

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Konsep Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keberagaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan yaitu fase praoperatif, intraoperatif dan post operatif. Masing-masing fase dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan (Farhan & Ratnasari, 2019).

a. Fase Praoperatif

Dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan dibuat dan berakhir ketika klien dipindahkan ke meja operasi. Aktivitas keperawatan yang termasuk dalam fase ini antara lain mengkaji klien, mengidentifikasi masalah keperawatan yang potensial atau aktual, merencanakan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan individu, dan memberikan penyuluhan praoperatif untuk klien dan orang terdekat klien.

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan. Kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien yaitu (HIPKABI, 2014) :

1) Rumah sakit

Melakukan pengkajian perioperatif awal, merencanakan

metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam wawancara, memastikan kelengkapan pre operatif, mengkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan pasca operatif.

2) Persiapan pasien di unit perawatan

Persiapan fisik, status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung dan kolon, Pencukuran daerah operasi, Personal hygiene, pengosongan kandung kemih, latihan pra operasi

3) Faktor resiko terhadap pembedahan

Faktor resiko terhadap pembedahan antara lain :Usia, nutrisi, penyakit kronis, ketidaksempurnaan respon neuroendokrin, merokok, alkohol dan obat-obatan.

4) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium, maupun pemeriksaan lain seperti (Electrocardiogram) ECG, dan lain-lain.

5) Pemeriksaan status anestesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan dilakukan untuk keselamatan pasien selama pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anestesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

6) Informed consent

Aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anestesi).

7) Persiapan mental/psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun

aktual pada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis (Barbara & Billie, 2006) dalam (HIPKABI, 2014).

b. Fase Intraoperatif

Dimulai saat klien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir ketika klien masuk ke unit perawatan pascaanestesi (PACU, *postanesthesia care unit*), yang juga disebut ruang pascaanestesi atau ruang pemulihan. Aktivitas keperawatan yang termasuk dalam fase ini antara lain berbagai prosedur khusus yang dirancang untuk menciptakan dan mempertahankan lingkungan terapeutik yang aman untuk klien dan tenaga kesehatan.

1) Persiapan pasien dimeja operasi

Persiapan di ruang serah terima diantaranya adalah prosedur administrasi, persiapan anestesi dan kemudian prosedur *drapping*.

2) Prinsip-prinsip umum

Prinsip aseptis ruangan antiseptis dan aseptis adalah suatu usaha untuk agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman pathogen dapat dikurangi atau ditiadakan. Cakupan tindakan antiseptis adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, alat-alat yang dipakai personel operasi (sandal, celana, baju, masker, topi, dan lain-lainnya) dan juga cara membersihkan/ melakukan desinfeksi dari kulit atau tangan (HIPKABI, 2014).

3) Fungsi keperawatan intra operatif

Perawat sirkulasi berperan mengatur ruang operasi dan melindungi keselamatan dan kebutuhan pasien dengan memantau aktivitas anggota tim bedah dan memeriksa kondisi didalam ruang operasi. Tanggung jawab utamanya meliputi memastikan kebersihan, suhu sesuai, kelembapan, pencahayaan, menjaga peralatan tetap berfungsi dan ketersediaan berbagai material yang dibutuhkan sebelum, selama, dan sesudah operasi

(HIPKABI, 2014).

4) Aktivitas keperawatan secara umum

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi *safety management*, monitor fisiologis, monitor psikologis, pengaturan dan koordinasi *Nursing Care*.

Menurut (Majid, Judha & Istianah, 2011) anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian yaitu :

- a) Anggota steril, terdiri dari: ahli bedah utama / operator, asisten ahli bedah, Scrub Nurse/Perawat Instrumen.
- b) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari: ahli atau pelaksana anaesthesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (operator alat, ahli patologi, dan lainnya)

Pembagian tugas tim operasi antara lain :

i. Perawat steril :

- Mempersiapkan pengadaan alat dan bahan yang diperlukan untuk operasi.
- Membantu ahli bedah dan asisten bedah saat prosedur bedah berlangsung.
- Membantu persiapan pelaksanaan alat yang dibutuhkan seperti jarum, pisau, kassa dan instrumen yang dibutuhkan untuk operasi.

ii. Perawat sirkuler :

- Mengkaji, merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi aktivitas keperawatan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien.
- Mempertahankan lingkungan yang aman dan nyaman.
- Menyiapkan bantuan kepada tiap anggota tim menurut kebutuhan.
- Memelihara komunikasi antar anggota tim di ruang bedah.
- Membantu mengatasi masalah yang terjadi.

c. Fase Pascaoperatif

Dimulai saat klien masuk ke ruang pascaanestesi dan berakhir ketika luka telah benar-benar sembuh. Selama fase pascaoperatif, tindakan keperawatan antara lain mengkaji respons klien (fisiologik dan psikologik) terhadap pembedahan, melakukan intervensi untuk memfasilitasi proses penyembuhan dan memberikan dukungan kepada klien dan orang terdekat, dan merencanakan perawatan di rumah.

Dalam kondisi ini, tiga fase periode perioperatif dipersingkat dan fase pascaoperatif dilanjutkan di rumah. Peran perawat dalam melakukan pengkajian, penyuluhan, dan tindak-lanjut penting untuk keberhasilan tujuan perawatan klien yang menerima tindakan bedah rawat jalan (Kozier, 2011).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan menggunakan tiga metode, yaitu wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik (Bolot & Teke, 2020). Pengkajian adalah fase pertama proses keperawatan, Data yang dikumpulkan meliputi (Lestari et al., 2019) :

a. Identitas

1) Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor register, diagnosa medik, alamat, semua data mengenai identitas klien tersebut untuk menentukan tindakan selanjutnya.

2) Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab ini sangat perlu untuk memudahkan dan jadi penanggung jawab klien selama perawatan, data yang

terkumpul meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien dan alamat.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Merupakan keluhan yang paling utama yang dirasakan oleh klien saat pengkajian. Biasanya keluhan utama yang klien rasakan adalah nyeri abdomen pada kuadran kanan atas.

2) Riwayat kesehatan sekarang

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

3) Riwayat kesehatan yang lalu

Perlu dikaji apakah klien pernah menderita penyakit sama atau pernah di riwayat sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Mengkaji ada atau tidaknya keluarga klien pernah menderita penyakit kolelitiasis

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum :

1. Penampilan Umum

Mengkaji tentang berat badan dan tinggi badan klien

2. Kesadaran

Kesadaran mencakup tentang kualitas dan kuantitas keadaanklien.

3. Tanda-tanda Vital

Mengkaji mengenai tekanan darah, suhu, nadi dan respirasi (TPRS)

2) Sistem endokrin

Mengkaji tentang keadaan abdomen dan kantung empedu. Biasanya pada penyakit ini kantung empedu dapat terlihat dan teraba oleh tangan karena terjadi pembengkakan pada kantung empedu.

d. Pola aktivitas

1. Nutrisi

Dikaji tentang porsi makan, nafsu makan

2) Aktivitas

Dikaji tentang aktivitas sehari-hari, kesulitan melakukan aktivitas dan anjuran bedrest

3) Aspek Psikologis

Kaji tentang emosi, Pengetahuan terhadap penyakit, dan suasana hati

e. Aspek penunjang

1) Hasil pemeriksaan Laboratorium (bilirubin, amylase serum meningkat)

2) Obat-obatan satu terapi sesuai dengan anjuran dokter (Arianto, 2020).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017)

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

ditunjang dengan faktor risiko yang memberikan kontribusi pada peningkatan kerentanan. Diagnosa keperawatan risiko adalah keputusan klinis tentang individu, keluarga, atau komunitas yang sangat rentan untuk mengalami masalah dibanding individu atau kelompok lain pada situasi yang sama atau hampir sama. Diagnosa keperawatan kemungkinan menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. Pada keadaan ini masalah dan faktor pendukung belum ada tetapi sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah. Diagnosa keperawatan *Wellness* (Sejahtera) atau sehat adalah keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga, dan atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi yang menunjukkan terjadinya peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif. Diagnosa keperawatan sindrom adalah diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa aktual dan risiko tinggi yang diperkirakan akan muncul karena suatu kejadian atau situasi tertentu (Yeni & Ukur, 2019).

Diagnosa Keperawatan yang biasa muncul pada klien *Cholelithiasis* dan mengalami pembedahan adalah :

Masalah keperawatan pada *Pre operatif* :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Inflamasi)
- b. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan
- c. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
- d. Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intraabdominal
- e. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan

Masalah keperawatan pada *Pre operatif* :

- a. Resiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan prosedur pembedahan mayor
- b. Resiko cedera dibuktikan dengan tindakan invasif

Masalah keperawatan pada *Post operatif* :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi)

- b. Resiko hipotermia berhubungan dengan efek agen farmakologis
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan

3. Intervensi Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat untuk mencapai luaran yang diharapkan. Proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan kriteria hasil, pemilihan intervensi yang tepat, dan rasionalisasi dari intervensi dan mendokumentasikan rencana perawatan. Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, dan siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Lestari et al., 2019).

2.1 Tabel Rencana Keperawatan Menurut SIKI dan SLKI 2018

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Pre Operatif Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri (L. 08066) menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik g. Pola napas membaik h. Tekanan darah membaik i. Pola tidur membaik	Intervensi Utama 1. Manajemen Nyeri 2. Pemberian Analgesik Intervensi Pendukung 1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit 7. Edukasi teknik napas 8. Kompres dingin 2. Kompres panas 3. Konsultasi 4. Latihan pernapasan 5. Manajemen efek samping obat 6. Manajemen kenyamanan lingkungan 7. Manajemen medikasi 8. Manajemen sedasi 9. Manajemen terapi radiasi 10. Pemantauan nyeri 11. Pemberian obat 12. Pemberian obat intravena 13. Pemberian obat oral 14. Pemberian obat topikal 15. Pengaturan posisi 16. Perawatan amputasi 17. Perawatan kenyamanan

			18. Teknik distraksi 19. Teknik imajinasi terbimbing 20. Terapi akupresur 21. Terapi akupunktur 22. Terapi bantuan hewan 23. Terapi humor 24. Terapi murattal 25. Terapi musik 26. Terapi pemijatan 27. Terapi relaksasi 28. Terapi sentuhan 29. Transcutaneous Electrical Nerve Simulation (TENS)
2.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan (D.0080)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil : a. Verbalisasi kebingungan menurun b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun c. Perilaku gelisah menurun d. Perilaku tegang menurun	Intervensi Utama 1. Eduksi ansietas 2. Terapi relaksasi Intervensi Pendukung 1. Bantuan kontrol marah 2. Biblioterapi 3. Dukungan emosi 4. Dukungan hipnosis diri 5. Dukungan kelompok 6. Dukungan keyakinan 7. Dukungan memaafkan 8. Dukungan pelaksanaan ibadah 9. Dukungan pengungkapan kebutuhan 10. Dukungan proses berduka 11. Intervensi krisis 12. Konseling 13. Manajemen demensia 14. Persiapan pembedahan 15. Teknik distraksi 16. Teknik hipnosis 17. Teknik imajinasi terbimbing 18. Teknik menenangkan 19. Terapi biofeedback 20. Terapi diversional 21. Terapi musik 22. Terapi penyalahgunaan zat 23. Terapi relaksasi otot progresif 24. Terapi reminisens 25. Terapi seni 26. Terapi validasi
3	Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intraabdominal (D.0076)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nausea (L.12111) menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan mual menurun b. Perasaan ingin muntah menurun c. Pucat menurun d. Takikardia menurun	Intervensi Utama: 1. Manajemen mual 2. Manajemen muntah Intervensi Pendukung: 1. Dukungan hipnosis diri 2. Edukasi efek samping obat 3. Edukasi kemoterapi 4. Edukasi manajemen nyeri 5. Edukasi perawatan kehamilan

