

**IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI BENSON PADA PASIEN  
DENGAN POST OP NEFROLITOTOMI DI RUANG BAITUSSALAM 1  
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

**Karya Tulis Ilmiah**



**Disusun Oleh :**

**Nama : Wisnu Aliansah**

**NIM : 40902200057**

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

**2025**

**IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI BENSON PADA PASIEN  
DENGAN POST OP NEFROLITOTOMI DI RUANG BAITUSSALAM 1  
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

**Karya Tulis Ilmiah**

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



**Disusun Oleh :**

**Nama : Wisnu Aliansah**

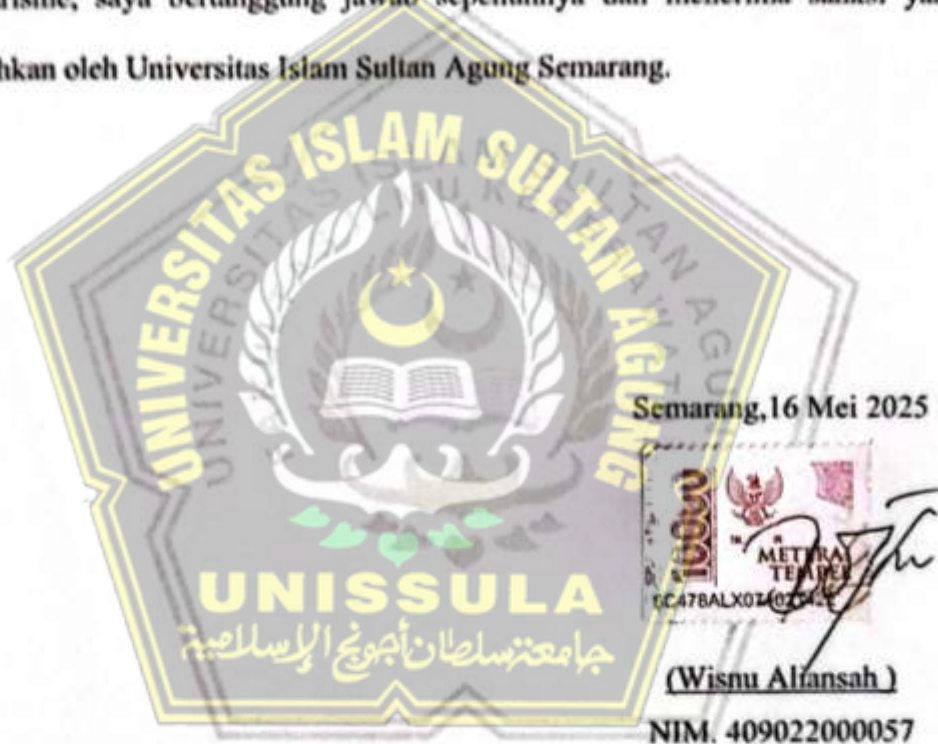
**NIM : 40902200057**

**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 saya ini saya susun tanpa adanya tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari saya ternyata melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.



## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim  
penguji karya tulis ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Unissula pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 15 Mei 2025



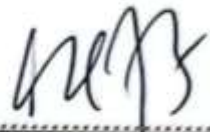
## HALAMAN PENGESAHAN

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

Semarang, 16 Mei 2025

Penguji I

Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep., Sp.Kep.MB  
NIDN : 06-0203-7603



Penguji II

Dr. Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN  
NIDN : 06-0510-8901



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Dr. Iwan Ardian, SKM., S.Kep., M.Kep.  
NIDN : 06-2208-7403

# **IMPLEMENTASI TERAPI RELAKSASI BENSON PADA PASIEN DENGAN POST OP NEFROLITOTOMI DI RUANG BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Wisnu Aliansah<sup>1</sup>, Ahmad Ikhlasul Amal<sup>2</sup>

D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung, Semarang  
Indonesia

Email: [aliansyahsyarif2@gmail.com](mailto:aliansyahsyarif2@gmail.com)<sup>1</sup>, [ahmad.ikhlasul@unissula.ac.id](mailto:ahmad.ikhlasul@unissula.ac.id)<sup>2</sup>

## **ABSTRAK**

**Latar Belakang :** Nefrolitiasis merupakan suatu keadaan terdapatnya batu (kalkuli) di ginjal. Batu ginjal terbentuk pada tubuli ginjal kemudian berada di kaliks, pelvis ginjal. Batu ginjal batu yang terdapat pada saluran kemih, batu ini terdiri dari kristal, kalsium (Sapitry Purba et al., 2021). Pada kasus nefrolitiasis disarankan untuk menghindari konsumsi makanan tinggi oksalat, protein, dan kalsium, kurang minum air putih, dan seringnya menahan buang air kecil. Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien nefrolitiasis ESWL (Extracorporeal Shockwave Lithotripsy), PCNL (Percutaneous Nephro Litholapaxy), bedah terbuka, endourologi, terapi konservatif dan terapi eksplusif medikamentosa (TEM), BNO-IVP, Sitoskopi, CT SCAN.

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

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

**Hasil :** Hasil yang didapatkan selama implementasi relaksasi terapi benson nyeri pasien yang mulanya skala 5 menjadi 3.

**Kata kunci :** nefrolitiasis, relaksasi benson, baitussalam



## ABSTRACT

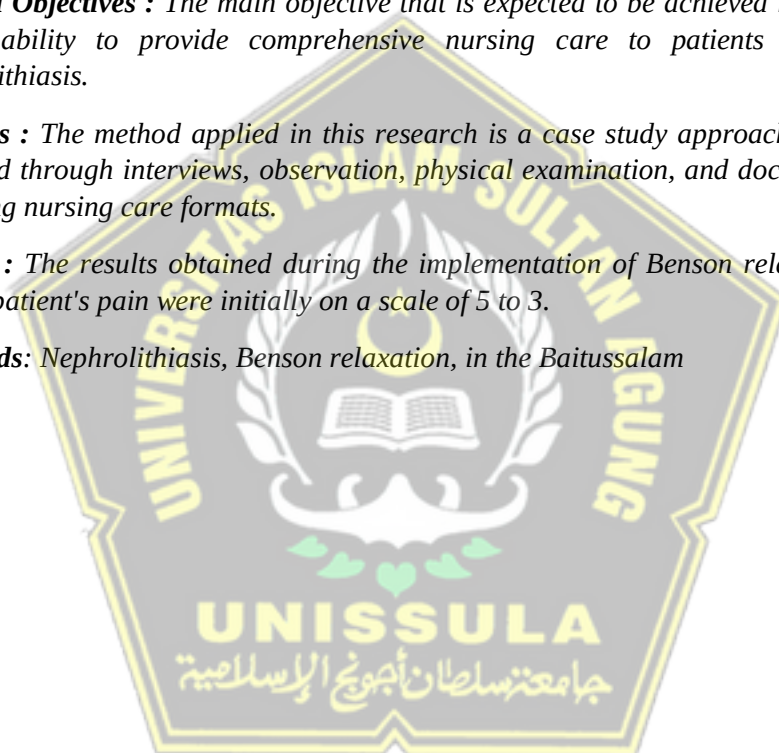
**Background :** Nephrolithiasis is a condition where there are stones (calculi) in the kidneys. Kidney stones form in the renal tubules and then reside in the calyces, the renal pelvis. Kidney stones are stones found in the urinary tract, these stones consist of crystals, calcium. In cases of nephrolithiasis, it is recommended to avoid consuming foods high in oxalate, protein and calcium, not drinking enough water, and frequently holding in urination. Examinations that can be carried out on nephrolithiasis patients are ESWL (Extracorporeal Shockwave Lithotripsy), PCNL (Percutaneous Nephro Litholapaxy), open surgery, endourology, conservative therapy and exclusive medical therapy (TEM), BNOIVP, Cytoscopy, CT SCAN.

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

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

**Results :** The results obtained during the implementation of Benson relaxation therapy for the patient's pain were initially on a scale of 5 to 3.

**Keywords:** Nephrolithiasis, Benson relaxation, in the Baitussalam



## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum wr.wb*

Puji syukur kepada Allah SWT berkat Rahmat, Hidayah dan Karunia-Nya kepada kita semua sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Implementasi Terapi Relaksasi Benson Pada Pasien Dengan Post Op Nefrolitotomi di Ruang Baitussalam 1 Rsi Sultan Agung Semarang”. Laporan karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar ahli madya keperawatan pada program Diploma 3 di jurusan Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Penulis menyadari dalam penulisan karya tulis ilmiah ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih pada :

1. Bapak Prof. Dr. Gunarto, SH.,M.Hum., Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Dr. Iwan Ardian, SKM., S.Kep.,M.Kep Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Ns. Indra Tri Astuti, M.kep.,Sp.Kep.An Selaku Kaprodi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Dr. Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN selaku dosen pembimbing saya yang telah meluangkan waktu serta tenaganya dalam memberikan bimbingan, ilmu, dan nasihat yang berharga, serta memberikan pelajaran buat saya tentang arti sebuah usaha, tawakal, dan kesabaran yang akan



mendorong semangat penulis.

5. Ibu Dr.Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku dosen pembimbing II saya sekaligus dosen penguji saya yang telah sabar dalam meluangkan waktu serta tenaganya dalam memberikan bimbingan dan ilmu yang bermanfaat dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh dosen dan civitas akademika Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal berupa ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi.
7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Orang Tua saya Sukarno dan Puji Hastutik, adik saya Athaya serta mbah saya yang telah banyak memberikan bantuan doa, selalu menyemangati saya serta memberikan dorongan dan perhatian kepada saya selama ini
9. Teman- teman saya mahasiswa D3 Keperawatan 2022 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan Lembaga kemahasiswaan organisasi Badan Eksekutif Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan yang saling mendoakan, membantu, mensupport satu sama lain, mendukung, menyemangati serta berjuang Bersama.
10. Teman dekat saya yang tidak bisa saya sebut satu per satu yang selalu berperan dalam proses penyelesaian pendidikan ini yang selalu

menyemangati, mendukung, membantu dalam proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.

11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu atas segala dukungan, semangat, ilmu dan pengalaman yang diberikan.

12. Terakhir, saya ucapkan terimakasih untuk diri saya sendiri karena telah mampu berusaha keras dan berjuang sejauh ini, mampu mengatur waktu, tenaga, pikiran, serta mampu mengendalikan diri dari berbagai tekanan diluar keadaan dan tak pernah menyerah dalam menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah sebaik dan semaksimal mungkin. Proses ini merupakan sebuah pencapaian yang perlu dibanggakan untuk diri sendiri.

penulis menyadari bahwa didalam penulisan laporan ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh itu kritik dan saran sangat diharapkan untuk mencapai hasil yang baik.

*Wassalamu'alaikum wr.wb*

Semarang, 16 Mei 2025

Penulis

Wisnu Aliansah  
NIM. 40902200057

## DAFTAR ISI

|                                             |      |
|---------------------------------------------|------|
| HALAMAN JUDUL.....                          | i    |
| SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....    | ii   |
| HALAMAN PERSETUJUAN.....                    | iii  |
| HALAMAN PENGESAHAN.....                     | iv   |
| ABSTRAK .....                               | v    |
| ABSTRACT .....                              | vi   |
| KATA PENGANTAR .....                        | vii  |
| DAFTAR ISI.....                             | x    |
| DAFTAR GAMBAR .....                         | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN.....                        | xiv  |
| BAB I PENDAHULUAN.....                      | 1    |
| A. Latar Belakang .....                     | 1    |
| B. Rumusan Masalah .....                    | 5    |
| C. Tujuan Penelitian.....                   | 5    |
| D. Manfaat Penelitian.....                  | 6    |
| BAB II TINJAUAN TEORI .....                 | 7    |
| A. Konsep Dasar Penyakit Nefrolitiasis..... | 7    |
| 1. Pengertian.....                          | 7    |
| 2. Etiologi.....                            | 7    |
| 3. Patofisiologi .....                      | 8    |
| 4. Pemeriksaan Diagnostik.....              | 9    |
| 5. Manifestasi klinis .....                 | 10   |
| 6. Penatalaksanaan Nefrolitiasis.....       | 12   |
| 7. Komplikasi .....                         | 13   |
| B. Konsep Dasar Keperawatan .....           | 15   |
| 1. Pengkajian keperawatan.....              | 15   |
| 2. Diagnosis Keperawatan.....               | 22   |
| 3. Intervensi Keperawatan.....              | 25   |
| 4. Implementasi Keperawatan.....            | 29   |

|                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5. Evaluasi Keperawatan .....                                       | 29        |
| 6. Tindakan Keperawatan/implementasi SOP terapi relaksasi benson .. | 30        |
| <b>BAB III METODE STUDI KASUS .....</b>                             | <b>34</b> |
| A. Jenis/Desain Rancangan Studi Kasus .....                         | 34        |
| B. Subyek Studi Kasus .....                                         | 34        |
| C. Fokus Studi .....                                                | 34        |
| D. Definisi Operasional Fokus Studi .....                           | 34        |
| E. Instrumen Studi Kasus .....                                      | 35        |
| F. Metode Pengumpulan Data .....                                    | 36        |
| 1. Wawancara .....                                                  | 36        |
| 2. Observasi dan pemeriksaan fisik .....                            | 37        |
| 3. Studi dokumentasi dan format asuhan keperawatan .....            | 37        |
| G. Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....                               | 37        |
| 1. Lokasi : .....                                                   | 37        |
| 2. Waktu : .....                                                    | 37        |
| H. Analisa Data dan Penyajian Data .....                            | 37        |
| I. Etik Studi Kasus .....                                           | 38        |
| 1. <i>Inform Consent</i> (persetujuan menjadi klien) .....          | 38        |
| 2. <i>Confidentiality</i> (Kerahasiaan) .....                       | 38        |
| 3. Prinsip manfaat .....                                            | 39        |
| 4. Prinsip menghormati manusia .....                                | 39        |
| 5. Prinsip keadilan .....                                           | 39        |
| <b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>                | <b>41</b> |
| A. Hasil Studi Kasus .....                                          | 41        |
| 1. Identitas .....                                                  | 41        |
| 2. Pengkajian .....                                                 | 42        |
| 3. Pemeriksaan Fisik .....                                          | 50        |
| 4. Data penunjang .....                                             | 53        |
| 5. Analisa Data .....                                               | 55        |
| 6. Diagnosa Keperawatan .....                                       | 58        |
| 7. Intervensi Keperawatan .....                                     | 58        |

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| 8. Implementasi Keperawatan..... | 60 |
| 9. Evaluasi Keperawatan.....     | 65 |
| B. Pembahasan.....               | 70 |
| 1. Pengkajian.....               | 71 |
| 2. Diagnosis Keperawatan.....    | 72 |
| 3. Intervensi Keperawatan.....   | 74 |
| 4. Implementasi Keperawatan..... | 75 |
| 5. Evaluasi Keperawatan.....     | 78 |
| C. Keterbatasan.....             | 80 |
| BAB V PENUTUP.....               | 81 |
| A. Kesimpulan.....               | 81 |
| B. Saran.....                    | 83 |
| DAFTAR PUSTAKA.....              | 85 |
| LAMPIRAN.....                    | 88 |



## DAFTAR GAMBAR

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| Gambar 2.1 Pathway .....                     | 15 |
| Gambar 3.1 <i>Numeric rating scale</i> ..... | 36 |





## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Informed Consent

Lampiran 2. Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 3. Askep

Lampiran 4. Lembar Hasil Konsultasi Bimbingan KTI



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Nefrolitiasis atau batu ginjal merupakan endapan keras menyerupai batu akibat kristalisasi berbagai mineral dan garam yang terbentuk di dalam ginjal. Salah satu jenis batu ginjal yang memenuhi pelvis renalis sampai mengenai dua atau lebih kaliks renalis, sehingga membentuk gambaran seperti tanduk rusa disebut staghorn stone yang dapat ditangani melalui tatalaksana pembedahan nefrolitotomi terbuka yakni metode pembedahan mayor yang meliputi insisi ke dalam ginjal untuk mengangkat batu ginjal (Samudera & Akhada Maulana, 2022). Batu ginjal adalah gumpalan keras yang terbentuk dari penumpukan mineral tertentu di dalam ginjal. Jenis yang paling umum berasal dari kalsium yang bercampur dengan oksalat atau fosfat. Selain itu, batu juga bisa terbentuk dari asam urat, terutama jika kadarnya tinggi dalam urine. Batu-batu ini sering kali terbentuk di bagian panggul ginjal atau kelopak ginjal, dan bisa menimbulkan rasa sakit ketika bergerak ke saluran kemih (Hadibrata, 2023).

