalah klien meminta bantuan kepada keluarganya.

Setelah sakit klien mengatakan keluarganya beberapa kali berkunjung kerumah sakit untuk melihat dirinya.

- b) Sebelum sakit klien Tn.S menyatakan dapat berkomunikasi dan berhubungan baik dengan keluarganya dan ketika ada masalah klien meminta bantuan kepada keluarganya. Setelah sakit klien mengatakan keluarganya beberapa kali berkunjung kerumah sakit untuk melihat dirinya.

11) Pola nilai dan kepercayaan

- a) Kegiatan agama dan kepercayaan, klien Tn.M menyatakan sebelum sakit rajin sholat 5 waktu serta berdzikir, setelah sakit klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit menjalankan sholatnya dengan berbaring di atas kasur serta berwudhu dengan tayamum, pasien berjanji akan mengganti solat yang di tinggal kan nya ketika sudah sembuh. Pertentangan nilai/budaya terhadap sakit dan pengobatan, klien mengatakan tidak ada pertentangan dengan penyakitnya dan tidak memiliki pertentangan terhadap cara pengobatannya.

- b) Kegiatan agama dan kepercayaan, klien Tn.S menyatakan sebelum sakit rajin sholat 5 waktu setelah sakit klien menyatakan saat dirawat dirumah sakit melaksanakan sholatnya dengan berbaring di atas kasur serta berwudhu dengan tayamum. Pertentangan nilai/budaya terhadap sakit

dan pengobatan, klien mengatakan tidak ada pertentangan dengan penyakitnya dan tidak memiliki pertentangan terhadap cara pengobatannya.

g. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum klien Tn.M tampak lemah, lesu dan gelisah. Kesadaran klien compos mentis. Tanda- tanda vital meliputi suhu 36, 6°C, tekanan darah 116/62 MmHg, respirasi 20 x/menit, nadi 87 x/menit, SpO2 98%, BB 58 kg. Keadaan kepala dan rambut bersih, rambut tampak mulai beruban dan penyebaran tidak merata, saat palpasi kepala tidak ditemukan terdapatnya benjolan dan tidak ada nyeri tekan. Inspeksi wajah tampak simteris, tidak ada gerakan abnormal, ekspresi wajah sayu dan meringis kesakitan, palpasi wajah tidak ada nyeri tekan. Inspeksi mata palpebra normal, seclera putih, konjungtiva tidak tampak anemis, pupil isokor, reflek cahaya simetris, gerakan bola mata baik, klien tidak memakai alat bantu penglihatan. Palpasi mata tidak terdapat nyeri tekan. Inspeksi hidung tidak terdapat nafas cuping hidung, rongga hidung bersih, tidak terdapat polip hidung. Palpasi hidung tidak ada nyeri tekan. Inspeksi telinga tampak bersih, klien tidak sedang memakai alat bantu pendengaran. Palpasi telinga tidak ada nyeri tekan. Setelah diperiksa, mukosa bibir klien terlihat sedikit kering, rongga mulut sedikit kotor, kemampuan vokalisasi klien sangat baik, dan

menelan tidak bermasalah. Klien tidak menunjukkan retraksi dinding dada atau otot bantu pernapasan, dan gerakan dada klien tampak seimbang di kedua sisi. Tidak ditemukan benjolan atau titik nyeri saat palpasi. Auskultasi paru suara nafas fesikuler dan tidak terdengar suara nafas tambahan. Perkusi paru sonor. Inspeksi jantung tidak teraba ictus cordis. Palpasi tidak teraba ada pembesaran jantung. Auskultasi jantung tidak terdengar suara jantung tambahan. Abdomen tampak luka post operasi PCNL diperut bawah sebelah kanan berwarna kemerahan dan terpasang selang drain nefrostomi/dj stand dengan noda darah didalam selang, balutan luka tampak kotor. Auskultasi peristaltik usus terdengar 4 x dalam 1 menit. Palpasi terdapat nyeri tekan pada daerah operasi. Perkusi dullnes. Pada daerah genitalia klien tampak terpasang selang kateter, tidak tampak kelainan pada daerah genitalia, tidak ada hemoroid di anus. Pada ekstremitas warna kulit dan kuku klien tampak normal, kulit tampak kering, capillary revil < 2 detik, klien dapat menggerakkan kedua tangan dengan baik walaupun sedikit lambat, klien belum mampu berjalan dan masih latihan miring kanan –kiri, klien terpasang infus ditangan kanan dan dan tidak ada tanda-tanda infeksi dan nyeri tekan. Warna kulit klien tampak berwarna kuning langsung dan merata, turgor kulit tampak buruk, tidak ada odema, terdapat luka sayatan post nefrolitotomi diperut sebelah kanan.

- 2) Keadaan umum klien Tn.S tampak lemah, lesu dan gelisah. Kesadaran klien compos mentis. Tanda- tanda vital meliputi suhu 36, 0°C, tekanan darah 148/89 MmHg, respirasi 20 x/menit, nadi 87 x/menit, SpO2 99%, berat badan 58 kg. Keadaan kepala dan rambut bersih, rambut tampak hitam pekat, saat palpasi kepala tidak ditemukan terdapatnya benjolan dan tidak ada nyeri tekan. Inspeksi wajah tampak simteris, tidak ada gerakan abnormal, ekspresi wajah sayu dan meringis kesakitan, palpasi wajah tidak ada nyeri tekan. Inspeksi mata palpebra normal, seclera putih, konjungtiva tidak tampak anemis, pupil isokor, reflek cahaya simetris, gerakan bola mata baik, Klien tidak menggunakan alat bantu visual. Tidak ada rasa nyeri yang terdeteksi saat meraba mata. Hidung ditemukan bebas polip, rongga hidung bersih, dan tidak ada tanda-tanda cuping hidung melebar. Tidak ada rasa nyeri yang terasa saat hidung diraba. Inspeksi telinga tampak bersih, klien tidak sedang memakai alat bantu pendengaran. Palpasi telinga tidak terdapat nyeri tekan. Inspeksi mukosa bibir klien tampak sedikit kering, rongga mulut sedikit kotor, kemampuan berbicara baik, dan tidak ada kesulitan menelan. Tidak ada tanda-tanda retraksi dinding dada atau otot bantu pernapasan, dan gerakan dada klien tampak simetris bilateral. Tidak ada benjolan atau titik nyeri yang terlihat saat palpasi. Auskultasi paru suara nafas fesikuler dan tidak terdengar

suara nafas tambahan. Perkusi paru sonor. Inspeksi jantung tidak teraba ictus cordis. Palpasi tidak teraba ada pembesaran jantung. Auskultasi jantung tidak terdengar suara jantung tambahan. Abdomen tampak luka post operasi PCNL diperut bawah sebelah kanan berwarna kemerahan dan terpasang selang drain nefrostomi/dj stand dengan noda darah didalam selang, balutan luka tampak kotor. Auskultasi peristaltik usus terdengar 12 x dalam 1 menit. Palpasi terdapat nyeri tekan pada daerah operasi. Perkusi dullnes. Pada daerah genitalia klien tampak terpasang selang kateter, tidak tampak kelainan pada daerah genitalia, tidak ada hemoroid di anus. Pada ekstremitas warna kulit dan kuku klien tampak normal, kulit tampak kering, capillary retil < 2 detik, klien dapat menggerakan kedua tangan dengan baik walaupun sedikit lambat, klien belum mampu berjalan dan masih latihan miring kanan –kiri, klien terpasang infus ditangan kiri dan tidak ada tanda-tanda infeksi dan nyeri tekan. Warna kulit klien tampak berwarna coklat gelap dan merata, turgor kulit tampak buruk, tidak ada odema, terdapat luka sayatan post nefrolitotomi diperut sebelah kanan.

h. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Hasil pemeriksaan laboratorium darah rutin Tn. M sebagai berikut :
Hemoglobin L .13.9 g/dl. Hematokrit L 42.1 %. Leukosit H.665 ribu/NL. Trombosit 3.15 ribu/NL. PT 9.6 detik. PT (Kontrol) 11.6

detik. APPT 23.9 detik. APPT (Kontrol) 27.1 detik. Gula Darah Sewaktu 108 mg/dl. Ureum H 36 mg/dl. Creatinin H .1.23 mg/dl. Natrium 138.0 mmol/L. Kalium 4.00 mmol/L. Klorida H 97.0 mmol/L.HBSAG (kuantitatif) <0.05 IU/M. Pada pemeriksaan radiologi pada Tn. M didapatkan hasil : nefrolitiasis multiple kanan (Uk terbesar 1.23 x 1.37 cm). Ureterolitiasis kiri (Uk 1, 57 cm). Spondilosis lumbalis. Skoliosis vertebra lumbalis dengan konveksitas ke kanan

- 2) Hasil pemeriksaan laboratorium darah rutin Tn. S sebagai berikut : Hemoglobin L .11.0 g/dl. Hematokrit L 34.2 %. Leukosit H.10.85 ribu/NL. Trombosit 3.07 ribu/NL. PT 10.9 detik. PT (Kontrol) 11.6 detik. APPT 25.9 detik. APPT (Kontrol) 27.1 detik. Gula Darah Sewaktu 89 mg/dl. Ureum H 196 mg/dl. Creatinin H .866 mg/dl. Natrium 138.0 mmol/L. Kalium 5.0 mmol/L. Klorida H 95.0 mmol/L .Pada pemeriksaan radiologi pada Tn. S didapatkan hasil : nefrolitiasis multiple kanan (Uk terbesar 2.34 x 1.99 cm). Ureterolitiasis kiri (Uk 1, 57 cm). Spondilosis lumbalis. Skoliosis vertebra lumbalis dengan konveksitas ke kanan.

i. Diit dan Terapi Diit

- a) Yang diperoleh klien Tn.M adalah nasi tim dengan tinggi kalori dan tinggi protein. Terapi yang diperoleh klien sebagai berikut Ranitidin 50 gr, intra vena. Tramadol 1 amp 3x 24 jam, intra vena. Asam tranexamat 500 mg 3x 24 jam, intra

vena. Paracetamol 3x 24 jam, oral. Cepuroxsim 1, 5 gr 3x 24 jam, intra vena. Ringer laktat 20 tpm, intra vena. NACL 0, 9% 12 tpm intra vena. Sedangkan diit yang diperoleh klien Tn.M adalah nasi tim dengan tinggi kalori dan tinggi protein.

- b) Terapi yang diperoleh klien Tn.S sebagai berikut. Furosemide 1 amp, intra vena. Cefoperazone sulbactam 2x1 intra vena. Paracetamol 300 gr oral. Cepuroxsim 1, 5 gr 3x 24 jam, intra vena. Bicna 1x1 oral. Ringer laktat 20 tpm, intra vena. NACL 0, 9% 12 tpm intra vena.

2. Analisa Data

- a. Hasil pengkajian Tn.M yang dijalankan pada tanggal 19 Februari 2025 pukul 07. 00 WIB didapatkan data subyektif : klien mengeluh perut bagian kanan nya masih nyeri menjalar ke belakang . P, klien menyatakan nyeri di bagian perut kanan menjalar ke belakang. Q, klien menyatakan nyeri terasa tusuk –tusuk . R, klien mengatakan nyeri perut dibekas oprasi dan menjalar kepinggang belakang . S, skala nyeri 6. T, nyeri datang hilang timbul dan berlangsung 2-5 menit. Data obyektif: tampak luka post oprasi diperut bawah sebelah kanan, klien terlihat meringis sakit, klien terlihat gelisah. Dari data tersebut diatas diagnosa yang diambil adalah nyeri akut.

