

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.L PADA NYERI POST
OPERASI CHOLELITIASIS DENGAN IMPLEMENTASI
RELAKSASI NAFAS DALAM DI RUANG
ANGGREK RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2023**



DISUSUN OLEH:

SHERLY NATASYA PUTRI
NIM P0 0320120063

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2023**

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.L PADA NYERI POST
OPERASI CHOLELITIASIS DENGAN IMPLEMENTASI
RELAKSASI NAFAS DALAM DI RUANG
ANGGREK RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2023

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

SHERLY NATASYA PUTRI
NIM P0 0320120063

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas:

Nama : Sherly Natasya Putri
Tempat, Tanggal Lahir : APK Bandung, 26 Desember 2001
NIM : P0 0320120063
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.L Pada Nyeri Post Op *Cholelithiasis* Dengan Implementasi Relaksasi Nafas Dalam Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 14 Juli 2023.

Curup, 08 Juli 2023
Pembimbing



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.L PADA NYERI POST
OPERASI CHOLELITIASIS DENGAN IMPLEMENTASI
RELAKSASI NAFAS DALAM DI RUANG
ANGGREK RSUD KABUPATEN
REJANG LEBONG
TAHUN 2023

Disusun oleh:

SHERLY NATASYA PUTRI

NIM : P00320120063

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 14 Juli 2023, dan dinyatakan

LULUS

Ketua Dewan Penguji



Almaini, S.Kp., M.Kes

NIP. 196406101986031001

Anggota Penguji I



Ns. Fitrianti Yuliana Widiawati, S.Kep

NIP. 198807012019022002

Anggota Penguji II



Ns. Derison Marsinova Bakara, M.Kep

NIP. 197112171991021001

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,

Ketua Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep

NIP: 197112171991021001

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.L PADA NYERI POST OPERASI CHOLELITIASIS DENGAN IMPLEMENTASI RELAKSASI NAFAS DALAM DI RUANG ANGGREK RSUD REJANG LEBONG TAHUN 2023

Latar Belakang: Cholelitisias merupakan masalah kesehatan umum dan sering terjadi di seluruh dunia, walaupun memiliki prevalensi yang berbeda-beda disetiap daerah. Cholelitisias adalah batu empedu terbentuk akibat ketidakseimbangan kandungan kimia dalam cairan empedu yang menyebabkan pengendapan satu atau lebih komponen empedu. **Tujuan:** Tujuan pada penelitian ini adalah diketahuinya gambaran asuhan keperawatan tentang pemberian relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri pada pasien dengan cholelitisias di Ruang Rawat Inap Anggrek RSUD Rejang Lebong. **Metode:** Dengan menggunakan Relaksasi Nafas Dalam untuk memngurangi rasa nyeri pada klien post operasi cholelitisias. **Kesimpulan :** Relaksasi Nafas Dalam digunakan dalam mengurangi nyeri post operasi cholelitisias di ruang Anggrek RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

Kata Kunci: Cholelitisias, Relaksasi Nafas Dalam.

ABSTRACT

NURSING CARE IN POST OPERATING CHOLELITIASIS WITH IMPLEMENTATION OF DEEP BREATH RELAXATION(DBE) IN THE ANGGREK ROOM REJANG LEBONG HOSPITAL YEAR 2023

Background: Cholelithiasis is a public health problem and often occurs throughout the world, although it has a different prevalence in each region. Cholelithiasis is gallstones formed due to an imbalance of chemical content in bile which causes the deposition of one or more bile components. **Purpose :** The aim of this research is to know the description of nursing care about providing deep breathing relaxation to reduce pain in patients with Post Op Cholelithiasis in the Anggrek inpatient room Rejang Lebong Hospital. **Method :** By using Deep Breathing Relaxation to reduce pain in postoperative cholelithiasis clients. **Conclusion :** Deep Breathing Relaxation is used to reduce postoperative cholelithiasis pain in the Orchid room of Rejang Lebong District Hospital.

Keywords: Cholelithiasi, Deep Breathing Relaxation (DBE).

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.L Pada Nyeri Post Operasi Cholelitis Di Ruang Anggrek RSUD Rejang Lebong Tahun 2023”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah laporan tugas akhir ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan. Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

Eliana,SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Bapak Ns. Derison Marsinova Bakara,S.Kep.,M.Kep. selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan penulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Almaini M,kes. selaku Dosen Pembimbing Akademik Dan selaku ketua penguji yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa, salah satunya menyelesaikan laporan tugas akhir. yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.

Ns.Fitriyanti Yuliana Widiawati.,S.kep selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukkan yang bersifat membangun.

Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

Kedua Orang Tua saya yang selalu memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Laporan tugas akhir ini.

NRP 02010791 yang selalu memberikan dukungan dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan laporan tugas akhir ini.

Dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan penulisan tugas akhir ini.

Semoga bimbingan dan bantuan serta nasihat dan nikmat yang telah diberikan akan menjadi amal baik dan dibalas oleh Allah SWT. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan baik dari segi penulisan maupun teori yang mendasar, sehingga penulis berharap ada saran yang sifatnya membangun dari semua pihak demi menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Curup, 14 Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Manifestasi Klinis	10
2.1.4 Anatomi Fisiologi	11
2.1.5 Patofisiologi	13
2.1.6 WOC (<i>Web Of Caution</i>)	16
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	17
2.1.8 Penatalaksanaan	19
2.2 Konsep Nyeri	21
2.2.1 Definisi	21
2.2.2 Mekanisme Terjadi Nyeri	23
2.2.3 Pergolongan Nyeri	24
2.2.4 Derajat Nyeri	25
2.2.5 Pengukuran Derajat Nyeri	26
2.2.6 Nyeri Post Operasi	28
2.3 Terapi Relaksasi Nafas Dalam untuk mengatasi Masalah Nyeri Akut Post Op Cholethiasis	28
2.3.1 Pengertian Teknik Relaksasi Nafas Dalam	28
2.3.2 Tujuan	28
2.3.3 Manfaat	29
2.3.4 Evidence Based Teknik Relaksasi Nafas Dalam	29
2.3.5 Prosedur tindakan keperawatan Tarik Nafas Dalam	29
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	32
2.4.1 Pengkajian	32
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	34

2.4.3 Rencana Keperawatan.....	36
2.4.4 Implementasi Keperawatan.....	39
2.4.5 Evaluasi Keperawatan.....	39
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Rencana Studi Kasus.....	40
3.2 Subjek Studi Kasus	40
3.3 Fokus Studi Kasus.....	41
3.4 Definisi Operasional.....	41
3.5 Tempat dan waktu	41
3.6 Pengumpulan Data	41
3.7 Penyajian Data	42
3.8 Etika Penelitian	43
BAB IV TINJAUAN KASUS	
4.1 Pengkajian	46
4.1.1 Identitas Pasien.....	46
4.1.2 Identitas penanggung jawab	46
4.1.3 Riwayat Keperawatan	47
4.1.4 Pemeriksaan Fisik	52
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	56
4.3 Intervensi Keperawatan.....	57
4.4 Implementasi Keperawatan.....	59
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	65
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil	71
5.1.1 Pengkajian	71
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	73
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	74
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	74
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	77
BAB VI PENUTUP	
6.1 Kesimpulan	78
6.2 Saran.....	80
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
2.1	Tabel Intervensi <i>Pre Operasi Cholelithiasis</i>	30
2.2	Tabel Intervensi <i>Post Operasi Cholelithiasis</i>	32
4.1	Tabel Pola Kebiasaan Sehari-hari	51
4.2	Tabel Tanda-Tanda Vital	52
4.3	Tabel Pemeriksaan Fisik	53
4.4	Tabel Hasil Pemeriksaan Laboratorium	54
4.5	Tabel Penatalaksanaan Pemberian Obat	54
4.6	Tabel Analisa Data	55
4.7	Tabel Diagnosa Post Op Cholelithiasis	56
4.8	Tabel Intervensi Post Op Cholelithiasis	57
4.9	Tabel Implementasi Post Op Cholelithiasis	59
4.10	Tabel Implementasi Post Op Cholelithiasis	61
4.11	Tabel Implementasi Post Op Cholelithiasis	63
4.12	Tabel Evaluasi Post Op Cholelithiasis	65
4.13	Tabel Evaluasi Post Op Cholelithiasis	67
4.14	Tabel Evaluasi Post Op Cholelithiasis	69

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
1	Anatomi Fisiologi	13

DAFTAR SKEMA

No	Judul	Halaman
1	Skema WOC (Web of Causation)	11
2	Genogram	49

DAFTAR LAMPIRAN

No Gambar	Judul
Lampiran 1	Lembar Konsul
Lampiran 2	SOP
Lampiran 3	Lembar Observasi
Lampiran 4	Lembar Pengembalian Kasus
Lampiran 5	Surat Selesai Dinas
Lampiran 6	Biodata
Lampiran 7	Dokumentasi Kegiatan
Lampiran 8	Jurnal
Lampiran 9	Hasil Plagiarisme

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cholelithiasis adalah batu empedu terbentuk akibat ketidakseimbangan kandungan kimia dalam cairan empedu yang menyebabkan pengendapan satu atau lebih komponen empedu. Cholelithiasis merupakan masalah kesehatan umum dan sering terjadi di seluruh dunia, walaupun memiliki prevalensi yang berbeda-beda di setiap daerah (Arif kurniawan ,2017).

Cholelithiasis di definisikan sebagai Radang kandung empedu yaitu reaksi inflamasi akut dinding kandung empedu yang disertai keluhan nyeri perut kanan atas, nyeri tekan dan panas badan. Batu empedu merupakan salah satu masalah kesehatan yang terjadi hampir tanpa gejala Menurut Iin Inayah (2004). Hampir 50% penderita batu empedu tidak merasakan gejala apa-apa, 30% merasakan gejala nyeri dan 20% berkembang menjadi komplikasi (Uswatun H, 2015).

Beberapa faktor risiko yang sering ditemui pada kejadian cholelithiasis dikenal dengan “6F” (Fat, Female, Forty, Fair, Fertile, Family history). Faktor dari kegemukan, jenis kelamin, usia, hormon estrogen serta riwayat keluarga merupakan faktor lainnya yang mempengaruhi terjadinya Cholelithiasis ini. (Febyan, 2017).

Epidemiologi secara global pada Cholelithiasis merupakan penyakit yang sudah menjadi masalah kesehatan di negara barat, prevalensi cholelithiasis berbeda-beda di setiap negara. Prevalensi Cholelithiasis di Amerika Serikat, pada

tahun 2017 yaitu sekitar 20 juta orang 10%-20% populasi orang dewasa memiliki Cholelithiasis. Penderita Cholelithiasis setiap tahun mencapai 1% - 3% dan akan timbul keluhan. Setiap tahunnya diperkirakan 500.000 pasien Cholelithiasis akan timbul keluhan dan komplikasi sehingga memerlukan kolesistektomi (Heuman, 2017).

Beberapa survei pemeriksaan USG di Eropa berkisar 5%-15%. Penderita di Asia, pada tahun 2013 yaitu berkisar 3%-10%. Berdasarkan data terakhir, dinegara Jepang sekitar 3,2%, China 10,7%, India Utara 7,1%, dan Taiwan 5,0% menderita Cholelithiasis (Chang et al, 2013).

Di Indonesia, riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi Cholelithiasis pada dewasa adalah sebesar 15,4%, dan prevalensi tersebut meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2016 yaitu 11,7%. Saat ini penderita Cholelithiasis di Indonesia cenderung meningkat karena perubahan gaya hidup seperti orang-orang barat yang suka mengonsumsi makanan cepat saji yang dapat menyebabkan kegemukan karena timbunan lemak dan menjadikan pemicu terjadinya Cholelithiasis (Riskesdas, 2018).

Dari data RSUD Rejang Lebong Cholelithiasis dari tahun ke tahun selalu meningkat. Tetapi pada tahun 2020 kasus Cholelithiasis berkurang. Pada tahun 2016 terdapat 8 kasus dengan Cholelithiasis sedangkan pada tahun 2017 terdapat 10 kasus. Pada tahun 2018 kasus Cholelithiasis mendapatkan peringkat ke-8 dalam kasus di ruang bedah dengan jumlah sebanyak 28 kasus. Data Cholelithiasis pada tahun 2019 lebih meningkat yaitu dengan 36 kasus, pada tahun 2019 ini Cholelithiasis merupakan peringkat ke 7 dalam pasien rawat inap di

ruang bedah. Pada tahun 2020 kasus Cholelithiasis menurun dengan 17 kasus, pada tahun 2022 ini Cholethiasis berjumlah 19 pasien di rawat, tetapi tetap menduduki peringkat ke 8 dalam daftar pasien rawat inap di ruangan bedah dengan dilakukan tindakan pembedahan yang disebut laparotomi dan laparaskopy.

Jika tidak segera ditangani akan mengakibatkan Cholelithiasis yang dapat bermigrasi masuk ke saluran empedu yang dapat menimbulkan masalah penyakit kuning akibat sumbatan batu dan akhirnya menyebabkan infeksi saluran empedu yang ringan sampai dengan yang serius serta fatal dan dapat berakhir dengan kematian. Sebagian penderita juga dapat mengalami komplikasi pancreas akibat batu yang tersumbat tersebut (Febyan, 2017).

Penatalaksanaan medis Cholelithiasis dapat dibagi menjadi 2, yaitu bedah dan non bedah. Terapi non bedah dapat berupa lisis batu yaitu disolusi batu dengan sediaan garam empedu kolelitolitik, Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) dan pengeluaran secara endoskopik. Sedangkan terapi bedah dapat berupa laparaskopi kolesistektomi, open kolesistektomi, dan eksplorasi saluran koledokus (Wibowo 2015).

Sebagian besar pasien (80%) dengan Cholelithiasis tanpa gejala baik waktu diagnosis maupun pemantauan. Oleh karena itu, kebanyakan Cholelithiasis dikatakan "silent" atau disebut juga asimtomatik. Cholelithiasis seringkali ditemukan tanpa sengaja pada saat penggunaan USG untuk keperluan lain. Orang-orang dengan cholelithiasis asimptomatik dapat berkembang menjadi cholelithiasis simptomatik. tetapi resiko terjadinya hal tersebut relatif kecil (Stinton, 2017).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Mubarak 2015), Salah satu bentuk pelaksanaan nyeri secara non farmakologi adalah teknik distraksi. Mekanisme distraksi terjadi penurunan perhatian atau persepsi terhadap nyeri dengan memfokuskan perhatian pasien pada stimulasi lain atau menjauhkan pikiran terhadap nyeri. Salah satu bentuk distraksi untuk mengatasi nyeri adalah distraksi napas dalam atau deep breathing exercise (DBE). Jenis distraksi ini biasanya dilakukan dengan posisi rileks serta menghirup udara lewat hidung menahan 2-3 detik kemudian dihembuskan lewat mulut. Relaksasi napas dalam ini dapat memberikan efek positif mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulus nyeri. Hasil penelitian yang dilakukan mengenai pengaruh pemberian terapi relaksasi napas dalam untuk menurunkan nyeri pada pasien pasca pembedahan menunjukkan bahwa, pemberian teknik deep breathing exercise (DBE)/napas dalam dapat menurunkan nyeri pada pasien post operasi. Tujuan umum untuk melaksanakan asuhan keperawatan pasien post operasi cholelithiasis dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri.

Selain itu perawat sebagai pemberi Asuhan Keperawatan dapat memberikan rangkaian informasi tentang nyeri Post Op Cholelithiasis. Sehingga klien dan keluarga juga dapat berperan aktif dalam pemeliharaan kesehatan baik individu itu sendiri maupun orang lain di sekitarnya (Febyan, 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Cholelithiasis melalui proses pengkajian, melakukan diagnosa keperawatan, intervensi, melaksanakan

implementasi terutama terapi relaksasi napas dalam, dan evaluasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Anggrek RSUD Curup Tahun 2023.

1.2 Rumusan Masalah

Jumlah pasien Cholelithiasis di RSUD Rejang Lebong didapatkan bahwa pasien dengan Cholelithiasis setiap tahun meningkat dengan jumlah pasien dengan Post Op Cholelithiasis sebanyak 99 kasus terhitung dari 2016. Salah satu peran perawat dalam penanganan pasien adalah mengatasi keluhan nyeri akut Cholelithiasis. Tindakan yang dapat dilakukan dalam mengatasi nyeri akut pasca operasi adalah tindakan terapi teknik napas dalam. Selain itu juga perawat juga berperan dalam memberikan terapi medis kolaborasi pemberian antibiotik. Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis merumuskan masalah “Bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien Post Op Cholelithiasis di Ruang Anggrek RSUD REJANG LEBONG”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk Memperoleh gambaran penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Cholelithiasis dengan pendekatan proses keperawatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Cholelithiasis di Ruang Anggrek RSUD Rejang Lebong.

1.3.2.2 Mampu merumuskan diagnosa pada pasien dengan Cholelithiasis di Ruang Anggrek RSUD Rejang Lebong.

1.3.2.3 Mampu menyusun perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan Cholelithiasis di Ruang Anggrek RSUD Rejang Lebong.

1.3.2.4 Mampu melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan Cholelithiasis di Ruang Anggrek RSUD Rejang Lebong.

1.3.2.5 Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Cholelithiasis di Ruang Anggrek RSUD Rejang Lebong.

1.4 Manfaat Penulisan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak antara lain:

1.4.1 Manfaat bagi pasien

Klien dan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami perawatan yang diajarkan perawat, sehingga dapat mengatasi dan mengaplikasikan perawatan ringan secara mandiri.

1.4.2 Manfaat bagi perawat

Sebagai bahan informasi mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Post Cholelithiasis, sehingga dapat menambah wawasan dan meningkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di rumah sakit.

1.4.3 Manfaat bagi institusi

1.4.3.1 Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dalam peningkatan kualitas pelayanan, khususnya asuhan keperawatan pada pasien dengan Cholelithiasis.

1.4.3.2 Pendidikan

Sebagai bahan tambahan dan referensi pelajaran tentang mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan Cholelithiasis

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Terkait Penyakit

2.1.1 Definisi

Cholelithiasis adalah keadaan dimana terdapatnya batu didalam kandung empedu atau didalam duktus koledokus, atau pada kedua-duanya. Adanya infeksi dapat menyebabkan kerusakan dinding kandung empedu, sehingga menyebabkan terjadinya stasis dan dengan demikian menaikkan batu empedu. Infeksi dapat disebabkan kuman yang berasal dari makanan. Infeksi bisa merambat ke saluran empedu sampai ke kantong empedu. Infeksi di usus dapat menjalar tanpa terasa yang menyebabkan peradangan pada saluran dan kantong empedu sehingga cairan yang berada di kantong empedu mengendap dan menjadi batu. Kuman tifus apabila bermuara di kantong empedu dapat menyebabkan peradangan lokal yang tidak dirasakan pasien, tanpa gejala sakit ataupun demam (Musbahi, 2020).

Cholelithiasis merupakan suatu keadaan dimana terdapatnya batu empedu didalam kandung empedu (*vesica fellea*) yang memiliki ukuran, bentuk, dan komposisi yang bervariasi. Cholelithiasis disebut juga pembentukan batu (*kalkuli* atau batu empedu) di dalam kandung empedu atau sistem saluran empedu. Cholelithiasis lebih sering dijumpai pada individu berusia lebih dari 40 tahun terutama wanita karena dipengaruhi oleh faktor hormon.

2.1.2 Etiologi

Menurut (Bolat & Teke, 2020), terdapat beberapa faktor yang menyebabkan cholelithiasis yaitu:

2.1.2.1 Komposisi cairan empedu

Berpengaruh terhadap terbentuknya batu tergantung keseimbangan kadar garam empedu, kolestetrol dan lesitin. Semakin tinggi kadar kolestrol atau semakin rendah kandungan garam empedu akan membuat keadaan didalam kandung empedu menjadi jenuh akan kolestrol

2.1.2.2 Penurunan fungsi kandung empedu

Menurunnya kemampuan menyemprot dan kerusakan dinding kandung empedu memudahkan seseorang menderita batu empedu, kontraksi yang melemah akan menyebabkan statis empedu dan akan membuat musin yang diproduksi dikandung empedu terakumulasi seiring dengan lamanya cairan empedu tertampung dalam kandung empedu. Mucin tersebut akan semakin kental dan semakin pekat sehingga menyulitkan proses pengosongan cairan empedu. Beberapa keadaan yang dapat mengganggu daya kandung empedu, yaitu : hipomotilitas empedu, parenteral total (menyebabkan cairan asam empedu menjadi lambat), kehamilan, cedera medula spinalis, penyakit kencing manis.

Faktor Predisposisi :

- a. Jenis kelamin, wanita lebih banyak dibanding laki-laki
- b. .Obesitas
- c. Konsumsi makanan tinggi lemak dan karbohidrat
- d. Usia di atas 40 th

- e. Hamil
- f. Penurunan berat badan secara drastis
- g. Penyakit radang pencernaan kronis
- h. Diabetes melitus
- i. Kelainan darah
- j. Penyakit liver kronis

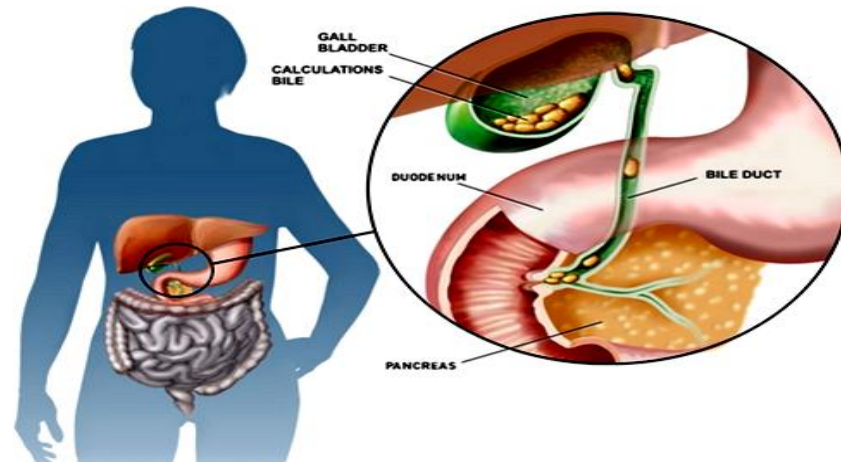
2.1.3 Manifestasi Klinik

Menurut Ibrahim (2018), Manifestasi klinis pada cholelithiasis dapat bersifat asimtomatis. Gejala muncul saat terjadi inflamasi dan obstruksi ketika batu bermigrasi ke duktus sistikus. Keluhan khas berupa kolik bilier. Karakteristik kolik bilier antara lain :

- a. Nyeri kuadran kanan atas atau epigastrium,
- b. Kadang menjalar ke area interskapularis, skapularis kanan atau bahu,
- c. Berlangsung 15 menit-5 jam
- d. Hilang perlahan dengan sendirinya,
- e. Disertai mual atau muntah

Kolik bilier dapat dicetuskan dengan makan makanan berlemak, konsumsi makanan dalam porsi besar setelah puasa berkepanjangan, atau dengan makan makanan normal, seringkali pada malam hari.

