

**ANALISIS PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI BENSON
DENGAN DIAGNOSA NYERI AKUT PADA KASUS
HIDRONEFROSIS DI RUANG EREMERASA DI RSUD
PROF. DR. H. M. ANWAR MAKKATUTU BANTAENG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



Oleh:

SIRLI SASTRI ANDANI, S. KEP

NIM. D2412058

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
PANRITA HUSADA BULUKUMBA**

2025

**ANALISIS PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI BENSON
DENGAN DIAGNOSA NYERI AKUT PADA KASUS
HIDRONEFROSIS DI RUANG EREMERASA DI RSUD
PROF. DR. H. M. ANWAR MAKKATUTU BANTAENG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk memenuhi syarat mencapai gelar Ners pada Program Studi
Pendidikan Profesi Ners
Stikes Panrita Husada Bulukumba



Oleh:

SIRLI SASTRI ANDANI, S. KEP

NIM. D2412058

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
PANRITA HUSADA BULUKUMBA**

2025

LEMBAR PERSETUJUAN

“ANALISIS PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI BENSON DENGAN
DIAGNOSA NYERI AKUT PADA KASUS HIDRONEFROSIS DI
RUANG EREMERASA DI RSUD PROF. DR. H. M. ANWAR
MAKKATUTU BANTAENG”

KIAN

Disusun Oleh:

SIRLI SASTRI ANDANI, S.Kep
NIM D.2412058

KIAN Ini Telah Disetujui
14 Juli 2025

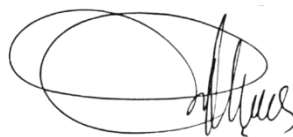
Pembimbing Utama



Nadia Alfira, S.Kep, Ns, M.Kep
NIDN 09 0806 8902

Mengetahui

Ketua Program Studi Profesi Ners
Stikes Panrita Husada Bulukumba



Andi Nurlaela Amin, S.Kep, Ns, M.Kes
NRK. 19841102 0111010 2 028

LEMBAR PENGESAHAN

“ANALISIS PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI BENSON DENGAN
DIAGNOSA NYERI AKUT PADA KASUS HIDRONEFROSIS DI
RUANG EREMERASA DI RSUD PROF. DR. H. M. ANWAR
MAKKATUTU BANTAENG”

KIAN

Disusun Oleh:

SIRLI SASTRI ANDANI, S.Kep

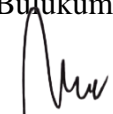
NIM D.2412058

Diujikan


18 Juli 2025

1. Penguji Satu
Dr. Muriyati, S.Kep, Ns, M.Kes ()
NIDN : 09 2609 7702
2. Penguji Dua
Dr. Andi Tenriola, S.Kep, Ns, M.Kes ()
NIDN : 09 1306 8903
3. Pembimbing Utama
Nadia Alfira, S.Kep, Ns, M.Kes ()
NIDN : 09 0806 8902

Mengetahui,
Ketua Stikes Panrita Husada
Bulukumba


Dr. Muriyati, S.Kep, M.Kes
NIP. 19770926 200212 2 007

Menyetujui,
Ketua Program Studi Profesi Ners
Stikes Panrita Husada Bulukumba


Andi Nurlaela Amin, S.Kep, Ns, M.Kes
NRK. 19841102 0111010 2 028

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Sirli Sastri Andani, S.Kep

NIM : D2412058

Program Studi : Profesi Ners

Tahun Akademik : 2024/2025

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan KTI saya yang berjudul:

“Analisis Pemberian Teknik Relaksasi Benson Dengan Diagnosa Nyeri Akut Pada Kasus Hidronefrosis Di Ruang Eremerasa Di Rsud Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng”

Apabila suatu saat nanti terbukti bahwa saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah di tetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Bantaeng, 14 Juli 2025



Sirli Sastri Andani, S.Kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan (Karya Ilmiah Akhir Ners) KIAN ini dengan judul “Analisis Pemberian Teknik Relaksasi Benson Dengan Diagnosa Nyeri Akut Pada Kasus Hidronefrosis Di Ruang Eremerasa Di Rsud Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng” (Karya Ilmiah Akhir Ners) KIAN merupakan syarat untuk memperoleh gelar (Ners) pada Program Studi Profesi Ners Stikes Panrita Husada Bulukumba.

Bersama dengan ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. H. Muh. Idris Aman, S.Sos selaku Ketua Yayasan Panrita Husada Bulukumba.
2. Dr. Muriyati, S.Kep, M.Kes selaku Ketua Stikes Panrita Husada Bulukumba. Beliau juga merupakan dosen penguji I yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk membimbing, memberikan masukan yang membangun, serta menguji karya ilmiah akhir Ners ini. Terima kasih atas perhatian, ketelitian, dan saran Ibu yang sangat berharga demi kesempurnaan karya ini.
3. Dr. Asnidar, S.Kep, Ns, M.Kes selaku pembantu Ketua I yang telah membantu merekomendasikan pelaksanaan penelitian.
4. A. Nurlaela Amin, S.Kep.Ns.,M.Kes selaku ketua Prodi Studi Profesi Ners Stikes Panrita Husada Bulukumba.
5. Nadia Alfira, S.Kep, Ns, M,Kep selaku dosen pembimbing yang telah sabar membimbing saya sejak awal proses penulisan karya ilmiah ini. Terima kasih atas setiap arahan, teguran, dan semangat yang Ibu berikan. Bisa menjadi mahasiswa bimbingan Ibu adalah hal yang saya syukuri. Saya merasa sangat beruntung pernah dibimbing oleh seseorang yang begitu tulus dalam membimbing dan tegas dalam mendidik.

6. Dr. Andi Tenriola, S.Kep, Ns, M.Kes selaku dosen penguji II yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk membimbing, memberikan masukan demi kesempurnaan karya ilmiah akhir Ners ini, dan terima kasih atas waktu yang telah diberikan untuk menguji dan menilai hasil karya saya dengan penuh kesabaran dan objektivitas.
7. Bapak/Ibu dosen dan seluruh staf Stikes Panrita Husada Bulukumba atas bekal keterampilan dan pengetahuan yang telah diberikan kepada penulis selama proses perkuliahan.
8. Terkhusus, kepada Bapak tercinta Sawaluddin Hasibuan, terima kasih yang tulus saya sampaikan, yang mungkin jarang menunjukkan lewat kata-kata, tapi selalu hadir lewat tindakan. Segala perjuangan dan kerja keras Bapak, meski sering tak terlihat, sangat berarti bagi saya. Doa dan keteguhan Bapak adalah salah satu alasan saya bisa sampai sejauh ini. Semoga karya ini menjadi salah satu bentuk balasan kecil atas segala pengorbanan Bapak.
9. Mama saya yang tersayang Ramlah, terima kasih atas cinta, doa, dan kesabaran yang tak pernah habis. Di saat saya lelah, Mama adalah kekuatan yang membuat saya kembali berdiri. Dukungan Mama selama ini lebih dari cukup untuk membuat saya bertahan. Karya ini saya persembahkan untuk Mama, sebagai wujud terima kasih atas segalanya yang tak bisa saya balas dengan kata.
10. Sahabat saya serta teman-teman Profesi Ners angkatan 2024 yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga karya ilmiah akhir ners dapat terselesaikan.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis selama penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ners masih jauh dari kata sempurna, dan masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu kritikan dan saran sangat diperlukan oleh penulis demi kesempurnaan karya ilmiah akhir ners ini. Penulis juga berharap semoga karya ilmiah akhir ners ini bisa bermanfaat kepada pembaca, serta kepada semua pihak khususnya bagi dunia pendidikan keperawatan di Indonesia.

Bantaeng, 14 Juli 2025

Sirli Sastri Andani, S.Kep

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xii
ABSTRAK	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
C. Ruang Lingkup.....	4
D. Manfaat Penulisan.....	4
E. Metode Penulisan.....	5
F. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Tinjauan Umum Penyakit	6
1. Definisi	6

2.	Etiologi	7
3.	Klasifikasi.....	8
4.	Manifestasi Klinis.....	8
5.	Patofisiologi.....	11
6.	Komplikasi	12
7.	Pemeriksaan Penunjang.....	12
8.	Penatalaksanaan.....	13
9.	Pathway	15
B.	Konsep Keperawatan Hidronefrosis	16
1.	Pengkajian	16
2.	Diagnosa Keperawatan.....	22
3.	Intervensi Keperawatan	23
4.	Implementasi	35
5.	Evaluasi	35
C.	Konsep Nyeri	35
1.	Definisi Nyeri	35
2.	Fisiologi Nyeri.....	35
3.	Klasifikasi Nyeri.....	36
4.	Pengkajian Nyeri	38
5.	Pengukuran Respon Intensitas Nyeri.....	39

D.	Konsep Teknik Relaksasi Benson	41
1.	Pengertian Teknik Relaksasi Benson	41
2.	Komponen Relaksasi Benson	42
3.	Manfaat Relaksasi Benson	43
4.	Prosedur Relaksasi Benson.....	43
BAB III METODOLOGI PENELITIAN		46
A.	Rancangan Penelitian	46
B.	Sampel.....	46
C.	Tempat dan Waktu Penelitian	46
1.	Tempat Penelitian.....	46
2.	Waktu Penelitian	46
D.	Studi Outcome.....	46
1.	Defenisi.....	46
3.	Kriteria objektif	47
4.	Alat ukur/ cara pengukuran	47
5.	Etik Penelitian	48
BAB IV HASIL DAN DISKUSI		49
A.	Analisis Karakteristik Pasien/Klien	49
1.	Status Kesehatan Saat Ini	49
2.	Riwayat Kesehatan Masa Lalu	52

B. Analisis Masalah Keperawatan.....	52
C. Analisis Intervensi Keperawatan.....	53
D. Analisis Implementasi Keperawatan.....	54
E. Analisis Evaluasi Hasil	57
BAB V PENUTUP.....	61
A. Kesimpulan	61
B. Saran.....	61
DAFTAR PUSTAKA	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Hidronefrosis.....	6
Gambar 2.2 Ginjal.....	7
Gambar 2.3 Komplikasi Ginjal	12
Gambar 2.4 : Wong Baker FACES Pain Rating Scale.....	39
Gambar 2.5 : Visual Analog Scale.....	40
Gambar 2.6 : Numeric Rating Scale (NRS).....	41

ABSTRAK

Analisis Pemberian Teknik Relaksasi Benson Dengan Diagnosa Nyeri Akut Pada Kasus Hidronefrosis Di Ruang Eremerasa Di Rsud Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng. Sirli Sastri Andani¹, Nadia Alfira²

Latar Belakang : Hidronefrosis merupakan pembesaran ginjal akibat penumpukan urin yang terjadi karena sumbatan aliran kemih. Kondisi ini menimbulkan nyeri hebat yang dapat mengganggu kenyamanan dan fungsi ginjal. Salah satu pendekatan nonfarmakologis yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri adalah teknik relaksasi Benson, yang dikenal efektif karena mudah diterapkan dan tanpa efek samping.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pemberian teknik relaksasi Benson terhadap penurunan nyeri akut pada pasien hidronefrosis di Ruang Eremerasa RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng.

Metode : Desain yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Data diperoleh melalui observasi langsung, wawancara, serta studi dokumentasi dari satu pasien dengan diagnosis nyeri akut akibat hidronefrosis yang diberikan intervensi relaksasi Benson selama 3 hari.

Hasil : Setelah dilakukan intervensi teknik relaksasi Benson secara rutin, ditemukan adanya penurunan intensitas nyeri yang signifikan dari skala 6 menjadi skala 2 berdasarkan pengukuran menggunakan Numeric Rating Scale (NRS). Selain itu, terjadi perbaikan pada kualitas tidur dan penurunan tanda-tanda cemas.

Kesimpulan dan Saran : Teknik relaksasi Benson terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri akut pada pasien hidronefrosis. Oleh karena itu, disarankan agar perawat menggunakan teknik ini sebagai bagian dari intervensi keperawatan nonfarmakologis yang holistik untuk meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup pasien.

Kata Kunci : Hidronefrosis, Nyeri Akut, Relaksasi Benson, Keperawatan, Nonfarmakologis

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hidronefrosis merupakan pembengkakan ginjal akibat tekanan balik terhadap ginjal karena aliran air kemih tersumbat. Dalam keadaan normal, air kemih mengalir dari ginjal dengan tekanan yang sangat rendah. Jika aliran kemih tersumbat, air kemih akan mengalir kembali ke dalam tabung-tabung kecil di dalam ginjal (tubulus renalis) dan ke daerah pusat pengumpulan air kemih (pelvis renalis) hal ini akan menyebabkan ginjal mengembung dan menekan jaringan ginjal yang rapuh. Pada akhirnya tekanan hidronefrosis yang menetap dan berat akan merusak jaringan ginjal secara perlahan ginjal akan kehilangan fungsinya (Nursafitri, 2024).

Hampir 10% orang pernah terkena hidronefrosis selama hidupnya. Sekitar 150 juta penduduk di seluruh dunia tiap tahunnya terdiagnosis menderita hidronefrosis. Di Amerika Serikat hidronefrosis mencapai lebih dari 7 juta kunjungan tiap tahunnya. Kurang lebih 15% dari semua antibiotik yang diresepkan untuk masyarakat, Amerika Serikat diberikan kepada penderita hidronefrosis dan beberapa negara Eropa menunjukkan data yang sama. Sebanyak 14.999.400 penduduk Indonesia menderita hidronefrosis. Antara umur 30-60 tahun terdapat hidronefrosis. Secara global setiap tahunnya terdapat 457 orang nefrolitiasis dari 100.00 populasi laki-laki memiliki prevalensi sebesar 10,6% sementara perempuan 7,1% (Rustendi et al., 2022).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada hari ginjal sedunia tahun 2018 jumlah penderita nefrolitiasis di Indonesia mencapai 1.499.400 orang dengan prevalensi 6% tertinggi pada kelompok usia 55-64 tahun (1,3%) dan menurun pada usia >75 tahun (1,1%). Prevalensi lebih tinggi pada laki-laki (0,8%) dibanding perempuan (0,4%). Sementara itu, prevalensi pada gagal ginjal yang dipicu oleh hidronefrosis terus meningkat, dari 22.304 kasus pada 2016 menjadi 28.782 kasus pada 2017. Berdasarkan kelompok usia prevalensi gagal ginjal meningkat dengan bertambahnya usia, tertinggi pada usia >75 tahun (0.6%). Di Sulawesi Selatan prevalensi gagal ginjal akibat

hidronefrosis mencapai 0.37%, dengan angka tertinggi pada usia 45-54 tahun (0,86%).

Pola hidup tidak sehat menjadi salah satu penyebab utama hidronefrosis. Kebiasaanya seperti kurangnya aktivitas fisik, berkontribusi pada peningkatan risiko gangguan saluran kemih. Kurangnya konsumsi air putih misalnya, menyebabkan urin mejadi pekat dan mempermudah pembentukan kristal atau batu ginjal. Batu ginjal ini dapat menyebabkan obstruksi aliran urin, yang selanjutnya meningkatkan tekanan intrarenal dan menyebabkan pelebaran pelvikalises ginjal. Kebiasaan menahan buang air kecil juga meningkatkan resiko infeksi saluran kemih berulang, yang dapat menyebabkan pelebaran pelvikalises ginjal. Kebiasaan menahan buang air kecil juga meningkatkan resiko infeksi saluran kemih berulang, yang dapat menyebabkan peradangan kronis hingga striktur uretra. Selain itu, pola makan tinggi garam memperburuk tekanan darah tinggi, sedangkan konsumsi protein berlebih meningkatkan eskresi asam urat dalam urin, yang juga mempermudah pembentukan batu ginjal. Gaya hidup sedentari atau kurang bergerak memperlambat metabolisme tubuh, menurunkan kemampuan ginjal menyaring zat sisa, dan meningkatkan resiko pembentukan batu ginjal (Khadijah, 2025).