Hasil pengkajian pada 19 Februari 2025 diperoleh hasil data subyektif : klien menyatakan terasa panas dan tidak nyaman di area kemaluan nya. Data obyektif didapatkan :pasien terpasang selang

kateter, urin tmpung 1000cc, warna urin kemerahan, tampak ada partikel – partikel kecil di urin bag . Dari data tersebut diagnosa yang ditemukan adalah Gangguan eliminasi urin .

Hasil kajian pada 19 Februari 2025 diperoleh hasil data subyektif : klien menyatakan nyeri dibekas oprasi oprasi diperut bawah sebelah kanan. Data obyektif didapatkan : tampak bekas luka oprasi bewarna kemerahan, balutan luka tampak kotor dan sedikit ada yang terbuka, tampak terpasang selang drain nefrolitotomi dengan noda darah didalam selang. Dari data tersebut diagnosa yang ditemukan adalah resiko infeksi.

- b. Hasil pengkajian Tn.S yang dilaksanakan pada 3 maret 2025 pukul 08. 00 WIB diperoleh data subyektif: klien mengeluhul bagian pinggang kanan nya masih nyeri oprasi nefrolitotomi. P, klien menyatakan nyeri di bagian pinggang kanan . Q, klien menyatakan nyeri terasa tusuk –tusuk . R, klien menyatakan nyeri di pinggang kanan. S, skala nyeri 6. T, nyeri datang hilang timbul dan berlangsung 2-6 menit. Data obyektif:klien tampak lemah, pucat, klien tampak meringis .Tekana darah 148/89 MmHg, nadi 82 x/menit, suhu tubuh 36, 0°C, respirasi rate 20 x/menit, SpO2 99%. Dari data tersebut diatas diagnosa yang diambil adalah nyeri akut.

Hasil pengkajian Tn.S yang dilaksanakan pada tanggal 3 maret 2025 pukul 08. 00 WIB diperoleh data subyektif: klien mengeluh tidak nyaman saat akan bergerak dan merasa lemah serta

mudah lelah . Data obyektif :Klien tampak lesu dan lemah, klien tampak terbatasi pergerakannya . Dari data tersebut diatas diagnosa yang diambil adalah intoleransi aktifitas .

Hasil pengkajian Tn.S yang dilakukan pada tanggal 3 maret 2025 pukul 08. 00 WIB didapatkan data subyektif: klien mengeluh jarang mandi atau sibil, dan kebutuhan aktifitasnya di bantu oleh anak dan istrinya yang bergantian menjaga . Data obyektif :Klien tampak di bantu oleh istrinya saat akan sibil, klien tampak lemah dan pucat. Dari data tersebut diatas diagnosa yang diambil adalah defisit perawatan diri.

3. Diagnosa

- a. Pada Tn.M Diagnosa utama yang ditemukan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Diagnosa kedua yang ditemukan yaitu gangguan eliminasi urin berhubungan dengan efek tindakan medis & diagnosa (operasi saluran kemih) . Diagnosa ketiga yang ditemukan yaitu resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasif (pembedahan).
- b. Pada Tn.S Diagnosa utama yang ditemukan yaitu nyeri akut berkenaan dengan agen cedera fisik. Diagnosa kedua yang ditemukan yaitu intoleransi aktifitas berkenaan dengan kelemahan . Diagnosa ketiga yang ditemukan yaitu defisit perawatan diri berkenaan dengan kelemahan .

4. Rencana asuhan keperawatan

- a. Ditetapkan bahwa Tn. M mengalami ketidaknyamanan berat akibat agen penyebab cedera fisik pada tanggal 19 Februari 2025, pukul 08.00 WIB. Dengan kriteria luaran berikut: mampu mengatur nyeri, tanda-tanda vital dalam rentang normal, dan tidak ada gangguan tidur, diprediksi nyeri akan berkurang atau hilang setelah menerima perawatan keperawatan tiga kali setiap delapan jam. Implementasi rencana perawatan keperawatan akan berfokus pada manajemen nyeri, yang mencakup evaluasi menyeluruh terhadap nyeri pasien (termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan tingkat keparahannya), serta penggunaan skala nyeri dan pengenalan reaksi nyeri non-verbal. Fasilitasi istirahat dan tidur, kelola tanda-tanda vital, berikan metode pengurangan nyeri non-farmakologis (seperti aromaterapi lavender dan terapi relaksasi napas dalam), dan batasi lingkungan yang memperparah nyeri. Jelaskan nyeri, durasinya, dan apa yang memicunya. Bahas cara-cara untuk meredakannya. Ajarkan metode non-farmakologis, seperti aromaterapi lavender dan latihan napas dalam, untuk mengelola nyeri. Bekerja sama untuk menyediakan obat pereda nyeri, jika diperlukan.

Tanggal 19 Februari 2025 pukul 10.35 WIB pada diagnosa gangguan eliminasi urin berkenaan dengan efek perlakuan medis, diagnosa (operasi saluran kemih), sesudah dijalankan asuhan

keperawatan dalam 3x 8 jam diinginkan klien dapat tidur dengan cukup dengan kriteria hasil :Sensasi berkemih cukup naik, distensi kandung kemih turun, frekuensi bak lebih baik. Rencana asuhan keperawatan yang akan dilakukan adalah Dorongan perawatan diri bab/bak : Mengidentifikasi kebiasaan bak/bab sejalan dengan usia, monitor integritas kulit, dukung penggunaan toileting, jaga privasi selama eliminasi, latih bab/bak sesuai jadwal apabila diperlukan sediakan kateter urinaria jika perlu ajarkan bak jika perlu, ajarkan ke kamarmandi apabila diperlukan.

Tanggal 19 Februari 2025 pukul 13. 25 WIB pada diagnosa resiko infeksi ditandai dengan efek tata cara infasif, sesudah dijalankan asuhan keperawatan selam 3x 8 jam diinginkan derajat infeksi dapat turun dengan kriteria hasil : demam turun, kemerahan turun, nyeri turun, bengkak turun. Rencana asuhan keperawatan yang akan dilakukan adalah pencegahan infeksi : Waspadaai setiap indikasi infeksi, baik lokal maupun sistemik. Untuk mencegah penyebaran infeksi, penting untuk membatasi jumlah kunjungan, memijat area edema, dan sering mencuci tangan sebelum dan sesudah menangani pasien. Waspadaai gejala infeksi sistemik maupun lokal. Jaga pasien berisiko tinggi dalam kondisi aseptik dengan membatasi jumlah kunjungan, merawat kulit area edema, mencuci tangan sebelum dan sesudah

menyentuh pasien atau lingkungan sekitarnya, dan sebagainya. Selain menganjurkan konsumsi cairan dan nutrisi yang lebih banyak, penting untuk mengedukasi pasien tentang tanda-tanda peringatan infeksi, cara mencuci tangan yang benar, dan cara menilai proses penyembuhan luka sayat, lecet, dan luka lainnya. Saat tiba waktunya untuk memberikan vaksin, bekerja samalah.

- b. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen bahaya fisik didiagnosis pada Tn. S pada tanggal 3 Maret 2025, pukul 08.00 WIB. Dengan kriteria luaran sebagai berikut: mampu mengatur nyeri, tanda-tanda vital dalam rentang normal, dan tidak ada gangguan tidur, diprediksi nyeri akan berkurang atau hilang setelah mendapatkan asuhan keperawatan tiga kali setiap delapan jam. Evaluasi nyeri secara komprehensif (termasuk menentukan lokasi, sifat, durasi, frekuensi, kualitas, dan tingkat keparahan nyeri), identifikasi skala nyeri, dan reaksi nyeri non-verbal merupakan bagian dari rencana asuhan keperawatan untuk manajemen nyeri. Fasilitasi istirahat dan tidur, kelola tanda-tanda vital, berikan metode pengurangan nyeri non-farmakologis (seperti aromaterapi lavender dan perawatan relaksasi napas dalam), dan batasi lingkungan yang memperparah nyeri. Definisikan nyeri, durasinya, dan apa yang memicunya. Bahas cara-cara untuk meredakannya. Ajarkan metode non-farmakologis, seperti aromaterapi lavender dan latihan napas

dalam, untuk mengelola nyeri. Bekerja sama untuk menyediakan pereda nyeri, jika diperlukan.

Pada tanggal 3 Maret 2025 pukul 08.00 WIB, pasien didiagnosis intoleransi aktivitas akibat kelemahan. Setelah tiga kali perawatan keperawatan selama 8 jam, intoleransi aktivitas pasien membaik, yang diukur dengan berkurangnya keluhan kelelahan, dispnea saat beraktivitas, dan dispnea setelah berolahraga. Mengelola energi (I.05178): Mengenali fungsi tubuh yang tidak berfungsi yang menyebabkan kelelahan adalah strategi asuhan keperawatan yang akan diterapkan. Pantau berapa lama tidur, seberapa sering tidur, seberapa parah rasa sakit yang dialami saat tidur, ciptakan lingkungan yang menenangkan dan bebas dari stimulus (seperti cahaya, kebisingan, dan pengunjung), dorong latihan rentang gerak (baik pasif maupun aktif), sediakan aktivitas untuk mengalihkan perhatian dari rasa sakit, bantu duduk di tepi tempat tidur jika kesulitan bergerak, sarankan tirah baring, dan mulailah beraktivitas. Minta mereka untuk menghubungi perawat jika gejala kelelahan mereka tidak kunjung hilang, tunjukkan cara mengatasi rasa lelah, dan konsultasikan dengan ahli gizi untuk mencari tahu cara makan lebih banyak.

Setelah menjalani tiga putaran perawatan keperawatan selama delapan jam untuk pasien yang didiagnosis intoleransi aktivitas akibat kelemahan, pada tanggal 3 Maret 2025, pukul

13.35 WIB, kriteria luaran berikut terpenuhi: defisit perawatan diri yang diharapkan meningkat dengan kriteria luaran: peningkatan kemampuan mandi, kemampuan berpakaian, kemampuan makan, kemampuan menggunakan toilet (BAB/BAK), verbalisasi keinginan untuk melakukan perawatan diri, minat untuk melakukan perawatan diri. Tentukan rutinitas yang sesuai usia untuk aktivitas perawatan diri sebagai bagian dari rencana perawatan keperawatan yang dikenal sebagai Dukungan Perawatan Diri (I.11348). Pantau seberapa mandiri mereka dalam hal-hal seperti makan, berpakaian, dan kebersihan diri. Bantu ciptakan suasana terapeutik (seperti suasana yang nyaman, tenang, dan privat). Kumpulkan kebutuhan (seperti pasta gigi, parfum, dan sabun mandi) untuk diri sendiri. Bantu orang tersebut mengenali ketergantungannya sambil mendampingi dalam perawatan diri hingga mereka mampu melakukannya sendiri. Bantu perawatan diri seperlunya, tetapi dorong kemandirian jika memungkinkan. Luangkan waktu untuk merawat diri sendiri. Mempromosikan perawatan diri secara teratur sesuai dengan kemampuan seseorang.

