

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST* OPERASI
KOLELITIASIS DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT**

(Di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang)



OLEH :

**PUTRI AMANDA SASKIANIDA KUNCORO
NIM. 246410023**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST* OPERASI
KOLELITIASIS DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT**

(Di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang)

KARYA ILMIAH AKHIR

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan
pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan
Institut Teknologi Sains dan Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang

PUTRI AMANDA SASKIANIDA KUNCORO

246410023

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2025**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Putri Amanda Saskianida Kuncoro

NIM : 246410023

Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul: "Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post Operasi* Kolelitiasis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang" merupakan karya tulis ilmiah bukan milik orang lain yang secara keseluruhan adalah asli hasil karya penelitian penulis, kecuali teori maupun kutipan yang mana telah disebutkan sumbernya oleh penulis. Surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terbukti pernyataan ini tidak benar, maka saya siap di proses sesuai hukum dan undang-undang yang berlaku. Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 01 Agustus 2025

Yang Menyatakan
Peneliti



Putri Amanda Saskianida Kuncoro

246410023

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Putri Amanda Saskianida Kuncoro

NIM : 246410023

Program Studi : Profesi Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan menyatakan bahwa karya tulis ilmiah saya yang berjudul: "Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post* Operasi Kolesistitis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang" Merupakan karya tulis ilmiah bukan milik orang lain yang secara keseluruhan adalah asli hasil karya penelitian penulis, kecuali teori maupun kutipan yang mana telah disebutkan sumbernya oleh penulis. Surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terbukti pernyataan ini tidak benar, maka saya siap di proses sesuai hukum dan undang-undang yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 01 Agustus 2025

Yang Menyatakan
Peneliti



Putri Amanda Saskianida Kuncoro

246410023

PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR

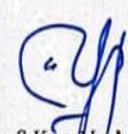
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post* Operasi
Kolelitiasis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di
Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang
Nama Mahasiswa : Putri Amanda Saskianida Kuncoro
NIM : 246410023

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING

Pembimbing Ketua

Pembimbing Anggota


Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0723048301


Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIDN. 0718119004

Mengetahui

Dekan Fakultas Kesehatan

Ketua Program Studi


Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0723048301


Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIDN. 0708098201

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Karya Ilmiah Akhir ini telah diajukan oleh:

Nama Mahasiswa : Putri Amanda Saskianida Kuncoro
NIM : 246410023
Program Studi : Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post* Operasi Kolelitiasis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Profesi Ners pada tanggal 04 Agustus 2025

Komisi Dewan Penguji,

Penguji Utama	: Hindyah Ike S., S.Kep., Ns., M.Kep. NIDN. 0707057901	(.....)
Penguji I	: Inayatur Rosyidah, S.Kep., Ns., M.Kep. NIDN. 0723048301	(.....)
Penguji II	: Ifa Nofalia, S.Kep, Ns., M.Kep. NIDN. 0718119004	(.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kesehatan
ITSKes ICMe Jombang



Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0723048301

Ketua Program Studi
Profesi Ners

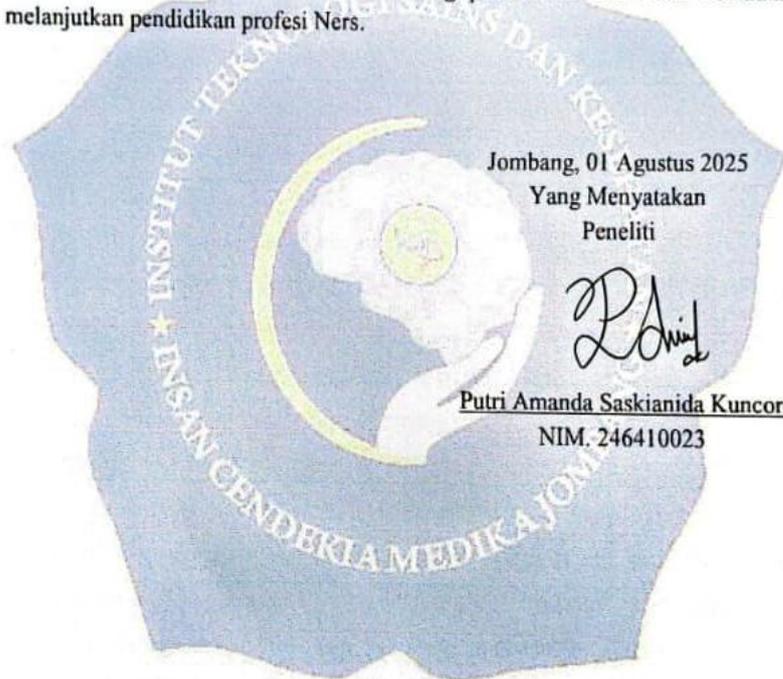


Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIDN. 0708098201

RIWAYAT HIDUP

Penulis bernama Putri Amanda Saskianida Kuncoro, lahir di Denpasar pada tanggal 30 Maret 1998 merupakan anak tunggal. Penulis lahir dari pasangan suami istri, Sri Kuncoro Trenggono Widodo dan Saidah Binti Ibrahim. Sejak kecil penulis dibesarkan di Kota Denpasar, Bali.

Penulis menyelesaikan Pendidikan Dasar di SD Anugerah Denpasar pada tahun 2010, kemudian Penulis melanjutkan Pendidikan ke jenjang Sekolah Menengah Pertama di SMP Negeri 7 Denpasar dan lulus pada tahun 2013, kemudian Penulis melanjutkan pendidikan ke Sekolah Menengah Akhir di SMA Negeri 5 Denpasar dan lulus tahun 2016. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana (S1) Keperawatan di Fakultas Kesehatan di Institut Teknologi Sains Dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang pada tahun 2024 dan kemudian melanjutkan pendidikan profesi Ners.



HALAMAN PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur alhamdulillah kepada Allah S.W.T, sungguh sebuah perjuangan yang cukup panjang yang telah penulis lalui untuk mendapatkan gelar profesi ners ini. Rasa syukur dan bahagia yang penulis rasakan ini akan penulis persembahkan kepada orang-orang yang penulis sayangi, penulis mempersembahkan karya ilmiah akhir ners ini kepada:

1. Ibu Dosen pembimbing dan penguji saya, Inayatur Rosyidah, S.Kep., Ns., M.Kep., Ifa Nofalia, S.Kep., Ns., M.Kep., dan Hindyah Ike S, S. Kep., Ns., M.Kep., terima kasih atas kesabaran, bimbingan, arahan, dan motivasi dalam memberikan ilmu dan motivasi yang telah diberikan kepada penulis selama proses pengerjaan karya ilmiah akhir.
2. Bapak dan ibu Dosen Pendidikan Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas semua ilmu, nasihat, dukungan, dan motivasi yang telah diberikan.
3. Ayahanda tercinta, Sri Kuncoro Trenggono Widodo, terima kasih telah berjuang dengan keras untuk memenuhi segala kebutuhan penulis hingga penulis dapat mengenyam pendidikan hingga profesi ners. Walau terdapat banyak halangan dan rintangan untuk penulis sampai di tahap ini, terima kasih atas kesabaran dan kesediaan untuk memahami serta menemani penulis sehingga penulis dapat sampai pada tahap ini.
4. Ibunda tercinta, Saidah Binti Ibrahim, terima kasih kepada ibunda tercinta yang selalu setia menemani dalam suka maupun duka dan selalu mendukung penulis untuk menyelesaikan pendidikan hingga mencapai gelar profesi ners ini. Terima kasih untuk doa yang tak pernah putus untuk penulis.
5. Kepada Nenek tercinta, Aminah Binti Yusuf, terima kasih telah selalu memberikan doa yang tulus dan semangat kepada penulis agar penulis dapat menyelesaikan pendidikan. Terima kasih atas cinta dan dukungan yang selalu nenek berikan.
6. Kepada keluarga besar penulis, terima kasih karena telah memberikan doa, dukungan, dan semangat kepada penulis selama menempuh jenjang pendidikan sehingga penulis dapat menyelesaikannya dengan baik.

7. Kepada sahabat – sahabat penulis, *Wacana – Calm Down*, terima kasih telah setia menemani penulis baik dalam suka maupun duka, memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis. Terima kasih juga atas kehadiran kalian yang selalu bersedia menjadi pendengar yang baik atas semua cerita dan keluh kesah penulis selama ini. Semoga hubungan persahabatan kita akan terus terjaga dan terjalin dengan baik.
8. Teruntuk kekasih tercinta, Ramadhan Sakha Abitha Tan yang selalu hadir serta menemani penulis sebagai sumber semangat dan ketenangan dalam setiap langkah penulis. Terima kasih atas kasih sayang, pengertian, dan doa yang tak pernah putus yang telah diberikan. Kehadiranmu adalah inspirasi, dan cintamu adalah kekuatan bagi penulis.
9. Kepada seluruh teman-teman seperjuangan Profesi Ners 2024/2025, terima kasih atas kebersamaan, kerjasama, dan dukungan yang telah diberikan kepada penulis selama perjalanan pendidikan profesi ners ini. Semoga kelak kita sama-sama sukses dalam karir kita.
10. Kepada diri saya yang saya cintai, Putri Amanda Saskianida Kuncoro, terima kasih karena masih dapat bertahan sampai saat ini, tidak menyerah akan segala rintangan dan hambatan yang telah dilalui. Tetap semangat dalam mewujudkan impian yang diharapkan dan memenuhi harapan orang – orang terkasih. Terima semoga hal – hal yang baik akan terus menyinarimu saat ini dan ke depannya. Tetaplah sehat dan bahagia, Putri Amanda Saskianida Kuncoro.

MOTTO

“Setiap kesulitan selalu ada kemudahan, setiap masalah selalu ada solusi”.

(QS. Al Insyirah Ayat 5)

“All our dreams can come true, if we have the courage to pursue them”.

(Walt Disney)

“Menjadi perawat bukan hanya soal keahlian, tapi juga tentang kemanusiaan”.

(Florence Nightingale)

“Menjadi perawat adalah salah satu cara kecil untuk mengabdikan kepada Allah melalui pelayanan kepada manusia”.

(Putri Amanda)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat limpahan Rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan Judul Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post* Operasi Kolelitiasis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang. Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (Ns) pada Program Studi Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITSkes Insan Cendekia Medika Jombang.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terimakasih yang sebesar besarnya dengan hati yang tulus kepada Prof. Drs. Win Darmanto, M.Si.,Med.Sci.,Ph.D selaku Rektor ITSkes Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan, Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Kesehatan dan Dwi Prasetyaningati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Profesi Ners, Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing ketua dan Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing anggota yang telah memberikan waktu dan bimbingan kepada saya untuk menyelesaikan Karya Ilmiah akhir Ners saya.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap Karya Ilmiah Akhir Ners ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Jombang, 01 Agustus 2025

Penulis



Putri Amanda Saskianida Kuncoro

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST* OPERASI KOLELITIASIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT (Di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang)

Oleh:

Putri Amanda Saskianida K, Inayaturo Rosyidah, Ifa Nofalias
Profesi Ners Fakultas Kesehatan ITS Kes ICMes Jombang
putriamanda167@gmail.com

Pendahuluan: Kolelitiasis merupakan salah satu gangguan saluran empedu yang sering ditangani dengan tindakan kolesistektomi. Pasien *post* operasi kolelitiasis umumnya mengalami nyeri akut akibat insisi pembedahan, yang bila tidak ditangani dengan baik dapat menurunkan kenyamanan, menghambat mobilisasi, dan memperlambat penyembuhan serta menurunkan kualitas hidup. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi kolelitiasis dengan masalah utama nyeri akut di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Data dikumpulkan melalui studi dokumentasi. Uji keabsahan data dilakukan menggunakan triangulasi data. **Hasil:** Hasil pengkajian menunjukkan pasien mengeluh nyeri dengan skala 6 pada daerah insisi, disertai ekspresi wajah meringis, peningkatan tekanan darah, dan gangguan pada tidur. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu nyeri akut dan gangguan pola tidur. Intervensi yang direncanakan meliputi manajemen nyeri dengan kriteria hasil tingkat nyeri menurun dan dukungan tidur dengan kriteria hasil pola tidur membaik. Implementasi dilakukan sesuai rencana selama tiga hari. Evaluasi menunjukkan bahwa masalah keperawatan teratasi dengan menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri dari skala 6 menjadi 4, pasien tampak lebih rileks, dan kualitas tidur membaik. **Kesimpulan:** Berdasarkan pengkajian hingga evaluasi, asuhan keperawatan telah dilakukan secara tepat dan komprehensif dengan kombinasi intervensi farmakologis dan nonfarmakologis serta tidak terdapat kendala pada implementasi yang dilakukan sehingga efektif menurunkan nyeri akut dan memperbaiki kualitas tidur pada pasien *post* operasi kolelitiasis.

Kata Kunci: Kolelitiasis, *post* operasi, nyeri akut

ABSTRACT

Nursing Care for Post-Cholelithiasis Surgery Patients with Acute Pain (at Bima Ward, Jombang District General Hospital)

By:

Putri Amanda Saskianida K, Inayatur Rosyidah, Ifa Nofalias
Nursing Profession Program, Faculty of Health, ITSKes ICMe Jombang
putriamanda167@gmail.com

Introduction: Cholelithiasis is one of the biliary tract disorders frequently treated with cholecystectomy. Postoperative cholelithiasis patients commonly experience acute pain due to surgical incision, which, if not properly managed, may reduce comfort, hinder mobilization, delay recovery, and decrease quality of life. This study aimed to describe nursing care for postoperative cholelithiasis patients with acute pain as the main nursing problem in Bima Ward, Jombang District General Hospital. **Methods:** This study used a case study design with a nursing process approach consisting of assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. Data were collected through documentation study, and data validity was ensured using triangulation. **Results:** The assessment revealed that the patient complained of pain with a pain scale of 6 at the incision site, accompanied by facial grimacing, elevated blood pressure, and sleep disturbance. The established nursing diagnoses were acute pain and sleep pattern disturbance. Planned interventions included pain management and sleep support with the expected outcome of reduced pain intensity and improved sleep quality. Interventions were implemented as planned over three days. Evaluation showed that the nursing problems were resolved, as indicated by a decrease in pain intensity from scale 6 to 4, the patient appeared more relaxed, and sleep quality improved. **Conclusion:** Based on the assessment through evaluation, nursing care was carried out appropriately and comprehensively using a combination of pharmacological and non-pharmacological interventions, with no barriers during implementation. These interventions were effective in reducing acute pain and improving sleep quality in postoperative cholelithiasis patients.

Keywords: Cholelithiasis, postoperative care, acute pain

DAFTAR ISI

SAMPUL LUAR	i
SAMPUL DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI	iv
PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	v
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS	vi
RIWAYAT HIDUP	vii
HALAMAN PERSEMBAHAN	viii
MOTTO	x
KATA PENGANTAR	xi
ABSTRAK	xii
ABSTRACT	xiii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Kolelitiatis	7
2.2 Konsep Nyeri.....	20
2.3 Konsep Terapi Relaksasi nafas dalam.....	27
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan	30
BAB 3 METODE PENELITIAN	46
3.1 Desain Penelitian.....	46
3.2 Batasan Istilah	46
3.3 Partisipan.....	47
3.4 Waktu dan lokasi penelitian	47
3.5 Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	48
3.6 Uji Keabsahan Data.....	48

3.7 Analisa Data	48
3.8 Etika Penelitian	50
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	52
4.1 Hasil	52
4.2 Pembahasan.....	82
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	98
5.1 Kesimpulan.....	98
5.2 Saran.....	99
DAFTAR PUSTAKA	101
LAMPIRAN.....	104



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Diagnosis Keperawatan.....	37
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	40
Tabel 4.1 Aktivitas dan latihan	55
Tabel 4.2 Pemeriksaan penunjang darah lengkap	63
Tabel 4.3 Analisa data.....	65
Tabel 4.4 Intervensi keperawatan	67
Tabel 4.5 Implementasi keperawatan.....	70
Tabel 4.6 Evaluasi Keperawatan.....	77



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi kandung empedu	9
Gambar 2.2 <i>Pathway</i> Kolelitiasis.....	15
Gambar 2.3 <i>Verbal Descriptor Scale</i>	26
Gambar 2.4 <i>Visual Analog Scale</i>	26
Gambar 2.5 <i>Numeric Rating Scale</i>	27



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan.....	104
Lampiran 2. Lembar Penjelasan Penelitian.....	105
Lampiran 3. Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	106
Lampiran 4. Lembar Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah	107
Lampiran 5. Lembar Bimbingan KIAN Pembimbing 1.....	119
Lampiran 6. Lembar Bimbingan KIAN Pembimbing 2.....	120
Lampiran 7. Hasil Uji Etik.....	121
Lampiran 8. Surat Pengecekan Judul di Perpustakaan.....	122
Lampiran 9. Surat Keterangan Bebas Plagiasi.....	123
Lampiran 10. Hasil Turnitin <i>Digital Receipt</i>	124
Lampiran 11. Hasil Persentase Turnitin.....	125
Lampiran 12. Surat Pernyataan Kesiapan Unggahan Karya Ilmiah Akhir	128



DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar lambang

% : presentase

& : dan

/ : atau

° : derajat

Daftar singkatan

RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah

HDL : *High Density Lipoprotein*

TG : Triglicerida

SOP : Standar Operasional Prosedur

VDS : *Verbal Descriptor Scale*

VAS : *Visual Analog Scale*

NRS : *Numeric Rating Scale*

MRS : Masuk Rumah Sakit

WHO : *World Health Organization*

ITSKes : Institut Teknologi Sains dan Kesehatan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kolelitiasis sebenarnya sering tidak disadari oleh para penderitanya karena seringkali asimtomatik, tetapi satu gejala khas yang paling sering dialami oleh pasien kolelitiasis adalah kolik bilier. Setiap kali kolelitiasis mulai memunculkan serangan nyeri kolik yang spesifik, maka pasien akan memiliki peningkatan dalam resiko terjadinya komplikasi (Jamini & Trihandini, 2023). Nyeri perut yang hebat pada perut kuadran kanan atas yang tajam dan konstan merupakan gejala umum yang terjadi pada pasien kolelitiasis akut, nyeri tersebut dapat berupa serangan akut atau terjadi dengan didahului suatu perasaan tidak nyaman pada daerah epigastrium setelah makan. Nyeri ini dapat bertambah berat pada saat inspirasi dan dapat menjalar hingga ke punggung dan scapula, disertai dengan adanya keluhan lain seperti mual, muntah, dan penurunan nafsu makan. Pada pemeriksaan fisik dapat kita temukan adanya nyeri tekan pada daerah perut kuadran kanan atas yang disebut dengan “*Murphy sign*” (Kumar *et al*, 2018 dalam Sulistyowati, 2022). Karakteristik pasien dengan kolelitiasis berbeda-beda sehingga keluhan yang dirasakan pun dapat berbeda-beda. Hal tersebut menyebabkan dibutuhkannya asuhan keperawatan yang lebih komprehensif.

Kolelitiasis merupakan suatu peradangan pada kandung empedu atau di dalam saluran empedu yang disebabkan oleh adanya endapan dari komponen empedu yang mengeras dan membentuk batu (Samsuhidajat, 2018). Pasien kolelitiasis dapat dibedakan menjadi beberapa kategori, yaitu pasien dengan batu asimtomatik, simptomatik, dan komplikasi kolelitiasis (kolesistitis akut, ikterus,

kolangitis, dan pankreatitis) (Lesmana, 2019). Lebih dari 80% kolelitiasis bersifat asimtomatis dan kebanyakan penderita kolelitiasis tidak merasakan adanya nyeri maupun komplikasi selama beberapa dekade. Sekitar 1-4% pasien asimtomatik dapat berkembang menjadi simptomatik dalam 1 tahun. Kolelitiasis sering ditemukan tanpa sengaja pada saat pemeriksaan USG, seseorang dengan kolelitiasis asimtomatik dapat berkembang menjadi kolelitiasis simptomatik, tetapi resiko yang muncul sangatlah kecil (Stinton & Shaffer, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2020 menunjukkan bahwa terdapat 400 juta penduduk di dunia mengalami kolelitiasis dan mencapai 700 juta penduduk pada tahun 2018 (Wijayanti & Utami, 2023). Kolelitiasis merupakan masalah kesehatan umum dan sering terjadi di seluruh dunia, walaupun memiliki prevalensi yang berbeda beda di setiap daerah (Kurniawan & Armiyati, 2020). Prevalensi kolelitiasis antara orang dewasa adalah sekitar 10% atau sekitar 535 juta orang sementara di Eropa Barat prevalensinya berkisar dari 5,9% atau 10 juta orang hingga 21,9% atau 39 juta orang. Tingkat prevalensi 3,2% (105 juta orang) hingga 15,6% (546 juta orang) telah dilaporkan di Asia. Kolelitiasis lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pria. Menurut *Third National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III), prevalensi kolelitiasis di Amerika Serikat yaitu 7,9% (13,7 juta orang) pada laki-laki dan 16,6% (28,5 juta orang) pada perempuan (Aji *et al*, 2020). Berdasarkan data riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi kolelitiasis terjadi pada orang dewasa sebesar 15,4% atau 27,7 juta (Kemenkes, 2018). Berdasarkan data yang diperoleh dari Ruang Bima RSUD Jombang pada tahun 2024, kasus

kolelitiasis merupakan kasus yang terjadi diruangan tersebut dan terdapat sekitar 50 kasus kolelitiasis setiap bulannya.