Nefrolitiasis atau batu ginjal merupakan salah satu penyakit kronis yang menempati peringkat ke dua setelah hipertensi. Salah satu penyebab kenaikan kesakitan di sebagian dunia dan kematian terbanyak dibagian urologi di seluruh dunia. Faktor risiko batu ginjal dapat dikendalikan untuk menurunkan morbiditas (Wicaksono & Padmonobo, 2023). Tanda- tanda batu ginjal yang menghalangi tractus urinarius biasanya disertai dengan nyeri

pinggang dan berlanjut hingga bagian bawah dari traktus urinarius. Batu ginjal bisa ditemukan di berbagai bagian saluran kemih, mulai dari kelopak ginjal (kaliks), saluran penghubung ginjal ke kandung kemih (ureter), kandung kemih (buli-buli), hingga saluran kencing (uretra). Batu ini bisa saja terbentuk di ginjal lalu turun ke bagian bawah saluran kemih, atau justru terbentuk langsung di saluran kemih bagian bawah. Hal ini bisa terjadi jika aliran urine terhambat atau tidak lancar, misalnya karena pembesaran prostat yang menyebabkan urine tertahan di kandung kemih, atau karena batu terbentuk di dalam saluran uretra itu sendiri. Penyebab terbentuknya batu ginjal berhubungan dengan gangguan aliran urine, gangguan metabolik, infeksi saluran kemih, dehidrasi, diet mengandung purin, obat-obatan dan keadaan-keadaan lain yang masih belum terungkap (Suprayitna & Fatmawati, 2021).

Data Riskesdas tahun 2021 menunjukkan kasus gagal ginjal menjadi peringkat ke empat di Indonesia dengan jumlah 1.417.104 dari total 19.617.272 kasus. (Kemenkes RI, 2021). Data Indonesia Renal Registry (IRR) menunjukkan, jumlah pasien aktif yang menjalani hemodialysis sebanyak 77.892 orang, sementara pasien baru adalah 30.843 orang. Provinsi Jawa Tengah menempati urutan keenam dari 33 provinsi, yaitu dengan jumlah tindakan hemodialysis rutin perbulan sejumlah 65.755 tindakan. Jumlah penyakit gagal ginjal kronik di Jawa Tengah mencapai 131.846 jiwa dan menjadi provinsi tertinggi di Indonesia, Jawa Tengah menduduki urutan kedua dengan angka mencapai 113.045 jiwa (Sulistyaningsih et al., 2024).

Menurut Dinkes 2021 di kota Semarang menunjukkan ada sekitar 328 ribu kasus penyakit tidak menular di mana sebanyak 993 kasus adalah pasien gagal ginjal. Sementara urutan tertinggi masih didominasi oleh penyakit kencing manis (diabetes) dan hipertensi.

Banyak faktor internal dan eksternal mempengaruhi tanda dan gejalanya. Faktor internal mempengaruhi seperti usia, jenis kelamin, obesitas dan keturunan salah satunya. Makanan yang mengandung oksalat, protein, kalsium, minum sedikit air putih, dan sering menahan BAK adalah penyebab atau faktor risiko batu ginjal. Faktor-faktor seperti diet dapat menyebabkan endapan batu ginjal. Empat jenis batu ginjal yaitu batu kalsium, asam urat, struvit dan sistin. Batu ginjal kecil dapat menyebabkan iritasi saluran kemih karena bergerak dari ginjal ke kandung kemi, ureter dan uretra (Aryani & Riyandry, 2022).

Terapi farmakologis dan non-farmakologis 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. PCNL (Percutaneous Nephro Litholapaxy), ESWL (Extracorporeal Shockwave Lithotripsy), dan TEM (terapi eksplusif medikamentosa) ialah contoh terapi eksklusif. Namun dapat digunakan bersamaan dengan jamuan dan obat herbal, berolahraga secara teratur, minum banyak air putih, menghindari alkohol dan makanan instan, tidak menahan BAK, dan menjaga kebersihan organ intim. Sedangkan terapi non farmakologis salah satunya tehnik relaksasi benson ini bekerja dengan

berkonsentrasi pada kalimat tertentu sambil menarik nafas dalam dengan pasrah kepada sang pencipta. Pernapasan panjang memungkinkan karbon dioksida dilepaskan, yang membantu pemurnian darah dan melindungi jaringan otak dari kurangnya oksigen. Terapi relaksasi Benson menggunakan ajaran agama untuk membantu semua otot merelaksasi. Dengan menyebutkan banyak kalimat ritual dan konsep yang tidak menyenangkan berulang kali, ini bertujuan untuk mengurangi ketegangan dan memusatkan perhatian pada satu hal. Teknik latihan napas yang disebut teknik relaksasi Benson dipakai untuk mengatasi kecemasan, sakit kepala, sakit punggung, hipertensi, insomnia, dan stres. Tubuh akan menjadi lebih rileks, melepaskan ketegangan selama situasi yang penuh tekanan, dan tetap aman dari bahaya jika melakukannya dengan benar dan teratur (Aryani & Riyandry, 2022).

Teknik relaksasi Benson telah dibuktikan pada penelitian lain guna mengurangi rasa sakit. Sebelum intervensi, tekanan darah rata-rata tercatat 165,53 mmHg dan 91,60 mmHg, yang menurun menjadi 87,27 mmHg (Abdurrosid et al., 2022). Berkonsentrasi pada kata atau kalimat tertentu dengan ritme teratur dan menarik nafas dalam dengan pasrah kepada Tuhan Yang Maha Esa adalah teknik relaksasi yang digunakan Benson. Kekurangan oksigen mencegah kerusakan jaringan otak dengan menghirup oksigen dan mengeluarkan karbondioksida (CO<sub>2</sub>) untuk membersihkan darah (Suprayitna & Fatmawati, 2021).

Berdasarkan latar belakang yang telah ditulis, penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul “Implementasi Terapi Relaksasi

Benson Pada Pasien Dengan Post Op Nefrolitiasis Di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang”.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan dengan implementasi terapi relaksasi Benson untuk mengatasi nyeri pada pasien post op Nefrolitotomi?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan umum**

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

### **2. Tujuan khusus**

- a. Memahami konsep dasar penyakit Nefrolitiasis pada pasien meliputi pengertian, etilogi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, komplikasi serta penatalaksanaan medis.
- b. Melakukan pengkajian keperawatan dan pengumpulan data pada pasien dengan post op Nefrolitotomi.
- c. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Nefrolitiasis.
- d. Menentukan dan melakukan intervensi tindakan keperawatan pada pasien dengan Nefrolitiasis.
- e. Melakukan implentasi pada pasien dengan Nefrolitiasis.
- f. Mengevaluasi pasien dengan Nefrolitiasis mengenai tindakan keperawatan yang diberikan.

- g. Melakukan tindakan asuhan keperawatan secara menyeluruh pada pasien dengan Nefrolitiasis.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Bermanfaat sebagai sumber daya dalam memberikan pemahaman lebih lanjut mengenai proses pembelajaran asuhan keperawatan bagi pasien yang menderita nefrolitiasis.

##### **2. Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Keperawatan**

Diharapkan hasil studi kasus yang telah dilakukan ini dapat memberikan manfaat sebagai informasi dan masukan bagi perawat ketika melakukan perawatan Nefrolitiasis agar kualitas pelayanan keperawatan meningkat.

##### **3. Bagi Masyarakat**

Bisa dipergunakan sebagai bahan untuk memperluas ilmu pengetahuan dan informasi keperawatan pada Nefrolitiasis.





## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit Nefrolitiasis**

##### **1. Pengertian**

Batu ginjal ialah kristal kecil terdiri dari mineral dan garam ditemukan dalam kencing, ginjal, atau saluran kemih. Mereka dapat kambuh menjadi kurang efektif, dan mengabaikan kebiasaan hidup sehat. Massa padat yang terbuat dari kristal endapan urin yang menyumbat saluran kemih dikenal sebagai nefrolitiasis (Sapitry Purba et al., 2021). Nyeri yang menjalar ke bawah dari pinggang ialah salah satu indikasi bahwa batu ginjal menghalangi aliran air kemih. Pembentukan batu dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar kalsium, oksalat, dan asam urat dalam tubuh atau penurunan sitrat, zat kimia yang menghambat produksi batu (Wicaksono & Padmonobo, 2023).

##### **2. Etiologi**

Ada dua jenis penyebab nefrolitiasis: faktor intrinsik (usia, jenis kelamin, dan keturunan) dan faktor ekstrinsik (lokasi, seperti cuaca dan suhu), pekerjaan, jumlah air yang dikonsumsi, diet, dan kondisi medis (Shastri et al., 2023a).

Penyebab yang berpengaruh pembentukan batu ginjal yaitu

- a. Faktor gaya hidup dan nutrisi, seperti konsumsi protein dan garam yang tinggi dan rendahnya konsumsi sitrat, serat, dan makanan alkali.

- b. Problem metabolik seperti hiperkalsiuria, hiperfosfaturia, hiperoksaluria, hiperurikosuria, hipositraturia, dan riwayat gout.
- c. Genetik.
- d. Kelainan anatomi: penyakit ginjal polistik dan gunjal tapal kuda.
- e. Hipertensi.
- f. Obesitas.
- g. Gangguan hiperglikemia.
- h. Infeksi saluran kemih.
- i. Perubahan iklim, keadaan geografis dan variasi musim.

### 3. Patofisiologi

Perkembangan batu dari mineral dan garam dikenal sebagai nefrolitiasis. Sering tertahan di urin, obesitas, kurang minum, infeksi saluran kemih, dan genetik adalah faktor risiko batu ginjal. Selain itu, batu dapat mengandung bahan-bahan yang tidak biasa, seperti struvit, magnesium, ammonium, dan asam urat, atau bahkan kombinasi dari bahan-bahan tersebut. Batu ginjal dapat terdiri dari dua jenis: batu yang menurunkan pH urin, seperti batu asam urat, atau batu yang menaikkannya, seperti batu kalsium bikarbonat. Faktor-faktor lain dari pembentukan batu termasuk kebiasaan makan, penggunaan obat-obatan, dan kadar bahan kimia yang tinggi yang menghasilkan batu dalam darah atau urin (Shastri et al., 2023a).

Ada kemungkinan batu ginjal terjadi karena sesuatu yang menghambat aliran urin, menghambat urin dari satu tempat ke tempat

lain di saluran kemih. Batu kalsium dan oksalat atau fosfat yang menyertai gout adalah kondisi yang dapat pada perawatan kesehatan juga merupakan salah satu risiko batu ginjal atau nefrolisis karena peningkatan ekskresi kalsium, oksalat, dan asam urat. menyebabkan resorpsi tulang, seperti penyakit ginjal, dan imobilisasi tulang. Selain itu, batu asam urat yang menyertai gout dapat menyebabkan peningkatan atau pengurangan ekskresi asam urat. Kegemukan dan obesitas. Penyumbatan saluran kemih dapat menjadi masalah jika terjadi di bagian saluran kemih di hulu batu. Jika penyumbatan terjadi di atas kandung kemih, maka dapat menyebabkan hidronefrosis, yaitu peradangan pada pelvis ginjal dan sistem saluran pendukung, atau hidroureter, yaitu ureter yang membengkak dalam air kemih dan harus segera ditangani. Ketidakseimbangan elektrolit dan cairan dapat terjadi karena hidronephrosis, yang menyebabkan ketidakmampuan untuk menekan urin. Ini juga dapat menyebabkan gagal ginjal. Dan setiap kali ada obstruksi aliran urin, atau stagnasi, dan kemungkinan jika bakteri terus berkembang, kanker ginjal dapat muncul karena peradangan dan cedera ulang yang terjadi (Xiong & Surgery, 2022).

#### **4. Pemeriksaan Diagnostik**

Pemeriksaan penunjang laboratorium dan radiologi

##### **a. Pemeriksaan laboratorium**

- 1) Sedimen urine terdiri dari kristal-kristal pembentuk batu, seperti leukosituria dan hematuria

- 2) Fungsi ginjal adalah untuk menemukan kemungkinan penurunan fungsi ginjal dan mempersiapkan pasien untuk foto intravaskular (IVP).
- 3) Pemeriksaan elektrolit mencakup kadar kalsium, oksalat, fosfat, dan asam urat dalam darah dan urine.

b. Pemeriksaan radiologi

- 1) Foto polos perut (FPA) untuk mengetahui apakah ada udara bebas di dalam rongga perut.
- 2) Pemeriksaan Intra Vena Pielografi (IVP) dilaksanakan guna mengevaluasi kondisi dan fungsi ginjal, serta mendeteksi batu semi-opak atau non-opak yang tidak terlihat pada foto polos abdomen.
- 3) BNO-IVP, untuk melihat sistem urinaria dari ginjal, ureter, vesica urinaria, menggunakan media kontras positif yang dimasukkan lewat pembuluh darah.
- 4) CT scan, dengan atau tanpa medium kontras, menunjukkan batu, obstruksi ureter, dan gangguan ginjal lain.
- 5) Sitoskopi, digunakan untuk memvisualisasikan mengangkat batu dari kandung kemih dan ureter distal (Hadibrata, 2023).

## 5. Manifestasi klinis

Penderita batu saluran kemih biasanya mengalami gejala simptomatis, seperti nyeri, saat BAK, atau nyeri pada pinggang atau perut bagian bawah. Gejala yang ditimbulkan oleh batu saluran kemih

dapat bervariasi dari tidak bergejala (asimtomatis) hingga bergejala hingga gagal ginjal.

a. Nyeri

Nyeri biasanya tergantung pada lokasi batu. Di ginjal, nyeri dapat berbentuk kolik atau tidak. ketika batu turun ke ureter yang sempit, yang menyebabkan peregangan ureter, itu dapat menyebabkan nyeri kolik ginjal. Sebaliknya, nyeri yang tidak terkait dengan kolik ginjal dapat disebabkan oleh penekanan pada kapsul ginjal. Pada BSK distal, nyeri dikirim ke suprapubis vulva wanita dan skrotum pria. Pada BSK ureter bagian tengah, nyeri dirasakan di daerah perut bagian bawah.

b. Hematuria

Pasien biasanya mengeluh tentang urin yang keruh, yang menunjukkan adanya sel epitel atau berwarna merah seperti air teh, terutama jika ada obstruksi ureter. Gambar eritrosit dalam urin dapat dilihat melalui pemeriksaan urinalisis lengkap.

c. Demam

Gejala demam pada batu saluran kemih adalah tanda kegawatdarutan karena dapat menyebabkan urosepsis.

d. Infeksi

Stasis dan obstruksi di bagian proksimal sumbatan, batu saluran kemih seringkali dikaitkan dengan infeksi sekunder. Infeksi dapat menyebabkan peradangan pada saluran kemih, yang dapat

memperburuk obstruksi yang sudah ada. Infeksi dapat menyebabkan peradangan yang parah dan menyebabkan pus yang dapat berkembang menjadi fistula renokutan.

e. Mual dan muntah

Karena blok pada saluran kemih bagian atas, orang sering mengalami muntah dan mual (Angela Putri, 2023).

