

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.1 Konsep Cholelithiasis

2.1.1 Definisi

Batu Kolelitiasis atau dikenal sebagai penyakit batu empedu merupakan penyakit yang di dalamnya terdapat batu empedu yang dapat ditemukan di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu atau pada kedua-duanya (Muttaqin & Sari, 2013).

Cholelithiasis adalah keadaan dimana terdapatnya batu didalam kandung empedu atau didalam duktus koledokus, atau pada kedua-duanya. Adanya infeksi dapat menyebabkan kerusakan dinding kandung empedu, sehingga menyebabkan terjadinya statis dan dengan demikian menaikkan batu empedu. Infeksi dapat disebabkan kuman yang berasal dari makanan. Infeksi bisa merambat ke saluran empedu sampai ke kantong empedu. Infeksi di usus dapat menjalar tanpa terasa yang menyebabkan peradangan pada saluran dan kantong empedu sehingga cairan yang berada di kantong empedu mengendap dan menjadi batu. Kuman tifus apabila bermuara di kantong empedu dapat menyebabkan peradangan lokal yang tidak dirasakan pasien, tanpa gejala sakit ataupun demam (Musbahi et al., 2020).

Adanya batu empedu di area kandung empedu, atau di saluran kandung empedu, yang komposisi utamanya kolestrol adalah kolelitiasis

atau bisa disebut juga dengan koledokolitiasis (Nuratif & Kusuma 2015).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, penulis dapat menyimpulkan, bahwa kolelithiasis adalah batu pada daerah kandung empedu saluran empedu atau pada kedua-duanya dan komposisi utamanya merupakan kolestrol.

2.1.2 Etiologi

Penyebab terjadinya cholelithiasis atau batu empedu disebabkan oleh perubahan susunan empedu, status empedu dan infeksi kantung empedu, sementara komponen empedu adalah kolesterol yang biasanya tetap berbentuk cairan, sementara itu jika cairan empedu menjadi jenuh karena kolesterol maka kolesterol tersebut bisa menjadi tidak larut dan membuat endapan pada luar empedu.

Macam-macam batu yang terbentuk Antara lain :

1. Batu empedu kolesterol

Terjadi karena kenaikan sekresi kolesterol dan penurunan produksi empedu Factor lain yang berperan dalam pembentukan batu adalah :

- a. Infeksi kantung empedu
- b. Usia yang bertambah
- c. Obesitas
- d. Kurangnya memakan sayur-sayuran
- e. Obat-obatan untuk menurunkan kadar serum kolesterol

2. Batu empedu ada dua macam diantaranya :

- a. Batu empedu Hitam : terbentuknya dalam kandung empedu dan disertai hemolysis kronik/sirosis hati tanpa infeksi.
- b. Batu pigmen coklat : berbentuk lebih besar dan berlapis-lapis ditemukan disepanjang saluran empedu disertai dengan bendungan dan infeksi.

3. Batu saluran empedu

Sering dihubungkan dengan diverticula duodenum didaerah vateri, adanya dugaan bahwa kelainan anatomi atau pengisian diverticula oleh makanan akan menyebabkan abstruksi intermiten duktus koledokus dan bendungan ini memudahkan infeksi dan pembentukan batu.

Faktor resiko :

- a. Wanita beresiko lebih besar dari laki-laki
- b. Usia lebih dari 40 tahun
- c. Obesitas
- d. Kegemukan
- e. Factor keturunan
- f. Aktifitas fisik

2.1.3 Patofisiologi

Umumnya batu empedu hampir selalu dibentuk didalam kantung empedu jarang pada saluran empedu lainnya, factor predisposisi yang penting yaitu : Perubahan metabolisme yang disebabkan oleh

perubahan susunan empedu, statis empedu, dan infeksi kantung empedu.

Perubahan susunan empedu mungkin menjadi salah satu factor yang paling penting pada pembentukan batu empedu, dan kolesterol yang berlebihanpun akan mengendap dalam kantung empedu.