5. Implementasi

- a. Tanggal 19 Februari 2025 pada diagnosa nyeri akut implementasi yang telah diberikan pada pasien Tn.M adalah mengidentifikasi nyeri, lokasi, karakteristik, intensitas nyeri dengan respon data subyektif :

klien menyatakan nyeri diperut kanan menjalar ke belakang, nyeri dirasakan seperti di tusuk - tusuk, nyeri hilang timbul 2-5 menit, nyeri bertambah saat BAK batuk/ bersin dan banyak bergerak, data obyektif : tampak bekas operasi diperut klien. Selanjutnya mengidentifikasi skala nyeri dengan respon data subyektif : klien menyatakan skala nyeri 6 dari 10, data obyektif : klien terlihat gelisah. Mengajarkan tehnik terapi relaksasi nafas dalam dan lavender untuk meminimalisir nyeri dengan respon data subyektif : klien menyatakan merasa nyaman setelah mempraktikan terapi relaksasi nafas dalam dan aromaterap lavender, data obyektif : klien tampak paham dan mempraktikan ulang terapi yang di ajarkan. Mengkolaborasikan pemberian analgetik jika perlu, data subyektif pasien akan meminum obat nya .Data obyektif : pasien tampak kooperatif

Tanggal 19 Februari 2025 pada diagnosa gangguan eliminasi urin implementasi yang telah diberikan pada pasien adalah melakukan tindakan mngkji keluhan pasien dengan respon data subyektif pasien mengatakan panas di area kemaluan nya . data obyektif : klien tampak tidak nyaman, pasien tampak terpasang selang kateter, urin tampung 1000cc / 8 jam . Memonitor eliminasi urin frekuensi, konsistensi, volume hasil berkeming menggunakan selang kateter, respon data subyektif :klien mengggatakan keluarganya belum ada yang membuang urin nya, data obyektif : tampak urin tampung 1000

cc/ 8 jam berwarna merah terdapat partikel – partikel kecil .Melaksanakan pemberian kolaborasi ranitidin 50mg lv, dengan respon data subyektif : klien menyatakan lebih nyaman setelah di beri obat, data obyektif : klien terlihat kooperatif.

Tanggal 19 Februari 2025 pada diagnosa resiko infeksi implementasi yang telah diberikan pada pasien adalah memonitor tanda gejala infeksi dengan respon data subyektif : klien menyatakan nyeri diperut bekas oprasi, data obyektif :balutan tampak kotor. Menyatakan tanda dan gejala infeksi dengan respon data subyektif : klien menyatakan mengerti, data obyektif : klien terlihat mengerti. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan dan nutrisi dengan respon data subyektif : klien mengatakan hanya minum sedikit dan makan setengah porsi, data obyektif : klien tampak kooperatif. Memberikan obat antibiotik cefuroxime 1, 5 gr intra vena dengan respon data subyektif: klien menyatakan nyeri saat obat masuk, data obyektif : klien terlihat kooperatif.

Data subjektif pasien mencakup kesediaannya untuk menerima perawatan untuk nyeri akutnya pada tanggal 20 Februari 2025, sementara data objektif mencakup tekanan darahnya (129/83 mmHg), denyut nadi (98 denyut per menit), laju pernapasan (18 napas per menit), suhu (36,7°C), dan saturasi oksigen (95 persen). Mengajarkan terapi relaksasi nafas dalam dan aroma terapi lavender guna mengurangi nyeri dengan respon data subyektif : klien menyatakan

merasa lebih nyaman setelah mempraktikkan terapi nafas dalam dan aromaterapi lavender, data obyektif : klien tampak nyaman. Mengidentifikasi skala nyeri dengan respon data subyektif : klien menyatakan nyeri berkurang menjadi skala 5, data obyektif : klien terlihat kooperatif. Memberikan obat tramadol 100 mg dengan respon data subyektif : klien menyatakan nyeri ketika obat diberikan, data obyektif : klien terlihat kooperatif.

Hari tanggal 20 Februari 2025 pada diagnosa gangguan eliminasi urin implementasi yang telah diberikan pada pasien adalah melakukan tindakan mengkaji nafsu makan, gangguan output urin pasien dengan respon data subyektif pasien mengatakan sudah tidak panas di area kemaluannya, makanya sudah mulai habis banyak . data obyektif : klien tampak terpasang selang kateter, urin tampung 1000cc / 8 jam . Memonitor eliminasi urin frekuensi, konsistensi, volume hasil berkemih menggunakan selang kateter, respon data subyektif :klien mengatakan keluarganya belum ada yang membuang urin nya, data obyektif : tampak urin tampung 1500 cc/ 8 jam berwarna merah terdapat partikel – partikel kecil .Melaksanakan pemberian kolaborasi ranitidin 50mg iv, dengan respon data subyektif : klien menyatakan lebih nyaman setelah di beri obat, data obyektif : klien terlihat kooperatif.

Hari tanggal 20 Februari 2025 pada diagnosa resiko infeksi implementasi yang telah diberikan kepada pasien adalah melakukan

tindakan mengukur suhu tubuh pasien dengan respon data subyektif : pasien menyatakan badan nya masih terasa panas, data obyektif pasien masih tampak pucat 36, 7. memonitor tanda gejala infeksi dengan respon data subyektif : klien menyatakan nyeri dibekas oprasi sudah berkurang, data obyektif : kemerahan terlihat berkurang. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dengan respon data obyektif : tangan tampak bersih. Memberikan perawatan luka ganti balut dengan respon data subyektif : klien menyatakan nyeri saat balutan dibersihkan, data obyektif : balutan luka terlihat bersih dan rapi setelah dibersihkan.

Tanggal 21 Februari 2025 pada diagnosa nyeri akut pelaksanaan yang telah diperi pada pasien adalah mendeskripsikan lokasi ciri durasi, freekuensi, dan intensitas nyeri dengan respon daata subyektif : paien mengatakan masih nyeri di pinggang kanan sudah berkurang , data obyektif : pasien sudah tampak segar dan tidak meringgis lagi memonitor tanda- tanda vital dengan respon data subyektif : klien menyatakan setuju diberikan tindakan, data obyektif : TD 120/69 MmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36, 2°C, respirasi rate 20 x/menit, SpO2 100 %.Mengevaluasi terapi relaksasi nafas dalam dan aromaterapi lavender guna meminimalisir nyeri dengan respon subyektif : klien menyatakan nyeri sudah berkurang serta menjadi lebih nyaman setelah melakukan terapi, data obyektif : klien tampak nyaman. Mengidentifikasi skala nyeri dengan respon data subyektif :

klien mengatakan nyeri telah berkurang skala 3, data obyektif : klien terlihat nyaman. Memberikan obat analgesik tramadol 100 mg intra vena dengan respon, data subyektif : klien menyatakan bersedia diberi obat, data obyektif : obat paracetamol masuk melalui peroral.

Tanggal 20 Februari 2025 pada diagnosa gangguan eliminasi urin implementasi yang telah diberikan pada pasien adalah melakukan tindakan mengukur output urin, dengan respon data subyektif : pasien mengatakan sudah tidak panas lagi pada area kemaluan nya, data obyektif: pasien tampak terpasang selang kateter urin tampung 1500/8 jam warna kuning . menyatakan pada pasien mengenai blader traning (menggunci selang kateter pasien dengan klem agar pasien bisa merasakan kembali sensasi berkemih selama 2 jam) dengan respon data subyektif: pasien faham apa yang di sampaikan terkait oleh perawat, data obyektif: pasien mampu memahami dan mencoba berkemih dengan selang kateter . melakukan tindakan mengkaji selang kateter dengan respon data subyektif : pasien mengatakan mengizinkan selang nya di cek, data obyektif : tampak selang pasien masih terpasang di posisi yang sama dan masih berfungsi .

Tanggal 21 Februari 2025 pada diagnosa resiko infeksi implementasi yang telah diberikan kepada pasien adalah melakukan tindakan pemberian obat dengan respon data subyektif : pasien mengatakan badan nya sudah tidak panas memonitor tanda- tanda infeksi dengan respon data subyektif : klien menyatakan nyeri sudah

berkurang, data obyektif : balutan luka tampak masih bersih. Mengajarkan cara merawat luka dirumah dengan respon, data subyektif : klien menyebutkan kembali cara merawat luka, data obyektif : klien tampak kooperatif.

- b. Tanggal 3 maret 2025 pada diagnosa nyeri akut pelaksanaan yang sudah diberi pada pasien Tn.S adalah mengidentifikasi nyeri, lokasi, karakteristik, intensitas nyeri dengan respon data subyektif : klien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kanansetelah di lakukan oprasi nefrolitotomi, nyeri dirasakan seperti di tusuk - tusuk, nyeri hilang timbul 2-6 menit, nyeri bertambah saat BAK batuk/ bersin dan banyak bergerak di tempat tidur, data obyektif : tampak bekas oprasi diperut klien, tampak meringis pasien tampak lemah . Selanjutnya mengidentifikasi skala nyeri dengan respon data subyektif : klien menyatakan skala nyeri 6 dari 10, data obyektif : klien terlihat meringgis, gelisah. Mengajarkan tehnik terapi relaksasi nafas dalam dan lavender untuk meminimalisir nyeri dengan respon data subyektif : klien menyatakan merasa nyaman setelah mempraktikan terapi relaksasi nafas dalam dan aromaterap lavender, data obyektif : klien tampak paham dan mempraktikan ulang terapi yang di ajarkan. Mengkolaborasikan pemberian anal getik jika perlu, data subyektif pasien akan meminum obat nya .Data obyektif : pasieen tampak kooperatif

Pada tanggal 3 Maret 2025, pasien TN didiagnosis mengalami intoleransi aktivitas akibat kerapuhan alat bantu. Respons data subjektif: klien melaporkan merasa lebih baik setelah pengangkatan batu ginjal pascaoperasi; data objektif: pasien tampak lesu dan pucat. Tujuannya adalah untuk menentukan apakah hal ini disebabkan oleh penurunan fungsi tubuh atau kelelahan. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan saat menjalankan kegiatan dengan respon data subjektif: pasien menyatakan tidak nyaman saat akan bergerak pada pinggang dan merasa lemah data objektif: terlihat tampak lemah dan lemas. Menjalankan latihan rentang gerak pasif dibantu perawat dengan respon data subjektif: pasien mengatakan akan mencoba menggerakkan badannya dengan bantuan perawat, data objektif: pasien tampak kooperatif mengikuti latihan. Dianjurkan melaksanakan kegiatan dengan mengikut langkah-langkah dengan respon data subjektif: pasien mengatakan memahami anjuran yang diberikan, data objektif: pasien tampak memahami anjuran melakukan aktivitas secara bertahap.

Tanggal 3 Maret 2025 pada diagnosa defisit perawatan diri berkenaan dengan kelemahan implementasi yang telah diberikan pada pasien tn.s adalah memonitor tingkat kemandirian dengan respon data subjektif: pasien menyatakan jarang sibin dan kebutuhan kegiatannya dibantu oleh istri dan anaknya yang bergantian menjaga, data objektif: pasien tampak dibantu oleh istrinya saat akan . Menyediakan

tindakan terapeutik: suasana yang nyaman dan tenang untuk pasien dengan respon data subjektif: pasien menyatakan lebih nyaman saat tiranya ditutup, data objektif: pasien terlihat nyaman. Memfasilitasi untuk menerima ketergantungannya dengan respon data subjektif: pasien mengatakan menerima kondisinya yang sekarang sedang sakit, data objektif: pasien tampak lemah dan pucat. Dianjurkan melaksanakan rawatan diri dengan berkala relevan dengan keterampilan dan feedback data subjektif: pasien mengatakan akan melakukan anjuran perawatan diri secara konsisten data objektif: pasien tampak terbuka terhadap anjuran dan saran.