2.1.4 Anatomi Fisiologi



Sumber : Muttaqin, 2013

Kandung empedu bentuknya seperti kantong, organ berongga yang panjangnya sekitar 10 cm, terletak dalam suatu fossa yang menegaskan batas anatomi antara lobus hati kanan dan kiri. Kandung empedu merupakan kantong berongga berbentuk bulat lonjong seperti buah advokat tepat di bawah lobus kanan hati. Kandung empedu mempunyai fundus, korpus, dan kolum. Fundus bentuknya bulat, ujung buntu dari kandung empedu yang sedikit memanjang di atas tepi hati. Korpus merupakan bagian terbesar dari kandung empedu. Kolum adalah bagian yang sempit dari kandung empedu yang terletak antara korpus dan daerah duktus sistika.

Empedu yang disekresi secara terus-menerus oleh hati masuk ke saluran empedu yang kecil dalam hati. Saluran empedu yang kecil bersatu membentuk dua saluran lebih besar yang keluar dari permukaan bawah hati sebagai duktus hepaticus kanan dan kiri yang segera bersatu membentuk duktus hepaticus

komunis. Duktus hepatikus bergabung dengan duktus sistikus membentuk duktus koledokus (Syaifuddin, 2011).

Duktus hepatikus kiri lebih panjang dari kanan dan memiliki resiko lebih besar untuk berdilatasi sebagai akibat dari obstruksi pada bagian distal. Kedua ductus bergabung membentuk ductus hepatikus komunis dengan panjang sekitar 1-4 cm dan diameter sekitar 4 mm. Panjang ductus kistikus sekitar 3-4 cm dengan diameter antara 1-3 mm yang berisi beberapa lipatan membran terdiri dari 3-12 lipatan, berbentuk katup spiral heister yang berfungsi untuk mencegah distensi atau runtuhnya duktus sistikus. Panjang ductus koledokus sekitar 7-11 cm dengan diameter 5-10 mm (Lampignano 2017).

Fungsi empedu yang dihasilkan oleh hati:

- a. Mencerna lemak.
- b. Mengaktifkan lipase.
- c. Mengubah zat yang tidak larut dalam air diubah menjadi zat yang larutan dalam air.
- d. Membantu daya absorpsi lemak pada dinding usus.
- e. Serta tidak ketinggalan menetralsir racun.
- f. Berperan dalam pembuangan limbah tertentu dari tubuh, terutama haemoglobin (Hb) yang berasal dari penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolerterol.

Kandung empedu (Bahasa Inggris: *gallbladder*) adalah organ berbentuk buah pir yang dapat menyimpan sekitar 50 ml empedu yang dibutuhkan tubuh untuk proses pencernaan. Pada manusia, panjang kantung empedu adalah sekitar 7-10 cm dan berwarna hijau gelap-bukan karena jaringannya, melainkan karena

warna cairan empedu yang dikandungnya. Organ ini terhubung dengan hati usus dua belas jari melalui saluran empedu. Saluran empedu (Bahasa Inggris: *bile duct*) dalam istilah anatomi adalah struktur-struktur berbentuk tabung panjang yang membawa empedu. Empedu diperlukan untuk pencernaan makanan dan disekresikan oleh hati melalui duktus hepatikus (hepatic duct). Saluran ini akan bergabung dengan duktus sistikus (cystic duct-membawa empedu keluar masuk kantung empedu) untuk membentuk suatu saluran empedu besar menuju usus (Zuyina L, 2015).

2.1.5 Patofisiologi

Dua tipe utama batu empedu yaitu batu yang terutama tersusun dari pigmen dan tersusun dari kolesterol. Batu pigmen, akan terbentuk bila pigmen yang terkonjugasi dalam empedu mengalami presipitasi atau pengendapan, sehingga terjadi batu. Risiko terbentuknya batu semacam ini semakin besar pada pasien serosis, hemolysis dan infeksi percabangan bilier. Batu ini tidak dapat dilarutkan dan hanya dikeluarkan dengan jalan operasi. Batu kolesterol, merupakan unsur normal pembentuk empedu bersifat tidak larut dalam air. Kelarutannya bergantung pada asam empedu dan lesitin (fosfo lipid) dalam empedu. Pada pasien yang cenderung menderita batu empedu akan terjadi penurunan sintesis asam empedu dan peningkatan sintesis kolesterol dalam hati, mengakibatkan supersaturasi getah empedu oleh kolesterol dan keluar dari getah empedu mengendap membentuk batu. Getah empedu yang jenuh oleh kolesterol merupakan predisposisi untuk timbulnya

batu empedu yang berperan sebagai iritan yang menyebabkan peradangan dalam kandung empedu (Nanda, 2020).

Batu empedu terjadi karena adanya zat tertentu dalam empedu yang hadir dalam konsentrasi yang mendekati batas kelarutan mereka. Bila empedu terkonsentrasi di kandung empedu, larutan akan menjadi jenuh dengan bahan-bahan tersebut, kemudian endapan dari larutan akan membentuk kristal mikroskopis. Kristal terperangkap dalam mukosa bilier, akan menghasilkan suatu endapan. Oklusi dari saluran oleh endapan dan batu kolesterol menghasilkan komplikasi penyakit batu empedu.

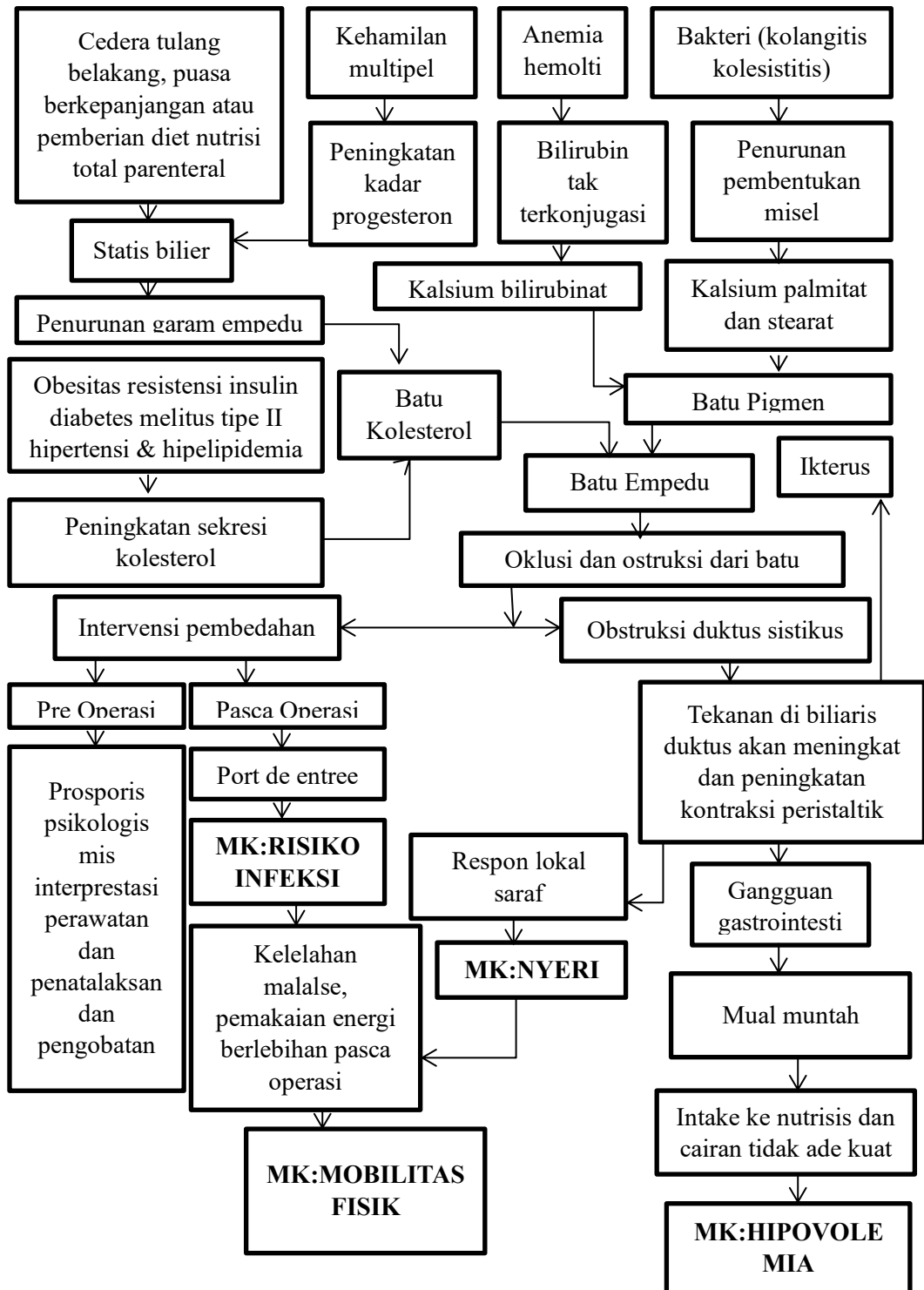
Pada kondisi normal kolesterol tidak mengendap di empedu karena mengandung garam empedu terkonjugasi dan fosfatidikolin (lesitin) dalam jumlah cukup agar kolesterol berada di dalam larutan misel, jika rasio konsentrasi kolesterol berbanding garam empedu dan lesitin meningkat, maka larutan misel menjadi sangat jenuh. Kondisi yang sangat jenuh ini mungkin karena hati memproduksi kolesterol dalam bentuk konsentrasi tinggi. Zat ini kemudian mengendap pada lingkungan cairan dalam bentuk kristal kolesterol. Kristal ini merupakan prekursor batu empedu.

Bilirubin, pigmen kuning yang berasal dari pemecahan heme, secara aktif disekresikan ke dalam empedu oleh sel hati. Sebagian besar bilirubin dalam empedu adalah berada dalam bentuk konjugat glukoronida yang larut dalam air dan stabil, tetapi sebagian kecil terdiri atas bilirubin tak terkonjugasi. Bilirubin tak terkonjugasi, seperti asam lemak, fosfat, karbonat, dan anion lain, cenderung untuk membentuk presipitat tak larut dengan kalsium. Kalsium memasuki empedu

secara pasif bersama dengan elektrolit lain. Dalam situasi pergantian heme tinggi, seperti hemolisis kronis atau sirosis, bilirubin tak terkonjugasi mungkin berada dalam empedu pada konsentrasi yang lebih tinggi dari biasanya. Kalsium bilirubinate mungkin kemudian mengkristal dari larutan dan akhirnya membentuk batu. Seiring waktu berbagai oksidasi menyebabkan bilirubin presipitat untuk mengambil zat warna hitam. Batu yang terbentuk dengan cara ini yang disebut batu pigmen hitam (Muttaqin, 2013).

Empedu biasanya steril, tetapi dalam beberapa kondisi yang tidak biasa (misalnya diatas struktur bilier), mungkin terkolonisasi dengan bakteri. Bakteri menghidrolisis bilirubin terkonjugasi dan hasil peningkatan bilirubin tak terkonjugasi dapat menyebabkan presipitasi terbentuknya kristal kalsium bilirubinate. Bakteri hidrolisis lestini menyebabkan pelepasan asam lemak yang kompleks dengan kalsium dan endapan dari larutan. Konkresi yang dihasilkan memiliki konsistensi disebut batu pigmen coklat. Tidak seperti kolesterol atau pigmen hitam batu, yang membentuk hampir secara eksklusif di kandung empedu, batu pigmen coklat sering disebut *de novo* dalam saluran empedu (Muttaqim, 2013).

2.1.6 WOC (Web Of Caution)



Sumber : (Muttaqin 2013).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien Cholelithiasis adalah (Bini, 2020):

2.1.7.1 Pemeriksaan Sinar-X Abdomen

Dapat dilakukan jika terdapat kecurigaan akan penyakit kandung empedu dan untuk menyingkirkan penyebab gejala yang lain. Namun, hanya 15-20% batu empedu yang mengalami cukup kalsifikasi untuk dapat tampak melalui pemeriksaan sinar-x.

2.1.7.2 Ultrasonografi

Pemeriksaan USG telah menggantikan pemeriksaan kolesistografi oral karena dapat dilakukan secara cepat dan akurat, dan dapat dilakukan pada penderita disfungsi hati dan ikterus. Pemeriksaan USG dapat mendeteksi kalkuli dalam kandung empedu atau duktus koledokus yang mengalami dilatasi.

2.1.7.3 Pemeriksaan pencitraan Radionuklida atau koleskintografi.

Koleskintografi menggunakan preparat radioaktif yang disuntikkan secara intravena. Preparat ini kemudian diambil oleh hepatosit dan dengan cepat diekskresikan ke dalam sistem bilier. Selanjutnya dilakukan pemindaian saluran empedu untuk mendapatkan gambar kandung empedu dan percabangan bilier.

2.1.7.4 ERCP (Endoscopic Retrograde CholangioPancreatography),

Pemeriksaan ini meliputi insersi endoskop serat-optik yang fleksibel ke dalam esofagus hingga mencapai duodenum pars desendens. Sebuah kanul dimasukkan ke dalam duktus koledokus serta duktus pankreatikus, kemudian

bahan kontras disuntikkan ke dalam duktus tersebut untuk memungkinkan visualisasi serta evaluasi percabangan bilier.

2.1.7.5 Kolangiografi Transhepatik Perkutan.

Pemeriksaan dengan cara menyuntikkan bahan kontras langsung ke dalam percabangan bilier. Karena konsentrasi bahan kontras yang disuntikkan itu relatif besar, maka semua komponen pada sistem bilier (duktus hepatikus, duktus koledokus, duktus sistikus dan kandung empedu) dapat dilihat garis bentuknya dengan jelas.

2.1.7.6 MRCP (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography)

Merupakan teknik pencitraan dengan gema magnet tanpa menggunakan zat kontras, instrumen, dan radiasi ion. Pada MRCP saluran empedu akan terlihat sebagai struktur yang terang karena mempunyai intensitas sinyal tinggi, sedangkan batu saluran empedu akan terlihat sebagai intensitas sinyal rendah yang dikelilingi empedu dengan intensitas sinyal tinggi, sehingga metode ini cocok untuk mendiagnosis batu saluran empedu.

2.1.7.7 Radiologi

Pemeriksaan USG telah menggantikan *kolesistografi oral* sebagai prosedur diagnostik pilihan karena pemeriksaan ini dapat dilakukan dengan cepat dan akurat, dan dapat digunakan pada penderita disfungsi hati dan ikterus. Disamping itu, pemeriksaan USG tidak membuat pasien terpajan radiasi ionisasi. Prosedur ini akan memberikan hasil yang paling akurat jika pasien sudah berpuasa pada malam harinya sehingga kandung empedunya berada dalam keadaan distensi. Penggunaan ultra sound berdasarkan pada gelombang suara yang dipantulkan

kembali. Pemeriksaan USG dapat mendeteksi kalkuli dalam kandung empedu atau duktus koleduktus yang mengalami dilatasi.

2.1.7.5 Sonogram

Sonogram dapat mendeteksi batu dan menentukan apakah dinding kandung empedu telah menebal.

2.1.7.8 Pemeriksaan Laboratorium

- a. Kenaikan serum kolesterol.
- b. Kenaikan fosfolipid.
- c. Penurunan ester kolesterol.
- d. Kenaikan protrombin *serum time*.
- e. Kenaikan bilirubin total, *transaminase* (Normal < 0,4 mg/dl).
- f. Penurunan *urobilirubin*.
- g. Peningkatan sel darah putih: 12.000 - 15.000/iu (Normal : 5000 - 10.000/iu).

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Brunner (2013) Sasaran utama terapi medis adalah untuk mengurangi insidensi episode nyeri akut kantung empedu dan kolesistitis dengan penatalaksanaan suportif dan diet dan, jika memungkinkan, menghilangkan penyebabnya dengan menggunakan farmakoterapi, prosedur endoskopik, atau intervensi bedah.

2.1.8.1 Terapi Nutrisi dan Suportif

- a. Capai remisi dengan istirahat, cairan IV, pengisapan nasogatrik, analgesik, dan antibiotic.

- b. Diet segera setelah episode biasanya berupa cairan rendah lemak dengan protein dan karbohidrat tinggi dilanjutkan dengan makanan padat lembut, hindari telur, krim, babi, makanan gorengan, keju, rich dressings, sayuran pembentuk gas, dan alkohol.

2.1.8.2 Terapi Farmakologis

- a. Asam ursodeoksikolat (UDCA [Urso, Actigall]) dan asam kenodeoksikolat (kenodiol atau CDCA [Chenix]) efektif dalam melarutkan batu kolesterol primer.
- b. Pasien dengan gejala signifikan dan sering sumbatan duktus kistik atau batu pigmen bukan merupakan kandidat untuk terapi dengan UDCA.
- c. Pengangkatan Batu Empedu

Secara Non-Bedah Selain dengan melarutkan batu empedu, batu empedu dapat dikeluarkan dengan instrument lain (mis, kateter dan instrument yang dilengkapi keranjang disusupkan ke saluran slang T atau fistula yang dibentuk pada saat pemasangan slang T, endoskopi ERCP), litotripsi intrakorporeal (denyut nadi laser), atau terapi gelombang syok ekstrakorporal (litotripsi atau litotripsi gelombang syok ekstrakorporal [ESWL]).

2.1.8.3 Penatalaksanaan Bedah

Tujuan pembedahan adalah untuk meredakan gejala yang persisten, untuk menghilangkan penyebab kolik bilier, dan untuk mengatasi kolesistitis akut.

- a. Kolesistektomi laparoskopik: Dilakukan melalui insisi atau tusukan kecil yang dibuat menembus dinding abdomen di umbilicus.

- b. Kolesistektomi: Kandung empedu dikeluarkan melalui sebuah insisi abdomen (biasanya subkosta kanan) setelah ligasi duktus kistik dan arteri.
- c. Minikolesistektomi: Kandung emepdu dikeluarkan melalui sebuah insisi kecil.
- d. Kolesistostomi (bedah atau perkutan): Kandung empedu dibuka, dan batu, empedu, atau drainase purulen dikeluarkan..

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), pembedahan pada cholelithiasis diantaranya :

- a. Kolesistektomi per Laparoskopik

Indikasi pembedahan karena menandakan stadium lanjut, atau kandung empedu dengan batu besar, berdiameter lebih dari 2 cm. Kelebihan yang diperoleh pasien, luka operasi kecil (2-10 mm) sehingga nyeri pasca bedah minimal.

- b. Kolesistektomi per Laparatomi

Kolesistektomi terbuka/ laparatomi dilakukan dengan melakukan insisi sekitar 8 – 12 cm pada bagian abdomen kanan atas menembus lemak dan otot hingga ke kandung empedu. Duktus-duktus lainnya diklem, kemudian kandung empedu diangkat.

2.2 Konsep Dasar Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial (Nuratif, 2015). Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual, sehingga tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada individu (Asmadi, 2018).

Nyeri merupakan cara tubuh untuk memberitahu kita bahwa terjadi sesuatu yang salah, nyeri bekerja sebagai suatu system alam yang merupakan sinyal yang memberitahukan kita untuk berhenti melakukan sesuatu yang mungkin menyakitkan kita, dengan cara ini melindungi kita dari keadaan yang berbahaya. Alasan ini nyeri seharusnya ditangani secara serius. Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan yang dapat menjadi peringatan terhadap adanya ancaman yang bersifat actual maupun potensial, namun nyeri bersifat subyektif dan sangat individual. Respon seorang terhadap nyeri dipengaruhi oleh factor jenis kelamin, budaya dan lain sebagainya(Suwondo, 2017).

a.Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan, awitanya gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan akibat atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan awitan yang tiba-tiba atau lambar dari

intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi(Mubarak, 2015).

b.Nyeri Kronik

Kronik adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri tipe ini sering kali tidak menunjukkan abnormalitas baik secara fisik maupun indikator-indikator klinis lain seperti laboratorium dan pencitraan. Keseimbangan kontribusi factor fisik dan psikologis dapat berbeda-beda pada tiap individu dan menyebabkan respon emosional yang berbeda pula satu dengan yang lainnya. Dalam praktek klinik sehari-hari nyeri kronik dibagi menjadi nyeri kronik tipe maligna(nyeri kanker) dan nyeri kronik tipe non maligna(arthritis kronik, nyeri neuropatik, nyeri kepala, dan nyeri punggung kronik)(Suwondo, 2017).

2.2.2 Mekanisme Terjadinya nyeri

Ada tiga jenis sel saraf dalam proses penghantaran nyeri yaitu sel saraf aferen atau neuron sensorik, serabut konektor atau interneuron dan sel saraf eferen atau neuron motorik. Sel-sel saraf ini mempunyai reseptor pada ujungnya yang menyebabkan impuls nyeri dihantarkan ke sum-sum tulang belakang dan otak. Reseptor-reseptor ini sangat khusus dan memulai impuls yang merespon perubahan fisik dan kimia tubuh. Reseptorreseptor yang berespon terhadap stimulus nyeri disebut nosiseptor. Reseptor nyeri (nosiseptor) adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon hanya pada stimulus yang kuat, yang secara potensial merusak. Stimulus tersebut sifatnya bisa mekanik, termal, kimia, sendi, oto skelet, 20 fasia, dan tendon. Stimulus pada jaringan akan merangsang nosiseptor melepaskan zat-zat kimia, yang terdiri dari prostaglandin, histamin,

bradikinin, leukotrien, substansi p, dan enzim proteolitik. Zat-zat kimia ini akan mensensitasi ujung syaraf dan menyampaikan impuls ke otak. Korne Dorsalis dari medula spinalis dapat dianggap sebagai tempat memproses sensori. Serabut perifer berakhir disini dan serabut traktus sensori asenden berawal disini. Juga terdapat interkoneksi antara sistem neural desenden dan traktus sensori asenden. Traktus asenden berakhir pada otak bagian bawah dan bagian tengah dan impuls-impuls dipancarkan ke korteks serebri. Agar nyeri dapat diserap secara sadar, neuron pada sistem asenden harus diaktifkan. Aktivasi terjadi sebagai akibat input dari reseptor nyeri yang terletak dalam kulit dan organ internal. Terdapat interkoneksi neuron dalam korne dorsalis yang ketika diaktifkan, menghambat atau memutuskan transmisi informasi yang menyakitkan atau yang menstimulasi nyeri dalam jaras asenden. Seringkali area ini disebut “gerbang”. Kecendrungan alamiah gerbang adalah membiarkan semua input yang menyakitkan dari perifer untuk mengaktifkan jaras asenden dan mengaktifkan nyeri. Namun demikian, jika kecendrungan ini berlalu tanpa perlawanan, akibatnya sistem yang ada akan menutup gerbang. Stimulasi dari neuron inhibitor sistem asenden menutup gerbang untuk input nyeri dan mencegah transmisi sensasi nyeri (Smeltzer, 2012). Teori gerbang kendali nyeri merupakan proses dimana terjadi interaksi antara stimulus nyeri dan sensasi lain dan stimulasi serabut yang mengirim sensasi tidak nyeri memblok transmisi impuls nyeri melalui sirkuit gerbang penghambat. Sel-sel inhibitor dalam korne dorsalis medula spinalis mengandung eukafalin yang menghambat transmisi nyeri.