Kolelitiasis merupakan suatu peradangan pada kandung empedu yang berhubungan dengan adanya inflamasi yang dikarenakan oleh adanya obstruksi dari duktus sistikus atau dalam infundibulum yang disebabkan oleh batu empedu. Nyeri pada pasien kolelitiasis dapat dihindari atau dikurangi dengan menghindari atau mengurangi makanan berlemak (Samsuhidajat, 2018). Jika serangan nyeri berulang meskipun telah dilakukan perubahan pola makan, maka dianjurkan untuk menjalani pengangkatan kandung empedu (kolesistektomi).

Kolesistektomi merupakan terapi definitif pada pasien dengan kolelitiasis akut. Salah satu keluhan yang paling umum dirasakan pasien *post* operasi kolesistektomi adalah nyeri. Sebanyak 75% pasien *post* operasi akan mengalami nyeri sedang sampai berat setelah operasi yang dapat berlangsung 24 sampai 48 jam atau dapat juga berlangsung lebih lama tergantung dari bagaimana pasien dapat menahan dan berespon pada rasa nyeri (Nurhayati *et al*, 2022). Nyeri pada pasien *post* operasi harus segera diatasi karena dapat berdampak pada kondisi psikologis dan fisiologis yang akan berdampak pada proses penyembuhan pasien. Dampak fisiologis yaitu peningkatan tanda-tanda vital, peningkatan hormon stres, menghambat penyembuhan, dan menurunnya fungsi imun. Nyeri juga memiliki dampak psikologis yaitu gangguan perilaku seperti cemas, stress, gangguan pada tidur, dan ketakutan (Kaparang *et al*, 2022).

Penatalaksanaan pada masalah nyeri dapat dilakukan secara farmakologi dan nonfarmakologi. Teknik nonfarmakologi yang dapat dilakukan salah satunya adalah teknik relaksasi nafas dalam yang dapat mengurangi ketegangan pada otot

akibat nyeri. Teknik relaksasi nafas dalam pada pasien *post* operasi kolesistektomi menunjukkan adanya penurunan nyeri pada pasien ditandai dengan tampak nyaman dan rileks serta dapat menurunkan adaptasi respon nyeri pada pasien (Sudirman *et al*, 2023). Teknik relaksasi nafas dalam dapat diberikan dengan durasi 10-15 menit dalam frekuensi 1-3 kali sehari dengan posisi *fowler* (90^0) atau posisi *semi fowler* (30^0 - 45^0) (Kaparang *et al*, 2022).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi kolelitiasis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Bima RSUD Jombang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi kolelitiasis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Bima RSUD Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran pengkajian pada pasien *post* operasi kolelitiasis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Bima RSUD Jombang.
2. Mengidentifikasi gambaran diagnosis keperawatan pada pasien *post* operasi kolelitiasis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Bima RSUD Jombang.

3. Mengidentifikasi gambaran rencana keperawatan pada pasien *post* operasi kolelitiasis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Bima RSUD Jombang.
4. Mengidentifikasi gambaran implementasi asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi kolelitiasis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Bima RSUD Jombang.
5. Mengidentifikasi gambaran evaluasi keperawatan pada pasien *post* operasi kolelitiasis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Bima RSUD Jombang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan dan menambah wawasan dalam penatalaksanaan perawatan pasien *post* operasi kolelitiasis yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran nyata tentang penerapan proses keperawatan pada pasien *post* operasi kolelitiasis dengan masalah keperawatan nyeri akut. Bagi perawat diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi dalam memberikan asuhan keperawatan yang efektif, tepat sasaran, dan berbasis *evidence based practice*. Bagi pihak RSUD Jombang diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu informasi atau data tambahan dalam pengembangan standar operasional prosedur (SOP) penatalaksanaan nyeri akut pada pasien *post* operasi kolelitiasis. Bagi institusi

pendidikan diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan pembelajaran dan contoh nyata dari penerapan proses asuhan keperawatan dalam menangani masalah nyeri akut pada pasien *post* operasi kolelitiasis.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kolelitiasis

2.1.1 Definisi Kolelitiasis

Kolelitiasis adalah penyakit batu empedu yang dapat ditemukan dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu yang umumnya komposisi utamanya adalah kolesterol (Kristiawan & Arsy, 2024). Kandung empedu adalah sebuah kantung terletak di bawah hati yang mengonsentrasikan dan menyimpan empedu sampai ia dilepaskan ke dalam usus. Kebanyakan batu duktus koledokus berasal dari batu kandung empedu, tetapi ada juga yang terbentuk primer di dalam saluran empedu. Batu empedu bisa terbentuk di dalam saluran empedu jika empedu mengalami aliran balik karena adanya penyempitan saluran. Batu empedu di dalam saluran empedu bisa mengakibatkan infeksi hebat saluran empedu (kolangitis). Jika saluran empedu tersumbat, maka bakteri akan tumbuh dan dengan segera menimbulkan infeksi di dalam saluran. Bakteri bisa menyebar melalui aliran darah dan menyebabkan infeksi di bagian tubuh lainnya (Purnomo *et al.*, 2023).

2.1.2 Anatomi kolelitiasis

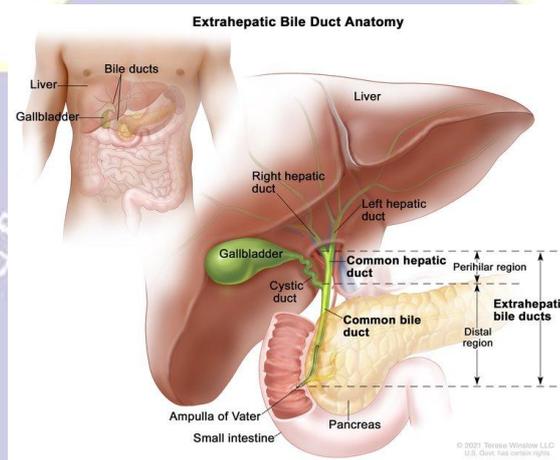
1. Kandung empedu

Vesica biliaris (fellea) merupakan suatu kantong berbentuk seperti buah pir yang berada pada fossa vesica biliaris di antara lobus hepatis dextra dan sinistra dengan panjang sekitar 7 – 10 cm dan kapasitas kurang lebih 30 ml (L. Moore *et al.*, 2018). Permukaan dorumkital vesica biliaris ditutupi oleh peritoneum viscerale, dan permukaan ventral vesica biliaris melekat pada

hepar. Peritoneum menyelubungi seluruh fundus dan memfiksasi corpus corpus vesica biliaris dan collum vesica biliaris pada hepar. Vesica biliaris dapat dibedakan menjadi 3 bagian yaitu fundus, corpus vesica biliaris, dan collum vesica biliaris. Collum vesica biliaris berjalan berkelok seperti huruf S dan berlanjut sebagai ductus cysticus. Mukosanya mempunyai lipatan yang berulir yang disebut dengan valvula vesica biliaris, mukosa ini berfungsi agar lumen ductus cysticus tetap terbuka sehingga empedu dapat dengan mudah masuk ke vesica biliaris saat ujung distal ductus choledochus tertutup, ataupun keluar dari vesica biliaris untuk masuk ke duodenum saat vesica biliaris berkontraksi. (L. Moore *et al.*, 2018).

Sekresi dari empedu mula-mula dimulai dari adanya sekresi empedu oleh sel hepar ke ductulus biliaris yang berlanjut menjadi ductulus interlobularis. Ductulus biliaris yang menyatu akan membentuk ductus hepaticus dextra yang menyalurkan empedu dari lobus hepatis dextra dan ductus hepaticus sinistra yang menyalurkan empedu dari lobus hepatis sinistra, lobus caudatus dan sebagian besar lobus quadratus. Kedua ductus hepaticus akan menyatu menjadi ductus hepaticus communis dan nantinya akan bergabung dengan ductus cysticus, yang merupakan suatu saluran dengan panjang sekitar 4 cm yang menghubungkan collumna vesica biliaris dengan ductus hepaticus communis, membentuk ductus choledochus (biliaris) yang akan menyalurkan empedu masuk ke dalam duodenum. (L, Moore *et al.*, 2018). Suplai darah untuk vesica biliaris, ductus choledochus dan ductus cysticus berasal dari arteri cystica, yang berasal dari ramus dextra arteri hepatica propria. Aliran darah dari saluran empedu dan collum vesica biliaris akan disalurkan menuju

vena cystica. Vena cystica dapat berjalan langsung ke hati atau bergabung dengan vena porta hepatis. Aliran limfatik dari kandung empedu mengalir menuju ke hati dan menuju duktus sistika dan masuk ke dalam nodi lymphoidea hepatici, atau seringkali melalui nodus cysticus yang berada pada collum vesica billiaris (Albert *et al.*, 2020). Vesica billiaris diinervasi oleh cabang dari saraf simpatetik dan parasimpatetik, yang melalui plexus coeliacus. Saraf preganglionik simpatetik berasal dari T8 dan T9.



Gambar 2.1 Anatomi kandung empedu
Sumber: *National Cancer Institute, 2023.*

2. Sekresi Empedu

Salah satu fungsi hati adalah untuk menyekresi empedu, dimana sekitar 600 - 1000 ml empedu disekresikan perhari. Empedu yang telah disekresikan nantinya akan disimpan sementara dalam kandung empedu, dan akan mengalami pemekatan sekitar 50 %. Menurut Albert & Andre Bredenoord (2020) empedu memiliki dua fungsi penting, yaitu:

- a. Empedu berperan penting dalam pencernaan dan absorpsi lemak, karena peran asam empedu yang membantu mengemulsikan partikel-partikel

lemak besar dalam makanan menjadi partikel yang lebih kecil dengan dibantu enzim lipase yang disekresi dalam getah pankreas. Asam empedu juga membantu transport dan absorpsi produk akhir lemak menuju dan melalui membran mukosa intestinal

- b. Empedu bekerja untuk mengekskresi beberapa produk buangan dari darah, antara lain bilirubin, yang merupakan produk akhir dari katabolisme hemoglobin, dan kolesterol yang berlebih

2.1.3 Klasifikasi kandung empedu

Kristiawan & Arsy (2024) menyampaikan bahwa klasifikasi kolelitiasis dibedakan menjadi 3 jenis batu pada kandung empedu, yaitu:

1. Batu Kolesterol

Biasanya berukuran besar soliter, berstruktur bulat atau oval, berwarna kuning pucat dan seringkali mengandung kalsium dan pigmen. Kolesterol yang merupakan unsur normal pembentuk empedu bersifat tidak larut dalam air. Kelarutannya tergantung pada asam-asam empedu dan (lesitin fosfolipid) dalam empedu. Pada pasien yang cenderung menderita batu empedukan terjadi penurunan sintesis kolesterol dalam hati.

2. Batu Pigmen

Terdiri atas garam kalsium dan salah satu dari anion (bilirubin, karbonat, fosfat dan asam lemak rantai panjang). Batu-Batu ini cenderung berukuran kecil, multiple dan warna hitam kecoklatan. Batu pigmen berwarna coklat berhubungan dengan hemolisis kronis (batu semacam ini lebih jarang dijumpai). Batu pigmen akan terbentuk apabila pigmen tidak terkonjugasi dalam empedu mengadakan presipitasi (pengendapan) sehingga terjadi batu.

Resiko terbentuknya batu semacam ini semakin besar pada pasien sirosis, hemolisis dan infeksi percabangan billier.

3. Batu Campuran

Batu ini merupakan campuran antara batu pigmen dan batu kolesterol atau dengan substansi lain (kalsium karbonat, fosfat, garam empedu palmitat) dan biasanya berwarna coklat tua.

2.1.4 Etiologi kolelitiasis

Purnomo *et al.* (2023) mengatakan bahwa faktor risiko terjadinya batu empedu adalah sebagai berikut:

1. Usia

Umur seseorang menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya batu empedu. Penyakit batu empedu jarang terjadi pada usia kurang dari 20 tahun. Pada bayi dan anak-anak, batu yang paling umum terjadi adalah batu pigmen, dimana hal ini berhubungan dengan hemolisis atau penyakit kronis seperti kistik fibrosis, thalassemia mayor, dan anemia sel sabit. Risiko untuk terkena kolelitiasis sejalan dengan bertambahnya usia. Orang dengan usia >40 tahun cenderung menderita batu empedu 4-10 kali lebih berisiko dibanding dengan usia yang lebih muda.

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor risiko yang berpengaruh untuk batu empedu, dimana wanita memiliki risiko 2 kali lipat terkena batu empedu dibandingkan dengan pria. Hal ini dikarenakan akibat hormon estrogen, yang berpengaruh terhadap peningkatan eksresi kolesterol oleh kantung empedu. Kehamilan juga ditemukan berhubungan dengan pembentukan batu empedu.

Batu empedu lebih sering ditemukan pada wanita-wanita multipara (paritas 4 atau lebih).

3. Genetik

Analisis pasangan kembar dari *The Swedish Twin Registry* menunjukkan faktor genetik 25% merupakan faktor risiko terjadinya batu empedu. Dimana genotipe heterozigot atau homozigot telah meningkatkan risiko terjadinya batu empedu secara signifikan. dapat menyebabkan penyerapan kolesterol di usus rendah, meningkatkan kolesterol serum, dan sintesis kolesterol di hati tinggi, saturasi kolesterol empedu, dan resistensi insulin. Penelitian baru-baru ini didapatkan fakta bahwa, kerentanan seseorang terhadap terjadinya batu empedu dipengaruhi oleh *mucin gene polymorphisms* atau *FGFR4 polymorphism*. *The mucin-like protocadherin gene (MUPCDH) polymorphism rs3758650* dianggap sebagai penanda genetik untuk memprediksi terjadinya penyakit batu empedu.

4. Obesitas

Orang dengan obesitas akan terjadi perubahan pada metabolisme kolestrol dimana akan meningkatkan sekresi kolestrol dan juga gangguan motilitas kandung empedu, yang memicu terbentuknya batu.

5. Dislipidemia

Dislipidemia merupakan salah satu dari sindroma metabolik. Pada studi yang dilakukan di Taiwan menunjukkan bahwa sindroma metabolik berkaitan dengan peningkatan risiko terjadinya batu empedu dihubungkan dengan usia dan jenis kelamin (Smeltzer & Bare, 2019). Beberapa penelitian yang dilakukan di negara barat dilaporkan bahwa usia, jenis kelamin, BMI,

hiperlipidemia, penggunaan kontrasepsi oral, konsumsi alkohol, diabetes mellitus berkaitan erat dengan terjadinya batu empedu (Lin, 2020). Penurunan level *High Density Lipoprotein* (HDL) merupakan salah satu risiko terjadinya batu empedu. Kolesterol bilier utamanya berasal dari HDL – C. Penurunan konsentrasi HDL – C dikaitkan dengan resistensi insulin. Penelitian lain menyebutkan bahwa peningkatan kadar Trigliserida (TG) menyebabkan penurunan kontraksi dari kandung empedu yang berakibat pembentukan batu empedu (Mendez, 2020).

6. Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) dikaitkan dengan terjadinya batu empedu masih kontroversi. Beberapa studi di barat dilaporkan bahwa DM berkaitan dengan batu empedu dimana hiperglikemi umumnya terdapat pada grup batu empedu pada analisis univariat tetapi tidak terdapat pada grup batu empedu dengan multi logistik regresi. Penelitian pada tikus dengan hiperinsulinemia terdapat spesifik protein yang dapat mengakibatkan peningkatan konsentrasi kolesterol dalam bile (Kovacs, 2008). Hiperglikemia menghambat sekresi bila dari hati dan dapat mengganggu kontraksi dari kantung empedu serta mempunyai efek terhadap motilitas dari kandung empedu hal ini dapat meningkatkan risiko terjadinya batu empedu (Chen, 2019).

2.1.5 Manifestasi Klinis Kolelitiasis

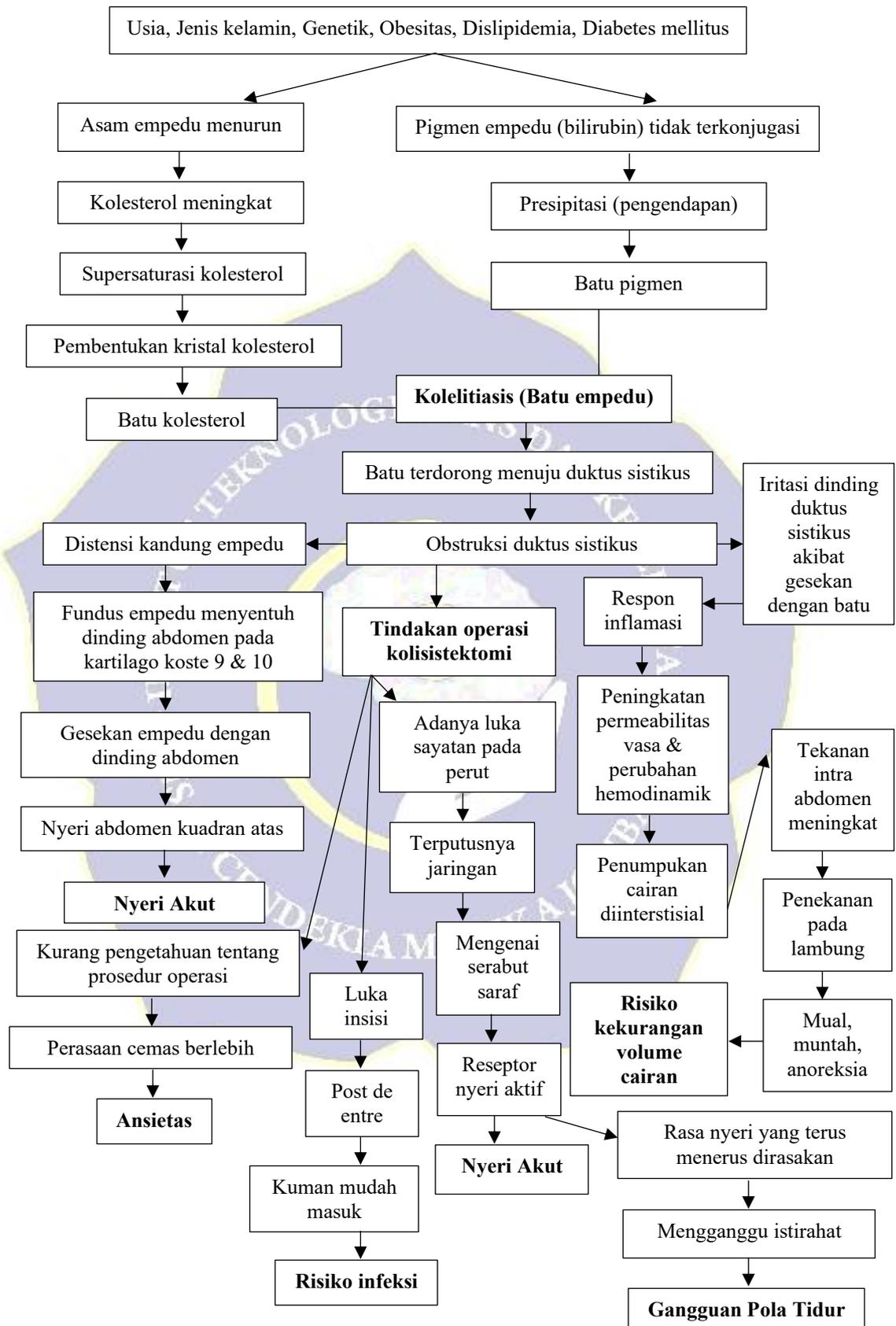
Sebagian besar gejala yang timbul apabila batu menyumbat aliran empedu, yang sering terjadi karena batu kecil melewati ke dalam duktus koledokus. Penderita batu empedu sering memiliki gejala kolesistitis akut atau kronik. Bentuk akut ditandai oleh nyeri hebat mendadak pada epigastrium atau abdomen kuadran

kanan atas, nyeri menyebar ke punggung dan bahu kanan. Penderita dapat berkeringan banyak atau berjalan mondar-mandir atau berguling ke kanan dan ke kiri di atas tempat tidur. Mual dan muntah sering terjadi. Nyeri dapat berlangsung berjam-jam atau dapat kambuh kembali setelah remisi parsial. Gejala kolelitiasis kronik mirip dengan akut tetapi beratnya nyeri dan tanda-tanda fisik kurang nyata. Pasien sering memiliki riwayat dispepsia, intoleransi lemak, nyeri ulu hati, atau flatulen yang berlangsung lama (Price & Wilson, 2019).