Tanggal 4 Maret 2025 pada diagnosa nyeri akut berkenaan dengan agen cedera fisik implementasi yang sudah diberi pada pasien Tn.S ialah mendeskripsikan lokasi, ciri-ciri, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri dengan respon data subjektif: pasien meletakkan masih Nyeri di pinggang kanan setelah post op nefrolitotomi mulai agak berkurang p: nyeri saat akan bergerak dari tempat tidur bersin atau batuk tetapi akar .Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R:di pinggang kanan bekas operasi S : 5 .T : hilang timbul, data objektif : pasien masih tampak meringis dan pucat ttv : TD : 137/79 mmhg. S:36, 2 c . RR :20 X /m .N: 98 x/m, memberikan terkait terapi non farmakologis untuk meminimalkan nyeri teknik tarik nafas dalam dikombinasi dengan aroma lavender dengan respon data subjektif: pasien menyatakan nyerinya sudah berkurang data objektif: pasien masih

terlihat pucat dengan mukosa bibir kering. Berkolaborasi dengan pemberian analgetik jika perlu Paracetamol 300 gram oral dengan respon data subjektif: pasien menyatakan udah minum obat, data objektif: pasien tanpa kooperatif

Tanggal 4 Maret 2025 pada diagnosa intoleransi kegiatan berkenaan dengan kelemahan implementasi yang telah diberi pada pasien tn.s adalah monitor tempat dan ketidaknyamanan saat menjalankan kegiatan dengan respon data subjektif: pasien menyatakan tidak nyaman saat mencoba duduk semi follor atau duduk setengah berbaring meskipun baik bagian kepala sudah dinaikkan data objektif: pasien tampak menjelaskan perasaannya. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan respon data subjektif: pasien berbicara sudah mengikuti anjuran, data objektif sama dengan pasien tampak pucat .

Tanggal 4 Maret 2025 pada diagnosa defisit perawatan diri berkenaan dengan kelemahan implementasi yang telah diberikan pada pasien Tn.S adalah memonitor tingkat kemandirian dengan respon data subjektif: pasien berkata ketika sibin masih dibantu oleh istrinya data objektif pasien tampak menjelaskan. Memfasilitasi untuk menerima ketergantungan dengan respon data subjektif: pasien mengatakan optimis cepat sehat agar mampu menjalani aktivitas sehari-hari sama seperti saat sebelum sakit secara mandiri, data objektif: pasien tanpa optimis pada pertumbuhannya.

Pasien Tn. S didiagnosis menderita nyeri akut akibat agen cedera fisik pada tanggal 5 Maret 2025. Diagnosis ini mencakup pengumpulan data subjektif mengenai hal-hal berikut: lokasi nyeri, ciri-ciri, durasi, frekuensi, dan tingkat keparahan: pasien berkata masih Nyeri di pinggang kanan sesudah operasi batu ginjal. P:nyeri saat akan duduk. Q: sama dengan terasa tertusuk-tusuk. R: pinggang kanan di bekas luka operasi. S: 3. T: mendadak, data objektif: pasien tampak segar dan telah tidak meringis ttv: td:128/69 mmhg. N: 81 X/m . RR: 20 x/m. S: 36, 1 c memberi teknik non farmakologi untuk meminimalisir rasa nyeri yakni teknik tarik nafas dalam dikombinasi dengan aroma lavender dengan respon data subjektif: pasien menyatakan nyeri nya berkurang tidak seperti hari-hari sebelumnya data objektif : pasien terlihat segar dengan mukosa bibir lembab. Berkolaborasi dengan pemberian analgetik Pct. 300 gr dengan respon data subjektif: pasien berkata sudah minum obat data objektif: pasien tampak kooperatif

Tanggal 5 Maret 2025 pada diagnosa intoleransi kegiatan berkenaan dengan kelemahan implementasi yang telah diberi pada pasien Tn.S adalah memonitor lokasi dan ketidaknyamanan saat menjalankan kegiatan dengan respon data subjektif: pasien menyatakan lokasi nyerinya masih sama di pinggang dan terasa tidak nyaman saat akan bergerak karena terpasang selang pada perut kanannya dan infus di tangan kiri, data objektif: pasien tampak

menjelaskan dan terlihat segar tidak lesu. Mengajarkan menjalankan kegiatan dengan mengikuti tahapan dengan respon data subjektif: pasien berkata telah mengikuti anjuran dengan miring kanan kiri dan mencoba duduk, data objektif: pasien tampak kooperatif dan mau mencoba.

Pada tanggal 5 Maret 2025 pada diagnosa defisit perawatan diri berkenaan dengan kelemahan implementasi yang telah diberikan pada pasien tn.s adalah memonitor tingkat kemandirian dengan respon data subjektif: pasien berkata telah makan sendiri dan masih tetap dibantu oleh istri, data objektif: pasien kooperatif menjelaskan pasien terlihat ceria dan bersemangat memfasilitasi untuk menerima ketergantungan dengan respon data subjektif: pasien mengatakan bahwa ia bergantung dan membutuhkan bantuan istrinya seperti sbin pasien mengatakan semangat untuk sembuh, data objektif: pasien terlihat optimis terhadap kesembuhannya.

6. Evaluasi

- a. Evaluasi pertama Tn.S pada tanggal 19 februari 2025 dengan diagnosa nyeri akut berkenaan dengan agen pencedera fisik Data subjektif: pasien berkata Nyeri di pinggang kanan. P: nyeri saat akan bergerak. Q nyeri seperti ditusuk-tusuk. R: pinggang kanan bekas luka operasi . S: 6. T: hilang timbul. Pasien berkata skala nyeri 6 dari 10, pasien berkata nyerinya sedikit terdistraksi sesudah dijalankan terapi relaksasi nafas dalam dimodifikasi aroma

terapi lavender .data objektif: pasien tambah meringis, lemah dan pucat. TD: 138/89 mmhg. RR: 20 x/m . S: 36, 9 c. Spo2: 100%, pasien tampak kooperatif dengan pemberian obat analgetik. Assessment: masalah teratasi bagian. Planning: melanjutkan intervensi, ciri, identifikasi lokasi, intensitas nyeri, frekuensi, berikan teknik non farmakologis tarik nafas dalam dan aromaterapi lavender untuk meminimalisir nyeri, kolaborasikan pemberian analgetik jika perlu. Diagnosa gangguan eliminasi urine data subjektif: Pasien menggambarkan rasa terbakar di alat kelaminnya yang berangsur-angsur mereda. Produksi urin pasien adalah 1000 ml/8 jam, berwarna kemerahan, dan mengandung partikel-partikel kecil; menurut data objektif, tampak seperti terpasang kateter. Assessment: masalah gangguan eliminasi urine teratasi sebagian. Planning: lanjutkan intervensi, ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih, anjurkan meminum air yang cukup, anjurkan kepada pasien dan keluarga mengenai penggunaan urine bag, kolaborasi dengan obat analgetik jika perlu. Diagnosa resiko infeksi berkenaan dengan luka insisi. Data subjektif: pasien berkata terasa panas. Data objektif: pasien terpasang selang DJ stand di perut bagian kanan dan selang kateter pasien terpasang infus di tangan sebelah kanan. Asesmen: permasalahan resiko infeksi belum teratasi. Planning: intervensi dilanjutkan, mencuci tangan sebelum dan setelah perawatan, menjelaskan tanda dan gejala

infeksi, menganjurkan meningkatkan asupan makanan, meningkatkan cairan, GB luka pasien.

Evaluasi kedua Tn.M pada tanggal 20 Februari 2025 dengan diagnosa nyeri akut berkenaan dengan agen cedera fisik. Data subjektif: pasien menyatakan masih Nyeri di pinggang kanan post op nefrolitiasis. P: nyeri saat akan bergerak dari tempat tidur, bak. bersin. Q: garis layaknya tertusuk-tusuk. R: di pinggang kanan di luka bekas operasi. S: 5. T: mendadak. Pasien berkata nyerinya telah berkurang dan berkata sudah minum obatnya. Data objektif: pasien masih tampak meringis dan pucat ttv: TD: 129/83 mmhg. RR : 20 x /m . N: 98 x/m. Pasien terlihat pucat dengan mukosa bibir kering pasien tampak kooperatif. Asesmen: masalah teratasi sebagian. planning: lanjutkan intervensi, identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas, berikan teknik non farmakologis untuk meminimalisir nyeri yaitu tarik nafas dalam dan aroma terapi lavender dan kolaborasikan pemberian analgetik. Diagnosa gangguan eliminasi urine data subjektif: pasien berkata sedikit panas di area vitalnya yang terpasang kateter. Data objek : pasien terpasang selang kateter urine tampung 1500/8 jam, warna kuning kemerahan. Assessment: masalah teratasi bagian. Planning: melanjutkan intervensi, menganjurkan menimbang asupan cairan dan haluan urine menganjurkan minum air putih yang cukup . Diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan luka

insisi. Data subjektif pasien berkata tubuhnya masih terasa panas. Data objektif pasien masih terpasang gelang didisten dan selang kateter infus plester pasien terlihat kotor. Asesmen: permasalahan resiko infeksi belum dirpecahkan. Planning: lanjutkan intervensi melaksanakan hasil kolaborasi pemberian antipiretik dan antibiotik luka pasien.

Evaluasi ketiga Tn.M pada tanggal 21 Februari 2025 dengan diagnosa nyeri akut berkenaan dengan agen cedera fisik . Data subjektif: pasien berkata masih Nyeri di pinggang kanan. P: nyeri saat akan duduk bergerak dari tempat tidur, bersin, bak. Q: serasa tertusuk-tusuk. R: pinggang kanan bekas operasi. S: 3. T: mendadak, pasien berkata nyerinya mengurang tidak seperti sebelumnya, pasien mengatakan sudah minum obat. Data objektif: pasien tampak segar dan sudah tidak meringis ttv: TD: 120/69 mmhg. N: 80 x/m. RR: 19 x/m. S: 36.2c, pasien terlihat segar dengan mukosa bibir lembab dan tampak kooperatif. Assessment: masalah teratasi bagian. P: lanjutkan intervensi. Diagnosa keperawatan gangguan eliminasi urine. Data subjektif: Menurut pasien, suhu di area genitalnya telah mereda. Selang kateter urine pasien berwarna kuning dan berkapasitas 1500 cc/8 jam. Ini merupakan informasi yang objektif. Evaluasi: Frekuensi ISK membaik, menunjukkan bahwa masalah tersebut telah teratasi sebagian. Asesmen keperawatan: Potensi infeksi terkait dengan

lokasi sayatan. Pasien melaporkan merasa lebih dingin dari sebelumnya; ini merupakan contoh data subjektif. data objektif : terpasang selang DJ stand terpasang selang kateter, terpasang selang infus di tangan kanan plester tampak bersih. Assessment: masalah teratasi bagian . Planning: intervensi dilanjutkan.