## 6. Penatalaksanaan Nefrolitiasis

Batu yang menyumbat saluran kemih sebaiknya dikeluarkan secepatnya guna menghindari konsekuensi yang lebih serius. Jika batu saluran kemih menyebabkan hambatan, infeksi, atau diambil karena alasan sosial, maka perlu dilakukan tindakan atau terapi. Tindakan endourologi, bedah laparaskopi, atau terapi ESWL mengeluarkan batu.

a. ESWL (*Extracorporeal Shockwave Lithotripsy*)

Tanpa prosedur atau anestesi yang mengganggu, alat ini dapat memecah batu ginjal, ureter proksimal, atau buli-buli. Karena batu dipecah menjadi potongan-potongan kecil, maka mengeluarkannya melalui saluran kemih menjadi lebih mudah. Partikel batu yang dikeluarkan sering kali menyebabkan nyeri kolik dan darah dalam air seni.

b. Medikamentosa

Bila batu berukuran lebih kecil dari 5 mm, pengobatan dianjurkan karena diperkirakan batu akan keluar dengan sendirinya. Tujuan terapi adalah penggunaan pemberian diuretikum untuk memperlancar

aliran urine dan mengurangi nyeri. Untuk membantu mengeluarkan batu dari saluran kemih, mereka disarankan untuk minum banyak air.

c. Endourologi

Guna mengeluarkan batu dengan cara yang tidak terlalu mengganggu, teknik endourologi pertama-tama memecah batu di dalam saluran kemih sebelum memakai alat yang ditempatkan langsung ke dalam saluran kemih.

d. Bedah laraskopi

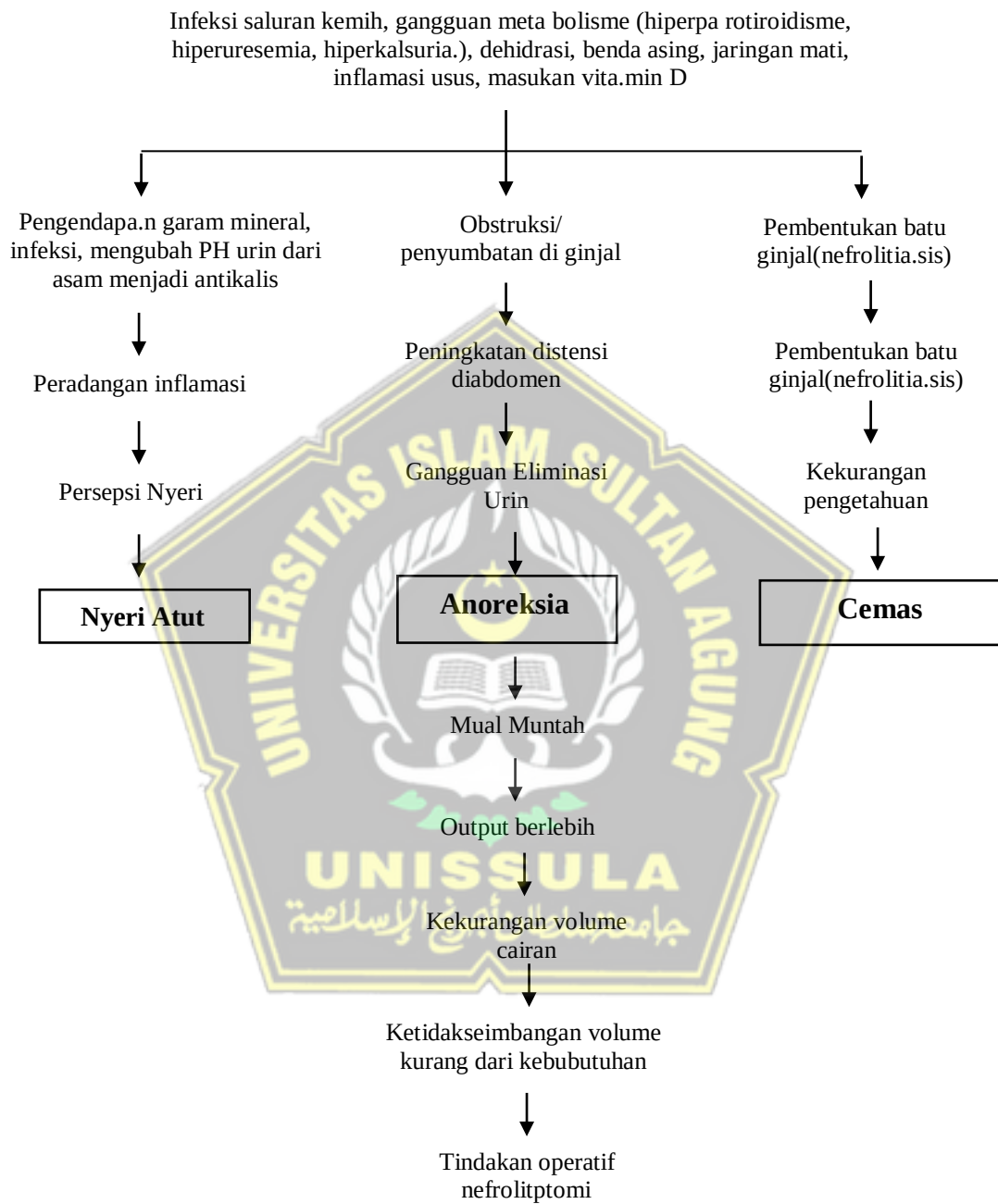
Batu saluran kemih sering kali diangkat dengan memakai pembedahan laparaskopi. Piclolithotomy, juga dikenal sebagai nephrolithotomy, dipakai guna mengangkat batu dari saluran ginjal, dan ureterolithotomy dipakai guna mengangkat batu dari ureter(Xiong & Surgery, 2022).

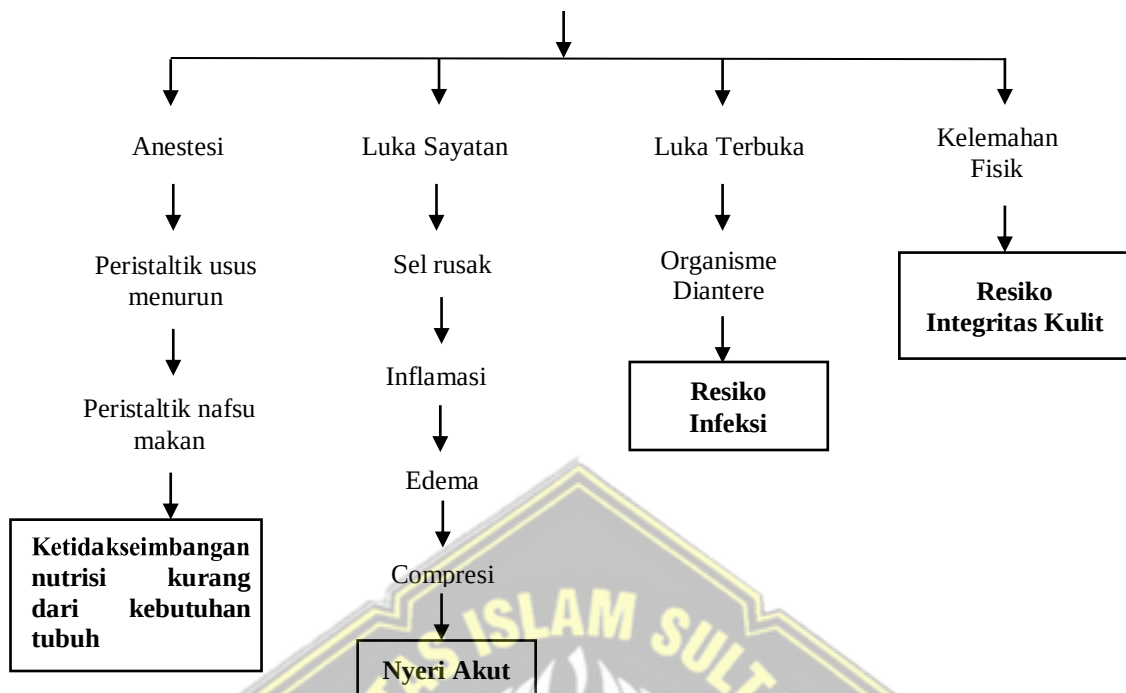
## 7. **Komplikasi**

Kontaminasi saluran kemih, hidronefrosis, bahkan gangguan ginjal adalah efek samping hidronefrosis. Pada duplikasi yang terfragmentasi, aliran ureter dalam satu aliran langsung menyebabkan hidronefrosis dan hidroureter, sementara pada duplikasi lengkap, hidronefrosis disebabkan oleh penumpukkan atau stenosis muara ureter ginjal kutub kranial dan refluks vesiko ureter yang sering muncul diureter ginjal poros kaudal (Shastri et al., 2023a).



## 8. Pathway Nefrolitiasis





**Gambar 2.1 Pathway**  
(Aryani & Riyandry, 2022)

## B. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah tahap pertama dan fundamental yang akan menentukan pencapaian tahap berikut dari siklus keperawatan. Langkah-langkah penilaian harus memasukkan aksesibilitas desain evaluasi, informasinya harus sah dan tepat (Siregar, 2020). Evaluasi terdiri dari pengumpulan data abstrak dan target (misalnya tanda-tanda penting, pertemuan pasien/keluarga, penilaian aktual) dan pemeriksaan data riwayat tentang dalam rekam medis. Petugas medis juga mengumpulkan data tentang kualitas (untuk membedakan celah peningkatan kesehatan) dan resiko (wilayah yang dapat dicegah oleh perawat atau potensi masalah yang dapat ditunda). penilaian dapat didasarkan pada spekulasi

keperawatan eksplisit, misalnya, yang dibuat oleh saudari Callisa Roy, Wanda Horta, atau Dorothea Orem, atau struktur evaluasi standar, misalnya, desain Kesejahteraan Praktis sesuai dengan Marjory Gordon. SLKI dan SIKI SDKI memberikan pendekatan untuk menyusun banyak informasi berdasarkan contoh atau klasifikasi informasi evaluasi krisis dengan menggunakan kerangka penilaian (Kurniawati, 2021).

Dasar data pengkajian pada klien dengan Nefrolitiasis diantaranya :

a. Anamnesa

1) Identitas diri

Nama, usia yang rentan menderita penyakit nefrolitiasis paling banyak ditemukan pada usia dewasa antara 20 hingga 49 tahun, dengan puncak kejadian pada usia 35-45 tahun, jenis kelamin secara umum laki-laki lebih sering terkena nefrolitiasis dari pada perempuan, pendidikan, agama, pekerjaan yang rentan terhadap nefrolitiasis biasanya mereka adalah yang bekerja di lingkungan panas atau yang melakukan pekerjaan fisik berat terutama yang menyebabkan banyak berkeringat dan dehidrasi, suku/ bangsa, alamat, status pernikahan, dan pekerjaan klien semuanya dianggap sebagai data identitas diri.

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

3) Riwayat penyakit sekarang

Memeriksa keadaannya saat ini, dengan mempertimbangkan

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

4) Riwayat penyakit dahulu

Teliti catatan masa lalu tentang kondisi kesehatan yang telah dihadapi sebelumnya yang berkaitan dengan nefrolitiasis, penggunaan alkohol atau obat-obatan.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Cermati apakah ada riwayat keluarga terkait dengan masalah hepatitis atau sirosis hepatis.

6) Riwayat kesehatan lingkungan

Terkait dengan masalah kebersihan di rumah dan sekitarnya beserta potensi risiko yang mungkin muncul yang dapat meningkatkan risiko pada penderita nefrolitiasis.

7) Pola fungsional kesehatan

Pola fungsional kesehatan berdasarkan data fokus mencakup :

- a) Pemahaman pasien mengenai penyakit yang diderita dan cara penanganannya, serta upaya rutin yang dilakukan untuk menjaga kesehatan mereka (pola makan yang sehat, pemeriksaan rutin, kebersihan diri, imunisasi, dan lain-lain). Kapasitas pasien saat mengelola kesehatannya (apa yang mereka lakukan saat sakit, di mana mereka biasanya

berobat), pilihan gaya hidup mereka (obat-obatan/herbal yang dikonsumsi, alkohol yang dikonsumsi, rokok, kopi yang dikonsumsi, rutinitas olahraga), sosioekonomi yang terkait dengan kesehatan.

b) Pola eliminasi

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

c) Pola aktivitas dan latihan

Kaji adanya luka atau nyeri, keluhan sesak nafas setelah beraktivitas, dan mudah merasa lelah setelah beraktivitas. Pada pasien nefrolitiasis biasanya merasakan nyeri pada saat BAK.

d) Istirahat dan tidur

Pada penderita nefrolitiasis seringkali mengalami kesulitan tidur akibat rasa ketidak nyamanan yang dirasakan baik karena tanda gejala penyakitnya, maupun karena nyeri.

e) Pola nutrisi- metabolik

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

f) Pola kognitif dan persepsi sensorik

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

g) Pola persepsi diri dan konsep diri

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

h) Pola peran atau hubungan

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

i) Pola seksual-reproduksi

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

j) Pola coping-toleransi stres

Penyakit nefrolitiasis yang menahun dapat menyebabkan penderitanya mengalami gangguan emosional seperti kecemasan, stres, dan depresi. Tingkat stres yang tinggi dapat memperburuk kondisi penderita sehingga diperlukan strategi coping yang adaptif agar penderita nefrolitiasis dapat

menghadapi, beradaptasi, serta melakukan management terapeutik yang tepat.

k) Pola nilai dan kepercayaan

Keterbatasan fisik pada penderita nefrolitiasis dapat mempengaruhi pelaksanaan kegiatan beribadah.

b. Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

1) Tanda tanda vital

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

2) Persepsi terhadap nyeri

Menggunakan pengkajian PQRST

P : *Provoking* (Faktor penyebab nyeri)

Q : *Quality* (Kualitas nyeri yang dirasakan)

R : *Region* (Lokasi dan penyebab nyeri)

S : *Severity* (Tingkat kekuatan sensasi nyeri)

T : *Time* (Waktu nyeri muncul)

3) Kepala

a) Mata : kemampuan penglihatan, ukuran pupil, respon terhadap cahaya, kondisi konjungtiva, keberadaan sklera yang normal atau menunjukkan ikterus, penggunaan alat bantu penglihatan, dan adanya sekret.

b) Hidung : kebersihan, keberadaan sekret, epistaksis (perdarahan hidung), adanya polip, pernapasan hidung yang



normal atau terganggu, serta penggunaan oksigen.

c) Telinga : penilaian bentuk, gangguan pendengaran, penggunaan alat bantu dengar, keberadaan serumen, infeksi, dan tinnitus.

d) Mulut dan Tenggorokan : pemeriksaan gangguan bicara, kondisi gigi, warna dan bau mulut, nyeri, kesulitan mengunyah atau menelan, posisi trakea, deteksi benjolan di leher, pembesaran tonsil, dan penilaian vena jugularis.

4) Dada

a) Jantung dan Paru-paru

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

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

Perkusi : terdengar bunyi sonor

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

5) Abdomen atau perut

Inspeksi : warna kulit sekitar abdomen, adakah lesi atau memar

Auskultasi : suara bising usus

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

Perkusi : terdengar bunyi timpani

#### 6) Genetalia

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

#### 7) Ekstremitas atas dan bawah

Pemeriksaan kondisi kuku dan kulit, waktu pengisian kapiler, serta evaluasi kemampuan gerak tubuh.

#### 8) Kulit

Pemeriksaan mencakup evaluasi kebersihan, warna, tingkat kelembaban, elastisitas kulit, serta kemungkinan edema. Jika terdapat luka, perhatikan kondisi luka seperti kebersihannya, keberadaan jahitan, ukurannya, tanda-tanda infeksi, dan keadaan balutan.

### 2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017a).

Diagnosis yang muncul pada kasus nefrolitiasis dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017b) yaitu:

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

**Definisi :**

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

**Data subyektif :**

- 1) Mengeluh nyeri

**Data obyektif**

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

**Tujuan dan kriteria hasil**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8jam, diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066), dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Kesulitan tidur menurun
- 5) Pola tidur membaik

**b. Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan prosedur invasif**

**Definisi :**

Berpeluang lebih tinggi untuk tertular bakteri patogen yang berbahaya.

**Faktor resiko :**

- 1) Penyakit kronis
- 2) Efek prosedur invasif
- 3) Malnutrisi
- 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

**Tujuan dan kriteria hasil**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8jam, diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) ,dengan kriteria hasil :

- 1) Tingkat infeksi menurun
- 2) Nyeri tertangani
- 3) Demam dapat tertangani
- 4) Kultur area luka membaik

**c. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol tidur**

**Definisi :**

Penurunan durasi dan kualitas tidur akibat pengaruh eksternal.

**Data Subyektif :**

- 1) Mengeluh sulit tidur
- 2) Kurang kontrol tidur
- 3) Kurang privasi

**Data Obyektif :**

-

**Tujuan dan Kriteria Hasil :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8jam, diharapkan pola tidur membaik (L.05045), dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan sulit tidur membaik
- 2) Keluhan sering terjaga membaik
- 3) Keluhan tidak puas tidur membaik
- 4) keluhan pola tidur berubah
- 5) Keluhan istirahat tidak cukup membaik

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat di atasi (Siregar, 2020).

Intervensi keperawatan yang muncul pada pasien Nefrolitiasis menurut (Suprayitna & Fatmawati, 2021a), yaitu :

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

**Intervensi keperawatan :** Management nyeri (I.08238)

#### **Definisi :**

Memahami dan mengendalikan reaksi sensorik atau emosional yang ditimbulkan oleh kerusakan jaringan atau fungsi tubuh secara tiba-tiba atau bertahap, yang dapat berkisar dari yang ringan sampai yang parah dan berlangsung lama.

**Observasi :**

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Pemantauan potensi efek samping dari penggunaan analgetik

**Terapeutik :**

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan

**Edukasi :**

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

**Kolaborasi :**

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik.

**b. Resiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan prosedur infasiv**

**Intervensi Keperawatan :** Pencegahan infeksi (I.14539)

**Definisi :**

Menentukan dan mengurangi risiko terkena infeksi organisme patogen.

