

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

by ITSKes ICMe Jombang

Submission date: 07-Sep-2025 03:02AM (UTC+0900)

Submission ID: 2721158205

File name: PUTRI_AMANDA_SASKIANIDA_KUNCORO.docx (761.59K)

Word count: 18341

Character count: 114120

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**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kolelitiasis sebenarnya sering tidak disadari oleh para penderitanya karena seringkali asimtomatik. Namun, gejala utama yang biasanya dirasakan oleh pasien dengan batu empedu adalah nyeri kolik. Setiap kali batu empedu menimbulkan nyeri kolik yang khas, maka pasien akan memiliki peningkatan dalam resiko terjadinya komplikasi (Jamini & Trihandini, 2023). Nyeri tajam dan terus-menerus di bagian kanan atas perut merupakan gejala khas yang sering dialami oleh pasien dengan kolelitiasis akut. ⁹⁴ Rasa sakit ini bisa muncul secara tiba-tiba atau diawali dengan sensasi tidak nyaman di area epigastrium setelah makan. Intensitas nyeri biasanya meningkat saat menarik napas dan dapat menyebar ke punggung serta tulang belikat. Selain itu, pasien juga sering mengeluhkan mual, muntah, dan berkurangnya nafsu makan. Saat dilakukan pemeriksaan fisik, biasanya ditemukan ² nyeri tekan pada kuadran kanan atas perut yang dikenal sebagai “*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 dibutuhkan asuhan keperawatan yang lebih komprehensif.

Kolelitiasis ialah peradangan yang terjadi pada kandung empedu atau saluran empedu disebabkan oleh pengendapan ² 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% kasus koleslitiasis tidak menunjukkan gejala, sehingga sebagian besar pasien tidak mengalami nyeri atau komplikasi dalam jangka waktu bertahun-tahun. Namun, sekitar 1-4% pasien tanpa gejala dapat mulai menunjukkan tanda-tanda penyakit dalam waktu satu tahun. Koleslitiasis sering kali ditemukan secara tidak sengaja melalui pemeriksaan USG. Meski seseorang dengan koleslitiasis tanpa gejala berpotensi berkembang menjadi koleslitiasis yang menimbulkan gejala, risiko terjadinya hal tersebut tergolong sangat rendah (Stinton & Shaffer, 2019).

Berdasarkan data WHO tahun 2020, sekitar 400 juta orang di dunia menderita koleslitiasis, dengan angka tersebut meningkat menjadi 700 juta pada tahun 2018 (Wijayanti & Utami, 2023). Koleslitiasis adalah masalah kesehatan yang umum di banyak negara, meskipun tingkat prevalensinya bervariasi dari satu wilayah ke wilayah lain (Kurniawan & Armiyati, 2020). Pada orang dewasa, prevalensi koleslitiasis diperkirakan mencapai 10%, yang setara dengan 535 juta orang. Di Eropa Barat, prevalensinya berkisar antara 5,9% (sekitar 10 juta orang) dan 21,9% (sekitar 39 juta orang). Di Asia, prevalensinya berkisar antara 3,2% (105 juta orang) dan 15,6% (546 juta orang). Penyakit ini lebih sering terjadi pada wanita daripada pria. Menurut Survei Kesehatan dan Gizi Nasional Ketiga (NHANES III), prevalensi koleslitiasis di Amerika Serikat adalah 7,9% (13,7 juta orang) pada laki-laki dan 16,6% (28,5 juta orang) pada perempuan (Aji *et al*, 2020). Data dari Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi koleslitiasis pada populasi dewasa mencapai 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.

Cholelithiasis adalah peradangan pada kantong empedu disebabkan oleh penyumbatan saluran empedu atau infundibulum oleh batu empedu. Nyeri yang dialami pasien dengan cholelithiasis dapat diminimalkan dengan menghindari konsumsi makanan berlemak (Samsuhidajat, 2018). Jika nyeri tetap terjadi meskipun telah mengubah pola makan, biasanya disarankan untuk melakukan pengangkatan kantung empedu melalui prosedur kolesistektomi.

Pengangkatan kantung empedu adalah pengobatan terbaik bagi individu yang menderita batu empedu akut. Nyeri ialah keluhan umum oleh pasien setelah menjalani operasi pengangkatan kantung empedu (kolesistektomi). Sekitar 75% pasien pasca operasi mengalami nyeri sedang hingga berat setelah menjalani operasi. Kondisi ini dapat berlangsung selama 24 hingga 48 jam, atau bahkan lebih lama, tergantung pada toleransi dan respons individu terhadap nyeri (Nurhayati dkk, 2022). Pengelolaan nyeri pasien pasca operasi memerlukan perhatian segera 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 dapat menghambat proses penyembuhan dan mengurangi fungsi kekebalan tubuh. Rasa sakit memiliki dampak psikologis dengan memicu gangguan perilaku seperti stres, kecemasan, rasa takut, dan masalah tidur (Kaparang dkk., 2022).

Keluhan nyeri dapat diatasi melalui pendekatan farmakologis atau non-farmakologis.. Teknik nonfarmakologi yang bisa dilakukan yakni teknik relaksasi nafas yang bisa mengurangi ketegangan otot karena nyeri. Teknik relaksasi nafas

dalam pada pasien *post operasi* kolesistektomi menunjukan 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 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

“Bagaimana mendeskripsikan perawatan keperawatan yang diberikan kepada pasien yang telah menjalani operasi pengangkatan batu empedu dan mengalami nyeri akut di Ruang Bima di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

“Menggambarkan perawatan terpadu yang diterima pasien setelah operasi pengangkatan batu empedu, dengan fokus khusus pada penanganan nyeri akut yang dialami pasien di ruang Bima Rumah Sakit Umum Jombang.”

1.3.2 Tujuan Khusus

1. “Mengidentifikasi gambaran Analisis kasus pada pasien pasca operasi kolesitiasis dengan fokus pada nyeri akut dalam perawatan di ruang Bima RSUD Jombang.
2. Mengidentifikasi gambaran Diagnosis keperawatan pada pasien pasca operasi kolesitiasis yang mengalami nyeri akut di ruang Bima RSUD Jombang.
3. Mengidentifikasi gambaran Rencana perawatan untuk pasien pasca operasi kolesitiasis dengan nyeri akut di ruang Bima RSUD Jombang.

4. Mengidentifikasi gambaran Pelaksanaan tindakan perawatan pada pasien pasca operasi kolelitiasis yang mengalami nyeri akut di ruang Bima RSUD Jombang.
5. Mengidentifikasi gambaran Penilaian hasil perawatan pada pasien setelah operasi kolelitiasis dengan nyeri akut di ruang Bima RSUD Jombang.”

7

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Membantu menjamin bahwa menjadi acuan dan menambah wawasan dalam penatalaksanaan perawatan pasien *post* operasi kolelitiasis yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut.

7

1.4.2 Manfaat Praktis

Memberi gambaran mengenai penerapan proses perawatan pada pasien pasca operasi kolelitiasis yang mengalami nyeri akut. Bagi perawat diharap, bisa menjadi referensi dalam asuhan keperawatan yang efektif, tepat sasaran, dan berbasis *evidence based practice*. Bagi pihak RSUD Jombang diharap, dapat menjadi informasi atau data tambahan dalam pengembangan standar operasional prosedur (SOP) penatalaksanaan nyeri akut pada pasien *post* operasi kolelitiasis. Bagi institusi pendidikan diharap, sebagai referensi untuk belajar contoh nyata dari penerapan proses asuhan keperawatan dalam menangani Nyeri akut pada pasien pascaoperasi kolelitiasis.

111

35

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kolelitiasis

2.1.1 Definisi Kolelitiasis

Cholelithiasis ialah penyakit terbentuk batu empedu di kantong empedu atau saluran empedu, dan komponen utamanya biasanya adalah kolesterol (Kristiawan & Arsy, 2024). Empedu dikonsentrasikan dan disimpan dalam kantong empedu, organ berbentuk kantong di bawah hati, hingga akhirnya dikeluarkan ke usus. Meskipun beberapa batu empedu dapat terbentuk langsung di saluran empedu, sebagian besar batu empedu di saluran empedu berasal dari batu yang terbentuk di kantong empedu. Refluks empedu dapat menyebabkan penyempitan saluran empedu, yang dapat memicu pembentukan batu di saluran empedu. Cholangitis, infeksi serius pada saluran empedu, dapat terjadi akibat penyakit ini. Bakteri akan berkembang biak dengan cepat dan menyebabkan penyakit jika saluran empedu tersumbat. Bakteri ini memiliki kemampuan untuk menginfeksi organ tubuh lain dengan menyebar melalui aliran darah (Purnomo *et al.*, 2023).

2.1.2 Anatomi kolelitiasis

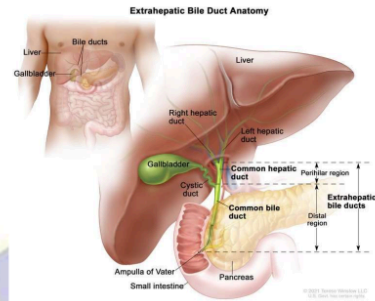
1. Kandung empedu

“*Vesica Biliaris*” ialah organ berbentuk kantong yang menyerupai buah pir dan terletak di fossa vesica biliaris antara lobus kanan dan kiri hati. Panjangnya sekitar 7–10 cm. dan kapasitas sekitar 30 ml (L. Moore *et al.*, 2018). Permukaan dorumkital vesica biliaris ditutupi oleh peritoneum viscerale, dan permukaan ventral vesica biliaris melekat pada hepar. Korpus

dan kolum vesika biliaris ditahan di tempatnya pada hati oleh peritoneum, yang menutupi seluruh fundus. Fundus, korpus, dan kolum vesika biliaris merupakan tiga bagian yang membentuk kandung empedu itu sendiri. Collum vesica biliaris membentang hingga ke duktus kistik dan melengkung dalam bentuk S. Valvula vesica biliaris adalah lipatan spiral yang terdapat di dalam mukosa. Lipatan-lipatan ini menjaga lumen duktus kistik tetap terbuka, memungkinkan empedu mengalir ke duodenum saat kandung empedu berkontraksi atau mengalir kembali ke kandung empedu saat ujung distal duktus empedu umum koledokus tertutup, (L. Moore *et al.*, 2018).

Proses sekresi empedu dimulai dengan pelepasan cairan empedu oleh sel-sel hati ke dalam saluran empedu, yang kemudian bermuara ke saluran interlobular. Beberapa saluran empedu bergabung menjadi saluran hati kanan, yang mengangkut empedu dari lobus hati kanan, dan saluran hati kiri, yang mengangkut empedu dari lobus hati kiri, lobus caudatus, dan sebagian besar lobus kuadrat. Kedua saluran ini kemudian bergabung menjadi saluran hati bersama. Saluran empedu umum, yang juga dikenal sebagai saluran empedu, mengalirkan empedu ke duodenum setelah saluran ini mencapai saluran empedu kistik, saluran yang panjangnya sekitar 4 cm dan menghubungkan leher kandung empedu dengan saluran empedu hati umum. Moore, L. dkk. (2018). Arteri kistik berasal dari cabang kanan arteri hepatic normal dan memasok darah ke kandung empedu, saluran empedu, dan saluran kistik. Vena kistik menerima aliran darah dari saluran empedu dan saluran kistik. Kandung empedu mungkin awalnya menempel pada vena portal atau mengalir langsung ke hati. Sistem limfatik kandung empedu mengalir melalui

saluran empedu ke hati dan mencapai kelenjar limfa hati atau terkadang melalui kelenjar limfa saluran empedu yang terletak di leher kandung empedu (Albert et al., 2020). Innervasi vesica biliaris dilakukan oleh cabang saraf simpatis dan parasimpatis yang melewati plexus coeliacus, dengan serabut simpatis pra-ganglionik berasal dari segmen T8 hingga T9.



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

2. Sekresi Empedu

Fungsi utama hati memproduksi cairan empedu, dengan jumlah sekresi harian antara 600 dan 1000 ml. Cairan empedu yang diproduksi kemudian disimpan sementara di kandung empedu, di mana cairan tersebut mengalami proses konsentrasi ²sekitar 50%. Menurut Bredenoord (2020) empedu memiliki fungsi penting, yakni

- a. Empedu berperan penting Asam ¹⁰²empedu memainkan peran penting dalam pencernaan dan penyerapan lemak dengan mengemulsikan partikel lemak besar menjadi partikel yang lebih kecil, sehingga memudahkan kerja enzim lipase yang diproduksi oleh pankreas. Selain itu, asam

empedu juga terlibat dalam transportasi dan penyerapan produk akhir metabolisme lemak melalui mukosa usus.

- b. Empedu berperan dalam pengeluaran produk metabolisme tertentu dari darah, termasuk bilirubin yang dihasilkan dari pemecahan hemoglobin, serta kolesterol berlebih.

2.1.3 Klasifikasi kandung empedu

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

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 empeduakan 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. Risiko pembentukan batu jenis ini meningkat pada pasien dengan sirosis hati, hemolisis, atau infeksi saluran empedu.

3. Batu Campuran

Terdiri dari campuran batu pigmen dan batu kolesterol atau zat lain seperti kalsium karbonat, fosfat, dan batu empedu palmitat, serta memiliki warna coklat tua.

2.1.4 Etiologi kolelitiasis

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

1. Usia

faktor yang menyebabkan pembentukan batu empedu. Orang di bawah usia 20 tahun jarang terkena penyakit ini. Jenis batu empedu paling umum pada bayi dan anak adalah batu pigmen, yang sering terkait dengan hemolisis atau kondisi kronis seperti anemia sel sabit, talasemia mayor, dan fibrosis kistik. Seiring bertambahnya usia, risiko mengembangkan kolelitiasis meningkat. Batu empedu empat hingga sepuluh kali lebih umum pada orang dewasa di atas 40 tahun dibanding yang lebih muda.

2. Jenis Kelamin

Batu empedu dua kali lebih mungkin berkembang pada wanita dibandingkan pria, menjadikan jenis kelamin sebagai faktor risiko yang signifikan, karena hormon estrogen mempengaruhi peningkatan ekskresi kolesterol oleh kantong empedu. Selain itu, produksi batu empedu juga dikaitkan dengan kehamilan. Wanita dengan riwayat multiparitas, terutama yang telah melahirkan empat atau lebih anak, lebih berisiko mengembangkan batu empedu.

3. Genetik

Analisis terhadap pasangan kembar dalam registri kembar Swedia menunjukkan bahwa faktor genetik berkontribusi sekitar 25% terhadap risiko pembentukan batu empedu. Baik genotipe heterozigot maupun homozigot terbukti secara signifikan meningkatkan kecenderungan pembentukan batu empedu. Penyerapan kolesterol yang rendah di usus, kolesterol darah yang tinggi, produksi kolesterol hati yang meningkat, saturasi kolesterol empedu, dan resistensi insulin mungkin terkait dengan penyakit ini. Penelitian terbaru juga menunjukkan bahwa polimorfisme gen FGFR4 atau mungkin dapat memengaruhi risiko seseorang mengembangkan batu empedu. Selain itu, polimorfisme rs3758650 gen mucin-like protocadherin (MUPCDH) telah diidentifikasi sebagai penanda genetik yang dapat memprediksi risiko batu empedu.

