

**PENERAPAN TERAPI *SLOW DEEP BREATHING* PADA PASIEN Tn. P
POST OP LAPAROSCOPY CHOLELITHIASIS
UNTUK MENGURANGI NYERI**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh:

CHRISTINA PUTRI APRILIANI

40902100019

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2024

**PENERAPAN TERAPI *SLOW DEEP BREATHING* PADA PASIEN Tn. P
POST OP LAPAROSCOPY CHOLELITHIASIS
UNTUK MENGURANGI NYERI**

Karya Tulis Ilmiah

**Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**



Disusun Oleh:

CHRISTINA PUTRI APRILIANI

40902100019

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2024**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 16 Juli 2024



(Christina Putri Apriliani)
NIM 40902100019



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula pada

Hari Senin

Tanggal 13 Mei 2024



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Kamis tanggal 16 Mei 2024 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 16 Juli 2024

Tim Penguji,

Penguji I

(Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep.,Sp. Kep. MB)

NIDN: 0627088403

Penguji II

(Ns. Indah Sri Wahyuningasih, M.Kep)

NIDN. 0615098802

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



(Dr. Iwan Ardan, SKM.,M.Kep)

NIDN.0622087403

KATA PENGANTAR



Alhamdulillah robbil'amin, segala puji dan syukur bagi Allah SWT, yang telah memberikan rahmat, karunia, dan ridho-Nya, sehingga penulis telah diberi kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Penerapan Terapi *Slow Deep Breathing* Pada Pasien Tn.P Post Op Laparoscopy Cholelithiasis”. Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian., SKM.,M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp.Kep.An selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
4. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep selaku Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah sabar membimbing dan memberi pengarahan pada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp. Kep. MB selaku Dosen Penguji yang telah menguji dalam ujian KTI dengan sabar dan memberi masukan yang bermanfaat.
6. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf Fakultas Keperawatan yang telah memberi bekal ilmu pengetahuan kepada penulis selama menempuh studi.
7. Kedua orang tua dan saudaraku, bapak Hadi Nuryanto dan ibu Endah Setyowati, adikku Firlana Arga Saputra yang selalu mendoakan dan mendukung sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.

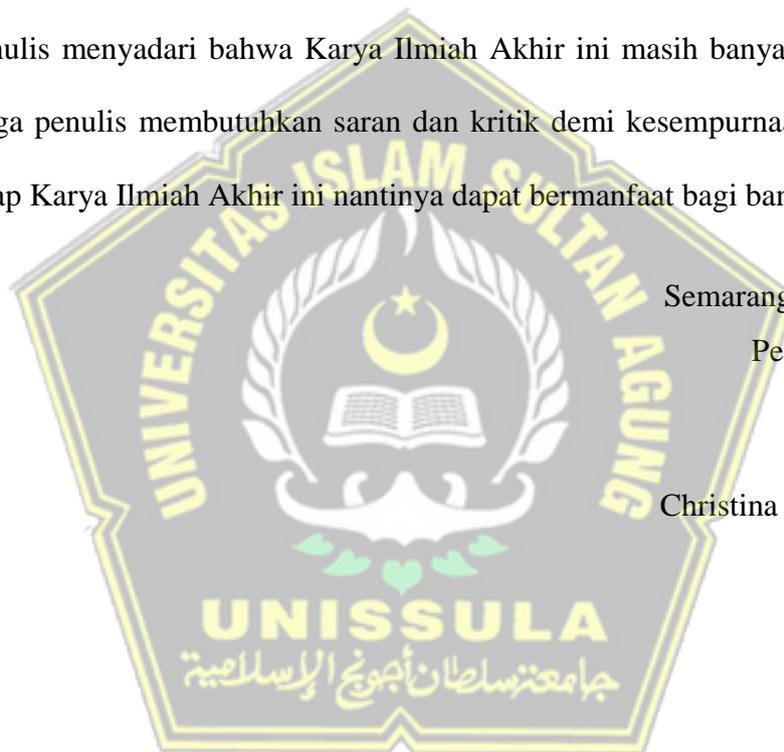
8. Teman terdekat saya Imam Wahyudi yang selalu memberi semangat, memotivasi dan dukungan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Sahabat terbaikku Arinda, Arvinda, Shinta, Dinda yang sudah menyemangati
10. Teman saya satu bimbingan dan teman-teman D3 Keperawatan angkatan 2021 yang saling mendukung dan menyemangati.
11. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya tugas akhir yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan, sehingga penulis membutuhkan saran dan kritik demi kesempurnaannya. Penulis berharap Karya Ilmiah Akhir ini nantinya dapat bermanfaat bagi banyak pihak.

Semarang, 13 Mei 2024

Penulis

Christina Putri Apriliani



**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
MEI 2024**

ABSTRAK

Christina Putri Apriliani

**PENERAPAN *TERAPI SLOW DEEP BREATHING* PADA PASIEN Tn. P
POST OP LAPAROSCOPY CHOLELITHIASIS UNTUK MENGURANGI
NYERI**

62 halaman

Latar Belakang : Cholelithiasis adalah suatu penyakit adanya batu yang terdapat didalam kandung empedu atau saluran empedu atau keduanya. Laparoscopy dimana tindakan pembedahan dengan penyayatan kecil untuk memasukkannya alat yang dinamakan laparoskop. Proses pembedahan pada dasarnya menyebabkan nyeri. Kondisi tersebut peranan perawat sangat penting untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan keluhan nyeri post operasi yang bertujuan untuk mengurangi tingkat nyeri. Salah satunya dengan menerapkan terapi slow deep breathing untuk mengurangi nyeri pada pasien setelah dilakukannya operasi.

Tujuan : Menggambarkan asuhan keperawatan dengan penerapan terapi *slow deep breathing* untuk mengurangi nyeri pada pasien post op laparoscopy cholelithiasis.

Metode : Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah descriptive study. Penyajian data disajikan secara tekstural atau narasi yang disertai dengan ungkapan verbal dari responden yang merupakan data pendukungnya.

Hasil : Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan menerapkan terapi slow deep breathing selama 3 hari, nyeri pada pasien dapat berkurang menjadi skala nyeri 3.

Kesimpulan : Penulis memberikan *terapi slow deep breathing* untuk mengurangi nyeri selama 3 hari, sehingga didapatkan hasil yaitu pasien mengatakan nyeri berkurang ditandai dengan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan melaporkan nyeri terkontrol.

Saran : Menerapkan *terapi slow deep breathing* sebagai salah satu tindakan operasional yang diaplikasikan pada pasien post op laparoscopy cholelithiasis dengan keluhan nyeri.

Kata kunci : Nyeri, post operasi, *slow deep breathing*

Daftar Pustaka : 29 (2017-2023)

**STUDY PROGRAM OF NURSING DIII FACULTY OF NURSING
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
MAY 2024**

ABSTRACT

Christina Putri Apriliani

**APPLICATION OF SLOW DEEP BREATHING THERAPY IN PATIENTS
Tn.P POST OP LAPARASCOPY CHOLELITHIASIS TO REDUCE PAIN**

62 pages

Background: Cholelithiasis is a disease of stones in the gallbladder or bile duct or both. Laparoscopy is a surgical procedure with a small incision to insert a device called a laparoscope. The surgical process basically causes pain. In this condition, the role of nurses is very important in providing nursing care to patients with complaints of post-operative pain which aims to reduce the level of pain. One of them is by applying *slow deep breathing* therapy to reduce pain in patients after surgery.

Objective: To describe nursing care using *slow deep breathing* therapy to reduce pain in post-op laparoscopy cholelithiasis patients.

Method: The method used in writing this scientific paper is descriptive study. The presentation of data is presented textually or narratively, accompanied by verbal expressions from respondents which constitute the supporting data.

Results: After nursing care using *slow deep breathing* therapy for 3 days, the patient's pain was reduced to pain scale 3.

Conclusion: The author gave *slow deep breathing* therapy to reduce pain for 3 days, so that the results were obtained, namely that the patient said the pain had decreased, indicated by complaints of decreased pain, decreased grimaces, and reported controlled pain.

Suggestion: Apply *slow deep breathing* therapy as one of the operational measures applied to post op laparoscopy cholelithiasis patients who complain of pain.

Keywords: Pain, post operation, *slow deep breathing*

Bibliography : 29 (2017-2023)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	vii
<i>ABSTRACT</i>	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Penyakit Cholelithiasis	7
1. Cholelithiasis.....	7
2. Nyeri.....	17
3. Slow Deep Breathing	21
B. Konsep Dasar Keperawatan	23
1. Pengkajian	23
2. Diagnosa Keperawatan.....	27
3. Intervensi Keperawatan.....	33
4. Implementasi Keperawatan	37
5. Evaluasi	37
C. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI/SOP PPNI	38
1. Pengertian <i>Slow Deep Breathing</i>	38
2. Indikasi <i>Slow Deep Breathing</i>	39
3. Prosedur <i>Slow Deep Breathing</i>	39

BAB III METODE PENULISAN.....	40
A. Rancangan Studi Kasus	40
B. Subyek Studi Kasus.....	40
C. Fokus Studi.....	40
D. Definisi Operasional.....	40
E. Tempat dan Waktu	41
F. Instrumen Studi Kasus	41
G. Metode Pengumpulan Data	42
H. Analisis dan Penyajian Data.....	43
I. Etika Studi Kasus	44
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	46
A. Hasil Studi Kasus	46
1. Pengkajian	46
2. Analisa Data	55
3. Diagnosa Keperawatan.....	56
4. Intervensi Keperawatan.....	56
5. Implementasi	58
6. Evaluasi	62
B. Pembahasan	66
1. Pengkajian	66
2. Diagnosa Keperawatan.....	68
3. Intervensi Keperawatan.....	73
4. Implementasi Keperawatan	76
5. Evaluasi Keperawatan	83
C. Keterbatasan Studi Kasus.....	87
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	88
A. Simpulan.....	88
B. Saran.....	89
DAFTAR PUSTAKA	91
LAMPIRAN.....	94

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Cholelithiasis	10
Gambar 2.2 Skala Numerik Rating Scale.....	20
Gambar 2.3 Skala Verbal Rating.....	21



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Konsultasi

Lampiran 2. Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 3. Surat Kesiadaan Membimbing

Lampiran 4. Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 5. Asuhan Keperawatan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Batu empedu, kadang-kadang disebut sebagai *cholelithiasis*, adalah kelainan yang mempengaruhi daerah kandung empedu atau saluran empedu. Salah satu gangguan pencernaan yang timbul akibat ketidakseimbangan kimiawi cairan empedu dan menyebabkan endapan di kantong empedu. (Nurjannah, 2021)

Kandung empedu ialah organ dalam yang terletak pada bagian kanan perut tepat berada di bawah hati. Cholelithiasis atau disebut (batu empedu) memiliki 3 macam jenis antara lain batu kolesterol, batu campuran dan batu pigmen atau (batu bilirubin). Kandung empedu sendiri mempunyai fungsi yaitu menyimpan dan memekatkan empedu. (Jiw et al., 2023)

Hal tersebut sangatlah penting yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Namun penyebab dari terjadinya batu empedu yaitu karena banyaknya kolesterol, banyaknya bilirubin yang terdapat didalam empedu dan didalamnya tidak sepenuhnya kosong, dapat dikatakan tidak sepenuhnya kosong apabila cairan empedu mengeras dan dan menjadi batu. Fungsi dari empedu sendiri adalah untuk melepaskan cairan yang berasal dari organ hati. (Wibowo, 2020)

Adapun angka kejadian pada penyakit Cholelithiasis Amerika Serikat terdapat sekitar 20 juta orang, pada setiap tahunnya ada kenaikan 1,3% dengan keluhan nyeri akut. Prevalensi pada negara barat sekitar 10-15% dan

pada negara Asia lebih rendah 3-15% dari negara barat. (Jiw et al., 2023). Prevalensi sekitar 3,2% pada orang yang tinggal di Jepang, 10,7% di Tiongkok, 7,1% di India Utara, dan 5,0% di Taiwan. (Saputro, 2021)

Beberapa faktor resiko pada cholelithiasis diantaranya yaitu berat badan, pola makan, umur, jenis kelamin, kegiatan fisik, dan ras. Selain itu adanya perkembangan seperti diabetes melitus, hipertriglisieridemia, asupan alkohol, intoleransi glukosa, resistensi insulin, diet tinggi glikemik, penggunaan obat-obat tertentu dan kehamilan, semuanya juga berkontribusi terhadap penyakit tersebut. (Dewi et al., 2024). Adapun tanda dan gejala diantaranya mual, muntah, nyeri pada daerah perut kanan atas, perubahan warna pada urine maupun feses. Namun seseorang yang menginjak berumur di atas 40 tahun memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit Cholelithiasis dibandingkan pada orang yang beumur lebih muda, karena terjadi adanya peningkatan pelepasan kolesterol melalui empedu yang disesuaikan bertambahnya penuaan. (Jiw et al., 2023)

Pengobatan cholelithiasis bisa dilakukan dengan proses secara bedah ataupun non bedah. Tindakan dengan cara bedah bisa dilakukan dengan cara kolesistektomi, ada 2 macam antara lain kolesistektomi terbuka (laparatomi) dan kolesistektomi laparoskopik. Laparatomi ialah tindakan pembedahan terbuka yang dilakukan dengan penyayatan pada dinding abdomen, sedangkan laparoskopik adalah tindakan pembedahan dengan penyayatan kecil untuk memasukkannya alat yang dinamakan laparoskopik. (Afriani, 2023). Sedangkan tindakan dengan cara non bedah bisa dilakukan dengan cara batu

empedu dilarutkan dengan ESWL (*Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy*), MTBE (*Methyl Tert Butyl Ether*), dan ERCP (*Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography*). (Wibowo, 2020).

Masalah keperawatan yang timbul setelah dilakukan tindakan pembedahan salah satunya yaitu nyeri akut. Nyeri akut merupakan suatu perasaan yang ada kaitannya dengan kerusakan jaringan nyata ataupun fungsional dimana terjadi secara cepat pada berbagai macam luka, nyeri tersebut dialami dalam kurun waktu cepat sekitar kurang dari 3 bulan yang bersifat mendadak atau lambat dengan intensitas ringan bahkan berat (Latifah, 2022). Nyeri akut biasanya nyeri yang dialami oleh pasien yang setelah dilakukan tindakan pasca operasi sehingga mengakibatkan terganggunya kemampuan pasien dalam beraktivitas gerak. Nyeri adalah suatu kondisi dimana merasakan sensasi ketidaknyamanan atau tidak menyenangkan dimana sifatnya individu dan hanya pasien yang dapat menjelaskan penderitaan rasa nyeri yang dirasakan. (Utami & Khoiriyah, 2020).

Peranan perawat sangatlah penting dalam mengatasi pasien yang mengalami masalah kesehatan terutama setelah dilakukan tindakan operasi, adanya timbul nyeri yang dialami pasien merupakan suatu sensasi yang semua dirasakan oleh pasien setelah operasi. Adapun hal yang dapat perawat berikan salah satunya yaitu terapi *Slow Deep Breathing* untuk menurunkan intensitas nyeri. *Slow Deep Breathing* ialah salah satu teknik secara sadar bernapas perlahan dan dalam yang dapat dilakukan melalui metode relaksasi.

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan penulis, kondisi pasien pada Tn. P dengan *post op Laparoscopy Cholelithiasis*, pasien mengatakan nyeri pada daerah perut bagian atas, pasien mengatakan merasa nyeri saat bergerak pada bekas luka operasi, pasien mengatakan kesulitan untuk bergerak karena nyeri luka post operasi, pasien mengatakan kadang merasa mual. Sehingga tindakan yang dilakukan untuk mengatasi tingkat nyeri yaitu dengan memberikan terapi nonfarmakologis seperti terapi *slow deep breathing*.