Obstruksi dan hidronefrosis yang parah, dan urin berlebih mungkin perlu dikeluarkan memakai kateter untuk mengeluarkan urin dari kandung kemih atau urin dari ginjal menggunakan tabung khusus yaitu nefrostomi. Kunci pengobatannya yaitu dengan secepatnya mengatasi hal tersebut agar tidak terjadi kerusakan persisten pada ginjal. Masalah saluran kemih dan hidronefrosis yang parah bisa merusak ginjal dan dapat menimbulkan gagal ginjal. Apabila timbul gagal ginjal, penyembuhan yang diperlukan ialah dengan dialysis atau transplantasi ginjal. Akan tetapi, mayoritas orang sembuh dari hidronefrosis apabila segera mungkin diobati (NKF, 2023).

Dari berbagai jenis tindakan non farmakologi tersebut salah satu terapi komplementer yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri adalah teknik relaksasi. Teknik relaksasi memiliki kelebihan karena mudah diterapkan dalam pengaturan apa pun dan tidak memiliki efek samping dengan indikasi yang

berbahaya jika dibandingkan dengan tindakan keperawatan lain (Nursafitri, 2024).

Berdasarkan data rekam medik yang diperoleh dari RSUD Prof. Dr. M. H. Anwar Makkatutu Bantaeng di temukan bahwa penderita hidronefrosis dari tahun 2022 sampai dengan 2024 terus mengalami peningkatan dimana pada tahun 2022 ditemukan 46 kasus, pada tahun 2023 mengalami penurunan sebanyak 21 kasus hidronefrosis, dan pada tahun 2024 mengalami peningkatan yang signifikan dimana terdapat sebanyak 68 kasus penderita hidronefrosis.

Berdasarkan penelitian dari Nursafitri, (2024) teknik relaksasi benson merupakan salah satu teknik relaksasi yang dapat diaplikasikan untuk mengurangi nyeri dengan cara mengalihkan perhatian dengan relaksasi sehingga kesadaran klien tentang nyeri akan berubah atau berkurang. Pengembangan teknik relaksasi benson, yang mengintegrasikan banyak teknik yang paling mudah dan bebas biaya (Faith Factor). Relaksasi ini sebagian besar berfokus pada kata-kata yang diucapkan dengan ritme yang dapat diprediksi dan nada sedih. Ungkapan yang digunakan dapat dianggap memiliki efek menenangkan pada klien.

Berdasarkan data hasil studi pendahuluan dan informasi terkait hidronefrosis dan relaksasi benson, maka penulis tertarik untuk menuangkan hal tersebut di dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) sehingga diharapkan dapat lebih memahami dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien hidronefrosis secara holistik dan komprehensif dengan judul “Analisis Pemberian Teknik Relaksasi Benson dengan Diagnosis Nyeri Akut pada Kasus Hidronefrosis di Ruang Eremerasa RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng”.

B. Tujuan

Tujuan karya ilmiah ini adalah untuk menganalisis pemberian teknik relaksasi benson dengan diagnosis nyeri akut pada kasus hidronefrosis di ruang Eremerasa RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng.

C. Ruang Lingkup

Analisis pemberian teknik relaksasi benson dengan diagnosis nyeri akut pada kasus hidronefrosis di ruang eremerasa RSUD Prof. Dr. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng dari tanggal 05 November 2024 s/d 08 November 2024.

D. Manfaat Penulisan

Manfaat yang ingin dicapai melalui penulisan karya ilmiah akhir ners terdiri dari :

1. Mahasiswa

Diharapkan hasil laporan kasus ini dapat menambah pengetahuan, memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan asuhan keperawatan medikal bedah pada kasus gangguan sistem reproduksi Hidronefrosis.

2. Lahan praktek

Hasil laporan ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan pada pasien dan keluarga tentang penyakit Hidronefrosis.

3. Institusi Pendidikan Keperawatan

Terlaksananya Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dan digunakan sebagai referensi sehingga dapat meningkatkan keilmuan dalam bidang keperawatan medikal bedah khususnya pasien dengan gangguan sistem reproduksi hidronefrosis serta dapat menjadi bahan bacaan di perpustakaan Stikes Panrita Husada Bulukumba, dan untuk memenuhi Mata Kuliah Askep Keperawatan Medikal Bedah.

4. Profesi Keperawatan

Dalam menerapkan asuhan keperawatan diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran meliputi pengkajian, menentukan masalah keperawatan, mampu mengintervensi dan mengimplementasi serta mengevaluasi tindakan yang telah penulis lakukan pada pasien dengan masalah Hidronefrosis.

E. Metode Penulisan

Metode penulisan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif dan studi kepustakaan. Metode deskriptif dilakukan melalui studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan. Studi kepustakaan digunakan untuk memberikan landasan teoretis terkait hidronefrosis, nyeri, dan teknik relaksasi benson. Pendekatan ini bertujuan menyajikan analisis yang sistematis dan terarah dalam pengelolaan kasus.

F. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan bertujuan untuk memudahkan dalam memahami isi dan maksud dari laporan akhir. Berikut ini merupakan sistematika penulisan yang terdiri dari 5 bab, yakni:

1. BAB I Pendahuluan

Pada bab ini diuraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

2. BAB II Tinjauan Umum

Pada bab ini diuraikan tentang konsep dasar hidronefrosis, konsep asuhan keperawatan, dan terapi relaksasi benson serta pembahasan artikel yang mendukung penelitian ini.

3. BAB III Metodologi Penelitian

Bab ini berisi tentang rancangan penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, studi outcome dan etik keperawatan.

4. BAB IV Hasil dan Diskusi

Bab ini berisi tentang pengkajian pasien, diagnosa keperawatan utama, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

5. BAB V Penutup

Bab ini berisi tentang kesimpulan dan saran.

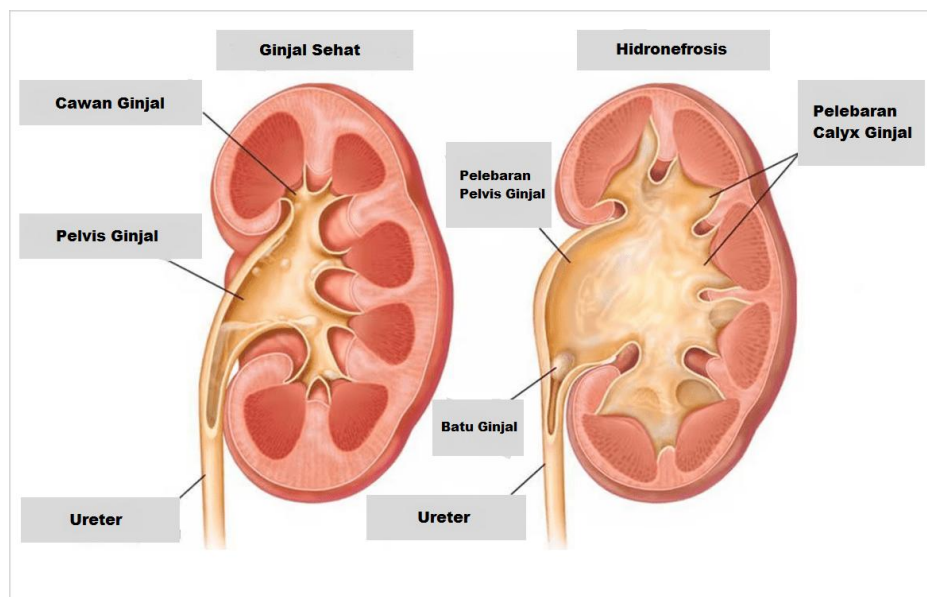
BAB II

TINJAUAN UMUM

A. Konsep Medis Hidronefrosis

1. Definisi

Hidronefrosis merupakan penyakit pembesaran ginjal akibat adanya timbunan urine, yang disebabkan oleh sumbatan pada saluran kemih sehingga urine mengalir kembali ke ginjal. Hidronefrosis bisa terjadi di satu maupun kedua ginjal (NKF, 2023).



Gambar 2.1 Hidronefrosis

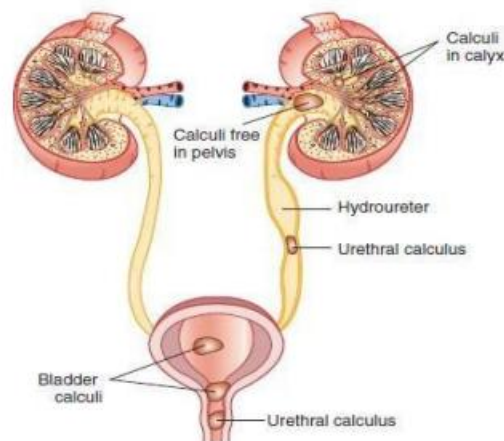
Hidronefrosis ialah distensi dan dilatasi system pengumpulan ginjal di satu atau pun kedua ginjal karena adanya sumbatan di aliran urin distal pelvis ginjal (yaitu, ureter, kandung kemih, dan uretra). Pelebaran ureter akibat obstruksi aliran keluar urin disebut hidroureter (Thotakura & Anjum, 2023).

Pembesaran ginjal sering terjadi selama pemeriksaan fisik secara teratur. Akar penyebab hidronefrosis, seperti batu ginjal dan tumor obstruktif, secara tidak langsung dapat menyebabkan gejala yang menunjukkan hidronefrosis. Setelah hambatan dihilangkan, fungsi dapat kembali normal dalam beberapa minggu. Namun, seiring waktu, perubahan yang terjadi mungkin tidak dapat diubah. Hidronefrosis lebih sering muncul pada

perempuan dengan rentang usia 30-60 tahun karena kehamilan dan keganasan ginekologi. Untuk kelompok usia lebih dari 60 tahun, menjadi lebih umum pada pria karena penyakit prostat dan komplikasi (Tri Rahayu & Septiawan, 2021).

2. Etiologi

Hidronefrosis merujuk pada dilatasi pelvis ginjal serta kaliks ginjal, dengan atrofi parenkim yang disebabkan oleh sumbatan aliran keluar urin. Sumbatan ini bisa timbul secara tiba-tiba maupun lambat, dan bisa terjadi pada semua tingkat saluran kemih, mulai dari uretra hingga pelvis ginjal.



Gambar 2.1 Ginjal

Menurut Thotakura & Anjum, (2023) salah satu penyebab hidronefrosis ialah obstruksi saluran kemih, dan dapat secara luas diklasifikasikan sebagai kompresi intrinsik dan ekstrinsik:

- a. Penyebab kompresi intrinsik termasuk batu ginjal, keganasan, ureteropelvic junction stenosis, stric ureter dari peradangan sebelumnya, kista ginjal, katup uretra posterior, hiperplasia prostat jinak, dan kandung kemih neurogenik, dll.
- b. Penyebab kompresi ekstrinsik termasuk kehamilan, kista peripelvis, ureter Retrocaval, keganasan, trauma, fibrosis retroperitoneal, dan abses prostat. Kelainan anatomi merupakan penyebab sebagian besar kasus

pada anak-anak. Ini termasuk katup atau striktur uretra, dan stenosis di persimpangan Ureterovesikal ataupun ureteropelvis.

3. Klasifikasi

Menurut Onen, (2020) pemeriksaan radiologis hidronefrosis memiliki empat derajat antara lain:

a. Hidronefrosis Derajat I

Temuan yang didapatkan berbentuk pelebaran pelvis ginjal tanpa pelebaran kaliks berbentuk Blunting alias tumpul.

b. Hidronefrosis Derajat II

Dilatasi pada pelvis ginjal serta kaliks mayor, kaliks berbentuk flattening, alias mendatar.

c. Hidronefrosis Derajat III

Dilatasi pelvis ginjal, kaliks mayor serta kaliks minor. Tidak ada penipisan korteks. Kaliks berbentuk clubbing, atau menonjol. Tanda-tanda minor atrofi ginjal (papila datar serta forniks tumpul).

d. Hidronefrosis Derajat IV

Pelebaran pelvis renalis, kaliks mayor serta kaliks minor. Selain penipisan korteks, batas antar pelvis ginjal serta kaliks juga hilang. Tanda-tanda signifikan dari atrofi ginjal (parenkim tipis). Calices berbentuk ballooning atau menggelembung.

4. Manifestasi Klinis

Seseorang dengan hidronefrosis mungkin tidak menyadari bahwa mereka mengalami kondisi tersebut. Biasanya gejala muncul dan hadir dalam beberapa jam, minggu, atau bulan (Buttaccio, 2024).

a. Nyeri pinggang

Nyeri pinggang merupakan keluhan utama pada pasien dengan hidronefrosis, yang umumnya timbul akibat distensi pelvis renalis dan sistem kalises ginjal karena penumpukan urin. Peningkatan tekanan intrarenal menstimulasi saraf-saraf sensorik pada kapsul ginjal, sehingga menimbulkan rasa nyeri yang khas di daerah pinggang atau

flank. Nyeri ini bisa bersifat tumpul atau tajam, tergantung pada kecepatan dan derajat obstruksi saluran kemih

b. Nyeri saat buang air kecil (disuria)

Nyeri saat buang air kecil (disuria) biasanya terjadi ketika hidronefrosis disertai infeksi saluran kemih bagian bawah. Iritasi mukosa uretra akibat infeksi bakteri menyebabkan rasa nyeri atau panas saat miksi. Menurut Smeltzer & Bare (2018), disuria merupakan gejala khas pada sistitis atau uretritis yang sering menyertai obstruksi aliran urin.

c. Darah dalam urin (hematuria)

Hematuria dapat muncul akibat peningkatan tekanan hidrostatik pada saluran kemih yang menyebabkan ruptur kapiler kecil di ginjal atau ureter. Selain itu, adanya batu ginjal yang bergesekan dengan dinding saluran kemih juga dapat menimbulkan trauma dan perdarahan ringan yang tampak sebagai darah dalam urin.

d. Demam

Demam pada pasien hidronefrosis umumnya merupakan tanda dari infeksi, khususnya bila telah berkembang menjadi pielonefritis. Proses inflamasi akibat invasi bakteri ke parenkim ginjal memicu pelepasan sitokin pirogen endogen, seperti interleukin dan prostaglandin, yang memengaruhi pusat pengatur suhu di hipotalamus.

e. Kelelahan dan rasa tidak enak

Kelelahan dan rasa tidak enak badan (malaise) merupakan gejala sistemik yang sering dijumpai pada pasien dengan gangguan ginjal kronis atau infeksi saluran kemih. Penurunan fungsi ginjal mengakibatkan retensi produk metabolik seperti urea dan kreatinin yang bersifat toksik bagi tubuh, sehingga menimbulkan rasa lemas dan tidak nyaman secara umum.