2.2.3 Penggolongan Nyeri

Nyeri dapat digolongkan dalam berbagai cara, yaitu :

- a. Menurut jenisnya : nyeri nosiseptik, nyeri neurogenik, dan nyeri psikogenik.
- b. Menurut timbulnya nyeri : nyeri akut dan nyeri kronik.
- c. Menurut penyebabnya : nyeri onkologik dan nyeri non-onkologik.
- d. Menurut derajat nyerinya : nyeri ringan, sedang, dan berat.

Dengan penilaian nyeri yang lengkap dapat dibedakan antara nyeri nosiseptik (somatik dan visera) dengan nyeri neuropatik.

2.2.3.1 Nyeri somatik dapat dideskripsikan sebagian nyeri tajam, panas atau menyengat, yang dapat ditunjukkan lokasinya serta diasosiasikan dengan nyeri tekan lokal di sekitarnya.

2.2.3.2 Nyeri visera dideskripsikan sebagai nyeri tumpul, kram atau kolik yang tidak terlokalisir yang dapat disertai dengan nyeri tekan lokal, nyeri alih, mual, berkeringan dan perubahan kardiovaskular.

2.2.3.3 Nyeri neuropatik memiliki ciri khas:

- a. Deskripsi nyeri seperti terbakar, tertembak, atau tertusuk .
- b. Nyeri terjadi secara paroksismal atau spontan serta tanpa terdapat faktor presipitasi.
- c. Terdapatnya diastesia (sensasi abnormal yang tidak menyenangkan yang timbul spontan ataupun dispresipitasi), hiperalgesia (peningkatan derajat respon terhadap stimulus nyeri normal), alodinia (nyeri yang dirasakan akibat stimulus yang pada keadaan normal tidak menyebabkan nyeri), atau adanya hipoestesia.

d. Perubahan sistem otonom regional (perubahan warna, suhu, dan keringat) serta phantom phenomena.

2.2.4 Derajat Nyeri

Pengukuran derajat nyeri sebaiknya dilakukan dengan tepat karena sangat dipengaruhi oleh faktor subyektif seperti faktor fisiologis, psikologi, lingkungan. Karenanya, anamnesis berdasarkan pada pelaporan mandiri pasien yang bersifat sensitif dan konsisten sangatlah penting. Pada keadaan di mana tidak mungkin mendapatkan penilaian mandiri pasien seperti pada keadaan gangguan kesadaran, gangguan kognitif, pasien pediatrik, kegagalan komunikasi, tidak adanya kerjasama atau ansietas hebat dibutuhkan cara pengukuran yang lain. Pada saat ini nyeri di tetapkan sebagai tanda vital kelima yang bertujuan untuk meningkatkan kepedulian akan rasa nyeri dan diharapkan dapat memperbaiki tatalaksana nyeri akut.

Berbagai cara dipakai untuk mengukur derajat nyeri, cara yang sederhana dengan menentukan derajat nyeri secara kualitatif sebagai berikut:

2.2.4.1 Nyeri ringan adalah nyeri yang hilang timbul, terutama sewaktu melakukan aktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur skala 1-3.

2.2.4.2 Nyeri sedang adalah nyeri terus menerus, aktivitas terganggu, yang hanya hilang apabila penderita tidur skala 4-6.

2.2.4.3 Nyeri berat adalah nyeri yang berlang sungterus menerus sepanjang hari, penderita tak dapat tidur atau sering terjaga oleh gangguan nyeri sewaktu tidur 7-9.

No	Skala	Kriteria
1	0	Tidak Nyeri
2	1-3	Nyeri Ringan
3	4-6	Nyeri Sedang

4	7-9	Nyeri berat terkontrol
5	10	Nyeri berat tidak terkontrol

Sumber: Mubarak, wahit iqbal (2017) *ilmu keperawatan dasar*, Jakarta

2.2.5 Pengukuran Derajat Nyeri

2.2.5.1 Wong Baker Pain Rating Scale

Skala nyeri ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan bagaimana perasaan mereka. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Tidak semua klien dapat memahami atau menghubungkan skala intensitas nyeri dalam bentuk angka. Klien ini mencakup anak-anak sampai dewasa yang tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyaman secara verbal, dan orang yang tidak bisa berbahasa Inggris, sehingga untuk klien jenis ini menggunakan skala peringkat *Wong Baker FACES Pain Rating Scale*. Skala wajah mencatumkan skala angka dalam setiap ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat didokumentasikan oleh perawat (Yudiyanta, 2015).

					
0 tidak sakit	2 Sedikit sakit	4 Agak mengganggu	6 Mengganggu aktivitas	8 Sangat mengganggu	10 Tak tertahan

Dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa menanyakan keluhannya. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Berikut skala nyeri dinilai berdasarkan ekspresi wajah:

Wajah Pertama 0 : tidak merasa sakit sama sekali.

Wajah Kedua 2 : Sakit hanya sedikit.

Wajah Ketiga 4 : Sedikit lebih sakit.

Wajah Keempat 6 : Lebih sakit.

Wajah Kelima 8 : Jauh lebih sakit.

Wajah Keenam 10 : Sangat sakit luar biasa.

2.2.6 Nyeri Post Operasi

Nyeri post operasi adalah suatu reaksi tubuh terhadap kerusakan jaringan, mulai dari sayatan kulit hingga kerusakan yang ditimbulkan proses operasi, tarikan atau renggangan pada organ dalam tubuh (Andika, 2020).

2.3 Terapi Relaksasi Nafas Dalam untuk mengatasi Masalah Nyeri Akut

Post Op Cholelithiasis

2.3.1 Pengertian Terapi Relaksasi Napas Dalam

Relaksasi napas dalam merupakan teknik mengurangi nyeri dengan merileksasikan tubuh seseorang yang dapat meningkatkan konsentrasi dan membuat pasien merasa tenang untuk mengatur ritme pernapasan menjadi teratur serta penurunan perhatian atau persepsi terhadap nyeri dengan memfokuskan perhatian pasien pada stimulasi lain atau menjauhkan pikiran terhadap nyeri.

2.3.2 Tujuan

Teknik napas dalam bertujuan mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktifitas simpatik sistem saraf otonom klien, meningkatkan aktifitas komponen saraf parasimpatik vegetatif secara simultan, mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas reaksi rasa nyeri pada klien. Berdasarkan teori, aktivasi

retikuler menghambat stimulus nyeri, jika seseorang menerima input sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan oleh klien). Stimulus yang menyenangkan dari luar juga dapat merangsang sekresi endorfin, sehingga stimulus nyeri yang dirasakan oleh klien menjadi berkurang. Peredaran nyeri secara umum berhubungan langsung dengan partisipasi aktif individu (Hamarno, 2017).

2.3.3 Manfaat Terapi Relaksasi Napas Dalam

Terapi relaksasi napas dalam yang dilakukan secara berulang akan menimbulkan rasa nyaman pada pasien Post Op *Cholelithiasis*. Dengan adanya nyaman inilah yang akhirnya akan meningkatkan toleransi seseorang terhadap nyeri. Orang dengan toleransi nyeri yang baik mampu beradaptasi terhadap nyeri dan memiliki coping yang baik pula.

2.3.4 Evidence Based Terapi Relaksasi Napas Dalam

Berdasarkan jurnal penelitian Siti Umi Nurjannah yaitu Terapi Relaksasi Napas Dalam pada Post Op Cholethiasis yang bertujuan untuk mengontrol diri saat pasien mengalami rasa tidak nyaman atau nyeri, baik dari segi stress fisik maupun emosi yang pasien rasakan.

2.3.5 Prosedur Tindakan Keperawatan Relaksasi Napas Dalam

Tabel 2.1 Panduan Pelaksanaan Teknik Relaksasi Napas Dalam Pada Pasien Post Operasi Cholelithiasis

	Standar Operasional Prosedur Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam
Pengertian	Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan.
Tujuan	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri.
Indikasi	Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang.
Pelaksanaan	<p>PRA INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca status klien. 2. Mencuci tangan. <p>INTERAKSI</p> <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam : Memberi salam sesuai waktu 2. Memperkenalkan diri. 3. Validasi kondisi klien saat ini. <p>Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menjaga privasi klien. 5. Kontrak.

	<p>Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat dilakukannya kegiatan.</p> <p>KERJA</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas.2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam 2-3 detik lalu hembuskan lewat mulut selama 5-10 detik sehingga rongga paru berisi udara.4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju ke paru-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh.7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-
--	--

	<p>ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya.</p> <p>8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi.</p> <p>9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri.</p> <p>10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit</p> <p>TERMINASI</p> <p>1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini.</p> <p>2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan.</p> <p>3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam.</p> <p>4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya</p> <p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan.</p> <p>2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan.</p>
--	---

Poter & Perry (2010)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber subjektif dan sumber objektif Menurut Inayah (2014).

2.4.1.1 Sumber subjektif

Meliputi data yang di dapat dari klien, orang terdekat klien, atau keluarga klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian.

2.4.1.2 Sumber objektif

Data yang di dbservasi dan diukur selama proses pemeriksaan fisik. Data pengkajian yang terkumpul mencakup klien, keluarga, masyarakat, lingkungan atau kebudayaan. Proses pengumpulan data pengkajian dapat diperoleh melalui anamne, Sebagai berikut :

a. Aktivitas/istirahat

Gejala : Kelemahan.

Tanda : Gelisah.

b. Sirkulasi

Tanda : Takikardia, berkeringat.

c. Eliminasi

Gejala : Perubahan warna urine dan feses.

Tanda : Distensi abdomen. Teraba massa pada kuadran kanan atas.

d. Makanan/cairan

Gejala : Anoreksia, mual/muntah. Tidak toleran terhadap lemak dan makanan “pembentuk gas”, regurgitasi berulang, nyeri, epigastrium, tidak dapat makan, flatus dyspepsia, Bertahak

Tanda : Kegemukan, adanya penurunan berat badan.

e. Nyeri/kenyamanan

Gejala : Kolik epigastrium tengah sehubungan dengan makan. Nyeri abdomen atas berat, dapat menyebar ke punggung atau bahu kanan. Nyeri mulai tiba-tiba dan biasanya memuncak dalam 30 menit.

Tanda : Nyeri lepas, otot tegang atau kaku bila kuadran kanan atas ditekan : tanda murphy positif.

No	Skala	Kriteria
1	0	Tidak Nyeri
2	1-3	Nyeri Ringan
3	4-6	Nyeri Sedang
4	7-9	Nyeri berat terkontrol
5	10	Nyeri berat tidak terkontrol

Sumber: Mubarak, wahit iqbal (2017) *ilmu keperawatan dasar*, Jakarta

f. Pernapasan

Tanda : Peningkatan frekuensi pernafasan. Pernafasan tertekan ditandai oleh nafas pendek, dangkal.

g. Keamanan

Tanda: Demam, menggigil, Ikterik dengan kulit berkeringat dan gatal (pruritus). Kecenderungan perdarahan (kekurangan vitamin K).

h. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala : Kecenderungan keluarga untuk terjadi batu empedu.

Adanya kehamilan/melahirkan, riwayat DM, penyakit inflamasi usus, diskreasias darah.

Pertimbangan rencana : Memerlukan dukungan dalam perubahan diet/penurunan berat badan.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Ada lima tipe diagnosa, yaitu aktual, risiko, kemungkinan, sehat dan sindrom. Diagnosa keperawatan aktual menyajikan keadaan yang secara klinis telah divalidasi melalui batasan karakteristik mayor yang dapat diidentifikasi. Diagnosa keperawatan risiko menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. Masalah dapat timbul pada seseorang atau kelompok yang rentan dan ditunjang dengan faktor risiko yang memberikan kontribusi pada peningkatan kerentanan.

Menurut Muttaqin (2013), Diagnosa Keperawatan yang biasa muncul pada klien Cholelithiasis dan mengalami pembedahan adalah :

Masalah keperawatan pada Post operatif :

2.4.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

2.4.2.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik.

2.4.2.3 Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

2.4.2.4 Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

2.4.3 Rencana Keperawatan

Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Intervensi Post Operasi *Cholelithiasis*

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Nyeri menurun dengan kriteria hasil: SLKI : Tingkat Nyeri(L.12111) 1.kemampuan menuntaskan aktivitas Meningkat(5) 2.keluhan nyeri Menurun(5) 3.meringis Menurun(5) 4.gelisah Menurun(5)	SIKI : Manajemen Nyeri(I.08238) Observasi 1.Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.Identifikasi skala nyeri 3.Identifikasi nyeri non verbal Terapeutik 1.Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik relaksasi napas dalam. 2.Fasilitas istirahat dan tidur 3.Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1.Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2.jelaskan strategi meredakan nyeri 3.Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi 1.Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>

2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Ketidakbugaran fisik	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobilitas Fisik meningkat dengan kriteria hasil : SLKI : Mobilitas fisik (L.05042) 1.Kecemasan Menurun(5) 2.Gerakan terbatas Menurun(5) 3.Kelemahan fisik Menurun(5)	SIKI : Dukungan Mobilisasi(I.05173) Observasi 1.Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2.Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1.Fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 2.Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1.Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2.Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3.Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan(mis. Duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil : SLKI : Status cairan (L.03028) 1.Perasaan lemah Menurun(5) 2.Frekuensi nadi	SIKI : Manajemen hipovolemia (I.03116) Observasi 1.Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1.Hitung kebutuhan cairan 2.Berikan posisi modified trendeleburg 3.Berikan asupan cairan oral Edukasi 1.Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

		<p>Membaik(5) 3.Tekanan darah Membaik(5)</p>	<p>2.Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis(mis, NaCL, RL) 2.Kolaborasi pemberian cairan hipotonis(mis, glukosa 2,5%, NaCL) 3.Kolaborasi pemberian koloid(mis, albumin, Plasmanata)
4	<p>Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Gelisah Menurun(5) 2.Pola tidur Membaik(5) 3.Aktivitas sosial Membaik(5) 	<p>SIKI : Pencegahan infeksi(I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Berikan perawatan kulit pada area edema 2.Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3.Pertahankan teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2.Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3.Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4.Anjurkan meningkatkan asupan cairan

2.4.4 Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di tujukan pada rencana strategi untuk membantu mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh sebab itu, rencana tindakan yang spesifik di laksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan. Tujuan dari implementasi adalah membantu dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Harahap, 2019).

3.3.5 Evaluasi

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Harahap, 2019)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain/Rancangan Studi Kasus

Desain penelitian ini adalah Studi Kasus. Studi kasus yang akan dilaksanakan menggunakan asuhan keperawatan yang secara umum akan menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Cholethiasis dengan masalah luka post op Cholethiasis Di RSUD Rejang Lebong Gambaran penelitian ini meliputi data pengkajian, perencanaan(Nursing Care Plane) tersajikan dalam bentuk naratif, Tindakan menggambarkan pelayan asuhan keperawatan dengan menerapkan evidence based prattice salah satu hasil penelitian dan evaluasi disajikan dalam catatan perkembangan (Nursing progress) menggambarkan perkembangan klien sejak dilakukan asuhan keperawatn hingga akhir melakukan asuhan keperawatan.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan ini yaitu:

- 3.2.1 Klien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan.
- 3.2.2 Klien yang dirawat diruang perawatan bedah (Anggrek).
- 3.2.3 Klien sadar penuh dengan kesadarn composmentis.
- 3.2.4 Klien dengan skala nyeri sedang yaitu dengan skala 4-6.

3.3 Fokus Studi Kasus

Fokus dalam studi kasus ini adalah menggambarkan pemenuhan Relaksasi Nafas Dalam untuk membantu mengurangi skala nyeri pada pasien Post Op Cholelithiasis diruang Anggrek RSUD Rejang Lebong.

3.4 Definisi Operasional

3.4.1 Pasien Post Op Cholelithiasis

Pasien Post Op Cholelithiasis adalah pasien yang telah dilakukan tindakan operasi pembedahan dirawat diruang Anggrek RSUD Rejang Lebong.

3.4.2 Relaksasi Napas Dalam merupakan tindakan distraksi atau pengalihan yang dilakukan dengan tujuan agar terjadi pengalihan nyeri serta pasien dapat beradaptasi terhadap nyeri.

3.4.3 Nyeri adalah sensasi tidak menyenangkan yang dirasakan setelah tindakan operasi sebagai bentuk efek anestesi setelah pembedahan.

3.5 Tempat dan Waktu Studi Kasus

3.5.1 Tempat pengambilan kasus di RSUD Kabupaten Rejang Lebong di Ruang Anggrek.

3.5.2 Waktu pelaksanaan pembuatan proporsal dimulai dari bulan desember dan laporan akhir bulan juni.

3.6 Pengumpulan Data

Sebelum melakukan pengumpulan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulandata agar dapat memperkuat hasil penelitian . Bukti atau data untuk

keperluan studi kasus bisa berasal dari sumber, yaitu : Wawancara, Observasi dan pemeriksaan fisik, Dokumentasi.

3.6.1 Wawancara

Wawancara adalah Teknik pengumpulan data antara peneliti dan klien, tujuan dari wawancara adalah mendengarkan serta meningkatkan kesejahteraan klien melalui bina hubungan saling percaya dan saling support. Teknik ini digunakan untuk mendapatkan informasi keluhan/masalah utama klien dan riwayat penyakit saat ini.

3.6.2 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi adalah kegiatan yang melibatkan seluruh kekuatan indera seperti penglihatan, pendengaran,perasa,sentuhan,dan cita rasa berdasarkan fakta-fakta peristiwa empiris.

Pemeriksaan Fisik merupakan proses pemeriksaan tubuh klien bertujuan untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan klien. Pemeriksaan Fisik dapat dilakukan dengan cara melihat

3.6.3 Dokumentasi

Studi dokumentasi dan angket hasil dari pemeriksaan diagnostic dan data lain yang relevan.

3.7 Penyajian Data

Setelah mengumpulkan data melalui observasi,wawancara,dan studi dokumentasi selanjutnya melakukan analisis data. Analisis data dilakukan sejak peneliti dilahan penelitian, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data

terkumpul. Teknik analisis dapat dilakukan dengan cara mengumpulkan jawaban-jawaban dari peneliti yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Kemudian dengan cara observasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya dikumpulkan oleh peneliti.

3.8 Etika Penelitian

Peneliti akan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi responden/klien dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Terdapat 7 prinsip etik keperawatan yaitu yaitu;

3.8.1 Otonomi (menghormati hak pasien)

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Praktek profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya.

3.8.2 Non malficience (tidak merugikan pasien)

Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pada klien.

3..8.3 Beneficience (melakukan yang terbaik bagi pasien)

Beneficence berarti, hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan, memerlukan pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain. Terkadang, dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dengan otonomi.

3.8.4 Justice (bersikap adil kepada semua pasien)

Prinsip keadilan dibutuhkan untuk terpai yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam praktek profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktek dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

3.8.5 Veracity (jujur kepada pasien dan keluarga)

Prinsip veracity berarti penuh dengan kebenaran. Nilai ini diperlukan oleh pemberi pelayanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap klien dan untuk meyakinkan bahwa klien sangat mengerti. Prinsip veracity berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus ada agar menjadi akurat, komprehensif, dan objektif untuk memfasilitasi pemahaman dan penerimaan materi yang ada, dan mengatakan yang sebenarnya kepada klien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan. Walaupun demikian, terdapat beberapa argument mengatakan adanya batasan untuk kejujuran seperti jika kebenaran akan kesalahan prognosis klien untuk pemulihan atau adanya hubungan paternalistik bahwa "doctors knows best" sebab individu memiliki otonomi,

mereka memiliki hak untuk mendapatkan informasi penuh tentang kondisinya. Kebenaran merupakan dasar dalam membangun hubungan saling percaya.

3.8.6 Fidelity (selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga)

Prinsip fidelity dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitmennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien. Ketaatan, kesetiaan, adalah kewajiban seseorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Kesetiaan, menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan.

3.8.7 Confidentiality (mampu menjaga rahasia pasien).

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi klien. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Tidak ada seorangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh klien dengan bukti persetujuan. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang klien dengan tenaga kesehatan lain harus dihindari..

BAB IV
TINJAUAN KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.L DENGAN
POST OPERASI *CHOLELITIASIS* DIRUANGAN ANGGREK
RSUD REJANG LEBONG TAHUN 2023

4.1 Pengkajian

4.1.1 Identitas Pasien

Nama Pasien	: Ny.L
Usia	: 42 Th
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Air Meles Bawah
Status Perkawinan	: Janda
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Indonesia
Pendidikan	: D3 Akutansi
Pekerjaan	: IRT
Tanggal Masuk RS	: 23 Juni 2023
Tanggal Pengkajian	: 24 Juni 2023
Identitas Penanggung Jawab	
Nama	: Ny.S
Usia	: 63 Th
Pendidikan	: SMA

Pekerjaan : IRT
 Agama : Islam
 Alamat : Dusun curup

4.1.2 Riwayat Keperawatan

4.1.2.1 Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan Utama MRS

Klien datang ke RSUD Rejang Lebong pukul 08.00 ke poli dengan keluhan nyeri ulu hati sejak seminggu yang lalu, klien pikir penyakit magh, klien mengatakan pergi ke klinik assalam dan di anjurkan ke RSUD Rejang Lebong. Dan saat itu klien dinyatakan mengalami batu empedu dengan hasil USG. Dan pukul 21.00 klien masuk ruang Anggrek. Klien mengatakan sebelumnya tidak mengetahui jika mengalami penyakit batu empedu, klien mengira penyakit magh dan jika nyeri klien meminum obat magh.

b. Keluhan saat ini

Post Op Cholelithiasis

Pada saat pengkajian tanggal 24 Juni 2023 pada pukul 20.30 WIB klien mengeluh nyeri perut bagian kanan atas. Klien tampak meringis. Klien mengatakan khawatir tentang operasinya walaupun klien sebelumnya pernah melakukan operasi SC.