Oleh sebab itu berdasarkan penjelasan diatas, maka penulis tertarik pada hal tersebut untuk menerapkan terapi *slow deep breathing* pada pasien *post op Laparoscopy Cholelithiasis* untuk mengurangi nyeri.

B. Rumusan Masalah

Menurut latar belakang yang telah penulis uraikan dan rangkai, maka itu penulis ingin mempelajari lebih dalam tentang “Bagaimana Penerapan Terapi *Slow Deep Breathing* Pada Pasien Tn. P Post Op *Laparoscopy Cholelithiasis* Untuk Mengurangi Nyeri di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang?”

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Tujuan keseluruhan karya tulis ilmiah ini guna memberikan asuhan keperawatan dengan terapi *Slow Deep Breathing* pada pasien post operasi *Laparoscopy Cholelithiasis* di Ruang Baitussalam 1.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat menjelaskan konsep dasar *Cholelithiasis* meliputi definisi, penyebab, tanda dan gejala klinis, patofisiologi, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan medis.
- b. Mampu menjelaskan konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan *Cholelithiasis* meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi keperawatan, serta evaluasi dengan pemberian terapi *Slow Deep Breathing*.
- c. Mampu menggambarkan asuhan keperawatan dengan penerapan terapi *Slow Deep Breathing* pada pasien Tn. P Post op Laparoscopy *Cholelithiasis*.

D. Manfaat Studi Kasus

Manfaat dari penelitian karya tulis ilmiah ini, diharapkan untuk:

1. Masyarakat

Mendidik pengetahuan masyarakat tentang penerapan terapi *Slow Deep Breathing* untuk mengurangi nyeri.

2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Memperluas cakupan ilmu pengetahuan dan teknologi terapan di bidang keperawatan tentang penerapan terapi *Slow Deep Breathing* untuk mengurangi nyeri.

3. Penulis

Memperoleh keahlian dalam melaksanakan perawatan keperawatan, khususnya untuk penerapan terapi *Slow Deep Breathing* kepada pasien pasca operasi Laparoscopy Cholelithiasis.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Cholelithiasis

1. Cholelithiasis

a. Pengertian

Cholelithiasis ialah penyakit batu empedu yang terdapat pada saluran empedu. Cholelithiasis merupakan adanya suatu batu kristal yang terdapat di kantung empedu atau dalam saluran empedu. Batu empedu didefinisikan juga sebagai adanya endapan pada empedu, seperti kolesterol, bilirubin, kalsium, protein serta garam empedu. Batu empedu mempunyai 3 bentuk berbeda diantaranya batu empedu, batu bilirubin atau batu pigmen dan batu campuran. Kantung empedu letaknya berada dibawah hati, daerah perut pada bagian atas tepatnya dibawah hati. (Safitriani, 2021).

Terbentuknya batu empedu terjadi adanya endapan batu kristal mendarat di kantung empedu dan mengakibatkan peradangan dan infeksi kantung empedu. (Saputro, 2021).

b. Penyebab

Belum diketahui pasti apa penyebab spesifik batu empedu. Namun sejumlah faktor yang mempengaruhi seperti:

- 1) Faktor Presipitasi (faktor yang tidak dapat diubah)

a) Umur

Peningkatan usia berdampak terhadap meningkatnya risiko terkena batu empedu.

b) Jenis Kelamin Perempuan

Wanita lebih jarang mengalami risiko batu empedu kolesterol dibandingkan pada pria. Perempuan memiliki hormon estrogen, penambahan batu empedu tersebutlah dapat di akibatkan oleh hormon estrogen dan progesteron sehingga menambahnya sekresi kolesterol.

c) Keturunan

Menurut penelitian pada kembar identik, 25% batu empedu kolesterol keturunan disebabkan oleh faktor genetik.

2) Faktor Predisposisi (Faktor yang dapat diubah)

a) Faktor Metabolik

Selain memiliki kolesterol tinggi dan mengandung air, HCO_3 , garam empedu, dan pigmen empedu, cairan empedu juga mendorong berkembangnya batu. Namun tidak ditemukan hubungan antara empedu dan kolesterol darah.

b) Peradangan

Dari proses inflamasi menyebabkan bervariasinya kandungan cairan empedu, sehingga meningkatkan keasaman empedu dan menurunkan kelarutan kolesterol.

c) Statis Bilier

Ketika cairan empedu stagnan, mengakibatkan air diserap ke dalam kapiler yang membuat jumlah garam empedu meningkat dan merubah pada kelarutan kolesterol.

d) Obesitas

Obesitas dapat terjadi karena adanya peningkatan sekresi empedu kolestrol. (Lelimarna & Antauri, 2023)

c. Patofisiologi

Kantung empedu terletak dibawah hati, daerah perut bagian atas tepatnya pada dibawah lobus kanan hepar. Empedu terbentuk di organ hati, empedu disimpan di kantung empedu melalui saluran kistik.

Kantung empedu ketika dirangsang untuk mengosongkan makanan dilambung dan duodenum, maka empedu akan berkontraksi lalu mengosongkan kembali lewat saluran kistik, kemudian menuju saluran empedu lewat ampula vater, dan setelah itu ke bagian kedua dari duodenum.

Batu kolestrol terbentuk karena adanya sekresi kolestrol yang berlebihan oleh sel-sel pada hati dan adanya gangguan pengosongan kandung empedu. Pada batu pigmen, bilirubin di organ hati memiliki konsentrasi bilirubin yang tinggi dari ukuran normal. Lalu bilirubin tersebut akan mengkristal dan membentuk batu. Organ empedu sebenarnya steril, karena adanya suatu kondisi yang tidak biasa maka empedu memungkinkan terkena bakteri.

Komplikasi dan gejala akibat cholelithiasis terjadi saat batu menghalangi pada saluran kistik, empedu maupun keduanya. Maka obstruksi pada saluran kistik mengakibatkan nyeri empedu. Hal ini disebut juga dengan cholelithiasis. Cholelithiasis terjadi karena adanya zat tertentu dalam empedu dimana konsentrasinya mendekati batas pada kelarutannya. (Wibowo, 2020)

d. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Cholelithiasis
Sumber: (Safitriani, 2021)

e. Manifestasi Klinik

Berikut penderita Cholelithiasis mungkin menunjukkan gejala dan tanda yakni:

- 1) Terdapat rasa nyeri yang menjalar ke bahu kanan dan punggung dari area perut kuadran kanan atas.
- 2) Sebagian orang yang terkena akan merasa nyeri berkepanjangan dan bukan hanya sesaat.
- 3) Merasa mual, muntah disertai demam
- 4) Icterus

Tersumbatnya pada aliran empedu ke duodenum disebabkan dan timbul seperti empedu yang tidak lagi dialirkan ke duodenum malah diserap oleh darah sehingga mengakibatkan kulit dan selaput lendir menjadi kuning.

- 5) Warna urine dan feses berubah

Adanya ekskresi pigmen empedu oleh ginjal yang akan membuat urine berubah warna menjadi keruh atau gelap. Adapun juga tinja akan berubah warna menjadi abu-abu dan mengental setelah pigmen empedu hilang.

- 6) Terjadinya regurgitasi gas

Pada regurgitasi inilah dapat berupa flatulensi dan sendawa

- 7) Adanya defisiensi vitamin

Penyumbatan aliran empedu dapat mengganggu absorpsi vitamin yang larut pada lemak (A,D,E,K). Maka dari itu penderita mungkin

menunjukkan tanda-tanda kekurangan vitamin tersebut jika penyumbatan saluran empedu berlangsung dalam jangka waktu panjang. Pada defisiensi vitamin K bisa mengganggu terjadi pembekuan pada darah yang sehat. (Eva, 2020)

f. Klasifikasi

Klasifikasi pada Cholelithiasis dibedakan menjadi 3 antara lain meliputi: (Wibowo, 2020)

1) Batu Kolesterol

Dimana terdapat kandungan 70% zatnya tersusun dari kristal kolesterol, sedangkan sisanya berupa kalsium karbonat dan kalsium bilirubin. Batu ini berukuran besar, berbentuk bulat atau oval, dan berwarna kuning pucat. Kolesterol ini yang merupakan salah satu unsur utama pembentukan dari batu empedu yang sifatnya tidak larut air.

2) Batu Pigmen (Batu Bilirubin)

Pada batu ini terdapat kandungan 25% kolesterol. Ukuran kecil dan warnanya yang hitam kecoklatan. Batu-batu ini terbentuk apabila pigmen tidak terkonjugasi di dalam empedu yang mengalami pengendapan.

3) Batu Campuran

Batu tersebut adalah perpaduan antara batu kolesterol dan batu pigmen, yang berwarna coklat tua.

g. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan cholelithiasis dibedakan menjadi 2 yaitu tindakan bedah dan tindakan non bedah. (Afriani, 2023)

1) Tindakan bedah

a) Kolesistektomi laparoskopik

Laparoskopi ialah tindakan pembedahan dengan penyayatan kecil untuk memasukkannya alat yang dinamakan laparoskopik.

b) Kolesistektomi terbuka (laparatomi)

Laparotomi ialah tindakan pembedahan terbuka yang dilakukan dengan penyayatan pada dinding abdomen. Tindakan pembedahan tersebut merupakan salah satu penanganan untuk penderita cholelithiasis simtomatik.

2) Tindakan non bedah

a) ESWL (*Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy*)

ESWL ialah litotripsi gelombang kejut listrik dimana tindakan yang dilakukan dengan cara pemecahan batu dengan gelombang suara.

b) ERCP (*Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography*)

ERCP ialah tindakan yang dilakukan dengan cara endoskopi ditempatkan ke dalam mulut, kerongkongan, lambung dan usus halus. Sebuah selang yang terletak di sfingter Oddi akan memungkinkan zat kontras radioopak masuk ke saluran empedu.

c) Disolusi medis

Tindakan ini dilakukan dengan cara penghancuran batu dengan diberikannya obat – obat melalui oral atau yang dinamakan dengan *Oral Dissolution Therapi*. (Eva, 2020)

h. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien cholelithiasis terdiri atas :

1) Tes Radiologi

Pemeriksaan ini adalah pemeriksaan foto perut sederhana yang tidak menghasilkan gambaran khas, karena hanya sekitar 10 hingga 15% batu kandung empedu yang bersifat kardioopak. Terkadang jika kandung empedu menyimpan cairan yang kalsiumnya tinggi masih bisa dilihat menggunakan foto polos.

2) Tes Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tidak menunjukkan adanya kelainan pada batu kandung empedu yang tidak menunjukkan gejala.

3) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Batu kandung empedu dan dilatasi saluran empedu dapat dideteksi dengan tingkat spesifisitas dan sensitivitas yang tinggi menggunakan pengujian ultrasonografi. Dilakukannya pemeriksaan ultrasonografi guna melihat oedema yang disebabkan oleh peradangan atau pembengkakan dinding kandung empedu akibat fibrosis.

4) Kolesistografi

Kolesistografi mempunyai kontras yang baik karena mudah digunakan, terjangkau, dan tepat dalam melihat batu radiolusen, jadi dapat dilakukan dalam hal menghitung jumlah dan ukuran batu. Pemeriksaan kolesistografi mungkin tidak berhasil ketika pada pasien dengan ileus parolitik, muntah, penyumbatan pilorus, atau hepatitis, sebab kontrasnya tidak dapat mencapai hati atau jantung.

5) *Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERC)*

Pemeriksaan ini adalah salah satu cara efektif yang berguna mengidentifikasi batu saluran empedu.

6) Gambar Perut Sederhana

Pemeriksaan ini dilakukan dengan menyatakan tampilan radiologis (klasifikasi) batu empedu, klasifikasi dinding atau pembesaran kandung empedu.

i. **Komplikasi**

Beberapa komplikasi yang terjadi pada penyakit Cholelithiasis yaitu: (Jumiyati, 2022)

1) Kolesistitis Akut

Kolesistitis akut yang berhubungan dengan batu empedu mempengaruhi 90-95% pasien dengan kolik bilier parah yang disebabkan oleh penyumbatan saluran kistik. Namun jika penyumbatan terus lanjut, maka kandung empedu akan terjadi

distensi, peradangan dan bengkak. Dimana rasa nyeri pada area perut sebagai salah satu tanda gejalanya.

2) Kolesistitis Kronik

Kolesistitis ini adalah inflamasi adanya kolik bilier atau rasa ketidaknyamanan akibat penyumbatan berulang pada saluran kistik. Dimana gejala yang muncul yaitu adanya nyeri konstan selama satu hingga lima jam, disertai kembung, muntah, dan mual.

3) Koledokolitiasis

Koledokolitiasis terjadi ketika terdapat penyumbatan sementara dan pemeriksaan laboratorium normal akibat adanya batu di saluran empedu, yang mana disebut juga common bile duct (CBD). Dimana dengan gejala yang timbul yaitu warna urin yang gelap dan kabur, penyakit kuning serta kolik bilier.

4) Kolangitis

Ialah infeksi pada bakteri ascenden yang disertai dengan obstruksiduktus bilier. Dimana gejala yang dialami antara lain: demam, nyeri kudran kanan atas atau epigastrium, dan ikterik yang dapat disebut dengan *trias charcot*.

5) Kanker Kandung Empedu

Pada pasien yang mengalami batu empedu umumnya berisiko tinggi terkena penyakit kanker batu empedu tersebut. Gejala yang dialami hampir sama dengan penyakit Cholelithiasis antara lain adanya rasa sakit pada perut, demam serta ikterus.

2. Nyeri

a. Pengertian Nyeri

Nyeri dikenal sebagai ekspresi peristiwa sensorik dan emosional yang menyakitkan. Hal ini diakibatkan karena rusaknya jaringan tubuh yang sudah ada atau yang mungkin terjadi. Respon nyeri terjadi ketika suatu jaringan mengalami cedera ataupun kerusakan yang mengakibatkan terlepasnya senyawa yang dapat merangsang nyeri. (Latifah, 2022)

b. Penyebab Nyeri

Menurut SDKI (2018), penyebab nyeri akut antara lain :

- 1) Agen pencedera fisiologis (peradangan, lasemia, dan neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (luka bakar dan iritasi kimia)
- 3) Agen pencedera fisik (abses, amputasi, luka bakar, terpotong, angkat berat, operasi persalinan, trauma, dan aktivitas fisik berlebihan).

c. Klasifikasi Nyeri

Adapun nyeri dapat digolongkan menjadi beberapa antara lain:

- 1) Menurut Lamanya
 - a) Nyeri akut diartikan sebagai rasa nyeri yang hanya timbul pada fase penyembuhan. Dalam waktu kurang dari enam bulan, rasa sakitnya akan mereda.
 - b) Nyeri kronis ialah nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu lama, sering berulang bahkan terus-menerus, dan mengganggu

fungsi tubuh. Rasa sakit berlangsung setidaknya selama enam bulan.