Statis empedu dalam kandungan empedu yang mengakibatkan supersaturasi progresif, perubahan susunan kimia ini dan pengendapan unsur tersebut menjadikan gangguan kontraksi kantung empedu yang menyebabkan statis. Factor hormonal khususnya selama kehamilan dapat dikaitkan dengan perlambatan pengosongan kantung empedu dan merupakan insiden yang tinggi pada kelompok ini.

Infeksi bakteri yang berada dalam saluran empedu dapat memegang peranan yang sebagian pada pembentukan batu dengan meningkatkan deskumasi seluler dan pembentukan mucus, sedangkan mucus meningkatkan viskositas dan unsur seluler sebagai pusat presipitasi. Infeksi ini lebih sering sebagai akibat pembentukan batu empedu dibandingkan infeksi yang menyebabkan pembentukan batu. Batu empedu asimtomatik dapat ditemukan dengan cara kebetulan pada pembentukan foto polos pada abdomen dengan maksud lain, batu empedu ini akan memberikan keluhan bila bermigrasi ke leher kantung empedu (duktus sistikus) atau ke duktus koledokus.

Batu kandung empedu merupakan gabungan empedu yang merupakan gabungan dari material mirip batu yang berbentuk didalam

kantung empedu. Pada keadaan normal, asam empedu, lesitin dan fosfolipid membantu dalam menjaga solubilitas empedu.

2.1.4 Tanda dan gejala

Umumnya, batu empedu tidak menimbulkan rasa sakit. Namun, apabila batu menyumbat saluran empedu atau saluran pencernaan lainnya, maka dapat menimbulkan rasa sakit yang datang secara tiba-tiba. Rasa sakit ini dapat terjadi pada beberapa bagian perut, di antaranya bagian tengah perut atau di atas kanan perut.

Rasa sakit ini juga bisa menyebar ke sisi tubuh atau tulang belikat. Gejala sakit perut bervariasi, misalnya dapat muncul kapan saja, berlangsung selama beberapa menit sampai berjam-jam dan tidak berkurang meski sudah ke toilet, kentut, atau muntah. Frekuensi kemunculannya jarang, tetapi bisa dipicu oleh makanan dengan kadar lemak yang tinggi.

Jika penyumbatan terjadi pada salah satu saluran pencernaan dan disebabkan oleh batu empedu, maka akan muncul gejala-gejala seperti berikut:

1. Sakit perut yang terus-menerus atau hilang timbul, terutama beberapa saat setelah mengonsumsi makanan tinggi lemak (kolik bilier).
2. Detak jantung yang cepat.
3. Timbul demam jika ada infeksi saluran empedu. Jika saluran tersumbat karena batu tanpa infeksi, demam tidak akan terjadi.

4. Gatal-gatal pada kulit.
5. Kehilangan nafsu makan.
6. Mual dan muntah.

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi yang biasa terjadi pada penderita batu empedu adalah (Rkz surabaya, 2020).

- 1) Inflamasi kandung empedu
- 2) Infeksi saluran empedu
- 3) Pankreatitis akut
- 4) Kanker kandung empedu
- 5) Penyakit kuning (jaundice)

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien Cholelithiasis adalah (Arianti, E. A. 2022)

1. Pemeriksaan Sinar-X Abdomen

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

2. Ultrasonografi

Pemeriksaan USG telah menggantikan pemeriksaan kolesistografi oral karena dapat dilakukan secara cepat dan akurat, dan dapat dilakukan pada penderita disfungsi hati dan ikterus. Pemeriksaan

USG dapat mendeteksi kalkuli dalam kandung empedu atau duktus koledokus yang mengalami dilatasi.