P : Klien mengeluh nyeri perut bagian kanan atas

Q : Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat

R : dibagian perut

S : Skala nyeri 6

T : Hilang timbul

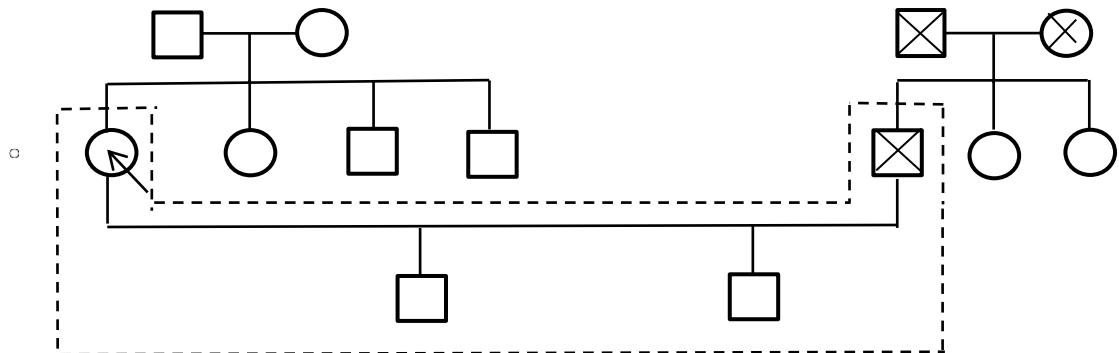
c. Keluhan Kronologis

- a) Faktor Pencetus : Klien mengatakan penyebab dari penyakit batu empedu karena makanan yang klien makan.
- b) Timbulnya Keluhan : Seminggu sebelum masuk rumah sakit.
- c) Upaya mengatasi : Klien mengatakan tidak mengetahui cara mengatasinya, sehingga klien ke RS untuk mengetahui tentang penyakitnya.

d. Riwayat Keluhan Masa Lalu :

- a) Riwayat Alergi : Tidak Ada
- b) Riwayat Kecelakaan : Tidak Ada
- c) Riwayat Dirawat di Rs : Klien mengatakan pernah menjalani operasi SC.
- d) Riwayat Operasi : Klien mengatakan pernah menjalani operasi SC dulu saat hamil anak ke 1 dan ke 2.
- e) Riwayat Pemakai Obat : Tidak Ada
- f) Riwayat Merokok : Tidak Ada.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram Dan Keterangan)



Keterangan :



f. Penyakit yang pernah di derita : Batu empedu dan Magh.

g. Riwayat Psikososial dan Spiritual :

- a) Adanya Orang terdekat : Klien dekat dengan anak dan ibunya.
- b) Interaksi dalam Keluarga :
 - (a) Pola komunikasi : Klien mengatakan berinteraksi dengan baik dengan keluarga dan orang lain.
 - (b) Pembuatan keputusan : Klien mengatakan pengambilan keputusan selalu dilakukan dengan bermusyawarah antar anggota keluarga
 - (c) Kegiatan kemasyarakatan : Klien mengatakan bersosialisasi dengan orang sekitarnya.

- c) Dampak penyakit klien : Keluarga menjadi cemas terhadap penyakit yang diderita oleh klien.
- d) Masalah yang mempengaruhi : Klien tidak bebas beraktivitas seperti biasanya, karena masih ada rasa nyeri di bagian perut kanan atas.
- e) Persepsi klien terhadap penyakitnya :
- (a) Hal yang sangat di pikirkan : Klien memikirkan penyakit yang Dideritanya dan takut terjadi apa-apa. Klien mengatakan berharap cepat
- (b) Harapan telah menjalani : sembuh dan cepat pulang ke rumah. Klien mengatakan memutuskan untuk
- (c) Perubahan yang dirasakan: tidak memakan makanan yang dapat setelah sakit menyebabkan batu empedu lagi .
- f) Sistem Nilai Kepercayaan : Klien sering melakukan shalat 5 waktu. Keluarga selalu berdoa dan yakin kepada Allah bahwa penyakit yang di deritanya akan sembuh.

h. Pola Kebiasaan Sehari – Hari

Tabel 4.1 Pola kebiasaan sehari – hari

No	Hal Yang Dikaji	Pola Kebiasaan	
		Sebelum sakit	Setelah sakit
1.	Pola Nutrisi : 1) Frekuensi makan : 2) Nafsu makan Baik/tidak : 3) Porsi makan yang dihabiskan : 4) Makan yang tidak disukai : 5) Makanan yang membuat alergi: 6) Makanan Pantangan : 7) Penggunaan obat-obatan sebelum makan : 8) Penggunaan alat bantu (NGT, dll) :	3x/hari Nafsu makan baik 1 Porsi Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada	1x/hari Nafsu menurun 2 sendok Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada
2.	Pola Eliminasi 1) BAK: (1) Frekuensi : (2) Warna : (3) Keluhan : (4) Penggunaan Alat Bantu (kateter, dll) : 2) BAB: (1) Frekuensi : (2) Waktu : (3) Warna: (4) Konsistensi : (5) Keluhan : (6) Penggunaan Laxatif :	6 kali Jernih Tidak ada Tidak ada 1 kali Pagi Kuning Lembut Tidak ada Tidak ada	2 kali Jernih Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada
3.	Pola Personal Hygiene 1) Mandi (1) Frekuensi : (2) Waktu : 2) Oral Hygiene (1) Frekuensi : (2) Waktu : 3) Cuci Rambut (1) Frekuensi : (2) Waktu :	2 kali Pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore 2 kali Pagi hari	Belum ada Belum ada 1 kali Pagi Belum ada Belum ada
4.	Pola Istirahat dan Tidur 1) Lama Tidur Siang :	± 2 Jam	± 1 Jam

	2) Lama Tidur Malam :	± 7 Jam	± 8
	3) Kebiasaan sebelum tidur :	Bermain handphone	Bermain handphone
5.	Kebiasaan mempengaruhi Kesehatan		
	1) Merokok: Ya/tidak	Tidak ada	Tidak ada
	(1) Frekuensi	Tidak ada	Tidak ada
	(2) Jumlah		
	2) Minuman Keras: ya/tidak	Tidak Ada	Tidak Ada
	(1) Frekuensi	Tidak Ada	Tidak Ada
	(2) Jumlah		
	3) Lama Pemakaian		

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

4.1.3.1 Pemeriksaan Umum :

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Tingkat Kesadaran : Compos Mentis
- c. Glasgow Coma Scale (GCS) : E4 V5 M6, Total : 15
- d. Berat Badan : 59kg
- e. Tinggi Badan : 152cm

Table 4.2 Tanda-Tanda Vital

	<i>Post OP Cholelithiasis</i>
Tekanan Darah	110/60mmHg
Pernafasan	22x/m
Nadi	76x/m
Suhu	36,5 °C
Urine	1x/hari

Tabel 4.3 Pemeriksaa Fisik

Pemeriksaan Fisik	<i>Post Op Cholelitis</i>								
Mata	Tidak ada edema, konjungtiva ananemis, sclera ikterik, pupil isokor								
Hidung	Tidak dapat kelainan, Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembesaran polip, dan fungsi penciuman baik.								
Telinga	Bentuk telinga simetris, keadaan telinga klien bersih, tidak terdapat kelainan di telinga klien, dan tidak terdapat cairan								
Mulut	Mukosa bibir sedikit kering, tidak ada sianosis dan mulut bersih.								
Leher	Tidak ada pembekakan kelenjar tiroid dan vena jugularis.								
Dada	Dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi nafas 22x/m								
Cardiovaskuler	Inspeksi : simetris, tidak ada luka bekas oprasi Palpasi : tidak ada nyeri tekan Perkusi : sonor. Auskultasi : tidak ada bunyi tambahan.								
Sistem Saraf Pusat	Pasien mengantakan tidak ada keluhan sakit kepala, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, tidak ada gangguan sistem persarafan								
Abdomen	Inspeksi : ada bekas operasi,dengan panjang ± 13 cm, perlukan baik, terdapat darah, luka basah, simetris. Palpasi : ada nyeri di bagian operasi, . Auskultasi : Bising usus normal 12 x/menit. Perkusi : Timpani								
Genetalia	Tidak ada kelainan.								
Anus	Tidak ada kelainan.								
Ektremitas	Atas : terpasang infus RL 20 tpm di bagian tangan kiri dan pergerakan tangan aktif, tidak terdapat oedema Bawah : tidak ada oedema, tidak terdapat luka, kekuatan otot baik, pergerakan ekstremitas bawah baik. Kekuatan otot : <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-top: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">5</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table>	5	5	5	5	5	5	5	5
5	5								
5	5								
5	5								
5	5								

4.1.4 Data Penunjang

Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Laboratorium, tanggal 25 Mei 2023

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
1	2	3	5
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	12,1	g/dL	W: 11,7 -15,5 L : 13,2 - 17,3
Jumlah Lekosit	7.200	uL	W : 3.600 – 11.000 L : 3.800 – 10.600
Jumlah Eritrosit	4,19	juta/uL	W : 3,8 – 5,2 L : 4,4 – 5,9
Jumlah Trombosit	189.000	uL	150.00 – 440.000
Laju Endap Darah (LED)	15	Mm	W : 0 -20 L : 0-10
Diff Count :			
Basofil	0	%	0 – 1
Eosinofil	7	%	1 -4
Neutrofil Batang	0	%	2 – 6
Neutrofil Segmen	65	%	50 – 70
Limfosit	25	%	20 – 40
Monosit	3	%	2 – 8
Hematrokit	36	%	W : 35 – 47 L : 40 -52
MCV	86	fL	80 - 100
MCH	29	Pg	26 – 34
MCHC	34	g/dL	32 – 36

4.1.5 Penatalaksanaan

Tabel 4.5 Penatalaksanaan (Pemberian Obat)

Hari / Tanggal	Nama Obat	Dosis Obat
Sabtu, 24 Juni 2023	Infus RL Ceftriaxone Ketorolac Ranitidin	20 tetes/menit 2x1gr 3x30mg 2x50mg
Minggu, 25 Juni 2023	Infus RL Ceftriaxone Ketorolac Ranitidin	20 tetes/menit 2x1 gr 3x30mg 2x50mg
Senin, 26 Juni 2023	Infus futrolit Ceftriaxone Ketorolac Ranitidin	20 tetes/menit 2x1 gr 3x30 mg 2x50 mg

4.1 6 Analisa Data

Post Op Cholelithiasis

Nama : Ny.L

Ruangan : R.I Anggrek

Umur : 42th

No.RM : 247416

Tabel 4.6 Analisa Data *Post Op Cholelithiasis*

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri pada bagian perut kanan atas - Klien mengatakan nyeri saat bergerak. <p>Do.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien tampak protektif - P :Klien mengeluh nyeri perut bagian kanan atas. Q : Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat. R : Pada bagian perut S : Skala nyeri 6 T : Hilang timbul - TTV TD : 110/60mmHg RR : 22x/m N : 76x/m S : 36,2 °C 	<p>Agen Pecendera Fisik</p>	<p>Nyeri Akut (D.077)</p>
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan terdapat luka operasi di perut kanan atas. - Klien mengeluh nyeri pada bagian post op. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka post operasi pada bagian perut kanan atas - Terdapat luka dengan panjang 13cm dengan jahitan subkutis. 	<p>Penurunan mobilitas</p>	<p>Gangguan Integritas kulit (D.0192)</p>

3.	DS : - Klien mengatakan nyeri pada luka operasi DO : - Ada jahitan subkutis pada luka operasi - Luka tampak kemerahan - Ada kassa menempel untuk menutup luka	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi (D.0142)
----	--	-----------------------	-------------------------

4.2 Diagnosa Keperawatan

Post Op Cholelithiasis

Nama : Ny.L

Ruangan : R.I Anggrek

Umur : 42th

No.RM : 247416

Tabel 4.7 Diagnosa *Post Op Cholelithiasis*

No	Ditemukan	Teratasi	Diagnosa Keperawatan
1.	24 Juni 2023	26 Juni 2023	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) (D.0077).
2.	24 Juni 2023	26 Juni 2023	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas(D.0192)
3.	24 Juni 2023	26 Juni 2023	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive(D.0142).

4.3 Intervensi

Tabel 4.8 *Post Op Cholelithiasis*

Nama : Ny.L

Ruangan : R.I Anggrek

Umur : 42th
: 247416

No.RM

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pecendera fisik.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil SLKI : Tingkat Nyeri (L.12111) 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5) 2. Keluhan nyeri menurun (5) 3. Meringis menurun (5) 4. Gelisah menurun(5)	SIKI : Manajemen nyeri I.08238 <i>Observasi</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi nyeri non verbal <i>Terapeutik</i> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam) 2. Fasilitas istirahat dan tidur 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Penurunan mobilitas.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : SLKI : Integritas kulit dan jaringan(L.14125) 1.kerusakan jaringan Menurun(5) 2.Nyeri menurun(5) 3.kemerahan menurun(5) .	SIKI : Perawatan luka(I.14564) <i>Observasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka(mis. Drainse, warna, ukuran, bau). 2. Monitor tanda-tanda infeksi. <i>Terapeutik</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl, sesuai Kebutuhan. 3. Pasang balutan sesuai jenis luka. 4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. 5. Ganti balutan sesuai jumlah drainase.
3	Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive.	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1.Kebersihan badan meningkat(5) 2.Kemerahan menurun (5) 3.Nyeri menurun(5)	SLKI : Pencegahan infeksi (I.14539) <i>Observasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. <i>Terapeutik</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. <i>Edukasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 3. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi <i>Kolaborasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4.4 Implementasi

Nama : Ny.L

Ruangan : R.I Anggrek

Umur : 42th

No.RM : 247416

Tabel 4.9 *Post Op Cholelithiasis* hari ke 1

Tanggal	No Dx	Jam/Waktu	Implementasi	Paraf
Sabtu, 24 Juni 2023	1	20.20 WIB	.Menanyakan keluhan klien. R: klien mengatakan nyeri pada bagian post operasi Memonitor karakteristik luka. R: Tampak luka pada abdomen bagian kanan atas.	Sherly
		21.00 WIB	Menanyakan skala nyeri R: klien mengatakan 6	
		23.00 WIB	Memberikan ketorolac melalui infus dengan dosis 30mg. R: Tidak terdapat alergi pada obat setelah injeksi.	
		05.30 WIB	Memberikan ranitidine melalui infus dengan dosis 50mg. R: Tidak terdapat alergi pada obat setelah injeksi.	
		06.27 WIB	Memfasilitasi istirahat dan tidur. R: Klien mengatakan istirahatnya cukup tidur malam dan siang. Memeriksa TTV	

			<p>R: TD: 110/60mmhg RR : 22x/m</p> <p>HR: 76x/m T : 36,5C</p> <p>Mengajarkan mobilisasi dini miring kanan miring kiri kepada klien.</p> <p>R: Klien tampak memperhatikan dan klien melakukan secara pelan-pelan.</p> <p>Menanyakan skala nyeri kepada klien sebelum melakukan terapi relaksasi nafas dalam.</p> <p>R : Klien mengatakan nyeri luka operasi yaitu 6</p> <p>Melakukan TTV sebelum di lakukan terapi.</p> <p>R : TD : 100/70mmHg RR : 20x/m</p> <p>HR : 68x/m S : 36,5C</p> <p>Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri(teknik relaksasi napas dalam) selama 5 menit kepada klien.</p> <p>R: Klien melihat dan mengikuti arahan cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang di ajarkan oleh perawat dan dapat mengulanginya</p> <p>Menanyakan kembali skala nyeri kepada klien setelah terapi dilaksanakan</p> <p>R : Klien mengatakan nyeri nya sudah berkurang menjadi 5 setelah</p>	
--	--	--	--	--

			<p>dilaksanakan terapi.</p> <p>Melakukan TTV setelah dilakukannya terapi.</p> <p>R : TD : 110/60mmHg RR : 22x/m HR : 76x/m S : 36,5C</p> <p>Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>R: Klien memperhatikan yang di jelaskan perawat.</p> <p>Menjelaska strategi meredakan nyeri.</p> <p>R: Klien mengerti dengan yang dijelaskan perawat cara meredakan nyeri yaitu dengan relaksasi napas dalam.</p>	
--	--	--	--	--

Nama : Ny.L Ruangan :R.I Anggrek
 Umur : 42th No.RM :247416

Tabel 4.10 *Post Op Cholelithiasis* hari ke 2

Tanggal	No Dx	Jam/Waktu	Implementasi	Paraf
Minggu, 25 Juni 2023	1	14.15 WIB	Mengidentifikasi skala nyeri R: Klien mengatakan 5	Sherly
	2	14.20 WIB	Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. R: Klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi jika klien merasakan nyeri klien menggunakan relaksasi napas dalam secara mandiri.	
		3	15.20 WIB	
	3	16.10 WIB	R : Klien tampak sudah bisa duduk dengan perlahan karena terdapat luka operasi. Memonitor tanda dan gejala infeksi pasa luka operasi	
	1	18.00 WIB 19.10 WIB	R: klien tampak meringis pada luka post operasi, terdapat cairan keluar dari luka post operasi.	

		20.00WIB	<p>Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>R: klien tampak memperhatikan yang dijelaskan oleh perawat yaitu tanda-tanda infeksi pada luka.</p> <p>Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>R: klien mengatakan makan yang di berikan dari rumah sakit dan klien sering makan buah apabila tidak ingin makan nasi.</p> <p>Memberikan ceftriaxone melalui infus dengan dosis 1gr</p> <p>R: klien mengatakan tidak terjadi alergi pada obat.</p> <p>Menanyakan skala nyeri kepada klien sebelum melakukan terapi relaksasi nafas dalam.</p> <p>R : Klien mengatakan nyeri luka operasi yaitu 5.</p> <p>Melakukan TTV sebelum dilakukan terapi.</p> <p>R : TD : 100/80mmHg RR 22Cx/m</p> <p>HR : 77x/m S : 36,3C</p> <p>Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri yaitu relaksasi napas dalam selama 10menit kepada klien.</p>	
--	--	----------	---	--

			<p>R: Klien melihat dan mengikuti arahan cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang diajarkan oleh perawat dan dapat mengulanginya serta melakukannya secara mandiri.</p> <p>Menanyakan kembali skala nyeri kepada klien setelah terapi dilaksanakan.</p> <p>R : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang menjadi 4 setelah dilakukan terapi.</p> <p>Melakukan TTV setelah dilakukan terapi.</p> <p>R: TD : 110/80mmHg HR : 84x/m RR : 20x/m T : 36,1C</p> <p>Memberikan ketorolac melalui infus dengan dosis 30mg.</p> <p>R: klien mengatakan tidak terjadi alergi pada obat.</p>	
--	--	--	---	--

Nama : Ny.L

Ruangan : R.I Anggrek

Umur : 42th

No.RM : 247416

Tabel 4.11 *Post Op Cholelithiasis* hari ke 3

Tanggal	No Dx	Jam/Waktu	Implementasi	Paraf
Senin, 27 Juni 2023	2	08.30WIB	Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan R : balutan tampak bersih dan kering serta tidak terdapa tanda Infeksi pada luka. Membersihkan dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan	Sherly
	1	09.50WIB	R: luka tampak kering dan kasa tidak telalu bamyak darah Pasang balutan sesuai jenis luka dan balutan drainase R : kasa steril di pasang sesuai kebutuhan dan panjang luka	
		12.00WIB	Post operasi Menanyakan skala nyeri kepada klien sebelum melakukan terapi relaksasi nafas dalam. R : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi yaitu 4. Melakukan TTV sebelum di lakukan terapi. R : TD : 100/70mmHg RR : 18x/m HR : 84x/m S : 36,1C Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi	

		<p>nyeri yaitu relaksasi napas dalam selama 10menit.</p> <p>R : Klien melihat dan mengikuti arahan cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang diajarkan oleh perawat dan dapat mengulanginya.</p> <p>Menanyakan kembali skala nyeri setelah dilakukan terapi</p> <p>R : Klien mengatakan nyeri nya sudah berkurang menjadi 3 setelah dilakukan terapi.</p> <p>Melakukan TTV setelah dilakukan terapi.</p> <p>R : TD : 110/80mmhg</p> <p>HR : 77x/m</p> <p>RR : 18x/m</p> <p>T : 36,3C</p> <p>Mengajarkan mobilisasi berjalan kepada klien.</p> <p>R : Klien mengatakan sudah bisa berjalan sekitar tempat tidur</p> <p>Memberikan ketorolac melalui infus dengan dosis 30mg.</p> <p>R : Klien mengatakan tidak merasakan alergi pada obat.</p> <p>Memberikan ranitidine melalui infus dengan dosis 50mg.</p> <p>R : Klien mengatakan tidak merasakan alergi pada obat.</p>	
--	--	--	--

		<p>Melakukan up infus.</p> <p>R : klien tampak tenang saat di lepaskan infus, klien.</p> <p>Memberikan edukasi tentang perawatan luka kepada klien</p> <p>R : Klien tampak memperhatikan edukasi yang di berikan dari peraawat</p> <p>Memberikan edukasi tentang relaksasi nafas dalam.</p> <p>R : Klien mengatakan akan mengulanginya dirumah karna dapat menmgurangi rasa nyeri pada luka.</p> <p>Memberikan edukasi tentang nutrisi kepada klien</p> <p>R : Klien mengatakan akan menjaga pola makannya untuk mempercepat proses penyembuhanya.</p> <p>Memberikan edukasi obat pulang.</p> <p>R : Klien mendapatkan obat pulang</p> <p>Ciprofloxacin tab 2x1</p> <p>Ketorolac tab 3x1</p> <p>Ranitidin tab 2x1</p>	
--	--	---	--

4.5 Evaluasi

Nama : Ny.L

Ruangan : R.I Anggrek

Umur : 42th

No.RM : 247416

Tabel 4.12 *Post Op Cholelithiasis* hari ke 1

No	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf																														
1	Sabtu, 24 Juni 2023	20.00 WIB	<p>S : Klien mengeluh nyeri pada bagian perut kanan atas. O : Klien meringis berkurang. P : Klien mengeluh nyeri perut di bagian kanan atas Q : Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat. R : Pada bagian perut S : Skala nyeri 6 T : Hilang timbul TTV : TD : 100/70mmHg RR : 20x/m HR : 68x/m T : 36,5C A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menuntaskan aktivitas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kemampuan menuntaskan aktivitas			√			Keluhan nyeri			√			Meringis			√			Gelisah					√	Sherly
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																													
Kemampuan menuntaskan aktivitas			√																															
Keluhan nyeri			√																															
Meringis			√																															
Gelisah					√																													
2	Sabtu, 24 Juni 2023	20.00WIB	<p>S : Klien terdapat luka post operasi pada bagian perut. O : -Klien tampak luka post op di abdomen -Terdapat luka dengan jahitan subkutis pada post op A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	Sherly																														

			Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																								
			Kerusakan jaringan			√																										
			Nyeri			√																										
			Kemerahan			√																										
3	Sabtu, 24 Juni 2023	20.00WIB	<p>S : - Klien mengatakan keluarga selalu menjaga kebersihan klien</p> <p>Dengan mencuci tangan denar.</p> <p>-Klien mengatakan terdapat selang drainase.</p> <p>O : - terdapat selang drainase dengan ±200cc cairan berwarna berwarna merah kehitaman, terdapat luka post operasi.</p> <p>-Kondisi luka tampak baik, tanda-tanda infeksi tidak terlihat.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="858 1167 1249 1406"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>						Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kebersihan badan					√	Kemerahan			√			Nyeri			√		
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
Kebersihan badan					√																											
Kemerahan			√																													
Nyeri			√																													

Nama : Ny.L

Ruangan : R.I.Anggrek

Umur : 42th

No.RM : 247416

Tabel 4.13 *Post Op Cholelithiasis* hari ke 2

No	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf																														
1	Minggu, 25 Juni 2023	14.00 WIB	<p>S : Klien mengeluh nyeri pada bagian perut kanan atas.</p> <p>O : Klien .</p> <p>P : Klien mengeluh nyeri perut di bagian kanan atas</p> <p>Q : Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat.</p> <p>R : Pada bagian perut</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>TTV : TD : 100/80mmHg</p> <p>RR : 18x/m</p> <p>HR : 77x/m</p> <p>S : 36,3C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menuntaskan aktivitas</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kemampuan menuntaskan aktivitas			√			Keluhan nyeri			√			Meringis				√		Gelisah					√	Sherly
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																													
Kemampuan menuntaskan aktivitas			√																															
Keluhan nyeri			√																															
Meringis				√																														
Gelisah					√																													

2	Minggu, 25 Juni 2023	14.00WIB	<p>S : Klien terdapat luka post operasi pada bagian perut.</p> <p>O : -Klien tampak luka post op di abdomen</p> <p>-Terdapat luka subkutis pada post op dengan panjang 13cm</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="855 689 1249 927"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kerusakan jaringan			√			Nyeri			√			Kemerahan			√			Sherly
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																							
Kerusakan jaringan			√																									
Nyeri			√																									
Kemerahan			√																									
3	Minggu, 25 Juni 2023	14.00WIB	<p>S : - Klien mengatakan keluarga selalu menjaga kebersihan klien</p> <p>Dengan mencuci tangan dengan benar.</p> <p>-Klien mengatakan terdapat selang drainase.</p> <p>O : - terdapat selang drainase dengan ±100cc cairan berwarna merah kehitaman, terdapat luka post operasi.</p> <p>-Kondisi luka tampak baik, tanda-tanda infeksi tidak terlihat.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="855 1697 1249 1935"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kebersihan badan					√	Kemerahan			√			Nyeri			√			Sherly
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																							
Kebersihan badan					√																							
Kemerahan			√																									
Nyeri			√																									

Nama : Ny.L

Ruangan : R.I.Anggrek

Umur : 42th

No.RM : 247416

Tabel 4.14 *Post Op Cholelithiasis* hari ke 3

No	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf																														
1	Senin, 26 Juni 2023	08.00 WIB	<p>S : Klien mengatakan myrti berkurang.</p> <p>O : P : Klien mengeluh nyeri perut di bagian kanan atas</p> <p>Q : Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat.</p> <p>R : Pada bagian perut</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>TTV : TD : 100/70mmHg</p> <p>RR : 20x/m</p> <p>HR : 84x/m</p> <p>S : 36,7C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menuntaskan aktivitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kemampuan menuntaskan aktivitas					√	Keluhan nyeri					√	Meringis					√	Gelisah					√	Sherly
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																													
Kemampuan menuntaskan aktivitas					√																													
Keluhan nyeri					√																													
Meringis					√																													
Gelisah					√																													
2	Senin, 26 Juni 2023	08.00WIB	<p>S : Klien terdapat luka post operasi pada bagian perut.</p> <p>O : -Klien tampak luka post op di abdomen</p>																															

			<p>- Terdapat luka dengan jahitan subkutis pada post op</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kerusakan jaringan					√	Nyeri					√	Kemerahan					√	
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																							
Kerusakan jaringan					√																							
Nyeri					√																							
Kemerahan					√																							
3	Senin, 26 Juni 2023	08.00WIB	<p>S : - Klien mengatakan keluarga selalu menjaga kebersihan klien</p> <p>Dengan mencuci tangan dengan benar.</p> <p>-Klien mengatakan terdapat selang drainase.</p> <p>O : - terdapat selang drainase dengan ±20cc cairan berwarna merah kehitaman, terdapat luka post operasi.</p> <p>-Kondisi luka tampak baik, tanda-tanda infeksi tidak terlihat..</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kebersihan badan					√	Kemerahan					√	Nyeri					√	
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																							
Kebersihan badan					√																							
Kemerahan					√																							
Nyeri					√																							

BAB V

PEMBAHASAN

Setelah melakukan perawatan pada Ny.L. yang terdiagnosa medis *Post Op Cholelithiasis*, penerapan asuhan keperawatan diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, analisa data, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan khususnya penerapan relaksasi napas dalam dan evaluasi keperawatan pada Ny. L yang dilaksanakan pada tanggal 24 Juni 2023 sampai dengan 26 Juni 2023, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah. Maka peneliti akan membandingkan antara teori dan praktik setelah hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.L dengan *Post Op Cholelithiasis* di ruang Angrek RSUD Rejang Lebong sebagai berikut :

5.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses awal dari inti keperawatan. Studi serta teori yang termasuk dalam tinjauan pustaka biasanya tidak berbeda dengan temuan peneliti. Pengkajian terhadap Ny. L dengan penyakit *Post Op Cholelithiasis* dilakukan pada 24 Juni 2023, ketika data dikumpulkan untuk peneliti melalui wawancara dengan pasien dan keluarga, observasi pasien, termasuk pemeriksaan fisik yang dianggap lebih akurat oleh peneliti. Pengumpulan data ini didukung pula dengan catatan keperawatan, grafik pasien dan hasil studi pendukung digunakan untuk mendapatkan informasi yang diperlukan.

Setelah melakukan pemeriksaan didapatkan hasil yaitu tingkat kesadaran klien pada saat diperiksa *composmentis* serta keadaan umum klien baik, tekanan darah 110/60mmHg, *heartrate*:76x/m, pernapasan 22x/m dan suhu 36,5C, pada bagian post operasi, peneliti juga mendapati klien tampak gelisah, meringis, terdapat luka post operasi 13cm, serta terdapat cairan darah pada luka post operasi klien, peneliti mengambil diagnose nyeri akut dan ingin melakukan relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri ini pada pasien. Secara teori warna urin atau feses dikatakan akan berubah, namun setelah dikaji dan dievaluasi tidak ada perubahan pada feses atau urin klien.

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh, penulis dapat menetapkan diagnosis keperawatan yang sesuai dengan situasi dan kondisi klien. Hal ini telah disesuaikan dengan tanda dan gejala teori *Post Op Cholelitis*. Hanya pasien tidak mengalami reaksi alergi dan demam.

Batu kantung empedu merupakan gabungan beberapa unsur yang membentuk suatu material mirip batu yang terbentuk didalam kantung empedu. *Cholelitis* biasanya terbentuk dalam kandung empedu dari unsur unsur padat yang membentuk cairan empedu, batu empedu memiliki ukuran bentuk dan komposisi yang sangat bervariasi (Nuari,2015).

Menurut (Doenges,2000) pengkajian: didapatkan data dasar tentang status terkini pasien sebagai pembandingan dengan status yang kini sedang dialami. Termasuk riwayat sakit perut atau rasa tidak nyaman dan berkeringat. Lakukan pengkajian fisik secara lengkap, karena pengkajian ini penting untuk mendeteksi komplikasi dan perubahan kondisi pasien.

Gender pasien sebagai perempuan yang menjadi faktor risiko pada Ny. L, kemudian data-data penunjang yakni melakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) ditemukan batu empedu pada pasien, hepar tidak mengalami pembesaran serta intensitas gemaparenkim terbilang normal. Kondisi kedua ginjal besar dan konturnya normal, kondisi vesica urinary terlihat normal. Penyesuaian teori serta data-data yang ada pada pasien telah ditemukan dan tidak terjadi kendala, namun muncul reaksi alergi serta demam pada Ny. L.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori pada saat menegakan diagnose yang mungkin timbul pada pasien *Post Op Cholelithiasis* yaitu (SDKI DPP PPNI 2017):

5.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

5.2.2 Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.

5.2.3 Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif.

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ada pada pasien *Post Op. Cholelithiasis*, yakni (SDKI DPP PPNI 2017), ada 3 diagnosa keperawatan baik itu secara teoritis serta menyesuaikan kondisi yang dirasakan pasien. Berikut beberapa diagnosa yang diberikan atas kesesuaian kondisi pasien yang telah ditemui oleh peneliti di lapangan;

Nyeri akut berhubungan dengan penyebab luka fisik, diagnosis ini penulis angkat karena selama penelitian didapatkan data keluhan pasien tentang nyeri luka pasca

operasi, skala nyeri 6, nyeri pada bagian bagian *Post Op Cholelithiasis* terasa seperti tersayat-sayat waktu bergerak 2 menit.

Kerusakan integritas kulit jaringan yang berhubungan dengan gangguan mobilitas. Peneliti menganggap diagnosis ini perlu karena adanya tanda dan gejala yang menunjukkan adanya gangguan integritas kulit yaitu nyeri, luka pasca operasi sepanjang 13 cm. Cairan berupa darah keluar dari luka. Oleh karena itu diperlukan mengevaluasi informasi tersebut sebagaimana data yang telah disebutkan. Oleh karena itu penulis mengangkat diagnosis penurunan integritas kulit terkait dengan kecacatan mobilitas.

Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, diagnosa ini diangkat karena klien terdapat luka post operasi yang dapat menimbulkan terjadinya infeksi pada luka post operasi.

5.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Langkah selanjutnya adalah intervensi keperawatan, ini dilakukan setelah pengkajian, analisa data, serta perumusan diagnosa keperawatan. Intervensi keperawatan inilah yang menentukan atau sebagai indikator keberhasilan dalam mencapai asuhan keperawatan.

Tidak semua rencana keperawatan yang ada di Laporan Pendahuluan akan tulis angkat untuk rencana asuhan keperawatan. Ini dilakukan karena peneliti menyesuaikan kondisi klien yang terlibat dan keterbatasan kami sebagai mahasiswa sehingga hanya mengikuti prosedur yang telah diatur oleh Rumah Sakit.

5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah wujud perencanaan keperawatan yang disusun dan dilaksanakan oleh penulis. Implementasi keperawatana ini bekerja sama dengan kepala dan perawat ruangan, dokter yang bertugas, klien dan keluarganya.

Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan ini, peneliti memerlukan satu shift di settiap harinya untuk melakukan tindakan keperawatan ini. Ketika peneliti sedang tidak ada diruangan, peneliti mengilas balik perkembangan klien dengan menganalisa catatan perkembangan klien dari catatan ruangan, catatan dokter, hingga bertanya pada perawat yang jaga.

Pada pelaksanaannya, peneliti bertindak keperawatan berupa diagnosa nyeri akut. Peneliti menindak keperawatan monitor skala nyeri dan monitor tanda-tanda vital. Pada diagnosis ini, peneliti mengambil tindakan terapi relaksasi napas untuk meredakan nyeri dan mempercepat proses penyembuhan. Pada saat *Post Op Cholelithiasis*, klien mengeluh nyeri. Perawat ruangan memberikan dukungan untuk segera mengambil tindakan tersebut. Ditambah lagi peneliti juga menjelaskan prosedur dan manfaat tindakan relaksasi napas dalam kepada keluarga klien, dan keluarga klien mendukung atas tindakan tersbeut.

Peneliti telah melakukan asuhan keperawatan dengan tindakan teknik relaksasi sebanyak 3 kali dalam 3 hari, yakni saat bertugas dimalam hari. Pada tanggal 24 Juni 2023, tepatnya dihari pertama pasien menglami nyeri akibat luka post operasi dengan skala 6 jadi penulis melakukan tindakan relaksasi napas

dalam. pada hari ke 2 jam 19.00 sif sore dan pada hari ke 3 jam 09.50 melakukan relaksasi napas dalam pada Ny.L. relaksasi napas dalam di lakukan satu kali perhari dinas, hasil dari tindakan relaksasi napas dalam dilaporkan oleh peneliti dilanjutkan dengan temuan TTV. Pada hari kedua, penulis dinas sore 25.06.2023 TTV dengan Ny. L, nyeri pada luka pasca operasi. Penulis melakukan relaksasi nafas dalam di ruang inap dengan dukungan perawat, dan atas persetujuan keluarga, peneliti sudah melakukannya sesuai SOP. didapatkan hasil evaluasi Ny.L nyeri sudah mulai berkurang. Dihari ketiga tanggal 26 Juni 2023 penulis memonitor ttv kembali pada pukul 09.50 klien masih kesakitan tetapi tidak terlalu banyak, setelah itu penulis melakukan relaksasi nafas dalam lagi dan pada hari ketiga perawat ruangan dan keluarga membantu secara kooperatif. Hasil evaluasi didapatkan dari tindakan relaksasi nafas dalam yaitu rasa nyeri yang berkurang. Klien disarankan untuk kembali kerumah untuk melakukan rawat jalan dengan polikontrol pada tanggal 3 Juli 2023. Namun sebelumnya peneliti memberikan pelatihan relaksasi nafas dalam, nutrisi yang diperlukan dan rekomendasi untuk mengikuti politerapi. Upaya tindakan relaksasi napas dalam yang diterapkan pada Ny.L keluarga sudah sangat kooperatif. Keluarga klien juga mendengarkan arahan penulis tentang cara mengurangi nyeri jika sudah pulang nanti.

Setelah klien terdiagnosa nyeri akut, peneliti melakukan tindakan keperawatan kepada klien dengan mengidentifikasi rasa nyeri tersebut. Peneliti menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi napas sebagai upaya mengurangi

rasa nyeri. Sebagai bukti penelitian, penulis mendokumentasikan hal tersebut sebagai bukti catatan perkembangan kondisi klien.

Pada tanggal 26 Juni 2023 Ny. L diberikan izin oleh dokter untuk pulang kerumah pada pukul 12.00. Kemudian peneliti melepaskan infus pasien, sedangkan kartu kontrol diberikan oleh perawat ruangan untuk pasien ke Poli Bedah RSUD Rejang Lebong.

5.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap akhir proses keperawatan, evaluasi ini bertujuan untuk mengukur tingkat keberhasilan keperawatan dalam upaya memenuhi kebutuhan pasien. Saat pelaksanaan evaluasi, peneliti tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktik yang telah dilakukan. Hal ini terbukti dengan mengatasi semuanya dengan metode Subyektif, Obyektif, Analisa, dan Planning (SOAP). Evaluasi keperawatan ini telah terbagi menjadi dua, yakni evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi sudah sesuai dengan teori yang penulis susun dalam bentuk SOAP. Evaluasi yang didapatkan diantaranya: Nyeri menurun, integritas kulit membaik, dan resiko infeksi tidak ditemukan pada luka post operasi. Peneliti menyimpulkan, semua permasalahan dapat teratasi dengan baik. Yang harus dilakukan adalah kontrol setiap saat untuk membaca perkembangan kesehatan pasien waktu demi waktu. Pemberian pendidikan kesehatan (penkes) pada pasien sebelum pulang pun sudah penulis berikan sebagai upaya untuk pengurangan rasa nyeri, pemberian penkes ini juga dapat dilakukan pasien secara mandiri dirumah. Penkes ini berisikan tentang

informasi lebih lanjut untuk dilakukan pasien rawat jalan *post* operasi *Cholelithiasis*.

Terkhusus Nyeri akut setelah dilakukan relaksasi napas dalam nyeri berkurang hal ini menunjukkan bahwasanya relaksasi napas dalam dapat berpengaruh dalam proses meredakan nyeri pada luka post operasi *Cholelithiasis*. Ini berhubungan dengan penelitian oleh Siti Ummu pada 2020, mengenai efektifitas relaksasi napas dalam yang diterapkan ke pasien *Post* operasi *Cholelithiasis*. Relaksasi napas ini juga berpengaruh secara signifikan dengan proses untuk mengurangi nyeri terhadap luka *pasca*-operasi.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.L dengan *Post Op Cholelithiasis* diruangan Angrek RSUD Rejang Lebong yang dilakukan mulai tanggal 24 Juni 2023 smpai dengan 26 Juni 2023, maka dapat di simpulkan.

6.1.1 Pengkajian

Pengkajian yang di dapatkan pada Ny.L adalah saat melakukan pengkajian sesuai dengan teori yaitu ditemukan data tentang nyeri meningkat di daerah luka operasi jika bergerak, adanya bekas luka operasi di abdomen kanan atas horizontal, klien sulit melakukan pergerakan serta aktivitas klien terganggu dan terdapat luka sepanjang 13cm dengan jahitan subkutis.

Pada pemeriksaan keadaan sekarang pasien mengatakan sudah membaik, pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, klien sudah bisa mobilitas dini, klien juga mengatakan sudah tidak takut lagi untuk bergerak, klien mengatakan sudah bisa berjalan secara mandiri ke toilet, tetapi klien mengatakan nyeri kadang masih muncul jika terlalu banyak bergerak. Pada luka klien juga sudah kering tanpa cairan yang keluar dari luka operasi.

6.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang ditemukan dengan kasus *Post Op Cholelithiasis* pada Ny.L yaitu:

6.1.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

6.1.2.2 Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.

6.1.2.3 Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive.

6.1.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan intervensi yang dilakukan setelah merumuskan diagnose keperawatan langkah berikutnya merumuskan rencana keperawatan berdasarkan diagnose keperawatan ditunjukkan untuk meredakan nyeri, integritas kulit membaik dan resiko infeksi tidak ditemukan, klien dan keluarga mematuhi apa yang telah di rencanakan dan melaksanakan anjuran rencana keperawatan dan pengobatan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil dalam rencana keperawatan.

6.1.4 Implementasi Keperawatan

Melaksanakan tindakan yang telah direncanakan tidak sepenuhnya penulis dapat melakukan sendiri, pemecahannya penulis bekerja sama dengan perawat ruangan dan keluarga dalam melaksanakan tindakan keperawatan ada beberapa tindakan kolaborasi sesuai dengan intervensi yaitu kolaborasi dengan perawat ruangan dan kolaborasi dengan keluarga. Telah diperiksa keadaan klien pada saat mau pulang klien mengatakan sudah membaik, klien mengatakan nyeri sudah berkurang dan sudah jarang timbul, klien juga mengatakan sudah tidak takut lagi untuk bergerak, klien sudah bisa berjalan secara mandiri serta luka post operasi telah kering.

6.1.5 Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada Ny.L selama 3 hari perawatan, semua rencana tindakan telah teratasi. Klien pulang pada tanggal 26 Juni 2023 pukul 12.00 WIB, sebelum klien pulang diberikan pendidikan kesehatan seperti:

6.1.5.1 Mengarahkan klien untuk mengkonsumsi obat yang diberikan secara teratur.

6.1.5.2 Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung protein seperti telur.

6.1.5.3 Menganjurkan klien untuk kontrol ke poli pada tanggal 3 Juli 2023

6.2 Saran

Penerapan proses keperawatan pada *Post Op Cholelithiasis* penulis ingin memberikan saran-saran yang mungkin nantinya dapat berguna bagi klien khususnya dari perawat pada umumnya yaitu :

6.2.1 Klien

Bagi klien diharapkan dapat mengikuti dan bekerja sama dalam proses keperawatan sehingga terapi dan pengobatan pada klien dapat dilaksanakan dengan baik sehingga kesembuhan klien dapat tercapai dengan maksimal.

6.2.2 Rumah Sakit

Penulis mengharapkan pihak rumah sakit dapat menyediakan dan memfasilitasi apa yang dibutuhkan oleh klien untuk penyembuhan, seperti perlengkapan ADL klien seperti ruangan kamar mandi yang bersih sehingga dapat memberikan kenyamanan pada diri klien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi.

Kamar mandi yang bersih dapat menurunkan resiko jatuh pada pasien karena terpeleset.

6.2.3 Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan pada fasilitas perpustakaan agar dapat mempertahankan untuk menyediakan, melengkapi, dan memperbanyak buku-buku tentang keperawatan medical bedah khususnya *Post Op Cholelithiasis* sebagai landasan teori mahasiswa agar memperoleh pengetahuan yang lebih luas tentang keperawatan pada klien dengan berbagai macam penyakit. Fasilitasi internet diharapkan mahasiswa lebih mamfaatkan untuk keperluan pembelajaran dan pendidikan yang menyangkut tentang perkuliahan.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Nurarif, H. K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC*. (3, Ed.). Jogjakarta: Mediacion publishing.
- Arif, K., dkk. (2017). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan pre operasi terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di RSUD Kudus*, 6(2), 139–148.
- Bolat, H., & Teke, Z. (2020). Spilled gallstones found incidentally in a direct inguinal hernia sac: Report of a case. *International Journal of Surgery Case Reports*, 66, 218–220. <http://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.12.018>
- Brunner & Suddarth*. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta EGC.
- Chang, Y. R., dkk. (2013). *Changes in demographic features of gallstone disease: 30 years of surgically treated patients*. *Gut and Liver*.
- Farista&Sandi. (2015). *Karya Tulis Imiah Asuhan Keperawatan Post Operasi dengan Nyeri*. Surakarta
- Febyan., dkk. (2017). *Karakteristik Penderita Kolelitiasis Berdasarkan Faktor Resiko di Rumah Saki Umum Daerah Koja*. *J.Kedokt Meditek*, 23(63), 50-56.
- Gagola, P., dkk. (2015). *Gambaran ultrasonografi batu empedu pada pria & wanita*. *Manado : Jurnal e-Clinic (eCl)*. Vol. 3, No. 1: 428- 429. *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan*.
- Hamarno, R., Ciptaningtyas, M. D., & H, M. H. (2017). Deep Breathing Exercise (DBE) dan Tingkat Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi. *Journal of Applied Nursing (Jurnal Keperawatan Terapan)*, 3(1), 31. [https://doi.org/10.31290/jkt.v\(3\)i\(1\)y\(2017\).page:31-41](https://doi.org/10.31290/jkt.v(3)i(1)y(2017).page:31-41)
- Harahap, E. E. (2019). *Melaksanakan Evaluasi Asuhan Keperawatan Untuk Melengkapi Proses Keperawatan*.
- Heuman, D. (2017). *Gallstones (Cholelithiasis): Practice Essentials, Background, Pathophysiology*.
- Ibrahim, N. &. (2018). *dengan Manifestasi klinik Cholelithiasis*.
- Inayah, I.(2004). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Jakarta: Salema Medika.
- Lampignano, J.P. dan Kendrick,L.E. (2017). *Bontrager's Radiographic Positioning and Related Anatomy*. Ninth. StLouis: Elsevier.