			<ol style="list-style-type: none"> 6. Edukasi teknik napas 7. Manajemen efek samping obat 8. Manajemen kemoterapi 9. Manajemen nyeri 10. Manajemen stress 11. Pemberian obat 12. Pemberian obat intravena 13. Pemberian obat oral 14. Terapi akupresur 15. Terapi akupuntur 16. Terapi relaksasi
4	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan termoregulasi (L.14134) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Suhu tubuh membaik b. Suhu kulit membaik c. Tekanan darah membaik 	<p>Intervensi Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen hipertermia 2. Regulasi temperatur <p>Intervensi Pnedukung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi analgesia terkontrol 2. Edukasi dehidrasi 3. Edukasi pengukuran suhu tubuh 4. Edukasi program pengobatan 5. Edukasi terapi cairan 6. Edukasi termoregulasi 7. Kompres dingin 8. Manajemen cairan 9. Manajemen kejang 10. Pemantauan cairan 11. Pemberian obat 12. Pemberian obat intravena 13. Pemberian obat oral 14. Pencegahan hipertensi keganasan 15. Perawatan sirkulasi 16. Promosi teknik kulit ke kulit
5	Hipovolemia kekurangan intake cairan (D. 0023)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan status cairan (L.03028) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi nadi membaik b. Tekanan darah membaik c. Tekanan nadi membaik d. membran mukosa membaik e. JVP membaik 	<p>Intervensi Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen hipovolemia 2. Manajemen syok hipovolomik <p>Intervensi Pendukung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Balut tekan 2. Dukungan kepatuhan program pengobatan 3. Edukasi pengukuran nadi radialis 4. Insersi intravena 5. Insersi selang nasogastrik 6. Konsultasi via telepon 7. Manajemen akses vena sentral 8. Manajemen aritmia 9. Manajemen diare 10. Manajemen elektrolit 11. Manajemen elektrolit: Hiperkalemia 12. Manajemen elektrolit: Hiperkalsemia 13. Manajemen elektrolit: Hiper magnesemia

			14. Manajemen elektrolit: Hipernatremia 15. Manajemen elektrolit: Hipokalemia 16. Manajemen elektrolit: Hipokalsemia 17. Manajemen elektrolit: Hipomagnesimia 18. Manajemen elektrolit: Hiponatremia 19. Manajemen muntah 20. Manajemen medikasi 21. Manajemen perdarahan 22. Manajemen perdarahan akhir masa kehamilan 23. Manajemen perdarahan antepartum dipertahankan 24. Manajemen perdarahan antepartum tidak dipertahankan 25. Manajemen perdarahan pervaginum 26. Manajemen perdarahan pervaginum pascapersalinan 27. Manajemen syok 28. Manajemen spesimen darah 29. Pemantauan cairan 30. Pemantauan elektrolit 31. Pemantauan hemodinamik invasif 32. Pemantauan neurologis 33. Pemantauan tanda vital 34. Pemberian obat 35. Pemberian obat intravena 36. Pencegahan perdarahan 37. Pencegahan syok 38. Pengambilan darah arteri 39. Pengambilan darah vena 40. Perawatan jantung akut 41. Terapi intravena 42. Tranfusi darah
6	Intra Operatif Resiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan prosedur pembedahan mayor (D. 0036)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan (L. 05020) meningkat dengan kriteria hasil: a. Asupan cairan meningkat b. Keluaran urin meningkat c. kelembapan membran mukosa meningkat d. Tekanan darah membaik e. Tekanan arteri rata- rata membaik f. Membran mukosa	Intervensi Utama 1. Manajemen cairan 2. Pemantauan cairan Intervensi Pendukung 1. Identifikasi resiko 2. Insersi intravena 3. Insersi selang nasogastrik 4. Kateterisasi urin 5. Manajemen aritmia 6. Manajemen autotnrasfusi 7. Manajemen edema cerebral 8. Manajemen elektrolit 9. Manajemen hipervolemia 10. Manajemen hipovolemia 11. Manajemen nutrisi 12. Manajemen medikasi

		<p>membalik</p> <p>g. Turgor kulit membalik</p>	<p>13. Manajemenn perdarahan</p> <p>14. Manajemen spesimen darah</p> <p>15. Manajemen syok</p> <p>16. Manajemen syok analitik</p> <p>17. Manajemen syok hipovolemik</p> <p>18. Manajemen syok kardiogenik</p> <p>19. Manajemen syok neurogenik</p> <p>20. Manajemen syok obstruktif</p> <p>21. Manajemen syok septik</p> <p>22. Pemantauan elektrolit</p> <p>23. Pemantauan hemodinamik invasif</p> <p>24. Pemantauan neurologis</p> <p>25. Pemantauan tanda vital</p> <p>26. Pencegahan infeksi</p> <p>27. Pencegahan perdarahan</p> <p>43. Pencegahan syok</p> <p>44. Pengambilan darah arteri</p> <p>45. Pengambilan darah vena</p> <p>28. Pengontrolan infeksi</p> <p>29. Perawatan kateter sentral perifer</p> <p>30. Perawatan luka</p> <p>31. Perawatan luka bakar</p> <p>32. Perawatan selang dada</p> <p>33. Perawatan selang gastrointestinal</p> <p>34. Regulasi temperatur</p> <p>35. Terapi intravena</p> <p>36. Tranfusi darah</p>
7	<p>Resiko Cedera dibuktikan dengan tindakan invasif (D.0136)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat cedera (L. 14136) menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a. Kejadian cedera menurun</p> <p>b. Luka/lecet menurun</p> <p>c. Tekanan darah membaik</p>	<p>Intervensi Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen keselamatan lingkungan 2. Pencegahan cedera <p>Inervensi Pendukung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi keamanan bayi 2. Edukasi keamanan anak 3. Edukasi keselamatan lingkungan 4. Edukasi keselamatan rumah 5. Edukasi pengurangan resiko 6. Identifikasi risiko 7. Manajemen kejang 8. Orientasi realita 9. Pemberian obat 10. Pemasangan alat pengaman 11. Pencegahan jatuh 12. Pencegahan kebakaran 13. Pencegahan kejang 14. Pencegahan perdarahan 15. Pencegahan risiko lingkungan 16. Pengekangan fisik 17. Pengembangan kesehatan masyarakat 18. Pengenalan fasilitas 19. Promosi keamanan berkendara