**Observasi :**

Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik

**Terapeutik :**

- 1) Jangan biarkan terlalu banyak orang berkunjung.
- 2) Merawat kulit di area yang mengalami edema.
- 3) Tangan harus dibersihkan sebelum dan sesudah berinteraksi dengan pasien dan lingkungannya.
- 4) Menjaga teknik aseptik pasien berisiko tinggi.

**Edukasi :**

- 1) Jelaskan gejala-gejala yang mengindikasikan adanya infeksi.
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan yang tepat.
- 3) Ajarkan kepada siswa cara menilai kesehatan luka bedah atau luka terbuka.

**Kolaborasi :**

Kolaborasi pemeberian imunisasi.



**c. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan kurang kontrol tidur**

**Intervensi keperawatan :** Dukungan tidur (I.05174)

**Definisi :**

Mendorong periode kewaspadaan dan tidur yang konsisten.

**Observasi :**

- 1) Menentukan pola aktivitas tidur.
- 2) Menentukan pengganggu tidur secara fisik dan psikologis.
- 3) Menentukan makanan dan minuman apa yang menghambat tidur seperti kopi, alkohol, makanan yang dimakan tepat sebelum tidur, dan banyak minum air putih sebelum tidur.
- 4) Menentukan obat tidur yang digunakan.

**Terapeutik :**

- 1) Membatasi tidur siang dilakukan dengan mengubah lingkungan (seperti pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur, dan posisi tidur).
- 2) Fasilitasi pengurangan stres sebelum tidur.
- 3) Tentukan jadwal tidur yang teratur.
- 4) Melakukan metode (seperti pijat, pemosisian, atau terapi akupresur) guna memberikan kenyamanan.
- 5) Menyesuaikan durasi dan pengaturan jadwal untuk mendorong siklus tidur yang terjaga.

### **Edukasi :**

- 1) Jelaskan pentingnya mendapatkan istirahat yang cukup saat tidak sehat.
- 2) Anjurkan kepatuhan terhadap rutinitas tidur yang teratur.
- 3) Anjurkan untuk menjauhi segala sesuatu yang dapat membuat terbangun.
- 4) Anjurkan penggunaan alat bantu tidur REM yang tidak termasuk penekan.
- 5) Ajarkan tentang penyebab pola tidur yang tidak teratur, seperti gaya hidup, masalah psikologis, dan seringnya pergantian shift di tempat kerja.
- 6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau metode nonfarmakologis lainnya

### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan ialah seperangkat langkah yang diambil oleh perawat guna mendampingi pasien dalam menyelesaikan masalah kesehatan mereka dan meningkatkan kondisi kesehatan mereka secara keseluruhan (Kurniawati, 2021).

### **5. Evaluasi Keperawatan**

Tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan adalah evaluasi keperawatan. Tugasnya adalah untuk mengetahui apakah tujuan tindakan keperawatan telah dicapai atau apakah metode tambahan diperlukan (Kurniawati, 2021).

## **6. Tindakan Keperawatan/implementasi SOP terapi relaksasi benson**

### **a. Pengertian**

Terapi relaksasi benson merupakan salah satu terapi non farmakologi yang menggunakan metode relaksasi pernafasan dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang lebih tinggi. Teknik relaksasi benson berfokus pada kata ataupun kalimat tertentu yang diucapkan berulang kali dengan ritme teratur yang disertai dengan sikap pasrah kepada Tuhan Yang Maha Esa sambil menarik nafas dalam, dengan menarik nafas dalam akan memberikan energi yang cukup, karena pada waktu menghembuskan nafas mengeluarkan karbondioksida (CO<sub>2</sub>) dan pada saat menghirup nafas panjang mendapatkan oksigen yang sangat membantu tubuh dalam mencegah kerusakan jaringan otak akibat kekurangan oksigen (hipoksia) (Pratiwi et al., 2021).

### **b. Prosedur intervensi**

- 1) Tahap pra interaksi
  - a) Mengecek progam terapi
  - b) Mencuci tangan
  - c) Mengidentifikasi pasien dengan benar
  - d) Menyiapkan dan mendekatkan alat ke pasien

## 2) Tahap orientasi

- a) Berucap salam, memberi sapaan kepada pasien, serta memperkenalkan diri
- b) Menyusun perjanjian mengenai langkah-langkah yang akan diambil
- c) Menguraikan maksud dan proses dari tindakan yang akan dilakukan
- d) Bertanya mengenai kesiapan dan memohon kolaborasi dari pasien

## 3) Tahap kerja

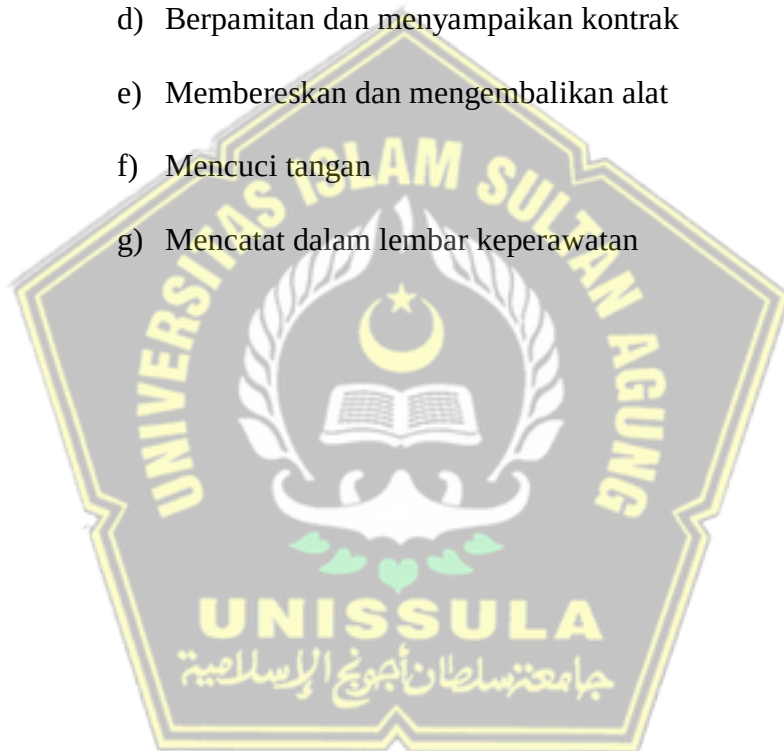
- a) Menjaga privasi
- b) Mengajak pasien membaca basmallah dan berdoa
- c) Posisikan tubuh secara nyaman berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal di bawah kepala dan lutut atau duduk di kursi dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri.
- d) Lepaskan asesoris yang digunakan seperti kacamata, jam, dan sepatu.
- e) Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain sifatnya mengikat
- f) Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata.
- g) Kendurkan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha, perut dan lanjutkan ke semua otot tubuh. Lemaskan

kepala, leher dan pundak dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan. Tangan dan lengan diulurkan kemudian kendurkan dan biarkan terkulai wajar di sisi badan. Usahakan agar tetap rileks.

- h) Mulailah dengan bernapas yang lambat dan wajar, dan ucapkan dalam hati frase atau kata sesuai keyakinan anda. Anjurkan klien mulai bernafas dengan lambat dan wajar lalu tarik nafas melalui hidung, beri waktu 3 detik untuk tahan nafas kemudian hembuskan nafas melalui mulut, sambil mengucap Astaghfirullah (sesuai keyakinan), tenangkan pikiran kemudian Nafas dalam hembuskan, Alhamdulillah (sesuai keyakinan). Nafas dalam hembuskan, Allahu akbar (sesuai keyakinan) dan teruskan selama 15 menit. (gunakan kalimat tauhid sesuai agama masing-masing). Sikap ini menggambarkan sikap pasif yang diperlukan dalam relaksasi, dari sikap pasif akan muncul efek relaksasi yaitu ketenangan. Kata atau kalimat yang akan di ucapkan dapat diubah dan di sesuaikan dengan keyakinan individu.
- i) Teruskan selama 15 menit, anda diperbolehkan membuka mata untuk melihat waktu tetapi jangan menggunakan alarm. Bila sudah selesai, tetap berbaring dengan tenang beberapa menit, mula-mula mata terpejam dan sesudah itu mata dibuka.

Latihan ini dilakukan satu kali sehari dalam 15-20 menit setelah makan.

- 4) Tahap terminasi
  - a) Menyampaikan hasil anamnesa/kesimpulan
  - b) Menyampaikan rencana tindak lanjut / RTL
  - c) Mengajak pasien membaca Hamdalah
  - d) Berpamitan dan menyampaikan kontrak
  - e) Membereskan dan mengembalikan alat
  - f) Mencuci tangan
  - g) Mencatat dalam lembar keperawatan



### **BAB III**

#### **METODE STUDI KASUS**

##### **A. Jenis/Desain Rancangan Studi Kasus**

Rancangan studi kasus yang di pakai untuk karya tulis ilmiah ini yakni studi kasus deskriptif. Penulis mengelola masalah nyeri pada pasien nefrolitiasis dengan mengajarkan tehnik relaksasi benson.

##### **B. Subyek Studi Kasus**

Subyek studi kasus yang digunakan penulis menerapkan intervensi pada Tn. A dan Tn. S yang berusia 45 dan 50 tahun dan berjenis kelamin laki-laki yang mengalami post op nefrolitotomi saat menjalani perawatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

##### **C. Fokus Studi**

Fokus studi yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah “penerapan tehnik terapi relaksasi benson pada pasien dengan post op nefrolitotomi.

##### **D. Definisi Operasional Fokus Studi**

Teknik relaksasi Benson ialah latihan pernapasan yang digunakan untuk mengatasi stres, kecemasan, migrain, sakit punggung, hipertensi, dan kesulitan tidur. Latihan pernapasan yang teratur dan tepat membantu tubuh menjadi lebih nyaman, melepaskan ketegangan selama situasi stres, dan tetap aman dari bahaya (Pratiwi et al., 2021). Penelitian ini menggunakan teknik relaksasi Benson kepada pasien post op nefrolitotomi sebagai intervensi



mandiri keperawatan.

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan psikologis yang kurang mengenakkan, nyeri bisa dikaitkan dengan cedera jaringan yang sebenarnya atau yang akan terjadi, atau bisa juga merupakan tanda bahaya yang berkelanjutan. Setelah napas, tekanan darah, nadi, dan suhu, nyeri dianggap sebagai tanda vital kelima. Karena pentingnya penanganan nyeri, perawat harus mampu menangani nyeri. Manajemen nyeri dimulai dengan penilaian nyeri yang akurat dan menyeluruh. Perawat harus tahu tentang alat pengkajian nyeri, yaitu skala pengukuran nyeri, sehingga mereka dapat menggunakan skala tersebut sesuai dengan kondisi pasien (Nurhayati et al., 2020). Masalah nyeri yang di alami pasien post op nefrolitotomi pada penelitian ini menjadi fokus masalah yang di atasi.

#### **E. Instrumen Studi Kasus**

Jenis jenis instrumen yang di gunakan dalam studi kasus ini adalah:

##### **1. Format pengkajian keperawatan medikal bedah**

Format pengkajian digunakan untuk mengkaji pasien dengan cara wawancara, observasi, dan studi dokumen. Pengkajian ini dilakukan untuk mengetahui tindakan apa yang akan dilakukan.

##### **2. Observasi**

Pengamatan dapat dijalankan menggunakan beragam alat bantu, seperti:

- a. Catatan anedontal : mencatat gejala yang tidak biasa atau unik sesuai urutan kemunculannya.
- b. Catatan berkala : mencatat gejala secara berurutan menurut waktu

namun tidak secara terus menerus.

- c. Daftar chek list : menggunakan daftar yang memuat nama observer disertai jenis gejala.

3. SOP terapi management nyeri terapi relaksasi benson.
4. Instrumen skala nyeri

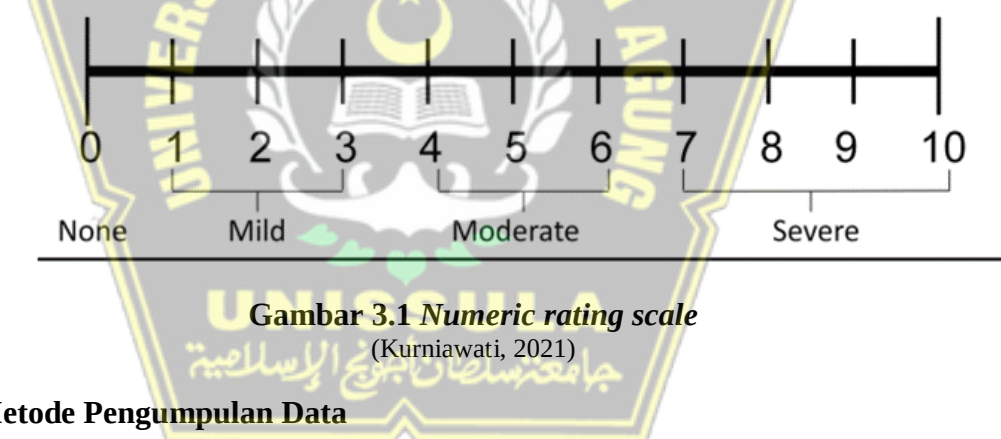
Mengukur skala nyeri menggunakan *numeric rating scale*

Angka 0 : tidak nyeri

Angka 1-3 : nyeri ringan

Angka 4-6 : nyeri sedang

Angka 7-10: nyeri berat



**Gambar 3.1 *Numeric rating scale***  
(Kurniawati, 2021)

## **F. Metode Pengumpulan Data**

### **1. Wawancara**

Merupakan dialog peneliti atau anamnesa yang dilakukan perawat untuk memperoleh data dari responden terkait dengan identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat penyakit keluarga. Pada tahap ini peneliti melakukan wawancara dengan pasien dan tenaga medis untuk menegakkan diagnosa keperawatan.

## 2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi merupakan metode memperhatikan suatu obyek dengan menggunakan seluruh alat indra. Pemeriksaan fisik merupakan pemeriksaan yang dimulai dari ujung kepala hingga ujung kaki, tujuan dari pemeriksaan fisik adalah untuk menentukan status kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah kesehatan.

## 3. Studi dokumentasi dan format asuhan keperawatan

Peneliti menggunakan studi dokumentasi dengan format asuhan keperawatan medikal bedah berupa laporan asuhan keperawatan dengan prioritas mengurangi nyeri pada pasien pasca operasi nefrolitotomi.

### G. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

#### 1. Lokasi :

Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang di Ruang Baitussalam 1

#### 2. Waktu :

Tangga 18 Februari sampai 25 Februari 2025

### H. Analisa Data dan Penyajian Data

Analisis data dan penyajian data pada karya tulis ini menggunakan dua metode. Metode pertama yaitu deskriptif kualitatif untuk menyajikan hasil anamnesa dari pasien. Sedangkan metode kedua yaitu dengan pengukuran kuantitatif skala nyeri dengan *numeric rating scale*. Pada asuhan keperawatan penulis mendapatkan data subjektif dari Tn. A dan Tn. S bahwa klien merasakan nyeri yang berlebihan seperti ditusuk-tusuk pada abdomen bagian bawah, cara mengukurnya yaitu dengan menggunakan *numeric rating scale*

dalam melakukan pengkajian nyeri saat menyerang klien, cara mengukurnya yaitu dengan klien menunjuk nyerinya pada level berapa, angka pada *numeric rating scale* ada 1 sampai 10, 1 yaitu nilai terendah dan 10 merupakan angka tertinggi.

## **I. Etik Studi Kasus**

Menurut (Nurhayati et al., 2020) etika studi kasus yaitu:

### **1. *Inform Consent* (persetujuan menjadi klien)**

Izin berdasarkan informasi yang merupakan salah satu perjanjian antara peneliti dan responden yang melibatkan penjelasan kepada pasien tentang temuan penelitian berdasarkan informasi. Sebelum penelitian dilakukan, informed consent harus diperoleh dengan memberikan penjelasan yang jelas mengenai tujuan penelitian, apakah responden responsif atau tidak. Tujuan dari informed consent agar responden dapat memahami maksud dan tujuan serta mengetahui keterbatasannya, informed consent yang digunakan oleh peneliti dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini seperti berikut: jika responden bersedia, maka peneliti harus memberitahukan ketentuan-ketentuan informed consent. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus dapat memastikan hak-hak responden.