- Lestari,S. (2016). *Efektifitas Antara Perawatan Luka Dengan Menggunakan Nacl 0,9% Dan Betadin Terhadap Proses Penyembuhan Luka Post Operasi*. Cirebon : Jurnal Kesehatan
- Lukaningsih & Zuyina, L. (2014). *Pengembangan Kepribadian*. Yogyakarta: Mulia Medika.
- Mubarak, Wahit iqbal. 2017. *Buku 1 Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta : Salemba Medika.
- Musbahi, A., Abdulhannan, P., Bhatti, J., Dhar, R., Rao, M., & Gopinath, B. (2019). Outcomes and risk factors of cholecystectomy in high risk patients: A CASE SERIES. *Annals of Medicine and Surgery*. <http://doi.org/10.1016/j.amsu.2019.12.003>
- Muttaqin, Arif & Kumala Sari. (2013). *Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nanda, D. (2020). Asuhan Keperawatan Aplikasi NANDA, (6), 1–7
- Ndraha, S., dkk. (2014). *Profil Kolelitiasis Pada Hail Ultrasonografi*. Jakarta: J. Kedokteran Meditok. Vol. 20, No. 53: 8-10.
- Pearce, E. (2002). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta : Penerbit Buku Gramedia.
- Potter, & Perry, A. G. 2015. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume.2*. Jakarta: EGC
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Rekam Medik RSUD Curup. (2022). *Cholelithiasis di Ruang Rawat Inap Anggrek RSUD Curup*: Rekam Medik RSUD Curup
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2018*. Jakarta: Badan dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Stinton, L., dkk. (2012). *Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer*. *Gut and Liver*, 6(2), 172–187.
- Sunarsih, R. (2016). *Kebutuhan Dasar Manusia II*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI

Uswatun, H. (2015). *Mengenal Penyakit Batu Empedu*. Bandung: *Jurnal Keluarga Sehat Sejahtera Vol. 13, No.26: 28-30*.

Wibowo, S., dkk. (2010). *Saluran empedu dan hati*. Dalam: *Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi ke 3*. Jakarta: EGC.









KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Sherly Natasya Putri
NIM : P0 0320120063
NAMA PEMBIMBING : Ns.Derison Marsinova Bakara,M.Keop
JUDUL : Asuhan Keperawatan Post Op *Cholelittasis* Dengan Implementasi Relaksasi Nafas Dalam Ruang Angrek RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 26 Desember 2022	-Lengkapi Jurnal.	
2.	Senin, 10 April 2023	-Lengkapi Dapus. -Teknik melakukan terapi pelaksanaan.	
3.	Kamis, 4 Mei 2023	-Daftar pustaka lengkapi. -Diagnosa dibuat landscape. -Gambar lebih besar dan sumber.	
4.	Jumat, 5 Mei 2023	-Gambar di perbesar. -SDKI dan SLKI di landscape.	
5.	Senin, 08 Mei 2023	-Daftar pustaka lengkapi. -Teknik penulisan.	
6.	Senin, 22 Mei 2023	-Perbaiki jurnal dan perawatan yang sesuai dengan SLKI.	

7.	Selasa, 8 Juni 2023	ACC	
8.	Senin, 3 Juli 2023	-Lengkapi data - Samakan dengan diagnose -SOP terapi samakan dengan pembahasan	
9.	Selasa, 4 Juli 2023	-Lengkapi data -Perjelaskan mengapa nyeri nya hanya berpengaruh sedikit penurunan skala nyeri	
10	Rabu, 05 Juli 2023	- Lengkapi data -Lengkapi data di DS dan DO	
11.	Kamis, 6 Juli 2023	-Lengkapi data di analisa data -Lengkapi pembahasan	
12.	Jumat, 7 Juli 2023	ACC	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns.Derison Marsinova Bakara, S,Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Sherly Natasya Putri
NIM : P0 0320120063
NAMA PEMBIMBING : Almaini, M. Kes
JUDUL : Asuhan Keperawatan Post Op *Cholelithiasis* Dengan Implementasi Relaksasi Nafas Dalam Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat, 16 Juni 2023	Perbaikan Penulisan	
2.	Senin, 19 Juni 2023	ACC	
3.	Senin, 24 Juli 2023	ACC	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

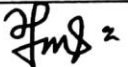


KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Sherly Natasya Putri
NIM : PO 0320120063
NAMA PEMBIMBING : Ns. Fitriyanti Yuliana Widiawati,S.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Post Op *Cholelittiasis* Dengan Implementasi Relaksasi Nafas Dalam Ruang Anggrek RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Minggu, 18 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none">- Ganti penulisan pada judul- Tambahkan teori tentang nyeri- Tambahkan skala nyeri- Tambahkan waktu pada SOP- Penulisan Bab 3 tambahkan skala nyeri- Ubah lembar observasi- Tambahkan pemeriksaan skala nyeri menggunakan vase scale	
2.	Senin, 19 Juni 2023	ACC	
3	Kamis, 20 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan pemeriksaan fisik pada inspeksi pada abdomen.- Tambahkan dosis obat pada implementasi- Tambahkan edukasi penkes pulang	

		<p>pada implementasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Tambahkan obat pulang pasien pada implementasi- Ubah SOAP evaluasi diagnose ke3- Tambahkan tahap melakukan terapi pada implementasi.	
4.	Senin, 24 Juli 2023	ACC	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S,Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

Standar Operasional Prosedur Pemberian
Teknik Relaksasi Napas Dalam

Standar Operasional Prosedur Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam	
Pengertian	Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan.
Tujuan	Untuk mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri.
Indikasi	Pasien yang mengalami nyeri yaitu nyeri akut pada tingkat ringan sampai tingkat sedang.
Pelaksanaan	<p>PRA INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca status klien. 2. Mencuci tangan. <p>INTERAKSI</p> <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam : Memberi salam sesuai waktu 2. Memperkenalkan diri. 3. Validasi kondisi klien saat ini. <p>Menanyakan kondisi klien dan kesiapan klien untuk melakukan kegiatan sesuai kontrak sebelumnya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menjaga privasi klien. 5. Kontrak. <p>Menyampaikan tujuan dan menyepakati waktu dan tempat</p>

dilakukannya kegiatan.

KERJA

1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/ jelas.
2. Atur posisi agar klien rileks tanpa adanya beban fisik, baik duduk maupun berdiri. Apabila pasien memilih duduk, maka bantu pasien duduk di tepi tempat tidur atau posisi duduk tegak di kursi. Posisi juga bisa semifowler, berbaring di tempat tidur dengan punggung tersangga bantal.
3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik nafas dalam 2-3 detik lalu hembuskan lewat mulut selama 5-10 detik sehingga rongga paru berisi udara.
4. Instruksikan pasien dengan cara perlahan dan hembuskan udara membiarkannya ke luar dari setiap bagian anggota tubuh, pada saat bersamaan minta klien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan lega
5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
6. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskan dengan cara perlahan dan merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki, menuju ke paru-paru dan seterusnya, rasakan udara mengalir keseluruh tubuh.
7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan ke luar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki kemudian rasakan kehangatannya.

	<p>8. Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri kembali lagi.</p> <p>9. Setelah pasien mulai merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri.</p> <p>10. Ulangi latihan nafas dalam ini sebanyak 3 sampai 5 kali dalam sehari dalam waktu 5-10 menit</p> <p>TERMINASI</p> <p>1. Evaluasi hasil: kemampuan pasien untuk melakukan teknik ini.</p> <p>2. Memberikan kesempatan pada klien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang dilakukan.</p> <p>3. Tindak lanjut: menjadwalkan latihan teknik relaksasi banafas dalam.</p> <p>4. Kontrak: topik, waktu, tempat untuk kegiatan selanjutnya</p> <p>DOKUMENTASI</p> <p>1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan.</p> <p>2. Mencatat perasaan dan respon pasien setelah diberikan tindakan.</p>
--	---

Poter & Perry (2010)

LEMBAR OBSERVASI

Nama : Ny.L

No.RM : 247416

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 42th

Hari, Tanggal dan Waktu	Tekanan Darah		Pernapasan		Nadi		Suhu		Pre Test	Post Test
	Sebelum terapi	Sesudah terapi	Sebelum terapi	Setelah terapi	Sebelum terapi	Setelah terapi	Sebelum terapi	Sesudah terapi	Skala Nyeri	Skala Nyeri
24 Juni 2023	100/70	110/60	20	22	68	76	36,5C	36,5C	6	5
25 Juni 2023	100/80	110/80	18	20	77	88	36,3C	36,2C	5	4
26 Juni 2023	100/70	110/80	20	20	84	90	36,1C	36,7C	4	3



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG
Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian depun Kecamatan Merigi Kab. Kepahiang
Kode Pos 39371
e-mail : rsudcurup@yahoo.co.id

Nomor : 89 /RSUD – DIKLAT/2023 Merigi, 26 Juni 2023
Sifat : Biasa Kepada Yth :
Lampiran : - Karu Anggrek
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir Di
RSUD Kabupaten Rejang Lebong

Sehubungan dengan Surat Dari Ketua Program Studi Keperawatan Program
Diploma Tiga Nomor: KH.03.01/261/6.2/2023 Tanggal 20 Juni 2023 , Perihal Izin
Pengambilan Kasus Tugas Akhir Mahasiswa

Nama : **SHERLY NATASYA PUTRI**
NPM : P00320120048
Program Studi : D.III Keperawatan
Waktu : 24 Juni s.d 30 Juni 2023
Judul : *Asuhan Keperawatan Pada Nyeri Post Operasi
Cholelittasis Dengan Implementasi Relaksasi Nafas
Dalam di ruangan Anggrek RSUD Kabupaten
Rejang Lebong Tahun 2023.*

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang
bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan
memberikan informasi, Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

A.n Direktur
Kabag Administrasi
RSUD Kabupaten Rejang Lebong





PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG

Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian Depun Kec Merigi Kabupaten Kepahiyang
Kode Pos 39371

Email rsudcurup@yahoo.co.id

Nomor : 95 /RSUD – DIKLAT/2023
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin penelitian di RSUD Kabupaten Rejang lebong

Merigi, 27 Juni 2023
Kepada Yth,
Kaprodi Keperawatan Curup
Di -
Curup

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: KH.03.01/261/6 2/2023 tanggal 20 Juni 2023, Perihal Surat Pengantar Permohonan izin penelitian atas nama Mahasiswa :

Nama : **SHERLY NATASYA PUTRI**
NPM : P00320120048
Jurusan : D III Keperawatan
Waktu Penelitian : 24 Juni s.d 30 Juni 2023
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Nyeri Post Operasi Cholelithiasis Dengan Implementasi Relaksasi Nafas Dalam di ruangan Anggrek RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.**

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong



dr. GREYCO VICTORIA, Sp.An
NIP. 19800812008041001

BIODATA

Nama : Sherly Natasya Putri

Tempat dan tanggal lahir : Air Putih Kali Bnadung, 26 Desember 2001

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Air Putih Kali Bandung

Riwayat pendidikan :

SDN 07 Selupu Rejang

SMPN 01 Selupu Rejang

SMA 01 Selupu Rejang

DOKUMENTASI KEGIATAN



ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST KOLELITSEKTOMI DENGAN NYERI AKUT DI RUMAH SAKIT WILAYAH DEPOK

Sindy Adriani¹ Roland Lekatompessy² La Saudi³

¹Mahasiswa D3 Keperawatan, Politeknik Karya Husada, Jakarta-Indonesia

^{2,3}Dosen D3 Keperawatan, Politeknik Karya Husada, Jakarta-Indonesia

Email: zandyadri@gmail.com; rolandlekatompessy96@gmail.com; lasaudi1@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang: Kolelitiasis atau batu empedu adalah penyakit dimana ditemukan batu di dalam saluran empedu atau kandung empedu maupun di kedua-duanya. Kolelitiasis biasanya disebabkan karena komponen empedu seperti kolesterol, bilirubin, dan kalsium yang mengendap dalam kantong empedu. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk Mampu memahami dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post kolesistektomi di Ruang A Rumah Sakit Wilayah Depok. **Metode Penelitian:** Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik berupa studi kasus dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan untuk memahami masalah keperawatan pada pasien post kolesistektomi. Pengambilan data dilakukan dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Teknik pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam pada pasien Ny. R dan Tn. K dengan diagnosa medis kolelitiasis, didapatkan hasil dari beberapa diagnosis keperawatan berikut ini; untuk masalah nyeri akut, skala nyeri menurun menjadi 2 dari rentang 10, pasien tidak meringis kesakitan. Pada diagnosis kedua Ny. R dan Tn. K yaitu mobilitas fisik, pasien mengatakan dapat beraktivitas meskipun harus perlahan. Sedangkan, Pada diagnosis ketiga Ny. R yaitu mual didapatkan hasil mual menurun, nafsu makan meningkat. Pada diagnosis ketiga Tn. K yaitu gangguan pola tidur didapatkan data pasien masih kesulitan tidur. **Kesimpulan:** Sebagian besar diagnosis keperawatan pada kedua pasien tersebut dapat teratasi dalam 3x24 jam perawatan, tetapi pada diagnosa gangguan pola tidur hanya teratasi sebagian karena pasien masih sulit tidur.

Kata Kunci: Asuhan keperawatan; Kolelitiasis; Nyeri Akut

ABSTRACT

Cholelithiasis also known as gallstones is a disease in which stones are found in the bile or gallbladder or both. Cholelithiasis is typically caused by bile components such as cholesterol, bilirubin, and calcium accumulating in the gallbladder. This study aims to understand and provide nursing care to post-cholecystectomy patients in Depok Regional Hospitals. To understand nursing problems in postcholecystectomy patients, a descriptive-analytic approach in the form of case studies was used. Data was gathered through interviews, observations, physical examinations, and documentation reviews. A medical-surgical nursing care format was used for data collection. Mrs. R and Mr. K with a medical diagnosis of cholelithiasis, and the results of the following nursing diagnoses were obtained; for acute pain problems, the results showed that the pain scale decreased to two from a range of ten, and the patient did not wince in pain. Mrs. R and Mr. K second diagnosis, physical mobility, revealed that the patient was able to do activities even if they had to be done slowly. Meanwhile, Mrs. R third diagnosis is nausea, and the results are decreased nausea and increased appetite. Mr. K third diagnosis, a sleep pattern disorder, has resulted in the patient still having difficulty sleeping. Most of the nursing diagnoses in the two patients were resolved within 3x24 hours of treatment, only the diagnosis of sleep pattern disorders was resolved in part because the patient still had difficulty sleeping.

Keywords: Acute Pain; Cholelithiasis; Nursing care

Pendahuluan

Kolelitiasis atau batu empedu adalah suatu komponen-komponen empedu seperti kolesterol, bilirubin, asam lemak, fosfolipid, protein, dan kalsium, yang mengendap dalam kantong



empedu (Anurogo, 2018). Menurut Handaya (2017), Kolelitiasis atau biasa disebut batu empedu adalah jenis kandung empedu yang sering di temukan. Penyakit ini sering ditemukan pada penderita obesitas, penyakit diabetes melitus, dan kolestrol. Batu empedu biasanya terbentuk apabila kolestrol ditemukan berlebihan dalam empedu dan biasanya tersusun dari campuran kolestrol dan pigmen empedu. Menurut *World Health Organization (WHO)* angka kejadian kolelitiasis di dunia sebesar 11,7% (WHO, 2017). Kurang lebih 1 juta pasien di Indonesia terdiagnosa kolelitiasis pertahun, dengan sekitar dua pertiga diantaranya menjalani pembedahan. Di daerah Jawa barat penyakit batu empedu belum terlalu diketahui secara pasti karena belum terlalu banyak penelitian yang dilakukan. Wanita lebih berpotensi menderita penyakit batu empedu dari pada pria yaitu sekitar 2,6 kali lebih banyak karena hormon esterogen (Kurniawan, 2017). Gejala yang sering ditemukan seperti nyeri perut yang parah, tiba-tiba, terus-menerus, dan akan menghilang secara perlahan dan biasanya terjadi di perut kanan atas. Kemudian pada periode pasca operasi, pasien umumnya akan merasakan nyeri hebat dalam 2 jam pertama setelah operasi karena efektivitas dari obat anestesi mulai berkurang (Sander, 2012).

Tindakan penatalaksanaan pada pasien post kolesistektomi dilakukan secara farmakologi maupun non farmakologi. Tindakan farmakologi yang dapat dilakukan perawat yaitu bisa berkolaborasi dalam pemberian analgetik untuk mengurangi rasa nyeri, penggunaan analgetik yang paling banyak diberikan pasca bedah dengan nyeri berat yaitu tramadol injeksi dan ketorolac injeksi, sedangkan untuk nyeri ringan biasa menggunakan paracetamol tablet, keefektifan dari ketiga obat yang disebutkan diatas yaitu tramadol injeksi dapat menurunkan nyeri dari tinggi menjadi sedang 35,5%, nyeri berat ke nyeri ringan 61,5%. Ketorolac injeksi dapat menurunkan nyeri dari sedang ke ringan 45,2%, dan 3,2% masih dengan nyeri berat, dan paracetamol tablet nyeri yang termasuk ringan 100%. Dengan penurunan derajat nyeri keseluruhan adalah 71,1% (Sanusi, 2019). Untuk memaksimalkan tindakan farmakologi dari keefektifan obat perlu adanya intervensi tambahan untuk mengurangi nyeri yaitu intervensi secara non farmakologi seperti distraksi untuk mengatasi nyeri salah satu diantaranya adalah teknik distraksi relaksasi nafas dalam, tindakan lain yang bisa dilakukan untuk mengontrol nyeri yaitu dapat mengontrol lingkungan, memfasilitasi istirahat tidur, dan menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Metodologi

Desain penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk meneliti asuhan keperawatan pada pasien post operasi kolelitiasis dengan masalah nyeri akut di Ruang A Rumah Sakit Wilayah Depok. Pendekatan yang dipakai dalam desain penelitian ini berupa asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien kolelitiasis yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Sumber data yang diperoleh yaitu dari kedua pasien, keluarga pasien, hasil observasi pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Teknik dalam pengumpulan data berupa observasi, wawancara, dokumentasi, dan instrument pengumpulan data yang digunakan yaitu format asuhan keperawatan medikal bedah.

Hasil Penelitian

Kasus 1

Ny. R berusia 39 Tahun dengan latar belakang pendidikan SMA, sudah menikah dengan diagnosa medis kolelitiasis, dengan hasil lab: hemoglobin *9,5 g/dl (11.7 – 15.5 g/dl),

hematokrit *30.0 % (35.0–47.0%), leukosit * $2.1 \cdot 10^3/\text{ul}$ ($3.6\text{--}11.00 \cdot 10^3/\text{ul}$), bilirubin total 3.50 mg/dl (0,20-1,4 mg/dl). Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan masalah keperawatan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dan mual berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal.

Pada awalnya pasien mengalami nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan data subjektif yaitu; pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi sebelah kanan atas, rasanya seperti di tusuk-tusuk, dengan skala nyeri 8, dan nyeri hilang timbul. Data objektif pasien yaitu: pasien tampak lemas, pasien tampak meringis, tekanan darah: 112/75 mmHg, nadi: 79 x/menit, respirasi: 18 x/menit, suhu: 36°C, saturasi oksigen (SpO₂): 100 %. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam seperti tindakan pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan tindakan kolaborasi pemberian analgetik seperti pemberian ketorolac pada nyeri berat, dan pemberian paracetamol untuk nyeri ringan, didapatkan nyeri teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu pasien menunjukkan nyeri skala 2, dan tidak meringis lagi.

Pada diagnosis kedua yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan data subjektif yaitu: pasien mengatakan kesulitan beraktivitas karena nyeri yang dirasakan. Data objektif: pasien tampak lemas, pasien tampak meringis, tekanan darah 112/75 mmHg, nadi: 79 x/menit, respirasi: 18 x/menit, suhu: 36°C, saturasi oksigen (SpO₂): 100 %, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan memberikan tindakan seperti melibatkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan, mengajarkan mobilisasi sederhana seperti miring kanan miring kiri, dan menganjurkan perbanyak istirahat, didapatkan masalah mobilitas fisik teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu pasien menunjukkan aktivitas tanpa dibantu, kekuatan otot normal dengan skala 5, nyeri menurun (skala 1-3), dan tidak alami kelemahan

Pada diagnosis ketiga mual berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal dibuktikan dengan data subjektif yaitu: pasien mengatakan mual, dan tidak nafsu makan. Data objektif yaitu: pasien tampak menghabiskan setengah dari porsi makan yang disediakan rumah sakit, tekanan darah 112/75 mmHg, nadi: 79 x/menit, respirasi: 18x/menit, suhu: 36°C, saturasi oksigen (SpO₂): 100 %, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam melalui pemberian tindakan antimietik untuk mencegah mual seperti pemberian ondansetron 8mg, dan menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering, didapatkan masalah mual teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu pasien tidak mengeluh mual, dan nafsu makan meningkat.

Kasus 2

Tn. K berusia 50 Tahun dengan latar belakang pendidikan S2 ilmu agama, sudah menikah, diagnosa medis kolelitiasis, dengan hasil lab: hemoglobin *10,6 g/dl (11.7 – 15.5 g/dl), leukosit * $3,4 \cdot 10^3/\text{ul}$ ($3.6\text{--}11.00 \cdot 10^3/\text{ul}$), bilirubin total 3.10 mg/dl (0,20-1,4 mg/dl) berdasarkan hasil pengkajian ditemukan masalah keperawatan pada pasien Tn. K adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri.

