

# Nursing care for Mr. E with post-operative cholecystectomy on day 2 in the Kana room at RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung

Lutfi Yuhan Asna<sup>1</sup> ✉, Henny Siswanti<sup>2</sup>, Dewi Hartinah<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Universitas Muhammadiyah Kudus, Indonesia

✉ [lutfiasna07@gmail.com](mailto:lutfiasna07@gmail.com)

## Abstract

*Background:* Cholangitis is a condition in which an infection occurs in the bile ducts. The bile duct has an important function in draining bile fluid from the liver to the intestines and gallbladder. The main cause of cholangitis is bacteria. This condition usually appears when the bile ducts are blocked by various things, such as gallstones or tumors. The infection that leads to this condition also has the potential to spread to the liver. In general, cholangitis can be recognized through symptoms of fever, nausea, and pain in the upper right upper abdomen.

*Objective:* to analyze the nursing care process in patients with post-operative cholecystectomy on the 2nd day in the Kana Room, Dr.Hasan Sadikin Hospital, Bandung.

*Method:* This case uses the nursing process method including assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation and nursing evaluation

*Results:* From the assessment of the client, 3 diagnoses were obtained, namely acute pain related to physical injury agents, The risk of infection is evidenced by the effect of invasive procedures, Physical mobility disorders are related to movement restriction programs After Nursing Care is carried out according to proper intervention and some problems can be partially resolved. *Conclusion:* In carrying out this nursing care, good cooperation with the patient and the medical team is necessary for the success of nursing care

**Keywords:** Cholangitis, Nursing Care; Post Operative Laparoscopic Cholecystectomy;

## Asuhan Keperawatan Pada Tn.E dengan Post Operasi Cholecystectomy Hari ke 2 di Ruang Kana RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

### Abstrak

Latar Belakang : Cholangitis merupakan sebuah keadaan di mana infeksi terjadi pada saluran empedu. Saluran empedu memiliki fungsi penting dalam mengalirkan cairan empedu dari hati menuju usus dan kantong empedu. Penyebab utama dari kolangitis adalah bakteri. Keadaan ini biasanya muncul ketika saluran empedu terhalang oleh berbagai hal, seperti batu empedu atau tumor. Infeksi yang mengarah pada kondisi ini juga berpotensi menyebar ke hati. Secara umum, cholangitis dapat dikenali melalui gejala demam, mual, dan nyeri di bagian atas perut atas sebelah kanan. Tujuan : untuk mendokumentasikan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi cholecystectomy hari ke 2 Di Ruang Kana RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung. Metode : Kasus ini menggunakan metode proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan Hasil : Dari pengkajian terhadap klien didapatkan 3 diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi dibuktikan dengan efek procedure invasive, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan program pembatas gerak Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan sesuai intervensi dengan baik dan sebagian masalah dapat teratasi sebagian. Kesimpulan : Dalam melakukan asuhan keperawatan ini kerja sama yang baik dengan pasien dan tim medis diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan

**Kata kunci:** Asuhan Keperawatan; Cholangitis, Post Operasi Cholecystectomy Laparascopi;

## 1. Pendahuluan

Cholangitis merupakan infeksi mendadak yang disebabkan oleh bakteri dalam saluran empedu, yang muncul akibat adanya kolonisasi atau perkembangan bakteri di area tersebut. Kondisi ini terjadi karena terhambatnya aliran garam empedu dari kantong empedu, yang disebabkan oleh adanya penyumbatan seperti batu empedu, penyempitan saluran empedu, sirosis hati, dan lain-lain. Cholangitis umumnya disebabkan oleh adanya obstruksi. Pada kasus yang tidak terlalu parah, kondisi ini ditandai dengan obstruksi bilier serta peradangan yang disertai pertumbuhan dan penyebaran bakteri dalam sistem bilier. Diperkirakan, sekitar 50% hingga 70% pasien mengalami gejala seperti nyeri di kuadran kanan atas, demam, serta penyakit kuning [1].

Di Amerika, jumlah rawat inap telah bertambah dari 29,8 per 100.000 pada tahun 2005 menjadi 33,5 di tahun 2014, dengan lonjakan yang terlihat di rumah sakit yang berada di kawasan kota. Aspek seperti usia, gender, dan adanya kondisi kesehatan lainnya berpengaruh terhadap angka ini. Walau begitu, informasi lengkap mengenai tingkat global Cholangitis masih minim, dengan perbedaan yang cukup besar tergantung pada lokasi dan ketersediaan layanan kesehatan [2].

Pertama kali diajukan pada tahun 1877 oleh Charcot, ia mengungkapkan bahwa kondisi ini terkait dengan gangguan patologis yang menandakan adanya penyumbatan pada saluran empedu serta infeksi bakteri. Cholangitis merupakan salah satu konsekuensi dari keberadaan batu di dalam saluran empedu. Menurut Lee dan timnya, tingkat kematian terkait Cholangitis berada dalam kisaran 5% hingga 10%. Kematian yang disebabkan oleh Cholangitis akut cukup signifikan, mencapai lebih kurang 27%. Namun, ketika Cholangitis berkembang menjadi lebih parah, sindrom respons inflamasi sistemik (SIRS) dapat bertransformasi menjadi sepsis, dengan atau tanpa kegagalan organ multipel, yang menambah risiko kematian hingga antara 50% hingga 80%. Mengenai penyebab tingginya angka kematian tersebut, riset lebih lanjut masih sangat diperlukan. Diketahui pula bahwa antara 10% hingga 30% dari penyumbatan saluran empedu yang agresif terjadi bersamaan dengan Cholangitis akut. Sekitar 65% dari insiden Cholangitis akut disebabkan oleh keberadaan batu [3].

Cholangitis bisa muncul sebagai akibat dari Cholelithiasis, suatu kondisi di mana batu empedu terbentuk saat kolesterol mengeras dan menumpuk dalam cairan empedu. Hal ini terjadi karena adanya ketidakseimbangan antara zat-zat kimia dan kolesterol di dalam cairan tersebut. Umumnya, batu empedu tidak menimbulkan rasa nyeri, namun jika batu tersebut menghalangi saluran empedu, pasien akan merasakan nyeri di area perut atas sebelah kanan dan dapat terjadi infeksi pada saluran kandung empedu [4].