### **2. *Confidentiality* (Kerahasiaan)**

Menjaga data penting informasi memastikan kerahasiaan hasil penelitian, informasi, dan hal-hal lain menjadikan kerahasiaan sebagai masalah moral. Peneliti menjamin kerahasiaan semua data yang

diperoleh, termasuk identitas, diagnosis, dan privasi subjek. Hanya kumpulan data tertentu yang diizinkan untuk diungkap dalam penelitian, dan hanya jika data tersebut diminta untuk tujuan investigasi oleh pihak tertentu.

### **3. Prinsip manfaat**

Prinsip manfaat merupakan dasar-dasar manajemen yang dapat ditunjukkan tidak menggunakan potensi manusia dan tidak menciptakan faktor kerentanan manusia. Diharapkan hasil penelitian ini akan bermanfaat dan juga akan berkontribusi pada keseimbangan antara risiko dan manfaat, asalkan para peneliti mengidentifikasi dilema etika selama penelitian. Karya Tulis Ilmiah ini sangat membantu responden untuk memahami bagaimana cara mengendalikan perilaku mereka ketika mulai bermasalah.

### **4. Prinsip menghormati manusia**

Manusia adalah makhluk hidup yang harus dihormati; selain itu, mereka memiliki kemampuan untuk membuat keputusan yang akan diterima atau ditolak ketika berpartisipasi dalam proyek penelitian. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini, peneliti tidak mengharapkan responden untuk berpartisipasi dalam terapi yang ditawarkan, namun responden memiliki hak untuk menolak apabila tidak bersedia mengikuti terapi.

### **5. Prinsip keadilan**

Prinsip dasar keadilan diterapkan dengan tujuan untuk meningkatkan nilai etika dan integritas akademik manusia dengan cara

menghormati privasi mereka, menjunjung tinggi hak-hak mereka, dan tidak bertindak secara egois dalam memenuhi kebutuhan mereka. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini, para peneliti menekankan perlunya memperlakukan setiap responden secara setara tanpa membedakan.



## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

Pada bab hasil studi kasus dan pembahasan ini penulis akan menjelaskan hasil implementasi terapi relaksasi benson pada Tn. A dan Tn. S dengan post op nefrolitotomi di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang. Implementasi tersebut dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 18 februari sampai dengan tanggal 21 februari 2025 dan 22 februari sampai dengan 25 februari 2025.

#### **A. Hasil Studi Kasus**

Pada sub bab ini penulis membahas tentang ringkasan hasil studi kasus Asuhan Keperawatan pada Tn. A dan Tn. S dengan diagnosis medis Nefrolitiasis diruangan Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang, yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Diperoleh data pengkajian kasus sebagai berikut :

##### **1. Identitas**

###### **a. Identitas pasien 1**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 18 Februari 2025 pada pukul 09.00 WIB di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang. Pasien bernama Tn. A berusia 59 tahun seorang laki-laki, beragama islam dan tinggal di Jungpasir ,Wedung, Demak.

###### **b. Identitas pasien 2**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 Februari 2025 pada pukul 16.00 WIB di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.



Pasien bernama Tn. S berusia 60 tahun seorang laki-laki, beragama islam dan tinggal di Sitanggal, Larangan, Brebes, Jawa Tengah.

## 2. Pengkajian

### a. Keluhan utama

#### 1) Pasien 1

Pasien mengatakan nyeri pada abdomen kanan luka pasca operasi batu ginjalnya, ia juga mengatakan kesulitan untuk tidur dan merasa cemas.

#### 2) Pasien 2

Pasien mengatakan nyeri pada abdomen kiri luka pasca operasi batu ginjalnya, ia juga mengatakan kesulitan untuk tidur dan khawatir atas kesehatannya.

### b. Riwayat kesehatan saat ini

#### 1) Pasien 1

Alasan pasien masuk rumah sakit karena pasien mengatakan nyeri dibagian perut, pasien datang ke RSI Sultan Agung Semarang untuk memeriksakan dirinya ke poli klinik urologi, setelah melakukan pemeriksaan pasien terkena penyakit nefrolitiasis atau batu ginjal dan harus dilakukan tindakan operasi laparaskopi. Diperoleh informasi dari klien bahwa klien tidak mempunyai riwayat penyakit asam urat dan magh. Pasien juga mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami kecelakaan dan tidak mempunyai alergi pada makanan dan obat-obatan. Klien juga

mengungkapkan keluarga klien tidak memiliki riwayat penyakit hampir sama seperti klien, dan dari keluarga klienlah satu-satunya yang memiliki riwayat penyakit batu ginjal. Klien mengungkapkan bahwa lingkungan rumahnya bersih dan aman karena hampir setiap hari dibersihkan oleh klien. Klien juga mengatakan bahwa rumahnya bersih terdapat ventilasi jendela.

## 2) Pasien 2

Pasien mengatakan sakit dibagian perut kiri. Alasan pasien masuk rumah sakit karena pasien mengatakan nyeri dibagian perut, pasien datang ke RSI Sultan Agung Semarang untuk memeriksakan dirinya, ia mengatakan rujukan dari RSUD Brebes, setelah melakukan pemeriksaan pasien terkena penyakit nefrolitiasis atau batu ginjal dan harus dilakukan tindakan operasi laparaskopi. Diperoleh informasi dari klien bahwa klien tidak mempunyai riwayat penyakit asam urat dan magh. Pasien juga mengatakan sebelumnya pernah mengalami kecelakaan dan tidak mempunyai alergi pada makanan dan obat-obatan. Klien juga mengungkapkan keluarga klien tidak memiliki riwayat penyakit hampir sama seperti klien, dan dari keluarga, klienlah satu-satunya yang memiliki riwayat penyakit batu ginjal. Klien mengungkapkan bahwa lingkungan rumahnya bersih dan aman karena hampir setiap hari dibersihkan oleh klien. Klien juga mengatakan bahwa rumahnya bersih terdapat ventilasi jendela.

c. Pola kesehatan fungsional

1) Pasien 1

Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan klien mengungkapkan tentang kesehatan sangatlah berguna pada keluarga. Ketika klien atau keluarga sakit klien langsung memeriksakan dirinya ke klinik tanpa ditunda-tunda. Untuk menunjang kesehatan hidupnya klien dan keluarga mempunyai asuransi yaitu BPJS.

Pola nutrisi dan metabolisme sebelum sakit: klien mengatakan sebelum sakit pola makannya 3 kali sehari dengan porsi yang cukup ukuran dewasa, untuk jenis makanan yang dimakan ialah nasi, lauk, sayur-sayuran. Klien tidak mempunyai makanan pantangan. Saat sakit: klien mengatakan saat dirawat di rumah sakit pola makannya sama 3 kali sehari tetapi dengan porsi yang sedikit karena klien mengalami penurunan nafsu makan. Klien tidak memiliki keluhan dalam makan, semua masih dalam keadaan baik-baik saja. Untuk pola minumannya klien mengatakan tidak ada gangguan pola minum, sehari klien sehari klien minum kurang lebih 2 liter.

Pola eliminasi sebelum sakit: klien mengatakan pola BABnya lancar 1 kali sehari, tidak kesulitan dalam BAB. Saat sakit: klien mengatakan saat dirawat di rumah sakit BAB tidak lancar dan setelah operasi klien belum BAB sama sekali. Sebelum sakit pola BAK klien mengatakan BAK lancar dan normal, tidak ada gangguan maupun kesulitan, klien mengatakan berkemih

kurang lebih 7 kali sehari dengan warna kuning jumlah klien berkemih kurang lebih 300 cc sehari. Saat sakit: klien mengatakan saat dirawat dirumahsakit pola BAK masih sama seperti sebelum sakit, normal tidak ada gangguan dan kesulitan, klien terpasang kateter, jumlah klien berkemih 400cc dengan warna merah karena bercampur dengan darah karena pasien pasca operasi.

Pola aktivitas dan latihan klien mengatakan aktivitasnya sebagai pekerja wiraswasta, klien mengatakan jarang melakukan olahraga karena harus pergi bekerja pagi buta setiap hari, klien mengatakan segala aktivitasnya tidak ada kesulitan apapun sehingga masih bisa melakukan aktivitas dengan mandiri dari mandi, BAK, BAB, mengganti pakaian dan lain-lain. Klien mengungkapkan tidak ada keluhan sesak nafas dalam melakukan aktivitasnya.

Pola istirahat dan tidur sebelum sakit: klien mengatakan sebelum dirawat dirumahsakit pola tidur pasien teratur kurang lebih 7 jam dengan pola tidur yang nyenyak, klien mengawalinya dari jam 22.00 WIB dan bangun pagi di jam 05.00 WIB. Saat sakit: klien mengatakan saat dirawat dirumah sakit klien mengeluh sulit tidur kurang lebih hanya bisa tidur 3 jam dan sering terbangun.

Pola kognitif-perseptual sensori klien mengatakan tidak ada keluhan pada pendengaran dan penglihatan, klien mampu

mengingat dengan baik dan bisa menerima pesan yang disampaikan dokter, perawat maupun orang lain dengan baik. Selama sakit klien merasakan nyeri P: Post Operasi Q: tertusuk-tusuk R: pinggang bagian kanan S: 6 T: hilangnya timbul. Sebelum sakit pola perseptual klien normal.

Pola persepsi dan konsep diri: klien mengatakan untuk saat ini berharap penyakitnya cepat sembuh dan bisa melakukan aktivitasnya lagi dengan baik. Klien juga mengatakan perasaanya sedih karena klien adalah tulang punggung keluarga, dan klien harus menghidupi istri dan anaknya dan klien juga berharap agar penyakitnya tidak kambuh lagi.

Pola mekanisme koping: klien mengatakan dalam mengambil keputusan klien berdiskusi dengan anak-anaknya dan keluarga yang lain. Klien selalu berdoa, sabar dan berikhtiar dalam menghaadapi masalah.

Pola seksual-reproduksi klien mengatakan normal sering melakukan hubungan seksual seminggu 1 kali. Pola berhubungan dengan orang lain klien mengatakan bahwa ketika berhubungan atau bersosialisasi dengan orang lain tidak ada masalah apa-apa meskipun kini sedang sakit pola komunikasi tetap berjalan baik.

Pola nilai dan kepercayaan klien mengatakan sebelum sakit ibadah klien rajin dan saat dirawat dirumahsakit sebelum operasi klien masih menjalankan ibadah namun setelah operasi klien sulit

melakukan ibadah karena tidak bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri dan harus dibantu anaknya.

## 2) Pasien 2

Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan klien mengungkapkan tentang kesehatan sangatlah berguna pada keluarga. Ketika klien atau keluarga sakit klien langsung memeriksakan dirinya ke klinik tanpa ditunda-tunda. Untuk menunjang kesehatan hidupnya klien dan keluarga mempunyai asuransi yaitu BPJS.

Pola nutrisi dan metabolik sebelum sakit: klien mengatakan sebelum sakit pola makannya 3 kali sehari dengan porsi yang cukup ukuran dewasa, untuk jenis makanan yang dimakan ialah nasi, lauk, sayur-sayuran, klien tidak mempunyai makanan pantangan. Saat sakit: klien mengatakan saat dirawat di rumah sakit pola makannya sama 3 kali sehari tetapi dengan porsi yang sedikit karena klien mengalami penurunan nafsu makan. Klien tidak memiliki keluhan dalam makan, semua masih dalam keadaan baik-baik saja. Untuk pola minumannya klien mengatakan tidak ada gangguan pola minum, sehari klien sehari klien minum kurang lebih 1,5 liter.

Pola eliminasi Sebelum sakit: klien mengatakan pola BABnya lancar 1 kali sehari. Tidak kesulitan dalam BAB. Saat sakit: klien mengatakan saat dirawat di rumah sakit BAB tidak

lancar dan setelah operasi klien belum BAB sama sekali. Sebelum sakit pola BAK klien mengatakan BAK lancar dan normal, tidak ada gangguan maupun kesulitan, klien mengatakan berkemih kurang lebih 5 kali sehari dengan warna kuning jumlah klien berkemih kurang lebih 250 cc sehari. Saat sakit: klien mengatakan saat dirawat di rumah sakit pola BAK masih sama seperti sebelum sakit, normal tidak ada gangguan dan kesulitan, klien terpasang kateter, jumlah klien berkemih 400cc dengan warna merah karena bercampur dengan darah karena pasien pasca operasi.

Pola aktivitas dan latihan klien mengatakan aktivitasnya sebagai pekerja pabrik, klien mengatakan jarang melakukan olahraga karena harus pergi bekerja pagi buta setiap hari, klien mengatakan segala aktivitasnya tidak ada kesulitan apapun sehingga masih bisa melakukan aktivitas dengan mandiri dari mandi, BAK, BAB, mengganti pakaian dan lain-lain. Klien mengungkapkan tidak ada keluhan sesak nafas dalam melakukan aktivitasnya.

Pola istirahat dan tidur sebelum sakit: klien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit pola tidur pasien teratur kurang lebih 8 jam dengan pola tidur yang nyenyak, klien mengawalinya dari jam 21.00 WIB dan bangun pagi di jam 05.00 WIB. Saat sakit: klien mengatakan saat dirawat di rumah sakit klien mengeluh sulit tidur, sering terbangun dan pola tidurnya berubah kurang lebih



tidur hanya 4 jam.

Pola kognitif-perseptual sensori klien mengatakan tidak ada keluhan pada pendengaran dan penglihatan, klien mampu mengingat dengan baik dan bisa menerima pesan yang disampaikan dokter, perawat maupun orang lain dengan baik. Selama sakit klien merasakan nyeri P: nyeri ketika bergerak Q: tertusuk - tusuk R: perut bagian Kiri S: 5 T: hilangnya timbul. Sebelum sakit pola perseptual klien normal.

Pola persepsi dan konsep diri: klien mengatakan untuk saat ini berharap penyakitnya cepat sembuh dan bisa melakukan aktivitasnya lagi dengan baik. Klien juga mengatakan perasaanya sedih karena klien adalah tulang punggung keluarga, dan klien harus menghidupi istri dan anaknya dan klien juga berharap agar penyakitnya tidak kambuh lagi. Pola mekanisme koping Klien mengatakan dalam mengambil keputusan klien berdiskusi dengan anak-anaknya dan keluarga yang lain. Klien selalu berdoa, sabar dan berikhtiar dalam menghadapi masalah. Pola seksual-reproduksi klien mengatakan normal sering melakukan hubungan seksual seminggu 1 kali.

Pola berhubungan dengan orang lain klien mengatakan bahwa ketika berhubungan atau bersosialisasi dengan orang lain tidak ada masalah apa-apa meskipun kini sedang sakit pola komunikasi tetap berjalan baik.

Pola nilai dan kepercayaan klien mengatakan sebelum sakit ibadah klien rajin dan saat dirawat dirumahnya sakit sebelum operasi klien masih menjalankan ibadah namun setelah operasi klien sulit melakukan ibadah karena tidak bisa melakukan aktivitasnya secara mandiri dan harus dibantu anaknya.

### 3. Pemeriksaan Fisik

#### a. Pasien 1

Hasil pemeriksaan fisik (Head to toe) pasien didapatkan keadaan umum pasien baik dengan penampilan nampak lemas pucat, dengan kesadaran composmentis GCS E: 4 M:6 V:5 dengan total 15. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 154/95 mmHg S: 36°C Nadi: 94x/ menit RR: 20x/ menit. Pada pemeriksaan kepala didapatkan informasi, khususnya: bentuk kepala mesocephal, bersih, rambut hitam dengan sedikit rambut perak, dan tidak berketombe.

Bentuk mata seimbang, konjungtiva mata tidak lemah, sklera tidak ikterik, penglihatan pasien dapat diterima dan tidak memakai panduan visual. Hidung pasien tidak ada pengeluaran cairan, tidak ada pernafasan cuping hidung dan klien tidak menggunakan oksigen. Telinga pasien tidak ada wax, pendengaran pasien dapat diterima, dan pasien tidak memakai amplifier.

Mulut dan tenggorokan pasien terlihat sempurna, mukosa bibir lembek, tidak ada simpul dan amandel yang membesar dan tidak ada stomatitis. Pada pengkajian jantung pasien bila ditinjau tampak ictus

cordis, dengan palpasi ictus cordis teraba, perkusi jantung redup dan pada auskultasi tidak ada suara tambahan.

Pada pemeriksaan paru-paru saat diinspeksi paru kanan kiri simetris, palpasi tidak ada nyeri tekan, saat diperkusi sonor, dan saat diauskultasi suara nafas vasikular. Pada pemeriksaan abdomen saat di inspeksi terdapat bekas jahitan operasi diperut samping kanan, bentuk juga simetris, saat diperkusi timpani, dipalpasi terdapat nyeri tekan pada perut kanan bagian bawah, dan saat diauskultasi terdengar suara peristaltik usus.