f. Mual dan muntah

Mual dan muntah muncul karena penumpukan toksin uremik dalam darah, yang dapat memengaruhi sistem saraf pusat, termasuk pusat

muntah di medula oblongata. Selain itu, nyeri berat akibat distensi ginjal juga dapat memicu mual secara refleksi.

g. Infeksi saluran kemih (ISK)

Infeksi saluran kemih (ISK) sering menjadi komplikasi dari hidronefrosis karena urin yang tergenang dalam sistem pelvikokalises menjadi media yang ideal untuk pertumbuhan bakteri. Stagnasi urin memperpanjang waktu kontak antara dinding saluran kemih dengan mikroorganisme, sehingga meningkatkan risiko infeksi.

h. Dorongan terus-menerus untuk buang air kecil

Dorongan berkemih terus-menerus dapat disebabkan oleh iritasi pada kandung kemih akibat infeksi atau tekanan dari sumbatan di saluran kemih bagian bawah. Meskipun kandung kemih belum penuh, stimulasi saraf sensorik dapat menyebabkan rasa ingin berkemih berulang.

i. Perubahan frekuensi kencing

Perubahan frekuensi buang air kecil dapat meningkat jika disertai infeksi atau menurun bila fungsi ginjal terganggu. Dalam kasus obstruksi berat, ginjal dapat mengalami penurunan produksi urin (oliguria) karena penurunan aliran darah ginjal akibat tekanan balik.

j. Ketidakmampuan untuk mengosongkan kandung kemih sepenuhnya

Ketidakmampuan mengosongkan kandung kemih secara sempurna biasanya terjadi jika obstruksi berada pada tingkat uretra atau leher kandung kemih. Hal ini menyebabkan urin tertahan sebagian setelah miksi, yang meningkatkan risiko infeksi dan distensi kandung kemih.

k. Aliran urin lemah

Aliran urin lemah menandakan adanya sumbatan parsial di saluran kemih yang menghambat pengosongan urin secara efektif. Hambatan ini dapat disebabkan oleh batu, striktur uretra, atau kompresi dari luar, seperti pada kehamilan.

l. Inkontinensia

Inkontinensia urin, khususnya jenis overflow incontinence, dapat terjadi jika kandung kemih terlalu penuh akibat retensi urin kronis. Tekanan

intravesika yang tinggi mengakibatkan aliran urin yang tidak terkendali melewati uretra.

5. Patofisiologi

Obstruksi total saluran kemih akut, menyebabkan dilatasi tiba-tiba serta peningkatan tekanan luminal proksimal ke tempat sumbatan. Penyaringan glomerulus akan berlanjut dengan meningkatnya peyaringan tubulus dan aliran cairan di interstitium. Tekanan interstisial menimbulkan peningkatan disfungsi tubulus. Kerusakan nefron yang tidak bisa disembuhkan timbul dalam waktu sekitar tiga minggu. Dalam beberapa kasus, kerusakan permanen timbul dalam jangka waktu yang lama, tergantung pada dua hal tersebut. Sebagian besar penyebab sumbatan saluran kemih di atas menyebabkan sumbatan parsial aliran urin. Kondisi ini menimbulkan hidronefrosis dan atrofi korteks ginjal progresif akibat rusaknya nefron yang berlangsung selama berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun (NKF, 2023).

Hidronefrosis yang terjadi pada kedua ginjal dapat menimbulkan gagal ginjal. Retensi urin karena sumbatan meningkatkan insiden pielonefritis akut serta pembentukan batu, yang dapat mencegah sumbatan. Sumbatan ureter akut karena batu, trombosis, ataupun pengerasan kulit papila ginjal menyebabkan kolik ureter karena peningkatan peristaltik ureter. Kolik ureter adalah nyeri intermiten yang kerap kali menjadi parah di sudut ginjal posterior dan menyebar di sekitar panggul. Sumbatan pada salah satu ginjal biasanya tidak menimbulkan tanda dan gejala, bahkan dengan sumbatan total, dan umumnya berkembang dengan kerusakan ginjal sebelum terdeteksi. Sumbatan parsial bilateral kronis hadir dengan gagal ginjal kronis termasuk hipertensi, disfungsi tubulus (poliuria, asidosis tubulus, dan hiponatremia), selanjutnya perkembangan urolitiasis atau pielonefritis akut. Penggarapan pasien tersebut bisa memulihkan kembali fungsi tubulus menjadi normal jika dilakukan sesegara mungkin. Sumbatan bilateral lengkap menyebabkan gagal ginjal akut postrenal, jika tidak ditangani dengan cepat menyebabkan kematian. Oleh sebab itu, situasi ini termasuk kegawatdaruratan medis (Hanggitriana, 2023).

6. Komplikasi

Infeksi saluran kemih adalah komplikasi yang paling umum dari hidronefrosis. Lebih lanjut dapat menyebabkan pielonefritis, infeksi ginjal itu sendiri dan gagal ginjal. Ketika obstruksi kronis berkurang, pasien dapat mengalami diuresis pasca obstruktif (Thotakura & Anjum, 2023).



Gambar 2.2 Komplikasi Ginjal

Hidronefrosis bilateral apabila terjadi pembengkakan pada kedua ginjal beresiko menimbulkan gagal ginjal, sedangkan, erupsi unilateral dikaitkan dengan serangkaian berubahnya morfologis yang berubah tergantung pada derajat serta tingkat obstruksi. Pada sumbatan subtotal ataupun intermiten, ginjal dapat membesar secara signifikan (panjangnya hingga 20 cm) terdiri dari sistem pelviokaliks yang melebar (Hanggitriana, 2023).

7. Pemeriksaan Penunjang

Beberapa prosedur yang digunakan untuk menegakkan diganosa hidronefrosis antara lain:

a. Pemeriksaan Laboratorium

Urinalisis piura memperlihatkan infeksi, hematuria mikroskopis bisa memperlihatkan bahwa ada nefrolitiasis ataupun tumor. Hasil dari pemeriksaan sel darah lengkap ialah leukositosis dapat mengindikasikan adanya infeksi akut. Hasil dari pemeriksaan kimia serum ialah

hidronefrosis pada kedua ginjal serta hidroureter bisa menyebabkan peningkatan pada kadar BUN serta kreatinin.

b. Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi ialah pemeriksaan yang cepat, tidak mahal, dan akurat digunakan mendeteksi hidronefrosis serta hidroureter, dengan melihat gambaran kondisi ginjal, ureter dan kandung kemih.

c. Pyelography Intravena (IVP)

Pielografi intravena bermanfaat untuk menetapkan eksistensi serta penyebab dari hidronefrosis dan hidroureter. Intraluminal adalah penyebab yang gampang untuk diidentifikasi didasarkan hasil IVP.

d. CT Scan

CT Scan memiliki peran penting dalam evaluasi hidronefrosis dan hidroureter. Proses retroperitoneal menyebabkan obstruksi ekstrinsik dari ureter dan kandung kemih dapat dievaluasi dengan sangat baik pada CT Scan (Tri Rahayu & Septiawan, 2021).

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis yang diberikan pada klien dengan gangguan hidronefrosis antara lain:

a. Nefrostomi

Tindakan medis yang dilakukan pada klien dengan gangguan sistem urine dengan memasukkan sebuah kateter/selang lewat kulit bagian belakang (punggung) ke dalam ginjal. Intervensi tersebut dilakukan untuk mengatasi penumpukan atau pengumpulan urine pada ginjal yang terjadi karena adanya obstruksi yang menghalangi keluarnya urine. Tindakan nefrotomi ini dapat menguras atau mengalihkan urine yang ada pada ginjal secara langsung ke luar tubuh menuju kantong pengumpul urine yang disambungkan (Tri Rahayu & Septiawan, 2021).

b. Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL)

Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy merupakan suatu tindakan atau prosedur medis yang menangani renal calculi yang menghancurkan batu ginjal menggunakan getaran gelombang dari luar tubuh ke area ginjal

menjadi partikel-partikel kecil yang kemudian ikut mengalir bersama urine pada sistem urinaria (Parida, 2021).

c. Nefrolitotomi

Perkutanous nephrolithotomy merupakan salah satu tindakan minimal invasive di bidang urologi yang bertujuan mengangkat batu ginjal dengan menggunakan akses perkutan untuk mencapai sistem pelviokalis yang memberikan angka bebas batu yang tinggi. Komplikasi dari tindakan ini meliputi perdarahan, trauma pada perlis renalis, trauma rongga pleura (Parida, 2021).

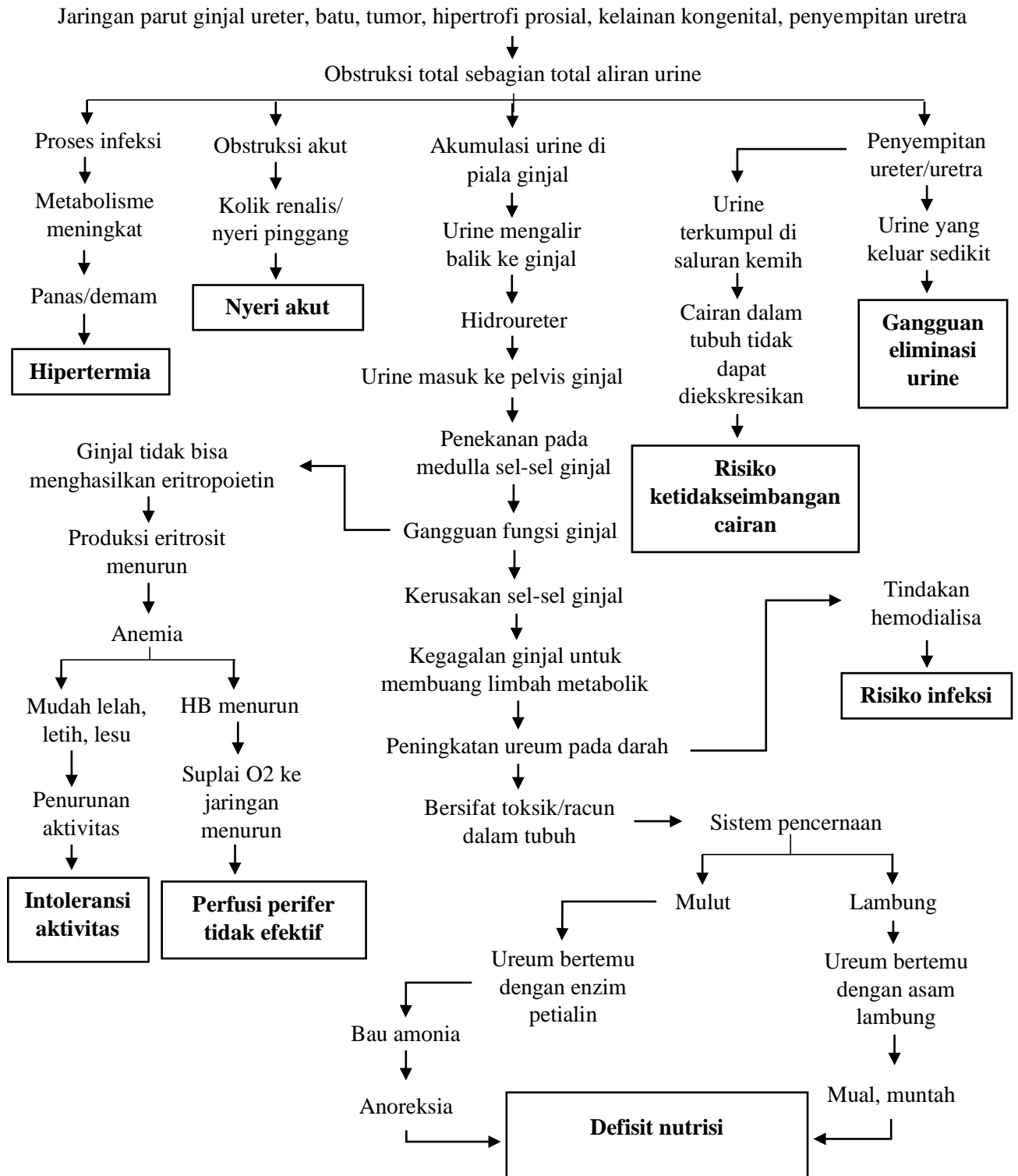
d. Stent Ureter

Stent ureter merupakan alat yang berbentuk pipa yang dirancang agar dapat ditempatkan di ureter untuk membantu mengatasi gangguan saluran urinaria. Stent ini terbuat dari silikon yang bersifat lunak dan lentur. Stent ini dapat dipasang secara permanen atau temporer. Komplikasi dari pemasangan ini dapat mencakup infeksi, reaksi inflamasi yang terjadi akibat adanya benda asing dalam tractus urogenitalis, pembentukan krusta dalam selang, pendarahan atau obstruksi karena bekuan darah dalam stent dan tercabutnya stent tersebut (Hanggitriana, 2023).

e. Pemasangan Kateter

Katerisasi merupakan Tindakan mengosongkan kandung kemih ketika urine tidak dapat dieliminasi secara alami dan harus dikeluarkan. Namun, katerisasi harus dilakukan pada klien yang benar-benar memerlukan Tindakan karena sering menimbulkan infeksi pada tractus urinarius (Tri Rahayu & Septiawan, 2021).

9. Pathway



B. Konsep Keperawatan Hidronefrosis

1. Pengkajian

a. Data umum

Mengumpulkan identitas klien, seperti nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, serta identitas penanggung jawab atau pengantar. Data ini penting untuk menentukan faktor risiko seperti usia dan pekerjaan yang dapat mempengaruhi kondisi hidronefrosis.

b. Riwayat kesehatan saat ini

1) Keluhan utama : biasanya berupa nyeri pinggang (flank pain), mual, muntah, atau sulit berkemih.

2) Alasan masuk RS : nyeri yang tidak tertahankan, gangguan buang air kecil, atau ditemukan pembesaran ginjal pada pemeriksaan

3) Riwayat penyakit

Provocative/Palliative : aktivitas tertentu

Quality : nyeri tajam atau tumpul

Region : nyeri di pinggang yang bisa menjalar ke perut atau selangkangan

Severity : skala nyeri 0-10

Timing : kapan nyeri muncul, apakah terus-menerus atau periodik

4) Data medik

a) Dikirim oleh UGD atau dokter praktek : informasi mengenai rujukan klien, apakah datang atas inisiatif sendiri, dirujuk dari UGD rumah sakit lain, atau dokter praktek. Data ini membantu memahami kronologi perjalanan penyakit dan tingkat urgensi penanganan.

b) Diagnosa medik :

- Saat masuk : diagnosa awal yang diberikan oleh dokter
- Saat pengkajian : diagnosa medik yang diperbarui setelah pengkajian dan pemeriksaan tambahan, seperti hasil USG atau CT scan yang menginformasi hidronefrosis

c. Riwayat kesehatan masa lalu

- 1) Penyakit yang pernah dialami, seperti batu ginjal atau infeksi saluran kemih sebelumnya
- 2) Riwayat alergi terhadap makanan, obat-obatan, atau bahan lain
- 3) Riwayat imunisasi yang mendukung status kesehatan

d. Riwayat kesehatan keluarga

Mencatat adanya riwayat keluarga dengan penyakit serupa, seperti batu ginjal, infeksi saluran kemih, atau kelainan ginjal bawaan dengan menggunakan genogram.

e. Riwayat psiko-sosio-spiritual

- 1) Pola koping : cara klien menghadapi masalah, seperti nyeri atau perubahan aktivitas akibat penyakitnya. Misalnya, apakah klien cenderung menerima keadaan, mencari dukungan, atau malah mengalami stres berlebih.
- 2) Harapan klien terhadap penyakitnya : keinginan atau harapan klien, seperti ingin sembuh total, ingin nyeri berkurang, atau sekadar menjalani kehidupan dengan kualitas yang lebih baik meskipun ada penyakit.
- 3) Faktor stressor : hal-hal yang menyebabkan stres pada klien, seperti rasa sakit, ketidakmampuan beraktivitas, beban ekonomi, atau kurangnya dukungan keluarga.
- 4) Konsep diri : pandangan klien terhadap dirinya sendiri, termasuk penerimaan terhadap kondisi tubuh, perubahan citra tubuh, atau peran sosial akibat penyakitnya.
- 5) Pengetahuan klien tentang penyakitnya : tingkat pemahaman klien mengenai penyakit hidronefrosis, penyebab, gejala, serta pengobatan yang dijalani atau akan dijalani.
- 6) Adaptasi : kemampuan klien untuk beradaptasi dengan perubahan akibat penyakit, seperti menyesuaikan pola aktivitas, menerima kondisi fisik, dan mengikuti perawatan yang disarankan.