			<p>20. Promosi mekanika tubuh</p> <p>21. Rujukan ke fisioterapis</p> <p>22. Skrining gizi</p> <p>23. Skirining kesehatan</p> <p>24. Surveilens keamanan dan keselamatan</p> <p>25. Terapi trauma anak</p>
8	<p>Post Operatif Resiko Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah (D.0140)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan termoregulasi (L.14134) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Menggigil menurun Pucat menurun Suhu tubuh membaik 	<p>Intervensi Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> Manajemen hipotermia Regulasi temperatur <p>Intervensi Pendukung</p> <ol style="list-style-type: none"> Dukungan menyusui Dukungan ventilasi Dukungan kepatuhan program pengobatan Dukungan pemulihan penyalahgunaan Alkohol edukasi kemoterapi Edukasi nutrisi Edukasi pengukuran suhu tubuh Edukasi pengurangan risiko Edukasi termoregulasi Inisiasi menyusu dini Manajemen cairan Manajemen hemodialisis Manajemen lingkungan Manajemen kemoterapi Pemantauan nutrisi Pemantauan hemodinamik Pemantauan tanda vital
9	<p>Post Operatif Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) (D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri (L. 08066) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Meringis menurun Sikap protektif menurun Gelisah menurun Kesulitan tidur menurun Frekuensi nadi membaik Pola napas membaik Tekana darah membaik Pola tidur membaik 	<p>Intervensi Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> Manajemen Nyeri Pemberian Analgesik <p>Intervensi Pendukung</p> <ol style="list-style-type: none"> Aromaterapi Dukungan hipnosis diri Dukungan pengungkapan kebutuhan Edukasi efek samping obat Edukasi manajemen nyeri Edukasi proses penyakit Edukasi teknik napas Kompres dingin Kompres panas Konsultasi Latihan pernapasan Manajemen efek samping obat Manajemen kenyamanan lingkungan Manajemen medikasi Manajemen sedasi Manajemen terapi radiasi Pemantauan nyeri Pemberian obat

			40. Pemberian obat intravena 41. Pemberian obat oral 42. Pemberian obat topikal 43. Pengaturan posisi 44. Perawatan amputasi 45. Perawatan kenyamanan 46. Teknik distraksi 47. Teknik imajinasi terbimbing 48. Terapi akupresur 49. Terapi akupuntur 50. Terapi bantuan hewan 51. Terapi humor 52. Terapi murattal 53. Terapi musik 54. Terapi pemijatan 55. Terapi relaksasi 56. Terapi sentuhan 57. Transcutaneous Electrical Nerve Simulation (TENS)
10	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan enggan melakukan pergerakan (D.0054)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil : a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Rentang gerak meningkat c. Kecemasan menurun d. Kelemahan fisik menurun	Intervensi Utama 1. Dukungan mobilisasi 2. Dukungan ambulasi Intervensi pendukung 1. Dukungan kepatuhan program pengobatan 2. Dukungan perawatan diri 3. Edukasi latihan fisik 4. Edukasi teknik ambulasi 5. Edukasi teknik transfer 6. Konsultasi via telepon 7. Latihan otogenik 8. Manajemen ergo 9. Manajemen nutrisi 10. Manajemen nyeri 11. manajemen program latihan 12. Pembidaian 13. Promosi latihan fisik 14. Terapi aktivitas 15. Terapi relaksasi otot progresif

4. Implementasi keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di tujukan pada rencana strategi untuk membantu mencapai tujuan yang di harapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Harahap et al., 2014).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Harahap et al., 2014).

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Konsep *Cholelithiasis*

Cholelithiasis adalah terdapatnya batu dalam kandung empedu atau saluran empedu. *Kolesistitis* adalah inflamasi akut atau kronis dari kandung empedu, biasanya berhubungan dengan batu kandung empedu yang tersangkut pada duktus kistik dan menyebabkan distensi kandung empedu (Rendi & Margareth, 2019).

Cholelithiasis atau dikenal sebagai penyakit batu empedu merupakan penyakit yang didalamnya terdapat batu empedu yang dapat ditemukan di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu atau pada kedua-duanya. *Cholelithiasis* adalah material atau kristal yang terbentuk di dalam kandung empedu. Beberapa faktor risiko yang sering ditemui pada kejadian *Cholelithiasis* dikenal dengan "6F" (*Fat, Female, Forty, Fair, Fertile, Family history*). Keluhan klinis yang sering ditemukan adalah nyeri pada perut kanan atas, nyeri epigastrium, demam, ikterus, mual, muntah. Kandung empedu merupakan sebuah kantung yang terletak di bawah hati yang mengonsentrasikan dan menyimpan empedu sampai dilepaskan ke dalam usus. Fungsi dari empedu sendiri sebagai *ekskretorik* seperti *ekskresi bilirubin* dan sebagai pembantu proses pencernaan melalui emulsifikasi lemak oleh garam-garam empedu. Selain membantu proses pencernaan dan penyerapan lemak, empedu juga berperan dalam membantu metabolisme dan pembuangan limbah dari tubuh, seperti pembuangan *hemoglobin* yang berasal dari penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolesterol. Garam empedu

membantu proses penyerapan dengan cara meningkatkan kelarutan kolesterol, lemak, dan vitamin yang larut dalam lemak (Musbahi et al., 2019).