Pada pemeriksaan ekstremitas atas yaitu tangan kanan dan tangan kiri simetris tidak ada luka maupun lesi ditangan, tangan kiri terpasang infus RL 20 tpm dan nyeri tekan pada daerah tusukan infus. Untuk kaki kanan dan kiri simetris tidak ada lesi dan luka pada kaki semua pergerakan tidak ada masalah semua masih baik.

b. Pasien 2

Hasil pemeriksaan fisik (Head to toe) pasien didapatkan keadaan umum pasien baik dengan penampilan nampak lemas pucat, dengan kesadaran composmentis GCS E: 4 M:6 V:5 dengan total 15. Hasil pemeriksaan tanda- tanda vital TD: 140/90 mmHg S: 36°C Nadi: 90x/ menit RR: 20x/ menit. Pada pemeriksaan kepala didapatkan informasi, khususnya: bentuk kepala mesocephal, bersih, rambut hitam dengan sedikit rambut perak, dan tidak berketombe.

Bentuk mata seimbang, konjungtiva mata tidak lemah, sklera tidak ikterik, penglihatan pasien dapat diterima dan tidak memakai panduan visual. Hidung tidak ada pengeluaran cairan, tidak ada pernafasan cuping hidung dan klien tidak menggunakan oksigen. Telinga pasien tidak ada wax, pendengaran pasien dapat diterima, dan pasien tidak memakai amplifier. Mulut dan tenggorokan pasien terlihat sempurna, mukosa bibir lembek, tidak ada simpul dan amandel yang membesar dan tidak ada stomatitis.

Pada pengkajian jantung pasien tidak tampak ictus cordis, dengan palpasi ictus cordis tidak teraba, perkusi jantung redup dan pada auskultasi tidak ada suara tambahan. Pada pemeriksaan paru-paru saat di inspeksi paru kanan kiri simetris, palpasi tidak ada nyeri tekan, saat diperkusi sonor, dan saat diauskultasi suara nafas vasikular. Pada pemeriksaan abdomen saat di inspeksi terdapat bekas jahitan operasi di perut samping kiri, bentuk juga simetris, saat diperkusi timpani, dipalpasi terdapat nyeri tekan pada perut kiri bagian bawah, dan saat diauskultasi terdengar suara peristaltik usus.

Pada pemeriksaan ekstremitas atas yaitu tangan kanan dan tangan kiri simetris tidak ada luka maupun lesi ditangan, tangan kiri terpasang infus RL 20 tpm dan nyeri tekan pada daerah tusukan infus. Untuk kaki kanan dan kiri simetris tidak ada lesi dan luka pada kaki semua pergerakan tidak ada masalah semua masih baik.

#### 4. Data penunjang

##### a. Pasien 1

##### 1) Pemeriksaan laboratorium 18-02-2025

Hematologi

Hemoglobin : 12,3 g/dL

Hematokrit : 35,9 %

Leukosit : 8,36 Ribu/  $\mu$ L

Trombosit : 304 Ribu/  $\mu$ L

##### 2) Pemeriksaan radiologi 17-02-2025

Thorax Besar (Non Kontras) X foto Thorax

Cor: Apeks jantung bergeser ke laterocaudal Elongatio Aorta, penebalan hillus kanan, cenderung vaskuler, PULMO: corakan vaskuler tampak meningkat, tampak bercak tipis paracardial kanan, hemidiafragma kanan setinggi costa 9 posterior, sinus costrophrenicus kanan kiri baik.

##### 3) Terapi dan diit yang diberikan

##### a) Terapi

##### (1) Injeksi intravena (Iv)

(a) Infus RL 20 tpm

(b) Cefoperazone sulbactam serbuk 1 gr 2x1

(c) Asam tranexamat 500 mg/5 ml 3x1

(d) Dexketoprofen 25 mg/ml 2x1

(e) Ranitidin 50 mg/2 ml 2x1

## (2) Obat oral

(a) Paracetamol tablet 500 mg 3x1

## b) Diit

Makanan lunak , tinggi serat, rendah lemak, tinggi protein.

## b. Pasien 2

## 1) Pemeriksaan laboratorium 22-02-2025

## Hematologi

Hemoglobin : 11,6 g/dL

Hematokrit : 34,7 %

Leukosit : 15,44 Ribu/  $\mu$ LTrombosit : 442 Ribu/  $\mu$ L

## 2) Pemeriksaan radiologi 21-02-2025

Thorax Besar (Non Kontras) Hasil :

Cor : Bentuk dan letak normal. Pulmo : corakan bronchovaskuler normal, tak tampak bercak maupun nodul pada kedua lapang paru, hemidiafragma kanan setinggi costa 10 posterior dan sinus costophrenikus kanan kiri baik

Kesan : Cor tak membesar, Pulmo tak tampak kelainan

## 3) Terapi dan diit yang di berikan

## a) Terapi

(1) Injeksi intravena (Iv)

(a) Infus RL 20 tpm

(b) Cefoperazone sulbactam serbuk 1 gr 2x1

(c) Asam tranexamat 500 mg/5 ml 3x1

(d) Dexketoprofen 25 mg/ml 2x1

(e) Ranitidin 50 mg/2 ml 2x1

(2) Paracetamol tablet 500 mg 3x1

(a) Ranitidin 50 mg/2 ml 2x1

b) Diit

Nasi tim

## 5. Analisa Data

### a. Pasien 1

Penilaian dilaksanakan pada tanggal 18 Februari 2025 pukul 10.00 WIB dan memperoleh hasil untuk menetapkan temuan utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Masalah ini diperkuat oleh efek samping dari informasi abstrak klien yang mengatakan nyeri pinggang sebelah kanan (bekas luka prosedur medis) hari pertama dan sakit seperti ditusuk-tusuk, Provokes: pasien berkata sakit saat banyak gerak, Quality: pasien berkata rasa sakit seperti tertusuk Region: pasien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kiri, Severity: pasien mengatakan skala nyeri 6, Time: pasien berkata rasa nyeri hilang timbul. Juga pada informasi tujuan, ditemukan bahwa informasi klien memberi kesan cemberut kesakitan dan kecemasan, klien terpasang selang yang terhubung ke pinggang kiri dengan informasi tentang tanda-tanda vital , TD: 154/95 mmHg, N : 92x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit.



Masalah keperawatan yang kedua yaitu penulis mendapatkan hasil resiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan invasif. Masalah ini diperkuat oleh informasi emosional klien yang mengatakan sakit di pinggang kanan (bekas operasi), Dolor: klien mengatakan sakit dipinggang kiri, Calor: klien mengatakan itu panas di daerah jahitan, Tumor: kata klien tidak ada bengkak, Rubor: klien bilang ada kemerahan disekitar jahitan luka, fungsi laesa: penyesuaian kerja ginjal. Dalam informasi objektif ada pembalut bekas luka dan keluhan klien nyeri. Tanda Imperatif TD: 154/95 mmHg, N: 92x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit.

Penulis memperoleh diagnosa yang ketiga, yaitu masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (tindakan). Masalah ini diperkuat oleh efek samping dari informasi emosional dari klien yang mengeluh bahwa mengalami kesulitan tidur, sering terbangun dan mengubah desain istirahat. Pada informasi target klien terlihat tidak berdaya dan pucat dengan tanda dasar TD: 154/95 mmHg, N: 92x / menit, S: 36 ° C, RR: 20x / menit.

b. Pasien 2

Penilaian dilaksanakan pada tanggal 22 Februari 2025 pukul 17.00 WIB, penulis merinci informasi dan memperoleh hasil untuk menetapkan masalah utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Masalah ini diperkuat oleh efek samping dari informasi abstrak klien yang mengatakan nyeri pinggang sebelah kiri (bekas

luka prosedur medis) hari pertama dan sakit seperti ditusuk-tusuk, Provokes: pasien berkata sakit saat banyak gerak, Quality: pasien berkata rasa sakit seperti tertusuk Region: pasien mengatakan nyeri di perut sebelah kiri, Severity: pasien mengatakan skala nyeri 5, Time: pasien berkata rasa nyeri hilang timbul. Juga pada informasi tujuan, ditemukan bahwa informasi klien memberi kesan cemberut kesakitan dan kecemasan, klien terpasang selang yang terhubung ke pinggang kiri dengan informasi tentang tanda-tanda vital , TD: 140/90 mmHg, N : 92x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit.

Masalah keperawatan kedua penulis mendapatkan hasil diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan infasiv. Masalah ini diperkuat oleh informasi emosional klien yang mengatakan sakit di perut kiri (bekas operasi), Dolor: klien mengatakan sakit di perut kiri, Calor: klien mengatakan itu panas di daerah jahitan, Tumor: kata klien tidak ada bengkak, Rubor: klien bilang ada kemerahan disekitar jahitan luka, fungsio laesa: penyesuaian kerja ginjal. Dalam informasi objektif ada pembalut bekas luka dan keluhan klien nyeri, dengan informasi tentang tanda-tanda vital, TD: 140/90 mmHg, N : 92x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit.

Penulis memperoleh diagnosa ketiga, yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (tindakan). Masalah ini diperkuat oleh efek samping dari informasi emosional dari klien yang

mengeluh bahwa mereka mengalami kesulitan tidur, sering terbangun dan mengubah desain istirahat mereka. Pada informasi target klien terlihat tidak berdaya dan pucat dengan tanda dasar TD: 140/90 mmHg, N : 92x/menit, S: 36°C, RR: 20x/menit.

## **6. Diagnosa Keperawatan**

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasiv
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

## **7. Intervensi Keperawatan**

Masalah yang muncul saat peneliti melakukan pengkajian keperawatan pada tanggal 18 dan 22 Februari 2025 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, dan resiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan infasiv. Selanjutnya penulis menyusun rencana keperawatan (intervensi) yaitu :

Diagnosa pertama : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik peneliti menetapkan masalah tersebut dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : skala nyeri menurun, klien tidak meringis kesakitan, kesulitan tidur menurun. Adapun intervensi yang dapat dilakukan antara lain : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri, identifikasi skali nyeri, berikan teknik non farmakologis terapi benson untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol

lingkungan yang memperberat nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

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

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

Diagnosa ketiga : Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan peneliti menetapkan masalah tersebut dengan

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

## **8. Implementasi Keperawatan**

### **a. Pasien 1**

Pada hari Selasa tanggal 18 Februari 2025 pukul 10.00 WIB untuk diagnose pertama perawat memonitor intensitas nyeri post operasi hari pertama dengan menggunakan skala, hasil dari memonitor intensitas nyeri subjektif yang didapatkan yaitu pasien mengatakan Provokes: pasien mengungkapkan rasa nyeri sambil bergerak aktif, Kualitas: pasien mengatakan nyeri tertusuk, Region: pasien mengatakan sakit di abdomen, skala: keseriusan pasien mengatakan skala nyeri 6, Waktu: pasien mengatakan sakit itu hilang timbul. Objektif pasien cemberut karena sakit dan cemas. Perawat melakukan tindakan pada pukul 10.45 WIB, khususnya mendorong prosedur terapi relaksasi benson, secara emosional pasien menyatakan siap untuk mengikuti pedoman dari petugas medis. Objektif nya pasien kooperatif dan tampak paham apa yang diajarkan perawat (terapi relaksasi benson). Implementasi perawat yang dilakukan perawat

selanjutnya pukul 11.00 WIB yaitu memonitor karakteristik perawatan luka perawat melakukan tindakan ganti balut, subjektifnya pasien mengatakan lembab di area perban lukanya, objektifnya pasien tampak nyeri kesakitan dan gelisah saat diganti balut, lukanya terdapat sedikit pus, kulit sekitar luka kemerahan. Implementasi selanjutnya yang dilakukan perawat pukul 11.30 WIB yaitu perawat melakukan edukasi tentang dukungan tidur dengan melakukan kegiatan yang membuat pasien mudah tidur seperti mendengarkan murotal, subjektifnya pasien mengatakan siap untuk mengikuti edukasi, objektifnya pasien tampak kooperatif.

Pada hari Rabu tanggal 19 Februari 2025 pukul 08.00 WIB untuk analisa prinsip, petugas medis menyaring kekuatan nyeri post operasi hari kedua dengan menggunakan skala, secara emosional pasien mengatakan sakit sudah mulai berkurang secara wajar, Provokes: pasien berkata sakit saat banyak gerak, Quality: pasien berkata rasa sakit seperti tertusuk Region: pasien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kanan luka post operasi, Severity: pasien mengatakan skala nyeri 4, Time: hilang timbul, target pasien terlihat menyiksa dan cemas. Pukul 08.30 WIB petugas medis bergerak untuk mendorong strategi terapi relaksasi benson, subjek mengatakan pasien harus mematuhi pedoman dari petugas. Objektifnya adalah bahwa pasien tampak kooperatif. Pada diagnosa kedua pukul 09.00 WIB perawat melakukan tindakan ganti balut, pasien mengatakan luka



masih agak lembab tapi tidak seperti hari pertama, kulit sekitar luka masih kemerahan, objektifnya pasien tampak sedikit nyaman dilakukan ganti balut. Implementasi selanjutnya pada diagnosa ketiga pukul 10.00 WIB perawat melakukan tindakan edukasi dukungan tidur, pasien mengatakan pola tidurnya sudah mulai membaik dengan sebelum tidur pasien mendengarkan lagu kesukaan pasien, objektifnya pasien tampak sudah tidak lemas.

Pada hari Kamis tanggal 20 Februari 2025 pukul 15.00 WIB untuk diagnosa pertama perawat melakukan tindakan memonitor intensitas nyeri post operasi hari ketiga dengan menggunakan skala, subjektifnya pasien mengungkapkan rasa sakit telah berkurang pada skala nyeri 3, objektifnya pasien tampak sudah tidak mengeluh nyeri. Pukul 15.30 WIB perawat melakukan tindakan terapi relaksasi benson, subjektifnya pasien mengatakan mampu melakukan sendiri saat timbul rasa nyeri, objektifnya pasien tampak paham apa yang diajarkan perawat. Pukul 16.00 WIB untuk diagnosa kedua perawat melakukan tindakan memonitor luka pasien, subjektifnya pasien mengatakan luka sudah mulai kering dan kulit sekitar luka kemerahannya berkurang, objektifnya pasien tampak tenang. Untuk diagnosa ketiga pukul 16.30 WIB perawat melakukan tindakan edukasi dukungan tidur, subjektifnya pasien mengatakan sudah mampu mengatasi masalah tidurnya dengan melakukan mendengarkan lagu kesukaan pasien, objektifnya pasien tampak sudah tidak lemas



lagi.

b. Pasien 2

Pada hari Sabtu tanggal 22 Februari 2025 pukul 08.00 WIB untuk diagnose pertama perawat memonitor intensitas nyeri post operasi hari pertama dengan menggunakan skala, hasil dari memonitor intensitas nyeri subjektif yang didapatkan yaitu pasien mengatakan Provokes: pasien mengungkapkan rasa nyeri sambil bergerak aktif, Kualitas: pasien mengatakan nyeri tertusuk, Region: pasien mengatakan sakit di pinggul, skala: keseriusan pasien mengatakan skala nyeri 5, Waktu: pasien mengatakan sakit itu hilang timbul. Objektif pasien cemberut karena sakit dan cemas. Perawat melakukan tindakan pada pukul 17.30 WIB, khususnya mendorong prosedur terapi relaksasi benson, secara emosional pasien menyatakan siap untuk mengikuti pedoman dari petugas medis. Objektif nya pasien kooperatif dan tampak paham apa yang diajarkan perawat (terapi relaksasi benson). Implementasi perawat yang dilakukan perawat selanjutnya pukul 18.00 WIB yaitu memonitor karakteristik area luka operasi, subjektifnya pasien mengatakan lembab di area perban lukanya, objektifnya pasien tampak nyeri kesakitan dan gelisah, lukanya terdapat sedikit pus, kulit sekitar luka kemerahan. Implementasi selanjutnya yang dilakukan perawat pukul 19.00 WIB yaitu perawat melakukan edukasi tentang dukungan tidur dengan melakukan kegiatan yang membuat pasien mudah tidur seperti

mendengarkan murotal, subjektifnya pasien mengatakan siap untuk mengikuti edukasi, objektifnya pasien tampak kooperatif.