Pelaksanaan medis pada Cholangitis biasanya berupa Cholesystectomy, yang dapat dibagi menjadi dua jenis, yakni cholesystectomy laparoskopik dan cholesystectomy terbuka (laparotomi). Cholesystectomy Laparoskopik merupakan metode yang sering digunakan dalam mengatasi Cholangitis, terutama dalam situasi di mana terjadi peradangan yang serius atau penyumbatan pada saluran empedu. Metode ini, yang bersifat minimal invasif, cenderung memiliki potensi komplikasi yang lebih sedikit dibandingkan dengan operasi laparotomi, serta dapat mempercepat pemulihan pasien, metode ini menjadikannya pilihan yang paling utama [5].

Meskipun prosedur laparoskopik memiliki banyak sekali keuntungan, mengatasi rasa sakit setelah operasi tetap menjadi salah satu tantangan terbesar dalam manajemen pascaoperasi. Selain adanya kerusakan jaringan yang terjadi setelah operasi, pemanfaatan karbon dioksida untuk memperluas rongga perut juga dapat menimbulkan iritasi pada diafragma dan rasa sakit di area bahu [6]. Jika rasa sakit ini tidak ditangani dengan tepat, hal itu bisa mengganggu kualitas hidup pasien, memperpanjang waktu penyembuhan, dan meningkatkan kemungkinan terjadinya stres pascaoperasi [7].

Prosedur cholezystectomy yang dilaksanakan dapat menyebabkan luka pada tubuh pasien, mengakibatkan rasa nyeri, kemungkinan infeksi, dan gangguan pada kenyamanan. Selama periode pasca operasi, umumnya pasien mengalami nyeri pasca operasi yang cukup parah dalam dua jam setelah prosedur karena dampak obat anestesi mulai berkurang, sehingga pada fase setelah operasi, penting untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan pasien dengan cara mengurangi atau menghilangkan nyeri pasca operasi. Tindakan nonfarmakologi mencakup berbagai cara untuk mengatasi nyeri, seperti TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terarah, kompres dingin atau panas, terapi bermain, dzikir, serta relaksasi nafas dalam [8].

Metode nonfarmakologis yang relevan, aman, dan efektif sangat diperlukan untuk perawatan setelah operasi. Metode terapi non farmakologis pada pasien pasca operasi yang biasa dilakukan adalah dengan cara relaksasi tarik napas dalam, yang bertujuan untuk mengurangi sensasi dan akhirnya dapat menurunkan persepsi nyeri karena lebih efisien dan efektif [9].

Sudah banyak dibahas bahwa teknik Pernapasan Dalam dapat secara drastis mempengaruhi sensasi nyeri di dalam tubuh. Pendekatan ini bekerja menurunkan aktivitas dalam sistem saraf simpatik, yang sering kali berkontribusi pada peningkatan rasa nyeri, dengan cara meningkatkan sirkulasi udara di paru-paru dan merangsang saraf vagus. Di samping itu, Pernapasan Dalam membantu menurunkan tekanan dalam perut, mempercepat proses relaksasi otot, serta meningkatkan pasokan oksigen ke jaringan semuanya berperan dalam mengurangi ketidaknyamanan setelah menjalani operasi [10].

Pelaksanaan terapi relaksasi nafas dalam ini dilakukan saat rasa nyeri muncul, Pemberian tehnik relaksasi nafas dalam saat rasa nyeri mulai terasa agar lebih efektif dalam menghindari peningkatan reaksi rasa nyeri. Dengan melakukan intervensi dengan cepat, bisa mencegah terjadinya mekanisme rasa nyeri sentral, sehingga kemungkinan mengalami rasa nyeri yang lebih parah atau berkepanjangan bisa minimalisir [11]. Diharapkan ini akan meningkatkan kualitas perawatan secara keseluruhan dan secara efektif mengatasi rasa nyeri pada pasien yang mengalami Cholangitis pascalaparoskopi.

Manajemen rasa sakit yang ditemukan dan diterapkan di ruang Kana Rsup dr. Hasan Sadikin Bandung mencakup terapi farmakologis dan terapi nonfarmakologis. Terapi nonfarmakologis ini meliputi teknik relaksasi nafas dalam, di mana metode ini diyakini dapat menurunkan tingkat rasa sakit yang dialami oleh pasien.

Hasil dari pengkajian yang dilakukan penulis di ruang Kana di Rsup Dr. Hasan Sadikin Bandung pada seorang pasien dengan diagnosis post operasi cholezystectomy laparoskopi menunjukkan informasi sebagai berikut: pasien mengeluhkan rasa nyeri di bagian perut kanan bagian atas diluka jahitan, nyeri terasa seperti ditusuk tusuk, dengan skala rasa nyeri 6, dan pasien terlihat adanya meringis karena kesakitan.

Perawat memiliki peran penting sebagai anggota tim kesehatan yang mempunyai peran penting dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu melakukan pengkajian, menganalisa data menentukan diagnosa keperawatan, merencanakan/tindakan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan serta mengevaluasi kondisi pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan terutama dalam mengelola penggunaan analgetik yang tidak optimal dalam jangka panjang yang dapat memiliki dampak negatif. Oleh karena itu, perawat perlu melakukan intervensi mandiri untuk mempromosikan manajemen nyeri pada pasien pasca operasi [12].

Berdasarkan data kasus pada tanggal 26 November sampai 29 November 2024. peran perawat di Ruang Kana RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung belum sepenuhnya dilakukan. Dengan melakukan peran perawat secara maksimal. Dapat membantu pasien dengan post operasi cholezystectomy mencapai kesembuhan dan meningkatkan kualitas hidupnya. Oleh karena itu peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sangatlah penting untuk proses penyembuhan. Dari uraian diatas penulis tertarik mengangkat judul "Asuhan

Keperawatan Pada Tn.E Dengan Post Operasi Choleystectomy Hari Ke 2 Di Ruang Kana RSUP Dr.Hasan Sadikin

## 2. Metode

Pada awalnya tahapan asuhan keperawatan dilakukan scrining pasien kemudian pasien diidentifikasi tanda dan gejala selanjutnya adalah pemberian asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan meliputi beberapa tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implemtasi keperawatan, evaluasi keperawatan yang mengacu pada 3 S yaitu SDKI (Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia), SLKI (Standart Luaran Keperawatan Indonesia), SIKI (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia).

Asuhan keperawatan ini dilakukan selama 3 hari. Adapun lokasi Asuhan Keperawatan pada pasien post operasi choleystectomy dengan indikasi cholangitis ini dilaksanakan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung diruang Kana pada tanggal 25 November 2024. Didapatkan Populasi dan Sampel asuhan keperawatan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Menurut Nursalam (2020), populasi merujuk pada pasien yang memenuhi syarat yang telah ditentukan [13]. Dalam asuhan keperawatan, populasi terdiri dari semua pasien yang menjalani operasi kolesistektomi di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung di Ruang Kana, selama tanggal 25 hingga 30 November 2024, yang totalnya mencapai 3 orang. Sampel penelitian merupakan sejumlah objek yang diambil dari keseluruhan yang diteliti dan dianggap menjadi perwakilan dari seluruh populasi [14]. Oleh karena itu, sampel yang diambil dari populasi harus benar-benar menjadi representasi yang akurat [15]. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien yang telah menjalani operasi kolesistektomi di ruang kana RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, yang mengalami keluhan nyeri akut di bagian atas perut kana.

Teknik pengumpulan data Observasi. Observasi merupakan sebuah metode yang dilakukan melalui terjun langsung ke lokasi guna memperoleh pemahaman yang jelas tentang objek yang akan diselidiki [16]. Data Informasi yang diperoleh melalui pengamatan adalah wawasan yang objektif mengenai perkembangan pasien selama perawatan yang dilakukan. seperti Wawancara. Wawancara sendiri adalah sebuah interaksi antara dua individu untuk saling berbagi informasi dan gagasan melalui sesi tanya jawab. Oleh sebab itu, dalam melaksanakan wawancara, pengumpul data informasi perlu menyiapkan alat penelitian yang berupa daftar pertanyaan secara tulisan yang harus dijawab oleh pihak yang diwawancarai [16]. Wawancara dilakukan dengan mengajukan pertanyaan kepada responden dan mencatat segala jawaban dari mereka. Tujuan dari wawancara ini adalah untuk mendapatkan informasi mengenai masalah kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah yang dihadapi pasien, serta mengevaluasi kondisi kesehatan klien [17]. Diskusi juga dilakukan dengan klien, anggota keluarga, serta perawat yang memiliki pengetahuan tentang keadaan klien. Data yang dikumpulkan melalui wawancara mencakup identitas (klien dan pihak yang bertanggung jawab), keluhan utama, riwayat penyakit saat ini, riwayat kesehatan sebelumnya, riwayat kesehatan keluarga, evaluasi pola fungsional, serta pemeriksaan perkembangan. Dokumentasi merupakan metode pengambilan data yang tidak secara langsung diperoleh dari individu yang diteliti, melainkan melalui dokumen. Contohnya termasuk catatan medis atau catatan perawat yang terdapat dalam buku status pasien [16]. Informasi yang diperoleh mencakup hasil laboratorium, hasil pemeriksaan foto/gambar, prosedur yang dilakukan pada pasien, serta catatan mengenai obat-obatan yang diberikan kepada pasien.

Metode Analisis data sendiri merupakan Metode pengolahan data yang digunakan dalam tulisan ini adalah metode analisis deskriptif. Penulis mengeksplorasi asuhan keperawatan untuk pasien yang telah menjalani operasi cholecystectomy dengan indikasi cholangitis. Pengolahan data berlangsung sejak peneliti berada di lapangan selama pengumpulan data hingga seluruh data terkumpul. Pengolahan data dilakukan di setiap

proses asuhan keperawatan , yang mencakup pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

### 3. Hasil dan Pembahasan

Pada kasus yang di alami Tn. E di peroleh pengkajian pasien yaitu pada tanggal 26 November 2024, pasien datang ke igd rujukan dari RSUD Cicalongwetan pada tanggal 19 November 2024, dengan keluhan nyeri ulu hati sejak 4 hari sebelum masuk RS, nyeri dirasakan terus menerus, keluhan disertai mual dan muntah 5x sedikit sedikit, keluhan disertai panas di dada, dan disertai demam, lemas, nafsu makan menurun, BAK disertai darah. di igd pasien dilakukan tindakan Ttv oleh perawat dengan hasil TD : 117/75 Mmhg, N : 87x/menit, RR : 22x/menit, S : 38,8 C, SPO2 : 98. Di igd sudah diberikan injeksi ceftriaxone 1x2gram, ketorolac 1x1amp. Pada tanggal 22 pasien dipindahkan dari IGD menuju ruang rawat inap kana dan dilakukan tindakan anamnesa perawat ruangan dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada perut kanan bagian atas, pasien tampak lemas dan kesakitan dan dilakukan pemeriksaan ttv dengan hasil TD: 142/78 mmHg, S: 38,8°C, N: 68x/menit, RR: 20x/menit, SpO2: 98% Dan mendapatkan progam terapi Infus NaCl 0,9% 1000 cc /24 jam, Injeksi cetorolac 1x2gr, Injeksi omeprazole 3x30 cc, Injeksi ceftriaxone 2x40 gr. Pada Tn.E telah dilakukan pemeriksaan fisik dengan hasil terdapat luka post operasi choleystectomy dibagian abdomen terdapat masih ada balutan.

Dalam evaluasi pasien dengan diagnosis cholangitis setelah menjalani operasi choleystectomy laparaskopi, pendekatan yang terstruktur sangat diperlukan untuk menjamin perawatan keperawatan yang menyeluruh. Pasien yang diteliti adalah Tn. E, seorang pria berusia 74 tahun, yang baru saja menjalani prosedur operasi choleystectomy laparaskopi karena cholangitis. Di fase awal, proses pengumpulan informasi dimulai dengan mengidentifikasi data demografis pasien, termasuk riwayat kesehatan sebelumnya serta keadaan sosialnya. Memahami latar belakang pasien memberikan wawasan bagi perawat mengenai aspek-aspek yang dapat berdampak pada proses pemulihan.