2) Menurut Asalnya

- a) Nyeri kulit atau disebut juga kutaneus yakni rasa nyeri yang asalnya dari lapisan subkutan atau kulit. Seperti, luka sayatan yang sangat menyakitkan.
- b) Nyeri visceral didefinisikan sebagai ketidaknyamanan yang berasal dari daerah kranial, toraks, atau perut. Terkadang, rasa tidak nyaman yang hebat disertai sensasi terbakar, gatal, atau menekan, tampaknya juga menyebar

3) Berdasarkan Lokasinya

- a) Nyeri penyinaran yaitu dimana nyeri yang berasal dari tempat tersebut dan menjalar ke jaringan di sekitarnya. Misalnya, nyeri area dada, bahu kiri, dan lengan semuanya berhubungan dengan nyeri jantung.
- b) Nyeri alih adalah rasa tidak nyaman yang dialami jauh dari area jaringan. Misalnya, kulit yang jauh dari organ yang menimbulkan rasa tidak nyaman mungkin mengalami nyeri perut bagian dalam.
- c) Nyeri neuropatik terjadi akibat cedera saat ini atau di masa lalu pada sistem saraf pusat atau saraf tepi. (Umaht et al., 2021).

d. Mekanisme Nyeri

Nosisepsis yaitu kata yang dipakai untuk menggambarkan pengiriman nyeri yang wajar dan pembacaannya. Nosisepsis adalah cara menyalurkan data tentang kerusakan, inflamasi, atau resiko kegagalan pada selaput ke medula spinalis dan otak. Nosisepsis memiliki 4 tahap diantaranya yaitu:

- 1) Transduksi : sistem saraf yang berguna mengganti rangsang sakit dipuncak saraf menjadi stimulan.
- 2) Transmisi : stimulan mengalir dari tempat asalnya ke otak.
- 3) Persepsi : dimana otak memahami dan bereaksi pada sakit
- 4) Modulasi : badan menjalankan respon inhibitor yang yang dibutuhkan dari pengaruh sakit. (Latifah, 2022)

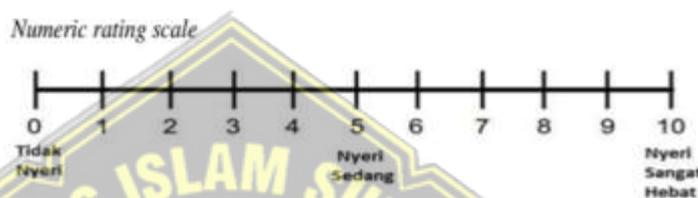
e. Pengukuran Skala Nyeri

1) Derajat Nyeri

Penilaian tingkat nyeri dapat dilakukan melalui bermacam-macam cara, adapun cara sederhana dalam memutuskan tingkat nyeri bersifat kualitatif antara lain :

- a) Nyeri ringan : nyeri yang mereda ketika tidur dan hilang timbul pada saat melakukan kegiatan sehari-hari.
- b) Nyeri sedang : nyeri yang hilang hanya saat tidur dan timbul terus menerus ketika aktivitas serta mengganggu keadaan pasien beraktivitas.

- c) Nyeri berat : ketidaknyamanan yang dirasakan pasien sepanjang hari meskipun pasien dalam keadaan tidur maupun tidak tidur.
- 2) *Numeric Rating Scale* (NRS) bisa juga disebut dengan Skala Penilaian Numerik, dimana skala yang mengukur nyeri pada skala 0 sampai 10, digunakan sebagai pengganti alat deskripsi kata.



Gambar 2.2 Skala Numerik Rating Scale

Keterangan :

Skala 0 : tidak nyeri

Skala 1-3 : nyeri ringan. Pasien mampu berbicara dan memahami.

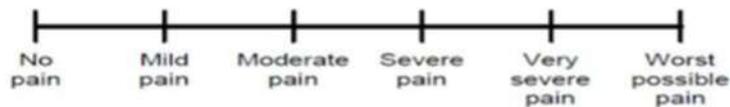
Skala 4-6 : nyeri sedang. Pasien mampu mengarahkan tempat nyeri, dapat mendiskripsikannya, serta mematuhi perintah.

Skala 7-9 : nyeri berat. Kadang-kadang pasien tidak mampu mematuhi perintah namun tetap mampu bereaksi terhadap rangsangan, mampu menentukan tempat nyeri, mendiskripsikannya, dan menolak terganggu oleh aktivitas santai.

Skala 10 : nyeri sangat berat. Ketidakmampuan pasien dalam berbicara atau merespon.

- 3) Skala Verbal Rating Scale (VRS). Skala ini menggambarkan derajat nyeri dengan menggunakan kata-kata. Kekurangan dari

skala tersebut karena adanya keterbatasan kata, maka tidak mampu membedakan berbagai jenis nyeri.



2.3 Gambar Skala Verbal Rating

Gambar 2.3 Skala Verbal Rating

Sumber : (Latifah, 2022)

3. Slow Deep Breathing

a. Definisi

Slow Deep Breathing yaitu teknik relaksasi yang digunakan secara sadar untuk mengatur pernafasan secara dalam dan lambat. Relaksasi napas yang dilakukan dengan cara memejamkan mata dan nafas perut disertai nafas pelan, berirama, dan nyaman. (Latifah, 2022)

b. Tujuan

Sementara itu terapi *Slow Deep Breathing* mempunyai tujuan untuk meringankan kerja pernafasan serta mencapai ventilasi yang lebih terkontrol, dapat mengurangi kecemasan, juga dapat menghasilkan respon relaksasi dengan merelaksasikan otot, melambatkan frekuensi pernafasan, serta juga mengurangi intensitas nyeri.

c. Mekanisme

Slow deep breathing termasuk relaksasi yang digunakan untuk mengurangi rasa sakit, sebab dapat mengurangi kerja saraf simpatis

dengan meningkatkan inhibitory pusat rhythms yang dapat berakibat pada menurunnya hasil akhir simpatis. Pada pengurangan output (keluaran) sistem saraf simpatis dapat mengurangi hasil hormon epineprin yang diterima melalui reseptor alfa dan menstimulus otot polos dari pembuluh darah sehingga terjadi vasodilatasi dan penurunan tekanan perifer. Ketika peregangan terdapat pemanjangan serat otot dan mengurangi jumlah transmisi implus saraf yang mencapai otak, dari respon peregangan dibuktikan dengan berkurangnya denyut jantung dan nafas serta menurunnya tingkat nyeri.

Pada saat tarik nafas relaksasi jaringan paru-paru mendapat sinyal penghambat atau pencegahan, yang mana mengakibatkan reseptor relaksasi beradaptasi secara perlahan. (Latifah, 2022)

d. Prosedur

Tahap-tahap melakukan terapi Slow Deep Breathing antara lain sebagai berikut :

- 1) Memposisikan pasien dengan nyaman mungkin
- 2) Lalu letakkan kedua tangan diatas perut
- 3) Kemudian anjurkan pasien untuk mengambil nafas lewat hidung dengan pelan dalam waktu 3 detik
- 4) Selama waktu 3 detik tersebut nafas ditahan terlebih dahulu
- 5) Setelah itu kerutkan bibir, secara perlahan keluarkan nafas lewat mulut
- 6) Selanjutnya ulangi langkah satu sampai dengan lima

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Langkah pertama dalam proses keperawatan adalah pengkajian. Dimana data yang didapat dikumpulkan secara menyeluruh dan metodis. Sementara itu, ada beberapa metode untuk melakukan pengkajian, seperti: wawancara, observasi, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang. Tujuan dari pengkajian sendiri yaitu agar mendapatkan data dan menghasilkan suatu informasi dasar dari pasien. (Rahayu, 2019).

Keluhan utama yang didapatkan adalah nyeri pada ulu hati tepatnya daerah perut atas. Metode PQRST dapat digunakan untuk penilaian nyeri yang lebih menyeluruh.

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Identitas dimana terdiri atas nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, tempat tinggal, tanggal dan tempat lahir.

2) Identitas Penanggung jawab Pasien

Adapun identitas penanggung jawab yang meliputi antara lain: nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, tempat tinggal serta hubungan dengan pasien.

b. Keluhan Utama

Hal keluhan atau hal utama yang dialami pasien ketika melakukan pengkajian. Hal yang dirasakan biasanya adalah rasa nyeri pada daerah

perut, kuadran kanan atas, rasa mual muntah. Keluhan utama yang didapatkan adalah nyeri pada ulu hati tepatnya daerah perut atas. Dengan memanfaatkan metode PQRST memungkinkan penilaian nyeri yang lebih menyeluruh.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Saat Ini

Dimana merupakan suatu pengembangan diri dari keluhan utama yang dikeluhkan pasien terutama pada rasa nyeri dengan melalui pendekatan PQRST. Dimana P (Provokatif) ialah fokus utama pada keluhan pasien, Q (Quality atau kualitas) ialah bagaimana nyeri yang dirasakan pasien, R (Regional) ialah dimana letak atau lokasi yang dirasakan, S (Skala) ialah penilaian pada derajat skala nyeri yang dimulai dari 1-10, T (Time) ialah keadaan yang memperberat letak atau yang dirasakan pasien.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Selanjutnya adalah menilai apakah pasien mempunyai riwayat penyakit sebelumnya atau memiliki kondisi yang sama.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kemudian yaitu periksa selanjutnya tentang apakah terdapat riwayat penyakit cholelithiasis pada keluarga pasien.

4) Pemeriksaan Fisik

Kemudian ketika pasien datang maka dilakukan pengkajian sebagai berikut:

a) Pemeriksaan Umum

Dimana tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, denyut nadi, dan RR) diukur dan tingkat kesadaran dinilai.

b) Pemeriksaan Fisik Head To Toe

i. Kepala

Bentuk kepala mesocephal, adakah benjolan, dan warna rambut

ii. Mata

Mengkaji apakah bentuk simetris, penglihatan normal

iii. Hidung

Mengkaji apakah bentuk hidung simetris, adakah lesi, adakah polip

iv. Telinga

Mengkaji apakah pendengaran baik, bentuk apakah simetris, adakah lesi, adakah serumen

v. Mulut dan tenggorokan

Mengkaji apakah gigi bersih, adakah sariawan, mukosa bibir, adakah luka, gangguan menelan, adakah pembesaran tiroid dan vena jugularis

vi. Dada

Periksa kesimetrisan dada, adanya retraksi dinding dada, adanya bunyi napas tambahan (seperti mengi atau ronki),

adanya bunyi jantung tambahan (seperti murmur), adanya takipnea, atau dispnea.

vii. Abdomen

Kaji perut apakah ada tanda-tanda pembesaran, rasakan nyeri, distensi, atau massa, dan mendengarkan suara bising usus. Pada penderita cholelithiasis biasanya merasakan rasa tidak nyaman di perut bagian kanan atas.

viii. Genitalia

Kaji adakah saluran anus, adakah edema skrotum, serta kebersihan daerah genital.

ix. Ekstremitas

Mengkaji dengan cara periksa mobilitas tangan dan kaki, ukur kekuatan otot, dan rasakan adanya benjolan atau massa.

5) Fokus Pengkajian

a) Aktivitas dan Istirahat

Mengkaji aktivitas sehari-hari, adakah kesulitan dalam beraktivitas.

b) Nutrisi

Kaji terkait pola makan, porsi, nafsu makan, adakah anoreksia, mual dan muntah.

c) Eliminasi

Mengkaji adakah konstipasi, perubahan pada bising usus, adanya distensi pada abdomen.

d) Nyeri atau Ketidaknyamanan

Kaji terkait dengan keluhan nyeri, terjadi peningkatan nyeri ketika beralih posisi.

e) Aspek Psikologi

Mengkaji evaluasi keadaan emosi, pengetahuan tentang penyakit, dan suasana hati.

f) Aspek Penunjang

a. Hasil Tes Laboratorium

b. Hasil Pemeriksaan Radiologi

c. Obat-obatan, therapy yang diberikan sesuai dengan anjuran dokter.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah salah satu tahap proses keperawatan yang mana berkaitan dengan evaluasi klinis terhadap respons seseorang, keluarga, kelompok, dan komunitas terhadap masalah kesehatan yang nyata atau yang dibayangkan. Dimana pada tahap ini landasan untuk memilih intervensi keperawatan dalam mencapai hasil yang menjadi tugas perawat disediakan pada tahap ini. (Sianipar, 2020). Masalah keperawatan yang ada pada pasien post op cholelithiasis sesuai Kriteria

Diagnostik Keperawatan Indonesia pada Pokja PPNI DPP SDKI (2018),
sebagai berikut:



a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0007)

Definisi

Pengalaman baik sensorik atau emosional akibat kerusakan jaringan bersifat tiba-tiba atau bertahap dengan skala ringan hingga berat dan dalam waktu selama kurang dari tiga bulan.

Penyebab

- 1) Agen Pencedera Fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen Pencedera Kimiawi (pembakaran, bahan kimia, iritan)
- 3) Agen Pencedera Fisik (abses, amputasi, prosedur operasi trauma)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif :

- 1) Mengeluh Nyeri

Objektif :

- 1) Tampak Meringis
- 2) Bersikap Protektif
- 3) Gelisah
- 4) Peningkatan frekuensi nadi
- 5) Sulit Tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Tidak Ada

Objektif :

- 1) Peningkatan tekanan darah
- 2) Perubahan pola nafas
- 3) Perubahan pada nafsu makan
- 4) Terganggunya proses berfikir
- 5) Menarik diri
- 6) Fokus pada diri sendiri

Kondisi Klinis Terkait

- 1) Kondisi Pembedahan
- 2) Cedera Traumatis
- 3) Infeksi
- 4) Sindrom Coroner Akut
- 5) Glaucoma

b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)**Definisi**

Pembatasan rentang gerak mandiri dari satu atau lebih pada ekstremitas.

Penyebab

- 1) Rusaknya integritas struktur tulang
- 2) Perubahan metabolisme
- 3) Ketidakbugaran Fisik
- 4) Menurunnya kendali otot

- 5) Penurunan massa otot
- 6) Berkurangnya kekuatan otot
- 7) Program pembatasan gerak
- 8) Nyeri
- 9) Kecemasan
- 10) Keengganan Melakukan Pergerakan

Tanda Gejala Mayor

Subjektif :

- 1) Dikatakan mengalami kesulitan dalam menggerakkan ekstremitasnya

Objektif :

- 1) Penurunan kekuatan otot
- 2) Penurunan rentang gerak (ROM)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif :

- 1) Nyeri ketika gerak
- 2) Tidak mau melakukan gerakan
- 3) Rasa cemas ketika gerak

Objektif :

- 1) Persendian terasa kaku

- 2) Pergerakan yang tidak sesuai
- 3) Mobilitas yang terbatas
- 4) Lemah secara fisik

Kondisi Medis Terkait

- 1) Stroke
- 2) Cedera Medula Spinalis
- 3) Trauma
- 4) Fraktur
- 5) Osteoarthritis
- 6) Osteomalasia
- 7) Keganasan

c. Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)

Definisi

Kemungkinan terjadi serangan organisme patogen yang meningkat.

Factor Resiko

- 1) Penyakit kronis
- 2) Efek prosedur infasive
- 3) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- 4) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - a. Gangguan peristaltic
 - b. Rusaknya integritas kulit
 - c. Ketuban pecah lama
 - d. Ketuban pecah sebelum waktunya

- 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
 - a. Penurunan hb
 - b. Imununosupresi
 - c. Leukopenia
 - d. Supresi respon inflamasi

Kondisi Klinis Terkait

- 1) AIDS
- 2) Luka bakar
- 3) Penyakit paru obstetric kronis
- 4) DM
- 5) Tindakan invasive
- 6) Ketuban pecah sebelum waktunya
- 7) Kanker

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan ialah suatu pendekatan terstruktur yang digunakan dalam proses keperawatan untuk panduan aktivitas perawat dalam rangka guna membantu, menyelesaikan masalah, meringankan dan memenuhi kebutuhan pasien. (Eva, 2020). Intervensi keperawatan dimana tahap-tahap ini yang dikerjakan berdasarkan keahlian dan penilaian klinis untuk memperoleh hasil yang diinginkan. (PPNI, 2019).

Intervensi asuhan keperawatan untuk mendiagnosa nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik, bertujuan untuk menurunkan tingkat nyeri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam

dan diharapkan tingkat nyeri menurun sesuai kriteria hasil yang dinyatakan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, nyeri terkontrol dilaporkan.