2.1.6 Patofisiologi Kolelitiasis

Sebagian besar batu empedu terbentuk di dalam kandung empedu dan sebagian besar batu di dalam saluran empedu berasal dari kandung empedu. Batu empedu bisa terbentuk di dalam saluran empedu jika empedu mengalami aliran balik karena adanya penyempitan saluran atau setelah dilakukan pengangkatan kandung empedu. Batu empedu di dalam saluran empedu bisa mengakibatkan infeksi hebat saluran empedu (kolangitis), infeksi pankreas (pankreatitis) atau infeksi hati. Jika saluran empedu tersumbat, maka bakteri akan tumbuh dan dengan segera menimbulkan infeksi di dalam saluran. Bakteri bisa menyebar melalui aliran darah dan menyebabkan infeksi di bagian tubuh lainnya. Kadang-kadang batu yang besar secara bertahap akan mengikis dinding kandung empedu dan masuk ke usus halus atau usus besar, dan menyebabkan penyumbatan usus (ileus batu empedu). Dari saluran empedu, batu empedu bisa masuk ke usus halus atau tetap berada di dalam saluran empedu tanpa menimbulkan gangguan aliran empedu maupun gejala (Adhata *et al.*, 2022).

2.1.7 Pathway Kolelitiasis



Gambar 2.2 Pathway Kolelitiasis
Sumber : Lesmana, 2019

2.1.8 Komplikasi Kolelitiasis

Jamini & Trihandini (2023) menyebutkan terdapat beberapa komplikasi dari kolelitiasis yaitu:

1. Kolesistitis atau peradangan kandung empedu, saluran kandung empedu tersumbat oleh batu empedu, menyebabkan infeksi dan peradangan kandung empedu.
2. Kolangitis atau peradangan pada saluran empedu, terjadi karena infeksi yang menyebar melalui saluran-saluran dari usus kecil menjadi terhalang oleh sebuah batu empedu.
3. Hidrops disebabkan oleh obstruksi duktus sistikus sehingga tidak dapat diisi lagi empedu pada kandung empedu yang normal.
4. Empiema yaitu kandung empedu berisi nanah. Komplikasi ini dapat membahayakan jiwa dan membutuhkan kolesistektomi darurat segera.
5. Perforasi lokal biasanya tertahan oleh adhesi yang ditimbulkan oleh peradangan berulang kandung empedu. Perforasi bebas lebih jarang terjadi tetapi mengakibatkan kematian sekitar 30%.
6. Ileus batu empedu yaitu obstruksi intestinal mekanik yang diakibatkan oleh lintasan batu empedu yang besar kedalam lumen usus.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang Kolelitiasis

Menurut Adhata dkk. (2022) pemeriksaan penunjang yang dapat menentukan penyakit kolelitiasis, yaitu pemeriksaan diagnostik dan laboratorium yang dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Pemeriksaan Radiologis

a. Pemeriksaan Sinar X Abdomen

Foto polos abdomen biasanya tidak memberikan gambaran yang khas karena hanya sekitar 10-15% batu kandung empedu yang bersifat radiopak. Kadang-kadang empedu yang mengandung cairan empedu berkadar kalsium tinggi dapat dilihat dengan foto polos. Pada peradangan akut dengan kandung empedu yang membesar atau hidrops, kandung empedu kadang terlihat sebagai massa jaringan lunak di kuadran kanan atas yang menekan gambaran udara dalam usus besar di fleksura hepatica.

b. Ultrasonografi

Pemeriksaan USG telah menggantikan kolesistografi oral sebagai prosedur diagnostik pilihan karena pemeriksaan ini dapat dilakukan dengan cepat dan akurat serta dapat digunakan pada penderita disfungsi hati dan ikterus.

c. Pemeriksaan Pencitraan Radio Nuklida atau Koleskintografi

Dalam prosedur ini preparat radio aktif disuntikkan melalui intravena. Preparat ini kemudian diambil oleh hepatosit dan dengan cepat dieksresikan kedalam sistem bilier selanjutnya. Selanjutnya dilakukan pemindaian saluran empedu untuk mendapatkan gambar kandung empedu dan percabangan bilier.

d. Kolesistografi

Kolesistografi oral dapat dilakukan untuk mendeteksi batu empedu dan mengkaji kemampuan kandung empedu untuk melakukan pengisian,

memekatkan isinya, berkontaksi serta mengosongkan isinya. media kontas yang mengandung iodium yang dieksresikan oleh hati dan dipekatkan dalam kandung empedu diberi kepada pasien. Kandung empedu yang normal akan terisi oleh bahan radiopaque ini. Jika terdapat batu empedu bayangan akan tampak pada foto rontgen.

2. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Darah lengkap: leukositosis sedang (akut)
- b. Bilirubin dan amilase serum: meningkat
- c. Enzim hati serum: AST (SGOT), ALT (SGPT), LDH agak meningkat, alkalin fosfat dan 5-nukleotidase: ditandai dengan obstruksi bilier
- d. Kadar protrombin: Menurun bila obstruksi aliran empedu dalam usus menurunkan absorpsi vitamin K.
- e. *Kolangiogram kreatografi retrograd endoscopic (ERCP)*
Memperlihatkan percabangan bilier dengan kanulasi duktus koledokus melalui duodenum
- f. Kolangiografi transhepatik perkutaneus: pembedaan gambaran dengan flurosopi antar penyakit kandung empedu dan kanker pankreas (bila ikterik ada)
- g. Scan CT: dapat menyatakan kista kandung empedu, dilatasi duktus kandung empedu, dan membedakan antara ikterikobstruksi/non obstruksi. Scan hati (dengan zat radio aktif) menunjukkan obstruksi percabangan bilier

- h. Foto Abdomen (multiposisi): menyatakan gambaran radiologi (kalsifikasi) batu empedu, klasifikasi dinding atau pembesaran kandung empedu
- i. Foto dada: menunjukkan pernafasan yang menyebabkan penyebaran nyeri

2.1.10 Penatalaksanaan Kolelitiasis

Utami & Marwanti (2024) menyebutkan terdapat dua bentuk penatalaksanaan medis yaitu bedah dan non bedah yang dijelaskan sebagai berikut:

1. Penatalaksanaan Non Bedah

a. Farmakologis

- 1) Untuk menghancurkan batu: Irsidiol, Actigal. Efek samping: diare, bersifat hepatotoksik pada fetus sehingga kontra indikasi untuk ibu hamil.
- 2) Konden kolesterol dalam batu empedu: Chenodiol/Chenix
- 3) Untuk mengurangi gatal-gatal: Choletyramine (Questran)
- 4) Menurunkan rasa nyeri: analgesik
- 5) Mengobati infeksi

b. Pengangkatan batu tanpa operasi

- 1) Pelarutan batu empedu, dengan menginfuskan suatu bahan pelarut (monooktanoin atau metil tertierbutil eter/MTBE) ke dalam batu empedu. Dapat diinfuskan atau melalui selang kateter yang dipasang perkutan langsung ke dalam kandung empedu, melalui selang matau drain yang dimasukkan melalui saluran T tube untuk melarutkan batu yang belum

dikeluarkan saat pembedahan, melalui ERCP atau kateter bilier transnasal.

- 2) Pengangkatan non bedah. Sebuah kateter dan alat disertai jaring yang terpasang padanya disisipkan melalui saluran T Tube, jaring digunakan untuk memegang dan menarik keluar batu yang terjepit dalam duktus koledokus
- 3) *Extracorporeal Shock-Wave Lithotripsy* (ESWL), menggunakan gelombang kejut berulang (*repeated shock wave*) yang diarahkan kepada batu empedu untuk memecah batu tersebut menjadi sejumlah fragmen

2. Pembedahan (Kolisistektomi)

Prosedur ini dilakukan dengan mengangkat kandung empedu setelah arteri dan duktus sistikus diligasi. Sebuah drain (penrose) ditempatkan dalam kandung empedu dan dibiarkan menjulur keluar lewat lukaoperasi untuk mengalirkan darah, cairan srosanguinus dan getah empedu ke dalam kasa basorben.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Menurut *The International Association for The Study of Pain* (IASP), nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan atau potensial yang akan menyebabkan kerusakan jaringan. Nyeri merupakan rasa tidak menyenangkan dan sangat individual yang artinya setiap orang memiliki rasa yang tidak sama. Nyeri juga dapat

mempengaruhi seluruh pikiran seseorang, aktivitas, dan kehidupan seseorang (Nurhanifah & Sari, 2022).

Salah satu keluhan yang paling umum yang dirasakan pasien *post* operasi adalah nyeri. Menurut Nurhayati *et al.* (2022) menyatakan bahwa 75% pasien bedah mengalami nyeri sedang sampai berat setelah operasi. Lamanya nyeri dapat berlangsung 24 sampai 48 jam, tapi dapat juga berlangsung lebih lama tergantung dari bagaimana klien dapat menahan dan berespon pada rasa nyeri tersebut. Nyeri pada pasien *post* operasi harus segera diatasi karena dapat berdampak pada proses penyembuhan pasien, karena dapat mempengaruhi kondisi psikologi dan fisiologis.

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

1. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional secara mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017). Nyeri akut dapat terjadi akibat cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah.

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional secara mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung lebih dari 3 bulan (SDKI, 2017). Nyeri kronik merupakan

nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu.

2. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

Menurut Ningtyas *et al.* (2023), klasifikasi nyeri berdasarkan asal dibagi menjadi dua yaitu:

a. Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif adalah nyeri yang disebabkan oleh aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus noxious. Nyeri nosiseptor terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain sebagainya.

b. Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil cedera atau abnormalitas yang terdapat dalam struktur saraf perifer maupun sentral, nyeri tersebut lebih sulit untuk diobati.

3. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

Menurut Nurhanifah & Sari (2022), klasifikasi nyeri berdasarkan lokasi dibagi menjadi sebagai berikut:

a. Supervisial atau kutaneus

Nyeri supervisial adalah nyeri yang diakibatkan oleh stimulus kulit. Nyeri ini berlangsung cukup cepat dan berlokalisasi. Nyeri supervisial terasa seperti sensasi yang tajam. Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

b. **Viseral Dalam**

Nyeri viseral merupakan nyeri yang diakibatkan oleh stimulasi organ-organ internal. Nyeri ini bersifat difusi dan mampu menyebar kebeberapa arah. Nyeri ini menghasilkan rasa tidak nyaman dan berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. Contohnya sensasi pukul (*crushing*) seperti *angina pectoris* dan sensasi terbakar seperti pada ulkus lambung.

c. **Nyeri Alih (*Referred pain*)**

Nyeri alih adalah fenomena umum pada nyeri viseral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Nyeri ini dapat dirasakan dibagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat dirasakan dengan berbagai karakteristik. Contohnya nyeri yang terjadi pada infark miokard yang menyebabkan nyeri alih ke rahang maupun lengan kiri, batu empedu yang mengalihkan nyeri ke selangkangan.

d. **Radiasi**

Nyeri radiasi adalah sensasi nyeri yang meluas dari lokasi awal cedera menuju ke bagian tubuh yang lain. Nyeri ini terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau seluruh tubuh. Contohnya nyeri punggung bagian bawah menyebabkan diskusi intravertebral yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik.

2.2.3 Etiologi Nyeri

Etiologi nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam dua golongan yaitu etiologi yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Etiologi nyeri secara fisik misalnya adalah trauma baik trauma mekanik, termis, kimiawi,

maupun elektrik, neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah dan lain-lain. Sedangkan secara psikis adalah trauma psikologis.

Trauma mekanik menimbulkan nyeri karena ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan, ataupun luka. Trauma termis menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas maupun dingin. Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat. Trauma elektrik dapat menimbulkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor nyeri. Neoplasma menyebabkan nyeri karena terjadinya tekanan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga karena tarikan, jepitan, atau metastase. Nyeri pada inflamasi terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya inflamasi.

Bahwa dapat disimpulkan nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri. Serabut saraf ini terletak dan tersebar pada lapisan kulit dan pada jaringan-jaringan tertentu yang terletak lebih dalam. Nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, namun akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik (Gunadi & Istiana, 2024).

2.2.4 Mekanisme Nyeri

Timbulnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri (nociceptor) merupakan ujung-ujung saraf yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin,

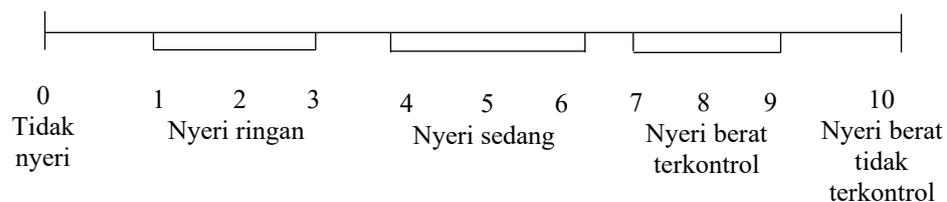
bradikinin, prostaglandin dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigen. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik, atau mekanis.

Selanjutnya, stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermyelin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps pada dorsal horn. Dorsal horn terdiri atas beberapa lapisan atau laminae yang saling bertautan. Di antara lapisan dua dan tiga terbentuk substantia gelatinosa yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyeberangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal asendens yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur spinothalamus. Selanjutnya *spinoreticular tract* (SRT) membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri (Nurhanifah & Sari, 2022).

2.2.5 Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh individu yang berbeda-beda. Menurut Ningtyas *et al.* (2023), penilaian intensitas nyeri dapat diukur menggunakan berbagai cara, diantaranya :

1. Skala Intensitas Nyeri Sederhana



Gambar 2.3 *Verbal Descriptor Scale*

Verbal Descriptor Scale (VDS) merupakan skala pendeskripsi verbal untuk pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Pendeskripsian VDS ditentukan sebagai berikut :

- a. Angka 0 : tidak nyeri
- b. Angka 1-3 : nyeri ringan
- c. Angka 4-6 : nyeri sedang
- d. Angka 7-9 : nyeri berat terkontrol
- e. Angka 10 : nyeri berat tidak terkontrol

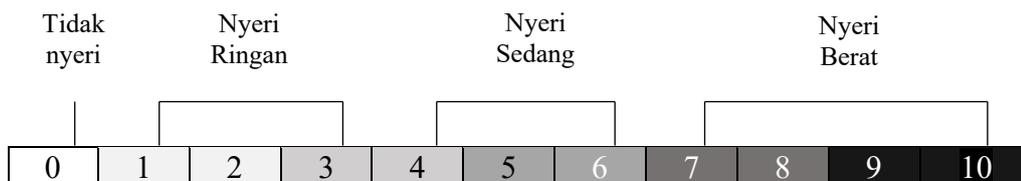
2. Skala Intensitas Nyeri *Visual Analog Scale*



Gambar 2.4 *Visual Analog Scale*

Visual Analog Scale (VAS) merupakan suatu skala garis lurus yang memiliki intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki pendeskripsian verbal pada setiap ujungnya. VAS hanya memiliki dua pilihan penilaian saja yaitu “tidak nyeri” dan “nyeri sangat hebat”. Skala ini mengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.

3. Skala Intensitas Nyeri Numerik



Gambar 2.5 *Numeric Rating Scale*

Numeric Rating Scale (NRS) merupakan skala penilaian numerik yang digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Skala NRS paling efektif yang digunakan untuk mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi. Skala ini juga lebih efektif untuk menilai nyeri akut. Penilaian skala NRS ditentukan sebagai berikut :

- a. Angka 0 : tidak nyeri
- b. Angka 1-3 : nyeri ringan
- c. Angka 4-6 : nyeri sedang
- d. Angka 7-10 : nyeri berat

2.3 Konsep Terapi Relaksasi nafas dalam

2.3.1 Definisi Terapi Relaksasi nafas dalam

Relaksasi napas dalam adalah pernapasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman (Mahardhini & Wahyuni, 2018). Teknik relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan (Nasuha, Widodo & Widiani, 2019).

2.3.2 Tujuan Terapi Relaksasi nafas dalam

Tujuan pemberian terapi relaksasi nafas dalam menurut Sari *et al.* (2020) yaitu:

1. Untuk mengurangi rasa Nyeri.
2. Membantu merilekskan otot-otot.
3. Mengatasi Kecemasan.

2.3.3 Manfaat Terapi Relaksasi nafas dalam

Teknik relaksasi nafas dalam mudah dilakukan dan tidak memiliki efek samping. Adapun manfaat dari teknik relaksasi nafas dalam yaitu dapat mengurangi stres, kecemasan, rasa tidak nyaman, menurunkan metabolisme, kontraksi jantung, tekanan darah, dan melepas hormon *epinefrin* yang dapat berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri (Astari *et al.*, 2023). Teknik relaksasi nafas dalam mampu menghambat aktivitas saraf simpatik yang mengakibatkan penurunan terhadap konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi rileks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Menurunnya aktivitas saraf simpatik yang mengontrol rasa nyeri akan berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri (Ahmed *et al.*, 2023).

2.3.4 Prosedur Terapi Relaksasi nafas dalam

1. Fase prainteraksi

Perawat melakukan persiapan terlebih dahulu sebelum bertemu dengan pasien (membaca status pasien).

2. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri

b. Evaluasi dan validasi

Menanyakan kabar pasien dan keluhan yang dirasakan

c. *Informend consent*

Menjelaskan tindakan pemberian relaksasi nafas dalam, tujuan, manfaat, waktu dan persetujuan pasien.

3. Fase interaksi

a. Persiapan alat

Tempat tidur atau kursi yang ada sandarannya

b. Persiapan pasien

Mengatur posisi pasien duduk nyaman mungkin

c. Persiapan lingkungan

Mengatur lingkungan cukup cahaya, suhu, dan terjaga privasi

d. Persiapan perawat

Perawat cuci tangan jika di perlukan menggunakan handscoon

1) Prosedur tindakan

a) Pertama lakukan pengkajian nyeri kepala sebelum dilakukan relaksasi nafas dalam.

b) Atur posisi pasien duduk nyaman mungkin

c) Ajarkan pasien teknik nafas dalam dengan cara letakan tangan di atas abdomen, anjurkan pasien menarik nafas melalui hidung dan rasakan abdomen mengembang saat menarik nafas, kerutkan bibir, keluarkan melalui mulut dan hembuskan nafas secara perlahan, rasakan abdomen gerak ke bawah, ulangi langkah tersebut sebanyak 15 kali, dengan selingi istirahat

singkat setiap 5 kali, dilakukan selama 5-10 menit. Penderita harus melakukannya minimal dua kali sehari atau setiap kali merasakan nyeri, stress, terlalu banyak pikiran dan pada saat merasakan sakit.

- d) Lakukan pengkajian nyeri setelah dilakukan relaksasi nafas dalam.
- e) Prosedur tindakan relaksasi nafas dalam dalam menurunkan rasa nyeri pasien.

4. Fase terminasi

- a. Evaluasi subjektif dan objektif

Menanyakan bagaimana perasaan pasien setelah dilakukan relaksasi nafas dalam serta mengkaji nyeri setelah diberikan intervensi.

- b. Rencana tindakan lanjut

Akan dilakukan relaksasi nafas dalam pada hari selanjutnya.

- c. Kontrak yang akan datang

Kontrak waktu kapan akan dilakukan relaksasi nafas dalam.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas

Identitas meliputi nama klien, nama panggilan, tempat tanggal lahir, usia, jenis kelamin, alamat, jumlah saudara, bahasa yang digunakan, nomor register, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS) dan diagnosa medis.

a. Usia

Risiko untuk terkena kolelitiasis sejalan dengan bertambahnya usia. Orang dengan usia >40 tahun cenderung menderita batu empedu 4-10 kali lebih berisiko dibanding dengan usia yang lebih muda.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor risiko yang berpengaruh untuk batu empedu, dimana wanita memiliki risiko 2 kali lipat terkena batu empedu dibandingkan dengan pria. Hal ini dikarenakan akibat hormon estrogen, yang berpengaruh terhadap peningkatan eksresi kolesterol oleh kantung empedu. Kehamilan juga ditemukan berhubungan dengan pembentukan batu empedu. Batu empedu lebih sering ditemukan pada wanita-wanita multipara (paritas 4 atau lebih).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama pada kasus *post* operasi kolelitiasis adalah terasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut dan kronis tergantung lamanya serangan. Dalam mengkaji adanya nyeri, maka digunakan teknik PQRST.

