

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN Tn. A
DENGAN DIAGNOSA *CHOLELITIASIS* DI RUANG C1 RSPAL dr.
RAMELAN SURABAYA**



Oleh:

POPPY DENINTA SARI, S.Kep
NIM 21.300.74

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN Tn. A
DENGAN DIAGNOSA *CHOLELITIASIS* DI RUANG C1 RSPAL dr.
RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh:

POPPY DENINTA SARI, S.Kep
NIM 21.300.74

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Poppy Deninta Sari, S. Kep.

NIM : 21.300.74

Tanggal lahir : 02 Maret 2022

Progam Studi : Pendidikan Profesi Ners

Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Tn. A Dengan Diagnosa *Cholelitis* Di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 17 Juni 2022

Poppy Deninta Sari
NIM. 21.300.74

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah saya periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Poppy Deninta Sari

NIM : 21.300.74

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Tn.A
Dengan Diagnosa *Cholelithiasis* Di Ruang C1 RSPAL dr.
Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan Karya Ilmiah Akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, 17 Juni 2022

Pembimbing Institusi

Pembimbing Lahan

Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M. Kep
NIP 03001

Amy Ardianti, S.Kep., Ns., M. Tr. Kep
NIP 197901242006042001

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal :

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Poppy Deninta Sari

NIM : 21.300.74

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Tn.A
Dengan Diagnosa *Cholelithiasis* Di Ruang C1 RSPAL dr.
Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang
Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar “NERS” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah
Surabaya

Ketua Penguji **Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M. Kep**

NIP 03009

Penguji I **Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M. Kep**

NIP 03001

Penguji II **Amy Ardianti, S.Kep., Ns., M. Tr. Kep**

NIP 197901242006042001

Mengetahui,
**KA PRODI PENDIDIKANPROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA**

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M. Kep
NIP 03009

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal :

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah Akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis demi terselesaikannya penulisan. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. A. V Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
2. Laksmana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL, Sp. KL selaku Kepala Rumah Sakit RSPAL dr. Ramelan Surabaya atas kesempatan dan fasilitas lahan dalam menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M. Kep Selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya dan selaku penguji terima kasih telah memberikan ilmu serta arahan dalam proses penulisan Karya Ilmiah Akhirdan telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
4. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M. Kep selaku pembimbing institusi yang telah memberikan waktunya untuk membimbing dengan penuh kesabaran dan selalu memberikan motivasi.

5. Amy Ardianti, S.Kep., Ns., M. Tr. Kep selaku pembimbing lahan yang telah memberikan waktunya untuk membimbing dengan penuh kesabaran dan selalu memberikan motivasi.
6. Tn. A dan keluarga selaku responden yang telah memberikan waktu untuk dilakukan pengambiln data untuk penulisan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah hingga klinik yang membantu dalam penyempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalasi studi dan penulisannya.
8. Sabahat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dukungan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah Akhir ini masih memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritis yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi civitas Stikes Hang Tuang Surabaya.

Surabaya, 7 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
KARYA ILMIAH AKHIR	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
1.4.1 Manfaat Teoris	5
1.4.2 Manfaak Praktis	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.5.1 Metode	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data.....	7
1.5.4 Studi Kepustakaan	7
1.5.5 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Penyakit	9
2.1.1 Definisi <i>Cholelitis</i>	9
2.1.2 Anatomi Fisiologi <i>Cholelitis</i>	10
2.1.3 Etiologi <i>Cholelitis</i>	14
2.1.4 Klasifikasi <i>Cholelitis</i>	15
2.1.5 Patofisiologi	16
2.1.6 Manifestasi Klinis <i>Cholelitis</i>	17
2.1.7 Komplikasi <i>Cholelitis</i>	18
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang <i>Cholelitis</i>	19
2.1.9 Penatalaksanaan <i>Cholelitis</i>	20
2.1.10 Pathway <i>Cholelitis</i>	22
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	22
2.2.1 Pengkajian.....	22
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	26
2.2.3 Intervensi Keperawatan	26
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	28
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	29

2.3	Konsep Nyeri	29
2.4	Konsep Pre Operasi.....	30
2.4.1	Pengertian	30
2.4.2	Klasifikasi	31
2.4.3	Penyebab	31
2.4.4	Dampak Kecemasan Pre Operasi.....	32
2.4.5	Penanganan	33
BAB 3	TINJAUAN KASUS.....	35
3.1	Pengkajian.....	35
3.1.1	Identitas.....	35
3.1.2	<i>Pre Operasi</i>	35
3.1.3	Riwayat Keperawatan	35
3.1.4	Pemeriksaan Fisik	37
3.1.5	Pola Kesehatan.....	40
3.1.6	Data Penunjang	44
3.1.7	Lembar Pemberian Terapi Medis.....	45
3.1.8	Diagnosa Keperawatan	45
3.1.9	Analisa Data.....	46
3.1.10	Prioritas Masalah	46
3.1.11	Intervensi Keperawatan	47
3.1.12	Implementasi dan Evaluasi	48
BAB 4	PEMBAHASAN	63
4.1	Pengkajian.....	63
4.1.1	Riwayat Kesehatan.....	64
4.1.2	Pemeriksaan Fisik	66
4.1.3	Pemeriksaan Diagnostik.....	68
4.2	Diagnosa Keperawatan	68
4.3	Intervensi Keperawatan	72
4.4	Implementasi Keperawatan.....	75
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	80
BAB 5	PENUTUP.....	82
5.1	Kesimpulan	82
5.2	Saran	83
5.2.1	Bagi pasien.....	84
5.2.2	Bagi Parawat	84
5.2.1	Bagi Ruangan.....	84
5.2.2	Bagi Peneliti Selanjutnya.....	84
DAFTAR PUSTAKA	85

DAFTAR TABEL

Table 2.1	Intervensi dengan diagnosa medis <i>Cholelithiasis</i>	26
Table 3.1	Hasil Pemeriksaan, Laboratorium Pada Tn. A dengan diagnosa medis <i>Cholelithiasis</i>	39
Table 3.2	Hasil Pemeriksaan, USG Pada Tn. A dengan diagnosa medis <i>Cholelithiasis</i>	40
Table 3.3	Pemberian Terapi Medis Pada Tn. A dengan diagnosa medis <i>Cholelithiasis</i>	40
Table 3.4	Hasil Analisa Data Pre Operasi Pada Tn. A dengan diagnosa medis <i>Cholelithiasis</i>	41
Table 3.5	Prioritas Masalah Pre Operasi Pada Tn. A dengan diagnosa medis <i>Cholelithiasis</i>	41
Table 3.6	Intervensi Pre Operasi Pada Tn. A dengan diagnosa medis <i>Cholelithiasis</i>	42
Table 3.7	Intervensi Post Operasi Pada Tn. A dengan diagnosa medis <i>Cholelithiasis</i>	44
Table 3.8	Hasil Implementasi dan Evaluasi Pada Tn. A dengan diagnosa medis <i>Cholelithiasis</i>	46
Table 3.9	Hasil Intervensi Post Operasi Pada Tn. A dengan diagnosa medis <i>Cholelithiasis</i>	50

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi fisiologi katong empedu.....	10
------------	--------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	90
Lampiran 3 Satuan Acara Penyuluhan	92
Lampiran 4 Leaflet Teknik Relaksasi Genggam Jari	98
Lampiran 5 Analisa Jurnal	100
Lampiran 6 Standart Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam	102

DAFTAR SINGKATAN

ESWL	: <i>Extracorporeal shock wave lithitripsy</i>
ERCP	: Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
KB	: Keluarga Berencana
USG	: Ultrasonografi
MRCP	: <i>Magnetic Resonance Cholangiopancreatography</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cholelithiasis adalah penyakit batu empedu yang dapat ditemukan di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu, atau pada kedua-duanya. *Cholelithiasis* disebut juga batu empedu, gallstones, atau biliary calculus. Kolelitiasis atau batu empedu dikenal ada tiga jenis, yaitu batu kolesterol, batu pigmen atau batu bilirubin, dan batu campuran. Kandung empedu terletak di bawah hati, di sisi perut bagian kanan atas, tepat di bawah lobus kanan hepar (McAneny, 2019). Kandung empedu ini memiliki fungsi untuk menyimpan dan memekatkan empedu. Menunjukkan bahwa faktor infeksi empedu oleh kuman gram negative *E.Coli* ikut berperan penting dalam timbulnya batu pigmen. *Cholelithiasis* atau batu empedu terbentuk akibat ketidak seimbangan kandungan kimia dalam cairan empedu yang menyebabkan pengendapan satu atau lebih komponen empedu (Rsup et al., 2019). Gaya hidup adalah pola hidup setiap orang di seluruh dunia yang di ekspresikan dalam bentuk aktivitas, minat, dan opininya. Secara umum gaya hidup dapat diartikan sebagai suatu gaya hidup yang dikenali dengan cara bagaimana seseorang menghabiskan waktunya (aktivitas), apa yang penting bagi orang untuk menjadikan pertimbangan pada lingkungan (minat), dan apa yang orang selalu pikirkan tentang dirinya sendiri dan dunia disekitarnya (opini), serta faktor-faktor tertentu yang mempengaruhi gaya hidup sehat diantaranya adalah makanan dan olahraga (PURWANTI et al., 2016). Gaya hidup dapat disimpulkan sebagai pola hidup setiap orang yang dinyatakan dalam kegiatan, minat, dan pendapatnya dalam membelanjakan uangnya dan bagaimana

mengalokasikan waktunya untuk kehidupan sehari-harinya (Nurhikmah rizky, 2020).

Pada penelitian global, ditemukan 1-3 penduduk perhari menjadi pasien baru kolelitiasis, kurang lebih 5,5 juta orang menderita kolelitiasis dan dilakukan lebih dari 50 ribu kolesistektomi per tahun di Inggris. Di Denmark dilakukan penelitian dalam 5 tahun pada usia 30, 40, 50, 60 tahun dan ditemukan masing-masing 0,3%, 2,9%, 2,5%, dan 3,3% pada laki-laki dan 1,4%, 3,6%, 3,1%, dan 3,7% pada perempuan. Di Indonesia, angka kejadian penyakit ini tidak berbeda jauh dengan angka kejadian negara lain yang ada di Asia Tenggara, hanya saja baru mendapatkan perhatian klinis dan publikasi penelitian batu empedu masih terbatas karena sebagian besar pasien kolelitiasis asimtomatik (Rsup et al., 2019). Berdasarkan studi kolesitografi oral di dapatkan laporan angka insidensi *cholelitiasis* terjadipada wanita sebesar 76% dan pada laki-laki 36% dengan usia lebih dari 40 tahun. Sebagian besar pasien dengan batu empedu tidak mempunyai keluhan, Risiko penyandang batu empedu untuk mengalami gejala dan komplikasi relatif kecil. Walaupun demikian, sekali batu empedu mulai menimbulkan serangan nyeri kolik yang spesifik maka resiko untuk mengalami masalah dan penyulit akan terus meningkat (Di & Cendana, 2019). *Cholelitiasis* adalah 90% batu kolesterol dengan komposisi kolesterol lebih dari 50%, atau bentuk campuran 20-50% berunsurkan kolesterol dan predisposisi dari batu kolesterol adalah orang dengan usia yang lebih dari 40 tahun, wanita, obesitas, kehamilan, serta penurunan berat badan yang terlalu cepat (Yang et al., 2020). *Cholelitiasis* cukup banyak ditemukan di RSPAL dr. Ramelan, yaitu pada bulan Agustus sampai bulan September didapatkan pasien yang menderita penyakit *Cholelitiasis* 91 orang.

Banyaknya faktor yang mempengaruhi terjadinya *cholelithiasis* adalah faktor keluarga, tingginya kadar estrogen, insulin, dan kolesterol, penggunaan pil KB, infeksi, obesitas, gangguan pencernaan, penyakit arteri koroner, kehamilan, tingginya kandung lemak dan rendah serat, merokok, peminum alkohol, penurunan berat badan dalam waktu yang singkat, dan kurang olahraga (Dewi, 2021). *Cholelithiasis* saat ini menjadi masalah kesehatan masyarakat karena frekuensi kejadiannya tinggi yang menyebabkan beban finansial maupun beban sosial bagi masyarakat. Kolesterol yang berlebihan tersebut mengendap di dalam kandung empedu (dengan cara yang belum diketahui secara pasti) untuk membentuk batu empedu, gangguan kontraksi kandung empedu, atau mungkin keduanya dapat menyebabkan stasis empedu dalam kandung empedu. Faktor hormon (hormon kolesistokinin dan sekretin) dapat dikaitkan dengan keterlambatan pengosongan kandung empedu, infeksi bakteri atau radang empedu dapat menjadi penyebab terbentuknya batu empedu. Mukus dapat meningkatkan viskositas empedu dan unsur selatau bakteri dapat berperan sebagai pusat pengendapan. Infeksi lebih timbul akibat dari terbentuknya batu, dibanding penyebab terbentuknya *cholelithiasis* (Fried & Hisrich, 2020). Dampak jika *Cholelithiasis* atau Batu CBD ini dapat menyumbat aliran empedu sehingga mengakibatkan ikterus dan bisa berkomplikasi menyebabkan kolangitis dan pankreatitis yang berpotensi mengancam jiwa(Widiastuti, 2019).

Tatalaksana *Cholelithiasis* dapat dibagi menjadi dua, yaitu bedah dan non bedah. Terapi non bedah dapat berupa lisis batu yaitu disolusi batu dengan sediaan garam empedu kolelitolitik, ESWL (*extracorporeal shock wave lithitripsy*) dan pengeluaran secara endoskopi, sedangkan terapi bedah dapat berupa laparoscopi

kolesistektomi, dan open kolesistektomi (Pimpale et al., 2019) . Solusi masalah pada pasien dengan *Cholelitis* adalah perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat memberikan informasi tentang bagaimana tanda gejala, cara pencegahan, cara pengobatan dan penanganan pasien dengan Kolelitis sehingga keluarga juga dapat berperan aktif dalam pemeliharaan kesehatan baik individu itu sendiri maupun orang lain disekitarnya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan pada pasien dengan *Cholelitis* maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan *Cholelitis* dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya ?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
3. Merencanakan asuhan keperawatan medical bedah pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan

Surabaya

4. Melaksanakan asuhan keperawatan medical bedah pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan medical bedah pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoris

Hasil studi kasus ini diharapkan akan berguna bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan medical bedah pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4.2 Manfaak Praktis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan medical bedah pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya dengan baik.

2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan Karya Ilmiah Akhir pada asuhan keperawatan pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis* di Ruang C1 RSPAL dr.

Ramelan Surabaya.

3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

4. Bagi keluarga dan pasien

Karya Ilmiah Akhir ini sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang penyakit *Cholelithiasis* sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis. Selain itu agar keluarga mengerti tanda-tanda penyakit serta dapat mengetahui faktor resiko terjadinya *Cholelithiasis*.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode yang digunakan dalam Karya Ilmiah Akhir ini adalah deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan hingga evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien dan rekam medis pasien.

2. Observasi

Data yang diambil melalui pemeriksaan tanda-tanda vital dengan pasien.

1.5.3 Sumber Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan, dan tim kesehatan lain

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku, jurnal, e-book, serta beberapa sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas oleh penulis. Penulis mempelajari beberapa buku yang berhubungan dengan diagnosis medis *Cholelithiasis*.

1.5.5 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami Karya Ilmiah Akhir ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian yaitu:

1. Bagian awal Memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing terdiri dari sub bab berikut ini:
 - a. BAB 1 : Pendahuluan, berisis tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan Karya Ilmiah Akhir

- b. BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang kosep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* serta kerangka masalah.
 - c. BAB 3 : Tinjauan Kasus berisis tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
 - d. BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan serta menganalisa sesuai dengan penelitian/ literatur yang sesuai.
 - e. BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan *Cholelithiasis*. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *Cholelithiasis* dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Penatalaksanaan dan Evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi *Cholelithiasis*

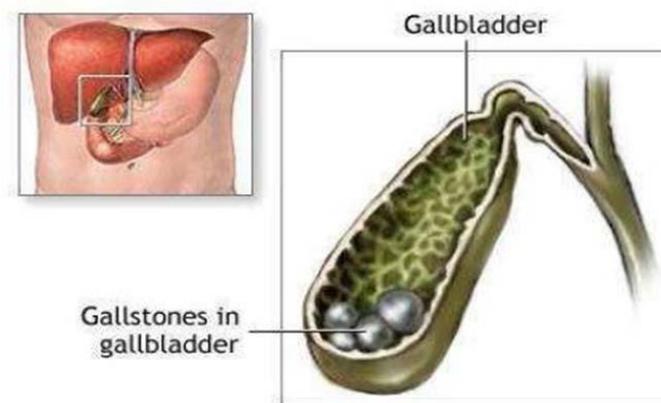
Cholelithiasis atau koledokolitiasis merupakan adanya batu di kandung empedu, atau saluran kandung empedu yang pada umumnya komposisi utamanya adalah kolestrol (Kaunang et al., 2018).

Cholelithiasis adalah 90% batu kolesterol dengan komposisi kolesterol lebih dari 50%, atau bentuk campuran 20-50% berunsurkan kolesterol dan predisposisi dari batu kolesterol adalah orang dengan usia yang lebih dari 40 tahun, wanita, obesitas, kehamilan, serta penurunan berat badan yang terlalu cepat (Di & Cendana, 2019).

Cholelithiasis atau batu cbd adalah penyakit batu empedu yang dapat ditemukan di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu, atau pada kedua-duanya. Sebagian besar batu empedu, terutama batu kolesterol, terbentuk di dalam kandung empedu (Febyan et al., 2017).

Batu empedu bisa terbentuk di dalam saluran empedu jika empedu mengalami aliran balik karena adanya penyempitan saluran. Batu empedu di dalam saluran empedu bisa mengakibatkan infeksi hebat saluran empedu (kolangitis). Jika saluran empedu tersumbat, maka bakteri akan tumbuh dan dengan segera menimbulkan infeksi di dalam saluran. Bakteri bisa menyebar melalui aliran darah dan menyebabkan infeksi di bagian tubuh lainnya (Siti Umi Nurjannah, 2021).

2.1.2 Anatomi Fisiologi *Cholelithiasis*



Gambar 2.1 Anatomi fisiologi katong empedu

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

dan daerah duktus sistika. Empedu yang disekresi secara terus-menerus oleh hati masuk ke saluran empedu yang kecil dalam hati. Saluran empedu yang kecil bersatu membentuk dua saluran lebih besar yang keluar dari permukaan bawah hati sebagai duktus hepatikus kanan dan kiri yang segera bersatu membentuk duktus hepatikus komunis. Duktus hepatikus bergabung dengan duktus sistikus membentuk duktus koledokus (Rumpf, 2016).