Adapun intervensi yang muncul antara lain:

a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077)

Intervensi asuhan keperawatan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, memiliki tujuan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :

- 1) Penurunan keluhan nyeri
- 2) Meringis menurun
- 3) Melaporkan nyeri terkontrol.

Intervensi keperawatan : Manajemen Nyeri (I.08238)

Tindakan

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- 2) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik

- 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi Slow Deep Breathing)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat tidur

Edukasi

- 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 2) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
(terapi *Slow Deep Breathing*)

Kolaborasi

1. Pemberian analgesik yang terkoordinasi

b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)

Intervensi asuhan keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, memiliki tujuan yaitu setelah di lakukannya tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat sesuai dengan standar berikut:

- 1) Gerakan terbatas menurun
- 2) Kelemahan fisik berkurang
- 3) Nyeri berkurang

Intervensi Keperawatan: Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Tindakan**Observasi**

- 1) Identifikasi masalah fisik apa pun, seperti nyeri
- 2) Identifikasi toleransi fisik terhadap pergerakan

Terapeutik

- 1) Libatkan keluarga pasien untuk membantu lebih banyak bergerak

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan proses yang terlibat dalam mobilisasi.
- 2) Berikan latihan mobilisasi dasar (misalnya duduk di sisi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke kursi).

c. Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif (D.1042)

Intervensi asuhan keperawatan pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, memiliki tujuan yaitu setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Kemerahan menurun
- 2) Nyeri berkurang

Tindakan Keperawatan : Pencegahan infeksi (I.14539)

Tindakan**Observasi**

- 1) Monitor indikasi dan tanda infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

- 1) Tetapkan batasan jumlah pengunjung
- 2) Mencuci tangan sebelum dan sesudah berinteraksi dengan pasien dan lingkungan pasien
- 3) Pertahankan metode aseptik saat menangani pasien

Edukasi

- 1) Jelaskan gejala dan indikasi infeksi
- 2) Ajarkan cara memeriksa keadaan luka setelah operasi

3) Anjurkan peningkatan asupan nutrisi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi secara sederhana diartikan dengan pelaksanaan atau penerapan. Implementasi merupakan deskripsi pada perilaku yang diharapkan pasien atau prosedur keperawatan yang harus ditindak lanjuti perawat sesuai dengan yang direncanakan. (Hidayat & Dirdjo, 2021)

Slow Deep Breathing ialah terapi relaksasi untuk mengontrol pernafasan secara perlahan dan dalam. Dimana memberi pengaruh bagi pasien terhadap nyeri sehingga dapat mengurangi skala nyeri, merileksasikan otot, dan membawa ketenangan. (Sembiring et al., 2022)

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah suatu proses sistematis dan berkesinambungan yang melibatkan pasien dan praktisi kesehatan lainnya dalam membandingkan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditentukan. Tujuan utama evaluasi sendiri yaitu guna memastikan apakah pasien dapat memenuhi tujuan sesuai dengan standar kriteria hasil dari tahap perencanaan. (Eva, 2020).

Perencanaan keperawatan dikatakan berhasil apabila memenuhi kriteria hasil Tim Pokja SLKI, antara lain sebagai berikut :

a. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0007)

Kriteria hasil

Luaran : Tingkat Nyeri (L.08066)

1) Keluhan nyeri menurun

- 2) Meringis menurun
- 3) Melaporkan nyeri terkontrol

b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)

Kriteria hasil

Luaran : Dukungan Mobilisasi (L.05042)

- 1) Program pembatasan gerak menurun
- 2) Kelemahan fisik menurun
- 3) Nyeri menurun

c. Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif (D.1042)

Kriteria hasil

Luaran : Tingkat Infeksi (L.14137)

- 1) Kemerahan menurun
- 2) Nyeri menurun

C. Tindakan Keperawatan Sesuai SIKI/SOP PPNI

1. Pengertian *Slow Deep Breathing*

Slow Deep Breathing dikenal sebagai terapi relaksasi secara sadar guna memperlambat pernafasan yang dalam. (Putri & Nurhidayati, 2022). *Slow deep breathing* memiliki tujuan antara lain untuk mengurangi intensitas nyeri, mengurangi kecemasan, merelaksasikan otot serta mengurangi kerja pernapasan untuk mencapai ventilasi yang terkontrol. (Latifah, 2022)

2. Indikasi *Slow Deep Breathing*

Indikasi pemberian terapi *Slow Deep Breathing* adalah pasien pasca operasi, pasien dengan tekanan darah (hipertensi), pasien nyeri akibat cedera maupun pasien yang mengalami kesemasan. Sehingga dengan melakukan relaksasi *slow deep breathing* ini dapat memberi pengaruh kepada pasien pada nyeri yang dialami, sehingga dapat menurunkan tingkat nyeri, merileksasikan otot, serta memberi ketenangan pada pasien. Berdasarkan hal ini menunjukkan bahwa menurunnya tingkat nyeri setelah diberikan pengobatan terapi *Slow Deep Breathing*, sebab teknik napas dalam dan lambat dapat membuat perasaan menjadi rileks. (Putri & Nurhidayati, 2022)

3. Prosedur *Slow Deep Breathing*

Adapun tahapan dalam melakukan terapi *Slow Deep Breathing* antara lain yaitu: (Latifah, 2022)

- a. Memposisikan pasien dengan nyaman mungkin.
- b. Lalu letakkan kedua tangan diatas perut
- c. Kemudian pasien dianjurkan untuk mengambil nafas lewat hidung dengan tenang selama 3 detik
- d. Selama waktu 3 detik tersebut nafas ditahan terlebih dahulu.
- e. Setelah itu kerutkan bibir, secara perlahan keluarkan nafas lewat mulut
- f. Selanjutnya ulangi langkah satu sampai dengan lima.

BAB III

METODE PENULISAN

A. Rancangan Studi Kasus

Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan pendekatan penelitian deskriptif. Penulis mengelola pasien post op laparoscopy cholelithiasis menggunakan pengobatan dengan penerapan terapi *Slow Deep Breathing* untuk meringankan nyeri.

B. Subyek Studi Kasus

Penerapan studi kasus ini, penulis mengaplikasikan pada pasien dewasa dengan nama Tn. P berusia 42 tahun dan berjenis kelamin laki-laki yang mengalami cholelithiasis saat menjalani perawatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

C. Fokus Studi

Fokus studi yang digunakan oleh penulis adalah penerapan terapi slow deep breathing pada pasien post op laparoscopy cholelithiasis untuk mengurangi nyeri.

D. Definisi Operasional

1. *Slow Deep Breathing* merupakan salah satu terapi relaksasi yang dilakukan dengan sadar guna mengatur pernafasan dengan secara dalam dan lambat. Pada terapi ini dilakukan dengan memejamkan mata dan nafas perut disertai dengan nafas yang pelan serta nyaman. (Latifah, 2022).

2. Cholelithiasis adalah penyakit batu empedu penyakit batu empedu yang terdapat pada saluran empedu. Dimana adanya suatu batu kristal yang terdapat pada kandung empedu atau dalam saluran empedu. Batu empedu didefinisikan juga sebagai adanya endapan pada empedu, seperti kolesterol, bilirubin, kalsium, protein serta garam empedu. Batu empedu mempunyai 3 jenis yaitu batu empedu, batu bilirubin atau batu pigmen dan batu campuran. Kandung empedu terletak dibawah hati, daerah perut bagian atas tepatnya pada dibawah lobus kanan hepar. (Safitriani, 2021)
3. Post Laparoscopy adalah suatu tindakan pembedahan dimana dengan dilakukan penyayatan kecil untuk memasukkannya alat yang dinamakan dengan laparoscopi. (Afriani, 2023)
4. Nyeri merupakan suatu keadaan dimana merasakan sensasi ketidaknyamanan atau tidak menyenangkan yang sifatnya individu hanya pasien tersebutlah yang bisa menjelaskan rasa nyeri yang dialami. (Utami & Khoiriyah, 2020)

E. Tempat dan Waktu

Penerapan studi kasus ini, penulis mengaplikasikan tindakan keperawatan di Ruang Baitussalam 1 RS Islam Sultan Agung Semarang pada tanggal 20 – 22 Februari 2024.

F. Instrumen Studi Kasus

Instrumen pada studi kasus ini menggunakan format pengkajian keperawatan medikal bedah, dimana dengan cara melakukan wawancara dan

observasi secara langsung pada pasien dengan menanyakan identitas, keluhan utama, kesehatan saat ini, kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga guna memperoleh informasi terkait kesehatan pasien sehingga dengan data yang didapat akan menghasilkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan tersebut akan mengarahkan penulis untuk melakukan tindakan keperawatan sampai dengan evaluasi sesuai dengan pasien.

G. Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan penulis pada studi kasus ini menggunakan observasi dan wawancara langsung dengan pasien atau keluarga untuk mengumpulkan data pendukung. Bukan hanya itu, penulis juga mengumpulkan informasi dari rekam medis pasien mengenai terapi yang pasien jalani, hasil tes laboratorium serta radiologi.

Pada pengumpulan data yang dilakukan oleh penulis dapat melalui tahap-tahap antara lain:

1. Penulis meminta surat pengantar dari fakultas sebelum melakukan studi kasus di RSI Sultan Agung Semarang.
2. Penulis meminta izin kepada tim pendidikan dan pelatihan RSI Sultan Agung Semarang untuk melakukan studi kasus setelah mendapat surat pengantar dari fakultas.
3. Selanjutnya setelah mendapat persetujuan dari bagian Pelayanan Pendidikan dan Pelatihan Rumah Sakit, penulis menemui penanggung jawab ruangan Baitussalam 1 RS Islam Sultan Agung Semarang untuk

mengajukan permohonan studi kasus yang akan penulis lakukan selama 3 hari.

4. Setelah mendapat ijin dari pihak penanggung jawab ruangan Baitussalam 1 RS Islam Sultan Agung Semarang, maka penulis memilih pasien berdasarkan karakteristik responden yakni pasien yang dilakukan tindakan prosedur pasca operasi dan mengeluh nyeri saat mendapat perawatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
5. Selanjutnya penulis memberikan informed consent kepada responden
6. Persetujuan pasien dan keluarga untuk berpartisipasi dalam studi kasus, memungkinkan penulis untuk mengevaluasi tingkat nyeri pasien sebelum memberikan terapi *slow deep breathing*.
7. Kemudian setelah memperoleh data evaluasi yang komprehensif, penulis mulai menerapkan terapi *slow deep breathing* selama 3 hari pemberian dengan rincian : hari pertama dilakukan pengkajian dan memberikan terapi *slow deep breathing* dan diulang dua hari selanjutnya.
8. Setelah terapi *slow deep breathing* diterapkan kepada pasien selama tiga hari maka penulis melakukan dokumentasi.

H. Analisis dan Penyajian Data

Analisa data dilaksanakan penulis sejak berada dilapangan sewaktu pengumpulan data hingga data terkumpul. Cara menggunakan pendekatan ini melibatkan penyajian fakta, dilanjutkan dengan data dieksplorasi secara konseptual dan perbandingan data dengan temuan-temuan penelitian

sebelumnya. Teknik dengan menarasikan jawaban-jawaban penulis studi diperoleh melalui wawancara. Selain itu, teknik observasi juga dilakukan penulis untuk mengetahui keadaan responden secara langsung. Dimana akan menghasilkan data dan sebagai rekomendasi dalam tindakan keperawatan.

Penyajian data disesuaikan dengan studi kasus deskriptif. Dalam penerapan studi kasus ini, penulis menggunakan pernyataan verbal responden sebagai bukti pendukung beserta catatan temuan pemeriksaan untuk menyampaikan data secara tekstural atau naratif.

I. Etika Studi Kasus

Etika studi pada kasus ini, penulis menentukan etika studi kasus sebelum melaksanakan rencana tindakan yang dibuat. Adapun beberapa etika studi kasus dalam keperawatan antara lain: (Yusri, 2020).

1. Otonomi (*Autonomy*)

Dalam penelitian ini penulis harus mempunyai prinsip otonomi dimana keyakinan pada diri sendiri dalam mengambil keputusan dengan berfikir secara logis

2. Berbuat baik (*Beneficence*)

Penulis harus menerapkan prinsip berbuat baik kepada pasien, hal ini dilakukan untuk sebagai upaya pencegahan dari kesalahan, kejahatan serta menghindari konflik ataupun masalah.

3. Keadilan (*Justice*)

Prinsip keadilan dimana seorang penulis tidak membeda-bedakan pasien, dalam bekerja memberikan asuhan keperawatan sesuai hukum, standar praktek dalam memperoleh kualitas layanan keperawatan.

4. Kerahasiaan dihormati (*Confidentiality are respected*)

Informasi tentang pasien akan dirahasiakan oleh penulis, hanya data spesifik yang akan dibagikan sebagai temuan studi kasus.

5. Kejujuran (*veracity*)

Penulis harus memiliki sifat jujur dengan mengatakan kebenaran.



BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

Pada bab ini penulis akan membahas tentang penerapan terapi *Slow Deep Breathing* untuk mengurangi nyeri pada pasien post op *Laparoscopy Cholelithiasis* di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang yang dilakukan selama 3 hari melalui proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dimulai pada tanggal 20 – 22 Februari 2024.

1. Pengkajian

a. Data Umum

1) Identitas Pasien

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 20 Februari 2024 pada pukul 20.30 WIB di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Pasien bernama Tn. P berusia 42 tahun seorang laki-laki. Pasien beragama Islam dan bertempat tinggal di Belungwetan Rt.08/Rw.06 Sambongbangi Kradenan Grobogan, pasien bekerja sebagai serabutan dengan pendidikan terakhir SMP. Pasien berasal dari suku Jawa dan merupakan Warga Negara Indonesia, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 19 Februari 2024 pada pukul 12.00 WIB dengan diagnosa medis cholelithiasis.

Penanggung jawab bernama Ny. S merupakan istri dari pasien yang berusia 42 tahun seorang perempuan, beragama Islam dan bertempat tinggal di Belungwetan Rt.08/Rw.06 Sambongbangi Kradenan Grobogan, bekerja sebagai ibu rumah tangga dengan pendidikan terakhir SD. Ny. S juga berasal dari suku Jawa dan merupakan Warga Negara Indonesia.

2) Status Kesehatan Saat Ini

a) Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada ulu hati. Alasan pasien masuk rumah sakit adalah pasien mengatakan datang ke Rumah Sakit terdekat untuk memeriksakan keadaannya karena nyeri pada ulu hati, dari hasil USG terdapat batu pada daerah empedu, sehingga dirujuk ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Pasien mengatakan lama keluhan yang pasien rasakan nyeri kurang lebih sekitar 2 bulan lama timbulnya keluhan bertahap dan upaya yang dilakukan pasien untuk mengatasi masalah adalah dengan istirahat dan kompres hangat.

3) Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dimasa lalu, pasien pernah mengalami kecelakaan, pasien sebelumnya tidak pernah dirawat di Rumah Sakit, tidak

mempunyai riwayat alergi makanan maupun obat-obatan, pasien mengatakan sudah diberikan imunisasi lengkap.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara, bapak dari pasien sudah meninggal hanya ada ibu. Pasien memiliki satu anak yang berjenis kelamin laki-laki. Pasien tinggal serumah dengan istri dan anaknya. Istri pasien merupakan anak keempat dari lima bersaudara, kedua orang tua istri pasien sudah meninggal. Pasien mengatakan istrinya pernah mengalami riwayat penyakit mastitis dan sudah dioperasi, saat ini anggota keluarga pasien tidak ada yang sedang mengalami sakit.

5) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien mengatakan rumah dan lingkungan sekitar rumah selalu bersih karena selalu dibersihkan setiap hari dan aman, tidak ada terjadinya bahaya.

b. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)

1) Pola Persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

Persepsi pasien sebelum sakit yaitu pasien mengatakan kesehatan adalah suatu hal yang penting bagi dirinya dan keluarganya, pasien mengatakan sebelumnya tidak tahu tentang penyakitnya dan menganggap hanya sakit ringan yang lama kelamaan akan sembuh. Persepsi pasien saat sakit yaitu pasien

mengatakan kesehatan adalah suatu hal yang penting bagi pasien dan keluarganya, pasien mengatakan akan lebih menjaga kesehatannya, pasien mengatakan sudah tau tentang penyakitnya, dirinya hanya bisa berdoa untuk kesembuhannya saat ini.

2) Pola eliminasi

Eliminasi feses sebelum sakit, pasien mengatakan BAB 2 kali dalam sehari, berwarna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat serat berbau khas feses. Namun selama perawatan, pasien mengatakan belum BAB sama sekali. Eliminasi urine sebelum sakit, pasien mengatakan BAK 4-8 kali dalam sehari, berwarna kuning jernih, berbau khas urin. Ketika selama dirawat, pasien mengatakan BAK 4-5 kali dalam sehari, berwarna kuning pekat dan berbau khas urin.

3) Pola Aktivitas dan Latihan

Aktivitas pasien sebelum sakit, pasien mengatakan aktivitas mengerjakan pekerjaan sebagai serabutan tidak ada masalah. Namun selama perawatan, pasien mengatakan hanya terbaring di bed dan aktivitas dibantu oleh istrinya. Pasien tidak terpasang kateter. Pasien juga mengatakan jarang melakukan kegiatan olahraga.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Istirahat dan tidur pasien sebelum sakit, pasien mengatakan tidurnya teratur biasanya sehari tidur 6-8 jam, tidur nyaman dan tidak ada kesulitan dalam tidur. Selama dirawat pasien tidur dalam sehari 3-4 jam, pasien kesulitan tidur karena merasakan nyeri, kadang terbangun saat malam hari dan tidur tidak nyenyak.

5) Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasien sebelum sakit, pasien mengatakan makan 3 kali dalam sehari, 1 porsi dengan nasi, lauk dan sayuran. Pasien tidak ada makanan pantangan, tidak ada kesulitan dalam menelan maupun mengunyah makanan, BB 57 kg, dan untuk pola minum dalam sehari mampu menghabiskan 1 liter air putih. Selama dirawat, pasien mengatakan makan sehari 3 kali, porsi tidak habis dengan bubur, pasien mengatakan makannya mengalami penurunan, cepat merasa kenyang walaupun hanya sedikit, pasien kadang merasa mual dan mengalami penurunan berat badan.

6) Pola Kognitif-Perseptual Sensori

Pasien sebelum sakit, pasien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan maupun pendengaran, tidak memiliki gangguan dalam ingatan. Selama dirawat, pasien mengatakan nyeri pada bekas luka setelah operasi. P : nyeri saat digerakkan,

Q : seperti senut-senut, R : nyeri pada bagian perut atas, S : skala 6, T : nyeri hilang timbul.

7) Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

Pasien mengatakan ingin sembuh dan bisa pulang dari Rumah Sakit, pasien mengatakan bahwa dirinya menerima penyakit yang dideritanya dan menjalani harinya seperti saat sebelum sakit, Tn. P mengatakan seorang laki-laki dan kepala rumah tangga.

8) Pola Mekanisme Koping

Pasien mengatakan dalam memutuskan masalah selalu bermusyawarah dengan istrinya, dan pasien mengatakan sebisa mungkin selalu menyelesaikan masalahnya dengan cepat.

9) Pola seksual-Reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada masalah dan gangguan dalam hubungan seksual, dan pasien selama melakukan aktivitas hubungan seksual tidak ada permasalahan.

10) Pola Peran-Berhubungan Dengan Orang Lain

Pasien sebelum sakit, mampu berkomunikasi baik dengan sesama, orang terdekat pasien adalah istrinya, anak dan keluarganya. Selama dirawat, pasien berkomunikasi baik dengan perawat maupun sesama teman di satu kamarnya.

11) Pola Nilai dan Kepercayaan

Nilai dan kepercayaan pasien sebelum sakit, pasien mengatakan rajin melaksanakan ibadah. Selama sakit pasien dalam beribadah dibantu dengan istrinya.

c. Pemeriksaan Fisik

Pasien dalam keadaan composmentis, penampilan lemah, pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD : 99/68 mmHg, S : 36°C, Nadi: 80x/menit, RR: 20x/menit.

Bentuk kepala mesocephal, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, rambut bersih berwarna hitam, raut wajah tampak tegang menahan nyeri. Kedua mata simetris, kemampuan penglihatan baik, konjungtiva anemis. Hidung bersih, lubang hidung simetris, tidak ada lesi, dan tidak ada polip. Kedua telinga simetris, pendengaran baik, tidak ada lesi, dan tidak terdapat serumen. Mulut dan tenggorokan tidak terdapat sariawan, gigi bersih, mukosa bibir kering, tidak ada luka, tidak ada gangguan menelan, tampak meringis kesakitan, dan tidak ada pembesaran vena jugularis.

Pemeriksaan dada yang pertama yaitu jantung bentuk simetris kanan dan kiri, irama jantung teratur, tidak ada pembesaran jantung, tidak ada nyeri tekan, ictus cordis tidak teraba, suara sonor, terdengar suara jantung lup dup.

Pemeriksaan paru-paru, pengebangn dada simetris, tidak ada lebam, tidak ada nyeri tekan, suara sonor, dan terdengar suara vesikuler.

Pemeriksaan abdomen, simetris, terdapat luka bekas operasi, nyeri tekan pada area perut bekas luka operasi, suara timpani, bising ususng 15x/menit.

Pemeriksaan Genitalia, tampak bersih dan tidak terpasang kateter. Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah, warna kulit sawo matang, tidak ada edema, kuku utuh, pendek dan bersih, capillary refill kurang dari 2 detik, kekuatan otot kanan dan kiri normal, koordinasi gerak baik, dan terpasang infus ring as 30 tpm di tangan kiri.

d. Data Penunjang

1) Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan pasien yaitu pemeriksaan laboratorium pada tanggal 19 Februari 2024. Dilakukan pemeriksaan hematologi meliputi darah rutin 1, hemoglobin dengan hasil 13.2, (nilai rujukan 13.2-17.3 g/Dl), hematokrit dengan hasil 42.1, (nilai rujukan 33.0-45.0 %), leukosit dengan hasil 7.54, (nilai rujukan 3.80-10.60 ribu/UL), trombosit dengan hasil 406, (nilai rujukan 150-440 ribu/UL), golongan darah/Rh dengan hasil O/positif. PPT, PT dengan hasil 10.2, (nilai rujukan 9.3-11.4 detik), PT (kontrol) dengan

hasil 12.7, (nilai rujukan 9.3-12.7 detik). APTT dengan hasil 27.4, (nilai rujukan 21.8-28.4 detik), APTT (kontrol) dengan hasil 22.1, (nilai rujukan 20,7-28.1 detik). KIMIA KLINIK, glukosa darah sewaktu dengan hasil 87, (nilai rujukan <200 mg/DL), ureum dengan hasil 23, (nilai rujukan 10-50 mg/DL), creatinin dengan hasil 0.81, (nilai rujukan 0.70-1.30 mg/DL), SGOT (AST) dengan hasil 22, (nilai rujukan 0-50 U/L), SGPT (ALT) dengan hasil H 53, (nilai rujukan 0-50 U/L), bilirubin total dengan hasil H 1.30, (nilai rujukan 0.1-1.0 mg/DL), Bilirubin direk-indirek, bilirubin direk dengan hasil H 0.76, (nilai rujukan <0.2 mg/DL).

Pemeriksaan Radiologi meliputi Thorax besar dengan hasil radiografi thorax, cor : bentuk dan letak jantung normal, pulmo : corakan bronchovaskuler tampak normal, tak tampak bercak maupun nodul pada kedua lapangan paru. Diafragma dan sinus costophrenikus kanan kiri baik, tak tampak lesi litik, sklerotik maupun destruksi pada os seapula dan os clavícula yang tervisualisasi, kesan . cor tak membesar, pulmo tak tampak kelainan. USG Abdomen denga hasil fatty liver grade 1 disertai acube hepatic infalmmation, multipel cholelithiasis ukuran terbesar 1,08 cm disertai cholecystitis, tidak tampak gambaran batu dan tanda tanda obstruksi di ginjal kanan kiri, cystitis, gambaran massa kistik ukuran 2,57 x 2,32 x 1,67 cm di

regio hipokondrium kanan (caput pancreas), DD :
peripancreatic pseudocyst lien, prostat dalam batas normal.

2) Diit

Pasien mengatakan diit yang diperoleh pasien adalah berupa bubur.

3) Therapi

Therapi yang didapat oleh pasien meliputi infus ring as 30 tpm, cefoperazone 2 x 1 gr, Sulbactam, VIT K 10 mg 1x1, asam tranex 3x1, paracetamol 3x1, dextetoprofen 2 ampul, ondan 4 mg.

2. Analisa Data

Data yang ditemukan pada analisa data pertama pada tanggal 20 Februari 2024 pukul 20.30 WIB. Didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada daerah luka bekas operasi. P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q: senut-senut, R: perut bagian atas, S: skala 6, T: nyeri hilang timbul. Data objektif, pasien nampak meringis menahan nyeri, TD: 99/68 mmHg, Nadi: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 36°C, Spo2: 98%. Sehingga dari hasil analisa data didapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu **Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik.**

Analisa data yang kedua pada tanggal 20 Februari 2024 pada pukul 20.30 WIB. Didapatkan data subjektif, Tn. P mengatakan takut untuk banyak gerak karena nyeri sehingga Tn. P meminta bantuan istrinya. Data objektif, pasien tampak lemah terlihat dapat beraktivitas dengan bantuan

keluarga. Sehingga dari hasil analisa data didapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu **Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri**.

Analisa data yang ketiga pada tanggal 20 Februari 2024 pada pukul 20.30 WIB. Didapatkan data subjektif, Tn. P mengatakan merasa nyeri pada luka post op. Data objektif, pasien tampak lemah, tampak terdapat luka post op yang tertutup rapat oleh balutan perban, tidak ada kemerahan pada sekitar area luka. Sehingga dari hasil analisa data di dapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu **Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif**.

3. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data yang telah dilakukan didapat fokus diagnosa keperawatan pertama yaitu Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077). Didapatkan fokus diagnosa keperawatan yang kedua yaitu Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054). Di dapatkan fokus diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif (D.0142).

4. Intervensi Keperawatan

Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun dari skala 6 menjadi skala 3, meringis menurun, melaporkan nyeri terkontrol. Intervensi manajemen nyeri dengan meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan

memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu dengan memberikan terapi *Slow Deep Breathing*, fasilitasi istirahat tidur, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi *Slow Deep Breathing*), kolaborasi pemberian analgetik.

Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, nyeri menurun. Dengan intervensi dukungan mobilisasi yang meliputi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : kemerahan menurun, nyeri menurun. Intervensi keperawatan pencegahan infeksi dengan meliputi monitor tanda dan gejala infeksi, batasi jumlah pengunjung, pertahankan teknik aseptik pada pasien, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka post op, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

5. Implementasi

Intervensi telah disusun berdasarkan masalah, kemudian dilakukan implementasi sebagai tindak lanjut pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. P. Implementasi untuk diagnosa pertama yaitu Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik dilakukan pada tanggal 20 Februari 2024.

Implementasi hari pertama pada tanggal 20 Februari 2024 pukul 20.30 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri. Diperoleh data subjektif pasien mengatakan nyeri diperut bagian atas bekas luka operasi, P : nyeri saat bergerak, Q: seperti senut-senut, R: perut bagian atas, S: skala nyeri 6, T: hilang timbul. Didapatkan data objektif pasien tampak meringis. Selanjutnya pada pukul 20.35 WIB memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu terapi Slow Deep Breathing, diperoleh data subjektif pasien mengatakan merasakan nyeri, dan didapatkan data objektif pasien bersedia diberikan terapi Slow Deep Breathing.

Implementasi untuk diagnosa kedua yaitu Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri pada pukul 20.45 WIB dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri pada perut bagian atas bekas luka operasi, P: nyeri saat bergerak, Q: seperti senut-senut, R: perut bagian atas, S: skala nyeri 6, T: hilang timbul dan diperoleh data objektif pasien tampak lemah. Selanjutnya pukul 20.48 WIB dengan mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, didapatkan data subjektif pasien mengatakan

kesulitan untuk bergerak dan didapatkan data objektif pasien tampak kesulitan bergerak, aktivitas tampak dibantu oleh keluarganya.

Implementasi untuk diagnosa ketiga yaitu Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif pada pukul 20.50 WIB dengan memonitor tanda dan gejala infeksi, yang didapatkan data subjektif pasien mengatakan merasa nyeri post op dan data objektif tampak balutan luka operasi bersih, tidak tampak kemerahan pada area luka, tidak tampak bengkak. Selanjutnya pada pukul 20.55 WIB menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dengan didapatkan data subjektif pasien mengatakan nafsu makan menurun dan data objektif pasien tampak lesu.

Implementasi hari kedua pada tanggal 21 Februari 2024. Pada diagnosa pertama Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik pada pukul 16.30 WIB dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, yang diperoleh data subjektif pasien mengatakan masih merasakan sedikit nyeri dibagian perut atas, P: nyeri saat bergerak, Q : seperti senut-senut, R : bagian perut atas, S : skala nyeri 5, T : hilang timbul, dan diperoleh data objektif pasien tampak meringis. Selanjutnya pada pukul 16.33 dengan memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi *Slow Deep Breathing*), dan didapatkan data subjektif pasien mengatakan masih merasakan nyeri, data objektif pasien tampak sudah paham dan melakukan terapi *Slow Deep Breathing*.

Pada diagnosa kedua Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri pada pukul 16.38 WIB dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, diperoleh data subjektif pasien mengatakan masih sedikit nyeri pada perut bagian atas, P : nyeri saat bergerak, Q : seperti senut-senut, R : bagian perut atas, S : skala nyeri 5, T : hilang timbul. Pukul 16.40 WIB dengan mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, diperoleh data subjektif pasien mengatakan masih sedikit kesulitan bergerak karena nyeri post op dan diperoleh data objektif pasien tampak dibantu oleh keluarganya ketika aktivitas. Selanjutnya pukul 16.45 WIB dengan mengajarkan mobilitasi sederhana yang harus dilakukan, dan didapatkan data subjektif pasien mengatakan bersedia melakukan latihan mobilisasi (duduk) dan didapatkan data objektif pasien tampak melakukan latihan duduk dengan dibantu keluarganya.

Diagnosa ketiga Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif pada pukul 16.50 WIB dengan memonitor tanda dan gejala infeksi, didapatkan data subjektif pasien mengatakan masih merasa nyeri post op, dan didapatkan data objektif tampak balutan pada luka bersih, tidak tampak kemerahan pada area luka, dan tidak tampak bengkak. Pukul 16.53 WIB dengan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, didapatkan data subjektif pasien mengatakan kadang terasa mual, dan didapatkan data objektif pasien tampak lesu.

Implementasi hari ketiga pada tanggal 22 Februari 2023. Pada diagnosa pertama Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik pada pukul 16.15

WIB dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, diperoleh data subjektif pasien merasakan nyeri di bagian perut atas luka post op mulai berkurang, P : nyeri saat bergerak, Q : seperti senut-senut, R : bagian perut atas, S : skala nyeri 3, T : hilang timbul dan diperoleh data objektif pasien tampak rileks. Selanjutnya pukul 16.20 WIB dengan memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi *Slow Deep Breathing*), didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyerinya pada bagian perut atas sudah berkurang, dan didapatkan data objektif pasien tampak melakukan teknik *Slow Deep Breathing* kembali dengan benar ketika merasakan nyeri.