P (*Provoking incident*) : Karena adanya luka *post* operasi kolelitiasis

Q (*Quality of pain*) : Nyeri yang dirasakan digambarkan seperti apa oleh klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.

R (*Regio*) : Lokasi nyeri berada di tempat *post* operasi kolelitiasis.

S (*Scale of pain*) : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan

seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

T (*Time*) : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3. Riwayat penyakit sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari batu empedu yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. Selain itu dengan mengetahui mekanisme terjadinya penyebab batu empedu bisa diketahui dampak lain yang mungkin muncul akibat penyakit tersebut.

4. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu perlu dikaji untuk menilai apakah penyakit terdahulu yang dialami pasien memiliki hubungan atau merupakan salah satu faktor resiko untuk penyakit batu kantung empedu yang dialaminya saat ini. Pengkajian riwayat penyakit dahulu disesuaikan dengan predisposisi penyebab kolelitiasis. Pengkajian dilakukan terkait adanya kondisi obesitas, penyakit DM, hipertensi, dan dislipidemia berhubungan dengan sekresi kolesterol hepatika dan merupakan faktor resiko untuk pengembangan batu kolesterol. Kondisi kehamilan multipara, pasca bedah reseksi usus, penyakit cronh, sekresi lambung, dan penggunaan obat-obatan hormonal juga dapat menjadi pertimbangan pengkajian.

5. Riwayat penyakit keluarga

Keluarga klien ada atau tidak yang menderita penyakit kolelitiasis atau penyakit lain yang sifatnya menurun dan menular. Diabetes dan Hipertensi karena dengan tekanan darah yang tinggi serta gula darah juga tinggi yang mempersulit proses penyembuhan. Hiperglikemia menghambat sekresi bila dari hati dan dapat mengganggu kontraksi dari kantung empedu serta mempunyai efek terhadap motilitas dari kandung empedu hal ini dapat meningkatkan risiko terjadinya batu empedu. Perawat perlu mengkaji kondisi sakit dari generasi terdahulu karena pada beberapa pasien cenderung memiliki kondisi penyakit herediter. Faktor genetik juga memengaruhi kerentanan seseorang terhadap terjadinya batu empedu yang dipengaruhi oleh *mucin gene polymorphisms* atau *FGFR4 polymorphism*. *The mucin-like protocadherin gene (MUPCDH) polymorphism rs3758650* dianggap sebagai penanda genetik untuk memprediksi terjadinya penyakit batu empedu.

6. Pemeriksaan fisik

- a. Keadaan fisik : melihat apakah pasien tampak normal, apatis atau lesu. Pasien pasien *post* operasi kolelitiasis biasanya nampak merasakan sakit atau nyeri ringan hingga berat sampai lemah atau kelelahan. Kaji apakah terdapat keterbatasan gerak akibat nyeri yang dirasakan.
- b. Kesadaran umum : melihat tingkat kesadaran pasien apakah ada penurunan kesadaran, rasa terbakar, dan reflek menurun. Pasien *post* operasi kolelitiasis biasanya memiliki tanda tanda vital yang normal namun tetap terdapat kemungkinan perubahan seperti hipertermi,

takikardia, hipertensi, hipotensi atau peningkatan frekuensi nafas yang berhubungan dengan rasa nyeri yang dirasakan *post* operasi kolelitiasis.

c. Berat badan : Obesitas atau kurus. Perhatikan apakah ada pembengkakan pada tubuh pasien.

d. Pemeriksaan kepala dan rambut

1) Inspeksi : Kesimetrisan kepala, rambut kotor, bau pada rambut, kulit pada kepala kotor dan melihat apakah rambut kusam, kering, pudar, kemerahan, tipis, pecah atau patah – patah. Kaji ekspresi nyeri non verbal pada pasien *post* operasi kolelitiasis.

2) Palpasi : merasakan adanya pembengkakan atau tidak, nyeri tekan, kekuatan akar pada bagian rambut.

e. Mata

1) Inspeksi : Melihat adanya ketidaksamaan bentuk pada kelopak mata. Pasien dengan kolelitiasis mungkin memiliki ikterik pada sklera jika terdapat adanya obstruksi duktus empedu residual. Perhatikan konjungtiva pasien apakah tampak anemis atau tidak. Konjungtiva yang anemis dapat menjadi pertanda adanya perdarahan pada pasien *post* operasi.

2) Palpasi : Bola mata teraba kenyal dan melenting

f. Hidung

1) Inspeksi : Adanya sekret, tidak ada perdarahan, tidak ada gangguan pada penciuman, lubang hidung simetris, lubang hidung tampak kotor

2) Palpasi : Adanya nyeri atau tidak pada saat di tekan sinusnya

g. Telinga

- 1) Inspeksi : kesimetrisan, adanya serumen pada telinga.
- 2) Palpasi : Biasanya ada tidaknya nyeri tekan pada bagian telinga

h. Mulut

- 1) Inspeksi : Mulut tampak kotor atau bersih, giginya berwarna kuning atau putih, adanya sisa makanan yang menyangkut pada gigi, mengalami gangguan pengecap, lidah berwarna atau pucat, bibir tampak normal atau pucat, kering, pecah – pecah, bengkak, terdapat lesi, stomatitis, dan membrane mukosa pucat. Pada gusi melihat adanya perdarahan atau peradangan. Pada lidah melihat adanya edema dan hiperemasis. Pada gigi melihat apakah terdapat karies.

i. Kulit dan kuku

- 1) Inspeksi : Warna kulit tampak pucat atau normal, kulit tampak kotor atau tidak,
- 2) Palpasi : Tugor kulit dapat memburuk apabila ditemukan edema

j. Leher

- 1) Inspeksi : Kaku pada leher saat di tundukkan, leher bagian belakang tampak bersih atau kotor, melihat apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar getah bening, atau vena jugularis
- 2) Palpasi : Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid, ada tidaknya deviasi trakea.

k. Dada thorak

- 1) Inspeksi : Jika normal gerak dinding dada simetris serta melihat batas-batas jantung.

- 2) Palpasi : Ada tidaknya nyeri tekan dan mempalpasi batas-batas jantung.
- 3) Perkusi : Perkusi untuk mengetahui apakah ada massa pada paru-paru
- 4) Auskultasi : mendengar apakah terdapat suara nafas tambahan, pernapasan teratur atau tidak dan mendengar suara bunyi s1 dan s2 jantung Tunggal.

1. Abdomen

- 1) Inspeksi : Simetris, terdapat benjolan atau tidak, terdapat lesi atau tidak, terdapat pembengkakan atau tidak. Pada area luka *post* operasi kolelitiasis beresiko tinggi terhadap infeksi, sehingga tampak diperban / dibalut kasa steril. Kaji lokasi, ukuran, tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak, hangat, nyeri, pus/*discharge*), *dehiscence* (terbukanya luka), *eviscerasi* (keluarnya organ). Perhatikan jenis penutupan luka (jahitan, staples).
- 2) Palpasi : untuk mengetahui apakah ada nyeri tekan atau tenderness serta meraba massa. Terdapat nyeri tekan pada daerah kantung empedu. Pasien *post* operasi kolelitiasis perlu dikaji terkait nyeri tekan (lokasi, intensitas), adanya massa, defans muskular (rigiditas), *rebound tenderness* (indikasi peritonitis)
- 3) Perkusi : untuk mengetahui apakah abdomen terisi gas atau tidak dan perkusi pada sisi ginjal atau ketok ginjal untuk melihat adanya nyeri.
- 4) Auskultasi : mendengar suara bising usus. Hipoperistaltik atau tidak adanya bising usus dapat menandakan ileus pasca operasi.

m. Genetalia

- 1) Inspeksi : Terdapat pubis atau tidak, terdapat hemoroid atau tidak, genetalia tampak kotor atau bersih

n. Ekstermitas

- 1) Inspeksi : Adanya penurunan otot, adanya kelumpuhan di, melihat adanya flaksia atau kelemahan dan ketidakmampuan untuk bekerja.

o. Integument

- 1) Inspeksi : Warna kulit, kebersihan.

p. Fungsi gastrointestinal : apakah terdapat mual dan muntah.

q. Kardiovaskuler : Penghitungan denyut nadi, CRT, irama jantung, tekanan darah rendah atau tinggi.

r. Pengukuran antropometri : pengukuran berat badan ideal, indeks massa tubuh, lingkaran pergelangan tangan, lingkaran lengan atas.

2.4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul antara lain:

Tabel 2.1 Diagnosis Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
1.	Nyeri akut (D.0077)	Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan	Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
	1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)		
	2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)		
	3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)		
		Kondisi klinis terkait: 1. Kondisi pembedahan	Gejala dan tanda minor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif 1. Tekanan darah

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
		2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glaukoma	meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis
2.	Gangguan pola tidur (D.0055) 1. Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan) 2. Kurang kontrol tidur 3. Kurang privasi 4. <i>Restrain</i> fisik 5. Ketiadaan teman tidur 6. Tidak familiar dengan peralatan tidur	Gangguan pola tidur merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal Kondisi klinis terkait: 1. Nyeri/kolik 2. Hipertiroidisme 3. Kecemasan 4. Penyakit paru obstruktif kronis 5. Kehamilan 6. Periode pasca partum 7. Kondisi pasca operasi	Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif : (tidak tersedia) Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif : (tidak tersedia)
3.	Ansietas (D.0080) 1. Krisis situasional 2. Kebutuhan tidak terpenuhi 3. Krisis maturasional 4. Ancaman terhadap konsep diri 5. Ancaman terhadap kematian 6. Kekhawatiran mengalami kegagalan 7. Disfungsi sistem keluarga 8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan 9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) 10. Penyalahgunaan zat 11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain) 12. Kurang terpapar informasi	Ansietas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman Kondisi klinis terkait: 1. Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun) 2. Penyakit akut 3. Hospitalisasi 4. Rencana operasi	Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi Objektif : 1. Tampak Gelisah 2. Tampak Tegang 3. Sulit tidur Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya Objektif : 1. Frekuensi napas meningkat

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
		5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas	2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat
		6. Penyakit neurologis	4. Diaforesis 5. Tremor
		7. Tahap tumbuh kembang	6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi pada masa lalu
4.	Risiko infeksi (D.0142) Faktor risiko 1. Penyakit kronis (mis. diabetes mellitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh) 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, immunosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat)	Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogen Kondisi klinis terkait: 1. AIDS 2. Luka bakar 3. Penyakit paru obstruktif kronis 4. Diabetes mellitus 5. Tindakan invasif 6. Kondisi penggunaan terapi steroid 7. Penyalahgunaan obat 8. Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) 9. Kanker 10. Gagal ginjal 11. Imunosupresi 12. <i>Lymphedema</i> 13. Leukositopenia 14. Gangguan fungsi hati	Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. (tidak tersedia) Objektif : 1. (tidak tersedia) Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. (tidak tersedia) Objektif : 1. (tidak tersedia)

Sumber : SDKI, 2017

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI, 2017). Perencanaan keperawatan terdiri dari penetapan tujuan, kriteria hasil dan intervensi.

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri (rentang 1-5) 2. Meringis (rentang 1-5) 3. Sikap protektif (rentang 1-5) 4. Gelisah (rentang 1-5) 5. Kesulitan tidur (rentang 1-5) 6. Frekuensi nadi (rentang 1-5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			<p>dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Gangguan pola tidur (D.0055)	<p>Pola Tidur (L.05045)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur (rentang 1-5) 2. Keluhan sering terjaga (rentang 1-5) 3. Keluhan tidak puas tidur (rentang 1-5) 4. Keluhan pola tidur berubah (rentang 1-5) 5. Keluhan istirahat tidak cukup (rentang 1-5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Dukungan (1.05174)</p> <p>Tidur Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
3.	Anxietas (D.0080)	Tingkat Anxietas (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan tingkat Anxietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Perilaku gelisah (rentang 1-5) 2. Verbalisasi	stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya Reduksi Anxietas (1.09314) Observasi: 1. Identifikasi saat tingkat anxietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan Monitor tanda tanda

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		kebingungan (rentang 1-5) 3. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi (rentang 1-5) 4. Perilaku tegang (rentang 1-5) Keterangan: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	ansietas Terapi 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan. jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas Dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 3. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan Latih teknik relaksasi
4.	Risiko infeksi (D.0142)	Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam (rentang 1-5) 2. Kemerahan (rentang 1-5) 3. Nyeri (rentang 1-	Pencegahan Infeksi (1.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		5) 4. Bengkak (rentang 1-5) 5. Kadar sel darah putih (rentang 1-5) Keterangan: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

Sumber: SDKI, SLKI, SIKI (2017)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah suatu tindakan pelaksana dari rencana yang sudah dibuat untuk proses penyembuhan klien selama klien di rawat di rumah sakit. Setiap tindakan yang di berikan dari rencana tindakan harus di beri tanggal, waktu dan paraf (Doenges dalam Sari & Sensussiana, 2022).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), P (Perencanaan terhadap analisis).

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan pasien (Doenges dalam Sari & Sensussiana, 2022).



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang digunakan sebagai pedoman dalam melakukan proses penelitian. Desain penelitian bertujuan untuk memberi penangan yang jelas dan terstruktur kepada peneliti dalam melakukan penelitiannya (Fachruddin, 2023).

Desain penelitian ini menggunakan desain studi kasus deskriptif retrospektif. Metode penelitian yang digunakan adalah studi dokumentasi yang menjadi fokus penelitian ini digunakan untuk mengkaji permasalahan asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi kolelitiasis.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah atau definisi operasional mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek (Hidayat, 2023).

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses yang terencana yang terdiri dari lima tahapan yaitu pengkajian, perumusan, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang ditujukan pada pasien *post* operasi kolelitiasis.
2. Kolelitiasis adalah penyakit batu empedu yang dapat ditemukan dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu yang umumnya komposisi utamanya adalah kolesterol.

3. Nyeri akut adalah respon nyeri yang diungkapkan pasien *post* operasi kolelitiasis baik secara verbal maupun nonverbal yang dirasakan kurang dari 3 bulan.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah orang yang berpartisipasi atau ambil bagian dalam suatu kegiatan atau aktivitas tertentu. Partisipan adalah bagian dari suatu aktivitas yang memiliki peran penting. Partisipan penelitian ini adalah 1 pasien *post* operasi kolelitiasis hari pertama di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang dengan kriteria partisipan sebagai berikut:

1. Pasien dalam keadaan sadar, GCS: E = 4, V = 5, M = 6
2. Pasien berjenis kelamin perempuan dengan rentang usia 40-60 tahun
3. Pasien bersedia untuk menjadi partisipan studi penelitian
4. Pasien dirawat dengan diagnosis medis kolelitiasis yang telah diberikan asuhan keperawatan pada periode sebelumnya.

3.4 Waktu dan lokasi penelitian

1. Waktu penelitian

Waktu penelitian ini dimulai dari proses penyusunan proposal sampai penyusunan hasil di mulai dari bulan Februari sampai Juli 2025.

2. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang.

3.5 Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

Dalam studi kasus ini memakai metode pengelompokan data dalam penelitian deskriptif antara lain :

1. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan menganalisis laporan asuhan keperawatan yang telah dilakukan sebelumnya pada pasien *post* operasi kolelitiasis yang telah diberikan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan ini hasil pengkajian berupa, hasil wawancara dan pemeriksaan fisik secara objektif serta hasil pemeriksaan menggunakan E-RM, pemeriksaan penunjang, hasil lab, laporan keperawatan mulai dari pengkajian, perumusan, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasinya.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dengan validitas tinggi yang sudah diuji kualitas data. Uji kebebasan data selain integritas peneliti dilakukan dengan :

1. Triangulasi merupakan teknik pengumpulan data yang sifatnya menggabungkan berbagai data dan sumber yang telah ada yang bersumber dari 3 data lain yaitu pasien lain yang memiliki masalah keperawatan sama dengan klien, perawat yang merawat pasien pada saat itu, dan teman sejawat yang pada saat dulu mengelola pasien yang sama digunakan sebagai sumber informasi tambahan yang berhubungan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisa Data

Analisa data merupakan pengumpulan data yang dilakukan dengan menganalisis laporan asuhan keperawatan, analisis dilakukan setelah semua data

dikumpulkan. Selama peneliti berada di lapangan, sambil mengumpulkan data, dan setelah semua data terkumpul, dilakukan analisis data. Langkah yang dilaksanakan dalam analisa data antara lain menyajikan fakta, menilainya berdasarkan keyakinan yang dianut secara luas, dan pada akhirnya mengungkapkannya sebagai opini diskusi. Peneliti menggunakan teknik analisis melalui observasi dan dokumentasi penyelidikan yang menghasilkan. Data untuk interpretasi tambahan. Step-step analisa data pada studi dokumentasi, meliputi :

1. Pengumpulan data

Pengumpulan informasi dilakukan dengan studi dokumentasi yang digunakan untuk mengumpulkan data hasilnya akan dicatat dalam bentuk laporan hasil dan pembahasan. Data dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi termasuk dalam kategori ini

2. Mereduksi data

Informasi yang terhimpun dari lapangan di analisis, dicatat ulang dalam bentuk laporan atau deskripsi yang lebih terperinci, disatukan dalam laporan, dan diklasifikasikan menjadi data subjektif dan objektif. Hasil dari evaluasi ini digunakan untuk menganalisis data.

3. Penyajian data

Informasi disajikan menggunakan teks deskriptif dan tabel. Menjaga identitas responden menjamin kerahasiaan mereka.

4. Pembahasan

Pembahasan data yang ditemukan kemudian didiskusikan, bandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya, dan lakukan perbandingan teoritis antara teori yang ada dengan hasil penelitian.

5. Kesimpulan

Kesimpulan penelitian ini dilakukan untuk membandingkan data dengan temuan dari sebelumnya dengan mempertimbangkan teori tentang proses keperawatan serta proses pengambilan data yang terkumpul mencakup pengkajian, diagnostik, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan suatu seperangkat aturan prinsip-prinsip etika yang disepakati bersama menyangkut hubungan antara peneliti di satu sisi dan semua yang terlibat dalam penelitian. Adapun etika dalam penelitian ini yaitu:

1. *Ethical clearance*

Penelitian ini melibatkan responden manusia, komite etik penelitian harus mempertimbangkan apakah penelitian ini sesuai. Penelitian sudah dilakukan uji etik dan dinyatakan lolos kaji etik dengan No. 414/KEPK/ITSKES-ICME/VIII/2025.

2. *Informed consent* (persetujuan menjadi klien)

Memberikan dokumen dengan persetujuan, anda dapat membuat perjanjian formal antara peneliti dan peserta studi kasus. Sebelum studi kasus dilakukan *informed consent* diberikan dengan menyerahkan formulir persetujuan untuk berpartisipasi sebagai responden. Peserta harus memahami maksud dan tujuan studi kasus untuk memberikan persetujuan.

3. Anonimitas (tanpa nama)

Isu ketika dalam keperawatan adalah memastikan bahwa studi kasus dapat digunakan hanya dengan menggunakan kode tanpa menyertakan nama responden.

4. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Penelitian studi kasus menjamin kerahasiaan setiap data yang telah dikelompokkan.



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang. RSUD Kabupaten Jombang beralamat di Jl. KH. Wahid Hasyim No.52, Kepanjen, Kecamatan Jombang, Kabupaten Jombang, Jawa Timur. Secara umum Ruang Bima merupakan ruang zona bedah yang memiliki ruang perawatan kelas 1, kelas 2, kelas 3, dan isolasi dengan total bed 44. Ruangan Bima dibedakan menjadi 2 yaitu Bima Timur dan Bima Barat meliputi Bima Timur mulai dari bed 1-24 dan 1-4 adalah Ruang HCU sedangkan Bima Barat terdiri dari bed 25-40. Klien dalam studi kasus ini dirawat di ruang bima timur bagian bed 22.

4.1.2 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Klien

- a. Tanggal Masuk : 14 Oktober 2024
- b. Jam Masuk : 10.00 WIB
- c. Tanggal Pengkajian : 15 Oktober 2024
- d. Jam Pengkajian : 15.00 WIB
- e. No. RM : 401xxx
- f. Nama : Ny. N
- g. Umur : 49 tahun
- h. Jenis Kelamin : Perempuan
- i. Agama : Islam

- j. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
- k. Pendidikan : SMA
- l. Alamat : Kayangan, Jombang
- m. Status pernikahan : Menikah
- n. Diagnosa medis : Kolelitiasis

2. Penanggung Jawab Pasien

- a. Nama : Tn. E
- b. Umur : 52 tahun
- c. Jenis kelamin : Laki-laki
- d. Agama : Islam
- e. Pendidikan : SMA
- f. Pekerjaan : Petani
- g. Alamat : Kayangan, Jombang
- h. Hub. dengan pasien : Suami

3. Riwayat kesehatan

- a. Keluhan utama : Pasien mengatakan nyeri pada luka *post* operasi dan merasa lemas.
- b. Riwayat kesehatan sekarang : Pasien datang ke Ruang Bima RSUD Jombang pada tanggal 14 Oktober 2024 pukul 10.00 WIB dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan atas dan merasa lemas yang sudah berlangsung selama kurang lebih 2 bulan. Sebelum dibawa ke IGD RSUD Kabupaten Jombang, pasien mengatakan sempat muntah 2x di rumah pada tanggal 13 Oktober 2024 dan semenjak sakit pasien mengatakan sering merasa mual dan nafsu makannya berkurang. Pasien masuk rumah sakit dengan

diagnosa kolelitiasis dan direncanakan akan menjalani operasi untuk pengangkatan kolelitiasis pada tanggal 15 Oktober 2024. Pada tanggal 15 Oktober 2024 dilakukan pengkajian ke pasien *post* operasi kolelitiasis dan didapatkan data pasien mengatakan merasa nyeri pada luka operasinya dan merasa lemas. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6 dan dirasakan terus menerus.

- c. Riwayat kesehatan dahulu : Pasien mengatakan tidak memiliki penyakit seperti diabetes melitus dan hipertensi. Pasien mengatakan memiliki kolesterol tinggi namun tidak meminum obat-obatan tertentu.
- d. Riwayat kesehatan keluarga : Keluarga tidak ada yang pernah mengalami penyakit yang sama dengan pasien. Diabetes melitus dan hipertensi disangkal.

4. Pola Fungsi kesehatan

a. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- 1) Merokok : Jumlah : - Jenis: - Ketergantungan : -
- 2) Alkohol : Jumlah : - Jenis: - Ketergantungan : -
- 3) Obat-obatan : Jumlah : - Jenis: - Ketergantungan : -
- 4) Alergi : Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi
- 5) Harapan dirawat di RS : Pasien mengatakan berharap segera cepat sembuh dan dapat kembali beraktifitas tanpa merasakan sakit pada perutnya.
- 6) Pengetahuan tentang penyakit : Pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit yang dideritanya.

d. Tidur dan Istirahat

1) Kebiasaan tidur

Sebelum sakit : Ny. N tidak memiliki kebiasaan tidur tertentu

Saat sakit : Ny. N terbiasa tidur dengan posisi yang dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.

2) Lama tidur

Sebelum sakit : Ny. N tidur 7-8 jam/hari.

Saat sakit : Ny. N tidur 5-6 jam/hari.

3) Masalah tidur

Sebelum sakit : Ny. N tidak memiliki masalah tidur.

Saat sakit : Ny. N mengatakan sulit tidur dengan nyenyak dan sering terbangun dari tidurnya karena nyeri luka *post* operasi yang dirasakan.

4) Data lain : Ny. N tampak mengantuk dan menguap beberapa kali selama pengkajian

e. Eliminasi

1) Pola defekasi

Sebelum Sakit : BAB 1x sehari.

Saat Sakit : Ny. N mengatakan belum BAB sejak selesai operasi.

2) Warna feses : Tidak terkaji

3) Kolostomi : Tidak ada

4) Pola miksi

Sebelum Sakit : BAK 6-7x/hari.

Saat Sakit : Ny. N terpasang kateter.

- 5) Warna urine : Kuning
- 6) Jumlah urine : 1000 cc/24 jam
- 7) Data lain : Tidak ada

f. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)

- 1) Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga maka pasien berusaha untuk sembuh dari penyakitnya
- 2) Peran : Pasien berperan sebagai ibu rumah tangga
- 3) Identitas diri : Pasien merupakan seorang istri dan ibu
- 4) Ideal diri : Pasien merasa ideal jika dapat sembuh dan beraktifitas kembali
- 5) Penampilan : Penampilan tampak bersih dan rapi
- 6) Koping : Adaptif
- 7) Data lain : Tidak ada

g. Peran dan Hubungan Sosial

- 1) Sistem pendukung : Pasien memiliki sistem pendukung keluarga, suami, dan anak.
- 2) Interaksi dengan orang lain : Interaksi dengan orang lain baik dilihat dari banyaknya yang menjenguk pasien selama dirawat di rumah sakit.
- 3) Data lain : Tidak ada.

h. Seksual dan Reproduksi

- 1) Frekuensi hubungan seksual : Tidak terkaji
- 2) Hambatan hubungan seksual : Tidak terkaji
- 3) Periode menstruasi : Pasien mengatakan dirinya menstruasi 1x dalam sebulan selama 4-5 hari

4) Masalah menstruasi : Tidak ada

5) Data lain : Tidak ada

i. Kognitif Perseptual

1) Keadaan mental : Baik

2) Berbicara : Baik dan lancar

3) Kemampuan memahami : Baik

4) Ansietas : Ny. N merasa cemas dan gelisah dengan kondisinya pasca operasi yang masih merasakan nyeri.

5) Pendengaran : Baik

6) Penglihatan : Baik

7) Nyeri

P : Nyeri pada luka *post* operasi kolelitiasis.

Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk.

R : nyeri dibagian luka *post* operasi.

S : Nyeri dirasakan skala 6.

T : Nyeri dirasakan terus menerus.

8) Data lain : Tidak ada

j. Nilai dan Keyakinan

1) Agama yang dianut : Islam

2) Nilai/keyakinan terhadap penyakit : Pasien meyakini bahwa sakit yang dialaminya merupakan cobaan dari tuhan

3) Data lain : Tidak ada

5. Pemeriksaan Fisik

a. Vital Sign

Tekanan Darah : 158/98 mmHg Nadi : 93x/menit

Suhu : 36,3⁰C RR : 20x/menit

b. Kesadaran : Composmentis

GCS : E4 V5 M6

c. Keadaan Umum

1) Status Gizi : Gemuk Normal Kurus

Berat Badan : 59 kg Tinggi Badan : 152 cm

2) Sikap : Tenang Gelisah Menahan nyerid. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

1) Kepala

a) Warna rambut : Hitam dan beruban

b) Kuantitas rambut : Tipis

c) Tekstur rambut : Lembut

d) Kulit kepala : Bersih dan tidak terdapat lesi

e) Bentuk kepala : Simetris

f) Data lain : Tidak ada

2) Mata

a) Konjungtiva : Tidak anemis dan tidak ikterus

b) Sclera : Putih bersih

c) Reflek pupil : Isokor, mengecil saat diberikan rangsangan cahaya, diameter 2 mm

d) Bola mata : Bulat

e) Data lain : Tidak ada

3) Telinga

a) Bentuk telinga : Normal

b) Kesimetrisan : Simetris

c) Pengeluaran cairan : Tidak terdapat pengeluaran cairan

d) Data lain : Tidak ada

4) Hidung dan Sinus

a) Bentuk hidung : Normal dan simetris

b) Warna : Sawo matang

c) Data lain : Tidak ada

5) Mulut dan tenggorokan

a) Bibir : Bersih, sedikit pucat

b) Mukosa : Kering kurang lembab

c) Gigi : Bersih, Putih kekuningan

d) Lidah : Bersih, Merah muda

e) Palatum : Normal

f) Faring : Simetris

g) Data lain : Tidak ada

6) Leher

a) Bentuk : Normal

b) Warna : Sawo matang

c) Posisi trakea : Normal, di tengah dan tidak ada pergeseran

d) Pembesaran tiroid : Tidak terdapat pembesaran tiroid

e) JVP : Normal, tidak terjadi peningkatan atau penurunan

f) Data lain : Tidak ada

7) Thorax

Paru-Paru

a) Bentuk dada : Simetris

b) Frekuensi nafas : 20 x/menit

c) Kedalaman nafas : Normal

d) Jenis pernafasan : Pernafasan dada

e) Retraksi dada : Tidak ada

f) Irama nafas : Reguler

g) Ekspansi paru : Maksimal

h) Vocal fremitus : Getaran kanan dan kiri teraba sama

i) Nyeri : Tidak ada

j) Batas paru

Kiri : Anterior ICS 6 garis mid clavikula, posterior ICS 10.

Kanan : Anterior ICS 6 garis mid clavikula, posterior ICS 10.

k) Suara nafas : Vesikuler

l) Data lain : Tidak ada

Jantung

a) Ictus cordis : Teraba

b) Nyeri : Tidak ada

c) Batas jantung

Batas atas : ICS II.

Batas bawah : ICS V.

Batas Kiri : ICS V Mid clavikula Sinistra.

Batas Kanan : ICS IV Mid sternalis Dextra

d) Bunyi jantung : S1 lup S2 dup, tunggal, keras, dan reguler

e) Data lain : Tidak ada

8) Abdomen

a) Bentuk perut : Normal

b) Warna kulit : Sawo matang

c) Lingkar perut : 80 cm

d) Bising usus : 10 x/menit

e) Massa : Tidak teraba massa

f) Acites : Tidak tampak acites

g) Nyeri : Nyeri pada luka *post* operasi kolelitiasis, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala 6, dan dirasakan terus menerus.

h) Data lain : tampak luka *post* operasi kolelitiasis berupa luka insisi dengan luas \pm 6 cm pada kuadran kanan atas perut.

9) Genetalia :

a) Kondisi meatus : Pasien adalah seorang perempuan.

b) Kelainan skrotum : Pasien adalah seorang perempuan.

c) Odem vulva : Tidak terdapat edema pada vulva.

d) Kelainan : Tidak ada.

e) Data lain : Tidak ada.

10) Ekstremitas

a) Kekuatan otot : $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$

b) Turgor : < 2 detik.

c) Odem : Tidak terdapat edema.

d) Nyeri : Tidak ada.

e) Warna kulit : Sawo matang.

f) Akral : Teraba hangat

g) Sianosis : Tidak terdapat sianosis.

h) Parese : Tidak terdapat parese.

i) Alat bantu : Tidak ada.

j) Data lain : Tidak ada.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan darah lengkap

Hasil pemeriksaan penunjang tanggal 14 Oktober 2024.

Tabel 4.2 Pemeriksaan penunjang darah lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	7.6	g/dL	11.7-15.5
Leukosit	12.72	$10^3/\text{ul}$	3.6-11
Hematokrit	23.1	%	35-47
Eritrosit	2.69	$10^6/\text{ul}$	3.8-5.2
MCV	86.2	fL	82-92
MCH	27.4	Pg	27-31
MCHC	31.8	g/l	31-36
RDW-CV	11.5	%	11.5-14.5
Trombosit	179	$10^3/\text{ul}$	150-440
HITUNG JENIS			
Eosinofil	0		2-4
Basofil	0		0-1

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Batang	-		3-5
Segmen	90	%	50-70
Limfosit	2	%	25-40
Monosit	4	%	2-8
Immature Granulocyte (IG)	2.4	%	3
Neutrofil (ANC)	Absolut 3.8	$10^3/\text{ul}$	2.5-7
Limfosit (ALC)	Absolut 0.6	$10^3/\text{ul}$	1.3-3.6
NLR	2.83		<3.13
Ret-He	!		>30.3
Immature (IPF)	Platelet !		1.1-6.1
Normoblas (NRBC)	0.00	%	
I/T ratio	0.02		<0.02
KIMIA DARAH			
Glukosa darah	132	mg/dL	<200
Kreatinin	1.50	mg/dL	0.6-1.1
Urea	50.8	mg/dL	13-43
Natrium	139	mEq/dL	135-147
Kalium	2.7	mEq/dL	3.5-5
Klorida	100	mEq/dL	95-105
SGOT	21	u/L	2-17
SGPT	25	u/L	3-19
BUN	25	mg/dL	10-20
Bilirubin	0.3	mg/dL	1.0
Cholesterol total	291	mg/dL	<200
Trigliserida	133	mg/dL	<150

Sumber data primer : rekam medis RSUD Jombang, 2024

- b. Pemeriksaan radiologi Thorak AP tanggal 14 Oktober 2024

Klinis : Aortosklerosis

Sumber data primer : rekam medis RSUD Jombang, 2024

- c. Pemeriksaan USG tanggal 14 Oktober 2024

Klinis : multiple cholelithiasis t.t Cholecystitis chronis, Cytisis, Hidronefrosis ringan

Sumber data primer : rekam medis RSUD Jombang, 2024

d. Pemeriksaan EKG tanggal 15 Oktober 2024

Klinis : Sinus rhytm

Sumber data primer : rekam medis RSUD Jombang, 2024

7. Terapi Medik

a. Infus Nacl 0,9% 500 cc/24 jam (7 tpm)

b. Tramadol 3 x 50 mg

c. Ketorolac 3 x 30 mg

d. Cefotaxim 2 x 1 g

e. KCl drip 50 meq / 7 tpm

f. Ranitidin 2 x 50 mg

g. Ondansetron 3 x 4 mg

Sumber data primer : rekam medis RSUD Jombang, 2024

4.1.3 Analisa Data keperawatan

Tabel 4.3 Analisa data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : 1. Pasien mengatakan nyeri dibagian luka <i>post</i> operasi kolelitiasis P : nyeri karena <i>post</i> operasi kolelitiasis Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk R : nyeri dirasakan pada luka <i>post</i> operasi kolelitiasis pada bagian kanan atas perut S : nyeri dirasakan skala 6 T : nyeri terus menerus 2. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri luka <i>post</i> operasinya	Tindakan operasi kolisistektomi ↓ adanya luka sayatan pada perut ↓ Terputusnya jaringan ↓ Mengenai serabut saraf ↓ Reseptor nyeri aktif ↓ Nyeri akut	Nyeri akut

No.	Data	Etiologi	Masalah
	<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran composmentis (E4V5M6) 2. Keadaan umum tampak lemah 3. Pasien tampak meringis kesakitan 4. Pasien tampak menahan nyeri 5. Posisi pasien tampak menghindari nyeri 6. Tampak luka operasi pada perut bagian kanan atas dengan luas \pm 6cm 7. Hasil pemeriksaan TTV : TD : 158/98 mmHg N : 93 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,3^oC 8. Hasil pemeriksaan USG Multiple cholelithiasis t.t Cholecystitis chronis, Cytisis, Hidronefrosis ringan 		
2.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan semenjak sakit jika ingin tidur pasien akan memilih posisi yang dapat mengurangi rasa nyeri luka <i>post</i> operasi yang dirasakan 2. Pasien mengatakan waktu tidurnya berkurang sejak sakit 3. Pasien mengatakan kerap terbangun saat tidur karena nyeri luka <i>post</i> operasi yang dirasakan 4. Pasien mengatakan sulit tidur yang nyenyak karena nyeri luka <i>post</i> operasi yang dirasakan 	<p>Tindakan operasi kolisistektomi</p> <p>↓</p> <p>Adanya luka sayatan pada perut</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya jaringan</p> <p>↓</p> <p>Mengenai serabut saraf</p> <p>↓</p> <p>Reseptor nyeri aktif</p> <p>↓</p> <p>Rasa nyeri yang terus menerus dirasakan</p>	<p>Gangguan Pola Tidur</p>

No.	Data	Etiologi	Masalah
	DO :		
	1. Kesadaran composmentis (E4V5M6)	↓	
	2. Keadaan umum tampak lemah	Menggangu istirahat	
	3. Pasien tampak mengantuk	↓	
	4. Pasien tampak menguap beberapa kali	Gangguan Pola Tidur	
	5. Hasil pemeriksaan TTV : TD : 158/98 mmHg N : 93 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,3°C		

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka *post* operasi kolisistektomi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan tekanan darah meningkat (D.0077)
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri *post* operasi ditandai dengan mengeluh sering terjaga dan mengeluh istirahat tidak cukup (D.0055)

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.4 Intervensi keperawatan

No.	SDKI	SLKI (SMART)	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka <i>post</i> operasi kolisistektomi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (3) 2. Meringis menurun	Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi

No.	SDKI	SLKI (SMART)	SIKI
	nyeri, dan tekanan darah meningkat (D.0077)	(3) 3. Sikap protektif menurun (2) 4. Kesulitan tidur menurun (2) 5. Tekanan darah menurun (2)	skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, relaksasi nafas dalam, hypnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan

No.	SDKI	SLKI (SMART)	SIKI
			<p>tidur</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri <i>post</i> operasi ditandai dengan mengeluh sering terjaga dan mengeluh tidak cukup istirahat (D.0055)</p>	<p>Pola Tidur (L.05045)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sering terjaga cukup menurun (4) 2. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (4) 	<p>Dukungan Tidur (1.05174)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

No.	SDKI	SLKI (SMART)	SIKI
			3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
			Edukasi
			1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
			2. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
			3. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

Sumber: SDKI, SLKI, SIKI 2019

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.5 Implementasi keperawatan

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka <i>post</i> operasi kolisistektomi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan	Selasa, 15 Oktober 2024	17.00 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : Pasien merasakan nyeri pada luka post operasinya, nyeri dirasakan terus	 Putri Amanda

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
tekanan darah meningkat (D.0077)			menerus, dan terasa seperti tertusuk-tusuk	<i>Putri Amanda</i>
			2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Pasien mengatakan nyeri dirasakan skala 6	<i>Putri Amanda</i>
			3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : Pasien tampak meringis	<i>Putri Amanda</i>
	19.00 WIB		4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Hasil : Menyesuaikan pencahayaan dan tempat tidur pasien	<i>Putri Amanda</i>
	19.15 WIB		5. Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil : Memberikan waktu untuk pasien istirahat dan menyediakan lingkungan yang tenang dan nyaman dengan memposisikan pasien dengan nyaman dan mengedukasi keluarga jika pasien perlu istirahat.	<i>Putri Amanda</i>
	19.30 WIB		6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Hasil : Menjelaskan pada pasien bahwa nyeri yang dirasakan merupakan efek dari tindakan operasi dan terdapat luka bekas operasi.	<i>Putri Amanda</i>
			7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Hasil : pasien diberikan tramadol 3x50 mg dan ketorolac 3x30 mg	

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri <i>post</i> operasi ditandai dengan mengeluh sering terjaga dan mengeluh istirahat tidak cukup (D.0055)	Selasa, 15 Oktober 2024	20.00	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	 Putri Amnola
		WIB	Hasil : Pasien mengatakan masih mengantuk setelah operasi namun tidurnya tidak nyaman karena merasa nyeri	
		20.10	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)	 Putri Amnola
		WIB	Hasil : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya membuat tidurnya terganggu	
		20.15	3. Memodifikasi lingkungan	 Putri Amnola
		WIB	Hasil : Pasien diposisikan tidur dengan nyaman dengan daerah luka operasi disanggah bantal serta pencahayaan disesuaikan dengan keinginan pasien.	
21.00	4. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan	 Putri Amnola		
WIB	Hasil : Memposisikan pasien dengan nyaman			
21.05	5. Mengajarkan pentingnya tidur cukup selama sakit	 Putri Amnola		
WIB	Hasil : Pasien dan keluarga memahami bahwa tidur yang cukup penting untuk prosesnya penyembuhan nya pasca operasi.			
21.15	6. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)	 Putri Amnola		
WIB				

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
			Hasil : Mengedukasi pasien bahwa pola tidurnya terganggu karena nyeri yang dirasakan pada luka <i>post</i> operasi, nyeri bersifat sementara dan sudah diberikan intervensi farmakologis.	
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka <i>post</i> operasi kolisistektomi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan tekanan darah meningkat (D.0077)	Rabu, 16 Oktober 2024	09.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	 Putri Amnola
		09.05	2. Mengidentifikasi skala nyeri	
		09.10	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	
		09.25	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	
		09.30	5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	
			Hasil : Pasien merasakan nyeri pada luka <i>post</i> operasinya, nyeri dirasakan hilang timbul, dan terasa seperti tertusuk-tusuk	
			Hasil : Pasien mengatakan nyeri dirasakan skala 5	
			Hasil : Pasien tampak meringis	
			Hasil : Pasien mengatakan nyeri bertambah berat jika bergerak dan berpindah posisi serta nyeri terasa ringan jika pasien dapat berbaring dengan posisi yang nyaman	
			Hasil : Pasien mengeluhkan tidurnya terganggu dan sering terbangun karena nyeri	

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
		09.45 WIB	yang dirasakan. 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Hasil : menyesuaikan pencahayaan dan tempat tidur pasien	 Putri Amela
		10.00 WIB	7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis yaitu relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri Hasil : Pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar. Pasien melakukan teknik relaksasi setiap rasa nyeri dirasakan.	 Putri Amela
		14.00 WIB	8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Hasil : Pasien diberikan tramadol 3x50 mg dan ketorolac 3x30 mg	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri <i>post</i> operasi ditandai dengan mengeluh sering terjaga dan mengeluh istirahat tidak cukup (D.0055)	Rabu, 16 Oktober 2024	09.10 WIB	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil : Pasien mengatakan masih mengantuk dan tidurnya kurang nyenyak karena sering terbangun 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) Hasil : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasinya membuat tidurnya terganggu	 Putri Amela  Putri Amela
		10.20 WIB	3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Hasil : Memposisikan pasien dengan nyaman.	 Putri Amela
		13.40	4. Mengajarkan relaksasi	

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
		WIB	otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya Hasil : Mengajarkan meditasi disertai relaksasi nafas dalam pada pasien untuk diterapkan sebelum memulai tidur. Pasien tampak bisa mempraktikkan dengan baik	
		14.00 WIB	5. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur Hasil : Pasien menyampaikan apa yang mengganggunya saat ini dan membantu mengalihkan rasa nyeri dengan teknik non farmakologi sebelum tidur	 Putri Amarella
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka <i>post</i> operasi kolisistektomi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan tekanan darah meningkat (D.0077)	Kamis, 17 Oktober 2024	09.10 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : Pasien mengatakan nyeri pada luka <i>post</i> operasinya sudah mulai berkurang, nyeri dirasakan hilang timbul, dan terasa seperti tertusuk-tusuk 2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Pasien mengatakan nyeri dirasakan skala 4 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : Ekspresi meringis berkurang. Pasien tampak lebih tenang. 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	 Putri Amarella  Putri Amarella  Putri Amarella  Putri Amarella
		10.00 WIB		

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
			Hasil : Pasien mengatakan sudah tidak terbangun saat tidur karena nyeri	 Putri Amela
			5. Mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan teknik nonfarmakologis yaitu relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri	
			Hasil : Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam secara mandiri. Pasien mengatakan melakukan relaksasi nafas dalam setiap nyeri terasa.	 Putri Amela
		10.15 WIB	6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
			Hasil : Pasien diberikan tramadol 3x50 mg dan ketorolac 3x30 mg	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri <i>post</i> operasi ditandai dengan mengeluh sering terjaga dan mengeluh istirahat tidak cukup (D.0055)	Kamis, 17 Oktober 2024	09.30 WIB	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil :  Pasien mengatakan sudah bisa tidur lebih nyenyak	 Putri Amela
			2. Mengevaluasi teknik nonfarmakologi yang telah diajarkan Hasil : Pasien mengatakan meditasi serta relaksasi nafas dalam membantu dirinya untuk tenang dan merasa nyaman sehingga dapat tidur dengan nyenyak.	 Putri Amela

Sumber : Dokumentasi Asuhan Keperawatan Ny. N, 2024

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.6 Evaluasi Keperawatan

DIAGNOSIS	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka <i>post</i> operasi kolisistektomi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan tekanan darah meningkat (D.0077)	Selasa, 15 Oktober 2024	20.30 WIB	S : 1. Pasien mengatakan merasa nyeri dibagian luka <i>post</i> operasi kolelitiasis P : nyeri karena <i>post</i> operasi Q : nyeri seperti tertusuk- tusuk R : nyeri pada luka operasi pada bagian kanan atas perut S : Skala nyeri 6 T : Nyeri timbul terus menerus 2. Pasien mengatakan sulit tidur dengan nyenyak karena luka operasinya O : 1. Kesadaran composmentis (E4V5M6) 2. Pasien tampak meringis kesakitan 3. Pasien tampak menahan nyeri 4. Posisi pasien menghindari nyeri 5. Tampak luka operasi dengan luas \pm 6cm 6. Hasil TTV : TD : 158/98 mmHg N : 93 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,3°C A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala	 Putri Ananda

DIAGNOSIS	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
			<p>nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Mengajarkan Teknik nonfarmakologis (terapi relaksasi nafas dalam) selama 15 menit untuk mengurangi nyeri 5. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Memonitor efek samping penggunaan analgetik 7. Memfasilitasi istirahat dan tidur 8. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Kolaborasi pemberian analgetik 	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri operasi ditandai dengan sering terjaga dan mengeluh tidak cukup (D.0055)	Selasa, 15 Oktober 2024	20.30 WIB	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan karena nyeri yang dirasakan tidak bisa tidur nyenyak dan kerap terbangun 2. Pasien mengatakan waktu tidurnya berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran composmentis (E4V5M6) 2. Pasien tampak mengantuk 3. Pasien tampak menguap beberapa kali 4. Hasil TTV : TD : 158/98 mmHg N : 93 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,3°C <p>A : Masalah gangguan pola</p>	 Putri Amanda

DIAGNOSIS	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
			tidur belum teratasi	
			<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 4. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau nonfarmakologi lainnya 	
Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka <i>post</i> operasi kolisistektomi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan tekanan darah meningkat (D.0077)	Rabu, 16 Oktober 2024	14.30 WIB	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan merasa nyeri dibagian luka <i>post</i> operasi kolelitiasis 2. Pasien mengatakan masih sulit tidur dengan nyenyak <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran composmentis (E4V5M6) 2. Pasien tampak meringis kesakitan 3. Pasien tampak menahan nyeri 4. Posisi pasien menghindari nyeri 5. Tampak luka operasi dengan luas \pm 6cm 6. Hasil TTV : TD : 145/93 mmHg N : 90 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,5°C 	 Putri Amanda
			A : Masalah nyeri akut belum	

DIAGNOSIS	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
			teratasi	
			<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 5. Memonitor efek samping penggunaan analgetik 6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7. Kolaborasi pemberian analgetik 	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri <i>post</i> operasi ditandai dengan mengeluh sering terjaga dan mengeluh istirahat tidak cukup (D.0055)	Rabu, 16 Oktober 2024	14.30 WIB	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan karena nyeri yang dirasakan tidak bisa tidur nyenyak dan kerap terbangun 2. Pasien mengatakan waktu tidurnya berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran composmentis (E4V5M6) 2. Pasien tampak mengantuk 3. Pasien tampak menguap beberapa kali 4. Hasil TTV : TD : 145/93 mmHg N : 90 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,5°C <p>A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas 	 Putri Amanda

DIAGNOSIS	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
			dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 4. Mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan teknik nonfarmakologi yang telah diajarkan	
Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka <i>post</i> operasi kolisistektomi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan tekanan darah meningkat (D.0077)	akut Kamis, 17 Oktober 2024	14.30 WIB	S : 1. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang P : nyeri karena <i>post</i> operasi Q : nyeri seperti tertusuk- tusuk R : nyeri pada luka operasi pada bagian kanan atas perut S : Skala nyeri 4 T : Nyeri hilang timbul 2. Pasien mengatakan tidurnya sudah mulai nyenyak karena nyeri yang dirasakan mulai berkurang O : 1. Kesadaran composmentis (E4V5M6) 2. Ekspresi meringis berkurang 3. Tampak luka operasi dengan luas \pm 6cm 4. Hasil TTV : TD : 140/80 mmHg N : 90 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2 ⁰ C A : Masalah nyeri akut teratasi P : Intervensi tetap dilanjutkan 1. Memonitor efek samping penggunaan analgetik	 Putri Ananda

DIAGNOSIS	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
			2. Kolaborasi pemberian analgetik	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri <i>post</i> operasi ditandai dengan sering terjaga dan mengeluh istirahat tidak cukup (D.0055)	Kamis, 17 Oktober 2024	14.30 WIB	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan tidurnya sudah lebih nyenyak dan tidak terbangun saat tidur</p> <p>O :</p> <p>1. Kesadaran composmentis (E4V5M6)</p> <p>2. Pasien tampak segar</p> <p>3. Hasil TTV :</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>N : 90 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>S : 36,2°C</p> <p>A : Masalah gangguan pola tidur teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	 Putri Ananda

Sumber : Dokumentasi Asuhan Keperawatan Ny.N, 2024

4.2 Pembahasan

Penelitian ini mengulas kasus perawatan pada pasien *post* operasi kolelitiasis yang mengalami nyeri akut di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang. Lingkup pembahasan meliputi beberapa tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal yang dilakukan dalam proses keperawatan. Pengkajian dilakukan bertujuan untuk mengumpulkan data yang dapat diperoleh melalui wawancara ke pasien, keluarga pasien, hasil observasi langsung oleh perawat, dan hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung. Pengkajian dalam penelitian ini dilakukan secara langsung kepada pasien dengan status kesadaran

composmentis serta didampingi keluarga. Pengkajian menggunakan format pengkajian yang telah disusun untuk menggali data terkait pola sistemik pasien serta data pemeriksaan *head to toe* pasien.

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data pasien Ny.N dengan *post* operasi kolelitiasis. Pasien mengeluh nyeri pada luka *post* operasi kolelitiasisnya yang terletak pada bagian kanan atas perut, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, dan dirasakan terus menerus. Pasien mengatakan sulit tidur dengan nyenyak karena nyeri yang dirasakan serta sering terbangun di tengah tidur karena nyeri tersebut. Pasien juga mengatakan waktu tidurnya berkurang sehingga pasien merasa mengantuk pada pagi hari walaupun sudah tidur. Hasil pemeriksaan pasien tampak meringis dan menahan nyeri serta posisi pasien tampak menghindari nyeri. Pasien sering menguap selama proses pengkajian dilakukan. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien yaitu, TD : 158/98 mmHg, N : 93x/menit, RR : 20x/menit, dan S : 36,3⁰C, dan kesadaran composmentis dengan GCS (E4V5M6).

Proses pembedahan pada pasien kolelitiasis menimbulkan beberapa komplikasi yaitu, nyeri yang hebat, perdarahan, dan bahkan menimbulkan kematian (Prमितasari & Musharyanti, 2023). Saat periode *post* operasi, pasien umumnya akan merasakan nyeri hebat dalam 2 jam pertama setelah operasi karena efektivitas dari obat anestesi mulai berkurang (Adrian *et al*, 2022). Nyeri merupakan pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan atau potensial yang akan menyebabkan kerusakan jaringan (Nurhanifah & Sari, 2022). Nyeri yang dirasakan pasien *post* operasi disebabkan karena adanya rangsangan mekanik pada luka operasi yang

membuat tubuh menghasilkan mediator kimia nyeri dan menimbulkan nyeri pada pasien yang telah mengalami pembedahan (Kadri & Fitrianti, 2020). Nyeri *post* operasi memberikan karakteristik berupa sensitisasi di perifer serta sentral dari susunan saraf, yang lebih dikenal sebagai nyeri klinis. Apabila terjadi sensitisasi sistem saraf, maka suatu stimulus lemah yang dalam keadaan normal tidak menimbulkan nyeri akan terasa nyeri (alodinia), sedangkan stimulus kuat yang cukup untuk menimbulkan nyeri akan terasa amat nyeri (hiperalgesia). Hal ini dapat menyebabkan ketidaknyamanan berupa rasa cemas pada pasien *post* operasi yang dapat mengganggu kualitas tidur dan istirahatnya (Mawaddah, 2021).

Nyeri yang dialami pasien *post* operasi kolelitiasis dirasakan pasien secara terus menerus dapat menghambat proses penyembuhan seperti kesulitan untuk memulai mobilisasi dini yang akhirnya akan berdampak pada hari perawatan yang lebih lama di rumah sakit (Utami & Khoiriyah, 2020). Hasil pengkajian dalam penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Adriani, Lekatompessy & Saudi (2022) dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post* Kolesistektomi dengan Nyeri Akut di Rumah Sakit Wilayah Depok” bahwa pada dua orang pasien *post* operasi kolisistektomi ditemukan mengalami masalah keperawatan nyeri akut, dimana nyeri dirasakan pada bagian kanan atas perut.

Menurut peneliti pasien *post* operasi kolisistektomi akan mengalami nyeri dikarenakan tindakan operasi kolisistektomi menyebabkan adanya luka sayatan. Luka sayatan ini menyebabkan terjadinya jaringan yang terputus yang pada akhirnya mengaktifkan reseptor nyeri. Pasien lain yang juga pernah menderita penyakit yang sama dengan pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri yang luar

biasa setelah tindakan operasi kolelitiasis. Nyeri dirasakan terus-menerus dan mengganggu pola tidur pasien tersebut.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan masalah keperawatan yang muncul berdasarkan penilaian klinis pada pasien. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan dalam penelitian ini ada dua yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka *post* operasi kolisistektomi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan tekanan darah meningkat dan gangguan pola tidur berhubungan dengan rasa nyeri *post* operasi ditandai dengan mengeluh sering terjaga dan mengeluh istirahat tidak cukup. Diagnosa ditegakkan berdasarkan data mayor dan minor yang ditemukan pada pasien.

Kolelitiasis merupakan suatu peradangan pada kandung empedu atau dalam saluran empedu yang disebabkan adanya komponen empedu yang mengeras dan membentuk batu (Samsuhidajat, 2018). Kolelitiasis biasanya memunculkan serangan nyeri kolik yang spesifik diikuti keluhan lain seperti mual, muntah, dan penurunan nafsu makan (Sulistyowati, 2022). Kolelitiasis biasanya akan dilakukan tindakan pembedahan kolisistektomi. Pasca tindakan kolisistektomi ini dapat menyebabkan munculnya beberapa masalah keperawatan yaitu, nyeri akut, gangguan pola tidur, ansietas, dan risiko infeksi. Nyeri akut diakibatkan oleh adanya luka sayatan pada daerah operasi sehingga menyebabkan terputusnya jaringan yang mengawasi serabut saraf sehingga mengaktifkan reseptor nyeri, sedangkan gangguan pola tidur disebabkan oleh rasa nyeri pasca operasi yang dirasakan terus menerus yang mengganggu pola istirahat pasien sehingga muncul

keluhan seperti mengeluh sering terjaga dan istirahat tidak cukup (Lesmana, 2019).

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2019). Hasil dari penegakkan diagnosa yang dilakukan oleh peneliti sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mardhiyah & Mumpuni (2024) yang berjudul “Terapi *Foot Massage* terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien *Post* Operasi Kolesistektomi Laparoskopik” yang mendapatkan data bahwa klien mengalami nyeri setelah *post* operasi kolisistektomi laparoskopik dengan data subjektif : P : Klien mengatakan nyeri apabila bergerak, Q : Seperti tersayat pisau, R : Perut , S : 5 T : hilang timbul 4 menit. Data objektif : Wajah klien tampak menahan nyeri, Tampak gelisah sering meminta obat nyeri, TTV : (TD : 150/89 mmHg, HR : 102x/mnt, RR : 20 x/mnt, Suhu : 36,50C, SpO2 : 96%), terdapat 3 luka *post* operasi pada bagian perut. Penelitian lain yang dilakukan oleh Utami dan Khoiriyah (2020) dengan judul “Penurunan Skala Nyeri Akut *Post* Laparotomi Menggunakan Aromaterapi Lemon” mengungkapkan bahwa salah satu hal yang terjadi pada pasien *post* operasi adalah merasakan nyeri yang merupakan salah satu efek dari proses operasi, nyeri yang dialami oleh pasien *post* operasi adalah nyeri akut. Nyeri akut dapat menghambat penyembuhan klien pasca operasi sehingga menghambat kemampuan klien untuk terlibat aktif dalam mobilisasi, rehabilitasi, dan hospitalisasi menjadi lama.

Gangguan pola tidur merupakan diagnosa yang didefinisikan sebagai gangguan terhadap kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal dan

beberapa kondisi klinis terkait. Kondisi klinis terkait yang dapat menyebabkan gangguan pola tidur adalah nyeri atau kolik (SDKI, 2019). Nyeri yang dikeluhkan pada pasien *post* operasi kolisistektomi dapat mengganggu aktivitas tidur pasien (Adrian *et al*, 2022). Penelitian lain yang dilakukan oleh Permana *et al* (2024) dengan judul “Studi Kasus: Aplikasi Intervensi Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* pada Pasien *Wound Dehiscence Post-Operasi Kolelitiasis Ulseratif* dalam Mengatasi Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur” mengatakan bahwa pasien *post* kolelitiasis ulseratif mengeluh kesulitan untuk beristirahat karena rasa nyeri yang terkadang muncul.

Menurut peneliti diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada penelitian ini sudah sesuai dengan kondisi klinis serta teori yang ada. Diagnosa nyeri akut ditegakkan oleh peneliti karena terdapat tanda dan gejala pada pasien seperti pasien mengeluh nyeri pada luka *post* operasi dibagian kanan atas dari perut, nyeri dirasakan pasien terus menerus dengan kualitas seperti tertusuk-tusuk. Pasien merasakan nyeri dengan skala 6. Pasien juga tampak memasang ekspresi meringis, menahan nyeri, dan posisi pasien yang menghindari nyeri serta tekanan darah pasien yang meningkat. Begitupun dengan diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur ditegakkan karena pasien sulit tidur nyenyak, kerap terbangun di tengah tidur karena nyeri yang dirasakan, serta waktu tidurnya berkurang. Tanda gejala yang dirasakan pasien cocok dengan yang dicantumkan dalam buku SDKI. Kedua diagnosa saling berkaitan dan apabila tidak tertangani dengan tepat maka akan menimbulkan komplikasi pada pasien. Oleh karena itu diperlukan asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien untuk mengatasi kedua diagnosa yang dikeluhkan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang peneliti berikan pada pasien dalam penelitian ini berpedoman pada buku standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI). Intervensi yang dipilih oleh peneliti dari buku SIKI telah disesuaikan dengan kondisi klinis pasien yang menjadi sampel dalam penelitian ini. Nyeri akut sebagai diagnosa pertama yang ditegakkan diberikan intervensi manajemen nyeri yang meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Pemberian intervensi manajemen nyeri dilakukan dengan tujuan agar tingkat nyeri yang dirasakan dapat menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, kesulitan tidur menurun, dan tekanan darah menurun. Diagnosa gangguan pola tidur ditegakkan dengan memberikan intervensi dukungan tidur yang mencakup tindakan observasi, terapeutik, dan edukasi. Pemberian intervensi dukungan tidur dilakukan dengan tujuan pola tidur pasien membaik dengan kriteria hasil keluhan sering terjaga menurun dan keluhan istirahat tidak cukup menurun.

Berdasarkan buku SIKI (2019) masalah keperawatan nyeri akut dapat diberikan dua intervensi utama manajemen nyeri dan pemberian analgesik. Penelitian ini menerapkan intervensi manajemen nyeri untuk menangani masalah nyeri akut. Tindakan Manajemen Nyeri (1.08238) dalam SIKI antara lain identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, berikan dan ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

(mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, dan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Manajemen nyeri diberikan berupa prosedur yang berguna untuk menurunkan nyeri. Manajemen nyeri menggunakan dua metode yaitu farmakologis dan nonfarmakologis (Utami & Marwanti, 2024).

Diagnosa kedua yaitu gangguan pola tidur memiliki dua intervensi utama yaitu dukungan tidur dan edukasi aktivitas dan istirahat. Penelitian ini menggunakan SIKI dukungan Tidur (1.05174) dengan melakukan beberapa tindakan seperti identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis), modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur, dan ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya (SIKI, 2019).

Menurut peneliti pemilihan intervensi manajemen nyeri dan dukungan tidur dapat mengatasi masalah keperawatan nyeri akut dan gangguan pola tidur yang dikeluhkan pasien. Peneliti memilih intervensi manajemen nyeri untuk mengatasi nyeri akut yang dialami pasien karena intervensi tersebut mencakup dua tindakan yaitu tindakan farmakologi dan non farmakologi. Tindakan farmakologi dilakukan dengan kolaborasi pemberian analgetik, sedangkan tindakan nonfarmakologi dapat dilakukan dengan teknik relaksasi. Menurut peneliti intervensi manajemen nyeri lebih tepat daripada intervensi pemberian analgetik karena dalam intervensi manajemen nyeri perawat dapat melakukan tindakan mandiri sesuai dengan

bidang profesional keperawatan serta berkolaborasi dengan tenaga medis lainnya. Diagnosa gangguan pola tidur dalam penelitian ini diberikan intervensi dukungan tidur. Menurut peneliti intervensi dukungan tidur lebih tepat dipilih untuk mengatasi masalah pasien daripada edukasi aktivitas dan istirahat karena dengan keluhan sedemikian rupa pasien tidak hanya membutuhkan edukasi tapi juga membutuhkan tindakan yang bersifat terapeutik. Tujuan peneliti memilih intervensi serta luaran keperawatan diatas untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien yang bermanfaat sehingga gejala baik mayor maupun minor dapat teratasi.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi asuhan keperawatan adalah tindakan yang dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat. Implementasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah tindakan perawatan yang diberikan kepada Ny.N pasien *post* operasi kolelitiasis selama 3x8 jam yang meliputi tindakan-tindakan manajemen nyeri dan dukungan tidur. Tujuan dari implementasi keperawatan ini adalah untuk menurunkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien pasca operasi kolelitiasis serta memperbaiki pola tidur pasien.