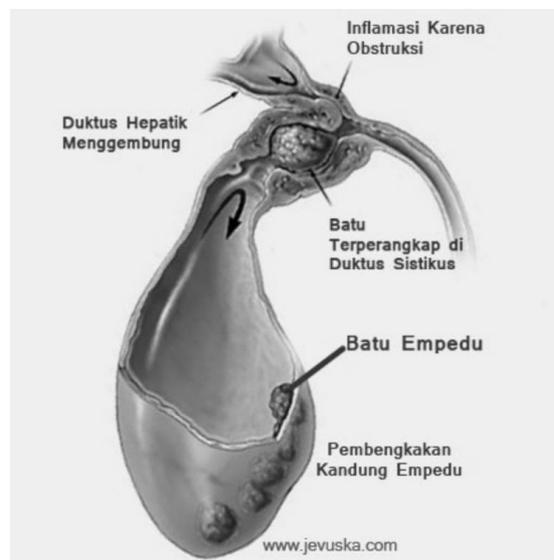
Cholelithiasis adalah keadaan dimana terdapatnya batu di dalam kandung empedu atau di dalam duktus koledokus, atau pada kedua-duanya. Diperkirakan lebih dari 95% penyakit yang mengenai kandung empedu dan salurannya adalah penyakit *Cholelithiasis*. Adanya infeksi dapat menyebabkan kerusakan dinding kandung empedu, sehingga menyebabkan terjadinya stasis dan dengan demikian menaikkan batu empedu. Infeksi dapat disebabkan kuman yang berasal dari makanan. Infeksi bisa merambat ke saluran empedu sampai ke kantong empedu. Penyebab paling utama adalah infeksi di usus. Infeksi ini menjalar tanpa terasa menyebabkan peradangan pada saluran dan kantong empedu sehingga cairan yang berada di kantong empedu mengendap dan menimbulkan batu. Infeksi tersebut misalnya *tifoid* atau tifus. Kuman tifus apabila bermuara di kantong empedu dapat menyebabkan peradangan lokal yang tidak dirasakan pasien, tanpa gejala sakit ataupun demam (Musbahi et al., 2019).

2. Etiologi

Cholelithiasis adalah penyakit batu empedu yang dapat ditemukan di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu, atau pada kedua-duanya. Sebagian besar batu empedu, terutama batu kolesterol, terbentuk di dalam kandung empedu. Pembentukan dan ekskresi empedu merupakan fungsi utama hati. Kandung empedu adalah sebuah kantung terletak di bawah hati yang mengonsentrasikan dan menyimpan empedu sampai ia dilepaskan ke dalam usus. Kebanyakan batu duktus koledokus berasal dari batu kandung empedu, tetapi ada juga yang terbentuk primer di dalam saluran empedu (Alhawsawi et al., 2019). Batu empedu bisa terbentuk di dalam saluran empedu jika empedu mengalami aliran balik karena adanya penyempitan saluran. Batu empedu di dalam saluran empedu bisa mengakibatkan infeksi hebat saluran empedu (*kolangitis*). Jika saluran empedu tersumbat, maka bakteri akan tumbuh

dan dengan segera menimbulkan infeksi di dalam saluran. Bakteri bisa menyebar melalui aliran darah dan menyebabkan infeksi di bagian tubuh lainnya. Berdasarkan jenis batu yang terbentuk, faktor yang mempengaruhi terbentuknya batu berbeda-beda. Kondisi-kondisi yang menjadi faktor predisposisi terbentuknya batu pigmen adalah penyakit hemolitik yang kronik, pemberian nutrisi parenteral total, *kolestasis kronik* dan *sirosis* dan pemberian obat (*cefriaxone*). Sedangkan faktor predisposisi terbentuknya batu pigmen coklat adalah adanya infestasi parasit seperti *Ascharis lumbricoides*. Untuk batu kolesterol, faktor resiko terjadinya batu kolesterol adalah kegemukan, Jadi dari beberapa sumber penyebab dan faktor resiko terjadinya batu pada kandung empedu (*Cholelithiasis*) adalah penyakit hemolitik dan penyakit spesifik *non- hemolitik*, wanita dengan usia lebih dari 40 tahun dan menggunakan kontrasepsi hormonal, kegemukan, dan makanan berlemak (Widodo, 2015).

3. Anatomi



Gambar 2.1 Kandung empedu

Kandung empedu bentuknya seperti kantong, organ berongga yang panjangnya sekitar 10 cm, terletak dalam suatu fosa yang menegaskan batas anatomi antara lobus hati kanan dan kiri. Kandung empedu merupakan kantong berongga berbentuk bulat lonjong seperti buah

advokat tepat di bawah lobus kanan hati. Kandung empedu mempunyai fundus, korpus, dan kolum. Fundus bentuknya bulat, ujung buntu dari kandung empedu yang sedikit memanjang di atas tepi hati. Korpus merupakan bagian terbesar dari kandung empedu. Kolum adalah bagian yang sempit dari kandung empedu yang terletak antara korpus dan daerah duktus sistika. Empedu yang disekresi secara terus-menerus oleh hati masuk ke saluran empedu yang kecil dalam hati. Saluran empedu yang kecil bersatu membentuk dua saluran lebih besar yang keluar dari permukaan bawah hati sebagai duktus hepatikus kanan dan kiri yang segera bersatu membentuk duktus hepatikus komunis. Duktus hepatikus bergabung dengan duktus sistikus membentuk duktus koledokus (Bruno, 2019).