3. Pemeriksaan pencitraan Radionuklida atau koleskintografi

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

4. ERCP (*Endoscopic Retrograde CholangioPancreatography*)

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

5. Kolangiografi Transhepatik Perkutan

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

6. MRCP (*Magnetic Resonance Cholangiopancreatography*)

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

2.1.7 Pencegahan

Pencegahan pembentukan batu empedu dapat dikurangi dengan mengatur pola hidup sehat, menerapkan pola makan yang rendah lemak jenuh yang dapat juga mengurangi terjadinya resiko batu ginjal (Hasanah, 2015)

2.1.8 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Non Bedah

1. *Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography* (ERC)

Batu yang ada pada saluran empedu akan dikeluarkan menggunakan basket kawat atau balon ekstraksi melalui muara besar, kemudian menuju lumen duodenum, sehingga batu dapat keluar. Untuk batu berukuran besar, batu yang terjepit pada saluran empedu, ataupun batu yang terletak diatas saluran empedu yang sempit, maka dapat dikeluarkan melalui prosedur endoskopik.

2. Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL)

Adalah salah satu prosedur pemecahan batu yang dilakukan melalui gelombang suara.

b. Penatalaksanaan Bedah

1. Kolesistektomi per Laparoskopik

Digunakan untuk Indikasi pembedahan lanjut, atau kandung empedu yang di dalamnya terdapat batu besar, berdiameter lebih dari 2 cm. kelebihan dari metode ini adalah luka operasi yang kecil 2 sampai 10 mm, sehingga nyeri dirasakan pasca bedah ini bisa di minimalisir.

2. Kolesistektomi per Laparatomi

Indikasi dilakukan kolesistektomi adalah kolik billiaris rekuren, kemudian diikuti oleh kolesistitis akut. Operasi ini adalah standar terbaik operasi untuk menangani pasien dengan kolelitiasis simptomatik. (Tiara, 2019)

2.2 Konsep dasar nyeri

2.2.1 Definisi nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial (Hati,K. I. P. 2022).

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual, sehingga tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang

sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada individu (Asmadi, 2018).

Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI,2016)

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, penulis dapat menyimpulkan, bahwa nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan dengan mendadak.

2.2.2 Mekanisme terjadinya nyeri

Ada tiga jenis sel saraf dalam proses penghantaran nyeri yaitu sel syaraf aferen atau neuron sensori, serabut konektor atau interneuron dan sel saraf eferen atau neuron motorik. Sel-sel syaraf ini mempunyai reseptor pada ujungnya yang menyebabkan impuls nyeri dihantarkan ke sum-sum tulang belakang dan otak. Reseptor-reseptor ini sangat khusus dan memulai impuls yang merespon perubahan fisik dan kimia tubuh. Reseptor-reseptor yang berespon terhadap stimulus nyeri disebut nosiseptor.

Reseptor nyeri (nosiseptor) adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang berespon hanya pada stimulus yang kuat, yang secara potensial merusak. Stimulus tersebut sifatnya bisa mekanik, termal, kimia, sendi, oto skelet, asia, dan tendon. Stimulus pada jaringan akan merangsang

nosiseptor melepaskan zat-zat kimia, yang terdiri dari prostaglandin, histamin, bradikinin, leukotrien, substansi p, dan enzim proteolitik. Zat-zat kimia ini akan mensensitasi ujung syaraf dan menyampaikan impuls ke otak.. Korne Dorsalis dari medula spinalis dapat dianggap sebagai tempat memproses sensori.

Serabut perifer berakhir disini dan serabut traktus sensori asenden berawal disini. Juga terdapat interkoneksi antara sistem neural desenden dan traktus sensori asenden. Traktus asenden berakhir pada otak bagian bawah dan bagian tengah dan impuls-impuls dipancarkan ke korteks serebri. Agar nyeri dapat diserap secara sadar, neuron pada sistem asenden harus diaktifkan. Aktivasi terjadi sebagai akibat input dari reseptor nyeri yang terletak dalam kulit dan organ internal. Terdapat interkoneksi neuron dalam korne dorsalis yang ketika diaktifkan.