- b. Evaluasi pertama Tn.S pada 3 Maret 2025 dengan diagnosis nyeri akut berkenaan dengan agen pencedera fisik, Data subyektif : pasien menyatakan Nyeri di pinggang kanan setelah dilakukan operasi nefrolitotomi. P: nyeri saat akan bergerak dari tempat tidur .Q:Nyeri seperti tertusuk-tusuk. R: Di bekas operasi perut kanan S:6. T:hilang timbul pasien berkata skala nyerinya 6 dari 10 pasien mengatakan nyerinya sedikit teralihkan sesudah dilaksanakan teknik tarik nafas dalam di Modifikasi aroma terapi lavender, Data obyektif : pasien tampak meringis lemah dan pucat ttv: TD: 148/89 mmhg. RR: 20 X/m . nadi: 82 X/m suhu. : 36, 0 C°. SPO2 :100% pasien tampak kooperatif dengan pemberian obat analgetik .Assasmen: masalah dapat diatasi setenaghnya. Planning: lanjutan intervensi, identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi dan intensitas nyeri berikan teknik Non farmakologi untuk meminimalisir nyeri berupa terapi relaksasi nafas dalam di modifikasi dengan aroma lavender kerjasama memberikan analgetik jika perlu. Intoleransi kegiatan berkenaan dengan kelemahan kelemahan data subyektif: pasien mengatakan habis

operasi pengangkatan batu ginjal di perut bagian kanan pasien mengatakan tidak nyaman saat akan bergerak Pada pinggang kanan dan merasa lemah serta mudah lelah. Pasien mengatakan akan mencoba menggerakkan tangan dan kakinya dengan bantuan perawat. Pasien mengatakan memahami anjuran untuk melakukan aktivitas secara bertahap. Data objektif: pasien tampak lesu dan kooperatif terhadap anjuran untuk latihan gerak pasif dan melakukan aktivitas secara bertahap. Assasment: masalah terpecahkan setengahnya. Planning: melanjutkan intervensi monitor lokasi dan ketidaknyamanan saat akan menjalankan aktivitas yang dianjurkan. Defisit perawatan diri berkenaan dengan kelemahan.

Data subyektif : Pasien berkata jarang mandi atau sibil dan kebetulan aktivitasnya dibantu oleh istri atau anak yang bergantian berjaga. Pasien mengatakan lebih nyaman saat tirainya ditutup pasien mengatakan menerima kondisi yang sekarang sedang sakit pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat. Data obyektif : pasien terlihat dibantu oleh istrinya saat akan mandi sibil pasien tampak nyaman dengan tirai tertutup pasien tampak lemah dan pucat, pasien tampak terbuka terhadap perawatan diri. Assasment : permasalahan bisa terpecahkan setengahnya. Planning : lanjutkan intervensi monitor tingkat keterampilan kemandirian, fasilitasi untuk menerima ketergantungan.

Evaluasi ke dua pada 4 Maret 2025 dengan diagnosa nyeri akut berkenaan dengan agen cedera fisik, Data subyektif pasien berkata masih Nyeri di pinggang kanan post of nefrolitiasis dextra P: nyeri saat akan bergerak dari tempat tidur. Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk. R: di pinggang kanan di bekas operasi. Skala:5. T: mendadak pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang dan mengatakan sudah minum obat. Data obyektif : pasien tampak meringis dan pucat ttv TD: 137/79 mmhg. S:36, 2 C. RR: 23x/m N : 98 X/m. pasien tampak pucat dengan mukosa bibir kering pasien tampak kooperatif. Assasment: Masalah ini sebagian telah diatasi melalui perencanaan: mempertahankan titik intervensi untuk menentukan lokasi, durasi, frekuensi, dan tingkat keparahan nyeri; menyediakan metode non-farmakologis untuk mengurangi nyeri, seperti pernapasan dalam dan aromaterapi lavender. Intoleransi kegiatan berkenaan dengan kelemahan Data subyektif : pasien mengatakan tidak nyaman saat duduk dengan semifowler atau setengah berbaring pasien mengatakan sudah mengikuti latihan aktivitas secara bertahap. Data objektif: pasien tampak pucat dan menjelaskan. Assasment: permasalahan bisa diatasi setengahnya. Planning: lanjutan intervensi monitor lokasi dan karakteristik dari ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas, dianjurkan melaksanakan kegiatan dengan mengikuti tahapan. Defisit perawatan diri berkenaan dengan kelemahan Data subyektif :

pasien mengatakan ketika sbin masih dibantu oleh istri pasien mengatakan optimis cepat sembuh agar mampu menjalankan aktivitas sehari-hari sama seperti saat sebelum sakit. Data obyektif: pasien tampak menjelaskan pasien tanpa optimis pada kesembuhan. Assesment : permasalahan bisa diatasi setengahnya. Planning: lanjutkan intervensi monitor tingkat kemampuan kemandirian fasilitas untuk menerima ketergantungan.

Evaluasi ketiga pada 5 Maret 2025 dengan diagnosis nyeri akut berkenaan dengan agen pencedera fisik, Data subyektif : pasien berkata masih Nyeri di pinggang kanan. P: nyeri saat akan duduk dan bergerak. Q: rasa tertusuk-tusuk. R: pinggang kanan bekas operasi. Skala: 3. T: mendadak pasien berkata sakitnya telah berkurang tidak seperti sebelumnya pasien berkata sudah minum obat. Data obyektif : pasien tampak segar dan sudah tidak meringis ttv sama dengan TD = 120/69 mmhg. N: 80 x/m . RR:20x/m. S : 36, 2 C, pasien terlihat segar dengan mukosa bibir lembab dan tampak kooperatif Assasment: permasalahan bisa diatasi setengahnya. Planning: lanjutan intervensi. Diagnosis intoleransi kegiatan berkenaan dengan kelemahan data subjektif: pasien berkata lokasi nyerinya masih sama di area pinggang dan terasa tidak nyaman saat akan bergerak karena terpasang selang DJ stand pada pinggang dan infus di tangan kiri pasien sudah mengikuti anjuran untuk miring kanan dan kiri serta mencoba untuk duduk

data objektif: pasien tampak menjelaskan dan terlihat segar tidak lesu serta kooperatif. Assasment: permasalahan bisa diatasi setengahnya. Planning: lanjutan intervensi. Diagnosis intoleransi kegiatan berkenaan dengan kelemahan data subjektif: pasien berkata sudah bisa makan sendiri dan untuk bibir masih dibantu oleh istrinya pasien mengatakan ya bergantung dan membutuhkan bantuan istri seperti pasien mengatakan optimis bumbu agar mampu mandi sendiri dan beraktivitas sendiri. Data objektif: pasien tampak kooperatif menjelaskan, tampak ceria dan bersemangat pasien terlihat optimis terhadap kesembuhannya. Asesmen: masalah teratasi bagian. planning: lanjutkan intervensi.

B. Pembahasan

Pada bagian pembahasan, penulis akan berbicara mengenai asuhan keperawatan pada Tn.M dan Tn.S dengan post operasi nefrolitiasis Dextra yang telah disesuaikan dengan teori yang ditemukan. Asuhan keperawatan pada Tn.M dan Tn.S dilakukan selama tiga hari yaitu dari tanggal 19 - 21 Februari di ruang Baitussalam I dan dari tanggal 3 -5 Maret 2025 di ruang Baitul izzah I RSI Sultan Agung Semarang. Dalam pembahasan ini Penulis akan membahas.Terkait bagaimana proses perjalanan mekanisme relaksasi nafas dalam di modifikasi dengan aromaterapi lavender dapat meredakan nyeri.

1. Pengkajian

Untuk memastikan pasien puas dengan perawatan yang mereka terima, perawat harus mengikuti proses keperawatan. Pengkajian merupakan titik awal dari semua prosedur keperawatan. Salah satu bagian terpenting dari keperawatan adalah melakukan evaluasi kesehatan fisik dan mental pasien untuk menentukan jenis perawatan yang dibutuhkan pasien (Akbarudin, 2023).

Kemudian pengkajian dimulai dari identifikasi pasien, identifikasi penanggung jawab pasien, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan keluarga, dan apa saja gejala-gejala yang dirasakan oleh pasien. Dalam proses penelitian, penulis tidak sulit sebab pasien cukup responsif dan kooperatif. Pasien dengan batu ginjal, biasanya gejala nya adalah nyeri kolik yang hebat di pinggang hingga tembus kebelakang. Maka perlu dilakukan peninjauan nyeri. Dengan mempelajari karakteristik (PQRST), nyeri dapat dievaluasi, dan pasien akan dapat menggambarkan gejala mereka dengan lebih tepat. Sulit untuk mengukur tingkat keparahan nyeri secara objektif karena setiap orang merasakan tingkat nyeri yang sama dengan cara yang berbeda-beda (Ristanti, , 2023).

Nyeri akut adalah sensasi atau emosi yang muncul selama kurang dari tiga bulan dan disebabkan oleh kerusakan jaringan aktual atau fungsional. Nyeri ini dapat timbul secara mendadak atau bertahap, dan tingkat keparahannya bervariasi dari ringan hingga berat. Ada berbagai pendekatan dalam perawatan nyeri, baik melalui penggunaan obat – obat

(farmakologis) maupun tanpa obat – obat (non – farmakologis) (Fajri et al., 2022)

Pengertian nefrolitiasis sendiri adalah salah satu penyakit yang dimana ditemui batu yang memiliki komponen seperti semacam kristal serta matriks organik yang dapat menimbulkan terbentuknya kelainan pada saluran kencing. Posisi batu ginjal selalu ditemukan di kaliks ataupun pelvis serta apabila keluar hendak menyudahi serta bisa menutup pada wilayah ureter (batu ureter) serta pula kandung kencing (batu kandung kencing). Batu ginjal ini bisa tercipta dari kalsium, batu oksalat, kalsium oksalat, ataupun dapat dari kalsium fosfat. Tetapi diantara itu, seluruhnya yang sangat selalu berlangsung terjadi pada batu ginjal ialah batu kalsium (Widiani, 2020).

Dalam pengkajian yang dilakukan penulis menyadari banyak terdapat kekurangan pada penulisan dokumentasi asuhan keperawatan, Ada pengkajian yang sebenarnya perlu dikaji lebih mendalam, namun penulis belum mengkaji secara lengkap. Penulis akan membahas beberapa data evaluasi yang tidak terdokumentasi, termasuk yang berkaitan dengan kekhawatiran pasien tentang gejala mereka (seperti ketidaknyamanan di sisi kanan pinggang, yang merupakan bekas luka dari operasi), tidak mencantumkan informasi terkait alasan masuk klien secara rinci dan jelas, penulis juga kurang dalam mengkaji terkait riwayat kesehatan lingkungan pasien apakah klien bertempat tinggal di daerah yang terdapat aliran air kapur atau tidak penulis seharusnya mengkaji lebih dalam kesehatan

lingkungan yang berkaitan dengan penyakit yang dialami klien atau nefrolitiasis. Pada riwayat kesehatan lalu, penulis seharusnya mencantumkan tanggal atau tahun kapan prosedur pembeahan sebelumnya dilakukan, pada pengkajian pola eliminasi penulis juga kurang dalam memperhatikan dimana klien mengatakan bahwa klien kesulitan saat BAK penulis juga kurang saat bertanya pada klien terkait frekuensi BAK nya sebelum sakit dan sesudah sakit, Pada pengkajian pola aktifitas dan latihan setelah sakit, penulis kurang mengkaji bagaimana aktifitas dan latihan klien setelah operasi dan perlu dicantumkan juga pengkajian dilakukan hari ke berapa post operasi nefrolitotomi. Pada pola nutrisi penulis harusnya mencantumkan seberapa banyak air yang di konsumsi oleh klien sebelum sakit apakah mencukupi kebutuhan nya atau tidak, Pada pola kognitif – persepsi sensori penulis seharusnya mengkaji lebih lanjut apa yang menjadi alasan utama terapi relaksasi nafas dalam di modifikasi dengan aroma lavender dibutuhkan oleh pasien untuk mengurangi nyerinya, Pada pengkajian abdomen, penulis seharusnya mengkaji lebih lanjut bagaimana kondisi luka post operasi klien dan mengkaji lebih lanjut seperti apa kotor yang dimaksud pada balutan luka klien, penulis seharusnya menjelaskan lebih lengkap posisi luka pasien dan bentuk ukuran luka pada pasien, pada penulisan obat penulis kurang memperhatikan terkait penulisan dosis obat seberapa banyak yang di berikan kepada klien serta kapan waktu yang efektif untuk pemberian analgetik agar tidak merubah waktu istirahat pasien, dan pada saat

pemberian terapi penulis perlu memerhatikan terkait penilaian *Numeric scale* yaitu memberikan sebelum dan sesudah klien di berikan terapi untuk mengecek ke efektifan terapi tersebut. Pada tahap pengkajian, keahlian dalam mengenali permasalahan perawatan menjadi penentu strategi perencanaan. Perencanaan yang digariskan akan di ikuti oleh tahapan implementasi dan evaluasi. Karena itu, pengkajian haruslah dikerjakan secara seksama agar segala kebutuhan perawatan klien dapat teridentifikasi dengan sempurna (Nisa, 2024).