4. Fisiologi

Fungsi kandung empedu, yaitu:

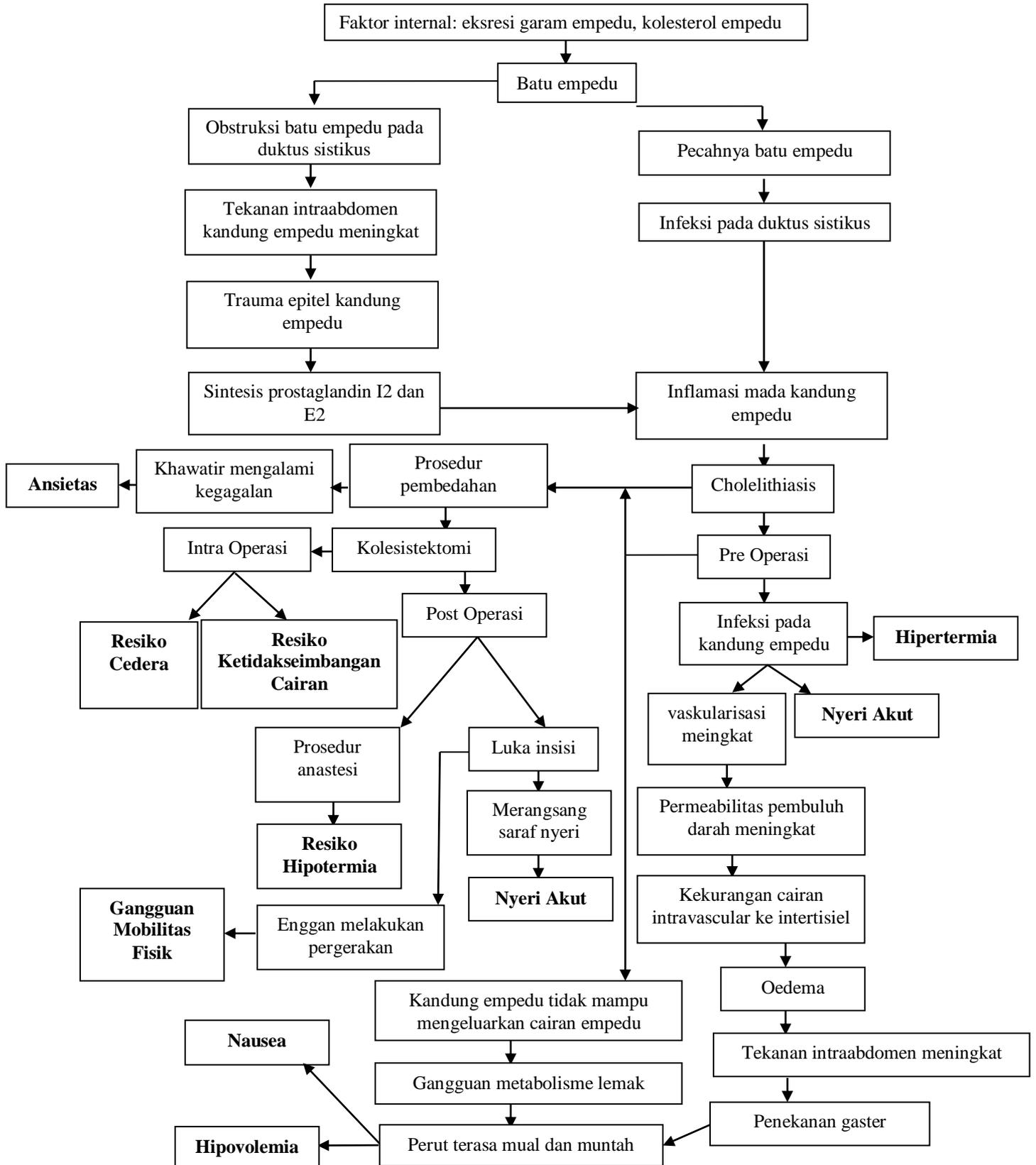
- a) Tempat menyimpan cairan empedu dan memekatkan cairan empedu yang ada di dalamnya dengan cara mengabsorpsi air dan elektrolit. Cairan empedu ini adalah cairan elektrolit yang dihasilkan oleh sel hati.
- b) Garam empedu menyebabkan meningkatnya kelarutan kolesterol, lemak dan vitamin yang larut dalam lemak, sehingga membantu penyerapannya dari usus. Hemoglobin yang berasal dari penghancuran sel darah merah diubah menjadi bilirubin (pigmen utama dalam empedu) dan dibuang ke dalam empedu. Empedu memiliki fungsi, yaitu membantu pencernaan dan penyerapan lemak, berperan dalam pembuangan limbah tertentu dari tubuh, terutama *hemoglobin* yang berasal dari penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolesterol, garam empedu meningkatkan kelarutan kolesterol, lemak dan vitamin yang larut dalam lemak untuk membantu proses penyerapan, garam empedu merangsang pelepasan air oleh usus besar untuk membantu menggerakkan isinya, *bilirubin* (pigmen utama dari empedu) dibuang ke dalam empedu sebagai limbah dari sel darah merah yang dihancurkan, serta obat dan limbah

lainnya dibuang dalam empedu dan selanjutnya dibuang dari tubuh. Garam empedu kembali diserap ke dalam usus halus, disuling oleh hati dan dialirkan kembali ke dalam empedu. Sirkulasi ini dikenal sebagai *sirkulasi enterohepatik*. Seluruh garam empedu di dalam tubuh mengalami sirkulasi sebanyak 10-12 kali/hari. Dalam setiap sirkulasi, sejumlah kecil garam empedu masuk ke dalam usus besar (*kolon*). Di dalam kolon, bakteri memecah garam empedu menjadi berbagai unsur pokok. Beberapa dari unsur pokok ini diserap kembali dan sisanya dibuang bersama tinja. Hanya sekitar 5% dari asam empedu yang disekresikan dalam feses (Reinecke, 2018).