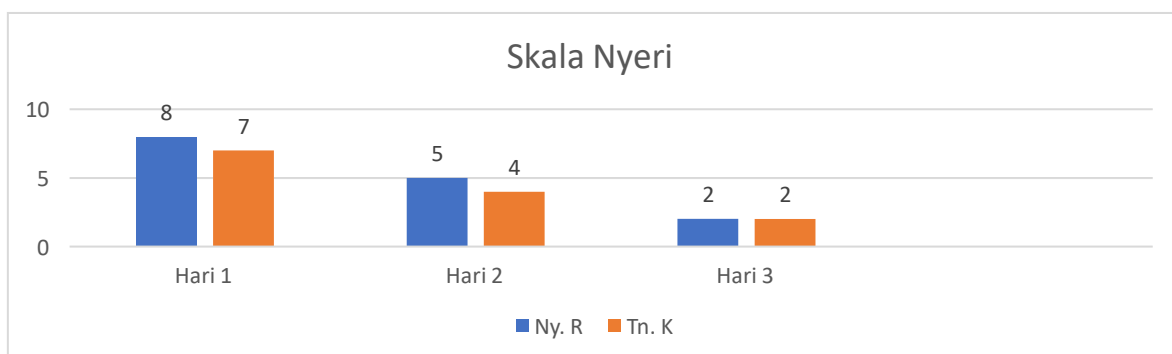
Pasien mengalami nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan data subjektif yaitu: pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi sebelah kanan atas, rasanya seperti di tusuk-tusuk, dengan skala nyeri 7, dan nyeri hilang timbul. Data objektif:

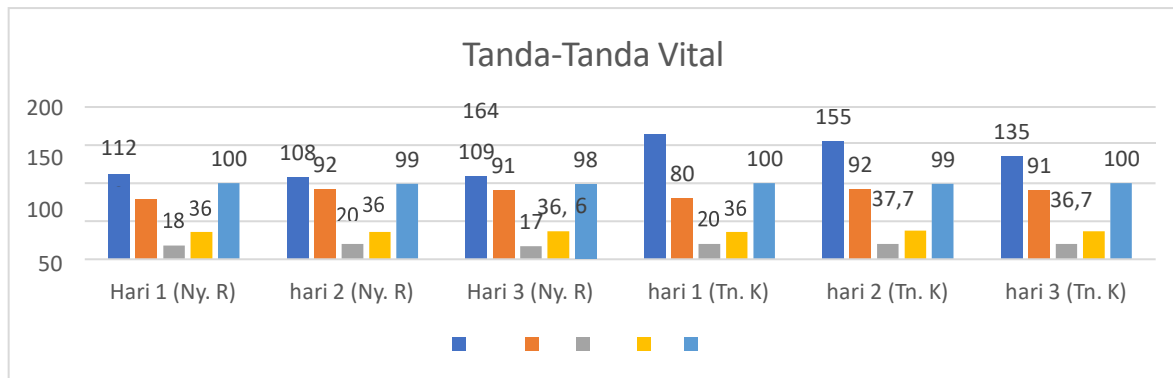
pasien tampak lemas, pasien tampak meringis, tekanan darah 164/79mmHg, nadi 87x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36.8°C, saturasi oksigen (SpO2) 100 %, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tindakan pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan tindakan kolaborasi pemberian analgetik seperti pemberian ketorolac pada nyeri berat, dan pemberian paracetamol untuk nyeri ringan, didapatkan nyeri teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu pasien menunjukkan nyeri skala 2, dan tidak meringis lagi.

Pada diagnosis kedua yaitu mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan data subjektif yaitu pasien mengatakan kesulitan beraktivitas karena nyeri yang dirasakan. Data objektif yaitu pasien tampak lemas, pasien tampak meringis, tekanan darah 164/79 mmHg, nadi 87 x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 36.8°C, saturasi oksigen (SpO2) 100 %, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan memberikan tindakan seperti melibatkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan, mengajarkan mobilisasi sederhana seperti miring kanan miring kiri, dan menganjurkan perbanyak istirahat, didapatkan masalah mobilitas fisik teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu pasien menunjukkan aktivitas tanpa dibantu, kekuatan otot meningkat 5555, nyeri menurun (skala 1- 3), dan tidak alami kelemahan

Pada diagnosis ketiga yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan data subjektif yaitu pasien mengeluh kesulitan untuk tidur, sering terbangun di malam hari, dan mengeluh istirahatnya tidak cukup. Data objektif yaitu pasien tampak lemas, dan tampak kurang tidur, tekanan darah 164/79 mmHg, nadi 87 x/menit, respirasi 22 x/menit, suhu 36.8°C, saturasi oksigen (SpO2) 100 %, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan memberikan tindakan pemberian antimitetik seperti diazepam 2mg, membatasi waktu tidur siang, dan menetapkan jadwal tidur pasien gangguan pola tidur teratasi sebagian karena pasien masih kesulitan untuk tidur

Dibawah ini terdapat diagram hasil penelitian pada pasien 1 dan pasien 2 terkait penurunan skala nyeri dan peningkatan tanda tanda vital.





Pembahasan

Hasil dari penelitian yang sudah dilakukan peneliti didapatkan identitas klien Ny. R berumur 39 Tahun, berjenis kelamin perempuan dengan diagnosa medis kolelithiasis post laparatomi hari pertama, dan klien Tn. K berumur 50 Tahun berjenis kelamin laki-laki dengan diagnosa medis kolelithiasis post laparatomi hari pertama. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Bloom dan Katz (2019) yang menyatakan bahwa batu empedu lebih sering terjadi pada usia diatas 40 tahun keatas hal ini terjadi karena semakin meningkatnya usia akan terjadi penurunan fungsi organ. Pada pasien kedua yaitu Tn. K didapatkan data pasien mengalami peningkatan tekanan darah hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Care (2016) yang menyatakan bahwa hipertensi erat kaitannya dengan peningkatan sekresi kolestrol hepar dan merupakan faktor risiko pembentukan batu kolestrol.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan peneliti didapatkan data bahwa ada klien perempuan dan laki-laki yang mengalami kolelithiasis hal ini sejalan dengan teori yang dilakukan Beckingham (2019) batu empedu lebih sering terjadi pada wanita dari pada laki-laki dengan perbandingan 4:1. Wanita mempunyai risiko 3 kali lipat untuk terkena kolelithiasis dibandingkan dengan pria, ini dikarenakan oleh pengaruh hormon esterogen berpengaruh terhadap peningkatan eksresi kolestrol oleh kandung empedu. Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Sloane (2015) yang menyebutkan wanita memiliki hormon estrogen dan progesteron yang fungsi erat dalam pengembangan dan pengoperasian saluran reproduksi wanita. Kondisi inilah yang membuat wanita lebih rentan mengalami kejadian nyeri pada bagian abdomen.

Nyeri akut berdasarkan diagnosis keperawatan pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi sebelah kanan atas, rasanya seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 7&8 dan nyeri hilang timbul, setelah dilakukan tindakan keperawatan teknik farmakologis dan non-farmakologis seperti pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan berkolaborasi dalam pemberian analgetik pada 3x24 jam didapatkan hasil skala nyeri 2, dan pasien tidak meringis lagi. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), pada pasien setelah dilakukan tindakan teknik farmakologis dan non-farmakologis seperti pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan berkolaborasi dalam pemberian analgetik mampu menurunkan nyeri karena pengaruh dari teknik relaksasi nafas dalam dan pemberian analgetik. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh andarmoyo (2013) terapi nonfarmakologi seperti teknik relaksasi nafas dalam mampu membantu menurunkan skala nyeri seseorang dan sejalan dengan penelitian yang dilakukan Care (2016) yang menyatakan

bahwa terapi non farmakologi seperti teknik relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan rasa tenang, merasa lebih santai, dapat menenangkan syaraf. Penurunan skala nyeri ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Handayani et al., (2019) yaitu ketorolak injeksi 30mg/8jam dapat menurunkan nyeri pasien dari sedang menjadi ringan 45,2%, parasetamol tablet 3x500mg pada nyeri ringan efektifitas 100% dalam menurunkan nyeri.

Mobilitas fisik berdasarkan diagnosis keperawatan pasien mengeluh kesulitan beraktivitas karena nyeri yang dirasakan, setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu memfasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu (memasang pinggiran tempat tidur), memfasilitasi melakukan pergerakan (pasien dibantu keluarga dalam melakukan pergerakan), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, perbanyak istirahat tidur, mengajarkan pergerakan sederhana yang harus dilakukan (pasien dibantu melakukan pergerakan miring kanan miring kiri dan duduk ditempat tidur) pada 3x24 jam didapatkan hasil yaitu pasien menunjukkan aktivitas tanpa dibantu, kekuatan otot meningkat dengan skala 5, nyeri menurun (skala 1-3), dan tidak alami kelemahan. Mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada pasien setelah dilakukan tindakan pemasangan pinggiran tempat tidur dan membantu pergerakan miring kanan miring kiri dan perbanyak istirahat tidur mampu meningkatkan aktivitas pasien. Hal ini didukung penelitian yang dilakukan oleh (Kurniawan, 2017) dengan membantu klien dalam pemasangan pinggiran tempat tidur dan membantu pergerakan seperti miring kanan dan miring kiri dan memperbanyak istirahat agar nyeri yang dirasa berkurang, dan didukung dengan teori yang menjelaskan bahwa pasien post operasi mengeluhkan nyeri seperti di tusuk-tusuk dan nyeri secara serius menghambat aktivitas pasien (Edwards, 2018).

Nausea berdasarkan diagnosis keperawatan pasien mengeluh mual dan tidak nafsu makan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi antimietik untuk mencegah mual (pemberian ondansetron 8mg untuk meredakan mual), memonitor asupan nutrisi (pasien hanya memakan ½ dari porsi rumah sakit), mengurangi atau hilangkan penyebab mual (pasien mengatakan mual dengan bau ruangan dan kemudian pasien menghirup minyak kayu putih, pasien juga diberikan obat pereda mual ondansetron mg), menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup (untuk menghilangkan mual pasien tidur), menganjurkan sering membersihkan mulut (pasien mengatakan tidak bisa membersihkan mulutnya karena mual yang dirasa) pada 3x24 jam didapatkan hasil yaitu pasien tidak mual, dan nafsu makan meningkat. Nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada pasien setelah dilakukan tindakan pemberian analgetik, mengurangi penyebab mual dan memperbanyak istirahat mampu menurunkan mual dan menambah nafsu makan. Hal ini sejalan dengan penelitian (Sumaryati, 2019) yaitu dengan pemberian analgetik dan menganjurkan istirahat yang cukup dapat membantu menurunkan mual. Hal ini juga sesuai dengan penelitian lain yang menjelaskan pada post operasi dapat membuat penurunan nafsu makan akibat nyeri yang dirasakan dibagian perut pasien yang dapat menyebabkan mual (Syafitri, 2018)

Gangguan pola tidur berdasarkan diagnosis keperawatan pasien mengeluh sulit tidur karena nyeri yang dirasa. Setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (pasien mengatakan nyeri yang dirasa bekas operasi membuat pasien kesulitan tidur), memodifikasi lingkungan (pasien mengatur suhu karena di ruangan hanya

ada pasien sendiri), membatasi waktu tidur siang (pasien tidur siang hanya ± 1 jam), menetapkan jadwal tidur rutin (pasien tidur jam 21.00 dan ketika malam sering terbangun karena nyeri yang dirasa, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pasien terbiasa tidur menghadap kanan tetapi agak sulit karena luka bekas operasi tepat disebelah kanan) selama 3x24 jam didapatkan hasil pasien menunjukkan tidur nyenyak di malam hari, dan merasa segar ketika bangun tidur. Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada pasien setelah dilakukan tindakan membatasi waktu tidur siang meningkatkan kenyamanan pasien masih merasa kesulitan untuk tidur karena luka bekas operasi yang masih terasa. Baradero (2015) yang menyatakan tindakan intervensi keperawatan berdasarkan teori yang disesuaikan dengan prioritas kebutuhan maupun kondisi pasien. Namun, tindakan keperawatan tersebut tetap memberikan hasil yang maksimal dan mengatasi permasalahan adanya gangguan pada pola tidur, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Judha (2018) bahwa pasien post operasi mengeluhkan nyeri seperti di tusuk-tusuk dapat mengganggu aktivitas tidur pasien karena nyeri yang dirasakan.

Simpulan

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien dengan kolelithiasis dengan diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, nausea dan gangguan pola tidur. Sebagian besar masalah keperawatan dapat teratasi sesuai kriteria hasil dalam waktu perawatan 3x24 jam, hanya saja untuk masalah keperawatan gangguan pola tidur hanya teratasi sebagian karena salah satu kriteria terkait kesulitan tidur belum sesuai kriteria hasil yaitu pasien masih sulit tidur.

Referensi

- Andarmoyo. (2013). Pendekatan Diagnosis dan Tatalaksana obstruksi ductus sistikus. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*. 20(1): 1-8
- Anurogo, D. (2016). *The Art Of Medicine (seni mendeteksi, mengobati, dan menyembuhkan 88 penyakit dan gangguan Kesehatan)*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Baradero. J. (2015). Pengkajian keperawatan pada pasien dengan kolelithiasis. *International Journal of Surgery Case Reports*, 54 (1): 28–33.
- Beckingham IJ (2019). Gallstone disease. *Abc of diseases of liver, pancreas, and biliary system. Journal British Med*, 3(2):91-94
- Bloom, A., & Katz (2019). Pengaruh Beberapa Faktor Risiko Terhadap Kejadian Kolelithiasis Pada Pasien Laparatomi. *Journal Of Holistic Nursing Science*. 1(1): 16-26
- Care, E, M. (2016). Laparoscopic Cholecystectomy In Acute. *Journal of Medicine*. 5(1), 43-48
- Edwards. (2018). Measuring Health-Related Quality of Life. *Journal Of Pain Symptom Management*. 1(3): 55-68
- Handaya, A. Y. (2017). *Deteksi dini & atasi 31 penyakit bedah saluran cerna (digestif)*. Yogyakarta: Rapha Publishing
- Handayani, S., Arifin, H., & Manjas, M. (2019). Kajian Penggunaan Analgetik pada Pasien Pasca Bedah Fraktur di Trauma Centre RSUP M. Djamil Padang. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 6(2), 113. <https://doi.org/10.25077/jsfk.6.2.113-120.2019>
- Jhensen MD & Shadid S (2018). Endocrine control of fuel partitioning. In: Eckel RH, *Journal Obesity: mechanisms and clinical management*. 4(1): 147-177.
- Judha, M., & Syafitri, E. N. (2018). Efektivitas Pemberian Aromaterapi lemon Terhadap Kecemasan Pada Lansia Di Unit Pelayanan Lanjut Usia Budi Dharma, Umbulharjo Yogyakarta. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 5(1), 29–33.
- Kurniawan, A. A. Y. (2017). *Buku ilmu kholelithiasis*. Jakarta: Pt Penerbit buku Kedokteran
- Osmorduct. (2018). Genotype-Phenotype Relationship in the low- Photopholipid associated Cholelithiasis. *Journal of Chemical Healthcare*. 2(4): 66-74
- Sander, M. A. (2017). *Atlas Berwarna Patologi Anatomi*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada



- Sanusi (2019) Perbandingan Efektivitas Kombinasi Fentanyl–Paracetamol dan Fentanyl–Ketorolac terhadap Descriptif Rating Scale (NRS). *Jurnal Anestesi Obstetri Indonesia*. 1(2):
- Sloane, E. (2015). Esterogen and progesteron hormonal occupational associations of neck pain in the British Population. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 3(4): 56-63
- Sumaryati. (2019). Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Tingkat Kemandirian Pasien Post Operasi Kolelitiasis Di Bangsal Mawar RSUD Temanggung. *Indonesia journal of nursing research*, 1(1): 2-3.
- Syafitri (2018). The gallstone story: pathogenesis and epidemiology Pract Gastroenterol. *Journal Of Medicine*. 2(4): 11-23
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017). *Standar Diagnosis keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI CHOLELITHIASIS DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN: NYERI

Siti Umi Nurjannah^{1*}, Fakhrudin Nasrul Sani².

¹Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Kusuma Husada Surakarta
sitiuminurjannah@gmail.com

²Dosen Keperawatan Universitas Kusuma Husada Surakarta
fakhrudin_ns@ymail.com

ABSTRAK

Batu empedu (*cholelithiasis*) merupakan penyakit batu empedu yang ditemukan dikandung empedu ataupun disaluran empedu, atau terdapat pada kedua-duanya. Keluhan yang menonjol pada penderita pasca pembedahan *cholelithiasis* yaitu mengeluh nyeri secara efektif. Salah satu tindakan mandiri keperawatan dalam mengatasi nyeri pada pasien post operasi *cholelithiasis* yaitu *deep breathing exercise* (DBE)/relaksasi napas dalam. DBE atau relaksasi napas dalam merupakan teknik mengurangi nyeri dengan merileksasikan tubuh seseorang yang dapat meningkatkan konsentrasi dan membuat pasien merasa tenang untuk mengatur ritme pernapasan menjadi teratur serta penurunan perhatian atau persepsi terhadap nyeri dengan memfokuskan perhatian pasien pada stimulasi lain atau menjauhkan pikiran terhadap nyeri. Tujuan studi kasus ini untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien post operasi *cholelithiasis* dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode pendekatan studi kasus. Subjek dalam studi kasus ini adalah satu orang pasien post operasi *cholelithiasis* dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik. Hasil studi kasus ini menunjukkan, bahwa pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien post operasi *cholelithiasis* dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri dengan masalah nyeri akut, yang dilakukan tindakan keperawatan teknik *deep breathing exercise* (DBE)/relaksasi napas dalam selama \pm 10 menit dalam 3 hari berturut-turut didapatkan hasil penurunan skala nyeri dari skala 4 menjadi skala 1. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian tindakan terapi *deep breathing exercise* (DBE)/relaksasi napas dalam efektif untuk menurunkan nyeri pada pasien post operasi *cholelithiasis* dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri.

Kata kunci: Nyeri, *post op cholelithiasis*, DBE

PENDAHULUAN

Batu empedu (*cholelithiasis*) merupakan penyakit batu empedu yang ditemukan dikandung empedu ataupun disaluran empedu, atau terdapat pada kedua-duanya (Nender, 2019). Batu empedu (*cholelithiasis*) merupakan penyebab penyakit saluran empedu yang didalamnya terdapat pembentukan kalkuli (batu empedu) di kandung empedu (Williams & Wilkins, 2011). Batu empedu (*cholelithiasis*) merupakan penyakit yang sudah menjadi masalah kesehatan di negara barat, prevalensi batu empedu (*cholelithiasis*) berbeda-beda disetiap negara. Prevalensi batu empedu (*cholelithiasis*) di Amerika Serikat, pada tahun 2017 yaitu sekitar 20 juta orang 10%-20% populasi orang dewasa memiliki cholelithiasis. Penderita batu empedu (*cholelithiasis*) setiap tahun mencapai 1%-3% dan akan timbul keluhan. Setiap tahunnya diperkirakan 500.000 pasien batu empedu (*cholelithiasis*) akan timbul keluhan dan komplikasi sehingga memerlukan kolesistektomi (Heuman, 2017). Beberapa survei pemeriksaan ultrasonografi di Eropa berkisar 5%-15%. Penderita di Asia, pada tahun 2013 yaitu berkisar 3%-10%. Berdasarkan data terakhir, dinegara Jepang sekitar 3,2%, China 10,7%, India Utara 7,1%, dan Taiwan 5,0% menderita cholelithiasis (Chang et al, 2013).

Pasien yang mengalami *cholelithiasis* akan mengalami gejala yang persisten, kolik bilier dan kolesistisi, salah satu cara penatalaksanaan pasien batu empedu (*cholelithiasis*) yaitu dengan kolesistektomi laparoskopik ataupun laparatomi dengan dilakukan melalui insisi atau tusukan kecil yang dibuat menembus dinding abdomen di umbilikus untuk mengangkat kantung empedu keluar (Brunner & Suddart, 2013). Nyeri merupakan masalah yang sering muncul setelah pembedahan yang akan menyebabkan stress selama masa penyembuhan akibat dari nutrisi yang tidak adekuat, gangguan pada sirkulasi dan perubahan metabolisme yang dapat memperlambat penyembuhan luka (Perry and Potter, 2016). Keluhan yang menonjol pada penderita pasca pembedahan yaitu mengeluh nyeri secara efektif (Andarmoyo, 2013).

Penatalaksanaan pasien post operasi *cholelithiasis* dilakukan secara farmakologi maupun non farmakologi. Salah satu bentuk pelaksanaan nyeri secara non farmakologi adalah tehnik distraksi. Mekanisme distraksi terjadi penurunan perhatian atau persepsi terhadap nyeri dengan memfokuskan perhatian pasien pada stimulasi lain atau menjauhkan pikiran terhadap nyeri. Salah satu bentuk

distraksi untuk mengatasi nyeri adalah distraksi napas dalam atau *deep breathing exercise* (DBE). Jenis distraksi ini biasanya dilakukan dengan posisi rileks serta menghirup udara lewat hidung menahan 2-3 detik kemudian dihembuskan lewat mulut. Relaksasi napas dalam ini dapat memberikan efek positif mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulus nyeri (Mubarak dkk, 2015). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hamarno, dkk (2017) mengenai pengaruh pemberian DBE untuk menurunkan nyeri pada pasien pasca pembedahan menunjukkan bahwa, pemberian teknik *deep breathing exercise* (DBE)/napas dalam dapat menurunkan nyeri pada pasien post operasi. Tujuan umum untuk melaksanakan asuhan keperawatan pasien post operasi *cholelithiasis* dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri.

METODE

Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Nursalam, 2016). Studi kasus ini adalah untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien post operasi batu empedu (*cholelithiasis*) dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri.

Subyek yang digunakan dalam study kasus ini adalah satu pasien post operasi batu empedu (*cholelithiasis*) yang mengalami gangguan pada pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri. Fokus studi kasus ini adalah teknik pemberian terapi *deep breathing exercise* (DBE) / napas dalam selama ± 10 menit dengan dilakukan dua kali sehari selama tiga hari berturut-turut. Studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 24 Februari 2019 sampai dengan 29 Februari 2020 diruang Flamboyan 9 RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Pengumpulan data pada studi kasus ini menggunakan tiga metode yaitu, wawancara, observasi, dan studi dokumentasi.

HASIL

Pengkajian yang didapatkan dari studi kasus ini yaitu pasien post operasi dengan keluhan utama mengalami nyeri dibagian perut sebelah kanan atas kuadran 1 karena luka operasi, P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q: nyeri terasa senut-senut, R: perut bagian kanan atas kuadran I, S: skala nyeri sedang dengan skala 4, T: nyeri terasa hilang timbul dengan durasi ± 5 menit. Hasil pemeriksaan tekanan darah: 110/90 mmHg, nadi: 85 x/menit, respiration rate: 21 x/menit, suhu: 36,2 °C

Diagnosa keperawatan yang muncul didapatkan 4 diagnosa pada kasus yaitu: ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan tampak gelisah dengan kode (D.0080), gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan kerusakan jaringan dan / lapisan kulit dengan kode (D.0129), nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik ditandai dengan tampak gelisah dengan kode (D.0077), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan ditandai dengan enggan melakukan pergerakan dan gerakan terbatas dengan kode (D.0054).

Intervensi keperawatan pada keempat diagnosa keperawatan yang diambil adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik ditandai dengan tampak gelisah dengan kode (D.0077), bantu pasien dalam identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, Identifikasi factor memperberat dan memperingan nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik DBE / relaksasi napas dalam) yang dilakukan selama ± 10 menit 2 kali sehari,

dan kolaborasi pemberian analgetik (Inj. Ketorolac 30 mg/8 jam).

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan aktifitas-aktiftas yang berada pada intervensi keperawatan yang disusun. mulai dari mengidentifikasi karakteristik nyeri, memonitor tanda-tanda vital, memberikan teknik nonfarmakologi teknik relaksasi napas dalam, serta mengkolaborasi pemberian analgetik.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny. R menunjukkan masalah keperawatan nyeri akut sudah teratasi, hal ini disebabkan karena kondisi pada pasien sudah membaik dan data yang didapat menunjukkan adanya penurunan skala nyeri.

Tabel 4.2 observasi pengukuran penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi keperawatan dengan DBE/relaksasi napas dalam.

Hari dan Tanggal	Kamis, 27-02-2020		Jumat, 28-02-2020		Sabtu, 29-02-2020	
	1	2	3	4	5	6
Observasi	1	2	3	4	5	6
Sebelum terapi	4	4	4	4	3	2
Setelah terapi	4	4	3	3	2	1

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pengkajian keluhan utama pasien adalah pasien merasa pasien mengeluhkan nyeri dibagian luka bekas operasi, *provocate* saat bergerak, *quality* terasa senut-senut, *region* perut bagian kanan atas kuadran 1, *scala* 4 nyeri sedang, *time* nyeri hilang timbul dengan durasi ± 5 menit, data objektif pasien tampak meringis kesakitan, tampak bersikap protektif, dengan hasil tanda-tanda vital TD: 110/90 mmHg, N: 92 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36,2°C, hasil pemeriksaan fisik abdomen dengan inspeksi (melihat) terdapat luka post operasi dibagian kanan atas kuadran I, tertutup kasa, panjang luka ± 8 cm, lebar luka ± 1 cm, terpasang drain, cairan yang keluar pada drain ± 50 cc, auskultasi (mendengar) terdapat bising usus 8 x/menit, palpasi (menekan) yaitu terdapat nyeri tekan dengan skala 4, perkusi (mengetuk) yaitu tympani. Menurut Brunner & Suddarth (2013), tanda dan gejala pada pasien cholelithiasis antara lain gangguan epigastrium, rasa nyeri dan kolik bilier, ikterus, perubahan warna kulit dan defisiensi vitamin. Respons komplikasi akut dengan peradangan adanya batu akan dilakukan intervensi medis pembedahan dengan kolesistektomi laparaskopi ataupun laparatomi dengan dilakukan melalui insisi atau tusukan kecil yang dibuat menembus dinding abdomen di umbilikus untuk

mengangkat kantung empedu keluar, dengan tujuan pembedahan yaitu untuk meredakan gejala yang persisten, menghilangkan penyebab kolik bilier, dan untuk mengatasi kolesistisi akut. Keluhan yang menonjol pada penderita pasca pembedahan yaitu mengeluh nyeri secara efektif (Andarmoyo, 2013).

Berdasarkan analisa data yang telah didapatkan dari proses pengkajian dapat ditegakan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan tampak gelisah. Penulis mengambil nyeri akut dikarenakan nyeri yang dirasakan pasien berlangsung kurang dari enam bulan. Menurut (Wahyudi dkk, 2016) nyeri akut terjadi setelah adanya cedera akut, inflamasi penyakit atau intervensi bedah yang berlangsung kurang dari enam bulan. Data yang mendukung diagnosa keperawatan nyeri akut mengacu pada batasan karakteristik yaitu data subjektif pasien melaporkan nyeri dan skala nyeri, data objektif yaitu respon otonom seperti perubahan ekspresi wajah, perubahan pada tekanan darah, pernafasan, denyut nadi, perilaku ekspresif seperti pasien terlihat pucat, menghela nafas panjang dan gelisah menahan sakitnya, kesakitan atau merintih, gangguan tidur (Wikinson, 2016).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNi (2017), hasil dari data diatas merupakan data dalam diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan tampak gelisah (Muttaqin & Sari, 2011).

Intervensi berfokus untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil tingkat nyeri (L.08066): keluhan nyeri menurun, penurunan perasaan gelisah, penurunan sikap protektif, dan tanda-tanda vital membaik. Setelah menentukan tujuan dan kriteria hasil, kemudian menyusun intervensi keperawatan yang menggunakan OTEK (Observasi, Terapeutik, Edukasi dan Kolaborasi), berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yaitu Manajemen nyeri (I.08238): identifikasi lokasi, karakteristik, dan skala nyeri yang bertujuan untuk mengetahui skala nyeri pasien sebelum diberikan terapi DBE, berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu terapi DBE untuk mengurangi intensitas nyeri pasien, ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri ini, bertujuan untuk meminimalkan pasien dalam penggunaan terapi non farmakologis, mengurangi nyeri dan menjelaskan manfaat dari pemberian terapi DBE, meningkatkan pengalaman subjektif bahwa ketenangan fisiologi bisa

direalisasikan sehingga rileksasi akan menjadi kebiasaan berespon pada keadaan-keadaan tertentu ketika otot tegang, serta menurunkan stres pada individu (Fitri dan Ambarwati, 2014). kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik ini bertujuan untuk mengurangi intensitas nyeri pasien.

Teknik DBE atau napas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktifitas simpatik sistem saraf otonom klien, meningkatkan aktifitas komponen saraf parasimpatik vegetatif secara stimultan, mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas reaksi rasa nyeri pada klien. Berdasarkan teori, aktivasi retikuler menghambat stimulus nyeri, jika seseorang menerima input sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan oleh klien). Stimulus yang menyenangkan dari luar juga dapat merangsang sekresi endorfin, sehingga stimulus nyeri yang dirasakan oleh klien menjadi berkurang. Peredaran nyeri secara umum berhubungan langsung dengan partisipasi aktif individu (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Hamarno, 2017).

Hasil evaluasi selama 3 hari diberikan terapi DBE. Hari pertama sebelum diberikan terapi DBE skala nyeri pasien 4 (nyeri sedang) dan setelah diberikan terapi DBE skala nyeri pasien tetap 4 (nyeri sedang). Hari kedua sebelum

diberikan terapi DBE skala nyeri pasien 4 (nyeri sedang) dan setelah diberikan terapi DBE skala nyeri pasien 3 (nyeri ringan). Hari ketiga mengalami penurunan skala nyeri pasien dari skala 3 (nyeri ringan) menjadi skala 1 (nyeri ringan). Hasil intervensi pemberian terapi DBE selama ± 10 menit 2 kali sehari didapatkan adanya penurunan skala nyeri dari skala 4 (nyeri sedang) menjadi skala nyeri 1 (nyeri ringan).

KESIMPULAN

Pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien post operasi *cholelithiasis* dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri dengan masalah keperawatan nyeri akut dilakukan tindakan keperawatan terapi *deep breathing exercise* (DBE) / napas dalam 2 kali sehari kurang lebih 10 menit selama 3 hari berturut-turut didapatkan hasil menunjukkan skala nyeri 4 menjadi skala 1. Rekomendasi tindakan terapi *deep breathing exercise* (DBE) / napas dalam efektif untuk mengurangi skala nyeri pada pasien post operasi *cholelithiasis*.

SARAN

Bagi rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan kerjasama baik antar tim kesehatan maupun dengan pasien, sehingga dapat meningkatkan mutu

pelayanan dan asuhan keperawatan yang diberikan dapat mendukung kesembuhan pasien khususnya pasien post operasi *cholelithiasis*. Bagi perawat agar mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif serta berfikir secara kritis pada pasien post operasi *cholelithiasis* dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri. Bagi institusi pendidikan diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan tentang perkembangan ilmu keperawatan, terutama asuhan keperawatan pada pasien post operasi *cholelithiasis* dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, Sulistyono., (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Ar-Ruz Media.
- Brunner & Suddarth. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta: EGC.
- Chang, Y. R., Jang, J. Y., Kwon, W., Park, J. W. (2013). *Changes in demographic features of gallstone disease: 30 years of surgically treated patients. Gut and Liver. Journal Citation Reports (JCR)*. Diakses tanggal 22 Januari Jam 12.12 WIB. (<https://doi.org/10.5009/gnl.2013.7.6.719>).
- Devi, Chandra, P., Hamarno, R., & Yuliwar, R., (2017). *Perbedaan Tingkat*

*Nyeri Dan Tekanan Darah
Sebelum Dan Sesudah Deep
Breathing Exercise (DBE)*

Pada Pasien Post Laparatomi. Jurnal Keperawatan Terapan. Vol.3 No. 2 pp. 100-109.

Hamarno, R., Diah, Maria., & Hisbulloh, H., (2017). *Deep Breathing Exercise (DBE) Dan Tingkat Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi. Jurnal Keperawatan Terapan. Vol. 3 No. 1 pp. 31-41.*

Heuman, D., (2017). *Gallstones(Cholelithiasis): PracticeEssentials, Background, Pathophysiology. Diakses tanggal22 Januari 2020. Jam 12.12 WIB. ().*

Mubarak, Iqbal W., Indrawati, Lilis & Susanto, Joko., (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Buku 2.Jakarta: Salemba Medika.*

Nender Ilone I., Ali, Ramli H., & Paat, Bobby. (2019). *Profil Ct-Scan Pasien Dengan Kolelitiasis Di Bagian Radiologi Rsup Prof. Dr.*

R. D. Kandou Manado Periode Agustus 2015 – Agustus 2016. Jurnal Kedokteran Klinik (JKK). Vol. 3 No. 1 pp. 7-13.

Nursalam., (2016). *Metode Penelitian IlmuKeperawatan. Jakarta: SalembaMedika.*

Nursalam., (2011). *Metode Penelitian IlmuKeperawatan. Jakarta: SalembaMedika.*

Potter & Perry., (2016). *Fundamental Keperawatan. Jakarta: SalembaMedika.*

SDKI. (2016). *Standar DiagnosisKeperawatan Indonesia. Jakarta:DPP PPNI.*

SLKI-SIKI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia – Standar Intervensi KeperawatanIndonesia*. Jakarta: DPP PPNI.

Sodikin. 2012. *Pengaruh Terapi Bacaan Al- Quran Melalui Media Audio Terhadap Respon Nyeri Pasien Post Operasi Her- nia Di RS Cilacap*. Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UniversitasIndonesia:Tesisdipublikasikan.

Wahyudi, A. S., & Wahid, A., (2016). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Mitra Wacana Medika.

BAB V - Sherly Natasya Putri 1

by 1 1

Submission date: 01-Aug-2023 12:39AM (UTC-0700)

Submission ID: 2088178267

File name: BAB_V_-_Sherly_Natasya_Putri_1.doc (58.5K)

Word count: 1196

Character count: 9680

BAB V

PEMBAHASAN

Setelah melakukan perawatan pada Ny.L. yang terdiagnosa medis *Post Op Cholelitis*, penerapan asuhan keperawatan diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, analisa data, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan khususnya penerapan relaksasi napas dalam dan evaluasi keperawatan pada Ny. L yang dilaksanakan pada tanggal 24 Juni 2023 sampai dengan 26 Juni 2023, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah. Maka peneliti akan membandingkan antara teori dan praktik setelah hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.L dengan *Post Op Cholelitis* di ruang Anggrek RSUD Rejang Lebong sebagai berikut :

5.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah proses awal dari inti keperawatan. Studi serta teori yang termasuk dalam tinjauan pustaka biasanya tidak berbeda dengan temuan peneliti. Pengkajian terhadap Ny. L dengan penyakit *Post Op Cholelitis* dilakukan pada 24 Juni 2023, ketika data dikumpulkan untuk peneliti melalui wawancara dengan pasien dan keluarga, observasi pasien, termasuk pemeriksaan fisik yang dianggap lebih akurat oleh peneliti. Pengumpulan data ini didukung pula dengan catatan keperawatan, grafik pasien dan hasil studi pendukung digunakan untuk mendapatkan informasi yang diperlukan.

Setelah melakukan pemeriksaan didapatkan hasil yaitu tingkat kesadaran klien pada saat diperiksa *composmentis* serta keadaan umum klien baik, tekanan darah 110/60mmHg, *heart rate* 76x/m, pernapasan 22x/m dan suhu 36,5C, pada bagian post operasi, peneliti juga mendapati klien tampak gelisah, meringis, terdapat luka post operasi 13cm, serta terdapat cairan darah pada luka post operasi klien, peneliti mengambil diagnose nyeri akut dan ingin melakukan relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri ini pada pasien. Secara teori warna urin atau feses dikatakan akan berubah, namun setelah dikaji dan dievaluasi tidak ada perubahan pada feses atau urin klien.

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh, penulis dapat menetapkan diagnosis keperawatan yang sesuai dengan situasi dan kondisi klien. Hal ini telah disesuaikan dengan tanda dan gejala teori *Post Op Cholelitis*. Hanya pasien tidak mengalami reaksi alergi dan demam.

Batu kantung empedu merupakan gabungan beberapa unsur yang membentuk suatu material mirip batu yang terbentuk didalam kantung empedu. *Cholelitis* biasanya terbentuk dalam kantung empedu dari unsur unsur padat yang membentuk cairan empedu, batu empedu memiliki ukuran bentuk dan komposisi yang sangat bervariasi (Nuari,2015).

Menurut (Doenges,2000) pengkajian: didapatkan data dasar tentang status terkini pasien sebagai pembandingan dengan status yang kini sedang dialami. Termasuk riwayat sakit perut atau rasa tidak nyaman dan berkeringat. Lakukan pengkajian fisik secara lengkap, karena pengkajian ini penting untuk mendeteksi komplikasi dan perubahan kondisi pasien.

Gender pasien sebagai perempuan yang menjadi faktor risiko pada Ny. L, kemudian data-data penunjang yakni melakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG) ditemukan batu empedu pada pasien, hepar tidak mengalami pembesaran serta intensitas gemaparenkim terbilang normal.

Kondisi kedua ginjal besar dan konturnya normal, kondisi vesica urinary terlihat normal. Penyesuaian teori serta data-data yang ada pada pasien telah ditemukan dan tidak terjadi kendala, namun muncul reaksi alergi serta demam pada Ny. L.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori pada saat menegakan diagnose yang mungkin timbul pada pasien *Post Op Cholelitis* yaitu (SDKI DPP PPNI 2017):

5.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

5.2.2 Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.

5.2.3 Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif.

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ada pada pasien *Post Op. Cholelitis*, yakni (SDKI DPP PPNI 2017), ada 3 diagnosa keperawatan baik itu secara teoritis serta menyesuaikan kondisi yang dirasakan pasien. Berikut beberapa diagnosa yang diberikan atas kesesuaian kondisi pasien yang telah ditemui oleh peneliti di lapangan;

a. Nyeri akut berhubungan dengan penyebab luka fisik, diagnosis ini penulis angkat karena selama penelitian didapatkan data keluhan pasien tentang nyeri luka pasca operasi, skala nyeri 6, nyeri pada bagian bagian *Post Op Cholelitis* terasa seperti tersayat-sayat waktu bergerak 2 menit.

b. Kerusakan integritas kulit jaringan yang berhubungan dengan gangguan mobilitas. Peneliti menganggap diagnosis ini perlu karena adanya tanda dan gejala yang menunjukkan adanya gangguan integritas kulit yaitu nyeri, luka pasca operasi sepanjang 13 cm. Cairan berupa darah keluar dari luka. Oleh karena itu diperlukan mengevaluasi informasi tersebut sebagaimana data

yang telah disebutkan. Oleh karena itu penulis mengangkat diagnosis penurunan integritas kulit terkait dengan kecacatan mobilitas.

c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, diagnosis ini diangkat karena klien terdapat luka post operasi yang dapat menimbulkan terjadinya infeksi pada luka post operasi.

5.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Langkah selanjutnya adalah intervensi keperawatan, ini dilakukan setelah pengkajian, analisa data, serta perumusan diagnosis keperawatan. Intervensi keperawatan inilah yang menentukan atau sebagai indikator keberhasilan dalam mencapai asuhan keperawatan.

Tidak semua rencana keperawatan yang ada di Laporan Pendahuluan akan tulis angkat untuk rencana asuhan keperawatan. Ini dilakukan karena peneliti menyesuaikan kondisi klien yang terlibat dan keterbatasan kami sebagai mahasiswa sehingga hanya mengikuti prosedur yang telah diatur oleh Rumah Sakit.

5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah wujud perencanaan keperawatan yang disusun dan dilaksanakan oleh penulis. Implementasi keperawatan ini bekerja sama dengan kepala dan perawat ruangan, dokter yang bertugas, klien dan keluarganya.

Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan ini, peneliti memerlukan satu shift di setiap harinya untuk melakukan tindakan keperawatan ini. Ketika peneliti sedang tidak ada diruangan, peneliti mengilal balik perkembangan klien dengan menganalisa catatan

perkembangan klien dari catatan ruangan, catatan dokter, hingga bertanya pada perawat yang jaga.

Pada pelaksanaannya, peneliti bertindak keperawatan berupa diagnosa nyeri akut. Peneliti menindak keperawatan monitor skala nyeri dan monitor tanda-tanda vital. Pada diagnosis ini, peneliti mengambil tindakan terapi relaksasi napas untuk meredakan nyeri dan mempercepat proses penyembuhan. Pada saat *Post Op Cholelithiasis*, klien mengeluh nyeri. Perawat ruangan memberikan dukungan untuk segera mengambil tindakan tersebut. Ditambah lagi peneliti juga menjelaskan prosedur dan manfaat tindakan relaksasi napas dalam kepada keluarga klien, dan keluarga klien mendukung atas tindakan tersebut.

Peneliti telah melakukan asuhan keperawatan dengan tindakan teknik relaksasi sebanyak 3 kali dalam 3 hari, yakni saat bertugas di malam hari. Pada tanggal 24 Juni 2023, tepatnya di hari pertama pasien mengalami nyeri akibat luka post operasi dengan skala 6 jadi penulis melakukan tindakan relaksasi napas dalam. pada hari ke 2 jam 19.00 sore dan pada hari ke 3 jam 09.50 melakukan relaksasi napas dalam pada Ny.L. relaksasi napas dalam dilakukan satu kali perhari dinas, hasil dari tindakan relaksasi napas dalam dilaporkan oleh peneliti dilanjutkan dengan temuan TTV. Pada hari kedua, penulis dinas sore 25.06.2023 TTV dengan Ny. L, nyeri pada luka pasca operasi. Penulis melakukan relaksasi nafas dalam di ruang inap dengan dukungan perawat, dan atas persetujuan keluarga, peneliti sudah melakukannya sesuai SOP. didapatkan hasil evaluasi Ny.L nyeri sudah mulai berkurang. Di hari ketiga tanggal 26 Juni 2023 penulis memonitor ttv kembali pada pukul 09.50 klien masih kesakitan tetapi tidak terlalu banyak, setelah itu penulis melakukan relaksasi nafas dalam lagi dan pada hari ketiga perawat ruangan dan keluarga membantu secara kooperatif. Hasil evaluasi didapatkan dari tindakan relaksasi nafas dalam yaitu rasa nyeri yang berkurang. Klien disarankan untuk kembali ke rumah untuk

melakukan rawat jalan dengan polikontrol pada tanggal 3 Juli 2023. Namun sebelumnya peneliti memberikan pelatihan relaksasi nafas dalam, nutrisi yang diperlukan dan rekomendasi untuk mengikuti politerapi. Upaya tindakan relaksasi napas dalam yang diterapkan pada Ny.L keluarga sudah sangat kooperatif. Keluarga klien juga mendengarkan arahan penulis tentang cara mengurangi nyeri jika sudah pulang nanti.

Setelah klien terdiagnosa nyeri akut, peneliti melakukan tindakan keperawatan kepada klien dengan mengidentifikasi rasa nyeri tersebut. Peneliti menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi napas sebagai upaya mengurangi rasa nyeri. Sebagai bukti penelitian, penulis mendokumentasikan hal tersebut sebagai bukti catatan perkembangan kondisi klien.

Pada tanggal 26 Juni 2023 Ny. L diberikan izin oleh dokter untuk pulang kerumah pada pukul 12.00. Kemudian peneliti melepaskan infus pasien, sedangkan kartu kontrol diberikan oleh perawat ruangan untuk pasien ke Poli Bedah RSUD Rejang Lebong.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap akhir proses keperawatan, evaluasi ini bertujuan untuk mengukur tingkat keberhasilan keperawatan dalam upaya memenuhi kebutuhan pasien. Saat pelaksanaan evaluasi, peneliti tidak menemukan kesenjangan antara teori dan praktik yang telah dilakukan. Hal ini terbukti dengan mengatasi semuanya dengan metode Subyektif, Obyektif, Analisa, dan Planning (SOAP). Evaluasi keperawatan ini telah terbagi menjadi dua, yakni evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi sudah sesuai dengan teori yang penulis susun dalam bentuk SOAP. Evaluasi yang didapatkan diantaranya: Nyeri menurun, integritas kulit membaik, dan resiko infeksi tidak ditemukan pada luka post operasi. Peneliti menyimpulkan, semua permasalahan dapat teratasi dengan baik. Yang harus dilakukan adalah kontrol setiap saat untuk

membaca perkembangan kesehatan pasien waktu demi waktu. Pemberian pendidikan kesehatan (penkes) pada pasien sebelum pulang pun sudah penulis berikan sebagai upaya untuk pengurangan rasa nyeri, pemberian penkes ini juga dapat dilakukan pasien secara mandiri dirumah. Penkes ini berisikan tentang informasi lebih lanjut untuk dilakukan pasien rawat jalan *post* operasi *Cholelithiasis*.

Terkhusus Nyeri akut setelah dilakukan relaksasi napas dalam nyeri berkurang hal ini menunjukkan bahwasanya relaksasi napas dalam dapat berpengaruh dalam proses meredakan nyeri pada luka *post* operasi *Cholelithiasis*. Ini berhubungan dengan penelitian oleh Siti Ummu pada 2020, mengenai efektifitas relaksasi napas dalam yang diterapkan ke pasien *Post* operasi *Cholelithiasis*. Relaksasi napas ini juga berpengaruh secara signifikan dengan proses untuk mengurangi nyeri terhadap luka *pasca*-operasi.

ORIGINALITY REPORT

3 %
SIMILARITY
INDEX

3%
INTERNET
SOURCES

0%
PUBLICATION
S

1%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Bellevue Public School Student Paper	1 %
2	123dok.com Internet Source	1 %
3	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	1 %
4	ririnaoeng7.blogspot.com Internet Source	1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

BAB V - Sherly Natasya Putri 1

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7