Diagnosa kedua Gangguan Mobilitas Fisik pada pukul 16.25 WIB dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, yang didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, P : nyeri saat bergerak, Q : seperti senut-senut, R : bagian perut atas, S : skala nyeri 3, T : hilang timbul, dan didapatkan data objektif pasien tampak lebih rileks. Pukul 16.28 dengan mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, yang didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah sedikit bisa bergerak, data objektif pasien tampak ketika aktivitas bisa melakukan sendiri, namun kadang masih dibantu keluarganya. Pukul 16.30 WIB dengan mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah bisa

melakukan latihan mobilisasi sederhana dengan cara duduk, didapatkan data objektif pasien tampak melakukan latihan duduk.

Pada diagnosa ketiga Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif pada pukul 16.35 WIB dengan memonitor tanda dan gejala infeksi, yang didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri yang dirasa sudah berkurang, data objektif tampak balutan luka bersih, tidak tampak kemerahan pada area luka, tidak tampak bengkak. Pukul 16.40 WIB dengan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah tidak merasa mual, didapatkan data objektif pasien tampak sedikit masih lesu.

6. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 20 Februari 2024 pukul 20.30 WIB dengan diagnosa keperawatan yang pertama yaitu Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik yang diperoleh data hasil evaluasi S : pasien mengatakan nyeri bagian perut atas post op, penyebab nyeri saat bergerak, kualitas nyeri seperti senut-senut, lokasi nyeri pada perut bagian atas, skala nyeri 6, waktu timbulnya nyeri hilang timbul, O : pasien tampak meringis, A : masalah nyeri akut b.d nyeri belum teratas, P : intervensi dilanjutkan (pertama identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, kedua berikan telnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu terapi *Slow Deep Breathing*).

Evaluasi hari pertama pada diagnosa keperawatan yang kedua yaitu Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri dilakukan pada tanggal 20 Februari 2024 pukul 20.30 WIB. Diperoleh hasil evaluasi S : pasien mengatakan nyeri pada bagian perut post op, penyebab nyeri saat bergerak, kualitas nyeri seperti senut-senut, lokasi nyeri pada perut bagian atas, skala nyeri 6, waktu timbulnya nyeri hilang timbul, pasien juga mengatakan kesulitan untuk bergerak, O : pasien tampak lemah, pasien tampak kesulitan gerak, aktivitas dibantu oleh keluarganya, A : masalah gangguan mobilitas fisik b.d nyeri belum teratasi, P : intervensi dilanjutkan (pertama identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, kedua ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan seperti duduk).

Evaluasi hari pertama pada diagnosa ketiga yaitu Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif dilakukan pada tanggal 20 Februari 2024 pukul 20.30 WIB, diperoleh hasil evaluasi S : pasien mengatakan merasa nyeri post op pada perut bagian atas, pasien mengatakan nafsu makan menurun, kadang merasa mual, O : tampak balutan bersih, tidak tampak kemerahan pada area luka, tidak tampak bengkak, pasien tampak lesu, A : masalah resiko infeksi b.d agen pencedera fisik belum teratasi, P : intervensi dilanjutkan (pertama monitor tanda dan gejala infeksi, kedua anjurkan meningkatkan asupan nutrisi).

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 21 Februari 2024 pukul 16.30 WIB dengan diagnosa keperawatan yang pertama yaitu Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik yang diperoleh data hasil evaluasi S

: pasien mengatakan masih sedikit merasakan nyeri dibagian perut atas, penyebab nyeri saat bergerak, kualitas nyeri seperti senut-senut, lokasi nyeri pada perut bagian atas, skala nyeri 5, waktu timbulnya nyeri hilang timbul, O : pasien tampak meringis, pasien tampak sudah paham dan bisa melakukan terapi *Slow Deep Breathing*, A : masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik teratasi sebagian, P : intervensi dilanjutkan (pertama identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, kedua berikan telnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu terapi *Slow Deep Breathing*).

Evaluasi hari kedua pada diagnosa keperawatan yang kedua yaitu Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri dilakukan pada tanggal 21 Februari 2024 pukul 16.30 WIB, diperoleh hasil evaluasi S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri sedikit pada perut bagian atas, penyebab nyeri saat bergerak, kualitas nyeri seperti senut-senut, lokasi nyeri pada perut bagian atas, skala nyeri 5, waktu timbulnya nyeri hilang timbul, pasien mengatakan masih sedikit kesulitan gerak, pasien mengatakan bersedia melakukan latihan mobilisasi (duduk), O : pasien tampak masih sedikit lemah, pasien ketika aktivitas tampak masih dibantu keluarganya, pasien tampak melakukan latihan mobilisasi (duduk) dengan dibantu keluarganya, A : masalah gangguan mobilitas fisik b.d nyeri teratasi sebagian, P : intervensi dilanjutkan (pertama identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, kedua identifikasi kembali toleransi fisik melakukan

pergerakan, ketiga ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan seperti duduk).

Evaluasi hari kedua pada diagnosa ketiga yaitu Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif dilakukan pada tanggal 21 Februari 2024 pukul 16.30 WIB, diperoleh hasil evaluasi S : pasien mengatakan merasakan nyeri post op sudah berkurang, pasien mengatakan mual sudah berkurang, O : tampak balutan luka bersih, tidak tampak bengkak, tidak tampak adanya kemerahan pada area luka, pasien tampak sedikit lesu, A : masalah resiko infeksi b.d efek prosedur invasif teratasi sebagian, P : intervensi dilanjutkan (pertama monitor kembali tanda dan gejala infeksi, kedua anjurkan meningkatkan asupan nutrisi).

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 22 Februari 2024 pukul 16.15 WIB dengan diagnosa keperawatan yang pertama yaitu Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik yang diperoleh data hasil evaluasi S : pasien mengatakan nyeri dibagian perut atas post op sudah berkurang, penyebab nyeri saat bergerak, kualitas nyeri seperti senut-senut, lokasi nyeri pada perut bagian atas, skala nyeri 3, waktu timbulnya nyeri hilang timbul, O : pasien tampak rileks, pasien tampak melakukan terapi *Slow Deep Breathing* kembali ketika merasa nyeri, A : masalah nyeri akut b.d agen pencedera fisik teratasi, P : pertahankan intervensi.

Evaluasi hari ketiga pada diagnosa keperawatan yang kedua yaitu Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri dilakukan pada tanggal 22 Februari 2024 pukul 16.15 WIB, diperoleh hasil evaluasi S : pasien mengatakan

nyeri pada perut post op sudah berkurang, penyebab nyeri saat bergerak, kualitas nyeri seperti senut-senut, lokasi nyeri pada perut bagian atas, skala nyeri 3, waktu timbulnya nyeri hilang timbul, pasien mengatakan sudah tidak kesulitan gerak, namun kadang masih dibantu keluarganya, pasien mengatakan sudah bisa duduk, O : pasien tampak lebih rileks, A : masalah gangguan mobilitas fisik b.d nyeri teratasi, P : intervensi dipertahankan.

Evaluasi hari ketiga pada diagnosa ketiga yaitu Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif dilakukan pada tanggal 22 Februari 2024 pukul 16.15 WIB, diperoleh hasil evaluasi S : pasien mengatakan nyeri pada perut post op sudah berkurang, pasien mengatakan sudah tidak merasa mual, O : pasien tampak lebih tenang, pasien tampak rileks, A : masalah resiko infeksi b.d efek prosedur invasif teratasi, P : intervensi dipertahankan.

B. Pembahasan

Pembahasan ini penulis akan membahas tentang penerapan terapi *Slow Deep Breathing* untuk mengurangi nyeri pada pasien post op Laparoscopy Cholelithiasis di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang yang dilakukan selama 3 hari melalui proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dimulai pada tanggal 20 – 22 Februari 2024.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal sebelum melakukan tindakan asuhan keperawatan. Pengkajian adalah pengumpulan data pasien yang

mencakup data objektif maupun data subjektif dan dikumpulkan secara sistematis dan komprehensif. (Rahayu, 2019)

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Februari 2024 pada pukul 20.30 WIB di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang pasien bernama Tn. P berusia 42 tahun berjenis kelamin laki-laki. Pasien beragama Islam dan bertempat tinggal di Belungwetan Rt.08/Rw.06 Sambongbangi Kradenan Grobogan, pasien bekerja sebagai serabutan dengan pendidikan terakhir SMP. Pasien berasal dari suku Jawa dan merupakan Warga Negara Indonesia, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 19 Februari 2024 pada pukul 12.00 WIB Pasien masuk rumah sakit dengan diagnosa Medis Cholelithiasis.

Cholelithiasis dilakukan tindakan pembedahan Laparoscopy, dimana terdapat luka post op. Hasil pengkajian diperoleh data subjektif pasien mengatakan nyeri pada daerah luka bekas operasi. P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q: senut-senut, R: perut bagian atas, S: skala 6, T: nyeri hilang timbul. Data objektif, pasien nampak meringis menahan nyeri, TD: 99/68 mmHg, Nadi: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu: 36°C, Spo2: 98%. Kesadaran composmentis pasien tampak lemah. Sehingga dari hasil analisa data didapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik.

Pengkajian Tn. P didapatkan data subjektif, Tn. P mengatakan takut untuk banyak gerak karena nyeri sehingga Tn. P meminta bantuan istrinya. Data objektif, pasien tampak lemah terlihat dapat beraktivitas

dengan bantuan keluarga. Sehingga dari hasil analisa data didapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri.

Pengkajian Tn. P didapatkan data subjektif, Tn. P mengatakan merasa nyeri pada luka post op. Data objektif, pasien tampak lemah, tampak terdapat luka post op yang tertutup rapat oleh balutan perban, tidak ada kemerahan pada sekitar area luka. Sehingga dari hasil analisa data di dapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif.

Pengkajian Tn. P didapatkan data subjektif, Tn. P mengatakan mudah lelah, Tn. P mengatakan dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas. Data objektif, pasien tampak lemah, pasien tampak beraktivitas dibantu oleh keluarga. Sehingga dari hasil analisa data di dapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan.

Pengkajian Tn. P didapatkan data subjektif, Tn. P mengatakan tidak mengetahui tentang cholelithiasis dan pasien mengatakan tidak mengetahui perawatan pada luka bekas operasi dengan benar. Data objektif, pasien tampak bingung. Sehingga dari hasil analisa data di dapatkan masalah keperawatan yang muncul yaitu Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan salah satu tahap proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis terkait respon

individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual atau potensial. (Sianipar, 2020). Setelah dilakukannya pengkajian, maka penulis menegakkan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D. 0077)

Berdasarkan data yang didapat fokus diagnosa keperawatan pertama berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) yaitu Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik. Menurut SDKI (PPNI 2018) nyeri akut yaitu pengalaman sensorik atau emosional akibat kerusakan jaringan yang bersifat mendadak atau lambat dengan skala ringan-berat dan berlangsung selama kurang dari 3 bulan. Pada tanggal 20 Februari 2024, penulis menengakkan diagnosa keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisik karena ditandai dengan adanya data pada saat pengkajian yaitu pasien mengatakan nyeri pada daerah luka bekas operasi. P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q: senut-senut, R: perut bagian atas, S: skala 6, T: nyeri hilang timbul. Sesuai dengan SDKI, beberapa tanda dan gejala mayor dengan kondisi klinis yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis.

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisik menjadi prioritas diagnosa keperawatan yang pertama karena penegakan diagnosa keperawatan tersebut diperoleh dari data pengkajian post operasi *laparoscopy Cholelithiasis* yang dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada perut bagian atas, nyeri seperti senut-senut dan pasien tampak meringis menahan kesakitan. Hal ini

bahwa ketika dilakukan tindakan pembedahan terjadi kerusakan jaringan, yang mengakibatkan adanya kerusakan sel dan melepaskan bahan kimia pada nyeri, sitokin, dan produk seluler lainnya. Oleh karena itu, Zat-zat inilah akan berkumpul di sekitar area jaringan yang rusak sehingga muncul rasa nyeri. Namun dalam pembedahan laparoscopy dilakukan dengan sayatan kecil untuk memasukkan alat yang dinamakan laparoskop.

Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D. 0054)

Menurut SDKI (2018), Gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Pada tanggal 20 Februari 2024, penulis menengakkan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik b.d nyeri yang dibuktikan dengan pasien takut banyak gerak karena nyeri sehingga meminta bantuan istrinya. Dimana gangguan mobilitas fisik dapat didefinisikan bahwa adanya suatu ketidakmampuan atau terbatasnya sistem gerak fisik secara bebas akibat adanya suatu gangguan dari organ tubuh. (Syefirra et al., 2022). Sesuai dengan SDKI beberapa tanda dan gejala minor dengan kondisi klinis yaitu nyeri saat bergerak, gerakan terbatas, fisik lemah.

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik b.d nyeri sebagai diagnosa keperawatan kedua karena didapatkan data subjektif, Tn. P mengatakan takut untuk banyak gerak karena nyeri sehingga Tn. P meminta bantuan istrinya. Data objektif, pasien tampak lemah terlihat dapat beraktivitas dengan bantuan keluarga.

Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif (D. 0142)

Menurut SDKI (2018), resiko infeksi yaitu berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Pada tanggal 20 Februari 2024, penulis menengakkan diagnosa keperawatan resiko infeksi b.d efek prosedur invasif yang dibuktikan dengan diperoleh dari data pengkajian post operasi *cholelithiasis* yang dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri pada luka bekas post operasi, terdapat luka post op yang tertutup rapat oleh balutan perban, tidak ada kemerahan pada area sekitar luka, pasien tampak lemah. Dalam hal ini dimana keadaan seorang individu oleh agen patogenik oportunistik seperti jamur, virus, bakteri, protozoa dan parasit (Eva, 2020). Proses penyembuhan dengan regenerasi yang cepat akan mengurangi resiko infeksi.

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan resiko infeksi b.d efek prosedur invasif sebagai diagnosa keperawatan ketiga karena didapatkan data subjektif, Tn. P mengatakan merasa nyeri pada luka post op. Data objektif, pasien tampak lemah, tampak terdapat luka post op yang tertutup rapat oleh balutan perban, tidak ada kemerahan pada sekitar area luka.

Seharusnya Diagnosa Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)

Penulis seharusnya menengakkan diagnosa ini karena dari yang didapatkan dalam pengkajian lebih mengarah pada diagnosa intoleransi aktivitas. Sehingga penulis dapat mengangkat diagnosa Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan.

Menurut SDKI (2018), intoleransi aktivitas yaitu ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Pada tanggal 20 Februari 2024, penulis menengakkan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas b.d kelemahan yang dibuktikan dengan pasien mengatakan mudah merasa lemah, pasien mengatakan dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas. Sesuai dengan SDKI , beberapa tanda dan gejala mayor dan minor yaitu mengeluh lelah, merasa lemah. Hal ini intoleransi aktivitas diidentifikasi dimana suatu keadaan tubuh tidak mampu menyelesaikan aktivitas dalam kehidupan sehari-hari yang dilakukan. Pasien dengan masalah intoleransi aktivitas dibatasi dalam melakukan aktivitas fisik. (Simamora et al., 2023).

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas b.d kelemahan karena didapatkan data subjektif, Tn. P mengatakan tubuhnya lemah, Tn. P mengatakan dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas. Data objektif, pasien tampak lemah, tampak beraktivitas dibantu oleh keluarga.

Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpaparnya Informasi (D.0111)

Penulis seharusnya mengangkat diagnosa ini karena yang didapatkan dalam pengkajian pasien tidak mengetahui tentang penyakitnya dan cara perawatan luka setelah operasi. Sehingga penulis dapat menengakkan diagnosa Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpaparnya Informasi.