- 7) Hubungan dengan anggota keluarga : kualitas hubungan klien dengan keluarga, apakah mereka mendukung secara emosional dan finansial, atau justru menjadi sumber konflik.
 - 8) Hubungan dengan masyarakat : interaksi klien dengan lingkungan sekitar, seperti teman atau tetangga, apakah tetap aktif atau menarik diri karena penyakitnya.
 - 9) Perhatian terhadap orang lain dan lawan bicara : kemampuan klien untuk memperhatikan kebutuhan orang lain dan responnya terhadap komunikasi. Hal ini menunjukkan sejauh mana penyakit mempengaruhi psikologisnya.
 - 10) Aktivitas sosial : tingkat partisipasi klien dalam kegiatan sosial, seperti pertemuan komunikasi, pekerjaan, atau aktivitas lainnya sebelum dan selama sakit.
 - 11) Bahasa yang sering digunakan : bahasa utama yang digunakan klien dalam komunikasi sehari-hari, penting untuk memastikan pemberian informasi yang efektif dan mudah dipahami.
 - 12) Keadaan lingkungan : kondisi tempat tinggal klien, seperti kebersihan, akses ke fasilitas kesehatan, dan dukungan sosial dari lingkungan sekitar.
 - 13) Kegiatan keagamaan/pola ibadah : rutinitas keagamaan klien, seperti shalat, doa, atau kegiatan spiritual lainnya, apakah penyakit mempengaruhi pola ibadahnya.
 - 14) Keyakinan tentang kesehatan : keyakinan klien terkait kesehatan, misalnya apakah ia percaya pada pengobatan medis, alternatif, atau gabungan keduanya, serta bagaimana pandangan spiritual mempengaruhi cara ia menjalani pengobatan.
- f. Kebutuhan dasar/pola kebiasaan
- 1) Makan
Sebelum MRS : kebiasaan pola makan klien, termasuk jenis makanan yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi, dan adanya pantangan tertentu.

Saat di RS : apakah klien mengikuti diet khusus (misalnya rendah protein, rendah natrium), tingkat nafsu makan, dan kebutuhan nutrisi yang terpenuhi melalui makanan rumah sakit atau bantuan lainnya.

2) Minum

Sebelum MRS : pola konsumsi cairan, termasuk jenis cairan (air putih, teh, kopi, minuman berenergi) dan jumlah cairan yang dikonsumsi per hari.

Saat di RS : pemenuhan kebutuhan cairan, apakah klien memiliki keterbatasan cairan akibat kondisi medis, seperti pembatasan asupan cairan pada hidronefrosis.

3) Tidur

Sebelum MRS : durasi tidur harian, kualitas tidur, dan gangguan tidur yang dialami seperti insomnia atau tidur terganggu akibat nyeri.

Saat di RS : apakah klien dapat tidur nyenyak di lingkungan rumah sakit, pengaruh nyeri atau gangguan dari tindakan medis terhadap pola tidur.

4) Eliminasi fekal/BAB

Sebelum MRS : frekuensi BAB, konsistensi tinja (normal, keras, cair), dan adanya keluhan seperti sembelit atau diare.

Saat di RS : perubahan pola BAB, misalnya konstipasi akibat kurang aktivitas atau efek samping obat-obatan.

5) Eliminasi urine/BAK

Sebelum MRS : pola BAK, seperti frekuensi, warna, bau, jumlah, dan keluhan (nyeri saat BAK, sering BAK, atau jarang BAK).

Saat di RS : gangguan eliminasi akibat hidronefrosis, seperti retensi urine, oliguria (jumlah urine sangat sedikit), atau penggunaan kateter urine untuk membantu pengeluaran.

6) Aktivitas dan latihan

Sebelum MRS : tingkat aktivitas fisik, jenis olahraga, pekerjaan, dan kemampuan menjalankan aktivitas sehari-hari.

Saat di RS : keterbatasan aktivitas akibat nyeri atau kondisi medis, serta latihan ringan yang direkomendasikan oleh tim medis untuk meningkatkan mobilitas.

7) Personal hygiene

Sebelum MRS : kebiasaan menjaga kebersihan diri, seperti mandi, mencuci tangan, dan merawat gigi.

Saat di RS : kemampuan klien untuk menjaga kebersihan diri secara mandiri atau dengan bantuan, termasuk perawatan area genital jika menggunakan kateter atau memiliki luka.

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

a) Kehilangan BB : penilaian apakah klien mengalami penurunan berat badan yang signifikan sebelum masuk rumah sakit, yang dapat mengindikasikan malnutrisi, dehidrasi, atau penyakit kronis. Pada hidronefrosis kehilangan berat badan sering terjadi akibat mual, muntah, atau penurunan nafsu makan.

b) Kelemahan : mengobservasi tingkat energi dan kemampuan fisik klien. Klien dengan hidronefrosis mungkin mengalami kelemahan akibat nyeri, anemia, atau dehidrasi yang mempengaruhi aktivitas sehari-hari

c) Tanda vital (vital sign) : memantau tekanan darah apakah ada hipertensi akibat gangguan fungsi ginjal. Mengevaluasi kecepatan dan kekuatan denyut nadi, yang bisa dipengaruhi oleh nyeri atau dehidrasi. Apakah ada peningkatan laju pernapasan karena nyeri atau kecemasan. Memastikan tidak ada demam yang dapat menunjukkan adanya infeksi sekunder.

d) Tingkat kesadaran : menilai status kesadaran klien menggunakan skala seperti Glasgow Coma Scale (GCS) atau orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang. Penurunan kesadaran bisa disebabkan oleh komplikasi seperti uremia pada gagal ginjal akibat hidronefrosis.

2) Head to toe

- a) Kulit/integumen : perhatikan warna kulit (pucat, sianosis, atau ikterik), kelembapan, elastisitas, dan adanya ruam, luka, atau edema. Pada kasus hidronefrosis, edema dapat ditemukan di ekstremitas atau area periorbital.
- b) Kepala & rambut : observasi bentuk kepala, distribusi rambut, kebersihan, dan adanya lesi atau infeksi kulit kepala. Rambut yang rapuh atau mudah rontok bisa menunjukkan malnutrisi atau gangguan kronis.
- c) Kuku : perhatikan bentuk, warna, dan tekstur kuku. Kuku pucat atau berbentuk sendok dapat menunjukkan anemia.
- d) Mata/penglihatan : periksa sklera (ikterik atau putih), konjungtiva (anemia jika pucat), dan adanya edema periorbital, yang bisa terkait dengan gangguan ginjal.
- e) Hidung/penghiduan : observasi adanya obstruksi, sekresi, atau tanda infeksi. Perhatikan pernapasan apakah ada napas barbau amonia, yang bisa terjadi pada gangguan ginjal berat.
- f) Telinga/pendengaran : periksa kebersihan liang telinga, adanya cairan, atau tanda-tanda infeksi.
- g) Mulut dan gigi : observasi kebersihan mulut, kondisi gigi, dan mukosa mulut. Mukosa kering atau bau mulut dapat menunjukkan dehidrasi atau gagal ginjal.
- h) Leher : periksa pembesaran kelenjar tiroid atau kelenjar getah bening. Perhatikan distensi vena jugularis yang dapat terkait dengan masalah kardiovaskuler sekunder akibat gangguan ginjal.
- i) Dada : auskultasi suara napas untuk mendeteksi adanya ronki atau wheezing. Periksa bentuk dada dan pola pernapasan apakah ada tanda sesak atau penggunaan otot bantu napas.
- j) Abdomen : periksa distensi, nyeri tekan, atau massa pada area ginjal. Auskultasi bising usus, palpasi untuk nyeri kuadran tertentu (misalnya flank pain pada hidronefrosis).

- k) Perineum & genitalia : observasi kebersihan area genital, adanya infeksi, ruam, atau kateter urine. Perhatikan keluhan nyeri atau kesulitan berkemih.
 - l) Ekstremitas atas & bawah : periksa adanya edema, warna kulit, kekuatan otot, dan suhu ekstremitas. Observasi kapiler refill untuk menilai perfusi perifer.
- 3) Pemeriksaan diagnostik
- a) Laboratorium : analisis urine seperti hematuria, infeksi, proteinuria. Pemeriksaan darah yakni kreatinin, ureum (fungsi ginjal), elektrolit, hemoglobin (anemia).
 - b) Radiologi : USG untuk evaluasi dilatasi pelvis ginjal. CT Scan untuk identifikasi batu ginjal, tumor, atau obstruksi.
- 4) Penatalaksanaan medis/terapi
- Analgesik untuk nyeri, antibiotik jika ada infeksi, atau tindakan definitif seperti nefrostomi untuk mengurangi obstruksi.

2. Diagnosa

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)
- c. Risiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan faktor risiko penyakit ginjal dan kelenjar (D.0036)
- d. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan outlet kandung kemih tidak lengkap (D.0040)
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- f. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- g. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
- h. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)

3. Intervensi

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan					Intervensi Keperawatan		
		Perfusi perifer (L.02011)	Ekspektasi : Meningkat					Perawatan sirkulasi (I.02079) Mengidentifikasi dan merawat area lokal dengan keterbatasan sirkulasi perifer	
		Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Tindakan	Rasional
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1) Warna kulit pucat menurun 2) Edema perifer menurun 3) Kelemahan otot menurun 4) Kram otot menurun 5) Pengisian kapiler membaik 6) Turgor kulit membaik						<u>Observasi</u> 1) Periksa sirkulasi perifer 2) Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <u>Terapeutik</u> 1) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan berfungsi 3) Lakukan pencegahan infeksi <u>Edukasi</u> 1) Anjurkan berolahraga rutin	<u>Observasi</u> 1) Memastikan aliran darah ke ekstremitas adekuat dan mendeteksi gangguan sirkulasi dini 2) Menentukan penyebab potensial untuk mencegah komplikasi sirkulasi 3) Mendeteksi tanda inflamasi atau trombosis untuk mencegah kerusakan jaringan <u>Terapeutik</u> 1) Mencegah trauma tambahan yang dapat memperburuk perfusi 2) Menghindari kompresi yang dapat memperburuk aliran darah 3) Mencegah komplikasi yang dapat mengganggu proses penyembuhan dan memperburuk sirkulasi <u>Edukasi</u> 1) Meningkatkan aliran darah dan memperbaiki perfusi perifer

		7) Tekanan darah membaik					√	2) Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi 3) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan	2) Mendukung kesehatan pembuluh darah dan mencegah penyumbatan 3) Mencegah komplikasi dengan deteksi dini masalah serius
--	--	--------------------------	--	--	--	--	---	--	---

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan					Intervensi Keperawatan		
		Status nutrisi (L.03030)	Ekspektasi : Membaik					Manajemen nutrisi (I.03119) Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang	
		Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Tindakan	Rasional
2.	Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2) Serum albumin meningkat 3) Pengetahuan tentang pilihan makanan dan						<u>Observasi</u> 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3) Monitor asupan makanan 4) Monitor berat badan 5) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <u>Terapeutik</u> 1) Fasilitasi menentukan pedoman diet 2) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 3) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	<u>Observasi</u> 1) Mengidentifikasi status nutrisi membantu menentukan kebutuhan nutrisi untuk mendukung pemulihan 2) Memastikan kebutuhan energi dan nutrisi terpenuhi sesuai kondisi ginjal 3) Menilai kecukupan asupan untuk mencegah defisit nutrisi 4) Mengidentifikasi tanda retensi cairan atau malnutrisi 5) Menilai fungsi ginjal dan status elektrolit untuk deteksi dini komplikasi <u>Terapeutik</u> 1) Memberikan panduan diet yang sesuai membantu pasien memenuhi pola makan sehat

		minuman yang sehat meningkat 4) Nyeri abdomen menurun 5) Berat badan membaik 6) Indeks massa tubuh membaik 7) Frekuensi makan membaik 8) Nafsu makan membaik 9) Bising usus membaik						✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	<u>Edukasi</u> 1) Ajarkan diet yang diprogramkan <u>Kolaborasi</u> 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	2) Meningkatkan nafsu makan pasien untuk menjaga kecukupan nutrisi 3) Mendukung pemulihan jaringan dan energi, terutama jika ada infeksi <u>Edukasi</u> 1) Mengedukasi diet yang sesuai dan mencegah penurunan fungsi ginjal lebih lanjut <u>Kolaborasi</u> 1) Mengurangi nyeri atau mual, sehingga meningkatkan kenyamanan dan nafsu makan 2) Memastikan rencana diet sesuai dengan kebutuhan individu pasien
--	--	---	--	--	--	--	--	----------------------------	---	--

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan					Intervensi Keperawatan		
		Keseimbangan cairan (L.03020)	Ekspektasi : Meningkat					Pemantauan cairan (I.03121) Mengumpulkan dan menganalisis data terkait pengaturan keseimbangan cairan	
		Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Tindakan	Rasional
3.	Risiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan faktor risiko	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan						<u>Observasi</u> 1) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2) Monitor tekanan darah 3) Monitor berat badan	<u>Observasi</u> 1) Untuk mendeteksi tanda-tanda ketidakseimbangan cairan, seperti hipovolemia

	penyakit ginjal dan kelenjar	cairan meningkat dengan kriteria hasil: 1) Edema menurun 2) Dehidrasi menurun 3) Intake cairan membaik 4) Output urin membaik 5) Tekanan darah membaik 6) Frekuensi nadi membaik 7) Kekuatan nadi membaik 8) Tekanan arteri rata-rata membaik 9) Mata cekung membaik 10) Turgor kulit membaik 11) Berat badan membaik						4) Monitor waktu pengisian kapiler 5) Monitor elastisitas atau turgor kulit 6) Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin 7) Monitor hasil pemeriksaan serum 8) Monitor intake dan output cairan 9) Identifikasi tanda-tanda hipovolemia 10) Identifikasi tanda-tanda hipervolemia 11) Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan <u>Terapeutik</u> 1) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2) Dokumentasikan hasil pemantauan <u>Edukasi</u> 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2) Informasikan hasil pemantauan	2) Terkait dengan perubahan volume cairan, baik hipovolemia atau hipervolemia dapat mempengaruhi tekanan darah 3) Mengidentifikasi perubahan yang cepat dapat menunjukkan ketidakseimbangan cairan 4) Untuk menilai sirkulasi dan perfusi jaringan yang bisa terpengaruh oleh ketidakseimbangan cairan 5) Untuk mendeteksi tanda dehidrasi atau hipovolemia 6) Untuk menilai fungsi ginjal dan status cairan 7) Membantu menilai keseimbangan elektrolit dan cairan 8) Mengontrol keseimbangan cairan tubuh 9) Deteksi dini gejala dehidrasi atau penurunan volume cairan 10) Deteksi tanda penumpukan cairan yang bisa terjadi pada gangguan ginjal 11) Mengingat hidronefrosis dapat mempengaruhi fungsi ginjal, faktor ini perlu diperhatikan <u>Terapeutik</u> 1) Frekuensi pemantauan harus disesuaikan dengan keparahan kondisi ginjal pasien 2) Memastikan semua perubahan status cairan tercatat dengan baik untuk evaluasi lebih lanjut
--	------------------------------	--	--	--	--	--	--	---	--