5. Patofisiologi

Ada dua tipe utama batu empedu yaitu batu yang terutama tersusun dari pigmen dan tersusun dari kolesterol. Batu pigmen, akan terbentuk bila pigmen yang terkonjugasi dalam empedu mengalami presipitasi atau pengendapan, sehingga terjadi batu. Pada pasien yang cenderung menderita batu empedu akan terjadi penurunan sintesis asam empedu dan peningkatan sintesis kolesterol dalam hati, mengakibatkan supersaturasi getah empedu oleh kolesterol dan keluar dari getah empedu mengendap membentuk batu. Getah empedu yang jenuh oleh kolesterol merupakan predisposisi untuk timbulnya batu empedu yang berperan sebagai iritan yang menyebabkan peradangan dalam kandung empedu (Nanda, 2020). Wanita yang menderita batu kolesterol dan penyakit kandung empedu 4 kali lebih banyak dari pada laki-laki. Biasanya terjadi pada wanita berusia > 40 tahun, multipara, obesitas. Penderita batu empedu meningkat pada pengguna kontrasepsi pil, estrogen dan klofibrat yang diketahui meningkatkan saturasi kolesterol bilier. Insiden pembentukan batu meningkat bersamaan dengan penambahan umur, karena bertambahnya sekresi kolesterol oleh hati dan menurunnya sintesis asam empedu juga meningkat akibat mal absorbs garam empedu pada pasien dengan penyakit gastrointestinal, pernah operasi reseksi usus, dan DM. (Ferreira Junior et al., 2019).

2.2 Pathway Cholelithiasis



(Nurarif & Kusuma, 2016 dengan menggunakan SDKI 2017)

6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada pasien *Cholelithiasis* sangat bervariasi, ada yang mengalami gejala asimtomatik dan gejala simptomatik. Pasien *Cholelithiasis* dapat mengalami dua jenis gejala: gejala yang disebabkan oleh penyakit kandung empedu itu sendiri dan gejala yang terjadi akibat obstruksi pada jalan perlintasan empedu oleh batu empedu. Gejalanya bisa bersifat akut atau kronis. Gangguan epigastrium, seperti rasa penuh, distensi abdomen dan nyeri yang samar pada kuadran kanan atas abdomen dapat terjadi. Gangguan ini dapat terjadi bila individu mengkonsumsi makanan yang berlemak atau yang digoreng (Nanda, 2020) . Gejala yang mungkin timbul pada pasien *Cholelithiasis* adalah nyeri dan kolik bilier, ikterus, perubahan warna urin dan feses dan defisiensi vitamin. Pada pasien yang mengalami nyeri dan kolik bilier disebabkan karena adanya obstruksi pada duktus sistikus yang tersumbat oleh batu empedu sehingga terjadi distensi dan menimbulkan infeksi. *Kolik bilier* tersebut disertai nyeri hebat pada abdomen kuadran kanan atas, pasien akan mengalami mual dan muntah dalam beberapa jam sesudah mengkonsumsi makanan dalam posisi besar (Nurarif & Kusuma, 2016).

7. Komplikasi

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

- a) *Kolangitis* adalah peradangan pada saluran empedu yang terjadi karena adanya infeksi yang menyebar akibat obstruksi pada saluran empedu.
- b) *Hidrops* merupakan obstruksi kronik dari kandung empedu yang biasa terjadi di duktus sistikus sehingga kandung empedu tidak dapat diisi lagi oleh empedu.
- c) *Emfiema* adalah kandung empedu yang berisi nanah. Komplikasi pada pasien yang mengalami emfiema membutuhkan penanganan segera karena dapat mengancam jiwa
- d) *Kolesistitis* merupakan peradangan pada kandung empedu, dimana

terdapat obstruksi atau sumbatan pada leher kandung empedu atau saluran kandung empedu, yang menyebabkan infeksi dan peradangan pada kandung empedu (Baloyi et al., 2020).

8. Pencegahan dan Penanganan

Pencegahan *Cholelithiasis* dapat di mulai dari masyarakat yang sehat yang memiliki faktor risiko untuk terkena *Cholelithiasis* sebagai upaya untuk mencegah peningkatan kasus *Cholelithiasis* pada masyarakat dengan cara tindakan promotif dan preventif. Tindakan promotif yang dapat dilakukan adalah dengan cara mengajak masyarakat untuk hidup sehat, menjaga pola makan, dan perilaku atau gaya hidup yang sehat. Sedangkan tindakan preventif yang dapat dilakukan adalah dengan meminimalisir faktor risiko penyebab *Cholelithiasis*, seperti menurunkan makanan yang berlemak dan berkolesterol, meningkatkan makan sayur dan buah, olahraga teratur dan perbanyak minum air putih. Pada pasien yang sudah didiagnosa mengalami *Cholelithiasis* dapat dilakukan tindakan dengan cara bedah maupun non-bedah. Penanganan secara bedah adalah dengan cara kolesistektomi. Sedangkan penanganan secara non-bedah adalah dengan cara melarutkan batu empedu menggunakan MTBE, ERCP, dan ESWL (Bruno, 2019)

Kolesistektomi merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan pada sebagian besar kasus *Cholelithiasis*. *Cholesistektomi* adalah pengangkatan kandung empedu melalui proses pembedahan, yang tekniknya dapat dilakukan dengan laparoscopi atau bedah terbuka (Ananda,Widya.2015) *Cholesistektomi* ialah pengangkatan kandung empedu melalui proses pembedahan yang disebabkan oleh *cholecystitis*. Dampak dari tindakan kolesitektomi yaitu:

a) Sistem pernafasan

Terjadi perubahan dan frekuensi pernapasan menjadi lebih cepat akibat nyeri, penurunan ekspansi paru.