Pada hari Minggu tanggal 23 Februari 2025 pukul 08.00 WIB untuk analisa prinsip, petugas medis menyaring kekuatan nyeri post operasi hari kedua dengan menggunakan skala, secara emosional pasien mengatakan sakit sudah mulai berkurang secara wajar, Provokes: pasien berkata sakit saat banyak gerak, Quality: pasien berkata rasa sakit seperti tertusuk Region: pasien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kiri, Severity: pasien mengatakan skala nyeri 4, Time: hilang timbul, target pasien terlihat menyiksa dan cemas. Pukul 08.30 WIB petugas medis bergerak untuk mendorong strategi menarik terapi relaksasi benson, subjek mengatakan pasien harus mematuhi pedoman dari petugas. Objektifnya adalah bahwa pasien tampak kooperatif. Pada diagnosa kedua pukul 09.00 WIB perawat melakukan tindakan ganti balut, pasien mengatakan luka masih agak lembab tapi tidak seperti hari pertama, kulit sekitar luka masih kemerahan, objektifnya pasien tampak sedikit nyaman dilakukan ganti balut. Implementasi selanjutnya pada diagnosa ketiga pukul 10.00 WIB perawat melakukan tindakan edukasi dukungan tidur, pasien mengatakan pola tidurnya sudah mulai membaik dengan sebelum tidur pasien mendengarkan lagu kesukaan pasien, objektifnya pasien tampak sudah tidak lemas. 3

Pada hari Senin tanggal 24 Februari 2025 pukul 08.00 WIB untuk diagnosa pertama perawat melakukan tindakan memonitor intensitas nyeri post operasi hari ketiga dengan menggunakan skala, subjektifnya pasien mengungkapkan rasa sakit telah berkurang pada skala nyeri 2, objektifnya pasien tampak sudah tidak mengeluh nyeri. Pukul 08.30 WIB perawat melakukan tindakan terapi relaksasi benson, subjektifnya pasien mengatakan mampu melakukan sendiri saat timbul rasa nyeri, objektifnya pasien tampak paham apa yang diajarkan perawat. Pukul 09.00 WIB untuk diagnosa kedua perawat melakukan tindakan ganti balut, subjektifnya pasien mengatakan luka sudah mulai kering dan kulit sekitar luka kemerahannya berkurang, objektifnya pasien tampak tenang saat diganti balut. Untuk diagnosa ketiga pukul 10.00 WIB perawat melakukan tindakan edukasi dukungan tidur, subjektifnya pasien mengatakan sudah mampu mengatasi masalah tidurnya dengan melakukan mendengarkan lagu kesukaan pasien, objektifnya pasien tampak sudah tidak lemas lagi.

## **9. Evaluasi Keperawatan**

### **a. Pasien 1**

Evaluasi melakukan tindakan pada Selasa 18 Februari 2025 jam 10.00 WIB dengan diagnosa kesatu, subjektifnya pasien mengatakan Provokes: pasien berkata sakit saat banyak gerak, Quality: pasien berkata rasa sakit seperti tertusuk Region: pasien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kiri, Severity: pasien mengatakan skala nyeri 6,

Time: pasien berkata rasa nyeri berkurang timbul Objektif nya pasien kesakitan dan gelisah. Analisa masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi memonitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala. Pukul 11.00 WIB diagnosa yang pertama pasien mengatakan subjektifnya siap mengikuti intruksi dari perawat. Objektif nya pasien kooperatif dan tampak paham apa yang diajarkan perawat (terapi relaksasi benson). Pukul 11.15 WIB untuk diagnosa kedua subjektifnya pasien mengatakan lembab di area perban lukanya, objektifnya pasien tampak nyeri kesakitan dan gelisah saat diganti balut, lukanya terdapat sedikit pus, kulit sekitar luka kemerahan. Analisa masalah belum teratasi , lanjutkan intervensi memonitor karakteristik luka. Pukul 12.00 WIB untuk diagnosa ketiga subjektifnya pasien mengatakan siap untuk mengikuti edukasi dukungan tidur, objektifnya pasien tampak kooperatif. Analisa masalah belum teratasi lanjutkan intervensi memberikan edukasi dukungan tidur.

Rabu 19 Februari 2025 pukul 08.00 WIB subjektifnya pasien mengatakan Provokes: pasien berkata sakit saat banyak gerak, Quality: pasien berkata rasa sakit seperti tertusuk Region: pasien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kiri, Severity: pasien mengatakan skala nyeri 4, Time: pasien berkata rasa nyeri berkurang timbul Objektif nya pasien kesakitan dan gelisah. Analisa masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi memonitor intensitas nyeri dengan

menggunakan skala dan terapi relaksasi benson. Pukul 08.30 WIB diagnosa yang pertama pasien mengatakan mau mengikuti instruksi dari perawat objektifnya pasien tampak kooperatif. Analisa masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi mengajarkan teknik terapi relaksasi benson. Untuk diagnosa kedua pukul 09.00 WIB pasien mengatakan luka masih agak lembab tapi tidak seperti hari pertama, kulit sekitar luka masih kemerahan, objektifnya pasien tampak sedikit nyaman dilakukan ganti balut. Analisa masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi memonitor karakteristik luka. Pukul 10.00 WIB diagnosa ketiga pasien mengatakan pola tidurnya sudah mulai membaik dengan sebelum tidur mendengarkan lagu kesukaan pasien, objektifnya pasien tampak sudah tidak lemas. Analisa masalah teratasi sebagian lanjutkan intervensi memberi dukungan tidur.

Evaluasi yang terakhir pada tanggal 20 Februari 2025 pukul 16.00 WIB subjektifnya pasien berkata rasa sakit telah berkurang skala nyeri 3, objektifnya pasien tampak sudah tidak mengeluh nyeri. Analisa masalah teratasi hentikan intervensi. Diagnosa pertama pukul 16.00 WIB subjektifnya pasien mengatakan mampu melakukan sendiri saat timbul rasa nyeri, objektifnya pasien tampak paham apa yang diajarkan perawat. Analisa masalah teratasi hentikan intervensi. Pukul 16.10 WIB diagnosa kedua pasien mengatakan pasien mengatakan luka sudah kering dan kulit sekitar luka kemerahannya berkurang, objektifnya pasien tampak tenang saat diganti balut.

Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi. Pukul 16.30 WIB subjektifnya pasien mengatakan sudah mampu mengatasi masalah tidurnya dengan melakukan mendengarkan lagu kesukaan pasien sebelum tidur, objektifnya pasien tampak sudah tidak lemas. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi ketika masalah teratasi.

b. Pasien 2

Evaluasi melakukan tindakan pada Sabtu 22 Februari 2025 jam 08.00 WIB dengan diagnosa kesatu, subjektifnya pasien mengatakan Provokes: pasien berkata sakit saat banyak gerak, Quality: pasien berkata rasa sakit seperti tertusuk, Region: pasien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kiri, Severity: pasien mengatakan skala nyeri 5, Time: pasien berkata rasa nyeri berkurang timbul Objektif nya pasien kesakitan dan gelisah. Analisa masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi memonitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala. Pukul 09.00 WIB diagnosa yang pertama pasien mengatakan subjektifnya siap mengikuti intruksi dari perawat. Objektif nya pasien kooperatif dan tampak paham apa yang diajarkan perawat (terapi relaksasi benson). Pukul 09.30 WIB untuk diagnosa kedua subjektifnya pasien mengatakan lembab di area perban lukanya, objektifnya pasien tampak nyeri kesakitan dan gelisah saat diganti balut, lukanya terdapat sedikit pus, kulit sekitar luka kemerahan. Analisa masalah belum teratasi , lanjutkan intervensi memonitor karakteristik luka. Pukul 10.00 WIB untuk diagnosa ketiga



subjektifnya pasien mengatakan siap untuk mengikuti edukasi dukungan tidur, objektifnya pasien tampak kooperatif. Analisa masalah belum teratasi lanjutkan intervensi memberikan edukasi dukungan tidur.

Minggu 23 Februari 2025 pukul 08.00 WIB subjektifnya pasien mengatakan Provokes: pasien berkata sakit saat banyak gerak, Quality: pasien berkata rasa sakit seperti tertusuk Region: pasien mengatakan nyeri dipinggang sebelah kiri, Severity: pasien mengatakan skala nyeri 4, Time: pasien berkata rasa nyeri berkurang timbul Objektif nya pasien kesakitan dan gelisah. Analisa masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi memonitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala. Pukul 08.30 WIB diagnosa yang pertama pasien mengatakan mau mengikuti instruksi dari perawat objektifnya pasien tampak kooperatif. Analisa masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi mengajarkan terapi relaksasi benson. Untuk diagnosa kedua pukul 09.00 WIB pasien mengatakan luka masih agak lembab tapi tidak seperti hari pertama, kulit sekitar luka masih kemerahan, objektifnya pasien tampak sedikit nyaman dilakukan ganti balut. Analisa masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi memonitor karakteristik luka. Pukul 09.30 WIB diagnosa ketiga pasien mengatakan pola tidurnya sudah mulai membaik dengan sebelum tidur mendengarkan lagu kesukaan pasien, objektifnya pasien tampak sudah tidak lemas. Analisa masalah teratasi sebagian lanjutkan intervensi



memberi dukungan tidur.

Evaluasi yang terakhir pada tanggal 24 Februari 2025 pukul 15.00 WIB subjektifnya pasien berkata rasa sakit telah berkurang skala nyeri 2, objektifnya pasien tampak sudah tidak mengeluh nyeri. Analisa masalah teratasi hentikan intervensi. Diagnosa pertama pukul 15.40 WIB subjektifnya pasien mengatakan mampu melakukan sendiri saat timbul rasa nyeri, objektifnya pasien tampak paham apa yang diajarkan perawat. Analisa masalah teratasi hentikan intervensi. Pukul 16.00 WIB diagnosa kedua pasien mengatakan pasien mengatakan luka sudah kering dan kulit sekitar luka kemerahannya berkurang, objektifnya pasien tampak tenang saat diganti balut. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi. Pukul 16.30 WIB subjektifnya pasien mengatakan sudah mampu mengatasi masalah tidurnya dengan mendengarkan lagu kesukaan pasien sebelum tidur, objektifnya pasien tampak sudah tidak lemas. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi ketika masalah teratasi.

## **B. Pembahasan**

Pada BAB IV ini, penulis akan menjelaskan hasil dari analisis kasus yang meliputi informasi umum serta informasi khusus mengenai asuhan keperawatan pada Tn. A dan Tn. S dengan post operasi nefrolitotomi di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung selama 3 hari pelaksanaan tepatnya tanggal 18-21 dan 22-25 Februari 2025. Pada BAB IV ini juga penulis akan menambahkan terkait kendala apa saja yang dialami selama proses pemberian

asuhan keperawatan Tn. A dan Tn. S dengan post operasi nefrolitotomi meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan yang dibahas terlebih dahulu di bab sebelumnya. Data yang didapatkan penulis berdasarkan wawancara dan disertakan observasi pasien yang dilakukan secara langsung.

### 1. Pengkajian

Fokus pengkajian keperawatan yang penulis temui pada klien post op nefrolitotomi adalah nyeri pada luka post tersebut. Nyeri tersebut dikarenakan luka sayatan pada abdomen untuk mengangkat batu pada ginjal klien. Nyeri yang klien rasakan biasanya tertusuk-tusuk dan dengan skala nyeri kisaran 5-7 menggunakan *penilaian numeric rating scale*.

Pengkajian keperawatan adalah interaksi pengumpulan, informasi dan penyampaian informasi klien yang teratur. Periode siklus keperawatan ini mencakup dua tahap, khususnya informasi dari sumber penting (klien), dan sumber opsional (keluarga dan tenaga kesehatan) dan pemeriksaan informasi sebagai alasan analisis keperawatan. Pengkajian adalah segmen penting dalam siklus keperawatan, sehingga pengkajian yang sesuai akan menentukan tahap berikutnya (Siregar, 2020).

Dari hasil kajian Tn. A dan Tn. S penulis mengangkat judul Implementasi terapi relaksasi benson pada pasien dengan post operasi Nefrolitotomi diruangan Baitus Salam 1 RSI Sultan Agung Semarang. Saat melakukan analisa penulis melakukan wawancara, observasi, dan

metode pemeriksaan fisik dan penulis tidak mengalami hambatan atau kesulitan, hal ini dikarenakan pasien kooperatif dan terbuka dalam menyampaikan informasi kepada penulis.

Ada pengkajian yang sebenarnya perlu dikaji lebih mendalam, namun penulis belum mengkaji secara lengkap. Penulis akan membahas data-data pengkajian yang belum terdokumentasi secara lengkap yaitu pada pengkajian data antara keluhan pasien mengenai tanda dan gejala pasien mengatakan sakit pada pinggang sebelah kanan untuk Tn. A dan sakit sebelah kiri untuk Tn. S (bekas operasi). Pada pengkajian data didapatkan bahwa pasien belum mengetahui secara detail apa itu nefrolitiasis dilihat dari penjelasan, sebab dan akibat dan gejala, komplikasi serta pencegahannya.

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan reaksi manusia (kondisi kesejahteraan atau perubahan dalam desain komunikasi nyata/potensial) dari individu atau kelompok, di mana perawat sah dalam megidentifikais dan perawat memberi intervensi dengan cara yang jelas untuk mencegah masalah atau mengurangi, mengabaikan atau mencegah perubahan (Siregar, 2020). Diagnosis keperawatan yang lazim muncul pada kasus batu ginjal yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan

otot

Diagnosis yang muncul berdasarkan pengkajian penulis kepada klien yaitu menegaskan tiga diagnosa:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang sebenarnya skala nyeri yang berbeda-beda, merupakan suatu pengalaman yang tidak menyenangkan secara aktual. Penulis menegaskan diagnosa ini karena pasien telah melakukan operasi pengangkatan batu ginjal dan saat dilakukan tindakan ganti balut pasien merasakan nyeri seperti ditusuk- tusuk dan pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan untuk skala nyeri 6 untuk Tn. A dan skala nyeri 5 untuk Tn. S
- b. Resiko infeksi berhubungan pada prosedur efek invasif (pembedahan), diagnosis ini ditegakkan karena pada Tn. A dan Tn. S ditemukan data-data tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan pada luka bekas operasi.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (tindakan), diagnosis ini ditegakkan karena Tn. A dan Tn. S mengalami gangguan pola tidur akibat nyeri tindakan operasi dipinggang Tn. A bagian kanan dan pinggang bagian kiri Tn. S, pasien mengatakan pola tidurnya berubah setelah menjalankan operasi batu ginjal.

Penulis menentukan salah satu diagnosa yang benar-benar menurut

penulis sangat diutamakan adalah diagnosis cedera fisik, alasanya mengapa penulis memprioritaskan diagnosis tersebut karena setiap muncul rasa nyeri pasien melakukan tindakan yang pernah diajarkan perawat yaitu melakukan terapi relaksasi benson. Dengan melakukan tindakan tersebut pasien merasa nyerinya berkurang, maka dari itu penulis memprioritaskannya.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah peningkatan teknik perencanaan untuk mencegah, mengurangi, dan menyelesaikan masalah yang diakui dalam analisis keperawatan. Mengatur konfigurasi menggambarkan sejauh mana petugas dapat memutuskan bagaimana menangani masalah secara layak dan produktif (Siregar, 2020). Tujuan akan ditetapkan sementara (eksplisit) dan jangka panjang (umum), eksplisit atau tidak pendek, tujuan eksplisit dapat diperkirakan, dapat diilhami atau menawarkan kepastian kepada pasien bahwa kemajuan sedang berlangsung dan membimbing pasien menuju tujuan jangka panjang atau umum. Selain itu untuk mencapai tujuan yang efektif penulis dapat menggunakan konsep S,M,A,R,T (Specifict, Measurable, Achievable, Realistic dan Timely).

Penulis menyusun intervensi keperawatan diagnosis pertama bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang, pasien mampu mengontrol nyeri dengan teknik terapi relaksasi benson, tujuan yang akan dicapai yaitu

setelah melakukan keperawatan pasien mampu mengetahui dan melakukannya sendiri tanpa instruksi dari perawat, kriteria hasil pasien mampu memahami apa yang diajarkan perawat ketika timbul rasa nyeri.

Intervensi untuk diagnosis yang kedua yaitu bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dan dapat memahami karakteristik luka dengan cara ganti balut setiap hari agar tidak terjadi infeksi.

Intervensi diagnosis ketiga yaitu diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil pasien mampu mengatasi keluhan kesulitan tidur dan pola tidur membaik dengan memberikan edukasi dukungan tidur.