2.2.3 Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri umumnya di bagi 2, yaitu :

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan jaringan, awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi dan berlangsung < 6 bulan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung di luar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. Nyeri kronis sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih, meskipun enam bulan merupakan suatu periode yang dapat berubah untuk membedakan nyeri akut dan nyeri kronis.

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi nyeri

a. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri atau interpretasi nyeri merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri. Oleh karena kita menerima dan menginterpretasikan nyeri juga dirasakan berbeda pada tiap individu. Persepsi nyeri tidak hanya bergantung dari derajat kerusakan fisik, baik stimulus fisik maupun faktor psikososial dapat memengaruhi pengalaman kita akan nyeri. Walaupun beberapa ahli setuju mengenai efek spesifik dari faktor-faktor ini dalam memengaruhi persepsi nyeri yaitu kecemasan, pengalaman, perhatian, harapan, dan arti di balik situasi pada saat terjadinya cedera (Black&Hawks, 2014).

b. Faktor sosial budaya

Ras, budaya, dan etnik merupakan faktor yang memengaruhi seluruh respons sensori, termasuk respons terhadap nyeri. Peneliti

menemukan bahwa penilaian perawat mengenai nyeri yang dialami klien dipengaruhi oleh kepercayaan dan budaya mereka sendiri (Black & Hawks, 2014).

c. Usia

Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologis usia. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang buruk. Nyeri juga dapat berarti kelemahan, kegagalan, atau kehilangan kontrol bagi orang dewasa. (Joyce M. Black, 2019)

d. Jenis kelamin

Jenis kelamin dapat menjadi faktor dalam respon nyeri, anak laki-laki jarang melaporkan nyeri dibandingkan anak perempuan. Dibeberap budaya di Amerika Serikat, laki-laki jarang. (Butarbutar, 2018)

2.2.5 Penatalaksanaan nyeri

Penatalaksanaan Nyeri dapat dilakukan secara Farmakologi dengan obat analgesik dan Non-Farmakologi dengan untuk mengurangi rasa nyeri: TENS, hypnosis, akupresur terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres air hangat/dingin, terapi bermain. Penatalaksanan nyeri secara non farmakologi yang umum dilakukan oleh perawat adalah

mudah dilakukan, dapat dilakukan oleh siapa saja dan kapan pun.

(AZ et al., 2022)

2.3 Konsep Terapi Murottal

2.3.1 Definisi terapi murottal

Terapi murottal al-qur'an merupakan salah satu Teknik non farmakologis yang dapat menurunkan intensitas nyeri karena dapat menstimulasi otak sehingga menghasilkan hormone dan memberikan rasa nyaman sehingga nyeri dapat teratasi. Terapi murottal sama efektifnya dengan musik karena dapat mendistraksi dan merelaksasi pada pasien post operasi.

Terapi murottal merupakan terapi religi dimana seseorang dibacakan ayat-ayat Al'Quran selama beberapa menit atau jam sehingga memberikan dampak positif bagi tubuh seseorang (Gusmiran. 2005).

Terapi murottal mampu memberikan ketentraman, ketenangan dan mengurangi kecemasan. Kondisi tentram dan nyaman ini akan menstimulus pengeluaran neurotransmitter analgesia (endorphin, enkhepalin, dynorphin) sehingga mengurangi rasa nyeri (Qadri, 2013).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, penulis dapat menyimpulkan, bahwa terapi murottal adalah terapi religi yang dapat menurunkan intensitas nyeri dan mampu memberikan ketenangan.

2.3.2 Manfaat terapi murottal

1) Menurunkan kecemasan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Zahrofi, dkk 2013) dan (Zanzabiela dan Alphianti, 2014) menunjukkan bahwa pemberian pengaruh terapi murotal Al Quran memiliki pengaruh terhadap tingkat kecemasan responden. Pada penelitian tersebut responden yang diberikan terapi murotal Al-Quran memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah dari pada pasien yang tidak diberikan terapi.

2) Mengalihkan nyeri

Murotal Al Quran terbukti dapat menurunkan tingkat nyeri. Hal ini berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hidayah (2013) dan (Handayani dkk,2014) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian terapi murotal Al-Quran terhadap tingkat nyeri. Pada kedua penelitian tersebut kelompok yang diberikan terapi murotal Al Quran memiliki tingkat nyeri yang lebih rendah dibandingkan kelompok yang tidak diberikan terapi murotal Al Quran.

2.3.3 Teknik terapi murottal

Teknik pemberian murotta Al-Qur'an meliputi :

1) Persiapan

- a. Memperkenalkan diri
- b. Persiapan Pasien bina hubungan saling percaya diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan tujuan terapi
- c. Persiapan Alat Earphone dan MP3/Tablet berisikan murottal

- d. Persiapan Perawat menyiapkan alat dan mendekatkan ke arah pasien
- e. Perawat mencuci tangan dan menutup tirai memastikan privasi pasien terjaga
- f. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin

2) Pelaksanaan

Cara melakukan murottal Al-qur'an adalah :

- a. Menanyakan kesiapan pasien untuk pemberian terapi
- b. Menghubungkan earphone dengan MP3/Tablet berisikan murottal
- c. Letakkan earphone di telinga kiri dan kanan
- d. Dengarkan murottal selama 20 menit (Nurjamiah,2015)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kolesistektomi

Proses Keperawatan adalah pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis untuk merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan yang melibatkan lima fase berikut : pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, implementasi, evaluasi.

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah fase pertama proses keperawatan .

Data yang dikumpulkan meliputi :

1. Identitas pasien dan identitas penanggungjawab

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, tempat tinggal, tempat tanggal lahir, pekerjaan dan Pendidikan.

2. Keluhan utama

Keluhan yang paling utama dirasakan oleh pasien pada saat pengkajian.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan sekarang

1. Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Keluhan utama pasien dengan Kolelitiasis adalah nyeri kolik abdominal. Keluhan nyeri seperti terbakar dan tumpul. Rasa sakit yang paling hebat sering terletak di abdomen kanan atas dan dapat menyebar ke bahu kanan atau daerah punggung. Skala nyeri pada klien dengan Kolelitiasis bervariasi pada rentang 2-7 (dari 0-7) yaitu nyeri berat sampai nyeri tak tertahankan/berat sekali. Onset nyeri bervariasi sesuai dengan derajat okulasi atau obstruksi duktus dan keterlibatan saraf local akibat peningkatan kontraksi peristaltik bilier. Lama nyeri biasanya berkisar 30-90 menit sampai relaksasi peristaltik terjadi. Kondisi nyeri biasanya juga disertai demam sampai menggigil dan disertai gangguan gastrointestinal seperti: rasa seperti mual, muntah (Muttaqin & Sari, 2013)

2. Keluhan saat dikaji

Pada klien Kolelitiasis yang telah menjalani Operasi akan mengeluh nyeri pada luka operasi. Nyeri terasa seperti

ditusuk-tusuk pada area operasi dan sangat jarang terjadi penyebaran kecuali jika ada komplikasi. Skala nyeri sangat hebat pada 2 jam pertama pasca/ post operasi dikarenakan pengaruh obat anestesi mulai hilang, Nyeri dapat hilang timbul maupun menetap sepanjang hari (Sandra, 2013).

b. Riwayat Kesehatan dahulu

Disesuaikan dengan predisposisi penyebab Kolelitiasis. Seperti kondisi obesitas, penyakit DM, hipertensi, dan hiperlipidemia berhubungan dengan peningkatan sekresi kolesterol hati merupakan faktor risiko utama untuk pengembangan batu empedu kolesterol. Kondisi kehamilan multipara, pasca bedah reseksi usus, penyakit crohn, reseksi lambung dan penggunaan obat-obatan hormonal merupakan kejadian masa lalu yang harus dipertimbangkan. Serta riwayat sirosis hepatitis yang menyebabkan splenomegali menjadi predisposisi utama gangguan heme yang bisa meningkatkan risiko batu kalsium (Rahayu, P. 2019)

c. Riwayat Kesehatan keluarga

Beberapa pasien cenderung memiliki kondisi penyakit herediter, sehingga perlu mengkaji kondisi sakit dari generasi terdahulu (Rahayu, P. 2019).

4. Pola aktivitas

a. Nutrisi

Dilakukan pengkajian terhadap porsi makan pasien, dan nafsu makan pasien.

b. Aktivitas

Dilakukan pengkajian terhadap aktivitas sehari-hari, kesulitan melakukan aktivitas dan anjuran untuk bedrest.

c. Aspek psikologi dan spiritual

Klien mengalami peningkatan kecemasan, serta perlunya pemenuhan informasi intervensi keperawatan dan pengobatan atau intervensi bedah, Mengenai keyakinan terhadap Tuhan Yang Maha Esa dan pelaksanaan ibadah sebelum atau selama dirawat. Aktivitas ibadah klien dapat terganggu karena keterbatasan aktivitas (Rahayu, P. 2019).

d. Aspek penunjang

a) Hasil pemeriksaan laboratorium

b) Obat-obatan terapi sesuai dengan anjuran dokter.

5. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Kesadaran dapat compos mentis sampai koma tergantung beratnya kondisi penyakit yang dialami, dapat terlihat adanya kesakitan, lemah atau kelelahan. (Rahayu, P. 2019).

2) System pernafasan

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

3) System 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.

4) System pencernaan

Ditemukan perut kembung, penurunan bising usus karena puasa, penurunan berat badan dan konstipasi. Cairan empedu tidak masuk ke dalam duodenum, menyebabkan gangguan ingesti dan absorpsi karbohidrat dan lemak berkurang maka akan menyebabkan mual, muntah, diare, distensi abdomen.

5) System perkemihan

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

6) System persyarafan

Dikaji tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS dan dikaji semua fungsi saraf kranialis. Tidak ada kelainan pada sistem persyarafan

7) System penglihatan

Diperiksa kesimetrisan kedua mata, ada tidaknya sekret/lesi, refleks pupil terhadap cahaya, visus (ketajaman penglihatan). Tidak ada tanda-tanda penurunan pada sistem penglihatan.

8) System pendengaran

Amati keadaan telinga, kesimetrisan, ada tidaknya sekret/lesi, ada tidaknya nyeri tekan, uji kemampuan pendengaran dengan tes Rinne, Webber, dan Schwabach. Tidak ada keluhan pada sistem pendengaran.

9) System musculoskeletal

Ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri.

10) System integument

Adanya luka operasi pada abdomen. Turgor kulit menurun akibat kurangnya volume cairan, suhu tubuh dapat meningkat apabila terjadi infeksi. Bilirubin terkonjugasi akan meningkat dalam darah di akibatkan oleh absorpsi cairan empedu oleh kapiler darah sebagai dampak adanya obstruksi. Ikterus akan timbul.

11) System endokrin

Riwayat dan gejala-gejala yang berhubungan dengan penyakit endokrin, periksa ada tidaknya pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem endokrin.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Tim Pokja DPP PPNI, 2019a) Dalam buku SDKI :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- b. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D.0074)
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)
- d. Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidak Adekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit) (D.0142)
- e. Hipovolemia ditandai dengan Muntah (D.0023)
- f. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Kurangnya Asupan Makanan (D.0019)

2.4.3 Perencanaan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	INTERVENSI	
		TUJUAN	TINDAKAN
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077) Gejala dan Tanda Mayor DS : - Mengeluh nyeri DO : - Tampak meringis - Bersikap protektif - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri pasien menurun dengan Kriteria Hasil : - Keluhan Nyeri Menurun - Meringis Menurun	Observasi : 1. Identifikasi Lokasi, Karakteristik, Durasi, Frekuensi, Kualitas, Intensitas Nyeri 2. Identifikasi Skala Nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi Faktor Yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

DS :	-	Gelisah cukup	6. Identifikasi pengaruh
(Tidak tersedia)		menurun	budaya terhadap respon
DO :	-	Kesulitan tidur	nyeri
- Tekanan darah meningkat		cukup menurun	7. Identifikasi pengaruh nyeri
- Pola nafas berubah		(SLKI, L-	pada kualitas hidup
- Nafsu makan berubah		08066)	8. Monitor keberhasilan terapi
- Proses berfikir terganggu			komplementer yang Sudah
- Menarik diri			diberikan
- Berfokus pada diri sendiri			9. Monitor efek samping
- diaphoresis			penggunaan analgesik
			Terapeutik :
			1. Berikan Teknik
			nonfarmakologi untuk
			mengurangi rasa nyeri :
			berikan terapi murotal
			sesuai indikasi
			2. Kontrol lingkungan yang
			memperberat rasa nyeri
			(mis.
			Suhu ruangan, pencahayaan,
			kebisingan)
			3. Fasilitas istirahat dan tidur
			4. Pertimbangkan jenis dan
			sumber nyeri dalam
			pemilihan
			strategi meredakan nyeri
			Edukasi :
			1. Menjelaskan penyebab,
			periode, dan pemicu nyeri
			2. Jelaskan strategi meredakan
			nyeri
			3. Anjurkan memonitor nyeri
			secara mandiri
			4. Anjurkan mengguna-kan
			analgetik secara tepat
			5. Ajarkan teknik

			nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
			Kolaborasi :
			1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu
2.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D.0074) Gejala dan tanda Mayor DS : 1. Mengeluh tidak nyaman DO : 1. Gelisah Gejala dan Tanda Minor DS : 1. Mengeluh sulit tidur 2. Tidak mampu rileks 3. Mengeluh Tidak kedinginan/kepansan 4. Merasa gatal 5. Mengeluh mual 6. Mengeluh Lelah DO : 1. Menunjukkan gejala distress 2. Tampak merintih/menagis 3. Pola eliminasi berubah 4. Postur butuh berubah 5. Iritabilitas	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status kenyamanan meningkat dengan Kriteria Hasil : - Keluhan tidak nyaman cukup menurun - Gelisah cukup menurun - Lelah cukup menurun - Merintih cukup menurun (SLKI, L-09326)	Observasi : 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang efektif digunakan 3. Identifikasi kesiediaan, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi Terapeutik : 1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur

			teknik relaksasi
			3. Gunakan pakaian longgar
			4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
			5. Gunakan relaksasi sebagai Strategi penunjang dengan analgesik atau tindakan medis lain, jika sesuai
			Edukasi :
			1. Jelaskan tujuan manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: relaksasi napas dalam)
			2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
			3. Anjurkan mengambil posisi nyaman
			4. Anjurkan rileks dan merasakan sensi relaksasi
			5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
			6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis: relaksasi napas dalam terbimbing)
3.	Ansietas b.d krisis situasional (D.0080) Gejala dan tanda mayor DS : - Merasa bingung - Merasa khawatir dengan akibat kondisi yang dihadapi	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil :	Observasi : 1. Identifikasi saat tingkat kecemasan berubah (mis : kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan

- Sulit berkonsentrasi	- Tidak mengeluh	3. Monitor tanda-tanda
DO :	- Tidak merasa	ansietas (verbal dan non verbal)
- Tampak gelisah - Tampak tegang - Sulit tidur	- Tidak merasa - Perilaku	Terapeutik : 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
Gejala dan tanda minor	- tertekan - menurun	2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi meng-identifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
DS :		
- Mengeluh pusing - Anoreksia - Palpitasi - Merasa tidak berdaya		
DO :		
- Frekuensi nafas meningkat - Frekuensi nadi meningkat - Tekanan darah meningkat - Diaphoresis - Tremor - Muka tampak pucat - Suara bergetar - Kontak mata buruk - Sering berkemih - Berorientasi pada masa lalu		Edukasi : 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara factual mengenai diagnosa, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak

		kompetitif, sesuai kebutuhan
		5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
		6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
		7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
		8. Latih Teknik relaksasi
		Kolaborasi :
		1. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, bila perlu
4.	Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidak Adekuatan Pertahanan Tubuh Primer (Kerusakan Integritas Kulit) (D. 0142) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat infeksi (L.14137) dengan Kriteria Hasil : - Kebersihan tangan meningkat. - Kebersihan badan meningkat. - Demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun - Kadar sel darah putih meningkat	Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 2. Berikan perawatan kulit pada area edema. 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien. 4. Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi. Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

5.	Hipovolemia ditandai dengan muntah (D.0023) Gejala dan tanda mayor DS : (tidak tersedia) DO : - Frekuensi nadi meningkat - Nadi teraba lemah - Tekanan darah menurun - Tekanan nadi menyempit - Turgor kulit menurun - Membrane mukosa kering - Volume urin menurun - Hematokrit meningkat Gejala dan tanda minor DS : - Merasa lemah - Mengeluh haus DO : - Pengisian vena menurun - Status mental berubah - Suhu tubuh meningkat - Konsentrasi urin meningkat - Berat badan turun tiba-tiba	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan status cairan pasien membaik dengan Kriteria Hasil : - Turgor kulit meningkat - Membran mukosa membaik - Berat badan membaik - Intake cairan membaik (SLKI, L-03028)	Observasi : 1. Periksa tanda gejala hypovolemia 2. Monitor intake dan output cairan Terapeutik : 1. Memberikan Posisi Modified Trendelenburg 2. Berikan asupan asupan cairan oral Edukasi : 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian cairan IV Isotonis (Mis. NaCl, RL)
6.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan Kurangnya Asupan Makanan (D.0019) Gejala dan tanda mayor DS : (tidak tersedia) DO : - Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal Gejala dan tanda minor DS :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan status Nutrisi pasien membaik dengan Kriteria Hasil :	Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Monitor asupan nutrisi Terapeutik : 1. Berikan makanan tinggi serat untuk mengantisipasi konstipasi Edukasi : 1. Ajarkan diet yang diprogramkan

- Cepat kenyang setelah makan	- Porsi makan di habiskan
- Kram/nyeri abdomen	meningkat
- Nafsu makan menurun	- Kekuatan otot menekan
DO :	
- Bising usus hiperaktif	membaik,
- Otot pengunyah lemah	- Nyeri
- Membrane mukosa pucat	Abdomen
- Sariawan	menurun,
- Serum albumin turun	- Frekuensi
- Rambut rontok	makan
- Diare	membaik,
	- Nafsu makan
	membaik
	(SLKI, L-03030)

Sumber : (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019), (Tim Pokja DPP PPNI, 2019b)

2.4.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti yaitu berfokus pada masalah keperawatan nyeri akut dengan melakukan tindakan terapi murottal. Saat melakukan Tindakan terapi murottal peneliti juga mengobservasi frekuensi, intensitas nyeri, dan memberikan posisi yang dapat mengurangi nyeri.

2.4.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan terhadap pasien dengan masalah nyeri akut dilakukan dengan menilai kemampuan dalam respon rangsangan nyeri, diantaranya pasien dapat melaporkan adanya penurunan nyeri, mampu mempertahankan fungsi fisik dan

psikologinya, mampu menggunakan terapi yang telah diberikan untuk mengurangi rasa nyeri.