b) Sistem kardiovaskuler

Ditemukan adanya perdarahan sampai syok, tanda-tanda kelemahan, kelelahan yang ditandai dengan pucat, mukosa bibir kering dan

pecah-pecah, tekanan darah dan nadi meningkat

c) Sistem perkemihan

Jumlah output urine mungkin sedikit karena kehilangan cairan tubuh saat operasi atau karena adanya muntah. Biasanya terpasang kateter

d) Sistem musculoskeletal

Ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri

Penanganan Cholelithiasis non-bedah dengan cara melarutkan batu empedu yaitu suatu metode melarutkan batu empedu dengan menginfuskan suatu bahan pelarut (monooktanion atau metil tertier butil eter) ke dalam kandung empedu. Pelarut tersebut dapat diinfuskan melalui jalur berikut ini: melalui selang atau kateter yang dipasang perkutan langsung ke dalam kandung empedu; melalui selang atau drain yang dimasukkan melalui saluran T-Tube untuk melarutkan batu yang belum dikeluarkan pada saat pembedahan; melalui endoskop ERCP atau kateter bilier transnasal. Pengangkatan non-bedah digunakan untuk mengeluarkan batu yang belum terangkat pada saat kolesistektomi atau yang terjepit dalam duktus koledokus (Baloyi et al., 2020).

Setelah penanganan bedah maupun non-bedah dilakukan, maka selanjutnya dilakukan perawatan paliatif yang fungsinya untuk mencegah komplikasi penyakit yang lain, mencegah atau mengurangi rasa nyeri dan keluhan lain, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Perawatan tersebut bisa dilakukan dengan salah satu cara yaitu memerhatikan asupan makanan dengan intake rendah lemak dan kolesterol (Bini et al., 2020).

9. Pemeriksaan Diagnostik

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

a) Pemeriksaan Sinar-X Abdomen

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

b) Ultrasonografi

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

c) Pemeriksaan pencitraan *Radionuklida* atau *koleskintografi*.

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

d) ERCP (*Endoscopic Retrograde CholangioPancreatography*),

Pemeriksaan ini meliputi insersi endoskop serat-optik yang fleksibel ke dalam esofagus hingga mencapai duodenum pars descendens. Sebuah kanul dimasukkan ke dalam duktus koledokus serta duktus pankreatikus, kemudian bahan kontras disuntikkan ke dalam duktus tersebut untuk memungkinkan visualisasi serta evaluasi percabangan bilier.

e) Kolangiografi Transhepatik Perkutan

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

f) MRCP (*Magnetic Resonance Cholangiopancreatography*)

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

mendiagnosis batu saluran empedu .

D. Jurnal Terkait

1. Studi kasus Nurjannah & Sani (2020) tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi *Cholelithiasis* Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Nyeri. Tujuan studi kasus ini untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien post operasi *cholelithiasis* dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode pendekatan studi kasus. Subjek dalam studi kasus ini adalah satu orang pasien post operasi *cholelithiasis* dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik. Hasil studi kasus ini menunjukkan, bahwa pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien post operasi *cholelithiasis* dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri dengan masalah nyeri akut, yang dilakukan tindakan keperawatan teknik *deep breathing exercise* (DBE)/relaksasi napas dalam selama ± 10 menit dalam 3 hari berturut-turut didapatkan hasil penurunan skala nyeri dari skala 4 menjadi skala 1. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian tindakan terapi *deep breathing exercise* (DBE)/relaksasi napas dalam efektif untuk menurunkan nyeri pada pasien post operasi *cholelithiasis* dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman nyeri.
2. Penelitian Kotta et al. (2022) tentang Pengaruh Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Haid (Dismenore) Pada Mahasiswi Fakultas Kedokteran Universitas Nusa Cendana bahwa relaksasi napas dalam berpengaruh terhadap penurunan nyeri haid (dismenore) yang dialami oleh responden. Hasil penelitian terdapat perbedaan yang bermakna pada kelompok perlakuan setiap bulannya yang ditunjukkan oleh hasil analisis *Wilcoxon Test* dengan nilai $p=0,000$ ($p<0,05$).
3. Karya ilmiah (Rita, 2017) tentang Analisa Praktik Klinik Keperawatan pada Klien CKD dengan Intervensi *Aroma Terapi Minyak Kayu Putih* terhadap Gangguan Mual Muntah di Ruang Hemodialisa RSUD Abdul

Wahab Sjahranie Tahun 2017 hasil dari analisa ini yaitu intervensi inovasi *aroma terapi* minyak kayu putih, mampu menurunkan meringankan gangguan mual muntah pasien yang menjalani proses hemodialisis.

4. Jurnal Rokawie et al. (2017) tentang Relaksasi Nafas Dalam Menurunkan Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Abdomen hasil penelitian diperoleh tingkat kecemasan pada pasien pre operasi bedah abdomen sebelum diberikan terapi relaksasi nafas dalam mempunyai rata-rata skor indeks kecemasan 54,59 (kecemasan sedang) dan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi bedah abdomen setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam mempunyai rata-rata skor indeks kecemasan 49,56 (kecemasan ringan) dan terjadi penurunan sebesar 5,03.
5. Jurnal (Arif, 2022) tentang Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Post Operative Nausea And Vomitting Pasca Operasi Menggunakan General Anestesi. Hasil penelitian terkait efek intervensi mobilisasi dini terhadap ponv menunjukkan nilai p value sebesar 0,003 menggunakan independent t test. mobilisasi dini memperlancar sistem peredaran darah sehingga mengembalikan sistem cvc yang sebelumnya terganggu dan mengekskresikan sisa anestesi melalui keringat. saran bagi peneliti selanjutnya agar meneliti perbedaan durasi pemberian mobilisasi dini sehingga dapat menurunkan mual muntah pada pasien pasca operasi.