Menurut SDKI (2018), defisit pengetahuan yaitu ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Pada tanggal 20 Februari 2024, penulis menengakkan diagnosa keperawatan

defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi yang dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit cholelithiasis, pasien mengatakan tidak mengetahui perawatan luka pada bekas operasi dengan benar. Sesuai dengan SDKI, tanda dan gejala mayor yaitu menanyakan masalah yang dihadapi.

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi sebagai diagnosa keperawatan kelima karena didapatkan data subjektif, Tn. P mengatakan tidak mengetahui tentang cholelithiasis, Tn. P mengatakan tidak mengetahui perawatan pada luka bekas operasi dengan benar. Data objektif, pasien tampak bingung.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan yaitu pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai panduan untuk mengarahkan pada tindakan keperawatan guna membantu, memecahkan masalah, meringankan dan memenuhi kebutuhan pasien. (Eva, 2020)

Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077)

Penulis menyusun intervensi keperawatan nyeri akut yang dengan dibuktikan dengan Tn. P mengalami nyeri post operasi *laparoscopy cholelithiasis*. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, melaporkan nyeri terkontrol. Rencana keperawatan yang disusun penulis adalah dengan identifikasi lokasi,

karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu dengan memberikan terapi *Slow Deep Breathing*, fasilitasi istirahat tidur, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi *Slow Deep Breathing*), kolaborasi pemberian analgetik.

Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054)

Penulis menyusun intervensi keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik yang dibuktikan dengan Tn. P takut banyak gerak karena nyeri sehingga meminta bantuan istrinya. Sehingga setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilisasi fisik meningkat dengan kriteria hasil gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, nyeri menurun. Rencana keperawatan yang disusun penulis adalah dengan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk).

Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)

Penulis menyusun intervensi keperawatan resiko infeksi b.d efek prosedur invasif yang dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa nyeri post op. Sehingga setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil

kemerahan menurun, nyeri menurun. Intervensi keperawatan yang disusun penulis adalah dengan monitor tanda dan gejala infeksi, batasi jumlah pengunjung, pertahankan teknik aseptik pada pasien, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka post op, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)

Penulis menyusun intervensi keperawatan intoleransi aktivitas yang dengan dibuktikan dengan Tn. P mengatakan mudah merasa lemah dan dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, perasaan lemah menurun. Rencana keperawatan yang disusun penulis adalah dengan monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan yaitu dengan memberikan terapi Slow Deep Breathing, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpaparnya Informasi (D.0111)

Penulis menyusun intervensi keperawatan defisit pengetahuan yang dibuktikan dengan Tn. P tidak mengetahui tentang penyakit cholelithiasis dan Tn. P tidak mengetahui perawatan pada luka bekas operasi dengan benar. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam

diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat. Rencana keperawatan yang disusun penulis adalah dengan identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yaitu deskripsi untuk perilaku yang diharapkan dari pasien atau tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat sesuai dengan yang direncanakan. (Hidayat & Dirdjo, 2021)

Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik

Penulis melakukan implementasi pada tanggal 20 sampai 22 Februari 2024 berdasarkan masalah keperawatan yang muncul, maka penulis mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, dengan diperoleh data subjektif pasien mengatakan nyeri diperut bagian atas luka post op, P: nyeri saat bergerak, Q: terasa senut-senut, R: perut bagian atas, S: skala 6, T: hilang timbul, didapatkan hasil data nyeri berkurang selama 3 hari perawatan dari skala 6 menjadi skala 3 atau dalam kategori nyeri ringan, data objektif pasien tampak rileks. Memberikan terapi non-farmakologis yaitu pemberian terapi *Slow Deep Breathing* untuk mengurangi nyeri dengan respon data subjektif pasien mengatakan nyeri dibagian perut atas post op berkurang setelah melakukan terapi tersebut, dengan respon data objektif pasien tampak rileks dan melakukan terapi *Slow Deep Breathing* yang telah diajarkan.

Slow Deep Breathing merupakan salah satu teknik relaksasi napas dalam dimana dilakukan dengan sadar dengan mengatur pernafasan secara dalam dan lambat. (Latifah, 2022)

Adapun penatalaksanaan untuk mengurangi rasa nyeri pada post operasi *cholelithiasis*, dapat dilakukan dengan pendekatan terapi non farmakologis dengan memberikan terapi *Slow Deep Breathing*. Penerapan terapi *slow deep breathing* dipilih untuk membantu pasien dalam mengurangi nyeri dan mempercepat proses penyembuhan, tujuan dari pemberian terapi *slow deep breathing* yaitu untuk membantu pasien mengurangi tingkat nyeri dan kecemasan, juga dapat menghasilkan respon relaksasi sehingga dapat mengurangi ketegangan otot, merelaksasikan otot, membantu pikiran dan perasaan pasien lebih tenang, serta mengontrol pernafasan.

Penulis kemudian memberikan tindakan keperawatan terapi *slow deep breathing* dengan memosisikan pasien nyaman mungkin, kemudian letakkan kedua tangan diatas perut, lalu anjurkan pasien menarik nafas melalui hidung secara pelan dalam waktu 3 detik, selama waktu 3 detik tersebut nafas ditahan, setelah itu minta pasien untuk mengerutkan bibir dan mengeluarkan nafas lewat mulut secara perlahan, kemudian ulangi langkah satu sampai dengan lima.

Terapi *slow deep breathing* dalam penyembuhan menggunakan pernafasan perut, sebab tanpa disadari saat melakukan pernafasan perut terjadi peregangan dan pengerutan otot-otot, urat-urat, saraf-saraf dan

persendian serta organ tubuh. Pernafasan perut yang digunakan dalam proses penyembuhan bertujuan untuk membuka dan melonggarkan energi yang tertumpuk pada salah satu organ tubuh, pembuluh darah atau saraf-saraf yang bermasalah. Terapi *Slow Deep Breathing* ini termasuk salah satu relaksasi yang digunakan untuk mengurangi sakit, sebab dapat meningkatkan kadar oksigen dalam jaringan tubuh. Pada peningkatan oksigen mengaktifkan *chemoreceptor* yang sensitif terhadap perubahan kandungan oksigen dalam jaringan tubuh dan kemudian *chemoreceptor* mentransmisikan sinyal syaraf ke pusat pernafasan tepat di medula oblongata (bagian otak). Sinyal yang ditransmisikan ke otak akan menyebabkan aktivitas saraf parasimpatik meningkat dan menurunkan aktivitas saraf simpatis. Ciri dari respon peregangan ditandai dengan berkurangnya denyut jantung, hasil nafas dan turunnya tingkat nyeri.(Fratama, 2022).

Penerapan terapi *Slow Deep Breathing* dapat mengacu pada hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan Izzati et al., (2021) yang dikutip dalam (Azwardi et al., 2023) dengan judul Penerapan Slow Deep Breathing Terhadap Intensitas Nyeri Akut Pada Asuhan Keperawatan Hipertensi. Pada penelitian tersebut menunjukkan bahwa ada pengaruh pemberian Slow Deep Breathing terhadap penurunan tekanan darah karena dapat memberikan rasa nyaman sehingga dapat mengurangi ketegangan atau pada penderita hipertensi. Menurut penelitian (Winata, 2022), dengan judul Efektifitas Teknik Relaksasi Slow Deep Breathing

Terbimbing Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Op Beningna Prostat Hiperplasia di Shofa - Marwa dengan menunjukkan bahwa hasil uji Wilcoxon diperoleh p value sebesar $0.00 < 0.05$, yang berarti H_0 ditolak, sehingga ada pengaruh pemberian Teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pasien pasca operasi BPH. Terdapat perbedaan yang signifikan antara skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan teknik relaksasi napas dalam dan setelah diberikan teknik relaksasi napas dalam terjadi penurunan skala intensitas nyeri pada pasien sehingga dapat dilakukan pelayanan pemberian relaksasi slow deep breathing untuk mengurangi tingkat nyeri pada pasien pasca operasi BPH.

Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri

Penulis melakukan implementasi pada tanggal 20 sampai 22 Februari 2024 berdasarkan masalah keperawatan yang muncul, maka penulis mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, yang didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah berkurang, P : nyeri saat bergerak, Q : seperti senut-senut, R : bagian perut atas, S : skala nyeri 3, T : hilang timbul, hasil data nyeri berkurang selama 3 hari perawatan dari skala 6 menjadi skala 3 dan didapatkan data objektif pasien tampak lebih rileks. Selanjutnya yaitu mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan yang diperoleh hasil data selama 3 hari didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah sedikit bisa bergerak, data objektif pasien tampak ketika aktivitas bisa melakukan sendiri, namun kadang masih dibantu keluarganya. Selanjutnya dengan mengajarkan mobilisasi

sederhana yang harus dilakukan, selama 3 hari perawatan didapatkan data subjektif pasien mengatakan sudah bisa melakukan latihan mobilisasi sederhana dengan cara duduk, didapatkan data objektif pasien tampak melakukan latihan duduk.

Mobilisasi penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan atau pemulihan sehingga dapat melakukan kembali aktivitas sehari-hari secara normal. (Jaya et al., 2023).

Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif

Penulis melakukan implementasi pada tanggal 20 sampai 22 Februari 2024 berdasarkan masalah keperawatan yang muncul, maka penulis memonitor tanda dan gejala infeksi yang didapatkan selama 3 hari perawatan dengan respon data subjektif pasien mengatakan nyeri yang dirasa sudah berkurang, dan respon data objektif tampak balutan luka bersih, tidak tampak kemerahan pada area luka, tidak tampak bengkak. Selanjutnya menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, didapatkan respon data subjektif pasien mengatakan sudah tidak merasa mual, dan respon data objektif pasien tampak sedikit masih lesu.

Perawatan luka yang optimal memiliki peranan penting dalam proses penyembuhan luka agar dapat berlangsung dengan baik dalam waktu singkat sehingga tidak menurunkan produktivitas dan meningkatnya biaya perawatan luka. (Wintoko & Yadika, 2020).

Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan

Penulis melakukan implementasi pada tanggal 20 sampai 22 Februari 2024 berdasarkan masalah keperawatan yang muncul didapatkan selama 3 hari perawatan, maka penulis memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dengan respon data subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak pada perut bagian atas bekas luka operasi, pasien mengatakan lemah dalam beraktivitas sudah berkurang, dan respon data objektif pasien tampak sedikit lemah. Memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan dengan respon data subjektif pasien mengatakan sudah paham dan melakukan terapi slow deep breathing, respon data objektif pasien tampak melakukan sendiri terapi slow deep breathing yang sudah diajarkan. Selanjutnya menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan respon data subjektif pasien mengatakan sedikit lemah, pasien mau melakukan aktivitas miring kanan kiri dan duduk, respon data objektif pasien tampak melakukan aktivitas kanan kiri dan duduk. Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan dengan data subjektif pasien mengatakan sudah tidak merasa mual, pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik, data objektif pasien tampak sedikit lesu.

Intoleransi aktivitas jika tidak ditangani maka semua kebutuhan pasien akan bergantung pada orang lain atau memerlukan bantuan dari keluarga maupun orang lain. Aktivitas yaitu suatu kemampuan bergerak pada seseorang secara bebas, mudah, dan teratur untuk mencapai suatu tujuan,

dimana untuk memenuhi kebutuhan hidupnya baik secara mandiri maupun dengan bantuan orang lain, dalam memenuhi kebutuhan aktivitas. Selain itu, intoleransi aktivitas dapat mengakibatkan gangguan pada kebutuhan aktivitas. Kebutuhan aktivitas ialah kebutuhan dasar yang mutlak di harapkan oleh setiap manusia dimana yang meliputi berdiri, berjalan, bekerja, makan, minum, dan lain sebagainya. Maka dari itu, dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, sistem pernafasan, dan sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh tetap optimal.(Maharani, 2020)

Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpaparnya Informasi

Penulis melakukan implementasi pada tanggal 20 sampai 22 Februari 2024 berdasarkan masalah keperawatan yang muncul didapatkan selama 3 hari perawatan, maka penulis mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan respon data subjektif pasien mengatakan sudah siap dan mampu menerima informasi yang diberikan, respon data objektif pasien tampak siap menerima informasi yang diberikan. Selanjutnya menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan (dengan memberikan penjelasan mengenai cholelithiasis, penyebab cholelithiasis, tanda dan gejala cholelithiasis, akibat cholelithiasis, serta penjelasan mengenai perawatan luka yang benar setelah operasi) dengan respon data subjektif pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan yang telah diberikan, respon data objektif pasien tampak memahami dan sudah mengerti tentang penyakitnya dan

perawatan luka dengan benar setelah operasi. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (dengan mengajarkan cara mencuci tangan yang baik dan benar dan menjaga asupan nutrisi dengan perbanyak asupan makanan yang mengandung tinggi serat, karbohidrat sederhana seperti sayur-sayuran dan buah) dengan respon data subjektif pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan, pasien mengatakan sering mengkonsumsi sayur-sayuran, respon data objektif pasien terlihat tampak paham.

Kurangnya pengetahuan sangat mempengaruhi pada masalah kesehatan, akan tetapi masih banyak faktor lain yang dapat menyebabkan munculnya masalah kesehatan diantaranya yaitu faktor ekonomi, dimana masalah ekonomi dapat mempengaruhi masalah kesehatan seperti kurang asupan makanan yang sehat dan kebersihan. Pendidikan kesehatan dapat memotivasi individu untuk menerima informasi kesehatan serta melakukan sesuai dengan informasi agar individu lain dapat lebih mengetahui. (Rinaldi et al., 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yaitu tahapan dalam proses keperawatan untuk menilai pencapaian tujuan keperawatan. (Widjaningrum & Wulansari, 2022).

Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik

Berdasarkan dalam melakukan evaluasi keperawatan pada pasien, penulis tidak mengalami kesulitan atau hambatan dalam pelaksanaan

tindakan keperawatan. Evaluasi pada diagnosa pertama dilakukan selama tiga hari mulai tanggal 20 sampai dengan 22 Februari 2024. Pada evaluasi hari pertama diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai dan masalah belum teratasi. Evaluasi hari kedua diperoleh tujuan dan kriteria hasil tercapai sebagian dan masalah teratasi sebagian. Selanjutnya evaluasi pada hari ketiga diperoleh tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan penulis tercapai dan masalah teratasi dengan didapatkan hasil pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien tampak rileks.

Berdasarkan evaluasi keperawatan yang dilakukan penulis setelah memberikan terapi *Slow Deep Breathing* selama 3 hari terhadap pasien post op *laparoscopy cholelithiasis* diruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang, didapatkan hasil studi kasus yaitu nyeri yang dirasakan berkurang ditandai dengan pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang, skala nyeri berkurang menjadi skala 3 dan pasien tampak rileks. Penulis merencanakan intervensi dipertahankan.

Oleh karena itu, penerapan terapi *Slow Deep Breathing* pada pasien pasca pembedahan dapat menguatkan efek relaksasi, meningkatkan rasa nyaman, dan memberikan efek yang baik untuk menurunkan intensitas nyeri pasien.

Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri

Evaluasi pada diagnosa keperawatan yang kedua dilakukan selama tiga hari mulai tanggal 20 sampai dengan 22 Februari 2024. Pada evaluasi hari pertama diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai dan

masalah belum teratasi. Evaluasi hari kedua diperoleh tujuan dan kriteria hasil tercapai sebagian dan masalah teratasi sebagian. Selanjutnya evaluasi pada hari ketiga diperoleh tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan penulis tercapai dan masalah teratasi dengan didapatkan hasil, pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 6 menurun menjadi skala 3, pasien mengatakan sudah tidak ada kesulitan dalam gerak dan sudah bisa melakukan duduk, pasien tampak lebih rileks. Penulis merencanakan intervensi dipertahankan.

Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif

Evaluasi pada diagnosa keperawatan yang ketiga dilakukan selama tiga hari mulai tanggal 20 sampai dengan 22 Februari 2024. Pada evaluasi hari pertama diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai dan masalah belum teratasi. Evaluasi hari kedua diperoleh tujuan dan kriteria hasil tercapai sebagian dan masalah teratasi sebagian. Selanjutnya evaluasi pada hari ketiga diperoleh tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan penulis tercapai dan masalah teratasi dengan didapatkan hasil, pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien mengatakan sudah tidak merasa mual, pasien tampak lebih tenang dan rileks. Penulis merencanakan untuk intervensi dipertahankan.

Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan

Evaluasi pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas dilakukan selama tiga hari mulai tanggal 20 sampai dengan 22 Februari 2024. Pada evaluasi hari pertama diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai

dan masalah belum teratasi. Evaluasi hari kedua diperoleh tujuan dan kriteria hasil tercapai sebagian dan masalah teratasi sebagian. Selanjutnya evaluasi pada hari ketiga diperoleh tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan penulis tercapai dan masalah teratasi dengan didapatkan hasil, pasien mengatakan merasa lemah berkurang, pasien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak pada perut bagian atas bekas luka operasi, pasien mengatakan sudah paham dengan aktivitas distraksi (terapi slow deep breathing), pasien mau melakukan aktivitas miring kanan kiri dan duduk, pasien mengatakan nafsu makan mulai membaik, pasien tampak sedikit lemah, pasien tampak melakukan sendiri aktivitas distraksi (terapi slow deep breathing), pasien tampak melakukan aktivitas miring kanan kiri dan duduk, pasien tampak sedikit lesu. Penulis merencanakan untuk intervensi dipertahankan.

Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpaparnya Informasi

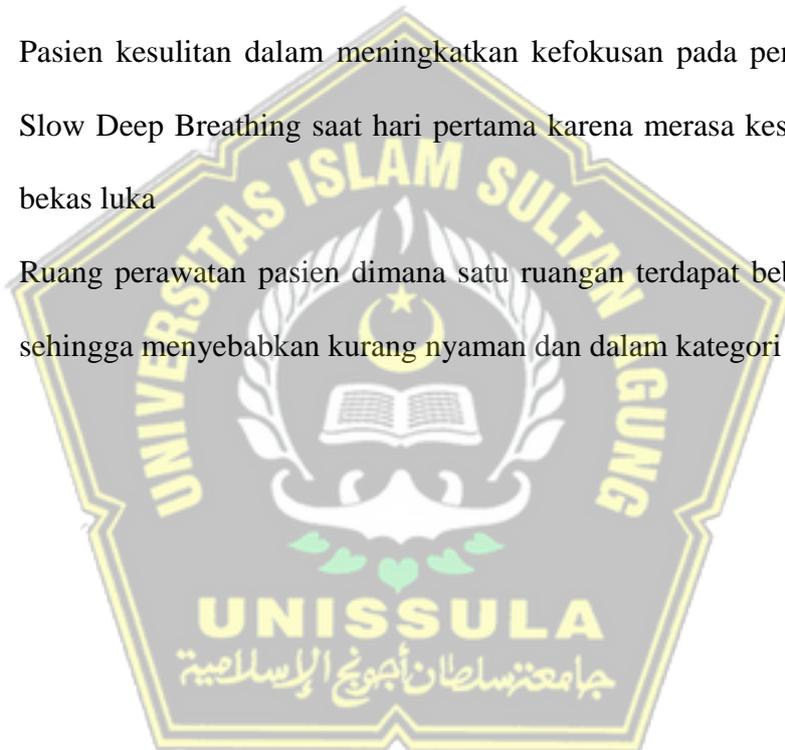
Evaluasi pada diagnosa keperawatan defisit pengetahuan dilakukan selama tiga hari mulai tanggal 20 sampai dengan 22 Februari 2024. Pada evaluasi hari pertama diperoleh tujuan dan kriteria hasil belum tercapai dan masalah belum teratasi. Evaluasi hari kedua diperoleh tujuan dan kriteria hasil tercapai sebagian dan masalah teratasi sebagian. Selanjutnya evaluasi pada hari ketiga diperoleh tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan penulis tercapai dan masalah teratasi dengan didapatkan hasil, pasien mengatakan sudah paham dan mengerti mengenai penyakitnya dan perawatan luka yang benar setelah operasi, pasien mengatakan paham

dengan penjelasan cuci tangan yang baik dan benar, pasien mengatakan mengerti dengan menjaga asupan nutrisi, pasien tampak sudah paham dan mengerti. Penulis merencanakan untuk intervensi dipertahankan.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Pada studi kasus ini, terdapat keterbatasan yang dialami penulis yaitu:

1. Penulis masih kurang dalam melakukan pengkajian pada pasien Tn. P
2. Pasien kesulitan dalam meningkatkan kefokusannya pada penerapan terapi Slow Deep Breathing saat hari pertama karena merasa kesakitan adanya bekas luka
3. Ruang perawatan pasien dimana satu ruangan terdapat beberapa pasien, sehingga menyebabkan kurang nyaman dan dalam kategori ramai.



BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Hasil studi kasus yang dilakukan pada Tn. P berlangsung pada tanggal 20 – 22 Februari 2024 di ruangan Baitussalam 1 RS Islam Sultan Agung Semarang, menggunakan terapi *Slow Deep Breathing* guna meringankan tingkat nyeri pada pasien dewasa yang menderita post op laparoscopy cholelithiasis. Prosesnya melibatkan penilaian, perumusan masalah, perencanaan, intervensi keperawatan, dan evaluasi hasil. Sehingga kesimpulan yang dapat penulis ambil diantaranya :

A. Simpulan

1. Hasil pengkajian yang telah didapatkan keluhan utama nyeri muncul akibat adanya luka bekas operasi pada Tn. P dengan post laparoscopy cholelithiasis. Penulis menerapkan terapi *Slow Deep Breathing* yang bertujuan untuk membantu pasien untuk menghasilkan respon relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri yang dialami.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul diantaranya yaitu Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077), Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054), dan Resiko Infeksi b.d Efek Prosedur Invasif (D.0142). Namun prioritas diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. P adalah Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D. 0077).
3. Perencanaan yang dilakukan difokuskan pada Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (D.0077) adalah diberikannya pengobatan slow deep breathing guna menurunkan nyeri kepada pasien Tn. P.

4. Kegiatan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah direncanakan, untuk memberikan pengobatan slow deep breathing kepada pasien guna meringankan rasa nyeri.
5. Evaluasi menunjukkan bahwa nyeri pada pasien berkurang setelah pemberian pengobatan slow deep breathing, manajemen nyeri pasien dari skala 6 menjadi skala 3.

B. Saran

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Salah satu tindakan non farmakologis yaitu teknik Slow Deep Breathing dapat diterapkan sebagai penurunan intensitas nyeri yang dialami oleh pasien. Dengan menggunakan terapi ini sebagai salah satu kegiatan atau proses operasional yang digunakan pada pasien pasca operasi yang mengeluhkan nyeri, oleh karena itu RS Islam Sultan Agung Semarang dapat memanfaatkan hasil studi kasus tersebut.

2. Mengenai Badan Pendidikan

Temuan studi kasus ini diharapkan bahwa institusi pendidikan akan mempertimbangkan untuk merencanakan dan mengajarkan metode-metode dalam mengatasi nyeri karena luka setelah operasi, khususnya kepada mahasiswa keperawatan.

3. Untuk Masyarakat

Temuan studi kasus ini dimaksudkan dapat memberikan pencerahan kepada masyarakat umum tentang manfaat Slow Deep Breathing guna menurunkan rasa nyeri untuk penderita post op laparoscopy cholelithiasis.

4. Penulis Yang Akan Datang

Temuan penelitian ini dapat dijadikan sebagai panduan untuk studi kasus lainnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Afriani, P. (2023). *Asuhan Keperawatan Klien Post Kolesistektomi Di Ruang Dahlia RSUD dr. H. Jusuf SK Kota Tarakan*. repository.ubt.ac.id. https://repository.ubt.ac.id/?p=show_detail&id=15777
- Azwardi, Muliyadi, Agustin, I., & Barlen, O. (2023). Penerapan Slow Deep Breathing Terhadap Intensitas Nyeri Akut pada Asuhan Keperawatan Hipertensi. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 8(2), 342–353. <http://jurnal.stikes-aisyiyah-palembang.ac.id/index.php/JAM/article/view/1121/843>
- Dewi, Y. S., Kedokteran, F., Lampung, U., Bedah, B. I., Kedokteran, F., Lampung, U., Kedokteran, F., & Indonesia, U. (2024). *Sebuah Laporan Kasus : Cholelithiasis dengan Cholesystitis Akut pada Laki-Laki 27 Tahun A Case Report : Cholelithiasis with Acute Cholecystitis On 27 Year Old Man*. 14, 447–453.
- Eva, M. (2020). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pre dan Post Operasi Cholelithiasis Yang dirawat di Rumah Sakit*. repository.poltekkes-kaltim.ac.id. https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1055/1/KTI_EVA_MEYLINDA.pdf
- Fratama, F. F. (2022). Pemanfaatan Terapi Slow Deep Breathing (Sdb) Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi : Studi Literatur. *Jurnal Skala Kesehatan*, 13(2), 131–138. <https://doi.org/10.31964/jsk.v13i2.369>
- Hidayat, S. R., & Dirdjo, M. M. (2021). Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Spinal Cord Injury C3 - C5 dengan Terapi Musik Religi terhadap Penurunan Intensitas Nyeri di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2021. *NERS Final Projects*, 10–59. <https://dspace.umkt.ac.id/handle/463.2017/2554>
- Jaya, H., Amin, M., Putro, S. A., & Zannati, Z. (2023). Mobilisasi Dini Pasien Post Sectio Caesarea Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik. *JKM : Jurnal Keperawatan Merdeka*, 3(1), 21–27. <https://doi.org/10.36086/jkm.v3i1.1563>
- Jiw, Mappincara, M., & Kuddus, A. S. (2023). Karakteristik Pasien Kolelithiasis. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 7, 30278–30288. <https://jptam.org/index.php/jptam/article/view/11896/9173>
- Jumiyati, J. (2022). *Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman (Nyeri Akut) Pada Pasien Post Operasi Kolelitis Dengan Tindakan Aroma Terapi* eprints.untirta.ac.id. <https://eprints.untirta.ac.id/id/eprint/14976>
- Latifah, H. (2022). *Efektifitas Teknik Relaksasi Slow Deep Breathing (Sdb) Dan Relaksasi Benson Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Modifikasi Radikal Mastektomi (Mrm)*. repository.unissula.ac.id. <https://repository.unissula.ac.id/27113/>

- Lelimarna, P. N. R., & Antauri, P. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cholelithiasis Di Ruang Sta. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar*. repository.stikstellamarismks.ac.id. [http://repository.stikstellamarismks.ac.id/429/1/KIA_Paskalina_Pebriani_2023 - Febriani Antauritaliding.pdf](http://repository.stikstellamarismks.ac.id/429/1/KIA_Paskalina_Pebriani_2023_Febriani_Antauritaliding.pdf)
- Maharani, D. (2020). *Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Pada Anak Dengan Thalasemia Di Ruang Anak RSUD Jendral Ahmad Yani Kota ...* repository.poltekkes-tjk.ac.id. <https://repository.poltekkes-tjk.ac.id/id/eprint/1535/>
- Nurjannah, N. S. U. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Cholelithiasis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman (Nyeri)*. eprints.ukh.ac.id. [https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1022/1/Naspub_Siti Nurjannah_P17252_OK.pdf](https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1022/1/Naspub_Siti_Nurjannah_P17252_OK.pdf)
- Putri, R. I., & Nurhidayati, T. (2022). Penerapan slow deep breathing dan dzikir terhadap tingkat kecemasan penderita hipertensi pada lansia. In *Journal Onimus: Ners Muda*. scholar.archive.org. <https://scholar.archive.org/work/c4u6k2ryanfwfdszjmcornlcyu/access/wayback/https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/nersmuda/article/download/8302/pdf>
- Rahayu, P. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Cholesistektomi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di RSUD dr. Soekardjo ...* repository.bku.ac.id. <https://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1409>
- Rinaldi, R., Utario, Y., Sutriyanti, Y., & Nurbaiti, N. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. H Dengan Anemia Di Ruang Interne Rsud Curup Ta 2021/2022. In *Trabalho de conclusão de curso* (Vol. 1, Issue 9).
- Safitriani, Y. A. P. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Cholelithiasis Di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang*. repository.unissula.ac.id. http://repository.unissula.ac.id/23768/2/40901800103_fullpdf.pdf
- Saputro, D. Di. A. W. (2021). *Asuhan Keperawatan Pasien Post Pembedahan Cholelithiasis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman*. eprints.ukh.ac.id. [https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1153/1/Naspub_Dimas Avian W.S_P17015.pdf](https://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/1153/1/Naspub_Dimas_Avian_W.S_P17015.pdf)
- Sembiring, T. M., Susyanti, D. &, & Pratama, M. Y. (2022). *Penurunan Tekanan Darah Dengan Teknik Slow Deep Breathing Pada Pasien Hipertensi*. 15(1), 74–82.
- Sianipar, T. A. (2020). Pentingnya Diagnosa Keperawatan Bagi Perawat. *Osfio*, 1(38), 9.

- Simamora, N. R., Dewi, R. S., Khairani, A. I., & Purwaningsih, P. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Congestive Heart Failure Dengan Masalah Intoleransi Aktifitas Melalui Latihan Rom Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau Medan. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(8), 2986–3004. <https://doi.org/10.55681/sentri.v2i8.1322>
- Syefirra, S. P., Ibnu, F., & Yuniarti, E. V. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Anwar Medika*. repositori.ubs-ppni.ac.id. <https://repositori.ubs-ppni.ac.id/handle/123456789/885>
- Umaht, R. R. K., Mulyana, H., & Purwanti, R. (2021). Terapi Non Farmakologi Berbahan Herbal Untuk Menurunkan Nyeri Rematik: a Literature Riview. *Jurnal Keperawatan BSI*. <http://ejurnal.ars.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/580>
- Utami, R. N., & Khoiriyah, K. (2020). Penurunan skala nyeri akut post laparatomi menggunakan aromaterapi lemon. In *Ners Muda*. core.ac.uk. <https://core.ac.uk/download/pdf/327119226.pdf>
- Wibowo, K. S. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Tn. J Dengan Kolelitiasis Di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga. In *repository.stikesmitrakeluarga.ac.id*. https://repository.stikesmitrakeluarga.ac.id/repository/KARIN_SALSABILLA_WIBOWO_201701003_KTI_KEPERAWATAN_KMB_2020.pdf
- Widjaningrum, A., & Wulansari, W. (2022). Edukasi Kesehatan Keluarga dalam Melakukan Perawatan dengan Masalah Pengelolaan Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif. *Indonesian Journal of Nursing Research (IJNR)*, 5(2), 104–109. <https://doi.org/10.35473/ijnr.v5i2.1775>
- Winata, F. (2022). *Efektivitas Teknik Relaksasi Slow Deep Breathing Terbimbing Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Op Beningna Prostat* repository.unusa.ac.id. <http://repository.unusa.ac.id/id/eprint/10027>
- Wintoko, R., & Yadika, A. D. N. (2020). Manajemen Terkini Perawatan Luka. *Jurnal Kedokteran Universitas Lampung*, 4(2), 183–189.
- Yusri, A. Z. dan D. (2020). bab iii metode penelitian. *Jurnal Ilmu Pendidikan*, 7(2), 809–820.