4. Obesitas

Orang dengan obesitas mengalami perubahan metabolisme kolesterol yang ditandai dengan peningkatan sekresi kolesterol dan gangguan mobilitas kandung empedu, sehingga penyakit ini berkontribusi pada pembentukan batu empedu.

5. Dislipidemia

komponen sindrom metabolik adalah dislipidemia. Menurut penelitian yang dilakukan di Taiwan, sindrom metabolik terkait dengan risiko lebih tinggi untuk mengembangkan batu empedu yang berkorelasi dengan jenis kelamin dan usia (Smeltzer & Bare, 2019). Beberapa penelitian yang dilakukan di negara barat dilaporkan bahwa usia, jenis kelamin, BMI,

hiperlipidemia, Beberapa faktor seperti penggunaan kontrasepsi oral, konsumsi alkohol, dan DM dengan korelasi signifikan terjadinya batu empedu (Lin, 2020). Salah satu mekanisme yang terlibat adalah penurunan kadar lipoprotein densitas tinggi (HDL), yang dikenal sebagai faktor risiko kolelitiasis. HDL-C merupakan sumber utama kolesterol empedu, penurunan kadar HDL-C sering dikaitkan dengan resistensi insulin. Selain itu, menurut penelitian terbaru, peningkatan kadar trigliserida (TG) dapat menurunkan kontraktilitas kandung empedu, yang pada gilirannya menyebabkan pembentukan batu ini (Mendez, 2020).

6. Diabetes mellitus

Hubungan DM dan batu empedu menjadi perdebatan. Beberapa studi dari negara Barat melaporkan DM terkait dengan kolelitiasis, di mana hiperglikemia lebih sering terjadi pada kelompok pasien batu empedu berdasarkan analisis univariat, namun tidak signifikan dalam analisis regresi logistik multivariat. Penelitian eksperimental pada tikus dengan hiperinsulinemia menunjukkan bahwa ada protein spesifik yang dapat meningkatkan konsentrasi kolesterol dalam empedu (Kovacs, 2008). Selain itu, diketahui bahwa hiperglikemia dapat menghambat sekresi empedu dari hati, mengganggu kontraktilitas kandung empedu, dan memengaruhi motilitasnya. Mekanisme ini berkontribusi pada peningkatan risiko pembentukan batu empedu. (Chen, 2019).

2.1.5 Manifestasi Klinis Kolelitiasis

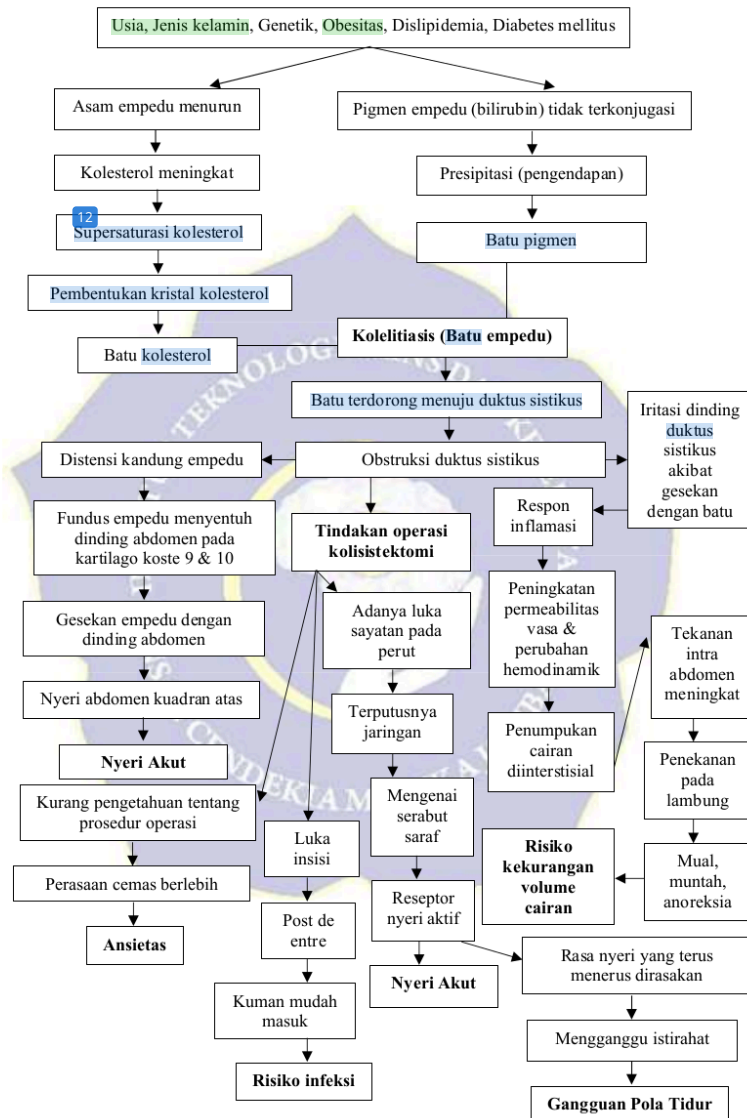
Ketika batu empedu menghalangi aliran empedu, yang biasanya terjadi ketika batu kecil bergerak dan masuk ke saluran empedu umum, sebagian besar

gejala muncul. Gejala kolesistitis akut atau kronis sering terlihat pada pasien dengan batu empedu. Ketidaknyamanan akibat cholelithiasis biasanya dirasakan di kuadran ⁴kanan atas perut dan menyebar ke bahu kanan atau punggung. Varian akut ditandai dengan nyeri mendadak dan intens di epigastrium. Untuk mencari posisi yang nyaman, pasien sering berjalan bolak-balik, tampak gelisah, berkeringat banyak, atau berguling-guling di ⁸¹tempat tidur. Muntah dan mual sering terjadi, dan berlangsung berjam-jam atau kambuh setelah periode singkat mereda. Meskipun nyeri dan gejala fisik kolelitiasis kronis serupa dengan yang akut, biasanya lebih ringan. Pasien dengan penyakit kronis sering memiliki riwayat nyeri perut atas, kembung (flatulensi), dispepsia, dan sensitivitas terhadap makanan berlemak (Price & Wilson, 2019).

2.1.6 Patofisiologi Kolelitiasis

Kantung empedu adalah tempat sebagian besar batu empedu berkembang, dan juga tempat asal sebagian besar batu yang ditemukan di saluran empedu. Namun, bila terjadi aliran balik empedu akibat penyempitan saluran empedu atau setelah kantung empedu diangkat, batu juga dapat berkembang langsung di saluran empedu. Efek samping serius seperti pankreatitis, infeksi hati, atau kolangitis dapat terjadi akibat batu saluran empedu. Bakteri berkembang dengan cepat dan menyebabkan penyakit jika aliran empedu terhalang. Infeksi dapat menyebar melalui sirkulasi ke organ lain. Batu besar kadang-kadang dapat ²secara bertahap mengikis dinding kandung empedu hingga mencapai usus kecil atau ⁷³besar, sambil menghalangi saluran empedu. Batu empedu juga dapat tetap berada di saluran empedu tanpa menghalangi aliran atau menimbulkan gejala, atau dapat berpindah dari saluran empedu ke usus kecil (Adhata *et al.*, 2022).

17
2.1.6 Pathway Kolestiasis



Gambar 2.2 Pathway Kolestiasis
Sumber : Lesmana, 2019

2.1.7 Komplikasi Kolelitiasis

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

1. Kolesistitis, yaitu peradangan pada kantong empedu yang terjadi akibat penyumbatan saluran kantong empedu oleh batu empedu, menyebabkan infeksi dan radang pada organ tersebut.
2. Cholangitis, radang saluran empedu yang biasanya disebabkan oleh infeksi. Kondisi ini terjadi ketika aliran empedu dari usus halus terhalang oleh batu empedu, sehingga menyebabkan infeksi menyebar di saluran-saluran tersebut..
3. Hidropisia vesica fellea terjadi akibat adanya penyumbatan pada saluran empedu, yang menghalangi kantong empedu untuk terisi dengan empedu secara normal.
4. Empyema bilier adalah kondisi di mana kantong empedu terisi nanah akibat infeksi yang parah. Komplikasi ini berpotensi fatal dan memerlukan operasi pengangkatan kantong empedu darurat segera.
5. Perforasi kandung empedu dapat terjadi dalam bentuk lokal atau bebas. Perforasi lokal biasanya terkendali oleh adanya adhesi yang disebabkan oleh peradangan berulang pada kandung empedu. Perforasi bebas, di sisi lain, lebih jarang terjadi, tetapi ketika terjadi, dapat menyebabkan tingkat mortalitas yang sangat tinggi sekitar 30%.
6. ileus adalah obstruksi usus mekanik yang disebabkan oleh batu empedu besar yang masuk ke dalam lumen usus..

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Kolelitiasis

Tes tambahan yang digunakan untuk mengonfirmasi diagnosis kolelitiasis meliputi tes diagnostik dan tes laboratorium Adhata dkk. (2022), dijelaskan ² berikut:

1. Pemeriksaan Radiologis

a. Sinar X Abdomen

Hanya ¹³⁰ 10–15% batu empedu yang bersifat radiopak, dan ciri-ciri khas pada rontgen abdomen sederhana seringkali tidak terlihat. Pada film rontgen biasa, batu empedu berkalzium tinggi kadang-kadang dapat terlihat. Pada situasi ³⁶ peradangan akut dengan kandung empedu yang membesar atau hidrops, kandung empedu dapat terlihat sebagai massa jaringan lunak di kuadran atas kanan, menekan pola udara usus besar di dekat fleksura hepatic.

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. Koleskintografi

Proses ini menggunakan injeksi intravena preparat radioaktif. Hepatosit kemudian menyerap preparat ini, yang dengan cepat diekskresikan ke dalam sistem bilier. Gambar kandung empedu dan cabang bilier diperoleh dengan melakukan pemindaian saluran empedu.

d. Kolesistografi

Setelah memberikan agen kontras yang mengandung yodium pada pasien, kolangiografi oral mengidentifikasi batu empedu dan mengevaluasi kemampuan kandung empedu untuk mengisi, mengkonsentrasikan, berkontraksi, dan mengosongkan isinya. Kontras tersebut diekskresikan oleh hati dan kemudian terkonsentrasi di kantong empedu. Saat normal, kantong empedu terisi zat yang tidak bisa ditembus sinar-X sehingga dapat terlihat dengan jelas pada foto rontgen. Namun, bila ada batu empedu, bayangannya terlihat pada hasil pemeriksaan radiologis.

2. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Pemeriksaan darah lengkap: pada kondisi akut umumnya menunjukkan adanya leukositosis tingkat sedang.
- b. Pemeriksaan bilirubin dan amilase serum: pada pasien kolelitiasis umumnya menunjukkan kadar yang meningkat.
- c. Pemeriksaan enzim hati serum: Nilai AST (SGOT), ALT (SGPT), dan LDH biasanya sedikit meningkat. Sebaliknya, peningkatan alkali fosfatase dan 5-nukleotidase biasanya mengindikasikan adanya obstruksi saluran empedu.
- d. Pemeriksaan kadar prothrombin: Kadar prothrombin dapat menurun jika aliran empedu ke usus terhalang, karena hal ini mengganggu penyerapan vitamin K.
- f. *Endoskopi retrograde kolangiopankreatografi (ERCP): Pemeriksaan ini memungkinkan visualisasi cabang-cabang saluran empedu melalui kanulasi saluran empedu melalui duodenum.*

- g. Perkutane transhepatische Cholangiographie: Wird mit Hilfe der Fluoroskopie eingesetzt, um zwischen Erkrankungen der Gallenblase und Bauchspeicheldrüsenkrebs zu unterscheiden, insbesondere bei Patienten mit Gelbsucht.
- h. Ct-scan, mengidentifikasi kista kandung empedu, melebarkan saluran kandung empedu, dan membedakan antara ikterus obstruktif dan non-obstruktif. Sementara itu, penyumbatan pada cabang-cabang saluran empedu dapat terdeteksi selama pemindaian bahan radioaktif pada hati.
- i. Rontgen abdomen multiposisi, menampilkan gambar radiologis dinding, batu empedu, atau pembesaran kandung empedu.
- j. Rontgen dada: Pemeriksaan ini dapat menunjukkan gangguan pernapasan yang sering disertai rasa sakit akibat penyakit kandung empedu.
- 2.1.9 Penatalaksanaan Kolelitiasis
- Utami & Marwanti (2024) Ada dua pendekatan utama untuk pengobatan kolelitiasis, yaitu metode bedah dan non-bedah, dijelaskan berikut:
1. Penatalaksanaan Non Bedah
 - a. Farmakologis
 - 1) Terapi farmakologis untuk melarutkan batu empedu dapat dilakukan dengan obat-obatan seperti Irsidiol dan Actigal. Efek samping yang mungkin terjadi adalah diare, dan obat-obatan ini bersifat hepatotoksik bagi janin, sehingga dikontraindikasikan untuk wanita hamil.
 - 2) Kandungan kolesterol batu empedu: Chenodiol/Chenix
 - 3) Choletyramine (Questran) untuk mengurangi gatal
 - 4) Analgesik untuk meredakan nyeri

5) Pengelolaan infeksi.

b. Pengangkatan batu tanpa operasi

- 1) Fragmentasi batu empedu: Dilakukan dengan menyuntikkan langsung batu empedu dengan pelarut, seperti metil-tert-butyl eter (MTBE) atau monooktanoin. Untuk melarutkan batu yang belum diangkat, suntikan dapat diberikan langsung atau melalui kateter yang dimasukkan melalui kulit ke dalam kantung empedu atau tabung atau drainase yang dimasukkan melalui tabung T. Kateter saluran empedu transnasal, ERCP, atau operasi dapat digunakan untuk mengangkat kantung empedu.
- 2) Pengangkatan batu tanpa operasi: Kateter yang dilengkapi dengan jaring dimasukkan melalui saluran T-Tube. Jaring tersebut digunakan untuk menangkap dan menarik batu yang tersangkut di saluran empedu.
- 3) Litotripsi gelombang kejut ekstrakorporeal (ESWL): Dalam prosedur ini, gelombang kejut berulang diarahkan langsung ke batu empedu untuk menghancurkannya menjadi fragmen-fragmen yang lebih kecil.

2. Kolisistektomi

Prosedur ini meliputi pengangkatan kantung empedu setelah ligasi arteri dan saluran empedu. Selanjutnya, selang drainase (Penrose) dimasukkan ke dalam kantung empedu dan dikeluarkan melalui luka operasi untuk mengalirkan darah, cairan serosa-sanguinosa, dan sekresi empedu ke dalam kain kasa penyerap.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

IASP mendefinisikan **nyeri** sebagai **pengalaman** emosional dan sensorik **tidak menyenangkan** terkait cedera jaringan, baik nyata maupun **potensial**. Nyeri ialah rasa tidak enak dan 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) Studi menunjukkan bahwa sekitar 75% pasien bedah mengalami nyeri sedang - berat setelah operasi. Nyeri ini biasanya berlangsung 24 - 48 jam, tetapi dapat bertahan lebih lama tergantung pada sensitivitas nyeri dan respons nyeri pasien. Pengobatan nyeri pada pasien setelah operasi harus dilakukan segera, karena nyeri yang tidak terkontrol dapat mengganggu proses penyembuhan dan memengaruhi kondisi psikologis pasien.

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

1. Klasifikasi Nyeri Menurut Durasi

a. Nyeri Akut

Menurut SDKI (2017), **nyeri akut** adalah pengalaman sensorik dan emosional yang dapat terjadi secara tiba-tiba atau bertahap, bervariasi dalam tingkat keparahan dari sedang hingga parah, dan berlangsung kurang dari tiga bulan. Nyeri ini terkait dengan kerusakan jaringan yang nyata atau potensial. Prosedur bedah, cedera tiba-tiba, dan penyakit dapat menyebabkan nyeri akut.

b. Nyeri Kronis

Pengalaman sensorik dan emosional terjadi tiba-tiba/bertahap, berkisar dari sedang hingga parah, berlangsung >3 bulan. Nyeri ini terkait dengan kerusakan jaringan yang nyata atau kemungkinan terjadi. Meskipun tingkat keparahannya mungkin berfluktuasi atau intermitent, nyeri kronis didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung dalam jangka waktu tertentu SDKI (2017).

2. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

Menurut Ningtyas *et al.* (2023), klasifikasi nyeri menurut asal yakni:

a. Nyeri Nosiseptif

Timbul akibat aktivitas atau peningkatan sensitivitas reseptor noziseptif perifer, yaitu reseptor khusus yang meneruskan rangsangan nyeri (noxious stimuli). Jenis nyeri ini terjadi ketika rangsangan mempengaruhi otot, jaringan ikat, kulit, sendi, tulang, dan struktur tubuh lainnya.

b. Nyeri neuropatik

Timbul akibat kerusakan atau kelainan pada sistem saraf pusat atau perifer, lebih sulit untuk dikelola.

3. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

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

a. Supervicial atau kutaneus

Nyeri yang disebabkan oleh stimulasi kulit. Ketidaknyamanan ini bersifat lokal dan sementara. Rasanya seperti nyeri terbakar di permukaan. Contohnya adalah luka kecil atau sayatan dan tusukan jarum.

b. Viseral Dalam

Nyeri yang disebabkan oleh aktivasi organ dalam disebut nyeri visceral. Ini adalah ketidaknyamanan yang menyebar dan dapat menjalar ke berbagai arah. Selain tidak nyaman, nyeri ini terkait dengan gejala otonom dan mual. Contohnya termasuk sensasi terbakar seperti pada tukak lambung⁸ dan sensasi menekan seperti pada angina pectoris.

c. Nyeri Alih (*Referred pain*)

⁸Banyak organ tidak mempunyai reseptor nyeri, nyeri rujukan sering terjadi pada nyeri visceral. Nyeri ini dapat memiliki kualitas yang berbeda dan dirasakan di bagian tubuh berbeda dari penyebabnya. Batu empedu, yang menyebabkan nyeri rujukan ke pangkal paha, dan⁸ infark miokard, menyebabkan nyeri rujukan ke rahang dan lengan kiri, adalah dua contohnya.

d. Radiasi

Nyeri yang menyebar dari lokasi cedera ke berbagai area tubuh disebut nyeri radiasi. Seolah-olah seluruh tubuh atau bagian bawah tubuh mengalami ketidaknyamanan ini. Misalnya, iritasi saraf sciatic akibat nyeri punggung bawah dapat menyebabkan robekan diskus intervertebralis dan nyeri yang menyebar ke kaki.

2.2.3 Etiologi Nyeri

Penyebabnya dibagi menjadi 2 kategori: faktor fisik dan psikologis. Penyebab fisik meliputi kerusakan mekanis, termal, kimia, atau listrik; gangguan sirkulasi darah; peradangan; neoplasma; dan

kondisi lain. Trauma psikologis merupakan bagian dari etiologi psikologis.

Berbagai jenis trauma atau kerusakan jaringan dapat ²²menyebabkan nyeri. Ketika ujung saraf bebas rusak akibat benturan, gesekan, atau cedera, ²²trauma mekanik menyebabkan nyeri. Trauma kimia disebabkan oleh kontak dengan asam atau basa yang kuat, sementara trauma termal disebabkan oleh panas atau dingin yang merangsang ujung saraf. Arus listrik yang kuat yang bertindak pada reseptor nyeri adalah penyebab trauma listrik. Selain itu, neoplasma dapat menyebabkan nyeri dengan cara menjepit, meregangkan, atau metastasis, atau dengan menekan jaringan yang memiliki reseptor nyeri.

Nyeri yang terkait dengan peradangan disebabkan oleh proses peradangan itu sendiri yang merusak ujung saraf. Gangguan pada serat saraf reseptor nyeri yang terdapat di kulit dan jaringan dalam adalah penyebab nyeri yang timbul dari kondisi fisik, dapat diasumsikan. Sebaliknya, nyeri yang dipengaruhi secara psikologis disebabkan oleh stres psikologis yang mempengaruhi kondisi fisik pasien daripada kerusakan biologis (Gunadi & Istiana, 2024).

¹⁷2.2.4 Mekanisme Nyeri

Nyeri timbul sebagai akibat dari ¹³rangsangan reseptor nyeri (nosiseptor), ujung saraf dengan sedikit atau tanpa mielin, yang terdapat pada kulit, mukosa, ⁶jeroan, persendian, dinding arteri, hati, dan kantong empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi nosiseptor dapat berasal dari zat kimia seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan

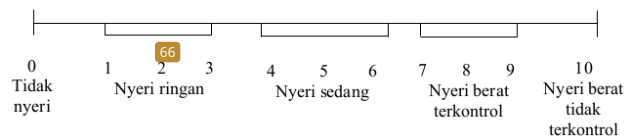
berbagai jenis **asam yang** dilepaskan ketika jaringan rusak akibat hipoksia. Selain itu, stimulasi juga dapat bersifat termal, elektrik, atau mekanis.

Sumsum tulang belakang menerima rangsangan dari reseptor nyeri berbentuk impuls nyeri melalui 2 serabut aferen, **serabut C yang lambat dan serabut A-delta yang** padat dan bermyelin. Serabut C dihambat oleh impuls yang dikirimkan oleh serabut A-delta. Serabut **aferen masuk ke sumsum tulang belakang melalui akar dorsal dan sinapsis di cornu dorsalis, yang terdiri dari beberapa lapisan atau lamina yang terhubung.** Saluran utama untuk transmisi impuls adalah bahan gelatinous yang terbentuk antara lapisan kedua dan ketiga. Tractus spinothalamicus (STT), saluran spinal naik utama, menerima sinyal nyeri setelah melewati interneuron di sumsum tulang belakang. Selain itu, informasi tentang jenis dan lokasi nyeri dikirim melalui tractus spinoreticularis (SRT) (Nurhanifah & Sari, 2022).

2.2.5 Pengukuran Intensitas Nyeri

Derajat nyeri yang dirasakan seseorang tercermin dalam intensitas nyerinya. Karena pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif, **orang yang berbeda mungkin mengalami nyeri dengan intensitas yang sama** dengan cara yang berbeda. Ningtyas dkk. (2023) menyatakan bahwa ada banyak metode untuk mengukur keparahan nyeri, termasuk:

1. Skala Intensitas Nyeri Sederhana



Gambar 2.3 *Verbal Descriptor Scale*

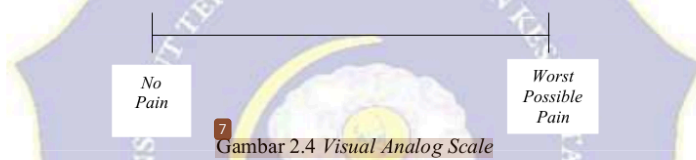
⁶⁸ *Verbal Descriptor Scale* (VDS) merupakan skala pendeskripsi verbal untuk

pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Pendeskripsian VDS

ditentukan sebagai berikut :

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

2. Skala Intensitas Nyeri *Visual Analog Scale*

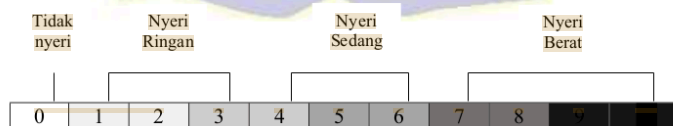


Gambar 2.4 *Visual Analog Scale*

“*Visual Analog Scale*” (VAS) ialah skala garis lurus dengan 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 lebih sensitif karena klien bisa mengidentifikasi tiap titik rangkaian.

3. ⁶ Skala Intensitas Nyeri Numerik



Gambar 2.5 *Numeric Rating Scale*

“Numeric Rating Scale” (NRS) ialah skala penilaian numerik pengganti alat pendeskripsian kata. ⁴Skala 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 ³⁹sebagai berikut :

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

⁴2.3 Konsep Terapi Relaksasi nafas dalam

2.3.1 Definisi

Pernafasan perut dengan pola yang menyenangkan, lambat, dan stabil dikenal sebagai relaksasi pernapasan dalam (Mahardhini & Wahyuni, 2018). Sebagai bagian dari perawatan keperawatan, klien diajarkan cara bernapas dalam, menahan napas selama mungkin, dan menghembuskan napas perlahan oleh perawat menggunakan metode relaksasi pernapasan dalam (Nasuha, Widodo & Widiani, 2019).

⁴2.3.2 Tujuan Terapi Relaksasi nafas dalam

Tujuan 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

Teknik pernapasan dalam mudah digunakan dan aman. Selain menurunkan tekanan darah, detak jantung, dan metabolisme, metode relaksasi pernapasan dalam juga melepaskan hormon epinefrin, yang dapat mengurangi tingkat keparahan nyeri, serta mengurangi ketegangan, kecemasan, dan ketidaknyamanan (Astari *et al.*, 2023). Teknik relaksasi pernapasan dalam dapat menekan aktivitas saraf simpatik, menurunkan konsumsi oksigen dan relaksasi otot, menimbulkan rasa nyaman dan tenang. Penurunan intensitas nyeri dipengaruhi oleh penurunan aktivitas saraf simpatik, yang mengatur nyeri (Ahmed *et al.*, 2023).

2.3.4 Prosedur Terapi Relaksasi nafas dalam

1. "Fase prainteraksi

Sebelum menemui pasien, perawat mempersiapkan diri dengan meninjau kondisi pasien.

2. Fase orientasi

a. Salam terapeutik

Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.

b. Evaluasi dan validasi

Menanyakan kabar pasien dan keluhannya.

c. *Informend consent*

Dapatkan persetujuan pasien dengan menjelaskan tujuan, manfaat, dan durasi teknik relaksasi pernapasan dalam.

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) Letakkan tangan pasien di perut mereka dan demonstrasikan teknik pernapasan dalam. Katakan kepada mereka untuk menghirup melalui hidung, merasakan perut mereka mengembang saat melakukannya, mengerutkan bibir, menghembuskan napas melalui mulut, dan menghembuskan napas perlahan, merasakan perut mereka bergerak ke bawah. Ulangi langkah-langkah ini 15 kali, dengan istirahat singkat setiap 5 menit, selama 5 hingga 10 menit. Hal ini harus dilakukan oleh pasien setidaknya dua kali sehari atau jika mereka mengalami ketidaknyamanan, ketegangan, pikiran berlebihan, atau penyakit.
- d) Setelah rileks dengan pernapasan dalam, evaluasi nyeri.

- e) Ketidaknyamanan pasien berkurang dengan teknik relaksasi pernapasan dalam.

4. Fase terminasi

a. Evaluasi subjektif dan objektif

Evaluasi ketidaknyamanan setelah intervensi dan tanyakan perasaan pasien setelah relaksasi pernapasan dalam.

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 pasien meliputi nama lengkap, nama panggilan, tempat dan tanggal lahir, usia, jenis kelamin, alamat, jumlah saudara kandung, bahasa yang digunakan, nomor registrasi, tanggal dan waktu (MRS), dan diagnosis medis.

a. Usia

Risiko mengembangkan kolelitiasis meningkat seiring bertambahnya usia. Orang yang berusia di atas 40 tahun memiliki risiko 4-10 kali lebih tinggi untuk mengembangkan batu empedu dibandingkan dengan orang yang lebih muda.

b. ² Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor risiko untuk batu empedu, dengan wanita memiliki risiko dua kali lipat untuk mengembangkan batu empedu dibandingkan dengan pria. Hal ini disebabkan oleh efek hormon estrogen, yang meningkatkan pengeluaran ² kolesterol oleh kantong empedu. Kehamilan juga telah ditemukan terkait dengan pembentukan batu empedu. Batu empedu lebih umum terjadi pada wanita yang telah melahirkan lebih dari empat kali (paritas 4 atau lebih).¹¹⁹

c. Keluhan Utama

Keluhan utama pasien pascaoperasi kolelitiasis adalah nyeri, yang dapat bersifat akut atau kronis, tergantung durasi serangan. Untuk menilai nyeri, pendekatan PQRST digunakan.

P (Pemicu) : nyeri timbul akibat luka pasca operasi penyakit kolelitiasis.

Q (Kualitas nyeri) : Sifat nyeri yang dirasakan pasien, yang dapat digambarkan sebagai rasa terbakar, berdenyut, atau menusuk.⁵¹

R (Region/Radiation) : lokasi nyeri berada pada area bekas operasi kolelitiasis.

S (Keparahan) : tingkat keparahan nyeri yang dialami pasien, yang dapat dinilai menggunakan skala nyeri atau melalui penjelasan pasien mengenai sejauh mana nyeri memengaruhi kemampuan fungsionalnya..

T (Waktu) : durasi dan pola nyeri yang dialami pasien, termasuk kapan nyeri muncul dan apakah intensitasnya bertambah pada siang atau malam hari.

2. Riwayat penyakit saat ini

Pengumpulan data dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab pembentukan batu empedu, yang selanjutnya akan membantu dalam perencanaan asuhan keperawatan bagi pasien. Proses ini mencakup pencatatan kronologi penyakit, sehingga faktor pemicu, bagian tubuh yang terlibat, dan mekanisme pembentukan batu empedu dapat diidentifikasi. Dengan pemahaman ini, dampak potensial lain dari penyakit ini juga dapat diantisipasi..

2. Riwayat penyakit dulu

Perlu dikaji untuk menilai penyakit terdahulu yang dialami memiliki hubungan atau faktor resiko untuk penyakit batu kantung empedu yang dialaminya saat ini. Penilaian riwayat medis masa lalu disesuaikan dengan faktor predisposisi yang dapat menyebabkan kolelitiasis. Evaluasi dilakukan untuk kondisi seperti obesitas, diabetes melitus, hipertensi, dan dislipidemia, karena semuanya berkaitan dengan sekresi kolesterol hati dan meningkatkan risiko pembentukan batu kolesterol. Selain itu, kondisi seperti gangguan sekresi lambung, pasca operasi reseksi usus, kehamilan multipara, penyakit Crohn, dan penggunaan obat hormonal juga merupakan pertimbangan penting dalam penilaian.

5. Riwayat penyakit keluarga

Penilaian riwayat keluarga harus mencakup anggota keluarga dengan kolelitiasis atau penyakit keturunan atau menular lainnya, seperti ⁷⁶diabetes melitus dan hipertensi. Tekanan darah tinggi dan kadar gula darah yang tinggi dapat memperlambat proses penyembuhan, karena *hiperglikemia* menghambat sekresi empedu dari hati dan mengganggu kontraksi serta motilitas kandung empedu, sehingga meningkatkan risiko pembentukan batu empedu. Perawat harus mengevaluasi riwayat keluarga, karena beberapa pasien memiliki predisposisi keturunan. Lebih lanjut, faktor genetik memengaruhi kerentanan terhadap batu empedu, seperti yang terkait dengan polimorfisme pada gen musin atau *FGFR4*. Polimorfisme *rs3758650* pada gen *MUPCDH* (protokadherin mirip musin) dianggap sebagai penanda genetik yang dapat memprediksi risiko 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 Beberapa tanda fisiologis yang mungkin timbul akibat nyeri pascaoperasi kolelitiasis antara lain hipertermia, takikardia, hipertensi, hipotensi, dan peningkatan laju

pernapasan. Tanda-tanda ini berkaitan langsung dengan respons tubuh terhadap nyeri yang dialami pasien.

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 kering, kemerahan, kusam, pecah, tipis, pudar 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 : Pemeriksaan: Bibir tampak normal atau pucat, kering, bengkak, pecah, dengan stomatitis, lesi, dan membran mukosa pucat; mulut tampak bersih atau kotor; gigi berwarna putih atau kuning; partikel makanan menempel pada gigi; ada gangguan rasa; lidah berubah warna atau pucat. Periksa adanya peradangan atau perdarahan pada gusi. Periksa lidah untuk tanda-tanda hiperemia dan edema. Periksa gigi untuk lubang gigi.
- 2) Palpasi : Bola mata terasa kencang dan fleksibel selama pemeriksaan fisik.

f. Hidung

- 1) Inspeksi : Adanya sekret, tidak ada perdarahan, atau 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, pecah, bengkak, kering, 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.

k. Palpasi : Ada tidaknya besar kelenjar tiroid, ada tidaknya deviasi trakea.

l. 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 ²sl dan ²s2 jantung **Tunggal**.

m. **Abdomen**

- 1) **Inspeksi** : **Simetris**, terdapat ⁸benjolan atau tidak, terdapat lesi **atau tidak**, terdapat pembengkakan **atau tidak**. Pada area luka *post* operasi kolelitiasis Pasien berisiko tinggi terkena infeksi, sehingga area luka operasi ditutup dengan perban atau kain kasa steril untuk mencegah kontaminasi. 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) ⁷**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.

n. Genetalia

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

o. Ekstermitas

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

p. Integument

1) Inspeksi : Warna kulit, kebersihan.

q. Fungsi gastrointestinal : apakah terdapat mual dan muntah.

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

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

2.4.2 ³ Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul antara lain:

⁹ **Tabel 2.1** Diagnosis Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
1.	Nyeri akut (D.0077)	"Nyeri akut adalah diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial. Nyeri akut dapat muncul tiba-tiba atau bertahap, intensitasnya bervariasi dari ringan	Mayor Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif 1. Pasien mungkin meringis sebagai respons terhadap rasa sakit 2. Menunjukkan perilaku protektif, seperti tetap waspada atau memposisikan tubuh untuk mengurangi
	1. Agen penyebab cedera fisiologis: meliputi kondisi seperti peradangan, iskemia, atau neoplasma.		
	2. Agen penyebab cedera kimia: misalnya, paparan panas atau bahan kimia yang mengiritasi.		
	3. Agen penyebab cedera fisik: seperti abses, amputasi, atau cedera mekanis lainnya.)		

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
		hingga berat, dan biasanya berlangsung kurang dari tiga bulan.”	rasa sakit 3. Terlihat gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
		Kondisi klinis terkait: 1. Kondisi pembedahan 2. cedera traumatis 3. infeksi 4. sindrom koroner akut 5. glukosa	Minor Subjektif : (tidak tersedia) Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. pola napas berubah 3. nafsu makan berubah 4. proses berfikir terganggu 5. menarik diri 6. berfokus pada diri sendiri 7. diaforesis
2.	Gangguan pola tidur (D.0055) 1. Faktor lingkungan mengganggu, seperti suhu, bau tidak sedap, kelembaban, pencahayaan, kebisingan, pemeriksaan, serta jadwal pemantauan, atau tindakan yang mengganggu tidur. 2. Kurang teratur tidur 3. Kurang privasi 4. restrain fisik 5. ketiadaan teman tidur 6. tidak familiar dengan peralatan tidur	Jika Anda mau, saya dapat membuat versi yang lebih panjang yang menyertakan contoh faktor eksternal dan dampaknya terhadap pasien untuk laporan keperawatan. Kondisi klinis terkait: 1. Nyeri/kolik 2. Hipertiroidisme 3. Kecemasan 4. Penyakit paru obstruktif kronik 5. Kehamilan 6. Masa nifas 7. Kondisi pascaoperasi	Mayor subjektif : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terbangun 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh perubahan pola tidur 5. Mengeluh kurang istirahat objektif : (tidak ada) minor subjektif: 1. Mengeluh menurunnya kemampuan dalam melakukan aktivitas Objektif : (tidak ada)
3.	Ansietas (D.0080) 1. Krisis tak terduga 2. Kebutuhan fisik atau psikologis yang tidak terpenuhi 3. Krisis perkembangan 4. Ancaman terhadap konsep diri 5. Ancaman kematian 6. Takut gagal 7. Disfungsi keluarga 8. Hubungan orang tua-anak yang tidak harmonis 9. Faktor genetik	“Kecemasan adalah diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai keadaan emosional dan pengalaman subjektif individu terhadap suatu objek atau situasi. Ketidakjelasan dan ketidakpastian suatu situasi dapat memicu respons antisipatif, yang memungkinkan	gejala dan tanda mayor subjektif : 1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir akan konsekuensi dari situasi tersebut 3. Kesulitan berkonsentrasi objektif : 1. Tampak gelisah 2. Tampak Tegang 3. Kesulitan tidur Gejala dan tanda mayor

No.	Diagnosa Keperawatan	Definisi	Tanda dan Gejala
	(temperamen mudah tersinggung)	individu untuk mengambil tindakan	Subjektif :
10.	Penyalahgunaan zat terlarang	guna mengatasi atau mengurangi potensi	1. Mengeluh pusing
11.	Paparan bahaya lingkungan	caman.”	2. Anoreksia
12.	Kurangnya informasi	Kondisi klinis terkait:	3. Palpitasi
		1. Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)	4. Merasa tidak berdaya
		2. Penyakit akut	Objektif :
		3. Hospitalisasi	1. Frekuensi napas, nadi, tekanan darah meningkat
		4. Rencana operasi	2. Sering berkemih
		5. Kondisi diagnostik penyakit ini belum jelas	3. Diaforesis
		6. Penyakit neurologis	4. Kontak mata buruk
		7. Tahap perkembangan	5. 17 mor
4.	Risiko infeksi (D.0142)	Risiko infeksi adalah diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai suatu kondisi di mana pasien memiliki potensi yang meningkat untuk terpapar atau terinfeksi oleh organisme patogen.	6. Berorientasi pada masa lalu
	Faktor risiko	7. Suara bergetar	8. Muka tampak pucat
	1. Penyakit kronis (misalnya, diabetes melitus)	Kondisi klinis terkait:	Gejala dan tanda mayor
	2. Efek prosedur invasif	1. AIDS	Subjektif :
	3. Malnutrisi	2. Luka bakar	1. (tidak tersedia)
	4. Peningkatan paparan organisme patogen	3. Penyakit paru obstruktif kronik	Objektif :
	5. Penurunan pertahanan primer (gangguan peristaltik, kerusakan kulit, perubahan pH, penurunan fungsi silia, pecahnya ketuban prematur/tertunda, merokok, stasis cairan)	4. Diabetes melitus	1. (tidak tersedia))
	6. Penurunan pertahanan sekunder (hemoglobin rendah, imunosupresi, leukopenia, gangguan respons inflamasi, vaksinasi yang tidak memadai)	5. Prosedur invasif	Gejala dan tanda minor
		6. Terapi steroid	Subjektif :
		7. Penyalahgunaan obat	Objektif :
		8. Ketuban pecah dini (KPD)	1. (tidak tersedia))
		9. Kanker	
		10. Gagal ginjal	
		11. Imunosupresi	
		12. Limfedema	
		13. Leukositopenia	
		14. Disfungsi hati	

Sumber : SDKI, 2017

2.4.3³³ intervensi keperawatan

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

⁵**Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan**

No.	Diagnosa	SLKI	SIKI
I.	³⁶ Keperawatan Nyeri akut (D.0077)	Tingkat (L.08066) Nyeri Setelah operasi selama ...x24 jam, diharapkan tingkat nyeri pasien akan berkurang, yang dapat dinilai menggunakan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya. hasil : 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) ⁵ Keterangan: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Manajemen (1.08238) Nyeri Observasi 1. Kaji lokasi, sifat, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Kaji skala nyeri 3. Amati respons nonverbal terhadap nyeri ¹⁴ 4. Tentukan faktor-faktor yang memperparah atau meringankan nyeri 5. Kaji pengetahuan dan keyakinan pasien tentang nyeri 6. Kaji pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7. Kaji dampak nyeri terhadap kualitas hidup pasien 8. Pantau efikasi terapi komplementer yang diberikan 9. Pantau efek samping penggunaan analgesik Terapeutik 1. Menyediakan intervensi non-farmakologis untuk mengurangi rasa sakit, termasuk TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, pijat, aromaterapi, imajinasi terarah, kompres hangat atau

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
			dingin, dan ³ terapi bermain.
			2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
			3. Fasilitasi istirahat dan tidur
			4. Berikan pendidikan kepada pasien tentang nyeri dan cara yang dapat membantu ⁴ menurunginya.
			Edukasi
			1. Jelaskan penyebab, durasi, dan pemicu nyeri kepada pasien.
			2. Berikan informasi tentang strategi untuk mengurangi nyeri.
			3. Dorong pasien untuk memantau sendiri nyerinya.
			4. Anjurkan penggunaan analgesik sesuai petunjuk. ¹⁰¹
			5. Mendukung teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
			Kolaborasi
			1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	³⁸ Gangguan pola tidur (D.0055)	Pola (L.05045) Tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur (rentang 1-5) 2. Keluhan sering terjaga (rentang 1-5) 3. Keluhan tidak puas tidur	Dukungan (L.05174) Tidur Observasi 1. "Kaji aktivitas dan pola tidur pasien. 2. Kaji faktor fisik atau psikologis apa pun yang mengganggu tidur. 3. Kaji asupan makanan dan minuman yang dapat memengaruhi tidur, seperti kopi, teh, alkohol, makan menjelang tidur, atau

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		(rentang 1-5) 4. Keluhan pola tidur berubah (rentang 1-5) 5. Keluhan istirahat tidak cukup (rentang 1-5) Keterangan: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	minum banyak air sebelum tidur. 4. Kaji penggunaan obat tidur pasien." Terapeutik 1. "Mengembangkan lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur yang teratur untuk pasien. 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, seperti pijat, pengaturan posisi, atau terapi akupresur. 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga." Edukasi 1. "Jelaskan pentingnya tidur yang cukup untuk pemulihan pasien selama sakit. 2. Dorong pasien untuk menjaga kebiasaan tidur yang teratur. 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Jelaskan pentingnya tidur yang cukup untuk pemulihan pasien selama sakit. 5. Dorong pasien untuk menjaga kebiasaan tidur yang teratur. 6. Mengedukasi relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya."
3.	Ansietas (d.0080)	Tingkat Ansietas	Reduksi ansietas

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
		(1.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan tingkat Ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Perilaku gelisah (rentang 1-5) 2. Verbalisasi kebingungan (rentang 1-5) 3. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi (rentang 1-5) 4. Perilaku yang (rentang 1-5) Keterangan: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	(1.09314) observasi 1. "Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan Monitor tanda tanda ansietas." Terapi 1. "Ciptakan suasana terapeutik untuk membangun kepercayaan pasien. 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan. 3. Pahami situasi yang memicu kecemasan dengan mendengarkan secara aktif dan penuh perhatian. 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan saat berinteraksi dengan pasien. 5. Motivasi pasien untuk mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan." Edukasi 1. "Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Infomasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 3. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
4.	Risiko infeksi (D.0142)	Tingkat Infeksi 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 1-5) 4. Beengkak (rentang 1-5) 5. Kadar sel darah putih (rentang 1-5) Keterangan: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	4. ketegangan Latih teknik relaksasi.” Pencegahan (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 dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.” Edukasi 1. “Jelaskan tanda dan gejala infeksi kepada pasien. 2. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar. 3. Berikan edukasi tentang etika batuk. 4. Ajari pasien cara memeriksa luka atau bekas luka operasi. 5. Dorong pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi. 6. Dorong pasien untuk meningkatkan asupan cairan.” Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

Sumber: SDKI, SLKI, SIKI (2017)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Melaksanakan langkah-langkah yang direncanakan untuk membantu pemulihan pasien selama di rumah sakit disebut implementasi. Tanggal, waktu,

dan inisial staf yang melaksanakan setiap aktivitas rencana keperawatan harus dicantumkan (Doenges dalam Sari & Sensussiana, 2022).

⁹ 2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Penilaian yang menyimpulkan proses keperawatan yang menunjukkan diagnosis dan rencana keperawatan telah tercapai dan pelaksanaannya telah dilakukan secara efektif sesuai dengan tujuan yang tercantum dalam rencana. SOAP berdasarkan analisis, proses penilaian keperawatan mengukur sejauh mana pasien merespons intervensi keperawatan dan sejauh mana mereka telah mencapai tujuannya. Dengan mengevaluasi perkembangan pasien, fase terakhir bertujuan untuk memenuhi kemampuan dan tujuan klien (Doenges dalam Sari & Sensussiana, 2022).



METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain atau kerangka kerja sebagai panduan dalam melakukan penelitian. Tujuannya memberi arahan yang jelas dan sistematis dalam menjalankan seluruh proses penelitian (Fachruddin, 2023).

Desain studi kasus deskriptif retrospektif, metode studi dokumentasi. Metode ini digunakan untuk mengkaji dan menganalisis permasalahan terkait asuhan keperawatan pada pasien kolesistitis pascaoperasi.

3.2 Batasan Istilah

Definisi operasional menjelaskan variabel menurut karakteristik sehingga dapat mengukur atau mengamati objek secara akurat (Hidayat, 2023).

1. Perawatan keperawatan adalah proses terencana untuk memenuhi kebutuhan pasien dan mencapai tujuan kesehatanyang ²terdiri dari lima tahapan yaitu pengkajian, perumusan, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang ditujukan pada pasien post operasi kolesistitis.
2. Kolesistitis, penyakit batu empedu dalam saluran empedu umumnya komposisi utama kolesterol.
3. Nyeri akut adalah respon nyeri yang diungkapkan pasien *post* operasi kolesistitis baik secara verbal maupun nonverbal yang dirasakan kurang dari 3 bulan.

3.3 Partisipan

Orang yang berpartisipasi dalam suatu kegiatan tertentu. Partisipan adalah bagian dari suatu aktivitas yang memiliki peran penting. Partisipan studi 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 pasien: E4, V5, M6
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

Dimulai dari penyusunan proposal - penyusunan hasil, bulan Februari sampai Juli 2025.

2. Lokasi penelitian

Dilaksanakan di Ruang Bima RSUD Kabupaten Jombang.

3.5 Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dengan teknik pengelompokan dalam penelitian deskriptif, yang meliputi beberapa pendekatan berikut:

1. Studi Dokumentasi

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

106
mulai dari pengkajian, perumusan, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasinya.

3.6 Uji Validitas Data

Data telah diuji keabsahannya dan memiliki validitas tinggi sudah diuji kualitas data. Uji kebebasan data selain integritas dilakukan:

1. Triangulasi: teknik pengumpulan data yang menggabungkan 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.

131 3.7 Analisa Data

Pengumpulan data dengan menganalisis laporan asuhan keperawatan, analisis dilakukan setelah semua data dikumpulkan. Di lapangan, mengumpulkan data, dan semua data terkumpul, analisis dilakukan. Tahap ini meliputi penyajian fakta, penilaiannya berdasarkan pemahaman yang diterima secara umum, dan penarikan kesimpulan yang diungkapkan dalam bentuk opini atau diskusi. Peneliti menggunakan teknik analisis melalui observasi dan dokumentasi, yang menghasilkan data tambahan untuk interpretasi. Langkah-langkah analisis data dalam studi dokumentasi meliputi:

1. Pengumpuln data

Pengumpulan informasi dilakukan dengan studi dokumentasi yang digunakan untuk mengumpulkan data hasilnya akan dicatat dalam bentuk laporan hasil

dan pembahasan. Data ⁴ 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

Setelah itu, data dianalisis, dibandingkan dengan temuan studi sebelumnya, dan dilakukan perbandingan teoretis antara temuan dan hipotesis saat ini.

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 ⁹⁹ dan evaluasi.

3.8 Etika penelitian

Etika penelitian mengatur interaksi antara peneliti dan semua peserta lain dalam proses penelitian. Berikut adalah etika penelitian:

1. *Ethical clearance*

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/TTSKES-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)

Studi kasus ini memastikan kerahasiaan semua data yang dikumpulkan dan diklasifikasikan, sehingga informasi pribadi dan sensitif peserta tetap terlindungi.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran dan Lokasi penelitian

Dilakukan di Ruang Bima RSUD Jombang, berlokasi di Jl. Kepanjen, Kecamatan Jombang, Kabupaten Jombang, Jawa Timur; KH. Wahid Hasyim No. 52. Secara umum, Ruang Bima adalah zona bedah dengan 44 tempat tidur yang mencakup ruang perawatan isolasi, kelas 1, kelas 2, dan kelas 3. 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. 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. Pennanggung jawab pasien¹
- 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 kesehataan
- a. Keluhan utama : Pasien melaporkan mengalami nyeri pada area luka pascaoperasi dan merasa lemah..
- b. Riwayat kesehatan sekarang:¹ 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 ²⁴ pasien mengatakan merasa nyeri pada luka operasinya dan merasa lemas. Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk ⁷ 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 minum obat-obatan tertentu.
 - d. ⁴ Riwayat kesehatan keluarga : Keluarga tidak ada yang pernah mengalami penyakit yang sama dengan pasien. Diabetes melitus dan hipertensi disangkal.
4. ²⁶ 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) ¹ Pengetahuan tentang penyakit : Pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit yang dideritanya.

- 7) **Pengetahuan tentang Keselamatan dan Keamanan:** **Pasien** menyatakan bahwa mereka merasa aman selama perawatan di rumah sakit.

8) **Data lain** : tidak ada

b. **nutri dan metabolik**

- 1) **Jenis Diet** : **TKTP** Bubur 1600 kalori
- 2) Jumlah porsi : 3 x sehari, habis 1 porsi
- 3) Nafsu makan : Berkurang
- 4) Kesulitan menelan : Tidak ada
- 5) Jumlah cairan/minum : **Infus Nacl 0,9% 500 CC/24jam, air putih ± 1000 CC/24jam**
- 6) Jenis cairan : **Infus Nacl 0,9% dan AIR MINERAL**
- 7) **Data lain** : tidak ada

c. **Aktivitas dan Latihan**

Tabel 4.1 aktivitas dan latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan / minum			✓		
Mandi			✓		
toilet		✓			
berpakaian			✓		
berpindah			✓		
mobilisasi di tempat tidur & ambulasi ROM			✓		
0: Mandiri 2: dibantu orang 4: tergantung total 1: menggunakan alat bantu 3: dibantu orang lain dan alat					

- 1) **Alat bantu** : Pasien terpasang kateter urine
- 2) **Data lain** : tidak ada

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 ¹³tidur 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 ¹²⁸belum 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 urin : kuning
- 6) Jumlah urin : 1000 CC/24jam
- 7) ¹Data lain : tidak ada

f. Pola Persepsi Diri (*Self-Concept*)

- 1) Harga diri : Pasien merasa dirinya berharga sehingga ia berusaha untuk sembuh dari penyakit yang dialaminya.
- 2) Peran : pasien berperan sebagai ibu rumah tangga
- 3) Identitas ¹⁷diri : 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 diri : tidak ada

g. Peran hubungan sosial

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

h. Seksual dan reproduksi

- 1) Prekuensi 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 persektual

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

⁸⁴
p : nyeri pada luka pascaoperasi kolelitiasis.

q : nyeri terasa tertusuk tusuk.

r : nyeri dibagian luka pascaoperasi.

²³
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 : 36,3°C rr : 20x/ manit

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. periksa 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 hidung : normal

b) Kesimetrisan : simetris

c) Pengeluaran cairan : tidak terdapat Pengeluaran cairan

d) Datalain : tidak ada

4) Hidung dan Sinus

a) Bentuk hidung : Normal dan simetris

b) Warna : Sawo matang

c) Datalain : tidak ada

5) Mulut dan tenggorokan

a) Bibir : Bersih, sedikit pucat

b) mukosu : kering kurang lembab

c) gigi : Bersih, Putih kekuningan

d) lidah : Bersih, Merah muda

e) palatun : 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.

15 k) Suara nafas : Vesikuler

l) Data lain : Tidak ada

Jantung

a) Ictus cordis : Teraba

b) Nyeri : Tidak ada

22
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

1
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

35
g) nyeri : Pasien merasakan nyeri pada area luka pasca operasi koleslitiasis, seperti ditusuk-tusuk, intensitas nyeri skala 6, dan dirasakan terus menerus.

h) Data lain : tampak luka *post* operasi koleslitiasis 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
Hemotokrit	23.1	%	35-47
Erikrosit	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	4		3-5
Segmen	90	%	50-70
Limfosit	2	%	25-40
Monosit	4	%	2-8
immature granulocyte (IG)	2.4	%	3
neutrofil absolut (ANC)	3.8	10 ³ /ul	2.5-7
Limfosit absolut (ALC)	0.6	10 ³ /ul	1.3-3.6
NLR	2.83		<3.13
Ret he	!		>30.3
Immature Platelet (IPF)	!		1.1-6.1
Normoblas (NRBC)	0.00	%	
I/T ratio	0.02		<0.02
KIMIA DARAH			
Glukosa	132	mg/dL	<200
Darah wattu 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
SGBT	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. Ketorolak 3 x 30 mg

d. Cefotaxim 2 x 1 g

e. KCl drip 50 meq / 7 tpm

f. Ranitidin 2 x 50 mg

g. Ondansentron 3 x 4 mg

Sumber data primer : kawan nakes RSUD jombang, 2024

4.1.3 Analisis data keperawatan

Tabel 4.3 Analisa data

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

No.	Data	Etiologi	Masalah
	DO : 1. Kesadaran composmentis (E4V5M6) 2. Situasi umum tampak lemah 3. Pasien tampak merintih kesakitan 4. Pasien tampak menahan nyeri 5. Posisi pasien tampak menghindari nyeri 6. Luka operasi terlihat di perut kanan atas dengan area yang cukup luas. $\pm$ 6cm 7. Hasil pemeriksaan TTV : TD : 158/98 mmHg N : 93 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,3°C 8. Hasil pemeriksaan USG : Multiple cholelithiasis t.t Cholecystitis chronis, Cytitis, Hidronefrosis ringan		
2.	DS : 1. Pasien mengatakan semenjak sakit jika ingin tidur pasien akan memilih posisi yang dapat mengurangi rasa nyeri pascaoperasi yang dirasakan 2. pasien mengatakan waktu tidurnya berkurang sejak sakit 3. Pasien menyatakan bahwa ia sering terbangun di malam hari karena nyeri pada luka pasca operasinya. 4. Pasien mengatakan sulit tidur yang nyenyak karena nyeri luka post operasi	Tindakan operasi kolisistektomi ↓ Adanya luka sayatan pada perut ↓ Terputusnya jaringan ↓ Mengenai serabut saraf ↓ Reseptor nyeri aktif ↓ Rasa nyeri yang terus menerus dirasakan	Gangguan Pola Tidur

No.	Data	Etiologi	Masalah
	yang dirasakan	↓	
DO :		Mengganggu istirahat	
1.	Kesadaran composmentis (E4V5M6)	↓	
2.	Situasi umum tampak lemah	7	Gangguan Pola Tidur
25	Pasien tampak mengantuk		
4.	Pasien tampak menguap beberapa kali	11	
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 berkaitan dengan cedera fisik berupa luka pasca kolesistektomi, ditandai dengan keluhan nyeri dari pasien dan ekspresi wajah yang tampak meringis tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan tekanan darah meningkat (D.0077)
2. Pola tidur yang terganggu dikaitkan dengan nyeri pasca operasi, ditunjukkan dengan keluhan sering terbangun saat tidur dan merasa kurang istirahat (D.0055).

54
4.1.5 intervensi keperawatan

Tabel 4.4 intervensi keperawatan

No.	SDKI	SLKI (SMART)	SIKI
1.	Nyeri akut yang berhubungan dengan cedera fisik berupa luka pasca kolesistektomi, ditandai dengan keluhan nyeri dari pasien tampak meringis, menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan tekanan darah meningkat (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah intervensi keperawatan selama 3x8 jam diharapkan penurunan tingkat nyeri dengan kriteria luaran sebagai berikut. 1. Keluhan nyeri menurun (3) 2. Meringis menurun (3) 3. Sikap protektif menurun (2) 4. Kesulitan tidur menurun (2) 5. Tekanan darah menurun (2)	Manajemen nyeri (1.08238) observasi 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 pengaruh nyeri pada kualitas hidup." 2 Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, relaksasi nafas dalam, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik

No.	SDKI	SLKI (SMART)	SIKI
			imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 6 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan Teknik nonfarmakologi s untuk mengurangi nyeri 9 Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Gangguan pola tidur berkorelasi dengan rasa nyeri <i>post</i> operasi ditandai dengan mengeluh sering terjaga dan mengeluh istirahat tidak cukup (D.0055)	Pola tidur (L.05045) Setelah tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sering terjaga cukup menurun (4) 2. Keluhan istirahat	Dukungan tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik

No.	SDKI	SLKI (SMART)	SIKI
		tidak cukup menurun (4)	3. dan/atau psikologis) terapeutik 1. "Penyesuaian lingkungan, seperti pencahayaan, tingkat kebisingan, suhu ruangan, serta kenyamanan kasur dan tempat tidur. 2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misal: pijik, pengaturan posisi, terapi akupresur)." edukasi 1. Menjelaskan kepada pasien mengenai pentingnya memperoleh tidur yang cukup selama masa sakit 2. Memberikan edukasi tentang berbagai faktor yang dapat memengaruhi gangguan pola tidur, seperti aspek psikologis, kebiasaan gaya

No.	SDKI	SLKI (SMART)	SIKI
			hidup, dan perubahan jadwal kerja (misalnya, seringnya pergantian shift.
			3. Mengajarkan teknik relaksasi otot autogenik dan metode non-farmakologis lainnya untuk membantu meningkatkan kualitas tidur

Sumber: SDKI, SLKI, SIKI 2019

15 4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.5 Implementasi keperawatan

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
Nyeri akut berkaitan dengan adanya cedera fisik berupa luka pasca operasi kolesistektomi) 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	17.00 WIB	1. “Melakukan identifikasi mengenai lokasi, sifat, durasi, dan frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : Pasien merasakan nyeri pada luka post operasinya, nyeri dirasakan terus menerus, dan terasa seperti tertusuk-tusuk	 Puji Ariana
			2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Pasien mengatakan nyeri dirasakan skala 6	
			3. Mengamati respons nonverbal terhadap nyeri. Hasil: Pasien menunjukkan ekspresi wajah meringis	
		19.00 WIB		

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
		19.15 WIB	4. Menyesuaikan faktor lingkungan yang dapat meningkatkan nyeri (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)."	 Puteri Annalia
			Hasil: Penyesuaian pencahayaan dan posisi tempat tidur pasien telah dilakukan.	
			5. Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil : Memberikan waktu untuk pasien istirahat dan menyediakan lingkungan yang tenang dan nyaman dengan memposisikan pasien dengan nyaman dan mendukung keluarga jika pasien perlu istirahat.	
		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.	 Puteri Annalia
			7. Berkolaborasi dalam pemberian analgesik jika diperlukan. Hasil: Pasien menerima tramadol 50 mg tiga kali dan ketorolak 30 mg tiga kali."	
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 WIB	1. "Jelajahi informasi tentang aktivitas harian dan pola tidur pasien." Hasil: Pasien melaporkan masih mengalami gangguan tidur. mengantuk setelah operasi namun	 Puteri Annalia

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
		20.10 WIB	tidur nya tidak nyenyak karena merasa nyeri	
		20.15 WIB	2. Mengidentifikasi penyebab gangguan tidur dari perspektif fisik dan psikologis. Hasil: Pasien melaporkan bahwa nyeri di area luka operasi mengganggu tidurnya.	
		21.00 WIB	3. Memodifikasi lingkungan Hasil : Pasien diposisikan tidur dengan nyaman dengan dachra luka operasi disanggah bantal serta pencahayaan disesuaikan dengan keinginan pasien.	
		21.05 WIB	4. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Hasil : Memposisikan pasien dengan nyaman	
		21.15 WIB	5. Mengajarkan pentingnya tidur cukup selama sakit Hasil : Pasien dan keluarga memahami bahwa tidur yang cukup penting untuk prosesnya penyembuhan nya	
		21.15 WIB	6. Mengajarkan faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) Hasil : Mengedukasi pasien bahwa pola tidurnya terganggu karena nyeri yang dirasakan pada luka	

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
			post operasi, nyeri bersifat sementara dan sudah diberikan intervensi farmakologis."	
Nyeri akut berhubungan dengan cedera fisik berupa luka pasca kolesistektomi, ditandai dengan keluhan nyeri dan ekspresi wajah pasien yang tampak meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan tekanan darah meningkat (D.0077)	Rabu, 16 Oktober 2024	09.00 WIB	1. "Lakukan penilaian lokasi, sifat, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Hasil: Pasien mengeluhkan nyeri pada area luka pascaoperasi. nyeri dirasakan hilang timbul, dan terasa seperti tertusuk-tusuk	 Puji Ananda
		09.05 WIB	2. Identifikasi tingkat nyeri yang dialami pasien Hasil: Pasien menyatakan nyerinya berada pada skala nyeri 5.	
		09.10 WIB	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : Pasien tampak meringis	
		09.25 WIB	4. Menyelidiki faktor-faktor yang dapat memperparah atau meredakan nyeri. Hasil: Pasien melaporkan nyeri semakin parah seiring gerakan. berpindah posisi serta nyeri terasa ringan jika pasien dapat berbaring dengan posisi yang nyaman	
		09.30 WIB	5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Hasil : Pasien mengeluhkan tidurnya terganggu dan sering terbangun karena nyeri yang dirasakan.	
		09.45 WIB	6. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa	

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
			nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	
		10.00 WIB	Hasil : menyesuaikan pencahayaan dan tempat tidur pasien	<i>Putri Azzahra</i>
			7. Mengajarkan teknik nonfarmakologis yaitu relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri	
		14.00 WIB	Hasil : Pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar. Pasien melakukan teknik relaksasi setiap rasa nyeri dirasakan.	
			8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
			Hasil : Pasien diberikan tramadol 3x50 mg dan ketorolac 3x30 mg."	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri pascaoperasi 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	<i>Putri Azzahra</i>
			Hasil : Pasien mengatakan masih mengantuk dan tidurnya kurang nyenyak karena sering terbangun	<i>Putri Azzahra</i>
			2. Menyelidiki penyebab fisik dan psikologis gangguan tidur. Hasil: Pasien menyatakan bahwa nyeri akibat luka operasi menyebabkannya sulit tidur.	<i>Putri Azzahra</i>
		10.20 WIB	3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan	<i>Putri Azzahra</i>
			Hasil : Memposisikan pasien dengan nyaman.	<i>Putri Azzahra</i>
		13.40 WIB	3. Mengajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi	

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
		14.00 WIB	lainnya Hasil : Mengajarkan meditasi disertai relaksasi nafas dalam pada pasien untuk diterapkan sebelum memulai tidur. Pasien tampak bisa mempraktikkan dengan baik	
		5.	Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur Hasil : Pasien menyampaikan apa yang mengganggu nya saat ini dan membantu mengalihkan rasa nyeri dengan teknik non farmakologi sebelum tidur."	 Puteri Annisa
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. "Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Hasil: Pasien melaporkan nyeri pada area luka pascaoperasi mulai berkurang, dan terasa datang dan pergi, disertai sensasi tertusuk. 2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Pasien mengatakan nyeri dirasakan skala 4 3. Nilai tingkat nyeri pasien pada skala nyeri Hasil: Pasien melaporkan nyerinya pada tingkat 4 pada skala nyeri. 4. Mengobservasi respons nonverbal terhadap nyeri Hasil: Pasien tampak meringis dan menunjukkan ekspresi	 Puteri Annisa  Puteri Annisa  Puteri Annisa  Puteri Annisa
		10.00 WIB		

DIAGNOSA	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
Gangguan pola tidur dikaitkan dengan nyeri pascaoperasi, ditandai dengan pasien yang sering terbangun saat tidur dan merasa kurang istirahat (D.0055).	Kamis, 17 Oktober 2024	09.30 WIB	5. wajah tidak nyaman. Untuk mengevaluasi efektivitas pasien menggunakan metode nonfarmakologis, yaitu latihan relaksasi napas dalam, dalam mengurangi intensitas nyeri. Hasil: Pasien menunjukkan kemampuan untuk melakukan latihan relaksasi napas dalam tanpa bantuan dan melaporkan mempraktikkannya saat nyeri dirasakan.	 Putri Ananda
			8.15 WIB6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Hasil : Pasien diberikan tramadol 3x50 mg dan ketorolac 3x30 mg."	
Gangguan pola tidur dikaitkan dengan nyeri pascaoperasi, ditandai dengan pasien yang sering terbangun saat tidur dan merasa kurang istirahat (D.0055).	Kamis, 17 Oktober 2024	09.30 WIB	1. "Mengidentifikasi pola aktivitas Menilai kualitas tidur pasien. Hasil: Pasien melaporkan tidur lebih baik.	 Putri Ananda
			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."	

Sumber : Dokumentasi Asuhan Keperawatan Ny. N, 2024

4.1.7 ⁶⁹ evaluasi keperawatan

Tabel 4.6 Evaluasi Keperawatan

DIAGNOSIS	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
Diagnosis nyeri akut dikaitkan dengan adanya agen penyebab cedera fisik (sayatan kolesistektomi), dengan pasien mengeluh nyeri dan memperlihatkan ekspresi meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan tekanan darah meningkat (D.0077)	Selasa, 15 Oktober 2024	20.30 WIB	S : - Pasien mengatakan merasa nyeri dibagian luka <i>post</i> operasi koleslitiasis - nyeri pascaoperasi - nyeri seperti di tusuk tusuk - nyeri pada luka operasi pada bagian kanan atas perut - skala nyaeri 6 - nyeri timbul terus menerus - Pasien mengatakan sulit tidur dengan nyenyak karena luka operasinya O : - Kesadaran composmentis (E.V5M6) - Pasien tampak meringis kesakitan - Pasien tampak menahan nyeri - Posisi pasien menghindari nyeri - Tampak luka operasi dengan luas ± 6cm - 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 "Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,	 Pueri Amanda

DIAGNOSIS	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
			intensitas nyeri dan skala nyeri	
			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 <i>post</i> operasi ditandai dengan berkeleuh sering tidak bisa tidur dan berkeleuh tidak bisa istirahat tidak cukup (D.0055)	Selasa, 15 Oktober 2024	20.30 WIB	S : 1. Pasien mengatakan karena nyeri yang dirasakan tidak bisa tidur nyenyak dan kerap terbangun 2. Pasien mengatakan waktu tidurnya berkurang O : 1. Kesadaran composmentis (E4V5M6) 2. Pasien tampak mengantuk 3. Pasien kelihatan menguap beberapa kali 4. Hasil ttv : TD : 158/98 mmhg N : 93 x/ menit RR : 20 x/ menit S : 36,3°C	 Rizki Azzahra

DIAGNOSIS	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
			37 A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 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 akut berhubungan dengan Cedera fisik berupa luka pasca kolesistektomi, ditandai dengan keluhan nyeri dan ekspresi wajah pasien yang tampak meringis, tampak menahan nyeri, posisi pasien tampak menghindari nyeri, dan tekanan darah meningkat (D.0077)	Rabu, 16 Oktober 2024	14.30 WIB	S : 1. Pasien melapor merasa nyeri dibagian luka post operasi kolesitiasis p : nyeri karna pascaoperasi q : nyeri kerna pasca operasi r : nyeri pada luka operasi pada bagian kanan atas perut s : skala nyeri 5 t : nyeri bhilang muncul 2. Pasien melaporkan masih kesulitan untuk tidur dengan nyenyak O : 1. Kesadaran composmentis 42 Pasien tampak meringis kesakitan 3. Pasien tampak menahan nyeri 4. Posisi pasien menghindari nyeri 5. Tampak luka operasi 34 gan luas ± 6cm 6. Hasil TTV : TD : 145/93 mmHg N : 90 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,5°C	R. Andri Putri Annisa

DIAGNOSIS	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
			A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 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 pascaoperasi ditandai dengan mengeluh sering terjaga dan mengeluh istirahat tidak cukup (D.0055)	Rabu, 16 Oktober 2024	14.30 WIB	S : 1. Pasien melapor sering mengeluh kesulitan untuk tidur nyenyak dan kerap terbangun 2. Pasien mengatakan waktu tidurnya berkurang O : 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 A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. "Identifikasi pola	 Puji Ananda

DIAGNOSIS	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
			aktivitas 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."	
Diagnosis nyeri akut berkaitan dengan agen penyebab cedera fisik (insisi kolesistektomi), dengan indikator pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, menahan nyeri, mengubah posisi untuk menghindari nyeri, dan mengalami peningkatan tekanan darah (D.0077).	Kamis, 17 Oktober 2024	14.30IB S :	1. Pasien melapor merasa nyeri dibagian luka post operasi kolesistitis p : nyeri karna pascaoperasi q : nyeri kerna pasca operasi r : nyeri pada luka operasi pada bagian kanan atas perut s : skala nyeri 5 t : nyeri bhlng muncul 2. Pasien melaporkan masih kesulitan untuk tidur dengan nyenyak karena nyeri yang dirasakan mulai berkurang O : 1. Kesadaran composmentis (E4V5M6) 2. Ekspresi meringis berkurang 3. Tampak luka operasi dengan luas ± 6cm 4. Hasil 11v : TD : 140/80 mmgh ri : 90 x/menit rr : 20 x/ menit S : 36,2°C A : Masalah nyeri akut teratasi P : Intervensi tetap dilanjutkan 1. Memonitor efek samping penggunaan analgetik	 Putri Annisa

DIAGNOSIS	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
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	14.30 WIB	2. Kolaborasi pemberian analgetik	 Puji Arianti
			S :	
			1. Pasien melaporkan tidurnya sudah lebih nyenyak dan tidak terbangun saat tidur	
			O :	
			1. Kesadaran composmentis (E4V5M6)	
			2. Pasien tampak segar	
			3. Hasil <i>ttv</i> :	
			TD : 140/80 mmhg	
			N : 90 x/ menit	
			RR : 20 x/ menit	
			S : 36,2°C	
			A : Masalah gangguan pola tidur teratasi	
			P : Intervensi dihentikan	

Sumber : Dokumentasi Asuhan Keperawatan Ny.N, 2024

4.2 Pembahasan

Penelitian ini mengulas kasus perawatan pada pasien pascaoperasi kolelitiasis yang mengalami nyeri akut di ruang bima RSUD Kabupaten Jombang. Lingkup pembahasan meliputi beberapa tahap yakni ⁶⁰ pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Tahap awal yang dilakukan dalam proses keperawatan untuk mengumpulkan data yang dapat ²⁴ 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 diperoleh data bahwa pasien Ny. N pasca operasi kolelitiasis mengeluhkan nyeri pada daerah luka operasi di perut kanan atas. Nyeri dirasakan terus menerus dengan sensasi seperti ditusuk-tusuk dan berada pada skala 6. Pasien juga menyatakan sulit tidur, sulit beristirahat dengan nyenyak, dan sering terbangun di malam hari karena nyeri tersebut. Akibatnya, waktu tidur pasien berkurang dan pada pagi hari pasien merasa mengantuk meskipun sudah tidur. Secara objektif, pasien tampak meringis, berusaha menahan nyeri, dan cenderung mengubah posisi tubuh untuk menghindari nyeri. Selama proses pengkajian, pasien juga terlihat sering menguap. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 158/98 mmHg, denyut nadi 93 kali per menit, laju pernapasan 20 kali per menit, suhu 36,3°C, dengan kesadaran kompos mentis (GCS: E4V5M6).

Proses perawatan pasien kolelitiasis dapat menimbulkan beberapa komplikasi, antara lain nyeri hebat, perdarahan, bahkan risiko kematian (Pramitasari & Musharyanti, 2023). Pada periode pascaoperasi, pasien umumnya mengalami nyeri hebat dalam dua jam pertama setelah prosedur, karena efektivitas obat anestesi menurun (Adrian dkk., 2022). Nyeri sendiri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan atau ancaman kerusakan jaringan (Nurhanifah & Sari, 2022). Nyeri yang dialami pasien pascaoperasi disebabkan oleh stimulasi mekanis pada area luka yang memicu tubuh melepaskan mediator kimia, sehingga menimbulkan respons nyeri (Kadri & Fitrianti, 2020). Nyeri pascaoperasi ditandai dengan

sensitisasi sistem saraf perifer dan pusat, yang dikenal sebagai nyeri klinis. Kondisi ini dapat menyebabkan alodinia, timbulnya nyeri akibat stimulus ringan yang seharusnya tidak menimbulkan nyeri, dan hiperalgesia, peningkatan intensitas nyeri akibat stimulus yang normalnya hanya menimbulkan nyeri ringan. Kondisi ini seringkali menimbulkan rasa tidak nyaman berupa kecemasan pada pasien pasca operasi yang akhirnya berdampak pada kualitas tidur dan istirahat (Mawaddah, 2021).

Nyeri persisten yang dialami pasien pasca operasi kolesistitis dapat menghambat proses pemulihan, misalnya, sehingga menyulitkan mobilisasi dini. Kondisi ini pada akhirnya mengakibatkan peningkatan lama rawat inap (Utami & Khoiriyah, 2020). Temuan penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Adriani, Lekatompey, & Saudi (2022) yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pasien Pasca Kolesistektomi dengan Nyeri Akut di RSUD Kota Depok". Penelitian tersebut melaporkan bahwa dua pasien pasca kolesistektomi mengalami masalah keperawatan berupa nyeri akut, dengan keluhan nyeri pada perut kanan atas.

Menurut penulis pasien pascaoperasi kolisitektomi akan mengalami nyeri dikarenakan tindakan operasi kolisitektomi 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

Diagnosis keperawatan adalah masalah kesehatan yang diidentifikasi berdasarkan pengkajian klinis pasien. Dalam studi ini, dua diagnosis keperawatan ditetapkan: nyeri akut yang berhubungan dengan agen penyebab cedera fisik (luka pascakolesistektomi), yang ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, meringis, menahan nyeri, posisi tubuh yang cenderung menghindari nyeri, dan peningkatan tekanan darah. ¹¹ Diagnosis kedua adalah gangguan tidur yang berhubungan dengan nyeri pascaoperasi, yang ditandai dengan pasien sering terbangun saat tidur dan merasa kurang istirahat. Diagnosis ini didasarkan pada temuan data mayor dan minor yang diperoleh dari pengkajian pasien.

Kolelitiasis merupakan suatu peradangan pada kandung empedu atau dalam saluran empedu yang disebabkan adanya Unsur empedu yang mengalami pengendapan dan kemudian membentuk batu. (Samsuhidajat, 2018). Batu empedu 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 kolisitektomi. Pasca tindakan kolisitektomi ini dapat menyebabkan munculnya Terdapat beberapa masalah keperawatan, ¹¹⁶ antara lain nyeri akut dan 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).

⁵ Pengalaman sensorik dan afektif yang terkait dengan cedera jaringan yang sebenarnya atau mungkin terjadi dikenal sebagai nyeri akut. Ketidaknyamanan ini berlangsung kurang dari tiga bulan, dapat ¹⁰ muncul secara tiba-tiba atau bertahap, dan berkisar dari sedang hingga parah (SDKI, 2019). Hasil diagnostik dalam ⁸⁸ penelitian ini sejalan dengan temuan 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 kolesistektomi laparoskopik* dengan data subjektif : P : ³⁵ Klien mengatakan nyeri apabila bergerak, Q : Seperti tersayat pisau, R : Perut, S : ⁷ 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, ¹¹⁸ 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 Laparatomi Menggunakan Aromaterapi Lemon” mengungkapkan bahwa Salah satu kondisi umum yang dialami pasien pascaoperasi adalah nyeri akibat prosedur. Jenis ² nyeri yang dialami pasien pascaoperasi umumnya adalah nyeri akut. Adanya nyeri akut dapat memperlambat proses pemulihan dengan membatasi kemampuan pasien untuk berpartisipasi aktif dalam program mobilisasi dan rehabilitasi, sehingga berpotensi memperpanjang masa rawat inap.

⁵⁵ 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 ⁴*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 menyatakan merasakan nyeri pada area luka pascaoperasi di perut bagian kanan atas. dari perut, nyeri dirasakan pasien terus menerus dengan kualitas seperti tertusuk-tusuk. Pasien merasakan nyeri dengan skala 6. Pasien juga terlihat memasing 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 bangun 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 ⁹⁰Jika tidak ditangani dengan tepat, kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi pada pasien. Oleh karena itu diperlukan asuhankeperawatan yang komprehensif pada pasien untuk mengatasi kedua diagnosa yang dikeluhkan.

¹⁵ 4.2.3 intervensi keperawatan

intervensi keperawatan yang peneliti berikan pada pasien dalam penelitian ini berpedoman pada buku standar interval 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 Pasien menerima intervensi ²³ manajemen nyeri yang meliputi observasi, tindakan terapeutik, dan edukasi, dan kolaborasi. Pemberian intervensi manajemen nyeri dilakukan dengan tujuan agar tingkat nyeri yang dirasakan dapat Tingkat nyeri pasien diharapkan menurun, yang ditunjukkan dengan berkurangnya keluhan nyeri, meringis, perilaku protektif, gangguan tidur, dan penurunan tekanan darah. Sementara itu, diagnosis gangguan tidur ditangani melalui intervensi dukungan tidur yang meliputi observasi, intervensi terapeutik, dan edukasi. Intervensi ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas tidur pasien, dengan kriteria keberhasilan meliputi berkurangnya frekuensi terbangun dan keluhan terkait kurang istirahat.

Berdasarkan buku SIKI (2019) masalah keperawatan nyeri akut dapat diberikan dua Fokus utama intervensi untuk manajemen nyeri meliputi manajemen nyeri dan pemberian obat analgesik. Dalam studi ini, manajemen nyeri merupakan pendekatan yang diterapkan untuk menangani masalah nyeri akut. Tindakan Manajemen Nyeri (1.08238) dalam SIKI antara lain Penilaian nyeri dilakukan dengan menilai ⁷⁸ lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri; mengidentifikasi tingkat nyeri melalui skala penilaian; mengamati respons nonverbal pasien; menilai faktor-faktor yang memperburuk atau meringankan nyeri; dan mengevaluasi dampak nyeri pada aktivitas, istirahat,

dan fungsi pasien. kualitas hidup, berikan dan ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Kelola faktor lingkungan yang dapat memengaruhi rasa sakit, seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan tingkat gangguan. 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 yang diberikan meliputi dukungan tidur serta edukasi mengenai aktivitas dan istirahat pasien. Penelitian ini menggunakan SIKI dukungan tidur (1.05174) dengan melakukan beberapa tindakan Intervensi keperawatan untuk mendukung pola tidur pasien meliputi penilaian aktivitas dan pola tidur, identifikasi faktor fisik dan psikologis yang mengganggu tidur, serta modifikasi lingkungan, seperti pencahayaan, kebisingan, suhu, kasur, dan perlengkapan tidur. Selain itu, diberikan juga pengurangan stres sebelum tidur, prosedur peningkatan kenyamanan, edukasi tentang pentingnya tidur yang cukup selama sakit, pembelajaran tentang faktor-faktor penyebab gangguan tidur, dan panduan tentang teknik relaksasi otot autogenik atau metode non-farmakologis lainnya (SIKI, 2019).

Menurut peneliti pemilihan intervensi manajemen nyeri dan dukungan tidur dapat mengatasi masalah keperawatan nyeri luar biasa dan gangguan pola tidur yang dikeluhkan pasien. Peneliti memilih intervensi manajemen nyeri untuk mengatasi nyeri akut yang di alami pasien karena intervensi tersebut mencakup dua tindakan Intervensi manajemen nyeri meliputi tindakan farmakologis dan nonfarmakologis.

Tindakan farmakologis dilakukan melalui pemberian analgesik, sedangkan tindakan nonfarmakologis dapat mencakup penerapan 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 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 kolesistitis 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 pascaoperasi kolesistitis serta memperbaiki pola tidur pasien.

Implementasi hari pertama Dalam menangani diagnosis nyeri akut, perawat menilai lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, menilai skala nyeri, dan mengamati respons nonverbal pasien. Selain itu,

lingkungan pasien dikontrol untuk mencegah perburukan nyeri, dan tindakan difokuskan untuk memfasilitasi istirahat dan tidur guna mendukung proses penyembuhan pasien, ⁹ 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 ⁴⁶ faktor yang memberatkan dan memeringan nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, mengajarkan teknik nonfarmakologis Teknik relaksasi melalui pernapasan dalam digunakan sebagai cara untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien. Implementasi pada hari kedua ini membuat tingkat nyeri yang di rasakan pasien 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 Metode relaksasi dengan pernapasan dalam untuk membantu mengurangi rasa sakit 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 luarbiasa teratasi selama di lakukan selama 3x8 jam.

Implementasi hari pertama Dalam menangani diagnosis gangguan pola tidur, tindakan keperawatan meliputi penilaian aktivitas dan pola tidur pasien serta mengidentifikasi faktor-faktor yang mengganggu tidur pasien. Peneliti juga melakukan modifikasi lingkungan serta melakukan Intervensi keperawatan juga

mencakup prosedur untuk meningkatkan kenyamanan pasien. Lebih lanjut, peneliti memberikan edukasi tentang pentingnya tidur yang cukup selama sakit dan menjelaskan faktor-faktor yang dapat memengaruhi gangguan pola tidur. Penilaian komprehensif terhadap pola tidur pasien dilakukan untuk menentukan kualitas dan kuantitas 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 mengganggunya saat itu dan membantu mengalihkan dengan teknik relaksasi nafas dalam teknik relaksasi nafas dalam sebelum tidur. Hasil dari implementasi hari kedua yaitu dua 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 tujuannya untuk

menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien sehingga akan berdampak dengan membaiknya pola tidur pasien. Hasil studi kasus menunjukkan bahwa pemberian terapi ⁹³relaksasi nafas dalam pada Ny. N dengan *pascaoperasi* kolecistitis dengan masalah nyeri akut ⁴mengalami penurunan skala nyeri dari skala 6 ke skala 4 dan juga memperbaiki pola tidur pasien.

Metode relaksasi pernapasan dalam dapat menurunkan tekanan darah, kontraksi jantung, ketegangan, kecemasan, dan ketidaknyamanan. Metode ini juga dapat melepaskan hormon epinefrin, yang dapat membantu mengurangi tingkat keparahan nyeri (Nurhayati dkk., 2022). Dengan menghambat aktivitas saraf simpatik, metode relaksasi pernapasan dalam dapat menurunkan kebutuhan oksigen tubuh, merelaksasi otot, dan membuat pasien merasa tenang dan rileks. Pasien melaporkan nyeri yang lebih ringan sebagai hasil dari penurunan aktivitas saraf simpatik, yang mengontrol persepsi nyeri (Ahmed *et al*, 2023).

⁹⁷Hasil Temuan dalam penelitian ini konsisten dengan hasil penelitian sebelumnya berjudul “Terapi Relaksasi Nafas Dalam untuk Menurunkan Rasa Nyeri pada Pasien *Post* Operasi Kolecistitis : Studi Kasus” yang dilakukan oleh permatasari & sari (2022). Hasil ¹²²terapi relaksasi napas dalam pada pasien kolecistitis pascaoperasi menunjukkan penurunan skala nyeri, dari skala awal 8 menjadi 4, setelah 2 hari. Intervensi ⁴relaksasi napas dalam dilakukan selama 10–15 menit per sesi dan diterapkan secara berurutan selama 3 hari 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 farmakologis dan nonfarmakologis, seperti penerapan teknik relaksasi

napas dalam dan kolaborasi pemberian analgesik, terbukti efektif dalam menurunkan nyeri pasien. Terapi nonfarmakologis, khususnya teknik relaksasi napas dalam, dapat meningkatkan rasa tenang, membuat pasien lebih rileks, serta menenangkan sistem saraf. Selain itu, pemberian analgesik seperti ketorolac injeksi 30 mg setiap 8 jam mampu menurunkan nyeri dari tingkat sedang menjadi ringan sebesar 45,2%, sedangkan parasetamol tablet 3x500 mg juga digunakan untuk pengelolaan nyeri pasien ringan efektifitas 100% dalam menurunkan nyeri (Adriani *et al*, 2022).

Penelitian lain yang dilakukan oleh 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 di berikan terapi farmakologis. Hasil yang didapatkan yaitu terdapat perbedaan tingkat nyeri diantara kedua pasien yang mengalami nyeri luarbiasa dimana pasien mendapatkan terapi relaksasi nafas dalam mengatakan setelah menerapkan teknik relaksasi nafas dalam selama 10 menit dalam waktu 3 hari. Rasa sakit pasien berkurang, dengan skala nyeri menurun dari 5 menjadi 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) Penerapan latihan pernapasan dalam sebagai metode relaksasi pada pasien pasca operasi mampu Teknik relaksasi pernapasan dalam dapat meningkatkan suplai oksigen ke jaringan dan

memperbaiki ventilasi paru-paru serta kadar oksigen darah setelah efek anestesi mulai hilang. Hal ini berkontribusi pada pengurangan intensitas nyeri, yang mengganggu pola tidur pascaoperasi. Lebih lanjut, teknik relaksasi pernapasan dalam membantu ²⁹ pasien merasa lebih tenang dan rileks, serta merelaksasikan otot, sehingga nyeri berkurang secara bertahap berkurang dan tidur pasien tidak lagi mengalami kesulitan.

Menurut peneliti implementasi telah dilakukan sesuai dengan rencana intervensi yang ditentukan sebelumnya, dengan penerapan tindakan setiap hari nya disesuaikan dengan kondisi pasien pada hari tersebut. Kemajuan atau keberhasilan dari penerapan intervensi ditemukan pada hari ketiga pelaksanaan implementasi. Peneliti berpendapat bahwa ²³ pemberian terapi relaksasi nafas dalam berpengaruh terhadap penurunan skala nyeri pada Ny. N dengan nyeri pascaoperasi kolelitiasis. Nyeri yang dialami Ny. N disebabkan oleh prosedur invasif. Penanganan nyeri pascaoperasi pada pasien memerlukan intervensi segera, karena jika tidak ditangani dengan tepat, dapat mengganggu proses pemulihan dan penyembuhan pasien, hal tersebut dapat mempengaruhi kondisi psikologis dan fisiologis pasien. Apabila terjadi penurunan intensitas dan skala nyeri pada pasien, maka hal ini berdampak dengan gangguan pola tidur yang dialami pasien pada hari terakhir dari pemberian intervensi, ³ pasien mengatakan bahwa tidurnya sudah nyenyak karena sudah tidak lagi terbangun di tengah tidur akibat nyeri post operasi yang dirasakan. ³ Hal ini menunjukkan bahwa pemberian terapi relaksasi nafas dalam tidak hanya mengatasi satu masalah keperawatan yaitu nyeri luarbiasa namun juga mengatasi masalah keperawatan gangguan pola tidur.

4.2.5 evaluasi keperawatan

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 3 hari 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.

⁶⁵ Evaluasi keperawatan Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan, yang bertujuan untuk menilai keberhasilan implementasi rencana keperawatan. Saat melakukan evaluasi, perawat dituntut memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memahami respons pasien terhadap intervensi, menarik

kesimpulan tentang pencapaian tujuan, dan menghubungkan intervensi dengan kriteria luaran yang diharapkan (Thomas W., 2022). Apabila tujuan tindakan keperawatan yang telah dilakukan belum tercapai maka perlu dilakukan penyusunan kembali atau modifikasi rencana keperawatan yang baru agar intervensi lebih efektif (Fatimah, 2020). Evaluasi pada pasien *post* kolisistektomi dengan masalah nyeri luarbiasa setelah dilakukan tindakan teknik farmakologis dan non-farmakologis selama 3 hari berturut-turut "Dapat mengurangi rasa sakit sebagai efek penerapan teknik relaksasi napas dalam dan pemberian analgesik." 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 Cholelitis 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 Dampak positif dalam mengurangi rasa sakit pada luka pasca operasi.

Menurut peneliti hasil evaluasi keperawatan selama 3x8 jam menunjukkan bahwa masalah nyeri akut pada pasien pascaoperasi kolelitiasis dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan manajemen nyeri, begitupun masalahn gangguan pola tidur dapat teratasi setelah mendapatkan tindakan dukungan tidur. hasil evaluasi terhadap dua diagnosa yang ditegakkan sudah Mengacu pada tujuan dan kriteria keberhasilan yang ingin dicapai. Evaluasi akhir pada diagnosa nyeri akut sudah menunjukkan penurunan tingkat nyeri pada pasien. Hal ini sesuai dengan kreteria hasil yang diinginkan penulis. Begitupun

untuk diagnosa gangguan pola tidur mendapatkan evaluasi akhir bahwa pola tidur pasien sudah membaik dan sesuai hasil dengan kreteria yang diinginkan oleh penulis.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 KESIMPULAN

1. Berdasarkan Pengajian 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 luar biasa dan gangguan pola tidur Nyeri akut berhasil ditangani sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya, ditunjukkan dengan penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 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 hasil ringkasan data penelitian, peneliti memberikan beberapa 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 pengdokumentasian 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 berikutnya

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, disarankan peneliti selanjutnya dalam meneliti asuhan keperawatan pada pasien *post* operasi kolesistitis dapat menambahkan variabel lain yang berhubungan dengan kondisi pasien *post* operasi kolesistitis, 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 Cholelitis. *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 Sainatika 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.

- ⁵⁹ L. Moore, K., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2018). Clinically Oriented Anatomy. Netherlands : Wolters Kluwer.
- ¹⁹ Lesmana, L., (Ed.). (2019). Penyakit Batu Empedu. 5th ed. Jakarta: Penerbit Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mardiyah, T & Mumpuni. (2024). Terapi ¹⁴ Foot Massage terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post Operasi Kolesistektomi Laparoskopi, *Jurnal PPNI Sumbar*, 01(01), 01- 05.
- ³⁰ Mawaddah, D.S. (2021). Hubungan Nyeri terhadap Pola Tidur Pasien Post Operasi Appendisit di RSUD Teungku Peukan Aceh Barat Daya. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia* 20(6), 394-400.
- ⁹¹ Ningtyas, N. W. R., Amanupunyo, N. A., Manueke, I., & Dkk. (2023). *Manajemen nyeri*.
- ⁶³ Nurhanifah, D. & Sari, R. T. (2022). *Manajemen Nyeri Nonfarmakologi*. Banjarmasin : Urban Green Central Media
- ⁵⁷ 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>.
- ⁶⁷ 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 Kolesistitis* Ulseratif dalam Mengatasi Masalah Keperawatan Gangguan Pola Tidur. *Sentri: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(4), 2068-2074.
- ⁴⁸ Permatasari, C. & Sari, I. Y. (2022). Terapi Relaksasi Nafas Dalam untuk Menurunkan Rasa Nyeri pada Pasien *Post Operasi Kolesistitis* : Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan Merdeka (JKM)*, 2 (2), hal. 216-220.
- ³¹ Pramitani, N. A. & Musharyanti, L. (2023). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien dengan Post Operasi Laparatomi di RS PKU Muhammadiyah Gamping: *Case Report*. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Institut Medika Drg. Suherman*, 5(1), 126-130.
- ⁷⁷ 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. *Maheesa: Malahayati Health Student Journal*, 3(10), 3338-3345. <https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i10.11321>.
- ⁴ Putri, S. N. (2023). *Asuhan Keperawatan pada Ny. I pada Nyeri Post Operasi Cholelitis 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.
- ⁸⁰ 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>.
- ⁵ 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.
- ⁸ Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2019). *Keperawatan Medikal bedah* Ed. 8. Vol. 2. Jakarta : EGC
- ⁴⁴ Stinton, L. M. & Shaffer, E. A. (2019). *Epidemiology Of Gallbladder Disease: Cholelithiasis And Cancer. Gut and Liver*, 6(2), hal. 172-187.
- ¹¹³ Sudirman, A. A., Syamsuddin, F., & Kasim, S. S. (2023). Efektifitas Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Appendisit Di IRD Rsud Otanaha Kota Gorontalo. *Detector: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(2), hal.137–147.
- ² 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.
- ²⁰ 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 Luran Keperawatan Indonesia Edisi 1 (Cetakan III). Jakarta : DPP PPNI.
- ¹³² Utami, D. C. & Marwati. (2024). Penerapan Terapi Relaksasi Genggam Jari: Solusi Nyeri Pasca Laparoskopi Cholelitiasis DI RSUD Pandan Arang Boyolali. *The 3rd Conference Of Health And Social Humaniora*, 33-39. Klaten: Universitas Muhammadiyah Klaten.
- ³¹ Utami, R. N. & Khoiriyah, K. (2020). Penurunan Skala Nyeri Akut Post Laparotomi Menggunakan Aromaterapi Lemon. *Jurnal Ners Muda Unimus*, 1(1), 23-33.
- ⁴⁵ 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.

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

ORIGINALITY REPORT

24%

SIMILARITY INDEX

23%

INTERNET SOURCES

7%

PUBLICATIONS

10%

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 %

39

Indri Octavani Chakti, Diyan Indrayani, Saur Sariaty. "PENGARUH TEKNIK PIJAT OKSITOSIN TERHADAP PENURUNAN NYERI PERSALINAN : EVIDENCE BASED CASE REPORT (EBCR)", Jurnal Kesehatan Siliwangi, 2022

Publication

<1 %

40

Submitted to LL DIKTI IX Turnitin Consortium Part V

Student Paper

<1 %

41

journal.lpkd.or.id

Internet Source

<1 %

42

stikespanakkukang.ac.id

Internet Source

<1 %

43

www.jptam.org

Internet Source

<1 %

44

Submitted to Anglia Ruskin University

Student Paper

<1 %

45

journalofmedula.com

Internet Source

<1 %

46

repo.stikesperintis.ac.id

Internet Source

<1 %

47

Submitted to Universitas Indonesia

Student Paper

<1 %

48

journal.ipm2kpe.or.id

Internet Source

<1 %

49

Submitted to Poltekkes Kemenkes Riau

Student Paper

<1 %

50

eprints.poltekkesjogja.ac.id

Internet Source

<1 %

51 eprints.umpo.ac.id
Internet Source

<1 %

52 Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan
Tinggi Indonesia Jawa Timur III
Student Paper

<1 %

53 Lilin Rosyanti, Indriono Hadi, Isti Antari, Sitti
Ramlah. "Faktor Penyebab Gangguan
Psikologis pada Penderita Penyakit Ginjal
Kronis yang menjalani Hemodialisis: Literatur
Reviu Naratif", Health Information : Jurnal
Penelitian, 2023
Publication

<1 %

54 Submitted to Morgan Park High School
Student Paper

<1 %

55 Submitted to Universitas Andalas
Student Paper

<1 %

56 Submitted to Universitas Muhammadiyah
Kalimantan Timur
Student Paper

<1 %

57 journal.aisyahuniversity.ac.id
Internet Source

<1 %

58 jurnal.syedzasaintika.ac.id
Internet Source

<1 %

59 Submitted to CompuMed Vocational Careers
Student Paper

<1 %

60 Submitted to Exeed College
Student Paper

<1 %

61 Indriyanti Indriyanti, Saur Sariaty, Ferina
Ferina. "PENGARUH TEKNIK RELAKSASI

<1 %

GENGGAM JARI TERHADAP PENURUNAN
INTENSITAS NYERI PADA IBU POST SECTIO
CAESAREA", Jurnal Kesehatan Siliwangi, 2022

Publication

62	ukh.ac.id Internet Source	<1 %
63	Erlin Youlandari, Reni Zulfitri, Aminatul Fitri. "Hubungan Karakteristik Nyeri dengan Kualitas Tidur Lansia Gout Arthritis", Jurnal Ners, 2023 Publication	<1 %
64	Submitted to Udayana University Student Paper	<1 %
65	Submitted to Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Student Paper	<1 %
66	Submitted to Universitas Negeri Jakarta Student Paper	<1 %
67	ejournal.nusantaraglobal.ac.id Internet Source	<1 %
68	repo.stikesalifah.ac.id Internet Source	<1 %
69	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang Student Paper	<1 %
70	Submitted to Politeknik Negeri Lhokseumawe Student Paper	<1 %
71	Submitted to University of Newcastle Student Paper	<1 %
72	eprints.stikes-notokusumo.ac.id Internet Source	<1 %

73	gemamedisiana.blogspot.com Internet Source	<1 %
74	pdfcookie.com Internet Source	<1 %
75	Submitted to Universitas Muslim Indonesia Student Paper	<1 %
76	health.kompas.com Internet Source	<1 %
77	journal.universitaspahlawan.ac.id Internet Source	<1 %
78	repo.unikadelasalle.ac.id Internet Source	<1 %
79	repository.unar.ac.id Internet Source	<1 %
80	Alivia Mona Kaparang, Angela Vira Manengkey, Apriliane Akiko Damar, Lani Natalia Watania, Catharina Guinda Diannita. "The Effect of Benson Relaxation On Pain in Post Major Surgery Patients", Malahayati Nursing Journal, 2022 Publication	<1 %
81	didotlitratista.blogspot.com Internet Source	<1 %
82	fliphtml5.com Internet Source	<1 %
83	Submitted to Konsorsium PTS Indonesia - Small Campus II Student Paper	<1 %
84	docplayer.info Internet Source	<1 %

85	erepo.unud.ac.id Internet Source	<1 %
86	jurnal.iakmikus.org Internet Source	<1 %
87	nasihatkesehatan.blogspot.com Internet Source	<1 %
88	ojs.binahusada.ac.id Internet Source	<1 %
89	repository.stikesyarsi-pontianak.ac.id Internet Source	<1 %
90	www.alodokter.com Internet Source	<1 %
91	Submitted to Konsorsium Perguruan Tinggi Swasta I 2023 Student Paper	<1 %
92	Patrick C. D. Gagola, Joan F. J. Timban, Ramli Hadji Ali. "GAMBARAN ULTRASONOGRAFI BATU EMPEDU PADA PRIA & WANITA DI BAGIAN RADIOLOGI FK UNSRAT BLU RSUP PROF. DR. R. D. KANDOU MANADO PERIODE OKTOBER 2012- OKTOBER 2014", e-CliniC, 2015 Publication	<1 %
93	Sri Ratu Anastasya, Elfira Sri Futriani. "Factors That Influence Adherence to Breast Tumor Patients at Surgical Clinic in The Bhayangkara Brimob Hospital", Malahayati Nursing Journal, 2024 Publication	<1 %
94	artikelpendidikan.id Internet Source	<1 %

95	edoc.site Internet Source	<1 %
96	healthinformaticsjournal.al-makkipublisher.com Internet Source	<1 %
97	journal.um-surabaya.ac.id Internet Source	<1 %
98	karyatulisilmiah.com Internet Source	<1 %
99	repository.bku.ac.id Internet Source	<1 %
100	repository.stikesalifah.ac.id Internet Source	<1 %
101	repositoryperpustakaanpoltekkespadang.site Internet Source	<1 %
102	son-show.com Internet Source	<1 %
103	www.aideffectiveness.org Internet Source	<1 %
104	www.journalofmedula.com Internet Source	<1 %
105	www.repo.stikesperintis.ac.id Internet Source	<1 %
106	2trik.jurnalelektronik.com Internet Source	<1 %
107	Aulia Rachman, Ita Purnamasari, Bernadeta Trihandini. "HUBUNGAN MOBILISASI DINI DENGAN INTENSITAS NYERI POST OPERASI SECTIO CAESAREA DI RSUD H. BOEJASIN	<1 %

PELAIHARI", JURNAL KEPERAWATAN SUKA
INSAN (JKSI), 2023

Publication

-
- 108 Rikani Rikani, Rycco Darmareja. "PENERAPAN SWEDISH MASSAGE DALAM ASUHAN KEPERAWATAN UNTUK PERUBAHAN INDIKATOR NYERI PADA PASIEN HIPERTENSI: STUDI KASUS", JURNAL KEPERAWATAN TROPIS PAPUA, 2024

Publication

-
- 109 Umar Said Dharmabakti, Hably Warganegara. "Penutupan defek dasar tengkorak dengan pendekatan endoskopi menggunakan jabir Hadad-Bassagasteguy", Oto Rhino Laryngologica Indonesiana, 2014

Publication

-
- 110 herdianaherman.wordpress.com

Internet Source

-
- 111 jurnal.stikeskesosi.ac.id

Internet Source

-
- 112 jurnal.unismuhpalu.ac.id

Internet Source

-
- 113 jurnalmadanimedika.ac.id

Internet Source

-
- 114 jusindo.publikasiindonesia.id

Internet Source

-
- 115 laluners.blogspot.com

Internet Source

-
- 116 repo.stikmuhptk.ac.id

Internet Source

-
- 117 siakad.stikesdhib.ac.id

Internet Source

<1 %

118 vykalovehealthy.blogspot.com
Internet Source

<1 %

119 www.infokes.com
Internet Source

<1 %

120 Erlita Kundartiari, Sri Nur Hartiningsih.
"Pengaruh Terapi Relaksasi Nafas Dalam dan
Murottal Terhadap Tekanan Darah", JURNAL
KESEHATAN POLTEKKES KEMENKES RI
PANGKALPINANG, 2020
Publication

<1 %

121 Gilang Adi Vernanda, Ike Wuri Winahyu Sari,
Pratiwi Pratiwi. "Penerapan Intervensi
Kombinasi Aromaterapi Lemon dan Guided
Imagery dalam Asuhan Keperawatan pada
Klien dengan Diagnosis Medis Post Operasi
Open Reduction Internal Fixation Fraktur
Ekstremitas Hari Ke-1 di Bangsal Bedah RSUD
Sleman", HEALTHY BEHAVIOR JOURNAL, 2024
Publication

<1 %

122 Farah Desya Rahmatica, Yuniastini Yuniastini,
Dedek Saiful Kohir, Kodri Kodri. "Kompres
Hangat, Relaksasi Nafas Dalam, dan Rebusan
Daun Salam dapat Menurunkan Rasa Nyeri
Kronis pada Pasien Asam Urat (Studi Kasus)",
MAHESA : Malahayati Health Student Journal,
2023
Publication

<1 %

123 Gita Kharisma Wirdah, Tiara Fatma Pratiwi,
Dina Camelia, Faishol Roni, Achmad Wahdi.
"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI

<1 %

HEMODIALISIS DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN GANGGUAN POLA TIDUR
MENGUNAKAN MUSIK INSTRUMENT KLASIK
DAN AROMATERAPI LAVENDER", Jurnal
Kesehatan Tambusai, 2023

Publication

-
- 124 Sepri Rahmad Yani Sepri, Muhammad Nurman, Toleransih Toleransih. "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M DENGAN POST OPERASI LAPARATOMI ATAS INDIKASI CA. RECTUM MELALUI AROMA TERAPI LEMON UNTUK MENGURANGI NYERI PASIEN DI RUANGAN EDELWEIS RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU", SEHAT : Jurnal Kesehatan Terpadu, 2024 $<1\%$
- Publication
-

- 125 Yustina Paschalia, Emerensiana Juwana. "GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN PADA PASIEN HIPERTENSI DENGAN NYERI AKUT DI RSUD ENDE", Kelimutu Nursing Journal, 2024 $<1\%$
- Publication
-

- 126 docobook.com $<1\%$
- Internet Source
-

- 127 ejhc.journals.ekb.eg $<1\%$
- Internet Source
-

- 128 iamnursingstudent.wordpress.com $<1\%$
- Internet Source
-

- 129 sarafambarawa.wordpress.com $<1\%$
- Internet Source
-

- 130 www.informasikedokteran.com $<1\%$
- Internet Source

131

www.scribd.com

Internet Source

<1 %

132

prosiding.umkla.ac.id

Internet Source

<1 %

133

digilib.unisayogya.ac.id

Internet Source

<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off