		5) Volume residu urine menurun 6) Urin menetes (dribbling) menurun 7) Nokturia menurun 8) Disuria menurun 9) Anuria menurun 10) Frekuensi BAK membaik					✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	<u>Edukasi</u> 1) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine 3) Ajarkan mengambil spesimen urine midstream 4) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi <u>Kolaborasi</u> 1) Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra, jika perlu	<u>Edukasi</u> 1) Membantu pasien mengenali tanda awal ISK agar segera mendapat penanganan 2) Memastikan keseimbangan cairan dan mencegah overhidrasi atau dehidrasi 3) Untuk memastikan hasil sampel yang akurat jika diperlukan pengujian 4) Membantu menjaga aliran urin dan mencegah stasis urin yang dapat memperburuk hidronefrosis <u>Kolaborasi</u> 1) Membantu mengatasi retensi urin akibat obstruksi atau spasme otot polos saluran kemih
--	--	--	--	--	--	--	----------------------------	--	--

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan					Intervensi Keperawatan		
		Toleransi aktivitas (L.05047)	Ekspektasi : Meningkat					Manajemen energi (I.05178) Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan	
		Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Tindakan	Rasional
5.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas						<u>Observasi</u> 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional	<u>Observasi</u> 1) Hidronefrosis dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal yang berujung pada kelelahan, sehingga penting untuk memantau fungsi tubuh dan tingkat energi pasien

		<p>meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2) Keluhan lelah menurun 3) Perasaan lemah menurun 4) Frekuensi nadi membaik 5) Tekanan darah membaik 6) Frekuensi napas membaik 					<p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p> <p>√</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan tirah baring 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan 	<ol style="list-style-type: none"> 2) Hidronefrosis dan komplikasi terkait bisa menyebabkan kelelahan fisik dan emosional. Pemantauan dapat membantu menyesuaikan intervensi 3) Gangguan tidur sering terjadi pada pasien dengan hidronefrosis, yang dapat memperburuk kelelahan 4) Untuk memastikan bahwa pasien tidak mengalami rasa sakit yang memperburuk kelelahan <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengurangi gangguan seperti cahaya dan suara untuk membantu pasien beristirahat dengan baik 2) Untuk meningkatkan sirkulasi darah dan mengurangi kekakuan otot akibat imobilitas 3) Mengalihkan perhatian pasien dan meningkatkan rasa nyaman 4) Memastikan pasien dapat melakukan aktivitas ringan tanpa terlalu membebani tubuh <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan waktu bagi tubuh untuk pulih dan mengurangi beban fisik 2) Untuk meningkatkan daya tahan tubuh secara perlahan tanpa menambah kelelahan 3) Memastikan pasien mendapat perhatian medis yang tepat jika kelelahan berlanjut
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

		<p>5) Kesulitan tidur menurun</p> <p>6) Diaforesis menurun</p> <p>7) Perasaan depresi (tertekan) menurun</p> <p>8) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</p> <p>9) Ketegangan otot menurun</p> <p>10) Muntah dan mual menurun</p> <p>11) Frekuensi nadi membaik</p> <p>12) Tekanan darah membaik</p> <p>13) Pola napas membaik</p> <p>14) Fungsi berkemih membaik</p>				<p>√</p> <p><u>Terapeutik</u></p> <p>1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>√</p> <p>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>√</p> <p>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>√</p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>1) Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri</p> <p>√</p> <p>2) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>√</p> <p>3) Ajarkan teknik nonfarmakologis</p> <p>√</p> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>1) Memberikan teknik nonfarmakologis seperti kompres hangat atau dingin, terapi pijat, atau teknik imajinasi terbimbing untuk mengurangi ketegangan dan nyeri</p> <p>2) Menyesuaikan suhu ruangan atau mengurangi kebisingan untuk meningkatkan kenyamanan pasien</p> <p>3) Memungkinkan pasien beristirahat dengan nyaman untuk memulihkan tubuh dari stres nyeri</p> <p>4) Memilih metode terapi yang sesuai dengan jenis nyeri, baik itu akut atau kronis, dan terkait dengan hidronefrosis</p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>1) Menjelaskan hubungan antara nyeri dan kondisi ginjal untuk meningkatkan pemahaman pasien</p> <p>2) Agar pasien dapat mengukur nyeri dan melaporkan perubahan kepada tenaga medis</p> <p>3) Memberikan terapi untuk pasien mengelola nyeri dengan cara lebih alami dan kurang bergantung pada obat-obatan</p> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>1. Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat pereda nyeri yang sesuai, terutama untuk nyeri yang berat atau tidak terkontrol</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan					Intervensi Keperawatan		
		Termoregulasi (L.14134)	Ekspektasi : Membaik					Manajemen hipertermia (I.15506) Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi	
		Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Tindakan	Rasional
7.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: 1) Menggigil menurun 2) Akrosianosis menurun 3) Pucat menurun 4) Takikardia menuruntakipnea menurun 5) Takipnea menurun 6) Suhu tubuh menurun 7) Suhu kulit menurun						<u>Observasi</u> 1) Monitor suhu tubuh 2) Monitor kadar elektrolit 3) Monitor haluan urine 4) Monitor komplikasi akibat hipertermia <u>Terapeutik</u> 1) Sediakan lingkungan yang dingin 2) Basahi dan kipas permukaan tubuh 3) Berikan cairan oral 4) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis 5) Lakukan pendinginan eksternal 6) Berikan oksigen, jika perlu <u>Edukasi</u> 1) Anjurkan tirah baring	<u>Observasi</u> 1) Memantau suhu tubuh untuk mendeteksi kemungkinan demam atau kenaikan suhu yang terkait dengan infeksi atau peradangan pada ginjal 2) Untuk menilai keseimbangan elektrolit yang dapat terganggu akibat dehidrasi atau komplikasi terkait hidronefrosis 3) Menilai fungsi ginjal dan mengidentifikasi kemungkinan penurunan output urin yang bisa terkait dengan retensi urin atau infeksi 4) Memastikan bahwa suhu tubuh yang tinggi tidak menimbulkan komplikasi seperti dehidrasi atau kerusakan organ <u>Terapeutik</u> 1) Untuk membantu menurunkan suhu tubuh pasien jika terjadi hipertermia 2) Teknik pendinginan yang dapat membantu mengurangi suhu tubuh secara efektif

		8) Hipoksia menurun 9) Tekanan darah					√ √	<u>Kolaborasi</u> Kolaborasi pemberian jaringan dan elektrolit, jika perlu	3) Untuk mencegah dehidrasi, terutama jika pasien masih bisa minum dan tidak mengalami retensi cairan 4) Untuk menjaga kenyamanan pasien dan mencegah infeksi kulit akibat keringat berlebih 5) Membantu menurunkan suhu tubuh yang meningkat 6) Jika pasien mengalami kesulitan bernapas atau tanda-tanda kegagalan organ akibat hipertermia <u>Edukasi</u> 1) Untuk meminimalkan usaha fisik yang dapat meningkatkan suhu tubuh lebih lanjut <u>Kolaborasi</u> 1) Jika pasien tidak bisa mengonsumsi cairan oral atau membutuhkan pemulihan cairan lebih cepat
--	--	---	--	--	--	--	--------	---	---

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan					Intervensi Keperawatan		
		Tingkat infeksi (L.14137)	Ekspektasi : Menurun					Pencegahan infeksi (I.14539) Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik	
		Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Tindakan	Rasional
8.	Risiko infeksi ditandai dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan					<u>Observasi</u> 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	<u>Observasi</u> 1) Mengidentifikasi tanda infeksi ginjal atau saluran kemih yang dapat muncul pada pasien dengan	

	efek prosedur invasi	tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1) Demam menurun 2) Nyeri menurun 3) Bengkak menurun 4) Piuria menurun 5) Periode malaise menurun 6) Periode menggigil menurun 7) Latergi menurun 8) Kadar sel darah putih membaik 9) Kultur urine menurun 10) Kultur darah membaik 11) Nefsu makan membaik						<p><u>Terapeutik</u></p> 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi	hidronefrosis, seperti demam, nyeri, atau perubahan warna urin <p><u>Terapeutik</u></p> 1) Untuk mencegah penyebaran infeksi, terutama jika ada kateter atau intervensi medis lain yang meningkatkan risiko infeksi 2) Terutama jika ada prosedur invasif atau penggunaan kateter yang dapat meningkatkan risiko infeksi saluran kemih
								<p><u>Edukasi</u></p> 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi 4) Anjurkan meningkatkan asupan cairan	<p><u>Edukasi</u></p> 1) Mengedukasi pasien tentang pentingnya mengenali tanda-tanda infeksi untuk mendapatkan pengobatan lebih cepat 2) Agar pasien atau keluarga dapat mengurangi risiko infeksi dengan kebersihan yang tepat 3) Jika ada prosedur yang dilakukan, penting untuk mengajarkan pasien atau keluarga cara merawat luka dengan benar 4) Membantu mempercepat pengeluaran urin dan mencegah infeksi saluran kemih
								<p><u>Kolaborasi</u></p> 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	<p><u>Kolaborasi</u></p> 1) Jika pasien membutuhkan vaksinasi untuk mencegah infeksi tambahan, terutama jika mereka memiliki faktor risiko

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan rencana intervensi yang telah ditetapkan. Hasil implementasi yang efektif dan efisien akan diperoleh secara sistematis dan berurutan berdasarkan rencana tindakan yang telah disusun (Sugiyanto, 2016).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah Tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat sudah tercapai atau belum dalam mengatasi masalah kesehatan. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional (Sugiyanto, 2016).

C. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Menurut *International Association For The Study Of Pain (IASP)* nyeri adalah sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau stimulus yang potensial menimbulkan kerusakan jaringan dimana fenomena ini mencakup respon fisik, mental, dan emosional dari individu. Nyeri adalah ketidaknyamanan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang terdapat pada area tertentu (Ningtyas et al., 2023).

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik multidimensi pada intensitas ringan, sedang, dan berat dengan kualitas tumpul, terbakar dan tajam, dengan penyebaran dangkal dalam atau lokal dan durasi sementara, intermiten dan persisten yang beragam tergantung penyebabnya (Ningtyas et al., 2023).

2. Fisiologi Nyeri

Fisiologis terjadinya nyeri dimana reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri (nosireceptor) adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara

potensial merusak. Teori gate kontrol menyebutkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri di hantarkan saat sebuah pertahanan terbuka dan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri (Setyawati, 2020).

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan adanya reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri adalah *nociceptor* yang merupakan ujung-ujung saraf bebas yang sedikit atau hampir tidak memiliki *myelin* yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian dinding arteri, hati dan kantung empedu nyeri dapat terasa apabila reseptor nyeri tersebut menginduksi serabut A-delta dan serabut C.

Serabut A mempunyai myelin sehingga dapat menyalurkan nyeri dengan cepat, sensasi yang tajam, dapat melokalisasi sumber nyeri dengan jelas dan mendeteksi intensitas nyeri. Serabut C tidak memiliki myelin, berukuran sangat kecil sehingga buruk dalam menyampaikan impuls terlokalisasi visceral dan terus menerus. Ketika rangsangan serabut C dan A-delta dari perifer disampaikan maka mediator biokimia akan melepaskan yang aktif terhadap respon nyeri seperti: kalium dan prostaglandin yang akan keluar jika ada jaringan yang rusak. Transmisi stimulus nyeri akan berlanjut sepanjang serabut saraf aferen dan berakhir dibagian kornu dorsalis medulla spinalis. Saat di kornu dorsalis, neuritransmitter seperti substansi P dilepas sehingga menyebabkan suatu transmisi sinapsis dari saraf perifer menuju saraf traktus spinolatus lalu informasi dengan cepat disampaikan kepusat thalamus (Purwoto et al., 2023).

3. Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan jenisnya, secara umum nyeri dibagi menjadi dua yakni nyeri akut, dan nyeri kronis ciri nyeri akut dan nyeri kronis adalah sebagai berikut :

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri akut mengindikasikan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi. Jika

kerusakan tidak lama terjadibdan tidak ada penyakit sistematik, nyeri akut biasanya menurun sejalan dengan terjadi penyembuhan. Nyeri ini terjadi kurang dari enam bulan dan biasanya kurang dari satu bulan. Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.hal ini menarik perhatian bahwa nyeri ini benar terjadi dan mengajarkan kepada pasien untuk menghindari situasi serupa yang secara potensial menimbulkan nyeri.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan. Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menwtap sepanjang suatu priode waktu. Nyri ini berlangsung diluar waktu cukup lama yaitu 6 bulan. Nyeri kronis yang termasuk dalam kategori ini adalah nyeri terminal, syndroma nyeri kronis,nyeri psikosomatik. Meski nyeri akut dapat menjadi signal yang sangat penting bahwa sesuatu tidak berjalan sebagaimana mestinya, nyeri kronis biasanya menjadi masalah dengan sendirinya.

Nyeri diklasifikasikan kedalam beberapa golongan berdasarkan tempat dan sifat nyeri. Berdasarkan tempatnya, nyeri terdiri atas :

a. *Pheriperal pain*

Nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit mukosa.

b. *Deep pain*

Nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.

c. *Refered pain*

Nyeri dalam yang disebabkan oleh penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda dengan daerah asal nyeri.

d. *Central pain*

Nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak dan thalamus.

Sedangkan berdasarkan sifatnya, nyeri terdiri atas :

a. *Incidental pain*

Nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang

b. *Steady pain*

Nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama

c. *Proxymal pain*

Nyeri yang dirasakan berinteritas tingi dan kuat sekali. Biasanya nyeri menetap kurang lebih 10 sampai dengan 15 menit, lalu meghilang kemudian timbul lagi.

4. Pengkajian Nyeri

Pengkajian nyeri yang faktual (terkini), lengkap dan akurat akan mempermudah di dalam menetapkan data dasar, dalam menegakkan diagnose keperawatan yang tepat, merencanakan terapi pengobatan yang cocok, dan memudahkan dalam mengevaluasi respon klien terhadap terapi yang diberikan. Pengkajian selama episode nyeri akut sebaiknya tidak dilakukan saat klien dalam keadaan waspada (perhatian penuh pada nyeri), sebaiknya mengurangi kecemasan klien terlebih dahulu sebelum mencoba mengkaji kuantitas persepsi klien terhadap nyeri (Renaldi & Donsu, 2020).

Melakukan pengkajian untuk menggambarkan nyeri pada individu dapat dilakukan dengan memperhatikan beberapa hal dalam metode P, Q, R, S, T :

a. P (Provocate)

Provokasi atau hal yang menyebabkan nyeri. Melakukan pengkajian terhadap faktor penyebab nyeri pada individu tersebut, bagian tubuh mana yang merasakan nyeri termasuk menghubungkan antara nyeri dan faktor psikologis, karena nyeri dapat muncul tanpa luka tetapi karena faktor psikologisnya.

b. Q (Quality)

Kualitas nyeri pada individu yang bersifat subjektif dan individu mampu mendeskripsikan nyeri dengan kata seperti ditusuk, disayat, ditekan, sakit nyeri atau superfisial.

c. R (Region)

Melakukan pengkajian pada individu tersebut dimana lokasi nyerinya, untuk lebih spesifik individu diminta untuk menunjukkan nyeri yang paling hebat.

d. S (Severe)

Melakukan pengkajian untuk mengetahui tingkat keparahan nyeri. Hal ini juga bersifat subjektif yang dirasakan oleh individu karena diminta untuk menjelaskan bagaimana kualitas nyeri yang dapat digambarkan dengan skala nyeri.

e. T (Time)

Melakukan pengkajian waktu yaitu awitan, durasi, dan rangkaian nyeri yang dialami apakah terus menerus atau hilang timbul. Menanyakan pada individu kapan mulai muncul nyeri, berapa lama nyeri muncul, dan seberapa sering nyeri kambuh.

5. Pengukuran Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah representasi dari seberapa intens nyeri dirasakan oleh individu, penilaian intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, potensi nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan cukup berbeda oleh dua orang yang berbeda (Ningtyas et al., 2023).

Pengukuran skala nyeri dapat digunakan untuk menilai keparahan nyeri, yaitu sebagai berikut :

a. *Wong Baker FACES Pain Rating Scale*

Skala nyeri ini cukup sederhana untuk diterapkan karna ditentukan hanya dengan mengamati ekspresi wajah pasien saat kita bertatap muka tanpa meminta keluhan. Digunakan pada pasien diatas 3 tahun yang tidak dapat menggambarkan rasa nyeri dengan angka.



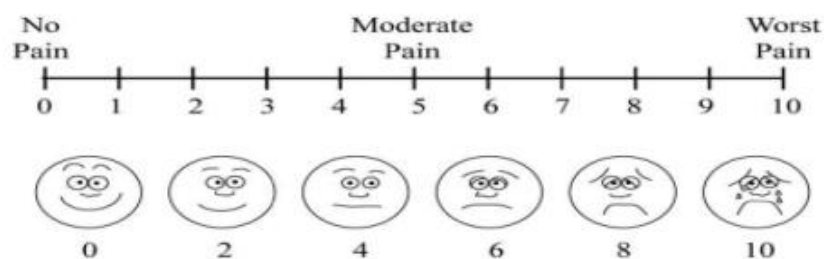
Gambar 2.4 : Wong Baker FACES Pain Rating Scale

b. *Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)*

Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) adalah versi terbaru dari FPS, FPS-R menampilkan gambar enam wajah bergaris yang disajikan dalam orientasi horizontal. Pasien di intruksikan untuk menunjuk kewajah yang paling mencerminkan intensitas nyeri yang mereka rasakan. Ekspresi wajah menunjukkan lebih nyeri jika skala digeser ke kanan dan wajah yang berada di ujung sebelah kanan dalam nyeri hebat. Untuk anak sekolah berusia 4-12 tahun, skala pengukuran nyeri paling valid dan mampu mengukur nyeri akut dimana pengertian terhadap kata atau angka tidak diperlukan. Kriteria nyeri diwakilkan dalam enam sketsa wajah (dari angka tujuh/ FPS sebenarnya) yang mewakili angka 0-5 atau 0-10, anak-anak memilih satu dari enam sketsa muka yang memilih mencerminkan yang mereka rasaka. Skor tersebut nyeri menjadi nyeri ringan (0-3), nyeri sedang (4-6), dan nyeri berat (7-10).

c. *Skala Analog Visual / Visual Analog Scale*

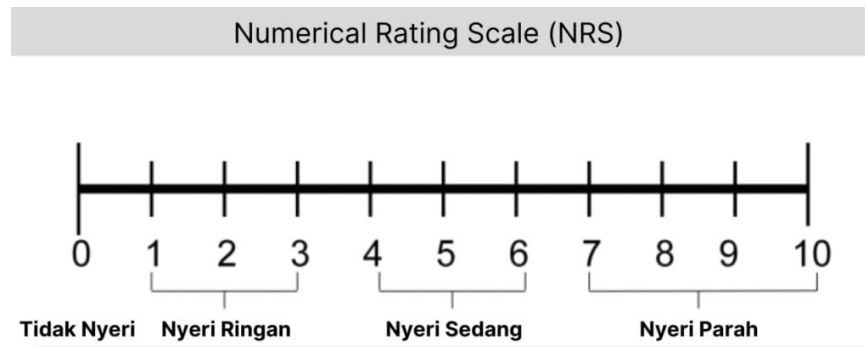
Skala VAS adalah suatu garis lurus / horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut (Ningtyas et al., 2023).



Gambar 2.3 : *Visual Analog Scale*

d. *Skala penilaian numerik / numeric rating scale (NRS)*

Skala penilaian *Numerical Rating Scale* (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10:



Gambar 2.4 : Numeric Rating Scale (NRS)

Keterangan:

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan. Secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : Nyeri sedang. Secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-10 : Nyeri berat. Secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

D. Konsep Teknik Relaksasi Benson

1. Pengertian Teknik Relaksasi Benson

Teknik relaksasi benson merupakan metode teknik relaksasi yang diciptakan oleh Herbert Benson, seorang ahli peneliti medis dari Fakultas Kedokteran Harvard yang mengkaji beberapa manfaat doa dan meditasi bagi kesehatan (Wulandari et al., 2022).

Relaksasi benson merupakan salah satu teknik relaksasi sederhana, mudah pelaksanaannya, dan tidak memerlukan banyak biaya (Ndruru et al., 2022). Relaksasi ini merupakan gabungan antara teknik respons relaksasi dan system keyakinan individu atau *faith factor*. Focus dari relaksasi ini pada ungkapan tertentu yang diucapkan berulang ulang dengan menggunakan ritme yang teratur disertai sikap yang pasrah (Noviariska et al., 2022).

Ungkapan yang digunakan dapat berupa nama-nama Tuhan atau kata-kata yang memiliki makna menenangkan bagi pasien itu sendiri. Terapi relaksasi benson pada dasarnya diyakini oleh banyak orang bahwa sang maha penciptalah yang akan memberikan kesembuhan dan kesehatan.

Relaksasi benson merupakan relaksasi menggunakan teknik pernapasan yang biasa digunakan di rumah sakit pada pasien yang sedang mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. Dan pada relaksasi benson ada penambahan unsur keyakinan dalam bentuk katakata yang merupakan rasa cemas yang sedang pasien alami. Teknik relaksasi ini bisa dilakukan 15 menit selama satu kali sehari atau saat pasien mengeluh nyeri.

2. Komponen Relaksasi Benson

Menurut Benson dan Proctor (2011) dalam Handayani, (2021), terdapat empat komponen dasar pada relaksasi Benson, yaitu :

a. Suasana tenang

Suasana tenang dapat membantu dalam efektifitas pengulangan kata atau kelompok kata dengan demikian mempermudah dalam menghilangkan pikiran-pikiran lain yang mengganggu.

b. Perangkat mental

Untuk memindahkan pikiran ke arah hal-hal logis dan berada di luar diri harus ada stimulus secara terus menerus yaitu dengan kata atau frase singkat yang diulang-ulang di hati dan dengan keyakinan. Kata atau frase pendek inilah yang menjadi fokus relaksasi Benson. Fokus pada kata-kata atau frase pendek yang akan meningkatkan kekuatan inti dari respons relaksasi dengan memberikan kesempatan faktor keyakinan yang memiliki efek pada penurunan saraf simpatis. Mata biasanya dipejamkan ketika di tengah mengulang kata atau frase pendek. Relaksasi Benson ini dilakukan dalam 1 atau 2 kali sehari selama 10-20 menit (Raj and Pillai, 2021). Waktu yang tepat untuk berlatih Relaksasi Benson yaitu sebelum atau beberapa jam setelah makan, karena saat relaksasi, darah akan keluar ditransmisikan ke kulit, ekstremitas, otak dan menjauhi daerah perut sehingga efeknya bersaing dengan proses makan.

c. Sikap pasif

Sikap pasif menjadi elemen paling penting dalam melakukan relaksasi Benson. Pikiran-pikiran yang mengacaukan harus diabaikan dan perhatian kembali diarahkan pada pengulangan kata atau frase pendek sesuai dengan keyakinan. Hal ini dikarenakan akan mengganggu dalam respon relaksasi Benson.

d. Posisi nyaman

Kenyamanan pasien menjadi penting agar tidak terjadi ketegangan otot-otot. Posisi tubuh yang biasanya saat dilakukan teknik relaksasi Benson dengan duduk atau berbaring di tempat tidur. Relaksasi benson memerlukan keadaan tubuh yang rileks dan sikap pasrah pada fisik dan psikis yang mendalam sebagai respon relaksasi.

Kalimat-kalimat yang diucapkan secara berulang-ulang oleh pasien dengan agama Islam dapat berupa dzikir dengan *kalimat Laa ilaha illallah, Astagfirullah, atau Subhanallah*. Sedangkan pasien yang beragama Kristen, Katolik, Hindu, dan Budha dapat menggunakan kalimatnya sendiri (Handayani, 2021).

3. Manfaat Relaksasi Benson

Teknik Relaksasi benson merupakan gabungan dari teknik relaksasi nafas dalam dengan unsur keyakinan. Kelebihan dari relaksasi ini adalah dapat menurunkan atau mengurangi nyeri, memberikan perasaan nyaman dan ketenangan, dan dapat mengendalikan ketegangan otot. Relaksasi ini juga lebih mudah dilaksanakan oleh pasien, dapat menekan biaya pengobatan, dan dapat digunakan untuk mencegah terjadinya stress (Handayani, 2021).

4. Prosedur Relaksasi Benson

- a. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
- b. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
- c. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan:
 - 1) Pengukur waktu
 - 2) Pena dan buku catatan kecil
- d. Persiapkan klien dan lingkungan:

- 1) Identifikasi tingkat nyeri pasien
 - 2) Kaji kesiapan pasien dan perasaan pasien
 - 3) Minta pasien mempersiapkan kata-kata yang diyakini
 - 4) Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar pasien
- e. Anjurkan pasien mengambil posisi yang dirasakan paling nyaman, bisa berbaring atau duduk
 - f. Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan, sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata
 - g. Kendorkan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan semua otot tubuh. Tangan dan lengan diulurkan kemudian lemaskan dan biarkan terkulai wajar. Usahakan agar tetap rileks
 - h. Mulai dengan bernapas yang lambat dan wajar, tarik nafas dari hidung lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan dalam hati kata-kata yang diyakini. Lemaskan seluruh tubuh disertai dengan sikap pasrah
 - i. Ulangi terus point 8 selama 10-15 menit
 - j. Obeservasi kembali skala nyeri setelah intervensi
 - k. Dokumentasi hasil

Penelitian yang dilakukan oleh Purwati & Anita, (2025) dengan judul “Mengatasi Nyeri Akut pada Pasien Batu Ginjal: Studi Kasus di RSUD Bantul” bertujuan untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien post-operasi batu ginjal dengan fokus pada manajemen nyeri menggunakan terapi relaksasi Benson. Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pasien yang menjadi subjek adalah seorang perempuan pasca tindakan Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL) yang mengalami nyeri akut.

Hasil evaluasi menunjukkan adanya penurunan skala nyeri yang signifikan selama tiga hari intervensi relaksasi Benson, dari skala nyeri 5 menjadi 1. Teknik ini terbukti efektif dalam mengurangi respon meringis, meningkatkan rasa tenang, serta memperbaiki tanda-tanda vital pasien. Meskipun menggunakan desain studi kasus tanpa kelompok kontrol, temuan

ini mendukung efektivitas terapi non-farmakologis dalam manajemen nyeri akut pasca operasi, dan dapat dipertimbangkan sebagai alternatif intervensi keperawatan yang sederhana namun efektif.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif, misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas atau institusi (Nursalam, 2020).

Dalam penelitian ini, penulis ingin mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan Nyeri Akut pada penderita Hidronefrosis di RSUD Prof. DR. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng.

B. Sampel

Sampel dalam studi kasus ini adalah satu orang pasien Hidronefrosis yaitu Tn. R yang mengalami nyeri pada abdomen sebelah kiri bagian bawah dan nyeri saat berkemih. Fokus studi yang dibahas adalah yang menderita Hidronefrosis dengan masalah keperawatan Nyeri Akut, berusia 44 tahun yang diberikan terapi non farmakologi yaitu pemberian teknik relaksasi benson untuk mengurangi rasa nyeri.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap Eremerasa di RSUD Prof. DR. H. M. Anwar Makkatutu Bantaeng.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 05-08 November 2024 dimulai dari tahap pengkajian dan pemberian tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari.

D. Studi Outcome

1. Definisi

Teknik Relaksasi benson merupakan gabungan dari teknik relaksasi nafas dalam dengan unsur keyakinan. kelebihan dari relaksasi dalam mengatasi nyeri yaitu lebih mudah dilaksanakan oleh pasien, dapat menekan biaya pengobatan, dan dapat digunakan untuk mencegah terjadinya stress (Setiyanto, 2021).

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik multidimensi pada intensitas ringan, sedang, dan berat dengan kualitas tumpul, terbakar dan tajam, dengan penyebaran dangkal dalam atau lokal dan durasi sementara, intermiten dan persisten yang beragam tergantung penyebabnya (Ayudita, 2023).

2. Kriteria Objektif

Adapun kriteria objektif dalam penelitian ini, yaitu:

- a. Tetap : Tidak terjadi perubahan intensitas nyeri (skala nyeri) dari pemeriksaan awal
- b. Menurun : Terjadi penurunan intensitas nyeri (skala nyeri) dari pemeriksaan awal
- c. Meningkat : Terjadi peningkatan intensitas nyeri (skala nyeri) dari pemeriksaan awal

3. Alat Ukur/Cara Pengukuran

Skala nyeri numerik (*Numeric Rating Scale/NRS*) adalah salah satu metode yang paling umum digunakan dalam menilai intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Skala ini dirancang untuk memudahkan pasien dalam menggambarkan tingkat nyeri yang mereka alami, baik saat awal penilaian maupun selama evaluasi berkala setelah tindakan keperawatan atau pengobatan diberikan. Dalam penggunaannya, pasien diminta memilih angka dari rentang 0-10, yang mewakili tingkat keparahan nyeri. Semakin tinggi angka yang dipilih, maka semakin berat pula nyeri yang dirasakan.

Berikut interpretasi umum dari skala angka tersebut:

- a. 0 : menandakan tidak ada nyeri sama sekali.
- b. 1–3 : menunjukkan nyeri ringan yang masih dapat ditoleransi tanpa mengganggu aktivitas.
- c. 4–6 : menunjukkan nyeri sedang yang mulai memengaruhi aktivitas sehari-hari.
- d. 7–10 : menunjukkan nyeri berat yang dapat mengganggu fungsi fisik dan emosional secara signifikan.

4. Etik Penelitian

Penelitian ini dilakukan uji kelayakan etik pada komite etik penelitian STIKes Panrita Husada Bulukumba dengan Nomor 003680/KEP Stikes Panrita Husada Bulukumba/2025.

BAB IV

HASIL DAN DISKUSI

A. Analisis Karakteristik Pasien/Klien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 05 November 2024 di ruang rawat inap Eremerasa di dapatkan data Tn. R usia 44 tahun, berjenis kelamin Laki-laki, lahir pada tanggal 03 November 1980, alamat Panaikang, pendidikan terakhir S1, beragama Islam. Tn. R diantar oleh Istrinya ke RS Bantaeng dengan keluhan sakit perut sebelah kiri bagian bawah yang tembus ke belakang yang sudah dirasakan sejak 3 hari yang lalu, nyeri ulu hati, perut kembung, dan mual serta BAK yang tidak lancar sejak 1 minggu terakhir.

1. Status Kesehatan Saat Ini

- a. Keluhan utama : Nyeri perut
- b. Alasan masuk RS : Klien mengatakan nyeri perut sejak 3 hari yang lalu, nyeri yang dirasakan sebelah kiri bagian bawah tembus kebelakang. Klien juga mengatakan nyeri pada ulu hati dan perut terasa kembung serta sering merasa mual. Klien mengatakan BAK tidak lancar sejak 1 minggu terakhir dan merasa nyeri saat BAK.
- c. Pemeriksaan fisik :
 - 1) Keadaan umum
 - a) Kelemahan : Tn. R tampak lemah, terutama saat beraktivitas ringan disebabkan oleh nyeri yang dirasakan.
 - b) Tanda-tanda vital :

BP: 140/100 mmHg

HR: 62 x/menit

RR: 20 x/menit

T: 36,6 °C

SpO2: 99 %
 - c) Tingkat kesadaran : E4 M6 V5 GCS 15 (Compos mentis) pasien sadar penuh dan dapat berkomunikasi dengan baik, klien nampak meringis.

2) Head to toe :

Kulit nampak pucat, tidak ditemukan luka atau ruam, turgor kulit menurun, kepala simetris dan tidak ada benjolan, rambut normal, tidak ada nyeri tekan, nampak bersih, kuku nampak pendek, bersih, bantalan kuku pink pucat dan CRT <3 detik, mata terlihat simetris kiri dan kanan, penglihatan baik, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, reflek cahaya (+/+), dan tidak ada penggunaan alat bantu melihat, lubang hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada lecetan didaerah hidung, nampak bersih, tidak ada sekret, penciuman masih normal, tidak terpasang alat bantu pernapasan, dan tidak ada penggunaan pernapasan cuping hidung, telinga tampak simetris kiri dan kanan, tidak nampak serumen, dan fungsi pendengaran baik, Tampak bibir Tn.R pucat dan kering, tidak ada sianosis, gigi masih lengkap, tidak ada penggunaan gigi palsu, Tidak ada pembesaran getah bening, vena jugularis teraba, dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, Pergerakan dinding dada normal, simetris kiri dan kanan, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, irama reguler jantung normal (lup-dup), dan frekuensi pernapasan 20 x/menit, terdapat nyeri tekan pada perut sebelah kiri bagian bawah tembus kebelakang, nyeri pada ulu hati, tidak ada lesi, mengeluh tidak lancar buang air kecil, nyeri saat BAK dan selalu merasa tidak tuntas, pada ekstremitas atas terpasang cairan RL dengan tetesan 16tpm, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak ada edema, kekuatan otot masih dalam batas normal.

d. Pemeriksaan diagnostic

1) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Rujukan
Hemoglobin Dewasa		
Hemoglobin	13.8 gr%	12.0-16
Leukosit	9.280 /mm ³	4000-10000
Eritrosit	4.780.000 /mm ³	4.500.000 – 6.000.000
Trombosit	306.000 /mm ³	150.000-450.000

Hematokrit	42.3 %	37.0 – 48.0
MCV	88.5 fl	80 – 97
MCH	28.9 pg	26.5 – 33.5
MCHC	32.6 g/dl	31.5 – 35.0
Diff :		
Limfosit	49.0 %	20 – 40
Neutrofil	39.5 %	52 – 75
Monosit	7.0 %	4.0 – 12
Eosinofil	4.0 %	0.5 – 7.0
Basofil	0.5 %	0 – 2
Kimia Klinik		
GDS	142 mg/dl	< 140
Sedimen Urin		
Eritrosit	Banyak /LBP	0 – 3
Leukosit	15 – 20 /LBP	0 – 4
Bakteri	Positif 2 /LPK	Negatif
Epitel sel	5 – 10 /LBP	0 – 5
Kristal	Negatif /LPK	Negatif
Urin YLL	Negatif /LPK	Negatif

2) Pemeriksaan radiologi

a) USG Abdomen : Tanggal pemeriksaan 05-11-2024 / 09.37 WITA

- Hepar, lien, GB dan pancreas : normal
- Ginjal kanan : normal
- Ginjal kiri : PCS dilatasi ringan, tidak tampak batu
- VU : mukosa tebal dan ireguler
- McBurney : normal

Kesan : hidronefrosis ringan sinistra + cystitis

b) CT Scan Abdomen Tanpa Kontras: Tanggal pemeriksaan 05-11-2024 / 10.56 WITA

- Hepar, lien, GB dan pancreas : normal
- Ginjal kanan : normal
- Ginjal kiri : PCS dilatasi ringan

- VU : tampak batu ukuran 0,4 cm di VUJ kiri
- Gaster dan loop – loop usus : normal
- Tidak tampak peradangan appendix dan sekitarnya
- Pembuluh darah besar intra abdomen dalam batas normal
- Tulang tulangn : intak

Kesan : hidronefrosis ringan ec batu VUJ sinistra

e. Penatalaksanaan medis/terapi

- Ceftriaxone 1gr / IV / 1x1
- Ketorolac 30mg / IV / 3x1
- Ondansetron 4mg / IV / 2x1
- Ranitidine 50mg / IV / 2x1
- Paracetamol 1gr / IV / 2x1
- RL 16 tpm

2. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Tn. R mengatakan hanya sakit biasa seperti demam, flu, batuk, klien tidak pernah dirawat sebelumnya di rumah sakit maupun di puskesmas, klien tidak pernah menjalani operasi apapun, klien tidak pernah mendapatkan pengobatan sebelumnya, tidak ada alergi pada obat-obatan maupun makanan dan klien mengatakan imunisasi lengkap.

B. Analisis Masalah Keperawatan

Diagnosa yang didapatkan dalam kasus Tn. R sesuai dengan data-data yang diperoleh yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Gangguan Eliminasi Urin berhubungan dengan outlet kandung kemih tidak lengkap. Pada kasus ini peneliti menetapkan satu diagnosis keperawatan prioritas yaitu “*Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis*”.

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan dari diagnosis keperawatan yang ditemukan pada kasus yaitu “Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis”. Intervensi utama untuk mengatasi nyeri akut yaitu manajemen nyeri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, ketegangan otot menurun, muntah dan mual menurun dengan:

DS :

1. Klien mengeluh nyeri perut sebelah kiri bagian bawah tembus kebelakang
2. Klien mengeluh nyeri saat BAK dan merasa tidak tuntas
3. Klien mengeluh nyeri ulu hati
4. Klien mengatakan sering mual

DO :

1. Klien tampak lemah
2. Klien nampak pucat
3. Klien nampak meringis
4. P : Nyeri diperberat saat bergerak

Q : Ditarik-tarik

R : Perut sebelah kiri bagian bawah

S : Skala 6 (nyeri sedang)

T : Hilang timbul

C. Analisis Intervensi Keperawatan

Adapun intervensi keperawatan yang akan dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan tindakan sebagai berikut :

Manajemen nyeri (I.08238)

Defenisi : mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Tindakan

Observasi :

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
Rasional: Menilai sifat nyeri untuk menentukan sumbernya, apakah terkait dengan distensi ginjal atau obstruksi
2. Identifikasi skala nyeri
Rasional : Untuk memantau perubahan intensitas nyeri dan efektivitas terapi yang diberikan

3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingat nyeri

Rasional : Memahami faktor penyebab dan pengurang nyeri

Terapeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : Memberikan teknik nonfarmakologis seperti kompres hangat atau dingin, terapi pijat, atau teknik imajinasi terbimbing untuk mengurangi ketegangan dan nyeri.

2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Rasional: Menyesuaikan suhu ruangan atau mengurangi kebisingan untuk meningkatkan kenyamanan pasien

Edukasi

1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri

Rasional: Menjelaskan hubungan antara nyeri dan kondisi ginjal untuk meningkatkan pemahaman pasien

2. Ajarkan teknik nonfarmakologis

Rasional : Memberikan terapi untuk pasien mengelola nyeri dengan cara lebih alami dan kurang bergantung pada obat-obatan.

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan obat pereda nyeri yang sesuai, terutama untuk nyeri yang berat atau tidak terkendali.

D. Analisis Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang diberikan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SDKI, SLKI, SIKI, 2018).

Implementasi pada kasus ini berfokus pada diagnosa keperawatan utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Dimana intervensi yang diberikan non farmakologi dengan pemberian terapi relaksasi benson yang diberikan selama 3 hari dengan waktu pemberian 5-10 menit dengan frekuensi 1 kali dalam sehari.

Implementasi Keperawatan hari pertama dilakukan pada tanggal 06 November 2024 adapun implementasi keperawatan yang dilakukan adalah :

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas, kualitas nyeri

Hasil : Klien mengeluh nyeri pada perut sebelah kiri bagian bawah tembus kebelakang, seperti ditarik-tarik, nyeri hilang timbul

2. Mengidentifikasi skala nyeri

Hasil : Klien mengatakan skala nyeri 6 (nyeri sedang)

3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Hasil : Klien mengatakan nyeri saat bergerak

4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Hasil : Memberikan teknik relaksasi benson selama 5-10 menit

Setelah diberikan teknik relaksasi benson selama 5 menit Tn. R mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang sebelum pemberian teknik relaksasi benson klien mengatakan skala nyeri 6, setelah diberikan relaksasi benson klien mengatakan skala nyeri 3 dan klien juga merasa lebih nyaman, pemberian teknik relaksasi benson dilakukan selama 5-10 menit dengan frekuensi 1 kali dalam sehari yaitu pagi hari memberikan efek pada penurunan rasa nyeri yang dirasakan.

5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Hasil : Menyesuaikan lingkungan klien, memastikan posisi tidur atau tempat duduk nyaman, menghindari kebisingan atau cahaya terang

6. Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri

Hasil : Menyampaikan bahwa nyeri terjadi akibat adanya batu pada saluran kemih dan nyeri datang pada aktivitas tertentu

7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Hasil : Setelah diberi tutorial klien mengetahui cara melakukan teknik relaksasi benson

Implementasi Keperawatan hari kedua dilakukan pada tanggal 07 November 2024 adapun implementasi keperawatan sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas, kualitas nyeri

Hasil : Klien mengeluh nyeri pada perut sebelah kiri bagian bawah tembus kebelakang, seperti ditarik-tarik, nyeri hilang timbul

2. Mengidentifikasi skala nyeri

Hasil : Klien mengatakan skala nyeri 4 (nyeri sedang)

3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Hasil : Klien mengatakan nyeri saat bergerak berkurang

4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Hasil : Memberikan teknik relaksasi benson selama 5-10 menit

Setelah diberikan teknik relaksasi benson selama 5 menit Tn. R mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang sebelum pemberian teknik relaksasi benson klien mengatakan skala nyeri 4, setelah diberikan relaksasi benson klien mengatakan skala nyeri 2 dan klien juga merasa lebih nyaman, pemberian teknik relaksasi benson dilakukan selama 5-10 menit dengan frekuensi 1 kali dalam sehari yaitu pagi hari memberikan efek pada penurunan rasa nyeri yang dirasakan.

5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Hasil : Menyesuaikan lingkungan klien, memastikan posisi tidur atau tempat duduk nyaman, menghindari kebisingan atau cahaya terang

6. Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri

Hasil : Menyampaikan bahwa nyeri terjadi akibat adanya batu pada saluran kemih dan nyeri datang pada aktivitas tertentu

7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Hasil : Setelah diberi tutorial klien mengetahui cara melakukan teknik relaksasi benson

Implementasi Keperawatan hari ketiga dilakukan pada tanggal 08 November 2024 adapun implementasi keperawatan sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas, kualitas nyeri

Hasil : Klien mengeluh nyeri pada perut sebelah kiri bagian bawah, seperti ditarik-tarik, nyeri hilang timbul

2. Mengidentifikasi skala nyeri

Hasil : Klien mengatakan skala nyeri 3 (nyeri ringan)

3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
Hasil : Klien mengatakan nyeri saat bergerak sudah jarang dirasakan
4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Hasil : Memberikan teknik relaksasi benson selama 5-10 menit
Setelah diberikan teknik relaksasi benson selama 5 menit Tn. R mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang sebelum pemberian teknik relaksasi benson klien mengatakan skala nyeri 3, setelah diberikan relaksasi benson klien mengatakan skala nyeri 1 dan klien juga merasa lebih nyaman, pemberian teknik relaksasi benson dilakukan selama 5-10 menit dengan frekuensi 1 kali dalam sehari yaitu pagi hari memberikan efek pada penurunan rasa nyeri yang dirasakan.
5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
Hasil : Menyesuaikan lingkungan klien, memastikan posisi tidur atau tempat duduk nyaman, menghindari kebisingan atau cahaya terang
6. Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
Hasil : Menyampaikan bahwa nyeri terjadi akibat adanya batu pada saluran kemih dan nyeri datang pada aktivitas tertentu
7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Hasil : Setelah diberi tutorial klien mengetahui cara melakukan teknik relaksasi benson dan akan melakukan di rumah

E. Analisis Evaluasi Hasil

Evaluasi keperawatan dilakukan selama 3 hari berturut-turut yang dimulai pada tanggal 06-08 November 2024.