1. Anatomi kandung empedu

a. Struktur empedu kandung empedu adalah kantong yang berbentuk bush pir yang terlerak pada permukaan visceral. Kandung empedu diliputi oleh peritoneum kecuali bagian yang melekat pada hepar, terletak pada permukaan bawah hati diantara lobus dekstra dan lobus quadratus hati.

b. Empedu terdiri dari:

1) Fundus Vesika fela: berbentuk bulat, biasanya menonjol di bawah tepi inferior hati, berhubungan dengan dinding anterior abdomen setinggi rawan ujung kosta IX kanan.

2) Korpus vesika fela: bersentuhan dengan permukaan visceral hati mengarah ke atas ke belakang dan ke kiri.

3) Kolum vesika felea: berlanjut dengan duktus sistikus yang berjalan dengan omentum minus bersatu dengan sisi kanan duktus hepatikus komunis membentuk duktus koledokus.

c. Cairan empedu cairan empedu merupakan cairan yang kental berwarna kuning keemasan (kuning kehijauan) yang dihasilkan terus menerus oleh sel hepar lebih kurang 500-1000ml sehari Empedu merupakan zat esensial yang diperlukan dalam pencernaan dan penyerapan lemak.

d. Unsur-unsur cairan empedu:

- 1) Garam – garam empedu: disintesis oleh hepar dari kolesterol, suatu alcohol steroid yang banyak dihasilkan hati. Garam empedu berfungsi membantu pencernaan lemak, mengemulsi lemak dengan kelenjar lipase dari pankreas.
- 2) Sirkulasi enterohepatik: garam empedu (pigmen empedu) diresorpsi dari usus halus ke dalam vena portae, dialirkan kembali ke hepar untuk digynakan ulang.
- 3) Pigmen-pigmen empedu: merupakan hasil utama dari pemecahan hemoglobin. Sel hepar mengangkut hemoglobin dari plasma dan menyekresinya ke dalam empedu. Pigmen empedu tidak mempunyai fungsi dalam proses pencernaan.
- 4) Bakteri dalam usus halus: mengubah bilirubin menjadi urobilin, merupakan salah satu zat yang diresorpsi dari usus, diubah menjadi sterkobilin yang disekresi ke dalam feses sehingga menyebabkan feses berwarna kuning.

e. Saluran empedu saluran empedu berkumpul menjadi duktus hepatikus kemudian bersatu dengan duktus sistikus, karena akan tersimpan dalam kandung empedu. Empedu mengalami pengentalan 5-10 kali, dikeluarkan dari kandung empedu oleh aksi kolesistektomi, suatu hormon yang dihasilkan dalam membran mukosa dari bagian atas usus halus tempat masuknya lemak. Kolesistokinin menyebabkan kan kontraksi otot kandung empedu. Pada waktu bersamaan terjadi relaksasi sehingga empedu

mengalir ke dalam duktus sistikus dan duktus koledokus (Kurniawan Lasantu, 2019).

2. fisiologi kantong empedu

Empedu adalah produk hati, merupakan cairan yang mengandung mucus, mempunyai warna kuning kehijauan dan mempunyai reaksi basa. Komposisi empedu adalah garam-garam empedu, pigmen empedu, kolesterol, lesitin, lemak dan garam organik. Pigmen empedu terdiri dari bilirubin dan bilverdin. Pada saat terjadinya kerusakan butiran-butiran darah merah terurai menjadi globin dan bilirubin, sebagai pigmen yang tidak mempunyai unsur besi lagi (Gilloteaux et al., 2017).

Pembentukan bilirubin terjadi dalam system retikuloendotel di dalam sumsum tulang, limpa dan hati. Bilirubin yang telah dibebaskan ke dalam peredaran darah disebut hemobilirubin sedangkan bilirubin yang terdapat dalam empsdu disebut kolebilirubin. Garam empedu dibentuk dalam hati, terdiri dari natrium glikokolat dan natrium taurokolat. Garam empedu ini akan menyebabkan kolesterol di dalam empedu dalam keadaan larutan (Safarah, 2021).

Garam-garam empedu tersebut mempunyai sifat hirotropik. Garam empedu meningkatkan kerja enzim-enzim yang berasal dari pancreas yaitu amylase tripsin dan lipase. Garam empedu meningkatkan penyerapan meningkatkan penyerapan baik lemak netral maupun asam lemak. Empedu dihasilkan oleh hati dan disimpan dalam kandung empedu sebelum diskresi ke dalam usus (Florettira et al., 2019).

Pada waktu terjadi pencernaan, otot lingkar kandung empedu dalam keadaan relaksasi. Bersamaan dengan itu tekanan dalam kantong empedu akan meningkat dan terjadi kontraksi pada kandung empedu sehingga cairan empedu mengalir dan masuk ke dalam duodenum. Rangsangan terhadap saraf simpatis mengakibatkan terjadinya kontraksi pada kandung empedu (Rafie et al., 2020).

2.1.3 Etiologi *Cholelithiasis*

Penyebab pasti dari kolelitiasis atau koledokolitiasis atau batu empedu belum diketahui. Satu teori menyatakan bahwa kolesterol dapat menyebabkan supersaturasi empedu dikandung empedu. Setelah beberapa lama, empedu yang telah mengalami supersaturasi menjadi mengkristal dan mulai membentuk batu. Tipe lain batu empedu adalah batu pigmen, Batu pigmen tersusun oleh kalsium bilirubin, yang terjadi ketika bilirubin bebas berkombinasi dengan kalsium (Banyumas et al., 2019).

Penyebab yang jelas belum diketahui tetapi beberapa faktor etiologi dapat diidentifikasi, antara lain :

1. Faktor metabolik

Cairan empedu mengandung air, HCO_3 , pigmen empedu, garam empedu, dan kolesterol. Kandungan kolesterol yang tinggi dalam cairan empedu memungkinkan terbentuknya batu. Tidak dijumpai korelasi antara kolesterol darah dan kolesterol empedu.

2. Statis Bilier

Stagnasi cairan empedu menyebabkan air ditarik ke kapiler, sehingga garam empedu menjadi lebih banyak yang akan mengubah kelarutan

kolestrol.

3. Peradangan

Oleh karena proses peradangan, kandungan cairan empedu menjadi berubah, sehingga keasaman cairan empedu bertambah dan daya larut kolestrol menjadi menurun (Nurhikmah rizky, 2020).

Cholelithiasis dapat terjadi dengan atau tanpa faktor resiko. Namun, semakin banyak faktor resiko yang dimiliki seseorang, semakin besar kemungkinan untuk terjadinya kolelitiasis. Sebuah penelitian menyebutkan faktor risiko batu empedu mencakup 5F, yaitu :

- a. Fat (obesitas)
- b. Forty (umur)
- c. Female (jenis kelamin)
- d. Fertile (estrogen)
- e. Fair (etnik)

2.1.4 Klasifikasi *Cholelithiasis*

Adapun klasifikasi dari batu empedu menurut (Novitasari, 2018) adalah sebagai berikut:

1. Batu kolestrol

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 bergantung pada asam-asam empedu dan lesitin (fosfolipid) dalam empedu. Pada klien yang cenderung

menderita batu empedu akan terjadi penurunan sintesis asam empedu dan peningkatan sintesis kolesterol dalam hati.

2. Batu pigmen

Terdiri atas garam kalsium dan salah satu dari anion (bilirubin, karbonat, fosfat, atau asam lemak rantai panjang). Batu-batu ini cenderung berukuran kecil, multipel, dan berwarna hitam kecoklatan, batu pigmen berwarna coklat berkaitan dengan infeksi empedu kronis (batu semacam ini lebih jarang di jumpai). Batu pigmen akan berbentuk bila pigmen tidak terkonjugasi dalam empedu dan terjadi proses presipitasi (pengendapan) sehingga terjadi batu. Resiko terbentuknya batu semacam ini semakin besar pada klien sirosis, hemolisis, dan infeksi percabangan bilier.

2.1.5 Patofisiologi

Pembentukan batu empedu dibagi menjadi tiga tahap: (1) pembentukan empedu yang supersaturasi, (2) nukleasi atau pembentukan inti batu, dan (3) berkembang karena bertambahnya pengendapan. Kelarutan kolesterol merupakan masalah yang terpenting dalam pembentukan semua batu, kecuali batu pigmen. Supersaturasi empedu dengan kolesterol terjadi bila perbandingan asam empedu dan fosfolipid (terutama lesitin) dengan kolesterol turun di bawah harga tertentu. Secara normal kolesterol tidak larut dalam media yang mengandung air. Empedu dipertahankan dalam bentuk cair oleh pembentukan koloid yang mempunyai inti sentral kolesterol, dikelilingi oleh mantel yang hidrofilik dari garam empedu dan lesitin. Jadi sekresi kolesterol yang berlebihan, atau kadar asam empedu rendah, atau terjadi sekresi lesitin, merupakan keadaan yang litogenik. Pembentukan batu dimulai hanya bila terdapat suatu nidus atau inti pengendapan kolesterol. Pada tingkat

supersaturasi kolesterol, kristal kolesterol keluar dari larutan membentuk suatu nidus, dan membentuk suatu pengendapan. Pada tingkat saturasi yang lebih rendah, mungkin bakteri, fragmen parasit, epitel sel yang lepas, atau partikel debris yang lain diperlukan untuk dipakai sebagai benih pengkristalan. Batu pigmen terdiri dari garam kalsium dan salah satu dari keempat anion ini : bilirubin, karbonat, fosfat dan asam lemak. Pigmen (bilirubin) pada kondisi normal akan terkonjugasi dalam empedu. Bilirubin terkonjugasi karena adanya enzim glukuronil tranferase bila bilirubin tak terkonjugasi diakibatkan karena kurang atau tidak adanya enzim glukuronil tranferase tersebut yang akan mengakibatkan presipitasi/pengendapan dari bilirubin tersebut. Ini disebabkan karena bilirubin tak terkonjugasi tidak larut dalam air tapi larut dalam lemak. sehingga lama kelamaan terjadi pengendapan bilirubin tak terkonjugasi yang bisa menyebabkan batu empedu tapi ini jarang terjadi (Yang et al., 2020).

2.1.6 Manifestasi Klinis *Cholelithiasis*

Secara umum, tanda dan gejala kolelitiasis dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Sebagian besar bersifat asimtomatik (tidak ada gejala apapun)
2. Nyeri tekan pada abdomen kuadran kanan atas atau midepigastrik samar yang menjalar ke punggung atau region bahu kanan
3. Sebagian penderita, rasa nyeri bukan bersifat kolik melainkan persisten
4. Mual, muntah serta demam
5. Ikterus Obstruksi pengaliran getah empedu kedalam duodenum akan menimbulkan gejala yang khas, yaitu : getah empedu yang tidak lagi dibawa kedalam duodenum akan diserap oleh darah dan penyerapan

empedu ini membuat kulit dan membrane mukosa berwarna kuning.

Keadaan ini sering disertai dengan gejala gatal – gatal pada kulit

6. Perubahan warna urine dan feses. Ekskresi pigmen empedu oleh ginjal akan membuat urine berwarna sangat gelap. Feses yang tidak lagi diwarnai oleh pigmen empedu akan tampak kelabu, dan biasanya pekat yang disebut “Clay-colored”.
7. Defisiensi vitamin Obstruksi aliran empedu juga akan mengganggu absorpsi vitamin A,D,E,K yang larut lemak. Karena itu pasien dapat memperlihatkan gejala.
8. Terjadi regurgitasi gas : sering flatulensi dan sendawa (Asuhan et al., 2019).

2.1.7 Komplikasi *Cholelithiasis*

Komplikasi yang umum dijumpai adalah kolesistitis, kolangitis, hidrops dan emfiema :

1. Kolangitis adalah peradangan pada saluran empedu yang terjadi karena adanya infeksi yang menyebar akibat obstruksi pada saluran empedu.
2. Hidrops merupakan obstruksi kronik dari kandung empedu yang biasa terjadi di duktus sistikus sehingga kandung empedu tidak dapat diisi lagi oleh empedu.
3. Emfiema adalah kandung empedu yang berisi nanah. Komplikasi pada pasien yang mengalami emfiema membutuhkan penanganan segera karena dapat mengancam jiwa.
4. Kolesistitis merupakan peradangan pada kandung empedu, dimana terdapat obstruksi atau sumbatan pada leher kandung empedu atau saluran kandung empedu, yang menyebabkan infeksi dan peradangan

pada kandung empedu (Di & Cendana, 2019).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang *Cholelithiasis*

Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada klien kolelitiasis menurut (Rsup et al., 2019) adalah:

1. Pemeriksaan sinar-X abdomen, dapat dilakukan jika terdapat kecurigaan akan penyakit kandung empedu dan untuk menyingkirkan penyebab gejala yang lain. Namun, hanya 15-20% batu empedu yang mengalami cukup klasifikasi untuk dapat tampak melalui pemeriksaan sinar-X.
2. Ultrasonografi, pemeriksaan USG telah menggantikan pemeriksaan kolesistografi oral karena dapat dilakukan secara cepat dan akurat, dan dapat dilakukan pada penderita disfungsi hati dan ikterus. Pemeriksaan USG dapat mendeteksi kalkuli dalam kandung empedu atau duktus koledokus yang mengalami dilatasi.
3. Pemeriksaan pencitraan radionuklida atau koleskintografi. Koleskintografi menggunakan preparat radioaktif yang disuntikkan secara intravena. Preparat ini kemudian diambil oleh hepatosit dan dengan cepat diekskresikan ke dalam sistem bilier. Selanjutnya dilakukan pemindaian saluran empedu untuk mendapatkan gambar kandung empedu dan percabangan bilier.
4. ERCP (*Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography*), pemeriksaan ini meliputi insersi endoskop serat-optik yang fleksibel ke dalam eksofagus hingga mencapai duodenum pars desendens. Sebuah kanul dimasukkan ke dalam duktus koledokus serta duktus pankreatikus, kemudian bahan kontras disuntikkan ke dalam duktus tersebut untuk memungkinkan visualisasi langsung struktur bilier dan memudahkan akses

ke dalam duktus koledokus bagian distal untuk mengambil empedu.

5. Kolangiografi Transhepatik Perkutan, pemeriksaan dengan cara menyuntikkan bahan kontras langsung ke dalam percabangan bilier. Karena konsentrasi bahan kontras yang disuntikkan itu relatif besar, maka semua komponen pada sistem bilier (duktus hepatikus, duktus koledokus, duktus sistikus dan kandung empedu) dapat dilihat garis bentuknya dengan jelas.
6. MRCP (*Magnetic Resonance Cholangiopancreatography*), merupakan teknik pencitraan dengan gema magnet tanpa menggunakan zat kontras, instrumen, dan radiasi ion. Pada MRCP saluran empedu akan terlihat sebagai struktur yang terang karena mempunyai intensitas sinyal tinggi, sedangkan batu saluran empedu akan terlihat sebagai intensitas sinyal rendah yang dikelilingi empedu dengan intensitas sinyal tinggi, sehingga metode ini cocok untuk mendiagnosis batu saluran empedu.

2.1.9 Penatalaksanaan Cholelithiasis

Menurut (Dewi, 2021) penatalaksanaan pada kolelitiasis meliputi :

1. Penangan Non Bedah

a. Disolusi Medis

Oral dissolution therapy adalah cara penghancuran batu dengan pemberian obat-obatan oral. Disolusi medis sebelumnya harus memenuhi kriteria terapi non operatif diantaranya batu kolestrol diameternya <20mm dan batu <4 batu, fungsi kandung empedu baik, dan duktus sistik paten.

b. ERCP (*Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography*)

Batu di dalam saluran empedu dikeluarkan dengan basket kawat atau

balon ekstraksi melalui muara yang sudah besar menuju lumen duodenum sehingga batu dapat keluar bersama tinja. Untuk batu besar, batu yang terjepit di saluran empedu atau batu yang terletak di atas saluran empedu yang sempit diperlukan prosedur endoskopik tambahan sesudah sfingerotomi seperti pemecahan batu dengan litotripsi mekanik dan litotripsi laser.

c. ESWL (*Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy*)

Litotripsi Gelombang Elektrosyok (ESWL) adalah pemecahan batu dengan gelombang suara.

2. Penanganan bedah

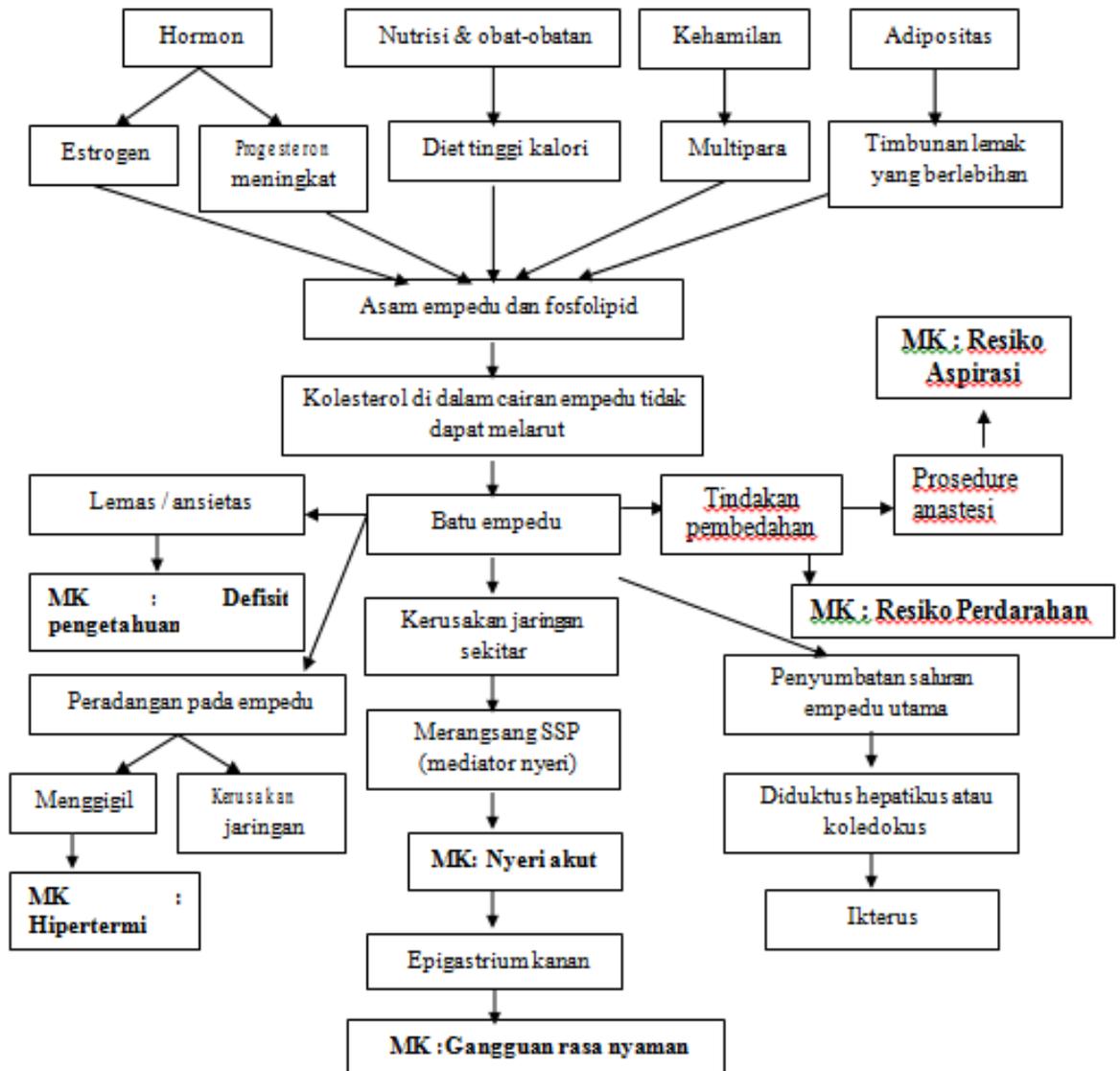
a. Kolesistektomi laparas

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

b. Kolesistektomi terbuka

Kolesistektomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara mengangkat kandung empedu dan salurannya dengan cara membuka dinding perut. Operasi ini merupakan standar terbaik untuk penanganan klien dengan kolelitiasis simtomatik.