Keluhan utama dari Tn. E adalah rasa sakit yang parah, yang muncul setelah menjalani cholecystectomy laparaskopik. Selama pemeriksaan, pasien juga mengungkapkan ada rasa sakit di perut serta kesulitan untuk bergerak. Isu ini menjadi perhatian utama dalam perencanaan perawatan, karena ketidaknyamanan yang dialami pasien P : pasien merasakan sakit saat bergerak dan saat batuk. pasien menggambarkan rasa sakit tersebut seperti tertusuk. ketidaknyamanan dirasakan di bagian ulu hati dan lokasi luka jahitan. tingkat rasa sakit yang dilaporkan adalah 6 dari skala 1-10. rasa sakit muncul dan hilang dalam waktu 2 menit. Keluarga pasien, terutama anaknya, memberikan informasi tambahan yang sangat bermanfaat mengenai perubahan keadaan pasien sejak operasi, termasuk gejala baru yang muncul serta reaksi terhadap perawatan sebelumnya

Dalam pemeriksaan kesehatan pasien, diketahui bahwa pasien tidak memiliki riwayat penyakit seperti tekanan darah tinggi atau diabetes. Selain itu, keluarga pasien menyatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang serupa dengan kondisi pasien saat ini. Pasien juga mengungkapkan bahwa mereka tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat-obatan atau makanan.

Pemeriksaan fisik dilaksanakan dengan seksama, termasuk pengukuran tanda vital. Temuan pemeriksaan menunjukkan bahwa pasien terlihat lemah dan tidak mampu menggerakkan tubuhnya akibat nyeri, serta terdapat sedikit peningkatan pada tekanan darah. Sklera ikterik, warna kulit menguning. Dalam kerangka teori patofisiologi yang dibahas pada Bab 2, evaluasi ini berkontribusi dalam mengenali konsekuensi fisiologis dan fisik pasca operasi kolesistektomi. Pengamatan pada area perut juga dilakukan untuk memastikan tidak adanya indikasi infeksi, yang dapat memperburuk keadaan pasien, untuk hasil laborat hemoglobin 7.2 g/dl, hematokrit 21.2 %, leukosit 13.10 10<sup>^</sup>/ul, eritrosit 2.92 10<sup>^</sup>/ul, trombosit 222 10<sup>^</sup>/ul

Diagnosa dalam keperawatan merupakan suatu pernyataan yang mencerminkan respon baik yang sedang terjadi maupun yang mungkin akan terjadi dari pasien terkait isu kesehatan yang sedang ditangani oleh perawat [18]. Untuk pasien bernama Tn. E yang memiliki diagnosa pasca operasi kolesistektomi dengan indikasi cholangitis pada hari kedua setelah penulis melakukan assessment keperawatan, selanjutnya penulis menentukan diagnosa keperawatan pada pasien sebagai berikut:

### **Diagnosa yang muncul pada teori sesuai kasus tersebut adalah**

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

Menurut [19], pengalaman yang bersifat sensorik atau emosional berkaitan dengan kerusakan jaringan yang nyata atau fungsional, dapat muncul secara tiba-tiba atau secara bertahap dan memiliki tingkat intensitas dari ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Rasa nyeri adalah pengalaman yang melibatkan sensasi menyakitkan dan emosi negatif yang terkait dengan kerusakan jaringan nyata dan zat yang berpotensi berbahaya yang terfokus pada bagian tertentu dari tubuh, sering kali diistilahkan dengan kondisi destruktif yang dirasakan sebagai tusukan, rasa terbakar, tekanan, serta dihubungkan dengan emosi, rasa takut, dan perasaan mual. Beberapa penyebab nyeri akut sebagai mana dijelaskan oleh [19], meliputi agen pencedera fisiologis (contoh: peradangan, iskemia, tumor), agen pencedera kimia (contoh: luka bakar, bahan kimia yang mengiritasi), dan agen pencedera fisik (contoh: abses, amputasi, luka bakar, luka potong, angkat beban berat, prosedur bedah, trauma, serta latihan fisik secara berlebihan).

Diagnosis awal yang penulis lakukan dalam kasus ini muncul akibat adanya faktor fisik yang menyebabkan cedera. Berdasarkan keluhan dari pasien setelah menjalani operasi, nyeri akut menjadi isu yang paling penting, mengingat pasien melaporkan skala nyeri (6). Jika tidak segera ditangani, hal ini dapat mengganggu kenyamanan pasien. Untuk pelaksanaan terapi relaksasi nafas dalam ini dilakukan saat rasa nyeri muncul, Pemberian tehnik relaksasi nafas dalam saat rasa nyeri mulai terasa agar lebih efektif dalam menghindari peningkatan reaksi rasa nyeri. Dengan melakukan intervensi dengan cepat, bisa mencegah terjadinya mekanisme rasa nyeri sentral, sehingga kemungkinan mengalami rasa nyeri yang lebih parah atau berkepanjangan bisa minimalisir [11]. Diharapkan ini akan meningkatkan kualitas perawatan secara keseluruhan dan secara efektif mengatasi rasa nyeri pada pasien yang mengalami Cholangitis pascaparoskopi.

Pada Tn.E untuk mengonfirmasi diagnosis nyeri akut ini, data subjektif yang diperoleh adalah sebagai berikut: pasien melaporkan merasakan nyeri di area atas abdomen. pasien merasakan nyeri saat bergerak dan batuk. pasien menggambarkan nyeri tersebut seperti tertusuk-tusuk. nyeri terasa di daerah ulu hati dan bekas jahitan. skala nyeri yang dilaporkan adalah 6 dari total 1-10. nyeri hilang timbul selama 2 menit. Data objektif didapatkan pasien tampak meringis kesakitan dan pasien tampak memegang pada area yang sakit didapatkan tanda tanda vital tekanan darah 142/78 mm Hg, R :20x/menit, N :60x/menit, S : 37,5 C

Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)

Diagnosis yang sama berdasarkan teori dan ditemukan pada pasien Tn.E berikutnya adalah risiko infeksi yang terbukti melalui efek dari tindakan invasif. Saat dilakukan evaluasi, terungkap data objektif pada pasien yaitu terdapat luka pasca operasi di area perut 3 lubang. Risiko infeksi mengandung kemungkinan mengalami peningkatan terpapar oleh mikroorganisme patogen. Faktor yang mempengaruhi risiko infeksi termasuk adanya penyakit kronis, dampak dari tindakan invasif, malnutrisi, peningkatan keterpaparan terhadap mikroorganisme patogen di lingkungan, kelemahan sistem perlindungan tubuh primer, serta kurangnya kekuatan sistem perlindungan tubuh sekunder [20].

Nurarif dan Kusuma (2015) menyebutkan salah satu masalah keperawatan yang mungkin timbul pada pasien post operasi adalah risiko infeksi, karena tindakan pembedahan mengakibatkan jaringan kulit terbuka sehingga menjadi tempat masuknya kuman dan bakteri sehingga meningkatkan risiko infeksi [21].

Diagnosa ke dua yang penulis ambil pada Tn.E yaitu resiko infeksi berhubungan dengan Tindakan prosedur invasif. Masalah ini muncul karena pasien mengatakan luka pada post operasi terasa nyeri serta ada sedikit kemerahan, dan terasa hangat. Hal ini menyebabkan pasien mengalami kecemasan jika terjadi infeksi. Sehingga penulis menjadikan diagnosa ini sebagai diagnosa ke dua untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka. Pada Tn.E untuk menegakkan diagnosa resiko infeksi didapatkan data subjektif : pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi dengan sedikit kemerahan disekitar luka, Sedangkan data objektif : luka pada perut pasien tampak sedikit ada kemerahan.

Gangguan mobillitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. (D.0054)

Berdasarkan Gangguan mobilitas fisik yaitu dimana keterbatasan dalam pergerakan fisik dari satu atau ekstermitas secara mandiri [22]. Gangguan mobilitas fisik adalah diagnosis dalam keperawatan yang ditandai oleh terbatasnya gerakan fisik pada satu atau lebih anggota tubuh secara mandiri. Beberapa penyebab yang dapat menimbulkan masalah dalam mobilitas fisik meliputi Kerusakan pada struktur tulang, Perubahan dalam proses metabolisme, Kurangnya kebugaran fisik, Penurunan kontrol otot, Penurunan massa otot, Penurunan kekuatan otot, Keterlambatan dalam perkembangan, Kekakuan pada sendi, Kontraksi otot, Kekurangan gizi, Masalah pada sistem muskuloskeletal, Gangguan pada sistem saraf, Indeks massa tubuh yang melebihi persentil ke-75 untuk usia yang bersangkutan, Pengaruh obat-obatan, Program yang membatasi gerakan, Rasa sakit, Kekurangan informasi mengenai aktivitas fisik, Kekhawatiran, Masalah kognitif, Kurangnya motivasi untuk bergerak, serta Gangguan pada persepsi sensorik.

Pada tanggal 26 November 2024 pukul 09.00 WIB, penulis mengemukakan diagnosis keperawatan ini karena hasil pengkajian keperawatan menunjukkan bahwa pasien Dalam situasi ini, penulis mengemukakan satu diagnosis yang telah dibahas dalam teori pada bab II, yaitu diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekuatan otot menurun karena hampir 80% informasi yang diperoleh selama pengkajian mendukung penetapan diagnosis mobilitas fisik yang berkaitan dengan kekuatan otot menurun. Temuan yang ada antara lain adalah kaki yang terasa kaku, gerakan pasien yang terbatas, pergerakan yang tidak terkoordinasi, perasaan cemas saat bergerak, serta kondisi umum pasien yang terlihat lemah dan pucat.

Dalam kasus Tn.E untuk menentukan diagnosis terkait gangguan mobilitas fisik, diperoleh informasi subjektif: pasien mengatakan tidak bebas untuk bergerak, pergerakan pasien sangat terbatas. pasien tersebut menyatakan selalu mendapatkan bantuan saat beraktivitas. pasien mengeluh tubuhnya mengalami rasa nyeri pada bekas luka operasi, serta mengalami kelemahan Di sisi lain, data objektif menunjukkan: pasien terlihat mengalami kesulitan dalam menggerakkan badannya (mis. Miring kanan dan miring kiri ) setelah menjalani operasi pada perut

### **Diagnosa keperawatan yang tidak muncul**

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)

Hipertermia merupakan kondisi dimana suhu tubuh mengalami peningkatan melebihi batas normal yang ditetapkan [22]. Berdasarkan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), terdapat sejumlah faktor yang dapat menyebabkan hipertermia, yaitu kekurangan cairan, paparan terhadap suhu tinggi, kondisi penyakit, ketidakcocokan pakaian dengan suhu sekitar, peningkatan metabolisme, reaksi terhadap cedera, aktivitas berlebihan, serta pemakaian inkubator [22].

Pada situasi kasus Tn. E yang setelah menjalani operasi kolesistektomi, diagnosa keperawatan ini tidak teridentifikasi karena tidak ada data data yang relevan dengan keadaan pasien saat ini, seperti suhu tubuh yang meningkat atau kondisi tubuh yang menggigil.

#### Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)

Sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), ansietas adalah sebuah keadaan emosi dan pengalaman subjektif individu yang terkait dengan objek yang tidak jelas dan spesifik sebagai dampak dari antisipasi akan bahaya yang menyebabkan individu berusaha untuk menghadapi ancaman tersebut [20]. Beberapa alasan yang dapat memicu ansietas yang diidentifikasi dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) mencakup: Kurangnya akses kepada informasi. Ancaman yang terkait dengan konsep diri, Ancaman kehidupan, Kekhawatiran mengalami kegagalan.

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), tanda dan gejala ansietas terbagi menjadi tanda dan gejala mayor serta minor [20]. Tanda dan gejala mayor dalam konteks perawatan ansietas mencakup data subjektif seperti perasaan bingung, kekhawatiran terhadap akibat dari situasi yang dihadapi, dan kesulitan dalam berkonsentrasi. Sementara itu, data objektifnya menunjukkan kegelisahan, ketegangan, dan masalah tidur. Sedangkan untuk gejala dan tanda minor dengan data subjektif berupa keluhan pusing, anoreksia, dan palpitasi. Untuk data objektif, ada pencerahan mengenai wajah yang pucat, suara yang bergetar, kontak mata yang buruk, serta peningkatan frekuensi nadi dan pernapasan

Pada kasus Tn.E setelah menjalani operasi post op choleystectomy, tidak terlihat munculnya gejala. Hal ini disebabkan selama evaluasi, pasien tidak menunjukkan tanda-tanda kebingungan, kekhawatiran, atau bertanya mengenai kondisinya. Oleh karena itu, penulis memutuskan untuk tidak mendiagnosis ansietas yang berkaitan dengan kurang terpapar informasi.

#### Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan intake tidak adekuat (D.0032)

Risiko terkait defisit nutrisi merujuk pada situasi di mana seseorang berpotensi menerima asupan nutrisi yang tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Defisit nutrisi ini dapat muncul ketika individu berisiko mengalami kekurangan nutrisi yang dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan metabolisme mereka. Semua kelompok umur, mulai dari bayi hingga orang dewasa, dapat mengalami risiko ini, terutama bagi mereka yang menderita penyakit kronis atau memerlukan pola makan tertentu [23].

Pada tanggal 26 November 2024 jam 09.15 WIB, penulis tidak menerapkan diagnosa keperawatan tersebut karena hasil evaluasi keperawatan menunjukkan bahwa pasien mengeluhkan berkurangnya nafsu makan, tidak menghabiskan makanan yang disajikan, tampak lemas, dengan berat badan 55kg, tinggi badan 160cm, dan Indeks Massa Tubuh (IMT) 21,5 yang tergolong normal. Hal ini berkaitan dengan keadaan medis yang dialami oleh pasien, yang mana jumlah makanan yang dikonsumsi berkurang, frekuensi makan juga menurun, dan dorongan untuk makan pun berkurang. Namun, indikator IMT tetap berada dalam rentang normal, dan ini adalah salah satu faktor yang membuat penulis tidak mempertimbangkan diagnosis tersebut.

Intervensi yang dilakukan disesuaikan dengan keadaan pasien dan fasilitas yang tersedia di rumah sakit, sehingga rencana tindakan bisa diselesaikan dengan kriteria Spesifik, Terukur, Dapat dicapai, Rasional dan Waktu (SMART). Tindakan keperawatan yang dilaksanakan oleh penulis mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan memanfaatkan metode Observasi, Terapeutik, Edukasi, dan Kolaborasi (OTEK).

Intervensi perawatan untuk mengatasi nyeri akut berkaitan dengan penyebab fisik untuk mengidentifikasi masalah nyeri. Penulis menentukan tujuan selama 3x7 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: penurunan keluhan nyeri, peningkatan kemampuan untuk menyelesaikan aktivitas, dan penurunan dalam kemampuan untuk mengenali penyebab nyeri. Intervensi keperawatan berdasarkan teori terdiri dari: Observasi: Menentukan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, Terapeutik: Berikan pendekatan non-obat untuk membantu meredakan nyeri, Edukasi: Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu timbulnya nyeri, Sampaikan strategi untuk meredakan nyeri, Kolaborasi: Bekerjasama dalam pemberian analgetik.

Intervensi perawatan untuk mengatasi resiko infeksi. Penulis menentukan tujuan Tindakan intervensi keperawatan selama 3 x 7 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: 1. kemerahan menurun, 2. Demam menurun, 3. Nyeri menurun, 4. Bengkak menurun, Rencana tindakan perawatan pascaoperasi choleystectomy yang akan diterapkan pada pasien dengan masalah risiko infeksi diungkapkan melalui prosedur invasif yang mencakup: 1. Pengawasan terhadap tanda dan gejala infeksi baik lokal maupun sistemik, 2. Pembatasan jumlah pengunjung, 3. Pelaksanaan perawatan kulit pada area yang mengalami pembengkakan, 4. Melakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah berinteraksi dengan pasien serta lingkungan sekitarnya, 5. Menjaga teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi, 6. Memberikan penjelasan mengenai tanda dan gejala infeksi, 7. Mengajarkan metode mencuci tangan yang benar, 8. Menggandeng pihak terkait dalam pemberian imunisasi jika diperlukan.

Intervensi Masalah ketiga yang dibahas adalah gangguan mobilitas fisik dengan indikator kesuksesan: Setelah memberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan bahwa isu gangguan mobilitas fisik dapat diselesaikan. Kriteria hasilnya meliputi: nyeri menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Intervensi pada teori yaitu : dukungan mobilisasi : observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Terapeutik : 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur). Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini. 4. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan. 5. Duduk di sisi tempat tidur.

Implementasi merupakan pelaksanaan rencana perawatan yang dilakukan oleh perawat bersama pasien. Tindakan perawatan dapat diklasifikasikan ke dalam tiga jenis, yaitu independent, interdependent, dan dependent. Independent, adalah kegiatan yang dikerjakan oleh perawat tanpa arahan dari dokter atau profesional kesehatan lainnya. Ruang lingkup tindakan mandiri mencakup pengkajian pasien atau keluarga melalui riwayat perawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan pasien, menyusun diagnosis perawatan berdasarkan respon pasien yang memerlukan intervensi, menentukan tindakan perawatan untuk menjaga atau mengembalikan kesehatan pasien, serta menilai respon pasien terhadap tindakan perawatan dan medis. interdependent, merupakan tindakan yang membutuhkan kolaborasi dengan profesional kesehatan lain, seperti ahli gizi, fisioterapis, dan dokter. interdependent berkaitan dengan pelaksanaan rencana medis atau instruksi dari tenaga medis. Sementara itu, dependent, mencakup semua tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan perintah atau instruksi dari perawat spesialis, dokter, ahli gizi, radiologi, atau pihak lain yang memiliki otoritas lebih dalam melaksanakan perawatan kepada pasien, seperti pemberian obat, pemasangan infus, atau tindakan suntik.

Setelah penulis menyelesaikan penelitian keperawatan, kemudian menentukan diagnosa keperawatan serta merancang dan menetapkan tindakan keperawatan, selanjutnya penulis akan melaksanakan tindakan keperawatan yang telah ditentukan. Pelaksanaan keperawatan untuk pasien Tn. E dengan diagnosa post operasi choleystectomy

dilakukan selama tiga hari dalam periode asuhan keperawatan dari tanggal 26 hingga 28 November 2024.

Evaluasi adalah tahap akhir dalam proses perawatan untuk menilai sejauh mana tujuan dari rencana perawatan telah tercapai. Proses evaluasi ini dilakukan dengan membandingkan hasil akhir yang terobservasi dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam rencana perawatan. Hasil dari evaluasi ini akan memandu pengelolaan perawatan, apakah tindakan perawatan yang diberikan kepada pasien berhasil menyelesaikan masalah yang dihadapi pasien, atau jika perawatan yang direncanakan perlu dilanjutkan dalam siklus proses perawatan hingga masalah pasien benar-benar teratasi [24].

Evaluasi perawatan pada kasus nyeri akut terkait dengan cedera fisik dilakukan penulis dalam waktu 3x8 jam. Evaluasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 28 November 2024. Hasilnya, pasien mengatakan luka post operasi masih nyeri Ketika batuk maupun beraktivitas

P : pasien mengatakan nyeri saat batuk

Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk

R : pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi

S : pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi dengan skala 3 dari 1/10

T : nyeri hilang timbul selama 2 menit

Didapatkan data objektif pasien tampak meringis menahan nyeri Ketika batuk maupun beraktivitas Dilakukan tanda tanda vital dengan hasil TD :125/78mmHg R:22x/menit, N :69x/menit, S : 36.5 C

Dari evaluasi pasien, penulis bandingkan dengan kriteria hasil didapatkan bahwa masalah teratasi sebagian maka penulis melanjutkan intervensi : identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intervensi nyeri, memberikan kolaborasi obat analgetic

Evaluasi perawatan pada kasus resiko infeksi terkait dengan procedure infasiv dilakukan penulis dalam waktu 3x8 jam. Evaluasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 28 November 2024. Hasilnya didapatkan data subjektif : Pasien mengatakan kemerahan pada luka post operasi sudah tidak ada dan nyeri sudah menurun. Data objektifnya : pasien tampak sudah tidak ada tanda tanda kemerahan atau infeksi pada luka post operasi

Dari evaluasi pasien, penulis bandingkan dengan kriteria hasil didapatkan bahwa masalah teratasi sebagian maka penulis melanjutkan intervensi : lanjutan intervensi memonitor tanda tanda infeksi, berkolaborasi pemberian obat antibiotic

Evaluasi perawatan pada kasus gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan dilakukan penulis dalam waktu 3x8 jam. Evaluasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 28 November 2024. Hasilnya didapatkan data subjektif : Pada penilaian perkembangan atau sumatif di hari ketiga penanganan gangguan mobilitas fisik terkait dengan program pembatasan gerakan, diperoleh hasil data subjektif: pasien menyatakan bahwa rasa lemas telah berkurang, dan pasien menginformasikan bahwa ia kini bisa berbaring miring ke kanan dan ke kiri. Data objektif: penurunan kelemahan fisik, pengurangan kekakuan sendi, kekuatan otot dinilai 4, adanya penurunan pada gerakan terbatas, dan peningkatan rentang gerak ROM, kondisi umum pasien masih menunjukkan kelemahan, namun pasien sudah bisa berbaring miring ke kanan dan kiri secara perlahan, dengan kekuatan otot 4 dan peningkatan ROM.

Dari evaluasi pasien, penulis bandingkan dengan kriteria hasil didapatkan bahwa masalah teratasi sebagian maka penulis melanjutkan intervensi : lanjutan masalah keperawatan terkait gangguan mobilitas fisik sebagian besar telah tertangani. maka penulis melanjutkan intervensi : dengan mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan gerakan,

ajak keluarga untuk berperan dalam membantu pasien meningkatkan pergerakan, serta ajarkan mobilisasi dasar yang perlu dilakukan.

#### 4. Kesimpulan

Setelah penulis menyelesaikan perawatan keperawatan untuk Tn.E yang baru saja menjalani operasi choleystectomy laparascopi sebelah kanan pada hari kedua di ruang kana Rsup Dr.Hasan Sadikin Bandung, pada bab ini penulis berusaha untuk menyimpulkan dari penjelasan di bab sebelumnya yang berkaitan dengan tujuan yang diharapkan. Dalam pengkajian, penulis memanfaatkan peralatan yang tersedia di RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung serta alat yang penulis bawa sendiri. Kerjasama yang baik antara keluarga dan pasien telah membantu kelancaran proses evaluasi sehingga selesai dengan baik.

Diagnosa keperawatan yang terlihat pada perawatan Tn.E dengan post operasi choleystectomy hari kedua di ruang kana Rsup Dr. Hasan Sadikin Bandung, terdapat tiga diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan luka post operasi (D.0077), resiko infeksi berhubungan dengan efek procedure invasive ditandai dengan muncul kemerahan disekitar abdomen (D.0142), dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekuatan otot menurun ditandai dengan keterbatasan Gerak (D.0054). Pelaksanaan diagnosa dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi, tetapi penerapan pada kasus ini tidak sepenuhnya konsisten dengan referensi pustaka yang ada.

Intervensi keperawatan ke 1 yang ditentukan yaitu manajemen nyeri (I.08238) dengan luaran Tingkat nyeri (L.14136) untuk menyelesaikan diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077) yaitu dengan identifikasi, Lokasi, karakteristik, kualitas, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, berikan Teknik relaksasi napas dalam, untuk mengurangi nyeri, jelaskan strategi nyeri, kolaborasi pemberian analgetic. Intervensi keperawatan ke 2 yang ditentukan yaitu pencegahan infeksi (I.14539) dengan luaran Tingkat infeksi (L.14137) untuk menyelesaikan diagnosis keperawatan resiko infeksi ditandai dengan efek procedure invasiv (D.0142) yaitu monitor tanda dan gejala infeksi, Batasi jumlah pengunjung, ajarkan mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan cairan dan nutrisi, kolaborasi pemberian obat antibiotic. Intervensi keperawatan ke 3 yang ditentukan yaitu Dukungan Mobilisasi (I.05173) dengan luaran mobilitas fisik (L.05042) untuk menyelesaikan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan progam pembatas gerak (D.0056) yaitu 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

Pada fase pelaksanaan, penulis melibatkan pasien, keluarganya, perawat, dan petugas lainnya. Tidak semua rencana tindakan keperawatan dapat dilaksanakan oleh penulis karena harus disesuaikan dengan keadaan pasien, fasilitas dan infrastruktur ruangan, serta waktu yang tersedia bagi penulis hanya di pagi, siang, dan malam hari. Pelaksanaan ini dilakukan secara teratur dan terpadu untuk menerapkan diagnosis, meskipun kasusnya tidak sama semua berdasarkan literatur yang ada.

Pada tahap evaluasi keperawatan untuk Tn.E, dilakukan dengan metode SOAP. Hasil dari catatan menunjukkan adanya tiga masalah keperawatan yang diangkat oleh penulis berdasarkan diagnosis, beberapa di antaranya teratasi Sebagian. Oleh karena itu, evaluasi bisa disimpulkan bahwa semua isu keperawatan belum dapat dicapai sesuai dengan tujuan dan respons pasien.

## Saran

Saran yang efektif untuk perawatan pasien setelah operasi mencakup memastikan luka tetap dalam keadaan bersih dan kering, mematuhi arahan dokter terkait obat serta jadwal pemeriksaan, dan melakukan aktivitas fisik ringan sesuai dengan kemampuan. Mengonsumsi makanan yang sehat dan mendapatkan istirahat yang cukup juga sangat penting untuk proses pemulihan.

## 5. Ucapan Terima Kasih

Terimakasih untuk Institusi, Sebagai wacana bagi institusi Pendidikan dalam melakukan pengembangan dan peningkatan mutu Pendidikan dimasa yang akan datang dan dapat dipakai ataupun digunakan sebagai salah satu acuan bacaan ke perpustakaan. Terimakasih untuk Rumah Sakit, atas Kerja sama antara perawat ruangan dengan perawat praktikan sangat dibutuhkan dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga tercapai atau terpenuhi tujuan keperawatan yang sesuai kriteria hasil. Terimakasih Bagi Pasien, Penulis berharap pasien mampu untuk memenuhi dan menjalankan instruksi yang diberikan oleh tim kesehatan dan tidak melanggar pantangan yang dijelaskan oleh tim kesehatan tersebut

## 6. Referensi

- [1] S. Kiriya *et al.*, "Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos)," *J. Hepato-Biliary-Pancreatic Sci.*, vol. 25, no. 1, pp. 17–30, 2018.
- [2] S. Li *et al.*, "Epidemiology and outcomes of choledocholithiasis and cholangitis in the United States: trends and urban-rural variations," *BMC Gastroenterol.*, vol. 23, no. 1, p. 254, 2023.
- [3] A. M. Beliaev, S. Zyul'korneeva, D. Rowbotham, and C. J. Bergin, "Screening acute cholangitis patients for sepsis," *ANZ J. Surg.*, vol. 89, no. 11, pp. 1457–1461, 2019.
- [4] S. L. S. Manik, A. A. Wibowo, I. Yuliana, W. B. Winata, and A. Rosida, "HUBUNGAN DURASI KOLELITIS LAPAROSKOPI DENGAN PERUBAHAN KADAR BILIRUBIN TOTAL PASIEN KOLELITIASIS," *Homeostasis*, vol. 7, no. 3, pp. 617–622, 2025.
- [5] K. V Kowdley *et al.*, "Efficacy and safety of elafibranor in primary biliary cholangitis," *N. Engl. J. Med.*, vol. 390, no. 9, pp. 795–805, 2024.
- [6] D. E. Newman-Toker, "Johns Hopkins University School of Medicine," 2023.
- [7] M. Lapointe-Gagner *et al.*, "Predictors of post-discharge pain and satisfaction with pain management after laparoscopic bariatric surgery: a prospective cohort study," *Surg. Endosc.*, vol. 37, no. 11, pp. 8611–8622, 2023.
- [8] R. N. Utami and K. Khoiriyah, "Penurunan skala nyeri akut post laparatomi menggunakan aromaterapi lemon," *Ners Muda*, vol. 1, no. 1, p. 23, 2020.
- [9] P. P. C. Devi, R. Hamarno, and R. Yuliwar, "Perbedaan Tingkat Nyeri dan Tekanan Darah Sebelum dan Sesudah Deep Breathing Exercise (DBE) pada Pasien Post Laparatomi," *J. Keperawatan Terap.*, vol. 3, no. 2, pp. 100–109, 2017.
- [10] V. Busch, W. Magerl, U. Kern, J. Haas, G. Hajak, and P. Eichhammer, "The effect of deep and slow breathing on pain perception, autonomic activity, and mood processing—an experimental study," *Pain Med.*, vol. 13, no. 2, pp. 215–228, 2012.
- [11] U. NURYANTI, "Pengaruh Kombinasi Relaksasi Nafas Dalam Dan Dzikir Terhadap Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Ekstremitas Bawah," 2023, *Universitas Islam Sultan Agung Semarang*.
- [12] S. P. Ariani and S. Firdaus, "Intervensi Edukasi Kesehatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis," *J. Heal. Sains*, vol. 1, no. 5, pp. 270–274, 2020.

- [13] N. Nursalam, "Metodologi penelitian ilmu keperawatan," 2016, *Salimba Medika*.
- [14] A. A. Hidayat, "Metodologi Penelitian Keperawatan dan Kesehatan (A. Suslia & T. Utami, eds.)," *Penerbit Salemba Med.*, 2017.
- [15] P. D. Sugiyono, "Quantitative, qualitative, and R&D research methods," *Bandung(ALFABETA, Ed.)*, 2018.
- [16] P. D. Sugiyono, "metode penelitian pendidikan (kuantitatif, kualitatif, kombinasi, R&D dan penelitian pendidikan)," *Metod. Penelit. Pendidik.*, vol. 67, p. 18, 2019.
- [17] M. Jannah, "Metode Pengumpulan Data Dalam Pengkajian Proses Keperawatan," 2019.
- [18] M. Melinda and W. E. Kurniawan, "NURSING CARE IN TN S WITH MEDICAL DIAGNOSIS GOUT ATHTRITIS THE MAIN PROBLEM OF ACUTE PAIN AT THE SOCIAL SERVICE CENTER OF THE DEWANATA CILACAP," *J. Cakrawala Ilm.*, vol. 1, no. 12, pp. 3277–3284, 2022.
- [19] SDKI, "Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1)," 2017.
- [20] S. Tim Pokja, "DPP PPNI (2017) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia," *Jakarta Dewan Pengurus Pus. PPNI*.
- [21] A. H. Nurarif and H. Kusuma, "Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis & Nanda NIC-NOC," *Yogyakarta: Mediaction*, 2015.
- [22] T. P. S. PPNI, "Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Edisi 1," *Jakarta Selatan DPP Dewan Pengurus Pus.*, pp. 33–40, 2016.
- [23] S. Tim Pokja, "Dpp Ppni.(2018)," *Standar Interv. Keperawatan Indones.*, vol. 1, 2020.
- [24] I. Praptanti and A. Ernawati, "Evaluasi pelaksanaan program gerakan literasi sekolah (GLS) pada sekolah menengah atas negeri dan swasta di wilayah purwokerto kota," in *Prosiding Seminar Nasional LPPM UMP*, 2019, pp. 289–296.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)