Pasien diberikan intervensi terapi relaksasi benson pada diagnosa pertama, mengkarakteristik luka dengan cara ganti balut pada diagnosa kedua dan memberikan edukasi dukungan tidur pada diagnosa ketiga, tindakan tersebut dilakukan secara tiga hari berturut-turut di rumah sakit, dan sebelum melakukan implementasi penulis meminta persetujuan kepada pasien atas kesediannya serta menyampaikan kontrak dan waktu.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan tahap perencanaan yang sudah direncanakan sebelumnya. Dalam implementasi berdasarkan pengelolaan pasien berbagai diagnosis.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, penulis saat melakukan implementasi monitoring skala nyeri pada hari pertama dan kedua penulis dibantu perawat karena adanya perbedaan jadwal



namun pada hari terakhir penulis melakukannya sendiri, selama 3x8 jam mengkaji penilaian nyeri menggunakan teknik P, Q, R, S, T secara abstrak reaksi pasien adalah bahwa pasien mengatakan nyeri di bagian pinggang kiri dan kanan di terang fakta bahwa setelah batu ginjal prosedur medis. Provokes: pasien Tn. A dan Tn. S mengatakan nyeri saat banyak bergerak, Quality: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk- tusuk, Region: pasien Tn. A mengatakan nyeri dipinggang kanan, dan pasien Tn. S mengatakan nyeri dipinggang bagian kiri Severity: pasien mengatakan skala nyeri adalah Tn. A 6 dan Tn. S 5, Time: pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Reaksi target pasien adalah cemberut dalam nyeri dan kecemasan. Motivasi di balik penilaian adalah untuk menemukan aktivitas petugas berikut untuk pasien. Selain itu tujuan utama, pencipta juga menginstruksikan prosedur terapi relaksasi benson dengan reaksi emosional pasien mengatakan bahwa diperbolehkan setelah melakukan terapi relaksasi benson ketika rasa sakit muncul, tujuan informasi adalah bahwa pasien terlihat lebih tenang dan tidak gelisah. pasien tampak terbantu dalam melakukan strategi terapi relaksasi benson. Pelaksanaan terapi relaksasi benson bertujuan untuk mereleksasikan pasien ke kondisi yang lebih nyaman dan mengalihkan pikiran pasien dari rasa nyeri dan fokus ke terapi tersebut. Menurut (Suprayitna & Fatmawati, 2021) pengertian terapi relaksasi benson adalah salah satu terapi non farmakologi yang menggunakan metode relaksasi pernafasan dengan



melibatkan faktor keyakinan pasien yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan yang lebih tinggi. Hal ini disebabkan dengan terapi relaksasi benson dapat merangsang tubuh untuk menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme mereleksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme, merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin serta melibatkan sistem otot dan respirasi sehingga dapat dilakukan kapan saja dan sewaktu-waktu, terapi relaksasi benson juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.

- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek tindakan invasif (pembedahan), saat melakukan implementasi tindakan ganti balut pada hari pertama dan kedua penulis dibantu oleh perawat dalam tindakan ganti balut dikarenakan adanya perbedaan jadwal, namun pada hari terakhir penulis melakukannya sendiri dalam melakukan tindakan ganti balut dan mengobservasi luka pasien, selama 3x8 jam penulis melakukan implementasi untuk mengurangi resiko infeksi dengan tindakan perawatan luka atau ganti balut dengan menggunakan prinsip steril, subjektifnya pasien mengatakan lembab pada perban lukanya dan kemerahan pada kulit sekitar luka, dilakukan perawatan luka dengan prinsip steril, menggunakan alat yang sebelumnya sudah di sterilkan dan membersihkan luka

menggunakan NaCl, NaCl bersifat isotonik sehingga tidak mengganggu proses penyembuhan luka, selain itu juga tidak menyebabkan reaksi alergi atau perubahan ekosistem di kulit, luka dibersihkan sampai kemerahan, kemudian ditutup kembali dengan kasa steril dan dibalut lagi dengan kasa agar dapat menutup luka dengan rapat, tidak boleh terlalu kencang.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (tindakan) selama 3x8 jam penulis melakukan implementasi untuk mengatasi gangguan pola tidur dengan memberi edukasi dukungan tidur, dengan memberi dukungan tidur pasien mampu mengatasi gangguan pola tidurnya seperti melakukan kegiatan-kegiatan positif sebelum tidur yang memicu pasien mengantuk dengan cara mendengarkan musik favorit pasien dan murotal, dengan diberikannya dukungan tidur diharapkan keluhan kesulitan tidur pasien berkurang.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan menurut (Abdurrosid et al., 2022) adalah penilaian dengan membandingkan perubahan kondisi pasien dan tujuan serta aturan hasil yang dibuat pada tahap pengaturan. Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilannya memenuhi kebutuhan perawatan klien. Perawat perlu melakukan evaluasi untuk membuat peningkatan diri dari hasil yang sudah didapatkan. Proses evaluasi dalam asuhan keperawatan di dokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assement,

planning).

Berdasarkan hal tersebut penulis melakukan evaluasi keperawatan pada kasus ini diantaranya:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Pada diagnosis yang pertama penulis melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan maksimal sesuai dengan tinjauan pada masalah nyeri. Penulis melakukan implementasi keperawatan kepada pasien pengkajian nyeri dan terapi relaksasi benson yang sudah dijabarkan pada proses keperawatan sebelumnya. Begitu dengan evaluasi keperawatan yang dilakukan selama 3x8 jam nyeri teratasi sebagian, pasien masih merasakan nyeri sebagian namun hilang timbul dengan skala nyeri berkurang Tn. A menjadi 3 dan Tn. S menjadi 2. Untuk mengatasi nyeri akut harus melanjutkan intervensi pengkajian nyeri dan mengajarkan terapi relaksasi benson. Setelah melakukan terapi relaksasi benson tampak merasa lebih rileks dan tenang. Pasien melakukan terapi relaksasi benson secara berkala jika nyeri timbul karena dengan melakukan terapi relaksasi benson dapat merangsang tubuh untuk menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme mereleksasikan otot-otot.

b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasiv (pembedahan)

Penyembuhan pada luka pasca operasi nefrolitiasis kurang lebih 6 minggu, untuk itu perawat harus mengontrol pola kebersihan pada

luka bagian operasi supaya tidak infeksi. Pada luka pasien kulit sekitar luka kemerah-merahan, terdapat pus dan area sekitar perban lembab, pasien masih dilakukan tindakan ganti balut setiap hari. Yang diharapkan penulis masalah resiko infeksi berkurang dan luka segera kering sembuh sesuai dengan yang kriteria hasil yang ditentukan.

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (tindakan)

Istirahat yang berubah pasca operasi itu wajar dikarenakan merasakan nyeri bekas operasi sehingga membuat pola tidur berubah. Pasien mengatakan mengeluh sulit tidur, sering terbangun dan pola tidur berubah. Dengan memberi dukungan tidur kepada pasien, penulis berharap pasien dapat istirahat dengan baik dengan melakukan hal-hal positif yang dapat memicu pasien mengantuk seperti mendengarkan lagu kesukaan pasien atau murotal.

**C. Keterbatasan**

Pada studi kasus yang dilakukan penulis memiliki keterbatasan antaranya yaitu kurangnya penulis dalam mendokumentasikan hasil pengkajian dan pemeriksaan penunjang. Keterbatasan lain yang dialami penulis adalah subjek studi kasus ini yang hanya berjumlah 2 pasien yang mungkin akan ditemukan hal lain atau hal baru jika subjek studinya lebih banyak.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan temuan studi kasus Tn. A dan Tn. S dengan nefrolitiasis di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang yang dikelola selama 3 hari dimulai tanggal 18-22 Februari dan 22-25 Februari 2025 dengan pembahasan kasus meliputi pengumpulan data, penetapan diagnosa dan intervensi, melakukan intervensi, melakukan implementasi yang telah ditetapkan, dan penilaian akhir berupa evaluasi oleh karena itu, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Nefrolitiasis atau batu ginjal adalah masalah klinis karena adanya bagian batu permata yang menghambat dan menghambat pembentukan ginjal di kelopak atau pelvis ginjal yang disebabkan oleh masalah keseimbangan dalam solvabilitas dan kadar garam di dalam saluran kemih dan ginjal (Sandí Ovares et al., 2021). Nefrolitiasis adalah salah satu penyebab kematian dan kemalasan yang meluas di seluruh dunia karena ketidaknyamanan yang ditimbulkannya, seperti hidronefrosis dan gagal ginjal. Pembentukan batu ginjal terjadi karena kejenuhan beberapa zat dalam urin, seperti kalsium, fosfor, dan oksalat. Jenis batu ginjal antara lain batu kalsium oksalat (75% kasus), batu kalsium fosfat, batu korosif urat, batu struvite, dan batu sistin. Faktor bahaya utama nefrolitiasis adalah pola makan dan iklim. Berbagai sumber makanan dan minuman yang dapat memicu pembentukan batu antara lain protein makhluk hidup,

suplemen kalsium, nutrisi D, dan minuman dengan gula berlebih atau menggunakan gula palsu. Kajian yang dapat dilakukan pada nefrolitiasis adalah asesmen skrining, rontgen lambung, pielografi intravena untuk menentukan kondisi anatomi dan kerja ginjal, ultrasonografi (USG) dan CT urografi tanpa kontras. Sedangkan administrasi yang diselesaikan adalah Extracorporeal Shockwave Lithotripsy (ESWL), Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL), Adaptable Ureterorenoscopy (URS), Open a medical procedure and Moderate Treatment or Clinical Expulsive Treatment (TEM).

2. Pengkajian yang penulis lakukan meliputi identitas Tn.A dan Tn. S, riwayat kesehatan lalu, riwayat kesehatan pada Tn.A dan Tn. S sekarang, pemeriksaan pola kesehatan fungsional dan pemeriksaan fisik. Hasil pengkajian ditemukan keluhan nyeri pada seluruh abdomen bagian bawah, pasien tampak meringis, gelisah dan lemas.
3. Diagnosa keperawatan ditentukan berdasarkan dengan keluhan yang dirasakan pasien dan hasil dari pemeriksaan yang dilakukan oleh penulis. Dalam asuhan keperawatan dengan post nefrolitotomi ini ditemukan 3 diagnosa :
  - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan dengan nyeri pada seluruh abdomen luka post op.
  - b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dibuktikan dengan luka diarea bekas operasi.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dibuktikan dengan sering terbangun saat malam karena nyeri yang dirasakan.
4. Rencana tindakan keperawatan atau intervensi dalam studi kasus pada pasien dengan post op nefrolitotomi disesuaikan dengan masalah yang muncul. Intervensi ini telah sesuai dengan SIKI (2017) dan SLKI (2017) didalamnya meliputi observasi, teraupetik, edukasi, dan kolaborasi.
5. Implemetasi keperawatan dilakukan selama 3x8 jam dan dilakukan berdasarkan dengan perencanaan keperawatan yang diterapkan sesuai dengan tanda dan gejala mayor/minor yang muncul pada pasien.
6. Evaluasi merupakan proses akhir dari rangkaian pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan untuk melihat dan menilai hasil dari tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien. Evaluasi dilakukan selama 3x8 jam dengan hasil masalah sebagian teratasi dan mempertahankan intervensi.

## **B. Saran**

1. Bagi lahan praktik

Diharapkan rumah sakit dapat menumbuhkan pengetahuan kepada seluruh pengunjung, pasien maupun keluarga pasien agar dapat menjaga dan memperhatikan teknik aseptik di rumah sakit khususnya pada penderita Nefrolitiasis .

2. Bagi pendidikan

Penulis menyarankan agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan bahan



untuk tambah referensi untuk penulis selanjutnya.

3. Bagi masyarakat

Diharapkan dapat menambah wawasan yang luas kepada masyarakat tentang pemahaman tindakan mandiri yang dapat dilakukan oleh pasien Nefrolitiasis dalam menarapkan terapi relaksasi benson.



## DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrosid, L. M. K., Maulana, A., Hapsari, Y., & Nandana, P. I. (2022). Evaluasi Angka Bebas Batu pada Pasien Batu Ginjal yang Dilakukan ESWL Berdasarkan Letak dan Ukuran Batu di Rumah Sakit Harapan Keluarga Mataram Periode 2015-2016. *Unram Medical Journal*, 6(3), 11. <https://doi.org/10.29303/jku.v6i3.140>
- Aryani, L. D., & Riyandry, M. A. (2022). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Batu Ginjal. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*.
- Hadibrata, E. (2023). Hipertensi Berhubungan dengan Derajat Batu Ginjal. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*. <https://doi.org/10.37287/jppp.v5i2.1609>
- Kurniawati, putri. (2021). Proses Keperawatan. In *Universitas Nusantara PGRI Kediri* (Vol. 01). <https://osf.io/59jbz/download/?format=pdf>
- Nurhayati, N., Handiyani, H., Yetti, K., & Nurdiana, N. (2020). Analisis Perilaku Etik Kepala Ruangan Pada Rumah Sakit Di Jakarta: Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*, 6(1), 45–52. <https://doi.org/10.33755/jkk.v6i1.163>
- Pratiwi, K. A., Ayubbana, S., & Fitri, N. L. (2021). Penerapan Relaksasi Benson terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di Kota Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 1(1), 90–97. <http://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/viewFile/186/97>
- Samudera, I. M. A., & Akhada Maulana. (2022). Nephrolitiasis On Nephroptosis Patient. *Unram Medical Journal*. <https://doi.org/10.29303/jku.v11i1.583>
- Sandí Ovaes, N., Salazar Campos, N., & Mejía Arens, C. (2021). Nefrolitiasis: evaluación metabólica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i1.262>
- Sapitry Purba, L., Damanik, I. R. T., & Nainggolan, R. (2021). Hubungan Gambaran Usg Ginjal Dengan Gejala Klinis Kolik Abdomen Pada Penderita Nefrolitiasis. *Jurnal Kedokteran Methodist*, 14(2), 48–54. <https://ejurnal.methodist.ac.id/index.php/jkm/article/view/654>
- Siregar, F. N. (2020). Proses Keperawatan Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan. *Ilmu Keperawatan*, 1. <https://osf.io/59jbz/download/?format=pdf>
- Sulistyaningsih, H., Husain, F., & Widodo, P. (2024). Penerapan Menghisap Es Batu untuk Mengurangi Rasa Haus pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Ruang ICU RSUD Pandan Arang

*Boyalali Application of Sucking Ice Cubes to Reduce Thirst in Chronic Kidney Failure Patients Undergoing Hemod.* 7(9), 3439–3448. <https://doi.org/10.56338/jks.v7i9.5897>

Suprayitna, M., & Fatmawati, B. R. (2021). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Pencegahan Stroke Pada Penderita Hipertensi. *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 6(2), 54. <https://doi.org/10.32419/jppni.v6i2.271>

Wicaksono, A., & Padmonobo, H. (2023). Hubungan Faktor Resiko Dengan Kejadian Nefrolithiasis Di Wilayah Kerja Puskesmas Brebes Kabupaten Brebes Tahun

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

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

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

Silalahi, M. K. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Batu Saluran Kemih Pada di Poli Urologi 2022. *Jurnal Darma Agung*, 31(5), 279–291. RSAU dr. Esnawan Antariksa. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 12(2), 205–212. <https://doi.org/10.37012/jik.v12i2.385>

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

Latifah, H. (2022). Efektifitas Teknik Relaksasi Slow Deep Breathing (Sdb) Dan Relaksasi Benson Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Modifikasi Radikal Mastektomi (Mrm). *Skripsi*.

Mauliddiyah, N. L. (2021). No prosedur pemeriksaan BNO-IVP pada kasus nefrolitiasis

Mukhroji, M., & Ismuhadi, I. (2022). Perancangan Aplikasi Sistem Pakar Doagnosa Awal Penyakit Batu Ginjal Berbasis Web Dengan Menggunakan Metode Forward Chaining. *Jurnal Ilmiah Informatika*, 10(01), 15–19. <https://doi.org/10.33884/jif.v10i01.4513>

Nadila humaira. (2021). *NADILA HUMAIRA\_210630026\_BAB I (1)*.

- Putu Rita Jeniyanthi, N., Istri Ariwidiastuti, C., Bagus Gede Dharmawan, I., Battola Toding, T., & Radiodiagnostik dan Radioteraphy Bali, A. (2024). Analisis Pengaruh Variasi Slice Thickness Terhadap Kualitas Citra Pemeriksaan CT Scan Urografi Pada Kasus Nefrolitiasis Di RS TK. II Pelamonia Makassar. *Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Gizi*, 2(1), 152–161.
- Rakhma, T., Kovana, H. N., Widyasari, I. D., Sabilla, F. F., & Anggreni, E. D. (2022). Pengaruh Derajat Nyeri Terhadap Gangguan Fungsi Kognitif Pada