2.1.10 Pathway Cholelithiasis



2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Pengkajian Primer

a. Airway

Kaji apakah jalan nafas paten, tidak ada lidah jatuh, tidak ada benda asing pada jalan napas, tidak ada oedema pada mulut, pasien tidak mutah. Umumnya pada pasien dengan cholelithiasis tidak terdapat sumbatan di jalan nafas.

b. *Breathing*

Kaji apakah pola napas pasien efektif, respirator, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pasien *cholelithiasis* dapat mengalami kolik bilier disertai nyeri hebat pada abdomen kanan atas yang menjalar ke punggung atau bahu kanan. Pada periode nyeri hebat ini pasien bisa saja mengalami dispneu.

c. *Circulation*

Pada pasien dengan *cholelithiasis* umumnya tidak mengalami gangguan pada sirkulasi.

d. *Disability*

Pada pasien dengan *cholelithiasis* umumnya mempunyai kesadaran penuh atau composmentis.

e. *Exposure*

Apakah kondisi lingkungan pasien aman, pasien berada di ruang operasi untuk dilakukan tindakan.

2. Pengkajian Sekunder

- a. Identitas pasien Meliputi: *Cholelithiasis* biasanya ditemukan pada usia 20 -50 tahun, jenis kelamin pada perempuan lebih besar empat kali daripada laki-laki. Hal ini dikarenakan oleh hormon estrogen berpengaruh terhadap peningkatan ekskresi kolesterol oleh kandung empedu (Siti Umi Nurjannah, 2021).
- b. Keluhan utama Merupakan keluhan yang paling utama yang dirasakan oleh klien saat pengkajian.
- c. Riwayat kesehatan
 - 1) Riwayat kesehatan sekarang Merupakan pengembangan diri dari keluhan

utama melalui metode PQRST, paliatif atau provokatif (P) yaitu focus utama keluhan klien, quality atau kualitas (Q) yaitu bagaimana nyeri dirasakan oleh klien, regional (R) yaitu nyeri menjalar kemana, Safety (S) yaitu posisi yang bagaimana yang dapat mengurangi nyeri atau klien merasa nyaman dan Time (T) yaitu sejak kapan klien merasakan nyeri tersebut.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Lebih terjadi pada pasien yang memiliki riwayat penyakit kolestrol.

3) Riwayat kesehatan keluarga (genogram)

Mengkaji ada atau tidaknya keluarga klien pernah menderita penyakit kolelitiasis. Penyakit kolelitiasis tidak menurun, karena penyakit ini menyerang sekelompok manusia yang memiliki pola makan dan gaya hidup yang tidak sehat. Tapi orang dengan riwayat keluarga kolelitiasis mempunyai resiko lebih besar dibanding dengan tanpa riwayat keluarga.

d. Pemeriksaan fisik

1) Pemeriksaan umum.

Pemeriksaan tingkat kesadaran, tanda–tanda vital yaitu tekanan darah, nadi, RR, dan suhu

2) Pemeriksaan Fisik Head To Toe

a) Kulit.

Warna kulit apakah normal, pucat atau sianosis, rash lesi, bintik–bintik, ada atau tidak. Jika ada seperti apa, warna, bentuknya ada cairan atau tidak, kelembaban dan turgor kulit baik atau tidak

b) Kepala.

Simetris Pada anak dengan glomelurus nefritis akut biasanya ubun-ubun

cekung, rambut kering

c) Wajah

d) Mata.

Pada anak dengan glomerulus nefritis akut biasanya nampak edema pada kelopak mata, konjungtiva anemis, pupil anisokor, dan sklera anemis

e) Telinga.

Bentuk, ukuran telinga, kesimetrisan telinga, warna, ada serumen atau tidak, ada tanda – tanda infeksi atau tidak, palpasi adanya nyeri tekan atau tidak

f) Hidung.

Bentuk, posisi, lubang, ada lendir atau tidak, lesi, sumbatan, perdarahan tanda-tanda infeksi, adakah pernapasan cuping hidung atau tidak dan nyeri tekan

g) Mulut

Warna mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi dan stomatitis. Langit– langit keras (palatum durum) dan lunak, tenggorokan, bentuk dan ukuran lidah, lesi, sekret, kesimetrisan bibir dan tanda–tanda sianosis

h) Dada.

Kesimetrisan dada, adakah retraksi dinding dada, adakah bunyi napas tambahan (seperti ronchi, wheezing, crackles), adakah bunyi jantung tambahan seperti (mur mur), takipnea, dispnea, peningkatan frekwensi, kedalaman (pernafasan kusmaul).

i) Abdomen.

Inspeksi perut tampak membesar, palpasi ginjal adanya nyeri tekan, palpasi hepar, adakah distensi, massa, dengarkan bunyi bising usus, palpasi seluruh kuadran abdomen. Biasanya pada Kolelitiasis terdapat nyeri pada perut bagian

kanan atas.

j) Genitalia dan rectum

- 1) Lubang anus ada atau tidak
- 2) Pada laki–laki inspeksi uretra dan testis apakah terjadi hipospadia atau epispadia, adanya edema skrotum atau terjadinya hernia serta kebersihan preputium.
- 3) Pada wanita inspeksi labia dan klitoris adanya edema atau massa, labia mayora menutupi labia minora, lubang vagina, adakah secret atau bercak darah.
- 4) Ekstremitas. Inspeksi pergerakan tangan dan kaki, kaji kekuatan otot, palpasi ada nyeri tekan, benjolan atau massa

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (SDKI, 2017) diagnose keperawatan pada Batu CBD :

1. Resiko Perdarahan berhubungan dengan post tindakan pembedahan (D.0012)
2. Nyeri Akut Berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) (D.0077)
3. Hipertermia Berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)
4. Resiko Aspirasi berhubungan dengan Prosedur anestesi (D.0006)
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ansietas (pre operasi) (D.00111)

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Penyusunan standart luaran keperawatan disesuaikan dengan (SLKI, 2017)
intervensi keperawatan disesuaikan dengan (SIKI, 2017)

Tabel 2.1 Intervensi dengan diagnosa medis *Cholelitis*

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI, 2016)	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (SLKI, 2018)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI, 2018)
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) (D.0077)	<p><i>Tingkat Nyeri</i></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Gelisah menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Diaforesis menurun 5. Kesulitan tidur membaik 6. Frekuensi nadi membaik 	<p><i>Manajemen Nyeri</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Indikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh pada kualitas hidup 7. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 8. Berikan tekni nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 9. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 10. Fasilitasi istirahat dan tidur 11. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 12. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 13. Jelaskan strategi meredakan nyeri 14. Anjurkan moitor nyeri secara mandiri 15. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk rasa nyeri 16. Kolaborasi, analgetik, jika perlu
2.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit	<p><i>Status Kenyamanan (SLKI hal 110)</i></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka status</p>	<p>Manajemen nyeri (SIKI hal 201)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri

		<p>kenyamanan meningkat</p> <p>Criteria hasil Gangguan Rasa Nyaman (SLKI hal 161)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesejahteraan fisik membaik 2. Perawatan sesuai kebutuha membaik 3. Keluhan tidak nyaman menurun 4. Gelisah menurun 5. Keluhan sulit tidur menurun 6. Pola eliminasi membaik 7. Pola hidup membaik 8. Pola tidur membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Indikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengaruh pada kualitas hidup 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. Fasilitasi istirahat dan tidur 7. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 8. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 9. Control lingkungan yang membuat memperberat rasa nyeri 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Jelaskan strategi eredakan nyeri 12. Anjarkan memonitor nyeri secara mandiri 13. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu
3.	Risiko Perdarahan berhubungan dengan Trauma	<p><i>Tingkat perdarahan (L. 02017) hal 147</i></p> <p>setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat perdarahan menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hb dan Ht dalam batas normal 2. Hematoma, hematemesis, hemoptysis menurun 3. TTV membaik 	<p><i>Pencegahan perdarahan (I. 02067) hal 283</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda gejala perdarahan 2. Monitor TTV Ortostatik 3. Batasi tindakan invasive, jika perlu 4. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan 5. Kolaborasi pemberian tranfusi darah

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Tahap ini di lakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal.

Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap penencanaan (Muttaqin, 2012).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan pasien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukukan (Muttaqin, 2012).

2.3 Konsep Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensoris yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya kerusakan jaringan (Mobalen et al., 2019). Sensasi nyeri yang dirasa tergantung pada persepsinya, dan persepsi setiap pasien terhadap nyeri berbeda-beda tergantung nilai ambang batas nyerinya. Sehingga respons terhadap nyeri juga berbeda-beda, ada yang berteriak, meringis dan lain-lain. Untuk mengatasi nyeri seseorang diperlukan penatalaksanaan manajemen nyeri dengan cara farmakologi dan non-farmakologi. Terapi non-farmakologi digunakan sebagai pendamping terapi farmakologi untuk mempersingkat episode nyeri yang hanya berlangsung beberapa detik atau menit

Manajemen nyeri mempunyai beberapa tindakan atau prosedur baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Prosedur secara farmakologis dilakukan dengan pemberian analgesik, yaitu untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri (Risnah et al., 2019). Sedangkan secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara relaksasi, teknik pernapasan, pergerakan atau perubahan posisi,

masase, akupressur, terapi panas atau dingin, hypnobirthing, musik, dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*).

Nyeri Ada beberapa tahap proses dalam nyeri: adanya reseptor yang menghantarkan persepsi nyeri yang berupa stimulasi, adanya pendeteksi stimulus, penguat, dan penghantar menuju saraf pusat. Terdapat empat proses dalam nyeri yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Transduksi merupakan proses perubahan stimulus nyeri menjadi aliran listrik yang melalui ujung saraf. Transmisi merupakan proses penerusan oleh nociceptor yang berada pada saraf perifer menuju korteks serebri yang melewati cornu dorsalis dan corda spinalis. Modulasi merupakan proses pengurangan atau peningkatan impuls nyeri oleh pengendali internal oleh sistem saraf pusat. Persepsi adalah hasil penerimaan susunan saraf pusat tentang impuls nyeri yang dihantarkan oleh saraf dan berakhir pada susunan saraf pusat (Hermanto et al., 2020). Seseorang merasa nyeri maka akan berpengaruh terhadap nafsu makan, aktivitas sehari-hari, hubungan dengan orang lain serta status emosional. Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektivitas seseorang salah satunya adalah kerusakan jaringan yang berkaitan dengan tanda peringatan (Nurjannah & Sani, 2020).

2.4 Konsep Pre Operasi

2.4.1 Pengertian

Operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh Sementara itu Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia mendefinisikan tindakan operasi sebagai prosedur medis yang bersifat invasif untuk diagnosis, pengobatan penyakit, trauma, dan deformitas (Taufan, 2017). Pre operasi adalah tahap yang dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan

diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Keperawatan pre operatif merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Tahap ini merupakan awalan yang menjadi kesuksesan tahap-tahap berikutnya. Kesalahan yang dilakukan pada tahap ini, akan berakibat fatal pada tahap berikutnya (Ariyani, 2020). Pengkajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi. Persiapan sebelum operasi sangat penting dilakukan untuk mendukung kesuksesan tindakan operasi. Persiapan operasi yang dapat dilakukan diantaranya persiapan fisiologis merupakan persiapan yang dilakukan mulai dari persiapan fisik, persiapan penunjang, pemeriksaan status anastesi sampai informed consent. Selain persiapan fisiologis, persiapan psikologis atau persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisik pasien (IBRAHIM INDARSYAH, 2021).

2.4.2 Klasifikasi

Tindakan operasi berdasarkan urgensinya dan luas atau tingkat risikonya. Berdasarkan urgensinya tindakan operasi dibagi menjadi kedaruratan, urgen, diperlukan, elektif, dan pilihan. Sedangkan berdasarkan luas atau tingkat risikonya, tindakan operasi dikelompokkan menjadi operasi mayor dan operasi minor (Ariyani, 2020).

2.4.3 Penyebab

Tindakan operasi merupakan ancaman potensial maupun aktual terhadap integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun

psikologis. Beberapa alasan yang dapat menyebabkan kecemasan pasien dalam menghadapi tindakan operasi antara lain (Ariyani, 2020):

1. Takut nyeri setelah pembedahan
2. Takut terjadi perubahan fisik, menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi (body image)
3. Takut keganasan, bila diagnosa yang ditegakkan belum pasti
4. Takut mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama
5. Takut menghadapi ruang operasi, peralatan dan petugas
6. Takut mati saat dibius dan tidak sadar lagi
7. Takut operasi yang dijalani mengalami kegagalan Selain ketakutan-ketakutan di atas, pasien sering mengalami kekhawatiran lain seperti masalah finansial, tanggung jawab terhadap keluarga, pekerjaan, atau ketakutan akan prognosa yang buruk, atau kemungkinan kecacatan dimasa yang akan datang.

2.4.4 Dampak Kecemasan Pre Operasi

Kecemasan yang mungkin dialami pasien pre operasi dapat dideteksi dengan adanya perubahan-perubahan fisik seperti: meningkatnya tekanan darah, frekuensi nadi dan pernapasan, gerakangerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan yang lembab, gelisah, menanyakan pertanyaan yang sama berulang kali, sulit tidur, sering berkemih (Sari, 2019). Kecemasan pre operasi adalah emosi yang tidak menyenangkan dan dapat menyebabkan pasien menghindari operasi yang direncanakan. Kecemasan juga dapat berpengaruh buruk terhadap induksi anestesi dan pemulihan pasien, serta penurunan kepuasan pasien terhadap pengalaman perioperatif (Bugis, 2020). Menyebutkan kecemasan pada pasien

pre operasi dapat menyebabkan tindakan operasi tertunda, lamanya pemulihan, peningkatan nyeri pasca operasi sehingga meningkatkan penggunaan analgesik, mengurangi kekebalan terhadap infeksi, dan bertambahnya waktu untuk rawat inap.

2.4.5 Penanganan

penurunan rasa cemas dan takut merupakan hal yang sangat penting selama masa pre operatif karena stress emosional ditambah dengan stress fisik meningkatkan resiko pembedahan (HIPKABI, 2014). Issacs (2005), penatalaksanaan untuk menangani kecemasan secara umum meliputi:

1. Penatalaksanaan Farmakologi

Pengobatan untuk anti kecemasan terutama benzodiazepine, obat ini digunakan untuk jangka pendek, dan tidak dianjurkan untuk jangka panjang karena pengobatan ini menyebabkan toleransi dan ketergantungan. Obat anti kecemasan nonbenzodiazepine, seperti buspiron (Buspar) dan berbagai antidepresan juga dapat digunakan (Cholifah & Purwanti, 2019). Menjelaskan penderita yang hendak masuk ke kamar operasi harus terbebas dari rasa cemas dan beberapa tujuan khusus telah tercapai dengan pemberian obat-obatan premedikasi. Salah satu tujuan premedikasi adalah untuk meredakan kecemasan dan ketakutan. Midazolam merupakan golongan obat benzodiazepin yang biasa digunakan untuk premedikasi.

2. Penatalaksanaan non farmakologi

- a. Distraksi Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang dialami. Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorfin yang bisa menghambat stimulus cemas

yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli cemas yang ditransmisikan ke otak, mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang (Lusyana et al., 2020).

- b. Relaksasi Terapi relaksasi yang dilakukan dapat berupa relaksasi napas dalam, meditasi, relaksasi imajinasi dan visualisasi serta relaksasi progresif. Relaksasi merupakan pengaktifan dari saraf parasimpatis yang menstimulasi turunnya semua fungsi yang dinaikkan oleh sistem saraf simpatis, dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh saraf simpatis. Masing-masing saraf parasimpatis dan simpatis saling berpengaruh maka dengan bertambahnya salah satu aktivitas sistem yang satu akan menghambat atau menekan fungsi yang lain (Nisa et al., 2019).

Kecemasan sering terjadi pada pasien yang akan menjalani tindakan operasi. Kecemasan pada pasien pre operasi apabila tidak segera diatasi maka dapat mengganggu proses penyembuhan. Perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam upaya penyembuhan pasien. Termasuk salah satunya dalam perawatan pasien saat pre operasi. Perawatan pre operasi yang efektif dapat mengurangi resiko post operasi. Perawat berupaya menurunkan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi dengan melaksanakan perannya sebagai pemberi informasi (edukator).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan kegawatdaruratan pada Tn. A dengan *Cholelithiasis*, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 11 Oktober 2021 data diperoleh dari anamnesa dengan keluarga pasien dan data dokumenter dari file No. Register 20-xx-xx. Data yang didapat sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien bernama Tn. A berjenis kelamin Laki-laki berusia 34 tahun dan beragama beragama islam. Pasien tinggal di daerah Gresik. Pasien datang ke Poli Disgeftive tanggal 10 Oktober 2021 pukul 08.00 WIB dengan diagnosis medis *Cholelithiasis* Pasien adalah seorang kepala keluarga dan pekerja swasta.

3.1.2 Pre Operasi

Pasien di rujuk ke Poli Disgeftive Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dengan hasil USG terdapat batu pada *choethiasis* 2 buah berukuran 1,5 x 1,8 cm di Rumah Sakit Nur Medika. Pasien mengeluh nyeri bagian perut atas dan mengatakan sulit untuk tidur dan merasa tidak nyaman.