Pada tanggal 06 November 2024 setelah dilakukan intervensi manajemen nyeri didapatkan data subjek yaitu klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang walaupun masih terasa nyeri namun setelah diberikan teknik relaksasi benson membantu untuk mengurangi nyeri dengan skala nyeri sebelum yaitu 6 dan sesudah diberikan sebanyak 1 kali dengan lama waktu pemberian yaitu 5-10 menit skala nyeri menjadi 3 dan juga memberikan rasa yang nyaman. Sehingga diagnosa nyeri akut belum teratasi kemudian lanjutkan intervensi yaitu: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,

Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, Jeleskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Pada tanggal 07 November 2024 setelah dilakukan intervensi manajemen nyeri didapatkan data subjektif Tn. R mengatakan nyeri yang dirasakan jauh lebih baik, nyeri yang dirasakan berkurang dengan skala nyeri sebelum diberikan yaitu 4 dan setelah diberikan skala nyeri menjadi 2, klien merasa nyama dan klien mengatakan rasa nyeri yang dirasakan saat bergerak berkurang dengan hasil tersebut intervensi nyeri akut teratasi sebagian sehingga intervensi tetap dilanjutkan yaitu : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, Jeleskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Pada tanggal 08 November 2024 setelah dilakukan intervensi manajemen nyeri didapatkan data subjektif Tn. R mengatakan nyeri yang dirasakan jauh lebih baik, nyeri yang dirasakan berkurang dengan skala nyeri sebelum diberikan yaitu 3 dan setelah diberikan skala nyeri menjadi 2, klien merasa nyama dan klien mengatakan rasa nyeri yang dirasakan saat bergerak sudah jarang dirasakan dengan hasil tersebut intervensi nyeri akut teratasi, namun intervensi yang diberikan tetap dilanjutkan di rumah jika keluhan yang sama muncul kembali dengan mengajarkan klien cara teknik relaksasi benson.

Dalam penanganan nyeri, obat-obatan memang sering menjadi pilihan utama karena efeknya yang cepat dan signifikan. Namun, berdasarkan hasil studi kasus ini, teknik relaksasi benson yang diberikan sebagai bagian dari asuhan keperawatan menunjukkan hasil yang cukup positif. Intervensi ini terbukti membantu mengurangi nyeri yang dialami oleh Tn. R, meskipun bukan satu-satunya faktor yang berperan. Artinya, meski terapi farmakologis masih dianggap lebih dominan, pendekatan non-farmakologis seperti teknik relaksasi benson juga layak dipertimbangkan sebagai pelengkap.

Sejalan dengan penelitian Nursafitri, (2024) terapi relaksasi Benson terbukti efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien hidronefrosis. Hasil uji statistik menggunakan paired sample t-test menunjukkan nilai signifikansi sebesar $p = 0,000 (< 0,05)$ yang berarti H_1 diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi Benson memiliki pengaruh yang signifikan dalam menurunkan skala nyeri. Terapi Benson dilakukan selama tiga hari berturut-turut, dan menunjukkan penurunan skala nyeri yang konsisten pada pasien. Hari pertama, nyeri menurun dari skala 6 menjadi 5. Hari kedua dari 5 menjadi 3, dan pada hari ketiga turun hingga skala 2. Pasien melaporkan tubuh terasa lebih rileks, nyaman, dan tidak lagi gelisah setelah menjalani terapi ini.

Terapi Benson bekerja dengan cara menenangkan pikiran melalui teknik pernapasan dalam yang teratur, disertai pengulangan kata atau frasa spiritual yang bermakna bagi pasien. Pendekatan ini menstimulasi pelepasan hormon endorfin, mengaktifkan sistem saraf parasimpatis, dan menghambat transmisi nyeri melalui serabut saraf non-nosiseptor. Dengan begitu, rangsangan nyeri dapat ditekan dan tubuh mencapai kondisi relaksasi optimal, yang secara fisiologis berdampak pada penurunan intensitas nyeri.

Dari temuan tersebut, dapat disimpulkan bahwa teknik relaksasi benson mampu memberikan kontribusi dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien Hidronefrosis. Teknik ini bekerja dengan cara menstimulasi system saraf parasimpatis melalui pendekatan relaksasi mendalam dan focus terhadap irama pernapasan, sehingga tubuh merespon dengan menurunkan ketegangan otot, tekanan darah, serta denyut jantung. Dalam konteks kasus ini, pasien yang menerima intervensi relaksasi Benson selama tiga hari menunjukkan penurunan skor nyeri berdasarkan skala NRS dan peningkatan kenyamanan secara subjektif. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa teknik relaksasi dapat memicu pelepasan endorfin alami tubuh, yang berperan sebagai analgesik internal. Mengingat teknik ini bersifat non-invasif, tidak menimbulkan efek samping, mudah diaplikasikan, serta dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien setelah diberikan edukasi yang tepat, maka relaksasi Benson layak dijadikan salah satu intervensi keperawatan non-farmakologis yang dapat diintegrasikan dalam penatalaksanaan nyeri akut, khususnya pada kasus gangguan sistem

urinaria seperti hidronefrosis. Oleh karena itu, relaksasi Benson tidak hanya menjadi alternatif terapi pelengkap, namun juga dapat menjadi strategi promotif dan preventif dalam praktik keperawatan holistik dan komprehensif.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hidronefrosis merupakan penyakit pembesaran ginjal akibat adanya timbunan urine, yang disebabkan oleh sumbatan pada saluran kemih sehingga urine mengalir kembali ke ginjal. Hidronefrosis bisa terjadi di satu maupun kedua ginjal. Pada kasus penelitian ini Tn. R salah satu penderita Hidronefrosis dengan masalah keperawatan nyeri akut dengan diberikan tehnik relaksasi benson yang dapat mengurangi rasa nyeri dari sakala nyeri 6 turun menjadi skala 2 dengan pemberian intervensi selama 3 hari.

Maka dapat disimpulkan bahwa pemberian teknik relaksasi benson mampu untuk mengurangi skala nyeri yang dirasakan pada penderita Hidronefrosis.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat memberikan pelayanan terbaik kepada pasien dan mempertahankan hubungan kerjasama yang baik antara para tim medis yang lain guna untuk meningkatkan asuhan keperawatan secara baik pada kasus yang sama.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar lebih meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang berkualitas dan profesional sehingga dapat menghasilkan perawat-perawat yang terampil, inovatif dan profesional yang mampu memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kode etik perawat.

3. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan selama proses pemberian asuhan keperawatan, pasien dan keluarga ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan dalam upaya mempercepat proses penyembuhan.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan penelitian selanjutnya dapat mengangkat diagnose gangguan eliminasi urine, khususnya pada kasus Hidronefrosis yang disebabkan oleh adanya batu atau sumbatan pada saluran perkemihan, untuk menambah

referensi dan wawasan terkait intervensi keperawatan yang efektif dalam menangani kasus tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- buttaccio, J. L. (2024). *An Overview Of Hydronephrosis*. Verywell Health.
- Handayani, M. (2021). *Pengaruh Pemberian Terapi Relaksasi Benson Terhadap Tingkat Nyeri Tenggorokan Paska Intubasi Endotracheal Tube (Ett) Di Rsud Kardinah Kota Tegal*.
- Hanggitriana, P. A. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Ny.A Dengan Diagnosis Medis Hydronephrosis With Ureteral Sticture Di Ruang GI Rspal Dr. Ramelan Surabaya*. Stikes Hang Tuah Surabaya.
- Khadijah, A. (2025). Dampak Gaya Hidup Sedentari Terhadap Batu Ginjal. *Urology Expert*.
- Ndruru, E. M. H., Lase, L. N. D., Simanjuntak, N. V., Larosa, V. P. K., & Anggeria, E. (2022). Pengaruh Terapi Relaksasi Benson Dengan Perubahan Saturasi Oksigen Pada Pasien Tb Paru. *Malahayati Nursing Journal*, 4(8), 1972–1982. <https://doi.org/10.33024/Mnj.V4i8.6736>
- Ningtyas, N. W. R., Kep, M. T., Amanupunnyo, N. A., Kep, S., Kes, M., Manueke, I., Sit, S., Kes, M., Ainurrahmah, Y., Kep, S., Si, M., Pramesti, D., Ns, S. K., Kes, M., Yuliana, N., Kep, S., Kep, M., Yanti, R. D., Kep, S., ... Ekawaty, F. (2023). *Bunga Rampai Manajemen Nyeri*.
- Nkf. (2023). *Hydronephrosis*. National Kidney Foundation.
- Noviariska, N., Mudzakkir, M., & Wijayanti, E. T. (2022). *Penerapan Terapi Relaksasi Benson Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Gastritis Di Rsu Lirboyo Kota Kediri*.
- Nursafitri, U. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hidronefrosis Dengan Terapi Benson Terhadap Intensitas Nyeri Post Operasi Uterescopy (Urs) Di Ruang Perawatan Bedah Rs An-Nisa Tangerang. 2*.
- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (5th Ed.). Salemba Medika.
- Onen, A. (2020). Grading Of Hydronephrosis: An Ongoing Challenge. *Frontiers In Pediatrics*, 8(458).
- Parida, C. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Tn.S Pre Dan Post Operasi Nefrolitotomy Ginjal Dextra Di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. Universitas Islam Sultan Agung.

- Purwati, D., & Anita, D. C. (2025). *Mengatasi Nyeri Akut Pada Pasien Batu Ginjal: Studi Kasus Di Rsud Bantul*. 3.
- Purwoto, A., Tribakti, I., & Cahaya, M. (2023). *Manajemen Nyeri*. Global Eksklusif Teknologi.
- Renaldi, A., & Donsu, J. D. T. (2020). *Relaksasi Benson Terhadap Tingkat Persepsi Nyeri Pada Pasien Post Laparatomy Di Rsud Nyi Ageng Serang*. 9(1), 50–59.
- Rustendi, T., Murtiningsih, M., & Inayah, I. (2022). Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Hemodialisa. *Mando Care Jurnal*, 1(3), 98–104. <https://doi.org/10.55110/Mcj.V1i3.88>
- Setyawati, M. B. (2020). *Electronical Games Untuk Mengatasi Nyeri Perawatan Luka Pada Anak Post Operasi*. Uny Press.
- Sugiyanto. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Praktik Klinik Keperawatan Keluarga Dan Komunitas*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Thotakura, R., & Anjum, F. (2023). *Hydronephrosis And Hydroureter*. Statpearls Publishing.
- Tri Rahayu, F., & Septiawan, T. (2021). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Dengan Hidronefrosis Melalui Teknik Slow Deep Breathing Untuk Menurunkan Nyeri Akibat Terpasangnya Nefrostomi Di Ruang Enggang 3 Rsud Aji Muhammad Parikesit*. Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.
- Wulandari, D. K., Hj. Ruslinawati, & Elsiyana. (2022). Efektifitas Terapi Relaksasi Slow Deep Breathing Dan Relaksasi Benson Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Benign Prostatic Hyperplasia Di Rs Bhayangkara Banjarmasin. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 9(2), 71–80. <https://doi.org/10.32539/Jks.V9i2.149>

Lampiran





YAYASAN PANRITA HUSADA BULUKUMBA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PANRITA HUSADA BULUKUMBA
TERAKREDITASI BAN-PT



Jln. Pendidikan Panggala Desa Taccorong Kec. Gantarang Kab. Bulukumba Tlp (0413) 2514721, e-mail :stikespanritahusadabulukumba@yahoo.co.id

Nomor : 062 /STIKES-PHB/06/01/XI/2024

Bulukumba, 06 November 2024

Lampiran : -

Kepada

Perihal : Permohonan Izin
Pengambilan Data Awal

Yth, Direktur RSUD Prof. Dr. H.M.
 Anwar Makkatutu Bantaeng
 di_ _____
 Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners mahasiswa program studi Profesi Ners Stikes Panrita Husada Bulukumba Tahun Akademik 2024/2025, maka dengan ini kami menyampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut namanya dibawah ini akan melakukan pengambilan data awal dalam lingkup wilayah yang Bapak / Ibu pimpin. Mahasiswa yang dimaksud yaitu :

Nama : Sirli Sastri Andani, S.Kep
 Nim : D2412058
 Alamat : Lele Caddi Desa Kaloling
 No. HP : 085 175 476 421
 Judul Penelitian : Analisis Pemberian Teknik Relaksasi Benson dengan Diagnosis Nyeri Akut pada Kasus Hidronefrosis di Ruang Eremerasa RSUD Prof. Dr. H.M. Anwar Makkatutu Bantaeng

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka dimohon kesediaan Bapak / Ibu untuk dapat memberikan izin pengambilan data awal kepada mahasiswa yang bersangkutan. Adapun data awal yang dimaksud adalah data penderita Hidronefrosis, 3 s/d 5 tahun terakhir.

Demikian disampaikan atas kerjasama yang baik, kami ucapkan terima kasih.

Mengetahui,
 An. Ketua Stikes
 Ka Prodi Ners



Amnurrahman Amin, S.Kep, Ners., M.Kes
 NIK. 19841102 011010 2 028

Tambusan



Komite Etik Penelitian
Research Ethics Committee

Surat Layak Etik
Research Ethics Approval



No:003680/KEP Stikes Panrita Husada Bulukumba/2025

Peneliti Utama : Sirli Sastri Andani
Principal Investigator
Peneliti Anggota : -
Member Investigator
Nama Lembaga : STIKES Panrita Husada Bulukumba
Name of The Institution
Judul : ANALISIS PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI BENSON DENGAN DIAGNOSA NYERI
Title AKUT PADA KASUS HIDRONEFROSIS DI RUANG EREMERASA RSUD PROF. DR. H. M. ANWAR MAKKATUTU BANTAENG TAHUN 2024
ANALYSIS OF BENSON RELAXATION TECHNIQUE PROVISION WITH ACUTE PAIN DIAGNOSIS IN HYDRONEPHROSIS CASES IN THE EREMERASA ROOM OF PROF. DR. H. M. ANWAR MAKKATUTU BANTAENG HOSPITAL IN 2024

Atas nama Komite Etik Penelitian (KEP), dengan ini diberikan surat layak etik terhadap usulan protokol penelitian, yang didasarkan pada 7 (tujuh) Standar dan Pedoman WHO 2011, dengan mengacu pada pemenuhan Pedoman CIOMS 2016 (lihat lampiran). *On behalf of the Research Ethics Committee (REC), I hereby give ethical approval in respect of the undertakings contained in the above mention research protocol. The approval is based on 7 (seven) WHO 2011 Standard and Guidance part III, namely Ethical Basis for Decision-making with reference to the fulfilment of 2015 CIOMS Guideline (see enclosed).*

Kelayakan etik ini berlaku satu tahun efektif sejak tanggal penerbitan, dan usulan perpanjangan diajukan kembali jika penelitian tidak dapat diselesaikan sesuai masa berlaku surat kelayakan etik. Perkembangan kemajuan dan selesainya penelitian, agar dilaporkan. *The validity of this ethical clearance is one year effective from the approval date. You will be required to apply for renewal of ethical clearance on a yearly basis if the study is not completed at the end of this clearance. You will be expected to provide mid progress and final reports upon completion of your study. It is your responsibility to ensure that all researchers associated with this project are aware of the conditions of approval and which documents have been approved.*

Setiap perubahan dan alasannya, termasuk indikasi implikasi etis (jika ada), kejadian tidak diinginkan serius (KTD/KTDS) pada partisipan dan tindakan yang diambil untuk mengatasi efek tersebut; kejadian tak terduga lainnya atau perkembangan tak terduga yang perlu diberitahukan; ketidakmampuan untuk perubahan lain dalam personel penelitian yang terlibat dalam proyek, wajib dilaporkan. *You require to notify of any significant change and the reason for that change, including an indication of ethical implications (if any); serious adverse effects on participants and the action taken to address those effects; any other unforeseen events or unexpected developments that merit notification; the inability to any other change in research personnel involved in the project.*

14 July 2025
Chair Person

Masa berlaku:
14 July 2025 - 14 July 2026

FATIMAH