Implementasi hari pertama untuk diagnosa nyeri akut dilakukan tindakan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur pasien, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri serta kolaborasi dalam pemberian analgetik berupa tramadol 3x50 mg dan ketorolac 3x30 mg. Nyeri akut pada hari pertama masih dirasakan dengan skala 6 maka dari itu

implementasi manajemen nyeri dilanjutkan pada hari kedua dengan menambahkan tindakan yaitu mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, mengajarkan teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri. Implementasi pada hari kedua ini membuat tingkat nyeri yang dirasakan pasien sedikit berkurang namun masih dirasakan sehingga implementasi dilanjutkan pada hari ketiga. Implementasi manajemen nyeri pada hari ketiga sama dengan implementasi hari kedua namun peneliti mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri serta menilai manfaat teknik non farmakologis tersebut pada pasien. Hasil dari implementasi manajemen nyeri pada hari ketiga adalah pasien merasakan nyerinya berkurang dengan dibuktikan skala nyeri menurun menjadi 4 yang sebelumnya adalah 6. Implementasi dari diagnosa nyeri akut teratasi setelah dilakukan selama 3x8 jam.

Implementasi hari pertama untuk diagnosa gangguan pola tidur dilakukan tindakan yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur serta faktor pengganggu tidur pasien. Peneliti juga melakukan modifikasi lingkungan serta melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. Mengajarkan pentingnya tidur selama sakit serta edukasi terkait faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur juga dilakukan oleh peneliti. Pola tidur pasien masih terganggu pada hari pertama sehingga implementasi dilanjutkan pada hari kedua dengan tetap menerapkan implementasi pada hari pertama dan ditambahkan dengan tindakan lain. Tindakan lain yang ditambahkan pada implementasi hari kedua yaitu mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi

lainnya. Peneliti memilih teknik relaksasi nafas dalam untuk diterapkan pada implementasi hari kedua. Selain itu, peneliti juga memfasilitasi pasien untuk menghilangkan stress sebelum tidur dengan cara memberikan kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan apa yang menggangukannya saat itu dan membantu mengalihkan dengan teknik relaksasi nafas dalam sebelum tidur. Hasil dari implementasi hari kedua yaitu pasien masih merasa tidurnya kurang nyenyak dan kerap terbangun karena nyeri yang dirasakan sehingga implementasi dilanjutkan pada hari ketiga. Implementasi pada hari ketiga dilakukan dengan melakukan identifikasi pola aktifitas dan tidur pasien serta mengevaluasi teknik nonfarmakologi yang telah diajarkan apakah bermanfaat pada pasien. Hasil dari implementasi hari ketiga adalah pasien merasa tenang dan nyaman sehingga tidurnya lebih nyenyak. Implementasi dukungan tidur teratasi setelah dilakukan selama 3x8 jam.

Terapi nonfarmakologi yang diimplementasikan adalah terapi relaksasi nafas dalam yang merupakan wujud peran perawat secara mandiri yang bertujuan untuk menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien sehingga akan berdampak dengan membaiknya pola tidur pasien. Hasil studi kasus menunjukkan bahwa pemberian terapi relaksasi nafas dalam pada Ny. N dengan *post* operasi kolelilitiasis dengan masalah keperawatan nyeri akut mengalami penurunan skala nyeri dari skala 6 ke skala 4 dan juga memperbaiki pola tidur pasien.

Menurut Nurhayati *et al.* (2022) teknik relaksasi nafas dalam dapat mengurangi stres, kecemasan, rasa tidak nyaman, menurunkan metabolisme, kontraksi jantung, tekanan darah, dan melepas hormon *epinefrin* yang dapat berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri. Teknik relaksasi nafas dalam

dapat menghambat aktivitas saraf simpatik yang mengakibatkan penurunan terhadap konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi rileks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Menurunnya aktivitas saraf simpatik yang mengontrol rasa nyeri akan berpengaruh terhadap penurunan intensitas nyeri (Ahmed *et al*, 2023).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian berjudul “Terapi Relaksasi Nafas Dalam untuk Menurunkan Rasa Nyeri pada Pasien *Post* Operasi Kolelitiasis : Studi Kasus” yang dilakukan oleh Permatasari & Sari (2022), dimana terapi relaksasi nafas dalam yang dilakukan selama 2 hari pada pasien *post* operasi kolelitiasis mengalami penurunan skala nyeri dari skala nyeri 8 ke skala nyeri 4. Penerapan relaksasi nafas dalam yang dilakukan selama 10-15 menit selama 3 hari berturut turut secara signifikan dapat menurunkan skala nyeri (I. Sari & Sensussiana, 2022). Selain melalui terapi non farmakologi, penurunan tingkat nyeri pada pasien juga didukung oleh adanya pemberian terapi farmakologi yaitu analgetik. Perpaduan antara tindakan teknik farmakologi dan non farmakologi seperti pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan berkolaborasi dalam pemberian analgetik mampu menurunkan nyeri. Terapi non farmakologi seperti teknik relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan rasa tenang, merasa lebih santai, dapat menenangkan syaraf. Selain itu, pemberian analgetik seperti 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 (Adriani *et al*, 2022).

Penelitian lain yang dilakukan oleh dengan Astrid & Listiyani (2025) dengan judul “Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam untuk Menurunkan Tingkat Nyeri

pada Pasien *Post Operasi Kolesistektomi*” menggunakan dua pasien sebagai responden penelitian, dimana salah satu pasien diberikan terapi relaksasi nafas dalam dan pasien lainnya hanya diberikan terapi farmakologis. Hasil yang didapatkan yaitu terdapat perbedaan tingkat nyeri diantara kedua pasien yang mengalami masalah nyeri akut dimana pasien yang mendapatkan terapi relaksasi nafas dalam mengatakan setelah menerapkan teknik relaksasi nafas dalam selama 10 menit dalam waktu 3 hari, nyeri yang dirasakan lumayan berkurang, nyeri berkurang dari skala nyeri 5 ke skala nyeri 3. Pasien yang tidak diberikan terapi relaksasi nafas dalam pada hari ketiga skala nyeri yang dirasakan masih tetap sama dengan hari pertama yaitu skala 4. Perasaan tenang dan nyaman yang dihasilkan setelah melakukan relaksasi nafas dalam sebelum tidur dapat mempengaruhi tidur lebih nyenyak. Menurut Rustiawati & Sapitri (2023) teknik relaksasi nafas dalam yang diberikan pada pasien pasca operasi mampu meningkatkan suplai oksigen ke jaringan serta meningkatkan ventilasi paru dan oksigen darah setelah efek anestesi habis. Hal tersebut mampu menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien yang mengganggu pola tidurnya pasca operasi. Teknik relaksasi nafas dalam dapat membuat pasien merasa tenang dan rileks serta menyebabkan otot berelaksasi sehingga rasa nyeri akan berkurang dan tidur pasien tidak lagi mengalami kesulitan.

Menurut peneliti implementasi telah dilakukan sesuai dengan rencana intervensi yang ditentukan sebelumnya, dengan penerapan tindakan setiap harinya disesuaikan dengan kondisi pasien pada hari tersebut. Kemajuan atau keberhasilan dari penerapan intervensi ditemukan pada hari ketiga pelaksanaan implementasi. Peneliti berpendapat bahwa pemberian terapi relaksasi nafas

dalam berpengaruh terhadap penurunan skala nyeri pada Ny. N dengan nyeri *post* operasi kolelitiasis. Nyeri yang dirasakan Ny. N terjadi akibat efek dari prosedur invasif. Nyeri pada pasien *post* operasi harus segera ditangani karena dapat berdampak pada proses penyembuhan pasien, hal tersebut dapat mempengaruhi kondisi psikologis dan fisiologis pasien. Apabila terjadi penurunan intensitas dan skala nyeri yang dirasakan pasien, maka hal ini berdampak dengan gangguan pola tidur yang dialami pasien. Pada hari terakhir dari pemberian intervensi, pasien mengatakan bahwa tidurnya sudah nyenyak karena sudah tidak lagi terbangun di tengah tidur akibat nyeri *post* operasi yang dirasakan. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian terapi relaksasi nafas dalam tidak hanya mengatasi satu masalah keperawatan yaitu nyeri akut namun juga mengatasi masalah keperawatan gangguan pola tidur.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Selama 3 hari pemberian asuhan keperawatan kepada pasien, peneliti juga melakukan evaluasi keperawatan setiap harinya. Hasil evaluasi akhir menunjukkan adanya perubahan dan menjadikan perkembangan yang baik bagi pasien terhadap intervensi yang telah diberikan. Evaluasi yang diterapkan menggunakan metode SOAP yang menilai keberhasilan intervensi berdasarkan data subjektif dan data objektif yang dialami pasien setelah diberikan intervensi.

Pemberian asuhan keperawatan selama 3x8 jam pada pasien memberikan evaluasi pada hari ketiga yaitu pada diagnosa pertama nyeri akut mengalami penurunan skala yaitu dari skala 6 pada hari pertama menjadi skala 4, dan ekspresi meringis pada pasien sudah tidak tampak, sikap protektif terhadap nyeripun sudah tidak ditemukan. Tekanan darah juga mengalami perbaikan

menjadi 140/80 mmHg. Pasien juga mengatakan bahwa tidurnya sudah tidak sulit karena nyeri yang dirasakan sudah berkurang. Begitupun diagnosa kedua pada hari ketiga ini menunjukkan evaluasi yang lebih baik dimana pasien mengatakan tidurnya sudah lebih nyenyak dan tidak terbangun di tengah tidur. Secara objektif pasien tampak segar. Maka pada hari ketiga ini menunjukkan telah terjadi perubahan positif dalam evaluasi keperawatan dan dapat disimpulkan bahwa kedua diagnosa teratasi dengan baik sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai.

Evaluasi keperawatan adalah tindakan terakhir dalam metode keperawatan untuk menentukan apakah hasil rencana keperawatan telah berhasil dilakukan. Saat melakukan evaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan memahami respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menarik kesimpulan tentang tujuan yang dicapai, dan kemampuan menghubungkan intervensi keperawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan (Thomas W., 2022). Jika belum tercapainya tujuan dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan maka perlu dilakukannya penyusunan ulang atau modifikasi rencana yang baru (Fatimah, 2020). Evaluasi pada pasien *post* kolisistektomi dengan masalah nyeri akut setelah dilakukan tindakan teknik farmakologis dan non-farmakologis selama 3 hari berturut-turut mampu menurunkan nyeri karena pengaruh dari teknik relaksasi nafas dalam dan pemberian analgetik yang dilakukan sehingga masalah nyeri akut teratasi (Adriani *et al*, 2022). Penelitian lain yang dilakukan oleh Putri (2023) dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. I pada Nyeri Post Operasi Cholelithiasis dengan Implementasi Relaksasi Nafas Dalam di Ruang Anggrek RSUD Rejang Lebong” juga menunjukkan

evaluasi bahwa pada hari ketiga setelah pemberian intervensi masalah keperawatan nyeri akut dapat teratasi dengan menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam berpengaruh dalam proses meredakan nyeri pada luka *post* operasi.

Menurut peneliti hasil evaluasi keperawatan selama 3x8 jam menunjukkan bahwa masalah nyeri akut pada pasien *post* operasi kolesistitis dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan manajemen nyeri, begitupun masalahn gangguan pola tidur dapat teratasi setelah dilakukan tindakan dukungan tidur. Hasil evaluasi terhadap dua diagnosa yang ditegakkan sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai. Evaluasi akhir pada diagnosa nyeri akut sudah menunjukkan penurunan tingkat nyeri pada pasien. Hal ini sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan oleh peneliti. Begitupun untuk diagnosa gangguan pola tidur mendapatkan evaluasi akhir bahwa pola tidur pasien sudah membaik dan sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan oleh peneliti.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan terhadap Ny. N didapatkan data pasien Ny.N dengan berjenis kelamin perempuan, berusia 49 tahun dengan diagnosa kolelitiasis. Saat pengkajian pasien merupakan pasien post operasi kolelitiasis. Data mayor yang ditemukan dalam pengkajian adalah pasien post operasi kolelitiasis dengan luka operasi yang memiliki luas ± 6 cm, pasien mengeluhkan nyeri pada luka operasinya dibagian kanan atas perut yang terasa seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6. Nyeri dirasakan terus menerus. Selain itu, pasien tampak meringis, tampak posisi menghindari nyeri, serta mengeluh sulit tidur dan sering terjaga dari tidurnya karena nyeri yang dirasakan serta pasien merasa waktu tidurnya berkurang. Data minor yang ditemukan adalah Ny.N mengalami peningkatan tekanan darah, tampak mengantuk, serta sering menguap selama pengkajian.
2. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada Ny. N adalah nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka *post* operasi kolisistektomi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, tekanan darah meningkat dan diagnosa gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan rasa nyeri *post* operasi ditandai dengan mengeluh sering terjaga dan mengeluh istirahat tidak cukup.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan untuk asuhan keperawatan dalam penelitian ini berpedoman pada buku SIKI 2019. Diagnosa nyeri akut

diberikan intervensi manajemen nyeri (I.08238) dan diagnosa gangguan pola tidur diberikan intervensi dukungan tidur (I.05174)

4. Pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan melalui tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi yang telah direncanakan sebelumnya sesuai dengan keluhan Ny. N. Implementasi manajemen nyeri untuk diagnosa nyeri akut bertujuan untuk menurunkan tingkat nyeri dan implementasi dukungan tidur untuk diagnosa gangguan pola tidur bertujuan untuk memperbaiki pola tidur Ny. N. Implementasi dilakukan selama 3x8 jam.
5. Evaluasi Keperawatan kepada dua diagnosa dilakukan setiap hari dengan didapatkan hasil pada hari ketiga bahwa diagnosa nyeri akut dan gangguan pola tidur teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya. Nyeri akut mengalami penurunan skala yaitu dari skala 5 menjadi skala 4, dan ekspresi meringis pada pasien sudah tidak tampak, sikap protektif terhadap nyeripun sudah tidak ditemukan. Tekanan darah juga mengalami perbaikan menjadi 140/80 mmHg. Pola tidur pasien juga membaik karena pasien sudah tidak sulit tidur karena nyeri yang dirasakan sudah berkurang serta pasien tidur lebih nyenyak dan tidak lagi terbangun di tengah tidur. Secara objektif pasien tampak segar.

5.2 Saran

Berdasarkan rangkuman data penelitian ini, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi perawat

Bagi perawat diharapkan saat pemberian asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi kolelitiasis dilakukan secara efektif, tepat sasaran, dan berbasis

evidence based practice. Perawat dapat memanfaatkan *evidence based practice* terbaru terkait perpaduan terapi non farmakologi yaitu relaksasi nafas dalam dengan terapi farmakologi dalam memberikan tindakan keperawatan yang komprehensif pada pasien dengan masalah nyeri akut dan gangguan pola tidur. Perawat juga diharapkan dapat melakukan intervensi secara mandiri sesuai dengan bidang profesinya. Selain itu diharapkan asuhan keperawatan yang diberikan bersifat optimal sehingga mencegah terjadinya komplikasi yang akan berdampak pada lamanya perawatan dan tingkat kesembuhan pasien. Perawat juga diharapkan melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan yang lengkap dan akurat terhadap perubahan kondisi pasien, respon terhadap intervensi, serta hasil evaluasi terhadap nyeri dan pola tidur guna menunjang kontinuitas asuhan keperawatan.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, disarankan peneliti selanjutnya dalam meneliti asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi kolelitiasis dapat menambahkan variabel lain yang berhubungan dengan kondisi pasien *post* operasi kolelitiasis, seperti tingkat kecemasan, kualitas tidur, maupun lama rawat inap, agar diperoleh gambaran yang lebih komprehensif. Peneliti selanjutnya juga dianjurkan menggunakan desain penelitian yang berbeda, misalnya studi komparatif atau eksperimen dengan intervensi nonfarmakologis lain seperti terapi musik atau *guided imagery*, sehingga dapat diketahui efektivitas berbagai metode dalam menurunkan nyeri akut.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhata, A., Mustofa, S., & Soleha, T. U. (2022). Diagnosis dan Tatalaksana Kolelitiasis. *Jurnal Medula*, 12(1), 75-78.
- Adriani, S., Lekatompessy, R., Saudi, L. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Kolesistektomi dengan Nyeri Akut di Rumah Sakit Wilayah Depok. *Indonesian Journal of Nursing Scientific*, 2(1), 10-17.
- Ahmed, A. R., Gendy, F. J., & Mahrous, M. F. (2023). Effect of Benson's Relaxation Therapy on Pain and Sleep Quality among Patients Undergoing Thoracic Surgery. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(3), 579-592. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.318603>.
- Arimbi, D., Novella, A., & Nurina, T. (2024). Case Report : Acute Cholelitiasis. *Quantum Wellness : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(3), 34-42. <https://doi.org/10.62383/quwell.v1i3.719>.
- Astrid, M., & Listiyani, D. (2023). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam untuk Menurunkan Tingkat Nyeri pada Pasien Post Operasi Kolesistektomi. *Jurnal Cendekia Ilmiah*, 4(3), 610-615.
- Fatihah, W. M. (2020). Penerapan Evaluasi Keperawatan terhadap Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. <https://doi.org/10.31219/osf.io/7n9rq>
- Fitriyasti, B., Khomaini, Rifqi, A., & Ferilda, S. (2025). Karakteristik Pasien Kolelitiasis Di Rumah Sakit Siti Rahmah Padang Pada Tahun 2022. *Jurnal Kesehatan Sainika Meditory*, 8(1), 405-414.
- Gunadi, E. & Istiana, T. (2024). Manajemen Nyeri Efektif Pada Pasien. *Medical Profession Journal of Lampung*, 14(1), 157-166.
- Jamini, T. & Trihandiri, B. (2023). Gambaran Karakteristik Penderita Kolelitiasis di Rumah Sakit Umum Daerah Moh. Ansari Saleh Kalimantan Selatan. *Jurnal Surya Medika (JSM)*, 9(2), 291-295.
- Kadri, H. & Fitrianti, S. (2020). Pengaruh Aromaterapi Lemon terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Post Operasi Laparatomi di Ruang Bedah RSUD Raden Mataher Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 9(2), 246-251. <https://doi.org/10.36565/jab.v9i2.227>
- Kaparang, A. M., Manengkey, A. V., Damar, A. A., Watania, L. N., & Diannita, C. G. (2022). The Effect of Benson Relaxation On Pain in Post Major Surgery Patients. *Malahayati Nursing Journal*, 4(9), 2305-2323. <https://doi.org/10.33024/mnj.v4i9.6950>.
- Kemenkes. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kristianus, D., Setijoso, R. E., Mayasari, M., & Koncoro, H. (2022). Nyeri Epigastrik sebagai Presentasi Awal Kolelitiasis. 49(11), 620-623.
- Kristiawan, D. & Arsy, G. R. (2024). Gambaran Gaya Hidup Penderita Cholelithiasis Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus. *Jurnal Profesi Keperawatan*, 11(1), 70-76.

- L. Moore, K., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2018). *Clinically Oriented Anatomy*. Netherlands : Wolters Kluwer.
- Lesmana, L., (Ed.). (2019). *Penyakit Batu Empedu*. 5th ed. Jakarta: Penerbit Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mardhiyah, T & Mumpuni. (2024). Terapi Foot Massage terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post Operasi Kolesistektomi Laparoskopik, *Jurnal PPNi Sumbar*, 01(01), 01- 05.
- Mawaddah, D.S. (2021). Hubungan Nyeri terhadap Pola Tidur Pasien Post Operasi Appendisitis di RSUD Teungku Peukan Aceh Barat Daya. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia* 20(6), 394-400.
- Ningtyas, N. W. R., Amanupunnyo, N. A., Manueke, I., & Dkk. (2023). *Manajemen nyeri*.
- Nurhanifah, D. & Sari, R. T. (2022). *Manajemen Nyeri Nonfarmakologi*. Banjarmasin : Urban Green Central Media
- Nurhayati, N., Marianthi, D., Desiana, D., & Maulita, R. (2022). Pemberian Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Nyeri Pasien Post Operasi Fraktur Femur Di Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Banda Aceh. *Journal Keperawatan*, 1(1), 43–53. <https://doi.org/10.58774/jourkep.v1i1.9>.
- Permana, B. R., Purba, C. I. H. & Nugraha, B. A. (2024). Studi Kasus: Aplikasi Intervensi Terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* pada Pasien *Wound Dehiscence Post-Operasi Kolelitiasis Ulseratif* dalam Mengatasi Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur. *Sentri: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(4), 2068-2074.
- Permatasari, C. & Sari. I. Y. (2022). Terapi Relaksasi Nafas Dalam untuk Menurunkan Rasa Nyeri pada Pasien *Post Operasi Kolelitiasis* : Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan Merdeka (JKM)*, 2 (2), hal. 216-220.
- Pramitasi, N. A. & Musharyanti, L. (2023). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien dengan Post Operasi Laparotomi di RS PKU Muhammadiyah Gamping: *Case Report*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Institut Medika Drg. Suherman*, 5(1), 126-130.
- Purnomo, Y. A., Nathaniel, F., Wijaya, D. A., Satyanegara, W. G., Firmansyah, Y. (2023). Analisa Penyakit Kandung Dan Saluran Empedu Serta Kaitannya Dengan Usia Dan Status Infeksi Di Rumah Sakit Mitra Keluarga Kalideres Periode 2018 – 2023. *Mahesa: Malahayati Health Student Journal*, 3(10), 3338-3345. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i10.11321>.
- Putri, S. N. (2023). Asuhan Keperawatan pada Ny. I pada Nyeri Post Operasi Cholelitiasis dengan Implementasi Relaksasi Nafas Dalam di Ruang Anggrek RSUD Rejang Lebong. Bengkulu : Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
- Rustiawati, E. & Sapitri, R. (2023). Terapi Nafas Dalam Meningkatkan Istirahat Tidur pada Pasien *Post Operasi Sistem Pencernaan: Hernia Inguinalis* dengan Pendekatan Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 4(2), 1-8.
- Samsuhidajat, R., de Jong, W. (Ed.). (2018). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. 4th. Ed.