3.1.3 Riwayat Keperawatan

1. Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri perut atas daan merasa tidak nyaman.

2. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang ke Rumah Sakit Nur Medika dengan keluhan nyeri dibagian perut atas dan mengatakan sulit tidur dan dokter menyarankan untuk melakukan USG pada abdomen untuk mengetahui apakah ada penyakit yang diderita berdasarkan dari gejala pasien. USG dilakukan pada tanggal 1 Oktober 2021 didapatkan hasil batu (+) 2 buah ukuran 1,5 cm x 1,8 cm Dokter menganjurkan untuk di rujuk ke poli Disgevtive Rumkital dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 10 Oktober 2021 Dokter menyarankan dilakukan pembedahan. Pada tanggal 11 Oktober 2021 pasien MRS di ruang C1 RSPAL dr. Ramelan. Pasien mengatakan cemas karena akan dilakukan pembedahan batu empedu.

3. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit apapun.

4. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan keluarga tidak memiliki penyakit yang sama dan tidak ada riwayat hipertensi, dan tidak mempunyai diabetes.

5. Riwayat alergi

Pasien tidak memiliki alergi pada obat ataupun makanan.

6. Keadaan umum

Keadaan umum lemah, TD: 120/80 mmHg, RR 20 x/menit, suhu 36.5 °C frekuensi nadi 80 x/menit, SpO₂ 99%

7. Status kesadaran

Status kesadaran pasien Composmentis dengan GCS E=4 V=5 M=6

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. Nyeri

Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, tampak meringis, dan bersikap protektif pada daerah yang sakit.

P: batu pada cholelithiasis

Q: ditusuk tusuk

R:Perut atas

S:5(1-10)

T: Hilang timbul

2. Genogram

Dari hasil pengkajian pasien merupakan anak pertama dari dua bersaudara di keluarganya dan pasien merupakan suami dari keluarganya serta ayah dari anak laki lakinya.

3. B1 (*Breath*)

Bentuk dada pasien normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas, tidak terpasang alat bantu pernafasan, RR : 20 x/ menit, irama nafas regular, suara nafas vesikuler, tidak ada tarikan dinding dada, tidak ada ronkhi (-/-), wheezing (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi, SpO₂ 99%.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

4. B2 (*BLOOD*)

Saat pengkajian tanda tanda vital klien ditemukan TD: 120/80 mmHg, HR: 80 x/menit, RR: 20x/mnt, suara jantung S1S2 tunggal, irama jantung klien regular dengan akral teraba hangat kering merah, membrane mukosa tampak

merah, dengan CRT < 2 detik, turgor kulit klien terlihat baik, tidak terdapat edema.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

5. B3 (*BRAIN*)

Saat pengakajian kesadaran pasien composmentis dengan GCS E4V5M6.

Pada kondisi pasien pemeriksaan status neurologis nervus kranialis, yaitu :

- a. Nervus cranial I pasien mampu membedakan antara bau makanan dan obat
- b. Nervus cranial II pasien dapat melihat lapang pandang secara normal
- c. Nervus cranial III pasien mampu membuka kelopak mata
- d. Nervus cranial IV pasien mampu menggerakkan bola mata
- e. Nervus cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik
- f. Nervus cranial VI pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah lateral
- g. Nervus cranial VII otot wajah pasien simetris tidak ada masalah
- h. Nervus cranial VIII pasien dapat mendengar dengan baik
- i. Nervus cranial IX pasien tidak ada kesulitan menelan
- j. Nervus cranial X pasien dapat menelan
- k. Nervus cranial XI pasien dapat menahan bahu
- l. Nervus cranial XII pasien dapat menjulurkan lidah

Pupil isokor 3 mm/3 mm, refleks cahaya +/+, reflek patologis : reflek babinski -/-, reflek chaddock -/-, reflek Gordon -/-, reflek fisiologis : patella +/+.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. B4 (BLADDER)

Pemeriksaan perkemihan pasien dapat berkemih secara mandiri dan dibantu oleh keluarga. Saat palpasi tidak teraba adanya distensi kandung kemih dan tidak ada nyeri tekan. minum dengan frekuensi 9x/24jam dengan jenis air mineral dan jumlah ± 1500 cc. Saat di rumah sakit frekuensi minum 7x/24jam dengan jenis minum air mineral ± 1000 cc. Pasien BAK 4x/hari dengan jumlah ± 900 cc/24jam dengan warna kuning jernih.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

7. B5 (BOWEL)

Saat inspeksi didapatkan mukosa bibir kering, mulut bersih, tidak ada perdarahan pada mulut dan gusi, Bentuk abdomen pasien datar dan tidak ada pembesaran abdomen atau asites, tidak ada perdarahan pada kulit tidak ada benjolan di umbilicus tidak ada hepatomegaly atau splinimegali. Saat auskultasi didapatkan bising usus 12x/menit tidak terdengar murmur arteri renalis dan saat diperkusi terdengar suara pekak. Saat palpasi adanya nyeri tekan di abdomen (*Carnetts's sign*) atas hasil pemeriksaan USG terdapat batu (+) 2 buah ukuran 1,5 cm x 1,8 cm.

Masalah Keperawatan: Nyeri Akut

8. B6 (BONE)

Pemeriksaan muskuluskeletal didapatkan tidak ada gangguan pada kekuatan otot ekstermitas atas dan ekstermitas bawah. Pada pemeriksaan kulit tidak terdapat luka combustion, dan juga luka decubitus. Pada saat inspeksi, kulit tampak tidak pucat, tidak terlihat adanya benjolan dan lesi pada area kulit.

Saat dilakukan palpasi didapatkan turgor kulit menurun, tidak ada edema. pasien mampu menggerakkan persendiannya, tidak ada nyeri sendi dan nyeri tulang, tidak terdapat fraktur, tidak ditemukan adanya dislokasi dan alat bantu seperti traksi atau gips, skala kekuatan otot ekstremitas: skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

9. Endokrin

Pemeriksaan sistem endokrin didapatkan keadaan tiroid tidak teraba pembesaran kelenjar thyroid, pasien mengatakan memiliki diabetes mellitus dan saat ini merasa lemas. Pasien mengatakan tidak terjadi penurunan berat badan. Pasien mengatakan tidak memiliki penyakit diabetes mellitus.

10. Reproduksi/ Genitalia

Pemeriksaan sistem reproduksi atau genitalia didapatkan pasien berstatus sudah menikah dan berjenis kelamin laki- laki, tidak ada kelainan pada genitalia.

3.1.5 Pola Kesehatan

8. Pola Persepsi

Kesehatan Pasien mengatakan merokok tetapi tidak sering dan tidak meminum minuman beralkohol.

9. Pola Nutrisi Metabolik

- a. Pola makan Sebelum masuk rumah sakit pola makan pasien 3x sehari dengan habis 1 porsi dan tidak mual serta tidak muntah, nafsu makan

pasien baik dan tidak memiliki alergi makanan. Saat dirumah sakit pasien nafsu makan MRS menurun dengan porsi sedikit tapi sering.

- b. Pola minum Pasien di rumah minum dengan frekuensi 9x/24jam dengan jenis air mineral dan jumlah ± 1500 cc. Saat di rumah sakit frekuensi minum 7x/24jam dengan jenis minum air mineral ± 1000 cc.

10. Pola Eliminasi

- a. Buang air besar Saat dirumah pasien setiap 1-2 hari sekali BAB dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan, selama dirumah sakit pasien BAB masih 1x dalam 3 hari.
- b. Buang air kecil Selama dirumah pasien BAK 7x/hari dengan warna kuning jernih. Selama dirumah sakit pagi ini pasien BAK 4x/hari dengan jumlah ± 900 cc/24jam dengan warna kuning jernih.

11. Pola Aktifitas dan Latihan

- a. Kemampuan perawatan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, setelah masuk rumah sakit aktivitas klien dibantu oleh keluarga, contoh mandi dengan diseka, berpakaian.

- b. Kebersihan diri

Pasien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit mandi 2x sehari dengan sabun mandi, saat di RS pasien mengatakan hanya diseka tiap pagi dengan bantuan keluarga. Pasien mengatakan mencuci rambut 2x seminggu dengan shampo. Saat masuk Rumah Sakit, pasien belum mencuci rambut. Pasien mengganti pakaian 1 kali sehari, menggosok gigi 2x saat pagi dan sore hari

dan saat di RS pasien belum menggosok gigi, pada saat di RS pasien belum memotong kuku.

c. Aktifitas sehari-hari

Aktifitas sehari-hari pasien yakni bekerja dan membantu istrinya untuk merawat anaknya.

d. Rekreasi

Pasien selama memiliki waktu luang untuk mengusir rasa bosan biasanya menonton tv dan bercengkrama dengan keluarganya.

e. Olahraga Pasien olahraga jalan kaki pada saat hari minggu.

12. Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan tidur siang SMRS \pm 1 jam (14.00-15.00 WIB), MRS : pasien mengatakan tidak pernah tidur siang selama masuk RS. Jumlah tidur malam SMRS. : \pm 7 jam (22.00-05.00 WIB), MRS : \pm 8 jam (21.00-05.00 WIB). Pasien mengatakan sejak masuk rumah sakit tidak ada gangguan.

13. Pola kognitif perseptual

Pasien merasakan sakit perut namun pasien menganggapnya hanya sakit perut biasa. Bahasa yang digunakan sehari – hari oleh pasien yaitu bahasa Jawa dan Indonesia. Pasien mengatakan nyeri pada perutnya dengan nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala 7 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul, pasien mengatakan cemas karena akan menjalani operasi pengangkatan batu empedu, fungsi penglihatan pasien normal, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu melihat jam yang ada di dinding, fungsi pendengaran pasien normal serta pasien mampu merespon dan menjawab

setiap pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

14. Pola persepsi diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan tidak ada kekurangan pada dirinya karena semua merupakan pemberian dari tuhan.

b. Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dia seorang Llaki-laki berusia 34 tahun, berasal dari suku Jawa/ Indonesia, bahasa yang digunakan sehari – hari adalah Bahasa Indonesia dan Jawa serta seorang ayah dan kepala keluarga untuk keluarganya.

c. Peran diri

Pasien mengatakan bahwa dia adalah seorang ayah dan suami yang memiliki 1 orang anak laki-laki, dan bekerja untuk menafkahi keluarganya.

d. Ideal diri

Pasien berharap agar cepat sembuh dan diberi kesehatan serta dapat kembali bekerja kembali.

e. Harga diri

Pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas serta keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien.

f. Pola peran dan hubungan

Keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien, selama dirawat di rumah sakit pasien selalu ditemani dan ditunggu oleh keluarganya. Pasien tampak dekat dengan anaknya.

g. Pola seksualitas dan reproduksi

Pasien seorang laki-laki dan tidak ada masalah pada area genitalia, genitalia bersih, tidak ada lesi, dan tidak ada edema, pasien memiliki 1 orang anak.

3.1.6 Data Penunjang

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pada Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelithiasis*

Hasil		Nilai Normal
Leukosit	5,18	2,00-10,00
Eosinofi%	2,20	0,5-5,0
Basofil%	1,1	0,0- 1,0
Neutrofil%	69,20	50,0-70,0
Limfosit	20,00	20,0-40,0
Monosit%	8,30	3,0-12,0
Hemoglobin	16,30	13-17
Hematokrit	45,80	40,0-54,0
Erltrosit	3.96	3.50-5.00
MCV	85,8	80-100
MCH	30,5	26-34
MCHC	35,5	32-36
Trombosit	353.000	150-450
MPV	10,1	6,5-12,
PDW	16,1	15-17
PCT	0,224	1,08- 2,82
SGOT	16	0-35
SGPT	15	0-37
HEMOSTASIS		
Pasien PT	21,7	11-15
Pasien APTT	42,1	26,0-40.0
HIV	Non Reaktif	
HBSAG	Negatif	

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan USG Pada Tn. a dengan diagnosa medis *Cholelithiasis*

<p>USG</p> <p>Sistim bilier : tampak dilatasi sistem bilier. Tak tampak pelebaran IHBD kanan kiri dan EHBD</p> <p>Hepar : ukuran normal, parenkim homoge sudut tajam, nodul (-), tak tampak pelebaran IHBD kanan kiri dan EHBD</p> <p>Gall bladder: ukuran normal, dinding tak menebal, batu (+) 2 uah ukuran 1,5 cm x 1,8 cm</p> <p>Pancreas : ukuran normal, parenkhim homogen , tak tampak nodul solid/ kristik, tak nampak pelebaran</p> <p>Spleen : ukuran normal capsula baik, permukaan rat, nodul (-)</p> <p>Ginjal kanan : ukuran normal, hydronefrosis(-), batu (-), kista (-)</p> <p>Ginjal kiri : ukuran normal, hydronefrosis (-), batu (-), kista (-)</p> <p>ANTIGEN SARS COV 2 Negatif</p>

3.1.7 Lembar Pemberian Terapi Medis

Tabel 3.3 Pemberian Terapi Medis Pada Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelithiasis*

Tanggal	Terapi	Dosis	Rute	Indikasi
11-10-2021	RL	1000cc/24 jam (IV)	IV	Mengembalikan keseimbangan elektrolit
11-10-2021	Dulcolac Sup	1X	Sup	Untuk membersihkan Usus

Pasien melakukan operasi Kolesistektomi laparas pada tanggal 12 Oktober 2021

3.1.8 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian pasien maka data focus atau analisa data sebagai berikut :

3.1.9 Analisa Data

Tabel 3.4 Hasil Analisa Data Pre Operasi Pada Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis*

Pre Operasi

No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1.	DS: pasien mengatakan nyeri bagian atas perut P: batu pada cholelitis Q: ditusuk tusuk R:Perut atas S: 5(1-10) T: Hilang timbul DO: - pasien tampak menahan sakit - Pasien tampak protektif terhadap lokasi nyeri - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah - Hasil USG terdapat batu (+) 2 buah ukuran 1,5 cm x 1,8 cm	Batu Empedu	Nyeri Akut (D.007) Hal 172
2.	DS: Pasien mengatakan agak susah tidur karena akan melakukan operasi dan takut melakukan operasi DO: -pasien terlihat cemas -Pasien sulit tidur	Kekhawatiran mengalami kegagalan	Ansietas (D.0080) Hal 180

3.1.10 Prioritas Masalah

Pre Operasi

Tabel 3.5 Prioritas Masalah Pre Operasi Pada Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelitis*

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		ditemukan	teratasi	
1	Nyeri akut berhubungan dengan batu empedu	11-10-2021	Teratasi sebagian	P
2	Ansietas berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan	11-10-2021	Teratasi sebagian	P

3.1.11 Intervensi Keperawatan

Pre Operasi

Tabel 3.6 Intervensi Pre Operasi Pada Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelithiasis*

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan batu empedu	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x24 jam Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil 1. Nyeri pasien menurun 2. Pasien meringis menurun 3. Pasien gelisan mnurn 4. Pasien protektif perut menurun	(SIKI Hal 485) Manajemen nyeri (SIKI Hal 201) 3. Monitor penurunan nyeri 4. Berikan teknik relaksasi genggam jari 5. Berikan fasilitas istirahat dan tidur 6. Jelaskan patofisiologi nyeri
2.	Ansietas berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam ansietas menurun Kriteria hasil (SLKI Hal 154) Luaran utama : Tingkat ansietas (SLKI Hal 132) 1. Pasien mengatakan tidak menurun 2. Gelisah menurun 3. TTV dalam batas normal	(Terapi relaksasi (SIKI Hal 437) 1. Monitor kecemasan pasien menurun 2. Monitor penurunan ketegangan 3. Lakukan terapi relaksasi nafas dalam atau terapi relaksasi genggam jari 4. Jelaskan prosedur operasi 5. Siapkan persiapan operasi 6. Siapkan pasien operasi

3.1.12 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.7 Hasil Implementasi dan Evaluasi Pada Tn. A dengan diagnosa medis Cholelitisias

No Dx	Hari /Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari /Tgl Jam	No Dx	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan	Paraf
1,2	11-10-2021 08.00	Pre Operasi Dinas Pagi 1. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	P	11-10-2021	1	Pre Operasi Dinas Pagi Diagnosa 1 S: pasien mengatakan nyeri bagian atas perut O: pasien tampak terlihat cemas	P
1,2	09.20	2. Monitor tanda-tanda vital TTV: 120/80 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,5 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit.	P	13.00		Pasien tampak terlihat gelisah Pasien tampak menahan sakit Pasien tampak protektif di daerah nyeri Hasil USG terdapat batu (+) 2 buah ukuran 1,5 cm x 1,8 cm TTV: 120/80 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,5 C, SPO2: 99x/menit, RR: 20 X/menit.	
1	10.00	3. Mengakaji tingkat nyeri P: batu pada cholelitisias Q: ditusuk tusuk R: Perut atas S: 5(1-10) T: Hilang timbul	P			P: batu pada cholelitisias Q: ditusuk tusuk R: Perut atas S: 5(1-10) T: Hilang timbul	
1	10.20	4. Memberikan posisi yang nyaman	P				
1,2	11.00	5. Mengajarkan teknik relaksasi agar perasaan tenang menggunakan relaksasi tarik nafas dalam	P				
2	12.00	6. Memberi informasi mengenai terapi yang akan di berikan atau penjelasan tentang tindakan pembedahan	P				
1,2	13.00	7. Mengajarkan memberikan makanan dan minuman yang cukup	P			A: Masalah belum teratasi P: Intervensi lanjutkan dan tetap dalam pantauan	
1,2		8. Mengajarkan istirahat yang cukup	P				
1,2		9. Dilanjutkan oleh timbang trima jaga sore	P	13.00	2.	Diagnosa 2 S: pasien mengatakan cemas karena akan menjalankan operasi besok pagi O: pasien terlihat cemas Pasien tampak gelisah Muka tampak pucat	P