Berdasarkan dari hasil pengkajian didapatkan sebuah data pemeriksaan fisik dan keluhan utama pasien yaitu nyeri pada bagian abdomen kanan bawah karena adanya bekas post operasi yang telah dilakukan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dalam penegakan dan memprioritaskan diagnosi keperawatan, penulis mengambil landasan teori menggunakan buku SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia).

a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)

Menurut (PPNI, 2018) Definisi keperawatan untuk nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan fungsional atau nyata; nyeri dapat dimulai secara tiba-tiba atau bertahap; intensitasnya dapat berkisar dari sedang hingga parah; dan nyeri tidak boleh berlangsung lebih dari tiga bulan. Pada diagnosa ini gejala dan tanda mayornya pasien berbicara nyeri

dan tanda minornya tidak ada. Pada saat melakukan pengkajian terhadap klien Tn.M dan Tn.S, penulis menemukan suatu keluhan yang sama dirasakan oleh pasien yang mengatakan bahwa nyeri pada bagian luka post operasi di bagian abdomen kanan dan nyeri tersebut timbul saat pasien banyak bergerak. Batasan karakteristik nyeri diantaranya mengeluh nyeri, ekspresi wajah menunjukkan meringis dan gelisah. Oleh karena itu penulis bisa menyimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang sesuai dengan keluhan klien Tn.M dan Tn. S adalah nyeri akut (PPNI, 2018)

b. Gangguan Eliminasi urin b.d efek tindakan medis (oprasi saluran kemih) .

Standar Diagnosa Kperawatan Indonesia (PPNI, 2018)
Seseorang yang mempunyai masalah pembuangan urine akan mempunyai pola urine yang tidak teratur. Gejala dan tanda mayor subjektif yaitu urin menetas (dribbling), sering buang air kecil, mengompol dan gejala dan tanda mayor objektif yaitu distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas. Gejala dan tanda mayor subjektif tidak tersedia dan mayor objektif yaitu tidak tersedia. Pada saat melakukan pengkajian terhadap klien Tn.M, penulis menemukan suatu keluhan yang di rasakan oleh pasien yang mengatakan bahwa di area kemaluan nya terasa panas dan tidak nyaman di karenakan adanya selang kateter yang terpasang untuk membantu mengeluarkan urin yang belum tuntas sebelum nya. Oleh karena itu penulis bisa

menyimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang sesuai dengan keluhan pasien adalah gangguan eliminasi urin (PPNI, 2018)

c. Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) (PPNI, 2018)

Risiko infeksi dikenal sebagai risiko yang lebih tinggi untuk diserang oleh organisme patogen. Gangguan kronis (seperti diabetes melitus), operasi invasif, malnutrisi, dan paparan mikroorganisme lingkungan yang lebih tinggi merupakan variabel-variabel yang meningkatkan risiko infeksi. Gangguan peristaltik, integritas epidermis, sekresi pH, fungsi silia, ruptur membran (baik prematur maupun berkepanjangan), merokok, dan stasis cairan tubuh merupakan contoh pertahanan primer yang tidak memadai. Pertahanan sekunder yang tidak memadai dalam tubuh meliputi kadar hemoglobin rendah, immunosupresi, jumlah sel darah putih rendah, supresi respons inflamasi, dan imunisasi yang tidak memadai. Diabetes melitus, prosedur invasif, AIDS, luka bakar, PPOK, terapi steroid, penyalahgunaan obat, PPRM, kanker, immunosupresi, limfedema, leukositopenia, dan gangguan fungsi hati merupakan beberapa kondisi klinis terkait. Pada saat melakukan pengkajian terhadap klien Tn.M, penulis menemukan suatu keluhan yang di rasakan oleh klien yang mengatakan bahwa klien merasa badan nya terasa panas, plaster nya kotor dan sedikit terkelupas efek dari ketidak tahuan merawat lukanya. Oleh karena itu penulis bisa

menyimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang sesuai dengan keluhan pasien adalah resiko infeksi.(PPNI, 2018)

d. Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan (D.0056)

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) Energi yang tidak memadai untuk melakukan aktivitas sehari-hari dicirikan sebagai intoleransi aktivitas, suatu diagnosis keperawatan. Apa yang menyebabkan perubahan status kesehatan? Gejala intoleransi aktivitas meliputi: kekurangan oksigen, kelemahan, imobilitas, tirah baring, dan kehidupan yang monoton. Gejala-gejala berikut harus ada agar perawat dapat mendiagnosis intoleransi aktivitas: pasien harus mengeluh kelelahan ekstrem, dan detak jantung pasien harus meningkat lebih dari 20% dari kondisi istirahat. Pada saat menjalankan peninjauan terhadap klien Tn.S, penulis menemukan suatu keluhan yang di rasakan oleh klien yang mengatakan bahwa klien merasa badan nya terasa panas, plaster nya kotor dan sedikit terkelupas efek dari ketidak tahuan akan cara merawat lukanya. Oleh karena itu penulis bisa menyimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang sesuai dengan keluhan pasien adalah resiko infeksi.(PPNI, 2018)

e. Defisit Perawatan Diri. b.d kelemahan

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) Ketidakmampuan untuk melakukan atau menyelesaikan tugas perawatan diri sendiri disebut sebagai defisiensi perawatan diri dalam keperawatan. Pasien

menunjukkan gejala dan tanda subjektif yang signifikan berikut: kurangnya minat dalam perawatan diri; ketidakmampuan untuk mandi, berpakaian, makan, pergi ke kamar kecil, atau merapikan diri secara mandiri; dan penolakan untuk melakukan perawatan diri, penulis menemukan suatu keluhan yang di rasakan oleh klien yang mengatakan bahwa klien jarang sibin dan untuk kebutuhan lain nya seperti ganti baju, membuang urin, berhias diri, sampai bab di bantu oleh istri dan anak nya yang bergantian menjaga. Oleh karena itu penulis bisa menyimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang relavan dengan keluhan pasien adalah defisit perawatan diri.(PPNI, 2018)

3. Intervensi

Intervensi adalah suatu perencanaan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien, dengan memperhatikan empat hal diantaranya menentukan prioritas masalah, menetapkan tujuan intervensi, menetapkan intervensi sesuai kebutuhan pasien, dan aktivasi selama perawatan (Akbardin, 2023)

a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)

Pada diagnosa pertama, penulis menyusun intervensi keperawatan selama 3x8 jam dengan intervensi diantaranya memonitor TTV, mengidentifikasi lokasi nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, jelaskan strategi untuk meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik (SIKI, 2018)).

Intervensi utama yang dilaksanakan oleh penulis ialah mengajarkan teknik nonfarmakologi pemberian terapi relaksasi nafas dalam di modifikasi dengan aromaterapi lavender untuk menurunkan rasa nyeri yang diderita oleh klien yaitu Tn.M dan Tn.S.(SIKI, 2018)

b. Gangguan eliminasi urin b.d efek tindakan medis & diagnosa (D.0040)

Pada diagnosa kedua, penulis menyusun intervensi keperawatan selama 3x8 jam dengan intervensi diantaranya, memonitor eliminasi urin (frekuensi, warna, hasil pasien berkemih menggunakan selang kateter), latih bak sesuai jadwal jika perlu.(SIKI, 2018)

c. Resiko infeksi b.d prosedur invasif

Pada diagnosa ketiga, penulis menyusun intervensi keperawatan selama 3x8 jam dengan intervensi diantaranya, memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik pertahankan teknik aseptik pada pasien, ajarkan tanda dan gejala infeksi, berikan perawatan kulit pada luka pasien .(SIKI, 2018)

d. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan

Pada diagnosa kedua Tn.S, penulis menyusun intervensi keperawatan selama 3x8 jam dengan intervensi diantaranya, identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor lokasi dan ketidak nyaman saat menjalankan kegiatan, melatih rentan gerak aktif dan pasif, mengajarkan aktifitas.(SIKI, 2018)

e. Defisit perawatan diri b.d kelemahan

Pada diagnosa ketiga Tn.S, penulis menyusun intervensi keperawatan selama 3x8 jam dengan intervensi diantaranya, monitor tingkat kemandirian, mengadakan suasana yang terapeutik dan tenang agar pasien nyaman fasilitasi pasien untuk menerima ketergantungannya anjurkan menjalankan perawatan diri yang konsisten sesuai pasien (SIKI, 2018)

4. Implementasi

Implementasi keperawatan ialah sebuah tindakan yang dilaksanakan oleh perawat untuk memecahkan masalah kesehatan klien, mencapai status kesehatan yang baik, dan menjelaskan hasil yang diinginkan (Akbaridin, 2023)

a. Nyeri akut b, d agen pencedera fisik (D.0077)

Penulis melakukan implementasi pada tanggal 19 -21 Februari 2025 dan pada tanggal 3- 5 Maret 2025. berdasarkan masalah keperawatan yang muncul pada Tn.M dan Tn.S maka tindakan yang dilakukan penulis adalah berupa memonitor TTV, mengidentifikasi lokasi nyeri, mengidentifikasi skala nyeri dan diperoleh data subjektif pasien menyatakan nyeri pada bagian perut bagian kanan sampai ke pinggang belakang P : nyeri saat bergerak, Q : seperti ditusuk- tusuk, R : nyeri pada perut kanan bekas operasi, S : skala nyeri 6, T : hilang timbul. Didapatkan hasil data nyeri berkurang selama 3 hari perawatan dari skala 6 berkurang jadi skala 3 atau termasuk pada klasifikasi nyeri ringan. Kemudian penulis memberikan terapi non-farmakologi perut

bagian bawah kiri P : nyeri saat bergerak, Q : seperti ditusuk- tusuk, R: nyeri pada perut bawah kiri, S : skala nyeri 6, T : hilang timbul. Di dapatkan hasil data ke dua klien dengan nyeri berkurang selama 3 hari perawatan dari skala 6 berkurang jadi skala 3 atau termasuk pada klasifikasi nyeri ringan. Kemudian penulis memberikan terapi non-farmakologi dengan meminta pasien untuk mencoba terapi nafas dalam yang dimodifikasi dengan aromaterapi lavender agar pasien memerasa lebih tenang dan tidak khawatir akan penyakit dan nyeri yang dirasakannya. Dengan respon objektif pasien nampak rileks, tenang. klien merasa nyerinya sedikit teratasi, setelah melakukan terapi dan klien tampak nyaman.