Jakarta: EGC.

- Sari, I. P., Dwikora, D., & Kurniawati, N. D. (2020). Comparison of Asmaul Husna and Benson Relaxation on Decreasing of Pain among Patients with Post Antebrachii Operated at Public Hospital Sidoarjo. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 3(1), 6–11. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v3i1.173>.
- Sari, I., & Sensussiana, T. (2022). Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Fraktur Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Di Rst Asmir Salatiga. *Jurnal D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta*, 8.5.2017, 2003–2005.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2019). *Keperawatan Medikal bedah* Ed. 8. Vol. 2. Jakarta : EGC
- Stinton, L. M. & Shaffer, E. A. (2019). *Epidemiology Of Gallbladder Disease: Cholelithiasis And Cancer. Gut and Liver*, 6(2), hal. 172-187.
- Sudirman, A. A., Syamsuddin, F., & Kasim, S. S. (2023). Efektifitas Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Appendisitis Di IRD RSUD Otanaha Kota Gorontalo. *Detector: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(2), hal.137–147.
- Sulistyowati, P. A. (2022). Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.E Dengan Diagnosa Medis Kolelitiasis Di Ruang BI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya. Surabaya : Stikes Hang Tuah.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1 (Cetakan III). Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Edisi 1 (Cetakan III). Jakarta : DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia Edisi 1 (Cetakan III). Jakarta : DPP PPNI.
- Utami, D. C. & Marwati. (2024). Penerapan Terapi Relaksasi Genggam Jari: Solusi Nyeri Pasca Laparoskopi Cholelithiasis DI RSUD Pandan Arang Boyolali. *The 3rd Conference Of Health And Social Humaniora*, 33-39. Klaten: Universitas Muhammadiyah Klaten.
- Utami, R. N. & Khoiriyah, K. (2020). Penurunan Skala Nyeri Akut Post Laparatomi Menggunakan Aromaterapi Lemon. *Jurnal Ners Muda Unimus*, 1(1), 23-33.
- Wijayanti, R.B. & Utami, M.B. (2023). Cholelithiasis dengan Cholesystitis Akut: Laporan Kasus. *Proceeding Book Call for Papers Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta (Gasternity)*. Hal. 35-42.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Kegiatan

JADWAL KEGIATAN

No	Jadwal Penelitian	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Persamaan persepsi dan pengumuman pembimbing																								
2.	Bimbingan proposal																								
3.	Pendaftaran ujian proposal																								
4.	Ujian proposal																								
5.	Bimbingan revisi Proposal																								
6.	Pengambilan dan pengolahan data																								
7.	Bimbingan hasil																								
8.	Pendaftaran ujian sidang KIAN																								
9.	Ujian sidang KIAN																								
10.	Revisi KIAN																								
11.	Penggandaan, plagscan, dan pengumpulan KIAN																								

Lampiran 2. Lembar Penjelasan Penelitian

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Putri Amanda Saskianida Kuncoro

NIM : 246410023

Program studi : Profesi Ners

Saya saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul: “Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post* Operasi Kolelitiasis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang”.

Berikut ini adalah penjelasan tentang penelitian yang dilakukan dan terkait dengan keikutsertaan penderita Pneumonia sebagai responden dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada klien *post* operasi kolelitiasis di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang.
2. Apabila selama penelitian responden merasa tidak nyaman, responden mempunyai hak untuk mengatakannya kepada peneliti.
3. Keikutsertaan responden pada penelitian ini bukanlah suatu paksaan melainkan atas dasar suka rela, oleh karena itu responden berhak untuk melanjutkan atau menghentikan keikutsertaannya karena alasan tertentu dan telah dikomunikasikan dengan peneliti terlebih dahulu.
4. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan dalam bentuk kode-kode dalam forum ilmiah khususnya ITSKes ICMe jombang.

Demikian penjelasan mengenai penelitian ini disampaikan. Saya berharap kepada calon responden dalam penelitian ini. Atas kesediaanya saya ucapkan terimakasih.

Jombang, Juni 2025

Peneliti

Lampiran 3. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
INFORMED CONSENT

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
Umur :
Jenis kelamin :
Jabatan :

Menyatakan (bersedia/tidak bersedia) memberikan izin untuk pengambilan data pasien dalam rangka penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) oleh saudari Putri Amanda Saskianida Kuncoro, Mahasiswa Profesi Ners ITSkes ICMe Jombang dengan judul penelitian “Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post* Operasi Kolelitiasis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang”. Saya memahami bahwa data pasien yang diambil hanya digunakan untuk kepentingan pendidikan, bersifat rahasia, serta tidak akan mencantumkan identitas pribadi pasien.

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang,.....2024

Responden

(.....)

Lampiran 4. Lembar Format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah



PRAKTIK PROFESI
PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
Jl. Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang, Telp. 0321-8494886

Asuhan Keperawatan pada pasien

Dengan Diagnosa.....

di Ruang.....

I. PENGKAJIAN

A. Tanggal Masuk :

B. Jam masuk :

C. Tanggal Pengkajian :

D. Jam Pengkajian :

E. No.RM :

F. Identitas

1. Identitas pasien

a. Nama :

b. Umur :

c. Jenis kelamin :

d. Agama :

e. Pendidikan :

f. Pekerjaan :

g. Alamat :

h. Status Pernikahan :

2. Penanggung Jawab Pasien

a. Nama :

b. Umur :

c. Jenis kelamin :

d. Agama :

e. Pendidikan :

f. Pekerjaan :

g. Alamat :

h. Hub. Dengan PX :

G. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

.....

.....

.....

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

.....

.....

.....

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

.....

.....

.....

H. Pola Fungsi Kesehatan

1. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

- a. Merokok : Jumlah : Jenis:Ketergantungan:.....
- b. Alkohol : Jumlah : Jenis:Ketergantungan:
- c. Obat-obatan : Jumlah : Jenis:Ketergantungan:.....
- d. Alergi :
- e. Harapan dirawat di RS :
- f. Pengetahuan tentang penyakit :
- g. Pengetahuan tentang keamanan dan keselamatan :
- h. Data lain :

2. Nutrisi dan Metabolik

- a. Jenis diet :
- b. Jumlah porsi :
- c. Nafsu makan :
- d. Kesulitan menelan :
- e. Jumlah cairan/minum :
- f. Jenis cairan :
- g. Data lain :

- e. Data lain :
9. Kognitif Perseptual
- a. Keadaan mental :
- b. Berbicara :
- c. Kemampuan memahami :
- d. Ansietas :
- e. Pendengaran :
- f. Penglihatan :
- g. Nyeri :
- h. Data lain :
10. Nilai dan Keyakinan
- a. Agama yang dianut :
- b. Nilai/keyakinan terhadap penyakit :
- c. Data lain :
- I. Pengkajian
- a. Vital Sign
- Tekanan Darah : Nadi :
- Suhu : RR :
- b. Kesadaran :
- GCS :
- c. Keadaan Umum
- a. Status gizi : Gemuk Normal Kurus
- Berat Badan : Tinggi Badan :
- b. Sikap : Tenang Gelisah Menahan nyeri
- d. Pemeriksaan Fisik
- 1) Kepala
- a. Warna rambut :
- b. Kuantitas rambut :
- c. Tekstur rambut :
- d. Kulit kepala :
- e. Bentuk kepala :
- f. Data lain :
- 2) Mata
- a. Konjungtiva :
- b. Sclera :
- c. Reflek pupil :
- d. Bola mata :
- e. Data lain :

.....
 3) Telinga

- a. Bentuk telinga :
- b. Kesimetrisan :
- c. Pengeluaran cairan :
- d. Data lain :

4) Hidung dan Sinus

- a. Bentuk hidung :
- b. Warna :
- c. Data lain :

5) Mulut dan tenggorokan

- a. Bibir :
- b. Mukosa :
- c. Gigi :
- d. Lidah :
- e. Palatum :
- f. Faring :
- g. Data lain :

6) Leher

- a. Bentuk :
- b. Warna :
- c. Posisi trakea :
- d. Pembesaran tiroid :
- e. JVP :
- f. Data lain :

7) Thorax

- Paru-Paru
 - a. Bentuk dada:
 - b. Frekuensi nafas :
 - c. Kedalaman nafas :
 - d. Jenis pernafasan :
 - e. Retraksi dada :
 - f. Irama nafas :
 - g. Ekspansi paru :
 - h. Vocal fremitus :
 - i. Nyeri :

- j. Batas paru :
- k. Suara nafas :
- l. Data lain :
- Jantung
 - a. Ictus cordis :
 - b. Nyeri :
 - c. Batas jantung :
 - d. Bunyi jantung :
 - e. Data lain :
- 8) Abdomen
 - a. Bentuk perut:
 - b. Warna kulit :
 - c. Lingkar perut
 - d. Bising usus :
 - e. Massa :
 - f. Acites :
 - g. Nyeri :
 - h. Data lain :
- 9) Genetalia :
 - a. Kondisi meatus :
 - b. Kelainan skrotum :
 - c. Odem vulva :
 - d. Kelainan :
 - e. Data lain :
- 10) Ekstremitas
 - a. Kekuatan otot:
 - b. Turgor :
 - c. Odem :
 - d. Nyeri :
 - e. Warna kulit :
 - f. Akral :
 - g. Sianosis :
 - h. Parese :
 - i. Alat bantu :
 - j. Data lain :
- e. Pemeriksaan Penunjang
 -
 -
 -
 -

.....
.....
.....
f. Terapi Medik
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

II. ANALISA DATA

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH

III. DIAGNOSA KEPERAWATAN (SESUAI PRIORITAS)

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4.
.....
5.
.....

IV. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NO.	SDKI KEPERAWATAN	SLKI (SMART)	SIKI

V. IMPLEMENTASI

NO. DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF

VI. EVALUASI

NO.	NO. DX	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF

Lampiran 5. Lembar Bimbingan KIAN Pembimbing 1

LEMBAR BIMBINGAN KIAN

Nama Mahasiswa : Putri Amanda Saskianida Kuncoro
 NIM : 246410023
 Program Studi : Profesi Ners
 Judul : Asuhan Keperawatan Keperawatan pada Pasien *Post* Operasi Kolelitiasis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang
 Nama Pembimbing : Inayatur Rosyidah, S.Kep., Ns., M. Kep

No	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda Tangan
1.	22/05/2025	Pengarahan Judul KIAN	
2.	27/05/2025	Pengajuan Judul KIAN	
3.	03/06/2025	Bimbingan BAB 1 dan 2	
4.	06/06/2025	Revisi BAB 1 dan 2	
5.	10/06/2025	Bimbingan BAB 3	
6.	12/06/2025	Revisi BAB 3	
7.	13/06/2025	Bimbingan BAB 1, 2 dan 3	
8.	17/06/2025	Acc Seminar Proposal	
9.	20/06/2025	Bimbingan BAB 4	
10.	24/06/2025	Revisi BAB 4	
11.	27/06/2025	Bimbingan BAB 5	
12.	01/07/2025	Revisi BAB 5	
13.	07/07/2025	Bimbingan BAB 1, 2, 3, 4 dan 5	
14.	14/07/2025	Revisi BAB 1, 2, 3, 4 dan 5	
15.	21/07/2025	Bimbingan Abstrak dan Lampiran	
16.	01/08/2025	Acc Seminar Hasil	

Lampiran 6. Lembar Bimbingan KIAN Pembimbing 2

LEMBAR BIMBINGAN KIAN

Nama Mahasiswa : Putri Amanda Saskianida Kuncoro
 NIM : 246410023
 Program Studi : Profesi Ners
 Judul : Asuhan Keperawatan Keperawatan pada Pasien *Post*
 Operasi Kolelitiasis dengan Masalah Keperawatan
 Nyeri Akut di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang
 Nama Pembimbing : Ifa Nofalia, S.Kep., Ns., M. Kep

No	Tanggal	Hasil Bimbingan	Tanda Tangan
1.	22/05/2025	Pengarahan Judul KIAN	
2.	27/05/2025	Pengajuan Judul KIAN	
3.	03/06/2025	Bimbingan BAB 1 dan 2	
4.	06/06/2025	Revisi BAB 1 dan 2	
5.	10/06/2025	Bimbingan BAB 3	
6.	12/06/2025	Revisi BAB 3	
7.	13/06/2025	Bimbingan BAB 1, 2 dan 3	
8.	17/06/2025	Acc Seminar Proposal	
9.	20/06/2025	Bimbingan BAB 4	
10.	24/06/2025	Revisi BAB 4	
11.	27/06/2025	Bimbingan BAB 5	
12.	01/07/2025	Revisi BAB 5	
13.	07/07/2025	Bimbingan BAB 1, 2, 3, 4 dan 5	
14.	14/07/2025	Revisi BAB 1, 2, 3, 4 dan 5	
15.	21/07/2025	Bimbingan Abstrak dan Lampiran	
16.	01/08/2025	Acc Seminar Hasil	

Lampiran 7. Hasil Uji Etik



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE**

**Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang
Institute of Technology Science and Health Insan Cendekia Medika Jombang**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL**

“ETHICAL APPROVAL”

No. 414/KEPK/ITSKES-ICME/VIII/2025

Komite Etik Penelitian Kesehatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Institute of Technology Science and Health Insan Cendekia Medika Jombang with regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Kolesistitis dengan
Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Bima RSUD Kabupaten
Jombang**

Peneliti Utama : Putri Amanda Saskianida Kuncoro
Principal Investigator
Nama Institusi : ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang
Name of the Institution
Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang
Setting of Research

**Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above - mentioned protocol.**



Jombang, 21 Agustus 2025
Ketua,

Dhita Yuniar Kristianingrum S.ST.,Bd.,M.Kes
NIK. 05.10.371

Lampiran 8. Surat Pengecekan Judul di Perpustakaan



PERPUSTAKAAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

Kampus C : Jl. Kemuning No. 57 Candimulyo Jombang Telp. 0321-865446

SURAT PERNYATAAN
Pengecekan Judul

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Putri Amanda Saskianida Kuncoro
NIM : 246410023
Prodi : Profesi Ners
Tempat/Tanggal Lahir : Denpasar, 30 Maret 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Gunung Mangu I No. 01, Banjar Bhuana Sari, Tegal Kertha,
Denpasar Barat, Kota Denpasar, Bali
No.Tlp/HP : 081239755604
email : putriamanda167@gmail.com
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post* Operasi Kolelitiasis dengan
Masalah Keperawatan Nyeri Akut (di Ruang Bima RSUD
Kabupaten Jombang)

Menyatakan bahwa judul LTA/Skripsi/KIAN diatas telah dilakukan pengecekan, dan judul tersebut layak untuk diajukan sebagai judul LTA/Skripsi/KIAN. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dijadikan sebagai referensi kepada dosen pembimbing dalam mengajukan judul LTA/Skripsi.

Jombang, 07 Agustus 2025
Mengetahui,
Kepala Perpustakaan

Dwi Nuriana, M.IP
NIK.01.08.112

Lampiran 9. Surat Keterangan Bebas Plagiasi



ITSKes Insan Cendekia Medika
Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia

SK. Kemendikbud Ristek No. 68/E/O/2022

SURAT KETERANGAN BEBAS PLAGIASI

Nomor : 073/AK/072039/IX/2025

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr. Lusianah Meinawati, SST., S.Psi., M.Kes
NIDN : 0718058503
Jabatan : Wakil Rektor I
Institusi : Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia
Medika Jombang

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap : Putri Amanda Saskianida Kuncoro
NPM : 246410023
Program Studi : Profesi Ners
Fakultas : Kesehatan
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Kolelitiasis
dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Bima
RSUD Kabupaten Jombang

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI** dengan persentase kemiripan sebesar **24%**.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 08 September 2025
Wakil Rektor I

Dr. Lusianah Meinawati, SST., M.Kes
NIDN. 0718058503

Lampiran 10. Hasil Turnitin *Digital Receipt*



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: ITSkes ICMe Jombang
Assignment title: 6. 제출 시 DB 미 저장 (No Repository)
Submission title: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI KOLELIT...
File name: PUTRI_AMANDA_SASKIANIDA_KUNCORO.docx
File size: 761.59K
Page count: 104
Word count: 18,341
Character count: 114,120
Submission date: 07-Sep-2025 03:02AM (UTC+0900)
Submission ID: 2721158205

KARYA ULMU AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI
KOLELITUS DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI ABUJ
(Di Ruang Riksa RSUD Kabupaten Jombang)



OLEH:
PUTRI AMANDA SASKIANIDA KUNCORO
NIM. 24041002

PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
PUSAT CIPTA SAMA MEDIS
JOMBANG
2025

Copyright 2025 Turnitin. All rights reserved.

Lampiran 11. Hasil Persentase Turnitin

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI KOLELITIASIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT (Di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang)

ORIGINALITY REPORT

24%	23%	7%	10%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	3%
2	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	2%
3	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	2%
4	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	2%
5	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
6	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1%
7	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	1%
8	repository.poltekkeskupang.ac.id Internet Source	1%
9	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	<1%
10	repositori.ubs-ppni.ac.id Internet Source	<1%
11	repository.lp4mstikeskhg.org Internet Source	

		<1 %
12	repository.stikesrspadgs.ac.id Internet Source	<1 %
13	dspace.umkt.ac.id Internet Source	<1 %
14	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	<1 %
15	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	<1 %
16	Submitted to Konsorsium Perguruan Tinggi Swasta Indonesia II Student Paper	<1 %
17	repository.uds.ac.id Internet Source	<1 %
18	repo.stikesbethesda.ac.id Internet Source	<1 %
19	jprokep.jurnal.centamaku.ac.id Internet Source	<1 %
20	Submitted to State Islamic University of Alauddin Makassar Student Paper	<1 %
21	Submitted to Universitas Jember Student Paper	<1 %
22	eprints.umm.ac.id Internet Source	<1 %
23	repository.stikesmitrakeluarga.ac.id Internet Source	<1 %
24	repository.stikstellamarismks.ac.id	

	Internet Source	<1 %
25	samoke2012.wordpress.com Internet Source	<1 %
26	pdfcoffee.com Internet Source	<1 %
27	repository.unimugo.ac.id Internet Source	<1 %
28	repo.poltekkes-medan.ac.id Internet Source	<1 %
29	jurnal.untirta.ac.id Internet Source	<1 %
30	bajangjournal.com Internet Source	<1 %
31	journal.stikesborromeus.ac.id Internet Source	<1 %
32	maimatullutfiah11.blogspot.com Internet Source	<1 %
33	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1 %
34	wisuda.unissula.ac.id Internet Source	<1 %
35	digilib.ukh.ac.id Internet Source	<1 %
36	satriaperwira.wordpress.com Internet Source	<1 %
37	repository.pkr.ac.id Internet Source	<1 %
38	repo.poltekkestasikmalaya.ac.id Internet Source	<1 %

Lampiran 12. Surat Pernyataan Kesiapan Unggahan Karya Ilmiah Akhir

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN UNGGAH KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Putri Amanda Saskianida Kuncoro

NIM : 246410023

Prodi : Profesi Ners

Demikian pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang Hak Bebas *Royalti Non Eksklusif (Non Exclusive Royalty Free Right)* atas "Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post Operasi Koleslitiasis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang*.

Hak Bebas *Royalti Non Eksklusif* ini ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang berhak menyimpan alih KTI/Skripsi/media/format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat KIAN, dan mempublikasikan Tugas Akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan memiliki Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 07 Agustus 2025

Yang Menyatakan
Peneliti



Putri Amanda Saskianida Kuncoro

246410023