					TTV: 120/80 mmHg, nadi 80 x/menit,suhu 36,5 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit. A: Masalah teratasi P: Intervensi dilanjutkan dan tetap dalam pemantauan	
1,2	11-10- 2021	Pre Operasi Dinas Sore		11- 10- 2022	Pre Operasi Dinas sore	
1,2	14.40	1. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	₱	1	Diagnosa 1 S: pasien mengatakan nyeri bagian atas perut O: pasien tampak terlihat	₱
1,2	15.00	2. Monitor tanda-tanda vital TTV: 115/75 mmHg, nadi 98 x/menit,suhu 36,5 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit.	₱	22.00	cemas Pasien tampak terlihat gelisah Pasien tanpa menahan sakit Pasien tampak protektif didaerah nyeri Hasil USG terdapat batu (+) 2 buah ukuran 1,5 cm x 1,8 cm	
1	16.00	3. Mengakaji tingkat nyeri P: batu pada cholelitis Q: ditusuk tusuk R:Perut atas S: 5(1-10) T: Hilang timbul			TTV: 115/75 mmHg, nadi 98 x/menit,suhu 36,5 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit. P: batu pada cholelitis Q: ditusuk tusuk R:Perut atas S: 5(1-10) T: Hilang timbul	
1,2	17.00	4. Memberikan posisi yang nyaman	₱		A: Masalah belum teratasi P: Intervensi lanjutkan dan tetap dalam pantauan	
1,2	17.30	5. Mengajarkan teknik relaksasi agar perasaan tenang menggunakan relaksasi tarik nafas dalam	₱		Diagnosa 2 S: pasien mengatakan cemas karena akan menjalankan operasi besok pagi O: pasien terlihat cemas Pasien tampak gelisah Muka tampak pucat	₱
1,2	19.00	6. Memberikan makan dan minuman yang cukup	₱			
1,2	19.20	7. Memberi informasi mengenai terapi yang akan di berikan atau penjelasan tentang tindakan pembedahan	₱			
1,2	21.00	8. Menganjurkan istirahat yang cukup	₱			
1,2	22.00	9. Dilanjutkan oleh timbang trima jaga malam	₱	22.00 2		

						TTV: 115/80 mmHg, nadi 98 x/menit,suhu 36,5 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit. A: Masalah teratasi P: Intervensi dilanjutkan dan tetap dalam pemantauan	
1,2	11-10- 2021	Pre Operasi Dinas malem 1. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	₹	11- 10- 2022	1	Pre Operasi Dinas malam Diagnosa 1 S: pasien mengatakan nyeri bagian atas perut O: pasien tampak terlihat cemas Pasien tampak terlihat gelisah Pasien tampa menahan sakit Pasien tampak protektif didaerah nyeri Hasil USG terdapat batu (+) 2 buah ukuran 1,5 cm x 1,8 cm TTV: 115/75 mmHg, nadi 98 x/menit,suhu 36,5 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit. P: batu pada cholelitiasis Q: ditusuk tusuk R:Perut atas S: 5(1-10) T: Hilang timbul A: Masalah belum teratasi P: Intervensi lanjutan dan tetap dalam pantauan	₹
1,2	20.00		₹				
1,2	21.00	2. Monitor tanda-tanda vital TTV: 125/75 mmHg, nadi 98 x/menit,suhu 36,5 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit.	₹	06.00			
1,2	03.00	3. Mengakaji tingkat nyeri P: batu pada cholelitiasis Q: ditusuk tusuk R:Perut atas S: 5(1-10) T: Hilang timbul	₹				
1,2	05.00		₹				
1,2	06.30	4. Memberikan posisi yang nyaman	₹				
1,2	06.40	5. Memberi informasi mengenai terapi yang akan di berikan atau penjelasan tentang tindakan pembedahan	₹				
1,2	06.50		₹				
1,2	07.00		₹				
1,2	07.10	6. Mengajarkan teknik relaksasi agar perasaan tenang menggunakan relaksasi tarik nafas dalam	₹	06.00			
1,2	07.20	7. Menginformasikan kepada pasien agar puasa sebelum melakukan operasi	₹				
		8. Memberikan obat dulcolac sup					
		9. Menganjurkan istirahat yang cukup					
		10. Memberikan obat dulcolac sup			2	Diagnosa 2 S: pasien mengatakan cemas karena akan menjalankan operasi besok pagi O: pasien terlihat cemas	₹
		11. Dilanjutkan oleh timbang trima jaga pagi					

						Pasien tampak gelisah Muka tampak pucat TTV: 115/80 mmHg, nadi 98 x/menit, suhu 36,5 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit. A: Masalah teratasi P: Intervensi dilanjutkan dan tetap dalam pemantauan	
--	--	--	--	--	--	--	--

No Dx	Hari /Tgl /Jam	Implementasi	Paraf	Hari /Tgl /Jam	No Dx	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan	Paraf
1,2	12-10-2021 08.00	Pre Operasi Dinas Pagi 1. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	☒	12-10-2021	1	Pre Operasi Dinas Pagi Diagnosa 1 S: pasien mengatakan nyeri bagian atas perut O: pasien tampak terlihat cemas	☒
1,2	09.20	2. Monitor tanda-tanda vital TTV: 130/80 mmHg, nadi 110 x/menit, suhu 36,5 C, SPO2: 99%, RR: 22 X/menit.	☒	13.00		Pasien tampak terlihat gelisah	
1	10.00	3. Mengakaji tingkat nyeri P: batu pada cholelitiasis Q: ditusuk tusuk R: Perut atas S: 5(1-10) T: Hilang timbul	☒			Pasien tampak menahan sakit	
1,2	11.00	4. Memberikan posisi yang nyaman	☒			Pasien tampak protektif di daerah nyeri	
1,2	12.00	5. Mengajarkan teknik relaksasi agar perasaan tenang menggunakan relaksasi tarik nafas dalam	☒			Hasil USG terdapat batu (+) 2 buah ukuran 1,5 cm x 1,8 cm	
1,2	13.00	6. Mengantarkan pasien untuk ke ruang operasi	☒	13.00		TTV: 130/80 mmHg, nadi 110 x/menit, suhu 36,5 C, SPO2: 99%, RR: 22 X/menit. P: batu pada cholelitiasis Q: ditusuk tusuk R: Perut atas S: 5(1-10) T: Hilang timbul	
						A: Masalah belum teratasi P: Intervensi lanjutkan dan tetap dalam pantauan	

					2	Diagnosa 2 S: pasien mengatakan cemas karena akan menjalankan operasi besok pagi O: pasien terlihat cemas Pasien tampak gelisah Muka tampak pucat TTV: 130/80 mmHg, nadi 110 x/menit, suhu 36,5 C, SPO2: 99%, RR: 22 X/menit. A: Masalah teratasi P: Intervensi dilanjutkan dan tetap dalam pemantauan	P
--	--	--	--	--	---	--	---

ANALISA DATA POST OPERASI

Tabel 3.8 Analisa Data Post Operasi Pada Tn. A dengan diagnosa medis
Cholelithiasis

No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1.	DS: pasien mengatakn nyeri bagian atas perut P: Luka Bekas operasi Q: ditusuk tusuk R:Perut atas S: 5(1-10) T: Hilang timbul Pasien sulit tidur DO: - pasien tampak menahan sakit - Pasien tampak protektif terhadap lokasi nyeri - Pasien tampak meringis - Pasien sulit tidur - Terdapat luka operasi	Luka bekas operasi	Nyeri Akut (D.007) Hal 172
2	DS: pasien mengeluh tidak nyaman karena luka post operasi DO: pasien terlihat gelisah Pasien tampak merintih TTV: 110/80 mmHg, nadi 98 x/menit,suhu 37,0 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit.	Gejala Penyakit	Gangguan rasa nyaman

Intervensi Keperawatan Post Operasi

Post Operasi

Tabel 3.9 Intervensi Post Operasi Pada Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelittiasis*

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pasca operasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x24 jam Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil 1. Keluhan nyeri menurun (0-10) 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. TTV dalam batas normal	<i>(SIKI Hal 485) Manajemen nyeri (SIKI Hal 201)</i> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara relaksi nafas dalam atau relaksasi genggam jari 4. Fasilitasi istirahat dan tidur 5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 6. berikan farmakologi katarolac 3 x 30mg, cinam 2 x 1mg
2.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kesejahteraan fisik membaik 2. Perawatan sesuai kebutuhannya membaik 3. Keluhan tidak nyaman menurun 4. Gelisah menurun 5. Keluhan sulit tidur menurun 6. Pola eliminasi membaik 7. Pola tidur membaik	<i>Manajemen nyeri (SIKI hal 201)</i> 1. Monitor peningkatan kenyamanan 2. Fasilitasi tidur dan istirahat 3. Berikan makanan tinggi protein 4. Lakukan relaksasi sewaktu dengan teknik relaksasi nafas dalam atau terapi relaksasi genggam jari 5. Control lingkungan yang membuat memperberat rasa nyeri

1,2	12-10-2021	Post Operasi Dinas Sore	P	12-10-2022	Post Operasi Diagnosa 1	P
1,2	14.40	1. Menjemput pasien di ruang operasi		22.00	1 S: pasien mengatakan nyeri didaerah perut setelah diopeerasi	
1,2	15.00	2. Melakukan timbang terima perawat RR	P		O : pasien terlihat gelisah	
1,2	15.30	3. Menganjurkan pasien untuk istirahat	P		Pasien tampak meringis	
1,2	15.40	4. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	P		Pasien tampak protektif didaerah post operasi	
1,2	17.00	5. Monitor tanda-tanda vital TTV: 115/0 mmHg, nadi 88 x/menit,suhu 37.0 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit.	P		Pasien tampak menahan sakit	
1,2	17.30	6. Mengakaji tingkat nyeri	P		P: bekas luka operasi	
		P: bekas luka operasi			Q: ditusuk tusuk	
		Q: ditusuk tusuk			R:perut atas	
		R:Perut atas			S: 6 (1-10)	
		S: 6(1-10)			T: hilang timbul	
		T: Hilang timbul			A:Masalah belum teratasi	
1,2	18.20	7. Memberikan posisi yang nyaman dengan posisi berbaring	P	22.00	2 S: pasien mengatakan sudah tidak cemas karena akan batu empuđu sudah diambil	P
1,2	18.30	8. Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga tidak memegang atau menggaruk bekas operasi	P		O: sudah tidak gelisah	
					Raut muka sudah tidak pucat	
					TTV: 115/80 mmHg, nadi 88 x/menit,suhu 37,0 C, SPO2: %, RR: 20 X/menit.	
					A: Masalah teratasi	
					P: Intervensi dihentikan muncul masalah baru masalah baru	
					gangguan rasa nyaman; etiologi gejala pnyakit : mengeuh tidak nyaman, tidak mampu rileks, mengeluh mual.	
1,2	19.00	9. Mengajarkan teknik relaksasi agar nyeri yang di rasakan bisa berkurang seperti teknik nafas dalam dan teknik genggam jari agar saat akan melakukan opresi pasien agak tenang	P			
1,2	20.00	10. Failitasi lingkungan yang tenang				
		Respon: pasien				

1,2	21.00	merasa lingkungan yang tenang 11. Mengedukasi pemberian asupan cairan dan nutrisi yang mencukupi untuk pasien Respon : keluarga pasien dan keluarga memahami penjelasan dokter					
1,2	21.30	12. Memberikan obat ketorolac melalui iv pereda nyeri 1 ampul (1ml/hari)					
1,2	22.00	13. Memberikan obat ondan obat mual 1x2ml(1 ampul 4ml) dan cinam 4x1,5 mg melalui iv					
1,3	12-10-2022 22.00	Post Operasi Dinas malam 1.Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	₱	12-10-2022 06.00	1	Post Operasi Dinas Malam Diagnosa 1 S: pasien mengatakan nyeri didaerah perut setelah diopeerasi O : pasien terlihat gelisah Pasien tampak meringis Pasien tampak protektif didaerah post operasi Pasien tampak menahan sakit P: bekas luka operasi Q: ditusuk tusuk R:perut atas S: 6 (1-10) T: hilang timbul A:Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	₱
1,3	22.40	2.Monitor tanda-tanda vital TTV: 110/90 mmHg, nadi 90 x/menit,suhu 37.0 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit.	₱				
1,3	03.00	3.Mengakaji tingkat nyeri P: bekas luka operasi Q: ditusuk tusuk R:Perut atas S: 6(1-10) T: Hilang timbul	₱				
1,3	03.30	4.Memberikan posisi yang nyaman dengan posisi berbaring	₱		3	Diagnosa 3 S: pasien mengeluh tidak nyaman karena nyeri bekas operasi O: pasien terlihat gelisah Pasien tampak merintih TTV: 110/80 mmHg, nadi 98	
1,3	04.00	5.Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga tidak memegang atau	₱				₱

1,3	04.50	menggaruk bekas operasi 6.Mengajarkan teknik relaksasi agar nyeri yang di rasakan bisa berkurang seperti teknik nafas dalam dan teknik genggam jari agar saat akan melakukan operasi pasien agak tenang	P		x/menit,suhu 37,0 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit. A: Masalah teratasi P: Intervensi dilanjutkan dan tetap dalam pemantauan	
1,3	05.00	7.Failitasi lingkungan yang tenang Respon: pasien merasa lingkungan yang tenang	P			
1,3	06.00	8.Mengedukasi pemberian asupan cairan dan nutrisi yang mencukupi untuk pasien Respon : keluarga pasien dan keluarga memahami penjelasan dokter	P			
1,3	06.20	9.Memberikan obat ketorolac melalui iv pereda nyeri 1 ampul (1ml/hari)	P			
1,3	06.30	10. Memberikan obat ondansetron 1x2ml(1 ampul 4ml) dan cinam 4x1,5 mg melalui iv	P			

No Dx	Hari /Tgl Jam	Implementasi	paraf	Hari /Tgl Jam	No Dx	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan	Paraf
1,3	13-10-2021	Post Operasi Dinas Pagi		13-10-2021	1	Pre Operasi Dinas Pagi	
1,3	08.00	1. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	₪			S: pasien mengatakan nyeri didaerah perut yang atas berulang	₪
1,3	09.20	2. Monitor tanda-tanda vital TTV: 115/87 mmHg, nadi 79 x/menit, suhu 36,7 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit.	₪	13.00		O : pasien terlihat gelisah Pasien protektif diarea lokasi nyeri Tampak menahan sakit P: nyeri setelah post oprasi	
1	10.00	3. Monitor tanda infeksi tidak ada kemerahan, tidak ada keluar nanah, tidak ada perdarahan	₪			Q: perih R:perut atas S: 4 (1-10) T: hilang timbul	
1,3	11.00	4. Mengakaji tingkat nyeri P: Nyeri setelah post oprasi Q: perih R:Perut atas S: 4(1-10) T: Hilang timbul	₪	13.00	3	Diagnosa 3 S: pasien gangguan rasa nyaman menurunkan pasien sudah bias melakukan mobilisasi miring kanan kiri O: pasien lebih tenang Pasien bias melakukan mobilisasi miring kan miring kiri	₪
1,3	11.30	5. Memberikan posisi yang nyaman dengan berbaring	₪			TTV: 110/80 mmHg, nadi 98 x/menit, suhu 37,0 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit.	
1,3	11.45	6. Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga tidak memegang atau menggaruk bekas operasi	₪			A: Masalah teratasi P: Intervensi dilanjutkan dan tetap dalam pemantauan	
1,3	12.00	7. Mengajarkan teknik relaksasi agar nyeri yang di rasakan bisa berkurang dengan relaksasi nafas dalam	₪				
	12.30	8. Mengajarkan					

1,3		memberikan makanan dan minuman yang cukup	P			
1,3	12.45	9. Fasilitasi lingkungan yang tenang Respon: pasien merasa lingkungan yang tenang	P			
1,3	13.00	10. Memberikan pemberian asupan cairan dan nutrisi yang mencukupi untuk pasien Respon : keluarga pasien dan keluarga memahami penjelasan dokter	P			
1,3	13.30	11. obat ketorolac melalui iv pereda nyeri 1 ampul (1 ml/ hari)	P			
1,3	14.00	12. Memberikan Memberikan obat ondan obat mual 1x2ml(1 ampul 4ml) dan cinam obat antibiotik 2x 1 gram melalui iv	P			
1,3	13-10-2021	Post Operasi Dinas Sore	P	13-10-2022	1	Post Operasi Sore Diagnosa 1
1,3	14.40	1. Menjemput pasien di ruang operasi	P	22.00		S: pasien mengatakan nyeri didaerah perut setelah diopeerasi
1,3	15.00	2. Melakukan timbang terima perawat RR	P			O : pasien terlihat gelisah Pasien tampak meringis Pasien tampak protektif
1,3	15.30	3. Menganjurkan pasien untuk istirahat	P			didaerah post operasi Pasien tampak menahan sakit
1,3	15.40	4. Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	P			P: bekas luka operasi Q: ditusuk tusuk R:perut atas S: 4 (1-10) T: hilang timbul
1,3	17.00	5. Monitor tanda-tanda vital TTV: 115/80 mmHg, nadi 88 x/menit,suhu 36.0 C, SPO2: 99%, RR:	P			A:Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan dan

1,3	17.30	20 X/menit. 6. Mengakaji tingkat nyeri P: bekas luka operasi Q: ditusuk tusuk R:Perut atas S: 6(1-10) T: Hilang timbul	P	22.00	2	masih dalam pantauan	P
1,3	18.20	7. Memberikan posisi yang nyaman dengan posisi berbaring	P			Diagnosa 3 S: pasien gangguan rasa nyaman menurundan pasien sudah bias melakukan mobilisasi miring kanan kiri O: pasien lebih tenang Pasien bias melakukan mobilisasi miring kan miring kiri TTV: 115/80 mmHg, nadi 98 x/menit,suhu 36,0 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit. A: Masalah teratasi P: Intervensi dilanjutkan dan tetap dalam pemantauan	
1,3	18.30	8. Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga tidak memegang atau menggaruk bekas operasi	P				
1,3	19.00	9. Mengajarkan teknik relaksasi agar nyeri yang di rasakan bisa berkurang seperti teknik nafas dalam dan teknik genggam jari agar saat akan melakukan opresi pasien agak tenang	P				
1,3	20.00	10. Failitasi lingkungan yang tenang Respon: pasien merasa lingkungan yang tenang	P				
1,3	21.00	11. Mengedukasi pemberian asupan cairan dan nutrisi yang mencukupi untuk pasien Respon : keluarga pasien dan keluarga memahami penjelasan dokter	P				
1,3	21.30	12. Memberikan obat ketorolac melalui iv pereda nyeri 1 ampul (1ml/hari)	P				
		13. Memberikan obat					

1,3	22.00	ondan obat mual 1x2ml(1 ampul 4ml) dan cinam 4x1,5 mg melalui iv				
1,3	13-10-2021	Post Operasi Dinas malem		13-10-2022	Post Operasi Dinas Malam Diagnosa 1	
1,3	22.00	1.Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	₱	06.00	S: pasien mengatakan nyeri didaerah perut setelah diopeerasi	₱
1,3	22.40	2.Monitor tanda-tanda vital TTV: 110/90 mmHg, nadi 90 x/menit,suhu 36.0 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit.	₱		O : pasien gelisah menurun Pasien tampak protektif didaerah post operasi Pasien tampak menahan sakit P: bekas luka operasi Q: ditusuk tusuk R:perut atas S: 4 (1-10) T: hilang timbul	
1,3	03.00	3.Mengakaji tingkat nyeri P: bekas luka operasi Q: ditusuk tusuk R:Perut atas S: 4(1-10) T: Hilang timbul	₱		A:Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
1,3	03.30	4.Memberikan posisi yang nyaman dengan posisi berbaring	₱	06.00	Diagnosa 3 S: pasien mengeluh tidak nyaman karena nyeri bekas operasi	₱
1,3	04.00	5.Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga tidak memegang atau menggaruk bekas operasi	₱		O: pasien terlihat gelisah Pasien tampak merintih TTV: 110/80 mmHg, nadi 98 x/menit,suhu 36,0 C, SPO2: 99%, RR: 20 X/menit. A: Masalah teratasi P: Intervensi dilanjutkan dan tetap dalam pemantauan	
1,3	04.50	6.Mengajarkan teknik relaksasi agar nyeri yang di rasakan bisa berkurang seperti teknik nafas dalam dan teknik genggam jari agar saat akan melakukan opresi pasien agak tenang	₱			
1,3	05.00	7.Failitasi lingkungan yang tenang Respon: pasien merasa lingkungan yang tenangan	₱			

1,3	06.00	8.Mengedukasi pemberian asupan cairan dan nutrisi yang mencukupi untuk pasien Respon : keluarga pasien dan keluarga memahami penjelasan dokter	P				
1,3	06.20	9.Memberikan obat ketorolac melalui iv pereda nyeri 1 ampul (1ml/hari)	P				
1,3	06.30	10. Memberikan obat ondansetron 1x2ml(1 ampul 4ml) dan cefazolin 4x1,5 mg melalui iv	P				

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. A dengan diagnose medis *Cholelithiasis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah – masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah – masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Dermawan, 2012). Pengkajian pada kasus didapatkan data bahwa pasien adalah seorang laki laki berusia 34 tahun. Menurut (Nurhikmah rizky, 2020) *Cholelithiasis* dapat terjadi dengan atau tanpa faktor resiko. Namun, semakin banyak faktor resiko yang dimiliki seseorang, semakin besar kemungkinan untuk terjadinya kolelithiasis. Sebuah penelitian menyebutkan faktor risiko batu empedu mencakup 5F, yaitu : Fat (obesitas), Forty (umur), Female (jenis kelamin), Fertile (estrogen), Fair (etnik).