Relaksasi pernapasan dalam dan aromaterapi lavender berperan penting dalam meredakan nyeri dengan memanfaatkan mekanisme fisiologis yang saling mendukung. Teknik pernapasan dalam meningkatkan oksigenasi tubuh dan merangsang sistem saraf parasimpatis, yang berkontribusi pada pengurangan stres dan ketegangan otot. Sementara itu, aroma lavender mempunyai efek menenangkan yang bisa meminimalisir kecemasan dan menaikkan rasa nyaman. Analisis menyimpulkan bahwa menghirup aroma lavender dapat menstimulasi reseptor penciuman yang berhubungan dengan pengurangan persepsi nyeri. Kombinasi kedua teknik ini menciptakan lingkungan yang mendukung relaksasi, sehingga mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan. Selain itu, aromaterapi lavender juga

dapat meningkatkan kualitas tidur, yang penting untuk proses penyembuhan. Dengan demikian, penerapan relaksasi pernafasan yang dimodifikasi dengan aroma lavender dapat menjadi intervensi efektif dalam manajemen nyeri.(kintan, 2024)

b. Gangguan eliminasi urin b.d efek tindakan medis.

Penulis melakukan implementasi pada tanggal 19 - 21 Februari 2025 berdasarkan masalah keperawatan yang muncul, maka implementasi yang penulis lakukan adalah melakukan pengkajian terkait keluhan pasien, memonitor terkait eliminasi urin , frekuensi, aroma, warna, volume hasil dari pasien berkemih menggunakan selang.Mengukur output urin. Diperoleh data subjektif pasien menyatakan rasa panas di area kemaluan nya sedikit hilang, pasien mengatakan keluarganya belum ada yang membuang urin yang ada di urin bag nya, pasien mengatakan tidak nyaman di area kemaluan nya. Di dapatkan data objektif pasien terpasang selang kateter untuk membantu pasien mengeluarkan urin beserta residu- residu, tampak urin tampung pasien 1000/ 8 jam terdapat partikel – partikel kecil. Kemudian Penulis melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan pasien dengan menjelaskan serta melatih pasien terkait blader training agar pasien bisa kembali berkemih dengan normal kembali tanpa menggunakan selang kateter.Penulis menyatakan implementasi selama 3 hari dan didapatkan data subjektif pasien menyatakan sudah merasa telah merasa lebih baik dan ingin selang

kateternya segera di lepas. Didapatkan data objektif pasien nampak sedikit tidak nyaman dengan adanya selang kateter di area genitalia nya.

c. Resko infeksi b.d efek prosedur invasif.

Penulis melakukan implementasi pada tanggal 19- 21 Februari 2025 berdasarkan masalah keperawatan yang muncul, maka implementasi yang penulis lakukan adalah berupa melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, melakukan tindakan ganti balut dengan prinsip aseptik, memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu. Diperoleh data subjektif pasien menyatakan badan nya terasa panas S: 36, 9. Pasien senang saat di ganti perban nya. Di dapatkan data objektif pasien tampak terpasang selang Dj stand dan kateter di area genitalia nya pasien juga terpasang infus di tangan kiri, pasien tampak pucat, tampak luka pasien bagus tidak ada pes nya. Kemudian Penulis melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan pasien dengan menjelaskan serta melatih pasien terkait cara mencuci tangan yang benar agar ketika menyentuh lukanya, tidak semakin memperburuk. Di dapatkan data objektif pasien nampak kooperatif dan antusias terkait penjelasan yang di sampaikan.

d. Intoleransi aktifitas b.d kelemahan

Penulis melakukan implementasi pada tanggal 3- 5 Maret 2025 berdasarkan masalah keperawatan yang muncul, maka implementasi

yang penulis lakukan adalah identifikasi kendala kegunaan tubuh yang menyebabkan lelah, monitor lokasi dan tidak nyaman saat menjalankan latihan rentang gerak pasif, anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap . Di dapatkan data objektif pasien mengatakan habis oprasi batu yang ada di ginjal nya di ambil, pasien mengatakan badanya masih terasa neri dan tidak nyaman saat di gerak kan, pasien mengataka akan mencoba terkait saran yang di berikan oleh perawat yakni latihan mobilisasi miring kanan kiri.pasien mengatakan saat di coba untuk duduk stengah berbaring 30 derajat masih terasa tidak nyaman . Di dapatkan data objektif pasien terlihat lesu, pasien juga terlihat lemah dan lemas, pasien tampak memahami terkait apa yang di sampaikan oleh perawat untuk menjalankan aktivitas secata bertahap, pasien tampak pucat. Kemudian Penulis menjalankan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan pasien dengan Membantu pasien untuk menjalankan akifitas nya sesuai tahapan dengan membantu pasien untuk belajar duduk, berpindah dari kasur ke kursi roda . Di dapatkan data objektif pasien nampak segar dan tidak lesu, pasien tampak ceria serta bersemangat dalam mekukan aktifitas nya.

e. Defisit perawatan diri b.d kelemahan.

Penulis melakukan implementasi pada tanggal 3- 5 Maret 2025 berdasarkan masalah keperawatan yang muncul, maka implementasi yang penulis lakukan adalah monitor tingkat kemandirian, menyediakan tindakan dengan terapeutik yakni suasana yang nyaman

dan tenang untuk pasien .fasilitasi pasien untuk menerima ketergantungan nya, minta pasien untuk melakukan perawatan diri secara konsisten. Di dapatkan data objektif pasien mengatakan jarang sibin dan kebutuhan aktifitas nya di bantu oleh istri dan anak nya yang bergantian menjaganya, pasien mengatakan lebih nyaman saat tirain nya di tutup, pasien mengatakan menerima terkait kondisi nya yang sekarang sedang sakit, pasien mengatakan akan mengikuti anjuran terkait apa yang di sampaikan oleh perawat, pasien mengatakan semangat untuk kembali sembuh. Di dapatkan data objektif pasien tampak di bantu oleh istrinya dalam melakukan pemenuhan kebutuhannya, pasien tampak lemah dan pucat, pasien tampak terbuka terkait anjuran dan saran, pasien terlihat optimis terhadap kesembuhannya . Kemudian Penulis melakukan pemberian fasilitas untuk membantu pasien dalam beraktifitas seperti menyediakan dan membantu pasien pindah ke kursi roda untuk melihat suasana luar. Di dapatkan data objektif pasien nampak optimis ingin cepat sembuh agar mampu melakukan aktivitas nya kembali seperti semula.

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi perawatan adalah kegiatan menentukan apakah rencana perawatan efektif, apa rencana perawatan selanjutnya, memodifikasi rencana, dan menghentikan rencana perawatan (kamal, 2024)

a. Nyeri akut b, d agen pencedera fisik (D.0077)

Dalam melakukan evaluasi keperawatan pada Klien Tn.M dan Tn.S, penulis tidak mengalami kesulitan apapun dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Evaluasi pada diagnosa pertama dilaksanakan pada Tn.M dan Tn.S dalam 3 hari yang dimulai pada 19-21 Februari – 3-5 Maret 2025. Pada evaluasi hari pertama kedua klien diperoleh tujuan serta kriteria hasil yang belum tercapai dan masalah belum teratasi. Evaluasi hari kedua penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sedikit teratasi dan masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulangi intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Evaluasi hari ketiga penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sudah teratasi sebagian dan masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulang intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Berdasarkan evaluasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis setelah memberikan diperoleh tujuan serta kriteria hasil yang belum tercapai dan masalah belum teratasi. Evaluasi hari kedua penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sedikit teratasi dan masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulangi intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Evaluasi hari ketiga penulis dapat menyimpulkan bahwa masalah sudah teratasi sebagian dan masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulang intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Berdasarkan evaluasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis setelah memberikan terapi relaksasi nafas dalam di modifikasi dengan

aromaterapi lavender selama 3 hari pada pasien dengan nyeri akut post op nefrolitiasis di ruang Baitus Salam 1 dan Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang diperoleh hasil studi kasus pasien mengatakan nyerinya berkurang dan ditandai dengan keluhan nyeri yang diderita pasien berkurang dari skala nyeri 6 turun jadi skala nyeri 5 sampai dengan menjadi skala 3. Oleh karena itu, penulis merencanakan untuk intervensi dipertahankan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) Penerapan terapi relaksasi nafas dalam di modifikasi dengan aromaterapi lavender pada pasien nyeri akut post op nefrolitiasis dapat merilekskan tubuh dan pikiran, mengendalikan emosi, mempengaruhi pengembangan diri, dan penyembuhan gangguan psikososial, dan dapat menurunkan tingkat rasa nyeri.

b. Gangguan eliminasi urin b.d efek tindakan medis

Dalam melakukan evaluasi keperawatan pada diagnosa kedua Tn. M, penulis melakukan selama 3 hari mulai 19-21 Februari 2025. Pada evaluasi hari pertama diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai dan masalah belum teratasi serta masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulangi intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Evaluasi hari kedua diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai dan masalah sedikit teratasi serta masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulangi intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Evaluasi hari ketiga diperoleh tujuan dan kriteria hasil sudah teratasi sebagian dan masih

harus melanjutkan intervensi yaitu mengulang intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Oleh karena itu, penulis merencanakan untuk intervensi di pertahankan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

c. Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif.

Dalam melakukan evaluasi keperawatan pada diagnosa ketiga Tn.M, penulis melakukan dalam 3 hari mulai 19-21 Februari 2025. Pada evaluasi hari pertama diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai dan masalah belum teratasi serta masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulangi intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Evaluasi hari kedua diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai dan masalah sedikit teratasi serta masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulangi intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Evaluasi hari ketiga diperoleh tujuan dan kriteria hasil sudah teratasi sebagian dan masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulang intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Oleh karena itu, penulis merencanakan untuk intervensi di pertahankan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

d. Intoleransi aktifitas b.d kelemahan .

Dalam melakukan evaluasi keperawatan pada diagnosa kedua Tn.S, penulis melakukan selama 3 hari mulai tanggal 3-5 Maret 2025. Pada evaluasi hari pertama diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai

dan masalah belum teratasi serta masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulangi intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Evaluasi hari kedua diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai dan masalah sedikit teratasi serta masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulangi intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Evaluasi hari ketiga diperoleh tujuan dan kriteria hasil sudah teratasi sebagian dan masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulang intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Oleh karena itu, penulis merencanakan untuk intervensi di pertahankan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

e. Defisit perawatan diri b.d kelemahan.

Dalam melakukan evaluasi keperawatan pada diagnosa ketiga Tn.S, penulis melakukan selama 3 hari mulai tanggal 3-5 Maret 2025. Pada evaluasi hari pertama diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai dan masalah belum teratasi serta masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulangi intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Evaluasi hari kedua diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai dan masalah sedikit teratasi serta masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulangi intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Evaluasi hari ketiga

diperoleh tujuan dan kriteria hasil sudah teratasi sebagian dan masih harus melanjutkan intervensi yaitu mengulang intervensi yang sudah dilakukan sampai dengan hasil yang maksimal. Oleh karena itu, penulis merencanakan untuk intervensi di pertahankan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

C. Keterbatasan Studi Kasus.

Studi kasus terkait implementasi pemberian terapi relaksasi nafas dalam dimodifikasi dengan aromaterapi lavender pada pasien nyeri akut di RSI Sultan Agung Semarang yang dilakukan selama 3 hari mengalami beberapa keterbatasan selama melaksanakan studi kasus, diantaranya :

1. Penulis kesulitan dalam mendapatkan referensi dan teori-teori tentang terapi nafas dalam yang dimodifikasi dengan aromatherapy lavender untuk nefrolitiasis sebab bahasan mengenai teori itu masih terbatas.
2. Pasien belum terbiasa dengan aroma lavender saat hari kesatu sebab terapi itu ialah pengalaman baru bagi pasien.
3. Penulis mengambil kasus sesudah operasi dilakukan kepada pasien
4. Tidak adanya dokumentasi berupa foto/video pada saat implementasi karena klien dan keluarga tidak berkenan untuk di dokumentasikan.
5. Dalam melakukan pemeriksaan fisik ada beberapa pemeriksaan yang tidak langsung dilakukan oleh penulis tetapi hanya melihat dari catatan medis.
6. Penulis tidak menggunakan lavende dengan kadar 5% atau minyak lavender murni .



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 19-21 February sampai dengan tanggal 03-05 Maret 2025 pada pasien nyeri akut di ruang Baitussalam 1 dan Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang dengan memberikan terapi relaksasi nafas dalam dimodifikasi dengan aromatherapy lavender untuk meminimalkan skala nyeri nefrolitiasis post operasi pcnl yang diawali dengan pengajian keperawatan, analisis data atau rumusan masalah, intervensi, pelaksanaan dan evaluasi. Dari hasil studi kasus, penulis bisa merumuskan simpulan sebagai berikut. Dari hasil studi kasus, penulis bisa menyimpulkan :

1. Hasil dari pengkajian Tn.M dan Tn.S mempunyai masalah yang sama yaitu nyeri akut yang disebabkan oleh bekas luka operasi pengangkatan batu ginjal dengan metode pcnl yang hal ini menyebabkan pasien kesulitan dalam beraktivitas. pasien. penulis menerapkan terapi relaksasi nafas dalam dimodifikasi dengan aromatherapy lavender bertujuan untuk membantu pasien meredakan rasa nyeri yang dialami.
2. Berdasarkan analisa data nyeri akut merupakan diagnosa yang utama yang harus ditegakkan oleh penulis .
3. Intervensi yang direncanakan untuk asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn. S dan Tn. A dengan Nyeri Akut di RSI SULTAN AGUNG SEMARANG meliputi 6 intervensi yang akan diterapkan pada pasien.

memonitor TTV, mengidentifikasi lokasi nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, menjelaskan tata cara untuk meminimalisir nyeri, mengajari tata cara nonfarmakologi untuk meredakan nyeri, kerjasama pemberian analgetik. Penulis memfokuskan pada intervensi yang ke lima ialah cara meredakan nyeri menggunakan terapi tarik nafas dalam yang di modifikasi menggunakan aromaterapi lavender .

4. Implementasi yang telah dilakukan penulis masih belum sempurna, serta implementasi relaksasi nafas dalam di modifikasi dengan aroma terapi lavender efektif untuk menurunkan rasa nyeri .
5. Evaluasi yang diperoleh penulis yaitu pasien mampu melakukan terapi terutama terapi nafas dalam yang di kombinasikan dengan aroma lavender yang diajarkan penulis pada implementasi dengan dibuktikan kedua pasien ada perubahan dalam 3 hari, diperoleh hasil ialah pasien menyatakan nyeri mulai mereda diindikasikan dengan skala nyeri turu dari 6 menjadi 5 sampai dengan menjadi skala 3, dan pasien mengatakan nyaman setelah dirasa nyeri berkurang.

B. Saran

1. Untuk institusi pendidikan Hasil studi kasus ini diinginkan bisa bermanfaat bagi lembaga pendidikan baik untuk bahan ajar maupun praktik dunia nyata bagi peserta didik.
2. Bagi institusi rumah sakit Salah satu Tindakan non farmakologis adalah terapi relaksasi nafas pada dimodifikasi dengan aromatherapy lavender yang dapat di gunakan untuk mengurangi skala nyeri pada pasien.rumah sakit bisa melaksanakan terapi itu sebagai salah satu Tindakan atau tata cara oprasional yang di aplikasikan untuk pasien yang dapat di gunakan untuk mengurangi skala nyeri pada pasien nefrolitiasis yang mengeluh nyeri.
3. Bagi Masyarakat Hasil studi ini diharap jadi tambahan pemahaman baru bagi Masyarakat bahwa terapi relaksasi nafas dalam dimodifikasi dengan aromatherapy lavender dapat di terapkan dalam penanganan nyeri.
4. Bagi peneliti berikutnya Hasil studi kasus ini bisa menjadi salah satu sumber rujukan untuk menjalankan studi kasus berikutnya dengan memperhatikan batasan menjalankan studi kasus berikutnya dengan melihat batasan yang ada pada studi kasus ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, R. H., & Provinsi, M. (2025). FAKTOR-FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN NEPHROLITHIASIS DI RSUD DR. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG. *Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Malahayati* 2Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Malahayati, 12(1), 30–37. <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kesehatan> FAKTOR-FAKTOR
- Akbardin, S. (2023). ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN KASUS POST OP BATU GINJAL DIRUANG BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG. *FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG*.
- Ardita, A., Permatasari, D., & Sholihin, R. M. (2022). Diagnosis: Urolithiasis. *Lab Animal*, 32(8), 24–25. <https://doi.org/10.1038/labam0903-24>
- Bilqishti, A. R., Prasetyo, B., & Romadhoni, R. (2023). Korelasi Ukuran Batu Ginjal dengan Jumlah Dilakukan ESWL di Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada Tahun 2019. *Jurnal Surya Medika*, 9(2), 120–125. <https://doi.org/10.33084/jsm.v9i2.3618>
- Calista, M., Zulfiqar, Y., & Gustia, R. (2021). Hubungan Stone Burden dengan Penurunan Hemoglobin Pasca Operasi Percutaneous Nephrolithotomy di RSUP DR. M. Djamil Padang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 2(1), 54–61. <https://doi.org/10.25077/jikesi.v2i1.527>
- dr. Kevin Adrian. (2024). Memahami Prosedur Nefrostomi dan Cara Perawatannya. *Alodokter*. <https://www.alodokter.com/memahami-prosedur-nefrostomi-dan-cara-perawatannya>
- Hadibrata, E., & Suharmanto. (2022a). Pekerjaan dan Pola Istirahat Berhubungan Dengan Kejadian Batu Ginjal. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(3), 61–70. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/download/83/65>
- Hadibrata, E., & Suharmanto, F. et al. (2022b). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Batu. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(3), 1041–1046.
- kamal, muhammad farras. (2024). IMPLEMENTASI PEMBERIAN TERAPI MUSIK ALAM. *Universitas Islam Sultan Agung, nefrolitiasis*. <http://repository.unissula.ac.id/id/eprint/37010>
- Lailah, N. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn. K Dengan Batu Ureter Post Op

Ureterolitotomi Hari Ke 0 Di Ruang Baitus Salam 1 Rsi Sultan *Karya Tulis Ilmiah*. http://repository.unissula.ac.id/31275/1/Keperawatan%28D3%29_40902000069_fullpdf.pdf

Maysari. (2023). *Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan Aromaterapi Lavender Pada Pasien Post Prostatektomi Dengan Masalah Nyeri Akut Di Rumah Sakit Mardi Waluyo Kota Metro Tahun 2023*. 6–47.

Ni'mah, U. M. (2024). Implementasi aromateraphy lavender terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien ureterolithiasis. *UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG*. https://repository.unissula.ac.id/37060/1/Keperawatan%28D3%29_40902100002_fullpdf.pdf

Nisa, khoirun S. et al. (2024). IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI BENSON UNTUK MENGURANGI NYERI PADA TN. H POST PERCUTANEUS NEFROLITOTOMI (PCNL) DEXTRA DIRUANG BAITUSSALAM I RSI SULTAN AGUNG SEMARANG. *UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG*, 15(1), 37–48.

Nojaba L, G. N. (2022). *Hubungan antara Jenis Batu Ginjal Staghorn dan Non-Staghorn dengan Manifestasi Klinis Pasien*. StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559227/>

noviana, winda, & jesika dkk et al. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TN. J DENGAN DIAGNOSIS MEDIS NEFROLITIASIS POST OPERASI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY DI RUANG ANGGREK A RSUD dr. H JUSUF SK. *FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS BORNEO TARAKAN*.

PPNI, T. P. S. D. (2018). *STANDAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN INDONESIA* -. <https://adoc.pub/standar-diagnosis-keperawatan-indonesia.html>

putri, Angela, N. (2023). ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. T DENGAN NEFROLITIASIS POST OP NEFROLITOTOMI DIRUANG BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG. *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. T DENGAN NEFROLITIASIS POST OP NEFROLITOTOMI DIRUANG BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG*.

Ria Gustirini1, Lilis Susanti2, R. A. (2024). PEMBERIAN AROMATERAPI LAVENDER UNTUK MENGURANGI NYERI PERSALINAN KALA I FASE AKTIF. *JURNAL INSPIRASI KESEHATAN*, 2(1), 70–83. <https://jika.ikestmp.ac.id/index.php/jika/article/view/8/4>

Ristanti, M. & W. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn. K Dengan Pre Operasi Nefrolitiasis Dextra Sinistra Di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung

Semarang. Universitas Islam Sultan Agung.
http://repository.unissula.ac.id/23694/2/40901800055_fullpdf.pdf

Safitri, A. D., Inayati, A., Ayubbana, S., Keperawatan, A., & Wacana, D. (2025). IMPLEMENTATION OF A COMBINATION OF DEEP BREATHING RELAXATION AND DZIKIR AGAINST ANXIETY IN PRE-OPERATIVE. *Jurnal Cendikia Muda*, 5(2).

salatin, milcha, azka et al. (2024). *MENGATASI NYERI PADA PASIEN DENGAN BATU URETER POST OP URETERORENOSCOPY URETRA SINISTRA HARI KE 1*.

Saputra, R. M. (2023). Pengaruh Kombinasi Teknik Relaksasi Genggam Jari dan Inhalasi Aromaterapi Lavender Terhadap Skala Nyeri Pasien Post Operasi BPH Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung. *Universitas Islam Sultan Agung*.
[https://repository.unissula.ac.id/30101/1/Ilmue Keperawatan_30901900189_fullpdf.pdf](https://repository.unissula.ac.id/30101/1/Ilmue%20Keperawatan_30901900189_fullpdf.pdf)

SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1 Cetakan II (Vol. 2, Issue 2, p. 183).

sulistiyowati, rena. (2024). Implementasi kombinasi tarik napas dalam, aromaterapi lavender, dan murrotal surah ar- rahman pada pasien g3p2a0 intranatal kala 1 fase aktif dengan gangguan nyeri melahirkan. *Asuhan Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang*.

Suseno. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Rupture Uretra Pre & Post Operasi Uretrocytoscopy Di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang. *Karya Tulis Ilmiah*.
[https://repository.unissula.ac.id/31165/1/Keperawatan %28D3%29_40902000013_fullpdf.pdf](https://repository.unissula.ac.id/31165/1/Keperawatan%20D3%29_40902000013_fullpdf.pdf)

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SLKI). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 312.

Uneputty, Y. F., Duarsa, G. W. K., Yudiana, I. W. Y., Santosa, I. K. B., Tirtayasa, P. M. W., Pramana, I. B. P., Mahadewa, T. G. . M., & Oka, A. A. G. (2020). Perbedaan proporsi antara lokasi batu, skin-to-stone distance, kekerasan batu, ukuran batu pada computed tomography stonografi serta index massa tubuh dan fungsi ginjal dengan angka bebas batu pasca extracorporeal shock wave lithotripsy pada pasien batu gi. *Medicina*, 51(1), 40–45. <https://doi.org/10.15562/medicina.v51i1.732>

Wafa, et al. (2024). Implementasi Terapi Relaksasi Benson Pada Pasien Dengan post Op Nefrolitotomi di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang. *Universitas Islam Sultan Agung Semarang*, 4(1), 1–23.