Menurut peneliti kasus yang dialami pada Tn. A pada faktor risiko 5F *Cholelithiasis* yaitu Fair (etnik) atau gaya hidup yang selama ini dilakukan oleh pasien serta kemungkinan juga adanya hormon esterogen yang berlebih sehingga mengakibatkan penumpukan endapan yang tidak bisa dicerna di empedu. Walaupun berat badan pasien tidak dalam kondisi obesitas, namun tidak menutup kemungkinan pasien memiliki lemak jenuh yang bersarang di tubuh.

4.1.1 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Keluhan utama pada Tn. A pada penyakit *cholelithiasis* bahwa yang beresiko terkena penyakit batu empedu memiliki keluhan yang sama dengan teori seperti nyeri pada perut secara tiba-tiba atau disebut juga kolik bilier. Nyeri dan kolik bilier, ikterus, perubahan warna urin dan feses dan defisiensi vitamin. Pada pasien yang mengalami nyeri dan kolik bilier disebabkan karena adanya obstruksi pada duktus sistikus yang tersumbat oleh batu empedu sehingga terjadi distensi dan menimbulkan infeksi merupakan gejala yang akan timbul pada pasien *cholelithiasis*.

Menurut peneliti bahwa nyeri yang dirasakan pada pasien merupakan tanda dan gejala dari *cholelithiasis* yang terjadi karena adanya obstruksi pada duktus sistikus yang tersumbat oleh batu empedu dan menimbulkan infeksi sehingga menimbulkan rasa nyeri. Keluhan ikterus pada sklera dan seluruh tubuh disebabkan oleh batu yang telah menyebabkan sumbatan total pada duktus koledokus, sehingga aliran bilirubin terkonjugasi menjadi terhambat dan masuk kedalam aliran darah, maka pasien mengalami keluhan ikterus episodik karena peningkatan kadar bilirubin dalam darah. Nyeri perut kanan atas disebabkan oleh

penekanan batu pada lumen duktus sehingga menyebabkan tekanan intralumen meningkat dan distensi saluran empedu yang pada akhirnya akan merangsang dan mengaktivasi neuron sensori yang menyebabkan terjadinya nyeri kolik. Gagalnya cairan empedu yang masuk menuju usus halus untuk ekskresi menyebabkan terlalu banyak bilirubin masuk ke dalam kandung kemih sehingga urin berwarna gelap tua. Tinja sering berwarna pucat karena lebih sedikit cairan empedu yang bisa mencapai saluran cerna usus halus (Kaunang et al., 2018).

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke Rumah Sakit Nur Medika dengan keluhan nyeri dibagian perut atas dan mengatakan sulit tidur dan dokter menyarankan untuk melakukan USG pada abdomen untuk mengetahui apakah ada penyakit yang diderita berdasarkan dari gejala pasien. USG dilakukan pada tanggal 1 Oktober 2021 didapatkan hasil batu (+) 2 buah ukuran 1,5 cm x 1,8 cm Dokter menganjurkan untuk di rujuk ke poli Disgevtive Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 10 Oktober 2021 Dokter menyarankan dilakukan pembedahan. Pada tanggal 11 Oktober 2021 pasien MRS di ruang C1 RSPAL dr. Ramelan (Pinandita et al., 2019) Menurut peneliti pada saat pre operasi pasien merasakan nyeri yang hebat di tinjau dengan hasil USG dengan bacaan batu (+) 2 buah ukuran 1,5 cm x 1,8 cm sehingga pasien merasa tidak nyaman didaerah perutnya.

Ada dua tipe utama batu empedu yaitu batu yang terutama tersusun dari pigmen dan tersusun dari kolesterol. batu pigmen, akan terbentuk bila pigmen yang terkonjugasi dalam empedu mengalami presipitasi atau pengendapan, sehingga terjadi batu. Risiko terbentuknya batu semacam ini semakin besar pada pasien serosis, hemolysis dan infeksi percabangan bilier. Batu ini tidak dapat

dilarutkan dan hanya dikeluarkan dengan jalan operasi. Batu kolesterol, merupakan unsur normal pembentuk empedu bersifat tidak larut dalam air. Kelarutannya bergantung pada asam empedu dan lesitin (fosfo lipid) dalam empedu. Pada pasien yang cenderung menderita batu empedu akan terjadi penurunan sintesis asam empedu dan peningkatan sintesis kolesterol dalam hati, mengakibatkan supersaturasi getah empedu oleh kolesterol dan keluar dari getah empedu mengendap membentuk batu. Getah empedu yang jenuh oleh kolesterol merupakan predisposisi untuk timbulnya batu empedu yang berperan sebagai iritan yang menyebabkan peradangan dalam kandung empedu (Hasyimi et al., 2018).

4.1.2 Pemeriksaan Fisik

B1 (*Breathing*) Bentuk dada pasien normochest, pergerakan dada simetris, tidak ada otot bantu nafas, tidak terpasang alat bantu pernafasan, RR : 20 x/ menit, irama nafas regular, suara nafas vesikuler, tidak ada tarikan dinding dada, tidak ada ronkhi (-/-), wheezing (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi, SpO₂ 99%. Pada sistem pernafasan tidak ditemukan masalah keperawatan. 2. B2 (*Blood*) saat pengkajian tanda tanda vital klien ditemukan TD: 120/80 mmHg, HR: 80 x/menit, RR: 20x/mnt, suara jantung S1S2 tunggal, irama jantung klien regular dengan akral teraba hangat kering merah, membrane mukosa tampak merah, dengan CRT < 2 detik, turgor kulit klien terlihat baik, tidak terdapat edema Pada sistem kardiovaskuler tidak ditemukan masalah keperawatan.. 3. B3 (*Brain*) didapatkan data GCS 456, kesadaran composmentis, orientasi lingkungan baik, orientasi tempat dan waktu baik, pupil isokor, tidak ada masalah pada reflek fisiologis dan patologis, konjungtiva tidak anemis, lapang

pandang baik, reflek cahaya (+), sputum nasal di tengah, tidak ada polip, pendengaran baik, lidah bersih, tidak ada kesulitan menelan, uvula di tengah, pada pemeriksaan nervus kranial 1 hingga 12 tidak ada masalah. Pada sistem persyarafan tidak ditemukan masalah keperawatan. B4 (*Bladder*) Pemeriksaan perkemihan pasien dapat berkemih secara mandiri dan dibantu oleh keluarga. Saat palpasi tidak teraba adanya distensi kandung kemih dan tidak ada nyeri tekan. minum dengan frekuensi 9x/24jam dengan jenis air mineral dan jumlah ± 1500 cc. Saat di rumah sakit frekuensi minum 7x/24jam dengan jenis minum air mineral ± 1000 cc tidak ada Masalah keperawatan dalam masalah perkemihan. B5 (*Bowel*) Saat inspeksi didapatkan mukosa bibir kering, mulut bersih, tidak ada perdarahan pada mulut dan gusi, Bentuk abdomen pasien datar dan tidak ada pembesaran abdomen atau asites, tidak ada perdarahan pada kulit tidak ada benjolan di umbilicus tidak ada hepatomegaly atau splinimegali. Saat auskultasi didapatkan bising usus 12x/menit tidak terdengar murmur arteri renalis dan saat diperkusi terdengar suara pekak. Saat palpasi adanya nyeri tekan di abdomen (*Carnetts's sign*) atas hasil pemeriksaan USG terdapat batu (+) 2 buah ukuran 1,5 cm x 1,8 cm. Pemeriksaan fisik paling sering ditemukan pada batu saluran empedu yaitu ditemukan nyeri tekan perut kanan atas dan penyakit kunin menemukan tanda-tanda klinisnya adalah sklera ikterik, hepatomegali ringan, nyeri tekan perut kanan atas, murphy sign positif (Muzakki, 2017). menyatakan USG banyak digunakan sebagai alat pemeriksaan awal untuk diagnosis batu saluran empedu karena memiliki keuntungan seperti non invasive, mudah didapat, dan biaya murah. Tingkat akurasi USG dilaporkan mulai dari 20%-80% dalam banyak penelitian dan itu tingkat keberhasilan yang rendah untuk memprediksi koledokolitiasis. B6

(*BONE*) Pemeriksaan muskuloskeletal didapatkan tidak ada gangguan pada kekuatan otot ekstermitas atas dan ekstermitas bawah. Pada pemeriksaan kulit tidak terdapat luka combustion, dan juga luka decubitus. Pada saat inspeksi, kulit tampak tidak pucat, tidak terlihat adanya benjolan dan lesi pada area kulit. Saat dilakukan palpasi didapatkan turgor kulit menurun, tidak ada edema. pasien mampu menggerakkan persendiannya, tidak ada nyeri sendi dan nyeri tulang, tidak terdapat fraktur, tidak ditemukan adanya dislokasi dan alat bantu seperti traksi atau gips, skala kekuatan otot ekstremitas: skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555.

4.1.3 Pemeriksaan Diagnostik

Pada pasien ini telah menjalani pemeriksaan penunjang yaitu USG, pemeriksaan kimia darah, dan pemeriksaan darah lengkap. Secara teori dengan menggunakan pemeriksaan penunjang tersebut kita dapat mengetahui adanya *cholelithiasis* tersebut. Pada hasil USG pada pasien ini menyatakan bahwa adanya batu (+) 2 uah ukuran 1,5 cm x 1,8 cm. Dalam hal ini tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik berlangsung secara aktual maupun potensial (SDKI, 2017). Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus klien *cholelithiasis* dan mengalami pembedahan adalah, masalah keperawatan pada *Pre operatif* :

1. Nyeri akut berhubungan dengan batu empedu.

Menurut peneliti nyeri yang pasien alami di daerah perut atas seperti ditusuk- tusuk dan hilang timbul tapi saat di gerakan nyeri itu kembali ada dngan skala 5 dari (1-10). Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kriteria mayor yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur sementara data subjektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah mengeluh nyeri. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi, pola nafas berubah, nafsu makan berubah mmenjadi sedikit- sedikit tetapi sering sehingga nutrisi yang dimiliki oleh pasien tidak mengalami perubahan. Hal ini sejalan dengan Keluhan yang tersering adalah nyeri perut kanan atas, dispepsia, dan nyeri abdomen kronik.¹⁰ Perbedaan keluhan utama terbanyak pada studi ini kemungkinan karena nyeri adalah keluhan subyektif, sehingga dipengaruhi oleh tingkat edukasi pasien tersebut (Ndraha et al., 2018).

2. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

Penulis mengangkat diagnosa ansietas dihubungkan dengan kurangnya terpapar informasi dikarenakan klien baru pertama kali ini masuk ruang operasi, sehingga pasien belum pernah mengetahui gambaran ruang operasi, bagaimana pengaturan suhu dan lain-lain, selain itu dalam penelitian lain menunjukkan dengan memberikan pendidikan kesehatan, kecemasan klien

akan berkurang saat akan menjalani pembedahan dengan adanya bukti bahwa tingkat kecemasan menjadi berkurang setelah adanya pendidikan kesehatan yang menghasilkan tingkat kecemasan yang ringan. Kecemasan pada pasien preoperasi harus diatasi, karena dapat menimbulkan perubahan-perubahan fisiologis yang akan menghambat dilakukannya tindakan operasi. Mengungkapkan bahwa dalam keadaan cemas, tubuh akan memproduksi hormon kortisol secara berlebihan yang akan berakibat meningkatkan tekanan darah, dada sesak, serta emosi tidak stabil. Akibat dari kecemasan pasien pre operasi yang sangat hebat maka ada kemungkinan operasi tidak bisa dilaksanakan, karena pada pasien yang mengalami kecemasan sebelum operasi akan muncul kelainan seperti tekanan darah yang meningkat, sehingga apabila tetap dilakukan operasi akan dapat mengakibatkan penyulit terutama dalam menghentikan perdarahan dan bahkan setelah operasi pun akan mengganggu proses penyembuhan (Lusyana et al., 2020).

Selanjutnya Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus klien *cholelithiasis* dan mengalami pembedahan, masalah keperawatan pada *Post operatif*:

1. Nyeri akut berhubungan dengan luka pasca operasi (pembedahan)

Berdasarkan pengkajian tanggal 12 Oktober 2021 pasien mengeluh nyeri bekas pembedahan batu empedu di perut bagian atas terasa seperti ditusuk tusuk dengan skala 5 (1-10) nyeri dirasakan saat di buat bergerak atau miring. Menurut peneliti Nyeri pada pembedahan dikarenakan adanya sayatan atau insisi pada perut, sehingga menimbulkan terputusnya kontinuitas jaringan. Otak merangsang untuk melepaskan hormon histamin

dan prostaglandin kemudian menyebabkan respon nyeri. Nyeri yang dirasakan pasca pembedahan dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan nyeri yang dialami oleh pasien merupakan dampak dari tindakan pembedahan yang telah dilakukan yang mengakibatkan timbulnya luka pada bagian tubuh pasien sehingga menimbulkan rasa nyeri (Saputro & Sani, 2020). Prosedur terapeutik yang bertujuan untuk mengangkat batu CBD ada dua cara, pertama operasi dengan melakukan sayatan pada CBD (koledektomi), atau melalui duktus sistikus (transistik), dengan metode konvensional operasi terbuka (Open Common Bile Duct Exploration) ataupun melalui laparoskopi yang disebut *Laparoscopic Common Bile Duct Exploration* (CBDE). Laparoskopi kolesistektomi saat ini memang lebih banyak disukai dan sudah menjadi terapi standar. Berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu nyeri akut mengacu pada faktor penyebab karena agen pencedera fisik (SDKI, 2017). Nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan, yang didefinisikan dalam berbagai perspektif (Di & Cendana, 2019). Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut (International Association for the Study of Pain dalam (Rifa'is et al., 2017). Berdasarkan uraian diatas tidak terdapat kesenjangan antara teori dan hasil studi kasus bahwa pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri akut dapat disebabkan karena faktor pembedahan (kerusakan jaringan).

2. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit

Berdasarkan hasil pengkajian setelah operasi pengangkatan batu empedu pada tanggal 12 Oktober 2021 pasien mengeluh nyeri luka bekas operasi seperti ditusuk tusuk dibagian perut atas dengan skala 5(1-10) akan terasa nyeri saat dibuat bergerak atau miring dan membuat pasien merasa tidak nyaman nanah dengan tanda vital TD: 125/97 mmHg, N:98 x/menit, S: 37°C RR: 20 x/menit. Menurut peneliti Menurut Brunner & Suddarth (2013), tanda dan gejala pada pasien *cholelithiasis* antara lain gangguan epigastrium, rasa nyeri dan kolik bilier, ikterus, perubahan warna kulit dan defisiensi vitamin. Respons komplikasi akut dengan peradangan adanya batu akan dilakukan intervensi medis pembedahan dengan kolesistektomi laparaskopi ataupun laparatomi dengan dilakukan melalui insisi atau tusukan kecil yang dibuat menembus dinding abdomen di umbilikus untuk mengangkat kantung empedu keluar, dengan tujuan pembedahan yaitu untuk meredakan gejala yang persisten, menghilangkan penyebab kolik bilier, dan untuk mengatasi kolesistisi akut. Keluhan yang menonjol pada penderita pasca pembedahan yaitu mengeluh nyeri secara efektif sehingga menyebabkan rasa yang tidak nyaman (Nurjannah & Sani, 2020).

4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien. Intervensi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua klien belum menggunakan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) dan standar luaran keperawatan indonesia (SLKI). adapun tindakan pada

standar intervensi keperawatan indonesia terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (SIKI, 2017). Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada Tn. A sebelum pre operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan batu empedu

Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan batu empedu yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri teratasi dengan kriteria hasil tingkat nyeri menurun, keluhan nyeri menurun (0-10) , meringis menurun, gelisah menurun ,frekuensi nadi membaik (60-100x/menit) Intervensi dalam diagnosa nyeri meliputi: Pantau tingkat dan intensitas nyeri, ajarkan teknik relaksasi (nafas dalam), beri posisi yang nyaman, kondisikan lingkungan yang tenang di sekitar klien, catat respon terhadap obat dan kolaborasi pemberian analgesic sesuai program terapi. masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan (Insisi pembedahan). yaitu kriteria hasil yang hendak dicapai :klien mampu mengontrol nyeri, klien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang tanda – tanda vital dalam batas normal. Intervensi dalam diagnosa nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan (Insisi pembedahan) meliputi : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, ajarkan tentang tehnik non farmakologi, tingkatkan istirahat, monitor vital sign, kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik.

2. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

Sesuai dengan yang ada didalam buku SIKI intervensi yang sesuai untuk ansietas (Terapi relaksasi (SIKI Hal 437) obeservasi (Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, Identifikasi kesediaan kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya, periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu, sebelum dan sesudah latihan, monitor respon terhadap terapi relaksasi), Terapeutik (Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan, berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi, gunakan pakaian longgar, gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama, gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai), Edukasi (Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih, anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulang atau melatih teknik yang dipilih, demonstrasikan dan latih teknik relaksasi. Untuk kriteria hasil yang sesuai dengan buku SLKI yaitu: Tingkat ansietas (SLKI Hal 132), khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, pucat menurun, konsentrasi membaik.

3. Nyeri akut berhubungan dengan luka pasca operasi

Sesuai dengan yang ada didalam buku SIKI intervensi yang sesuai untuk nyeri akut yaitu Intervensi Manajemen Nyeri (I.08238): Observasi (Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal), Terapeutik (Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri), Edukasi (Jelaskan strategi meredakan nyeri), dan Kolaborasi (Kolaborasi pemberian

analgetik). Untuk kriteria hasil yang sesuai dengan buku SLKI yaitu: diharapkan tingkat nyeri klien menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

4. Gangguan rasa aman berhubungan dengan gejala penyakit

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pada Tn. A dengan masalah keperawatan Gangguan rasa nyaman edukasi aktivitas atau istirahat (I.12362): Observasi (Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi), Terapeutik (sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat, berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya), Edukasi (ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat seperti kelelahan). Untuk kriteria hasil yang sesuai dengan buku SLKI yaitu: diharapkan status kenyamanan pasien meningkat dengan kriteria hasil dukungan sosial dari keluarga meningkat, kebebasan melakukan ibadah meningkat, rileks meningkat, keluhan tidak nyaman meningkat, gelisah menurun, merintih menurun.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang di temukan pada klien. Implementasi pada pasien Tn. A dilakukan oleh peneliti dari tanggal 11 Oktober 2021 sampai 13 Oktober 2021.

1. Nyeri akut berhubungan dengan batu empedu

Pasien masih berada di ruang rawat inap sebelum dilakukan nya operasi melakukan pengkajian. Sebelum pasien dilakukan tindakan operasi peneliti

mengajarkan tehnik non farmakologi yaitu tehnik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri dan ansietas. Pasien tampak sedikit lebih tenang setelah melakukan tehnik relaksasi genggam jari. Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri akut pada pasien Tn. A yaitu menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi. Tindakan keperawatan untuk mengatasi nyeri akut pada pasien Tn. A yaitu mengajarkan pasien melakukan teknik nonfarmakologi (terapi relaksasi genggam jari). Menurut penulis nyeri akut juga dapat menggunakan terapi relaksasi genggam jari dan relaksasi tarik nafas dalam, dengan demikian pasien dapat mengalihkan rasa nyeri yang dirasa namun juga perlunya tindakan kolaborasi farmakologi untuk pemberian analgesik agar nyeri tersebut bisa teratasi. Menurut teknik relaksasi nafas dalam akan lebih efektif bila dikombinasikan dengan beberapa teknik lainnya, seperti guided imagery. Guided imagery merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu (Pekey et al., 2014). Teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta pasien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan fokus pada nafas mereka, pasien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang (Dewi, 2021).

2. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

Setelah pasien melakukan relaksasi genggam jari untuk mengurangi ansietas atau kecemasan sebelum melakukan operasi pasien mendapatkan informasi tentang tindakan operasi dari proses hingga ruangan yang akan digunakan sehingga pasien dapat menurunkan rasa kecemasan yang dialaminya, mengingat tidak semua pasien mengalami hal ini, tergantung dari tingkat

kecemasan yang dimiliki. Menurut peneliti ansietas yang dialami pasien hal yang wajar, karena semua pasien yang akan melakukan tindakan operasi pastinya merasakan hal yang sama, dengan demikian peneliti memberikan intervensi agar mengurangi rasa ansietas yang dirasakan pasien tersebut dengan memfasilitasi pemberian informasi guna menurunkan perasaan tidak nyaman atau cemas pada tindakan atau kekhawatiran mengalami kegagalan dalam prosedur operasi. Menurut penelitian (Nisa et al., 2019) yang sejalan dengan seseorang yang mengalami ansietas menimbulkan dampak psikologis antara lain: khawatir, takut akan kematian, mudah tersinggung, gelisah mudah terkejut, takut pada keramaian, oleh karena itu diperlukan adanya dukungan keluarga. dukungan keluarga merupakan unsur penting dalam perawatan, khususnya pasien yang akan menjalani operasi. Bentuk dukungan ini membuat individu memiliki perasaan nyaman, yakin, diperdulikan, nasihat yang mampu membuat penerima dukungan akan merasa disayang, dihargai, dan dicintai oleh keluarga sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan baik. dukungan keluarga dengan tingkat ansietas pasien pre operasi mayor digunakan dapat menerapkan sebagai edukasi tentang persiapan dan prosedur operasi untuk mengurangi tingkat ansietas pada pasien pre operasi.

Selanjutnya implementasi keperawatan yang muncul pada kasus klien *cholelithiasis* dan mengalami pembedahan, masalah keperawatan pada *Post operatif*:

1. Nyeri akut berhubungan dengan luka pasca operasi (pembedahan)

Pasca operasi dimulai dari memindahkan pasien dari ruangan bedah ke unit pasca operasi dan berpindah di ruang rawat inap. Salah satu hal yang akan terjadi

pada pasien post operasi adalah merasakan nyeri yang merupakan salah satu efek dari proses pembedahan, nyeri yang dialami oleh pasien post operasi adalah nyeri akut. Nyeri akut secara serius mengancam penyembuhan klien pasca operasi sehingga menghambat kemampuan klien untuk terlibat aktif dalam mobilisasi, rehabilitasi, dan hospitalisasi menjadi lama pasca operasi dimulai dari memindahkan pasien dari ruangan bedah ke unit pasca operasi dan berakhir saat pasien pulang. Salah satu hal yang akan terjadi pada pasien post operasi adalah merasakan nyeri yang merupakan salah satu efek dari proses operasi, nyeri yang dialami oleh pasien post operasi adalah nyeri akut. Nyeri akut secara serius mengancam penyembuhan klien pasca operasi sehingga menghambat kemampuan klien untuk terlibat aktif dalam mobilisasi, rehabilitasi, dan hospitalisasi menjadi lama pasien post operasi yang mengalami nyeri akut harus dikendalikan agar perawatan lebih optimal dan tidak menjadi nyeri kronis. Nyeri yang tidak diatasi akan memperlambat masa penyembuhan atau perawatan, karena dengan nyeri yang tidak kunjung berkurang atau hilang membuat pasien merasa cemas untuk melakukan mobilisasi dini sehingga pasien cenderung untuk berbaring. pasca operasi yang melakukan tirah baring terlalu lama juga dapat meningkatkan resiko terjadinya kekakuan atau penegangan otot-otot di seluruh tubuh, gangguan sirkulasi darah, gangguan pernafasan dan gangguan peristaltik maupun berkemih bahkan terjadinya dekubitus atau luka tekan Nyeri post operasi memerlukan tindakan yang tepat. Menurut peneliti upaya yang dapat dilakukan perawat dalam menangani nyeri post operasi dapat dilakukan dengan manajemen penatalaksanaan nyeri mencakup pendekatan farmakologis dan non-farmakologis. Pendekatan yang biasa digunakan adalah analgetik golongan opioid untuk nyeri

yang hebat dan golongan non steroid untuk nyeri sedang atau ringan. Jika terus-menerus diberikan obat-obatan analgetik untuk mengatasi nyeri bisa menimbulkan reaksi ketergantungan obat, dan nyeri bisa terjadi lagi setelah reaksi obat habis. Oleh karena itu, perlu terapi non farmakologi sebagai alternatif untuk memaksimalkan penanganan nyeri pasca operasi. Terapi nonfarmakologi memberikan efek samping yang minimal pada pasien serta dengan terapi nonfarmakologi perawat mampu secara mandiri dalam pelaksanaan terapi dengan keputusannya sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Hal ini sejalan dengan penelitian (Utami, 2020) Pendekatan nonfarmakologi antara lain stimulasi dan massase kutaneus, terapi es dan panas, stimulasi saraf elektrik transkutan, distraksi, tehnik relaksasi, aromaterapi dan hypnosis

2. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan proses penyakit

Gangguan rasa nyaman pada pasien post operasi telah menurun.. Intervensi Terapi non farmakologi untuk mengatasi gangguan tidur yaitu terapi pengaturan diri, terapi psikologi, dan terapi relaksasi. Terapi pengaturan diri dilakukan untuk mengatur jadwal tidur penderita mengikuti irama siklus tidur normal penderita dan penderita harus disiplin mengatur jadwal tidurnya. Terapi relaksasi dilakukan dengan relaksasi nafas dalam, relaksasi genggam jari, latihan pasrah diri, terapi musik dan aromaterapi (Ku, 2019). Menurut peneliti fasilitas istirahat dan tidur memiliki efek membantu untuk menenangkan otak dan mengatur sirkulasi darah serta dapat menurunkan aktivitas sistem saraf simpatik serta kecemasan, denyut jantung, laju pernafasan, dan tekanan darah yang berkontribusi pada perbaikan kualitas tidur. Hal ini sejalan dengan penelitian dari

Ruhman (2017), terdapat pengaruh pemberian relaksasi nafas dalam terhadap perubahan skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan intervensi, hasil pasien menyatakan nyeri berkurang dari skala nyeri sedang (4) menjadi Skala nyeri ringan (2), dan hasil ini juga terbukti ketika dilakukan observasi pada wajah pasien tidak lagi meringis dan terlihat rileks

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Kurniati, 2019).

1. Pre operasi

Hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada pasien Tn. A pre operasi terdapat 2 diagnosa keperawatan yaitu :

a. Nyeri Akut berhubungan dengan batu empedu

Diagnosa nyeri pada pre operasi dengan hasil masalah nyeri belum teratasi, karena pasien masih merasakan nyeri namun bukan dari penyebab batu empedu

b. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

Diagnosa ansietas pada pre operasi dengan hasil masalah sudah teratasi pada tanggal 12 oktober 2021 karena pasien dilakukan tindakan pembedahan tanggal 12 Oktober 2021.

2. Post operatif

Hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada pasien Tn. A post operasi

terdapat 2 diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan luka pasca operasi (pembedahan)
Pada diagnosea pertama nyeri akut hasil evaluasi pasien mengatakan nyeri berkurang dan pasien dapat mengontrol nyeri, kondisi pasien terlihat mulai membaik, dan masalah teratasi sebagian
- b. Gangguan rasa aman nyaman berhubungan dengan gejala penyakit
Pada diagnosa kedua gangguan rasa nyaman, hasil evaluasi klien klien sudah dapat mengontrol rasa nyeri sehingga gangguan rasa nyaman berkurang, dan masalah teratasi sebagian

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus pada pasien Tn. A dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dengan diagnosa *Cholelithiasis*.

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien, pada pasien pre dan post operasi dengan diagnosis *cholelithiasis* di Ruang C1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya. peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada pengkajian pasien dilakukan secara komperhensif pasien. Data yang didapatkan yaitu identitas klien, riwayat penyakit, data psikososial. Data tersebut berdasarkan hasil wawancara dengan klien dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkannya pada pasien dengan diagnosa medis *cholelithiasis* yang muncul dari data pengkajian pasien yaitu diagnosa keperawatan pada pre operasi adalah nyeri akut berhubungan dengan batu empedu dan ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan., dan untuk diagnosa post operasi adalah nyeri akut berhubungan dengan pasca operasi (pembedahan) dan gangguan rasa nyaman berhuungan dengan gejala penyakit.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan pada pasien disusun sesuai dengan diagnosa yang muncul, rencana yang telah disusun disesuaikan dengan teori yang ada. Perencanaan dibuat sesuai dengan masalah yang ditemukan berdasarkan hasil dari pengkajian.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien dengan *cholelithiasis*.

5. Evaluasi Keperawatan

Dapat melakukan evaluasi mengenai kondisi perkembangan klien dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Hasil evaluasi keperawatan pada pre operasi pada pasien yaitu nyeri akut belum teratasi, diagnosa ansietas pada pasien sudah teratasi karena sudah melakukan operasi pada batu empedu, serta hasil evaluasi keperawatan post operasi pasien yaitu nyeri akut berhubungan dengan pasca operasi (pembedahan) masih belum teratasi dan masih dalam pantauan tetapi nyeri yang dirasakan sudah mulai berkurang, diagnose gangguan rasa nyaman pada pasien sudah mulai meningkat status kenyamanan dan sudah mulai mampu untuk mobilisasi miring kanan dan miring kiri.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas peneliti memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Bagi pasien

Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan pasien dengan diagnosa medis *cholelithiasis* seperti memenuhi kebutuhan pasien yang dibutuhkan dan selalu mendoakan pasien supaya cepat pulih.

5.2.2 Bagi Perawat

Perawat di ruang C1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya hendaknya lebih meningkatkan pengetahuan serta skill dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *cholelithiasis* misalnya dengan mengikuti seminar atau pelatihan tentang bagaimana tata laksana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *cholelithiasis*.

5.2.1 Bagi Ruangan

Ruangan hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan pelayanan dan memfasilitasi ruangan yang nyaman dan menciptakan ruangan yang aman, nyaman serta mengedepankan mutu pelayanan di ruangan.

5.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penulisan selanjutnya dan dilakukan penulisan lebih lanjut mengenai perawatan *total care* pada pasien dengan *Cholelithiasis*.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariyani, R. (2020). *Studi Deskriptif Peran Perawat Edukator Pada Pasien Pre Operasi Di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang*. Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Asuhan, M., Gawat, K., & Pada, D. (2019). *No Title*. 1–98.
- Banyumas, R., Es, S. T. I., Irsyad, A. L., & Islamiyyah, A. L. (2019). *No Title*.
- Bugis, Y. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Pra Operasi Sectio Caesaria yang Mengalami Kecemasan Dengan Menggunakan Komunikasi Teraeutik di Rumah Sakit Dr. Ferdinand Lumban Tobing Sibolga Tahun 2020*.
- Cholifah, N., & Purwanti, D. (2019). Hubungan Pemberian Informasi Persiapan Operasi Oleh Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Ruang Bougenville Rsud Raa Soewondo Kabupaten Pati. *The 9th University Research Colloquium (Urecol)*, 9(1).
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja Yogyakarta* (1 ed.). Gosyen Publishing.
- Dewi, E. D. A. M. (2021). Penilaian Pemahaman Pasien dalam Kaitan dengan Penghormatan Otonomi Pasien dalam Persetujuan Tindakan Kedokteran. *Jurnal Kedokteran Indonesia*, 7(1), 19–23.
- Di, K., & Cendana, R. (2019). *No Title*.
- Febyan, F., Dhilion, H. R. S., Ndraha, S., & Tendean, M. (2017). Karakteristik Penderita Kolelitiasis Berdasarkan Faktor Risiko di Rumah Sakit Umum Daerah Koja. *Jurnal Kedokteran Meditek*.
- Florettira, M. T., Manawan, E. E. U., & Subandrate, S. (2019). *Profil Lipid Pasien Kolelitiasis Di Rsup Dr. Mohammad Hoesin Palembang*. Sriwijaya University.
- Fried, & Hisrich. (2020). Scholar (6). In *Annals of Tourism Research*. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160738315000444>
- Gilloteaux, J., Hawkins, W. S., Gilloteaux, L. C., Jasso, J., & Kelly, T. R. (2017). Ultrastructural aspects of human cystic duct epithelium as a result of cholelithiasis and cholesterolosis. *Microscopy research and technique*, 39(1), 22–38.
- Hasyimi, R., Agustono, & L, W. P. (2018). Kandungan Kolesterol pada Kerang Darah (Anadara Granosa) dari Hasil Tangkap di Kenjeran Surabaya , Sedati Sidoarjo , dan Bancaran Bangkalan Contents of Cholesterol Blood Cockle (Anadara granosa) Results of Capture in Kenjeran Surabaya , Sedati Sidoarjo. *Journal of Marine and Coastal Science*, 7(1), 12–20.
- Hermanto, R., Isro'in, L., & Nurhidayat, S. (2020). Studi Kasus : Upaya Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur. *Health Sciences Journal*, 4(1), 111. <https://doi.org/10.24269/hsj.v4i1.406>

- Ibrahim Indarsyah, I. I. (2021). *Pengaruh Teknik Relaksasi Benson terhadap Kecemasan pasien Pre Operasi Sectio Cesarea Di Rumah Sakit umum Daerah Lahat Tahun 2021*. Stik Bina Husada Palembang.
- Kaunang, M., Panelewen, J., & Mambu, T. (2018). *Kadar Bilirubin , Alkalin Fosfatase , dan Gamma Glutamil Transpeptidase Serum sebagai Prediktor Batu Duktus Koledokus pada Pasien Batu Empedu Simtomatik*. 34–40.
- Ku, E. Lee. (2019). *Stikes Perintis Padang Tahun 2019*.
- Kurniati, D. (2019). *Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan*.
- Kurniawan Lasantu, F. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Cholesistectomy Laparoskopi Atas Indikasi Cholelithiasis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Marjan Bawah Rsud Dr. Slamet Garut*.
- Lusyana, V., Sarifah, S., Wardani, I. K., Diii, P., Pku, K. I., & Surakarta, M. (2020). Upaya Menurunkan Tingkat Kecemasan Melalui Aromaterapi Orange Pada Asuhan Keperawatan Pre Operasi Apendektomi. *IJMS-Indonesian Journal On Medical Science*, 7(2), 162–168. <http://ejournal.ijmsbm.org/index.php/ijms/article/view/244>
- McAneny, D. (2019). Batu Empedu. *Surgical Clinics of North America*, 88(6), 1273–1294.
- Mobalen, O., Tansar, T., & Maryen, Y. (2019). Perbedaan Pemasangan Kateter Dengan Menggunakan Jelly Yang Dimasukkan Uretra Dan Jelly yang Dioleskan Di Kateter Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Di Rsud Sele Be Solu Kota Sorong. *Nursing Arts*, 13(2), 109–116. <https://doi.org/10.36741/jna.v13i2.90>
- Muttaqin, A. (2012). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Salemba Medika.
- Muzakki, J. B. (2017). Proporsi Penderita Batu Empedu Dengan Dislipidemia dan Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Pada ahun 2015-2016. *Skripsi*, 1–76.
- Ndraha, S., Febriani, H., Tan T, H., & Tendean, M. (2018). Profil Kolelitiasis pada Hasil Ultrasonografi di Rumah Sakit Umum Daerah Koja. *J. Kedokt Meditek*, 24(68), 7–11.
- Nisa, R. M., PH, L., & Arisdiani, T. (2019). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Ansietas Pasien Pre Operasi Mayor. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 6(2), 116. <https://doi.org/10.26714/jkj.6.2.2018.116-120>
- Novitasari, F. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Pasca Operasi Kolesistektomi Dengan Masalah Nyeri Akut Di Rumah Sakit Panti Waluya Malang*. Stikes Panti Waluya Malang.
- Nurhikmah rizky. (2020). *Jurnal Kesehatan Sainatika Meditory*. 2, 102–107.
- Nurjannah, S. U., & Sani, F. N. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Cholelithiasis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan

- Nyaman (Nyeri). *Doctoral Dissertation*, 3(2), 58–66.
- Pekey, A., Zakaria, R., Nainggolan, L., Syam, A. F., & Makmun, D. (2014). Imaging Modalities Role in Recurrent Acute Pancreatitis Diagnosis. *The Indonesian Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Digestive Endoscopy*, 15(3), 182–185.
- Pimpale, R., Katakwar, P., & Akhtar, M. (2019). Cholelithiasis: causative factors, clinical manifestations and management. *International surgery journal*, 6(6), 2133–2138.
- Pinandita, I., Purwanti, E., & Utoyo, B. (2019). Pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparotomi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 8(1).
- Purwanti, A. R. I., Maliya, A., Kep, A., Zulaicha, E., & Kp, S. (2016). *Hubungan Gaya Hidup Dengan Kejadian Penyakit Cholelithiasis Di Ruang Rawat Inap RSI Surakarta*. universitas muhammadiyah surakarta.
- Rafie, R., Permatasari, A., Bedah, D., Sakit, R., Moloek, A., Anatomi, D., Kedokteran, F., Malahayati, U., Studi, P., Fakultas, K., & Universitas, K. (2020). *Karakteristik Pasien Ikterus Obstruktif Et Causa Batu Saluran empedu Pendahuluan Metode*. 11(1), 328–333. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.277>
- Rifa'is, M., Vidiastuti, D., Fauzi, A., & Hewan, P. P. D. (2017). *Cholelithiasis pada Anjing Maltese di Animal Clinic Jakarta Periode Oktober–Desember*.
- Risnah, R., Risnawati, H. R., Azhar, M. U., & Irwan, M. (2019). Terapi Non Farmakologi Dalam Penanganan Diagnosis Nyeri Pada Fraktur: Systematic Review. *Journal of Islamic Nursing*, 4(2), 77–86.
- Rsup, R., Kandou, P. R. D., & Periode, M. (2019). *Jurnal Kedokteran Klinik (JKK), Volume 3 No 1 Januari – Maret 2019*. 3(1), 7–13.
- Rumpf, H. (2016). The characteristics of systems and their changes of state disperse. *Particle Technology, Chapman and Hall; Springer: Berlin/Heidelberg, Germany*, 8–54.
- Safarah, A. (2021). *Penatalaksanaan Pemeriksaan Magnetic Resonance Cholangio Pancreatography (MRCP) dengan Kasus Cholelithiasis di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati*.
- Saputro, D., & Sani, F. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Pembedahan Cholelithiasis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman. *Jurnal Keperawatan*, 23(1), 6.
- Sari, I. H. (2019). *Hubungan Tindakan Persiapan Perawatan Pre Operasi Dengan Tingkat Kecemasan Pasiendi Ruang Rawat Inap Bedah Rst Dr. Soedjono Magelang*. Skripsi, Universitas Muhammadiyah Magelang.
- SDKI, T. P. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (II)*. Dewan Pengurus Pusat.

- SIKI, T. P. P. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (II)*. Dewan Pengurus Pusat.
- Siti Umi Nurjannah, N. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Cholelithiasis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman (Nyeri)*. Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- SLKI, T. P. P. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (II)*. Dewan Pengurus Pusat.
- Taufan, A. (2017). *Pengaruh Terapi Doa Terhadap Skala Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Dr. M. Ashari Pemalang*. Muhammadiyah University of Semarang.
- Utami, R. N. (2020). *Penurunan Skala Nyeri Akut Post Laparatomi Menggunakan Aromaterapi*. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5489>
- Widiastuti, W. (2019). Terapi Ursodeoxycholic Acid (UDCA) dan Tindakan Kolesistektomi Laparoskopik pada Remaja dengan Cholelithiasis: Sebuah Laporan Kasus. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 2(4), 34–39.
- Yang, C., Rawat, D. I., & Rumah, D. I. (2020). *No Title*.

Lampiran 1**CURRICULUM VITAE**

Nama : Poppy Deninta Sari, S. Kep
Tempat, tanggal lahir : Blora, 02 Maret 1999
Alamat : Berbek Badongan 14/1A Waru - Sidoarjo
Agama : Islam
No. HP : 087822233581
Email : poppydeninta0203@gmail.com
Riwayat Pendidikan :

1. TK Tunas Rimba 1, Randublatung - Lulus tahun 2005
2. SD Negeri 1 Wulung, Randublatung - Lulus tahun 2011
3. SMP Negeri 1 Randublatung - Lulus tahun 2014
4. SMA Negeri 1 Randublatung - Lulus tahun 2017
5. Sarjana STIKES Hang Tuah Surabaya – Lulus Tahun 2021

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“selalu berbuat baik tanpa meminta imbalan”

Karya ilmiah ini akan saya persembahkan teruntuk orang – orang yang sangat berpengaruh dalam proses pengerjaan karya ilmiah ini:

1. Allah SWT atas segala rahmat dan nikmat yang telah diberikan kepada saya dalam bentuk kesehatan, kekuatan, serta kesabaran untuk menyelesaikan skripsi ini guna meraih gelar Ners dengan tepat waktu.
2. Terima kasih untuk Ayah Edi Santoso, Ibu Suhartitin, Mama Rumiati, kedua kakak saya Novianti Fajar Pika Sari dan Dwi Pepriana, kakak laki laki saya Is Wahyudi, ketiga adik saya Rangga Dewa Pratama, Candya Yudha Pratama dan Adara Keisa Salsabila serta keluarga besar saya yang telah memberikan banyak dukungan, semangat, dan doa-doa terbaik yang tidak pernah ada hentinya.
3. Terima kasih untuk Kak Nisa Arfianti Wahyudi dan Yogy Yuanna yang telah menemani saya mengerjakan karya tulis ilmiah ini.
4. Terima kasih untuk sahabat-sahabatku tercinta “Alifia Agus Kurnia Putri, Bening Juwita Anjaswari, Devi Nariantia Purbasari, Fitria Wulandari, Novi Karina Ismalasari, Riris Wulandari dan Salwa Mawadati Muna”. Teman perjuangan saya Fibria Adisty Yunandari, Ulwy Hamdidah Qoyyu Qoyyum, Ramadhanti Salsabilla, Rudi Irfan dan untuk teman kelompok lulus bareng “Ali Gufron, Arif Rahman Syaifullah, Bagas Aji Sampurna dan Vincentius Ivan Nadoveza” yang sudah mau berjuang bersama-sama dan melewati suka

maupun duka selama 5 tahun ini serta saling memberikan dukungan satu sama lain.

5. Teman-teman S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya Angkatan 23 dan teman teman satu angkatan Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang tidak bisa disebutkan satu persatu, selalu semangat, semoga sukses, dan doa yang terbaik untuk kita semua.
6. UKM KSR SHT yang telah memberikan saya banyak sekali pengalaman sehingga saya mendapatkan ilmu tentang pertolongan pertama yang sangat berharga dan dapat menjadi bekal ilmu dalam dunia Relawan.

Lampiran 3

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Terapi relaksasi genggam jari

Hari/Tanggal : Rabu, 13 Oktober 2021

Waktu : 07.00-07.30 WIB

Tempat : Ruang C1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya

A. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mengetahui tentang mengurangi nyeri dengan cara terapi relaksasi genggam jari

2. Tujuan Khusus

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit, sasaran diharapkan dapat:

- a. Mengetahui pengertian nyeri
- b. Mengetahui cara melakukan terapi relaksasi genggam jari
- c. Manfaat terapi relaksasi genggam jari

B. GARIS BESAR MATERI

1. Pengertian Nyeri
2. Cara melakukan terapi relaksasi genggam jari
3. Manfaat terapi relasasi genggam jari

C. PELAKSANAAN KEGIATAN

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1	5 menit	Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Menyampaikan salam b. Perkenalan diri c. Menjelaskan tujuan d. Apersepsi
2	10 menit	Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan dan menguraikan materi b. Memberi kesempatan peserta untuk bertanya

			c. Menjawab pertanyaan peserta yang belum jelas
3	5 menit	Evaluasi	a. Feedback b. Memberikan reward
4	5 menit	Terminasi	a. Menyimpulkan hasil penyuluhan b. Mengakhiri kegiatan (salam)

E. METODE

Ceramah & Tanya jawab

F. MEDIA

1. Leaflet

H. RENCANA EVALUASI

1. Struktur

- a. Persiapan Media

Media yang akan digunakan dalam penyuluhan semuanya lengkap dan siap digunakan. Media yang akan digunakan adalah leaflet

- b. Persiapan Alat

Alat yang digunakan dalam penyuluhan sudah siap dipakai. Alat yang dipakai leaflet.

- c. Persiapan Materi

Materi yang akan diberikan dalam penyuluhan sudah disiapkan dalam bentuk makalah dan akan disajikan dalam bentuk *leaflet* untuk mempermudah penyampaian.

- d. Undangan atau Peserta

- e. Dalam penyuluhan ini pasien dan keluarga pasien di ruang C1 RSpAL Dr.Ramelan Surabaya

2. Proses Penyuluhan

- a. 60% peserta aktif mendengarkan materi yang disampaikan.

- b. Di dalam proses penyuluhan diharapkan terjadi interaksi antara penyuluh dan peserta.

- c. Peserta yang hadir diharapkan tidak ada yang meninggalkan tempat penyuluhan.

d. 20% peserta mengajukan pertanyaan mengenai materi yang diberikan.

3. Hasil penyuluhan

a. Jangka Pendek

- 1) 60% dari peserta dapat menjelaskan pengertian nyeri dengan benar
- 2) 60% dari peserta dapat melakukan terapi relaksasi genggam jari
- 3) 60% dari peserta dapat menyebutkan manfaat terapi relaksasi genggam jari

b. Jangka Panjang

Meningkatkan pengetahuan sasaran mengenai manfaat terapi relaksasi genggam jari

MATERI

A. Konsep Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensori yang dibawa oleh stimulus sebagai akibat adanya kerusakan jaringan (Mobalen et al., 2019). Sensasi nyeri yang dirasa tergantung pada persepsinya, dan persepsi setiap pasien terhadap nyeri berbeda-beda tergantung nilai ambang batas nyerinya. Sehingga respons terhadap nyeri juga berbeda-beda, ada yang berteriak, meringis dan lain-lain. Untuk mengatasi nyeri seseorang diperlukan penatalaksanaan manajemen nyeri dengan cara farmakologi dan non-farmakologi. Terapi non-farmakologi digunakan sebagai pendamping terapi farmakologi untuk mempersingkat episode nyeri yang hanya berlangsung beberapa detik atau menit

Manajemen nyeri mempunyai beberapa tindakan atau prosedur baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Prosedur secara farmakologis dilakukan dengan pemberian analgesik, yaitu untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri (Risnah et al., 2019). Sedangkan secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara relaksasi, teknik pernapasan, pergerakan atau perubahan posisi, masase, akupressur, terapi panas atau dingin, hypnobirthing, musik, dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*).

B. Konsep Relaksasi Genggam Jari

Salah satu jenis relaksasi yang digunakan dalam menurunkan intensitas nyeri setelah operasi adalah dengan relaksasi genggam jari yang mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan dan aliran energi di dalam tubuh kita. Menggenggam jari sambil mengatur napas (relaksasi) dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggam

jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi meridian (energy channel) yang terletak pada jari tangan kita.

Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara yang mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Di sepanjang jari-jari tangan kita terdapat saluran atau meridian energi yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi (Pinandita et al., 2019). Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara reflex (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar. Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (Risnah et al., 2019).

C. Cara Melakukan Relaksas Genggam Jari

Teknik relaksasi genggam jari dilakukan dengan cara menggenggam kelima jari satu persatu dimulai dari ibu jari hingga jari kelingking selama sekitar 2-3 menit. Sentuhan pada ibu jari dipercaya dapat meredakan kecemasan dan sakit kepala. Genggaman pada jari telunjuk dilakukan untuk meminimalisir frustrasi, rasa takut serta nyeri otot dan berhubungan langsung dengan ginjal. Jari tengah berhubungan erat dengan sirkulasi darah dan rasa lelah, sentuhan pada jari tengah menciptakan efek relaksasi yang mampu mengatasi kemarahan dan menurunkan tekanan darah serta kelelahan pada

tubuh. Sentuhan pada jari manis dapat membantu mengurangi masalah pencernaan dan pernafasan juga dapat mengatasi energy negatif dan perasaan sedih. Jari kelingking berhubungan langsung dengan organ jantung dan usus kecil. Dengan melakukan genggam pada jari kelingking dipercaya dapat menghilangkan rasa gugup dan stres

D. Manfaat Relaksasi Genggam Jari

Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energy pada meridian (energi channel) yang terletak pada jari tangan kita. Teknik relaksasi membuat pasien mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri. Relaksasi juga dapat menurunkan kadar hormone stress cortisol, menurunkan sumber-sumber depresi dan kecemasan, sehingga nyeri dapat terkontrol dan fungsi tubuh semakin membaik.

Lampiran 4

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NEHS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TAHUN 2022**

**KOLABORASI CHOLELITIASIS
& TERAPI RELAKSASI
GEMGAM JARI**

**Oleh :
Poppy Deninta Sari
Di Ruang CI
RSPAL dr.Ramelan Surabaya**

Kolelithiasis adalah pembentukan batu empedu pada saluran kandung empedu yang pada umumnya komposisi utamanya adalah kolesterol (lemak)

PENYEBAB

1. Infeksi kandung empedu
2. Usia yang bertambah
3. Kegemukan
4. Wanita
5. Diabetes militus
6. Makanan yang mengandung kolestrol
7. Kurang makan sayur

TANDA DAN GEJALA

1. Nyeri perut atas
2. Mual dan kadang muntah
3. Kandung empedu membesar dan nyeri

...PENTING...

- ♣ kurangi makanan berminyak dan berlemak
- ♣ banyak makan buah dan sayuran
- ♣ berolahraga ringan secara rutin, seperti jogging.

McAneny, D. (2019). Batu Empedu. *Surgical Clinics of North America*, 88(6), 1273–1294.

TERAPI RELAKSASI GENGAM JARI

Cara Relaksasi Genggam Jari



Langkah-langkah:

- Melakukan relaksasi genggam jari peganglah tiap jari mulai ibu jari selama 2-3 menit
- Lalu anda bisa menggunakan tangan yang mana saja
- Tarik nafas yang dalam dan lembut hembuskanlah nafas secara perlahan dengan teratur
- Ketika menarik nafas hiruplah dengan perasaan yang nyaman dan damai, harmonis.
- Ketika menghembuskan nafas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran
- Sekarang pikirkan perasaan yang nyaman dan damai sehingga anda hanya focus pada perasaan yang nyaman.

- **Ibu jari berhubungan dengan perasaan yang khawatir**



- **Jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan**



- **Jari tengah berhubungan dengan kemarahan**



- **Jari manis berhubungan dengan kesedihan**



- **Kelingking berhubungan dengan rendah hati dan kecil hati**



...Terima Kasih...

Pinandita, I., Purwanti, E., & Utoyo, B. (2019). Pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 8(1).

Lampiran 5

Analisa Jurnal PICO

Penurunan Skala Nyeri Pasien Post-Op Appendectomy Menggunakan Teknik Relaksasi Genggam Jari (Wati & Ernawati, 2020)

PICO	Uraian
Problem/Patient/ population	<p>Problem : mengeksplorasi manajemen nyeri pada pasien post operasi dengan mengalami keluhan nyeri akut setelah pengaruh obat anastesi yang hilang, nyeri akan bertambah dengan adanya suatu peradangan atau infeksi, hal itu membutuhkan adanya suatu teknik perawatan untuk mengurangi nyeri salah satunya dengan teknik relaksasi genggam jari.</p> <p>Patient : Pasien berjumlah 2 pasien post op appendectomy</p> <p>Population : di Ruang Nakula 3 RSUD K.R.M.T Wongsonegoro</p>
Intervension	Metode yang digunakan desain deskriptif dengan Pengukuran skala nyeri menggunakan Numeric Rating Scale (NRS).
Comparison Intervension	-
Outcome	<p>Hasil Penelitian menunjukkan :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Menggenggam jari mampu menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energy pada meridian yang ada pada jari-jari tangan. Intensitas nyeri akan mengalami perubahan akibat stimulasi relaksasi genggam jari yang telah mencapai otak2. Memegang jari mampu menghambat neurotransmitter implus nyeri akibat tindakan pembedahan (Appendectomy) bahwa memegang jari sambil relaksasi nafas dalam mampu mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosional.3. Teknik relaksasi genggam jari mampu menurunkan skala

	nyeri pada pasien post operasi appendectomy. Pemberian teknik relaksasi genggam jari hendaknya dapat menjadi terapi komplementer dalam manajemen nyeri. Terapi ini menjadi pilihan sebagai tindakan keperawatan mandiri untuk menurunkan skala nyeri pada pasien post operasi appendectomy
Time Element/Type of Study	Pengukuran skala nyeri menggunakan Numeric Rating Scale (NRS). Studi kasus ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan Evidence Based Nursing Practice

Kesimpulan :

Teknik relaksasi genggam jari mampu menurunkan skala nyeri pada pasien post operasi appendectomy. Pemberian teknik relaksasi genggam jari hendaknya dapat menjadi terapi komplementer dalam manajemen nyeri. Terapi ini menjadi pilihan sebagai tindakan keperawatan mandiri untuk menurunkan skala nyeri pada pasien post operasi appendectomy. Sebagai tenaga kesehatan dapat mengaplikasikan terapi relaksasi genggam jari sebagai terapi komplementer untuk menurunkan nyeri pada hari pertama pasien post operasi Appendectomy.

Referensi :

Wati, F., & Ernawati, E. (2020). Penurunan Skala Nyeri Pasien Post-Op Appendectomy Menggunakan Teknik Relaksasi Genggam Jari. *Ners Muda*, 1(3), 200. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i3.6232>

Lampiran 6

	Standar Operasional Prosedur (SOP) Teknik Relaksasi Napas Dalam
Pengertian	<p>Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah.</p>
Tujuan	<p>Tujuan teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.</p>
Prosedur Tindakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan yang tenang 2. Usahakan tetap rileks dan tenang 3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3 4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks 5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali 6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan 7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks 8. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam 9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri 10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang 11. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali 12. Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat