

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
CHOLELITIASIS DI RUANG MIRAH  
RS PHC SURABAYA**



**OLEH:**

**LILA WATININGRUM, S.Kep.**

**NIM. 193.0047**

**PRODI PROFESI NERS KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS**  
**CHOLELITIASIS DI RUANG MIRAH**  
**RS PHC SURABAYA**

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



**OLEH:**

**LILA WATININGRUM, S.Kep.**  
**NIM. 193.0047**

**PRODI PROFESI NERS KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**  
**SURABAYA**  
**2020**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 23 Juli 2020  
Penulis



**Lila Watiningrum, S.Kep**  
**NIM. 193.0047**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : **Lila Watiningrum, S.Kep**

NIM : **193.0047**

Program Studi : **Pendidikan Profesi Ners**

Judul : **Asuhan Keperawatan Ny.S Dengan Diagnosa Medis  
Cholelitiasis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

**Surabaya, 23 Juli 2020  
Pembimbing**



**Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep.**  
**NIP. 03028**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 23 Juli 2020

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

**Nama** : Lila Watiningrum, S.Kep

**NIM** : 193.0047

**Program Studi** : Pendidikan Profesi Ners

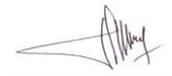
**Judul** :Asuhan Keperawatan Ny.S Dengan Diagnosa Medis  
Cholelithiasis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada Prodi Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03.049



Penguji II : Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 03.028



Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners



Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.  
NIP. 03020

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Juli 2020

## KATA PENGANTAR

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

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Pendidikan Profesi. Penulis menyadari kelancaran Karya Ilmiah Akhir ini bukan karena kemampuan penulis tapi juga bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan kepada:

1. dr. Pudji Djanuartono, M.Kes, Kepala RS PHC Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Ibu Wiwiek Liestyningrum, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Pembimbing I yang dengan tulus ikhlas memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Ibu Nikmatul Choiriyah, S.Kep., Ns. selaku pembimbing II yang dengan tulus ikhlas memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini
6. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini
7. Ibu dan ayah tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat hingga Karya Akhir Ilmiah ini dapat terselesaikan
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 23 Juli 2020

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>COVER LUAR</b> .....	i
<b>COVER DALAM</b> .....	ii
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	viii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	x
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xii
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xiii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	2
1.1 Latar Belakang .....	2
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah .....	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	8
2.1 Konsep Cholelitisias.....	8
2.1.2 Definisi Cholelitisias .....	11
2.1.3 Etiologi Cholelitisias .....	11
2.1.4 Patofisiologi Cholelitisias .....	13
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	14
2.1.6 Penatalaksanaan Cholelitisias .....	15
2.1.7 Komplikasi Cholelitisias .....	18
2.1.8 Pemeriksaan penunjang Cholelitisias.....	19
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Choelitisias.....	23
2.2.1 Pengkajian .....	23

2.2.2	Diagnosa Keperawatan.....	24
2.2.3	Intervensi Keperawatan.....	25
2.2.4	Implementasi Keperawatan.....	34
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS .....</b>		<b>37</b>
3.1	Pengkajian.....	37
3.1.1	Data Dasar.....	37
3.1.2	Pemeriksaan Fisik.....	38
3.1.3	Pengkajian.....	41
3.4	Intervensi Keperawatan.....	46
3.5	Implementasi dan Evaluasi.....	52
<b>BAB 4 PEMBAHASAN.....</b>		<b>65</b>
4.1	Pengkajian.....	65
4.1.1	Identitas.....	65
4.1.2	Riwayat Sakit dan Kesehatan.....	66
4.1.3	Pemeriksaan Fisik.....	67
4.1.4	Pemeriksaan Penunjang.....	71
4.1.5	Penatalaksanaan Medis.....	73
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	73
4.3	Perencanaan.....	77
4.4	Implementasi.....	79
4.5	Evaluasi.....	82
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>		<b>86</b>
5.1	Simpulan.....	86
5.2	Saran.....	87
<b>LAMPIRAN.....</b>		<b>92</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Hasil Laboratorium Pada Ny. S Dengan Diagnosis Medis Cholelitisias Pada Tanggal 14 November 2019.....	40
Tabel 3. 2 Terapi Medis Pada Ny. S Dengan Diagnosis Medis Cholelitisias Pada Tanggal 17 November 2019.....	41
Tabel 3. 3 Analisa Data pada Ny.S dengan Diagnosa Medis Cholelitisias di Ruang Mirah RS PHC Surabaya .....	43
Tabel 3. 4 Prioritas Masalah Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis Cholelitisias di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.....	45
Tabel 3. 5 Intervensi keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosis Medis Cholelitisias Pada Tanggal 17 November 2019.....	46
Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Pada Ny.S Dengan Diagnosis Cholelitisias Pada Tanggal 17-20 November 2019 .....	52

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Kandung Empedu (Waschke, 2013).....	8
Gambar 2. 2 Organ Kandung Empedu.....	9
Gambar 2. 3 Batu Knadung Empedu .....	10
Gambar 2. 4Hasil pemeriksaan radiologi menggunakan sinar-X(Cahyono, 2010) .....	21
Gambar 2. 5 Hasil pemeriksaan radiologi Ultrasonografi (USG) (Cahyono, 2010).....	22

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae .....	92
Lampiran 2 Motto dan Persembahan .....	93
Lampiran 3 Standar Operasional Prosedur Relaksasi Napas Dalam/Deep Breathing Exercise .....	94
Lampiran 4 Standar Operasional Prosedur Pemeriksaan Tanda-tanda Vital ..	97

## DAFTAR SINGKATAN

BMI	: Badan Masa Indeks
CBD	: <i>Colect Bil Duct</i>
Cl	: Clorida
CVP	: <i>Central Venous Pressure</i>
ERCP	: <i>Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography</i>
Hb	: Hemoglobin
Ig	: Immunoglobulin
JVP	: <i>Jugular Venous Pressure</i>
K	: Kalium
MAP	: <i>Mean Artrial Pressure</i>
MRCP	: <i>Magnetic Resonance Cholangio Pancreatography</i>
Na	: Natrium
PAP	: <i>Pulmonary Artrial Pressure</i>
PCWP	: <i>Pulmonary Capillary Wedge Pressure</i>
UDCA	: Asam Ursodeoksikolat

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Cholelithiasis saat ini merupakan masalah kesehatan masyarakat karena tingkat insidensi terjadinya tinggi dengan gejala atau tanpa gejala. Cholelithiasis umumnya lebih sering ditemukan pada negara-negara maju namun seiring meningkatnya keadaan sosial ekonomi, perubahan menu makanan dan perbaikan diagnosis menggunakan alat yang semakin canggih prevalensi Cholelithiasis di negara berkembang mengalami peningkatan (Chang et al., 2013). Cholelithiasis umumnya terjadi pada perempuan di usia  $\geq 60$  tahun (Tuuk, Jimmy Panelewen, & Noersasongko, 2016). Cholelithiasis adalah kumpulan kristal yang terbentuk didalam kandung empedu yang terdiri dari beberapa unsur dan cairan empedu (Nurhikmah, Efriza, & Abdullah, 2019). Cholelithiasis dapat ditemukan pada kandung empedu, duktus koledokus, atau keduanya dengan bentuk dan ukuran yang bervariasi (Wibowo S, Kanadihardja W, Sjamsuhidajat R, n.d.). Cholelithiasis terjadi karena gangguan dari beberapa unsur cairan empedu yang terdiri dari bilirubin, garam empedu, fosfat, fosfolipid dan kolesterol mengendap dan membentuk suatu kristal yang menghambat saluran empedu sehingga menimbulkan keluhan nyeri.

Prevalensi Cholelithiasis berbeda-beda disetiap negara tergantung pada letak geografis dan etnis dinegara tersebut (Stinton & Shaffer, 2012). Di Negara Amerika Serikat tingkat kejadian Cholelithiasis terjadi sebanyak 10%-15% pada orang dewasa, yang terjadi pada suku asli Indian dengan 64% pada wanita dan 29,5% pada pria. Sedangkan di Negara Asia prevalensi Cholelithiasis terjadi

sebanyak 13,9% pada wanita dan 5,3% pada pria (M. G. M. Pratama, 2019). Angka kejadian holelitiasis di negara Asia 3%-15% lebih rendah dibandingkan negara barat (Nurhikmah et al., 2019). Akan tetapi kebiasaan gaya hidup tidak sehat seperti tingginya asupan kalori dan kolestrol tinggi lemak tidak diimbangi dengan olahrag akan meningkatkan angka kejadian Cholelitiasis. Setiap tahun diperkirakan sebanyak 500.000 pasien Cholelitiasis mengalami komplikasi yang memerlukan tindakan Koleksitektomi (Heuman, Chief, & Julian, 2015) dalam (Hakim, 2019).

Kasus Cholelitiasis di Indonesia kurang mendapat perhatian karena keluhan yang ditimbulkan sering sekali asimtomatik sehingga sulit di deteksi. Cholelitiasis umumnya dikaitkan dengan faktor risiko 4F menurut (Bass, Gilani, & Walsh, 2013) yaitu *fat, female, forty, and fertile*. Risiko Cholelitiasis akan meningkat seiring bertambahnya usia. Orang dengan usia >40 tahun lebih cenderung terkena Cholelitiasis dibandingkan orang di usia muda (Stinton & Shaffer, 2012). *Fat* atau kegemukan dikaitkan dengan Cholelitiasis karena pada kasus kegemukan akan meningkatkan kadar kolestrol tinggi sehingga tubuh tidak mampu mencerna semua kolestrol dan akan membentuk endapan kristal yang akan menghambat saluran empedu. *Female* atau wanita dikaitkan dengan Cholelitiasis karena hormon estrogen yang diproduksi oleh wanita dapat memicu peningkatan kadar kolestrol dalam empedu. *Forty* atau disebut juga usia 40 tahun, berdasarkan penelitian yang dilakukan (Nurhikmah et al., 2019) usia risiko tinggi mengalami Cholelitiasis terjadi rata-rata di usia 40 tahun (80,46%). *Fertile*, kejadian Cholelitiasis pada ibu hamil berkaitan dengan tingginya hormon progesteron pada tubuh dan kelebihan berat badan selama kehamilan. Berdasarkan

faktor risiko tersebut timbul masalah keperawatan antara lain nyer akut, risiko infeksi akibat obstruksi pada kandung empedu, gangguan mobilitas fisik akibat nyeri yang ditimbulkan sehingga pergerakan pada pasien akan terbatas.

Berdasarkan kondisi tersebut, perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan diharapkan dapat terus mengembangkan keterampilannya untuk menangani kasus ini sesuai dengan ilmu yang dimiliki untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas. Pada pasien yang terdiagnosis Cholelitis umumnya akan dilakukan tindakan pembedahan. Cholelitis menjadi masalah kesehatan yang paling sering membutuhkan intervensi pembedahan. Penyuluhan sebelum operasi dapat dilakukan perawat untuk menurunkan tingkat kecemasan pada pasien, karena reaksi cemas akan terus berlanjut apabila pasien kurang mendapat informasi yang berhubungan dengan penyakit dan tindakan yang dilakukan terhadap dirinya. Salah satu upaya yang dapat dilakukan perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat memberikan informasi tentang bagaimana tanda, gejala, pencegahan dan penanganan pasien dengan Cholelitis sehingga keluarga juga dapat berperan aktif dalam pemeliharaan kesehatan. Adanya peran dan fungsi perawat tersebut diharapkan mampu memberi suatu informasi serta perubahan-perubahan perilaku kepada masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Keterlibatan keluarga dalam peningkatan status kesehatan pasien juga berperan aktif, karena keluarga sebagai kelompok terdekat pasien.

## **1.2 Rumusan Masalah**

“Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Cholelitis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya?”

### **1.3 Tujuan Penulisan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengelola asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Cholelitis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa mampu mengkaji Ny. S dengan diagnosa medis Cholelitis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis Cholelitis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya
3. Mahasiswa mampu menentukan perencanaan tindakan keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis Cholelitis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya
4. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis Cholelitis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya
5. Mahasiswa mampu mengevaluasi Ny.S dengan diagnosa medis Cholelitis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis Cholelitis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya

### **1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam pemberian asuhan keperawatan di Rumah Sakit mengenai penanganan pada pasien dengan diagnosa medis Cholelitis.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

#### 1. Akademisi

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada Ny. dengan diagnosa medis Cholelitis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

Dari segi praktisi , tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi :

##### a. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Cholelitis.

##### b. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi rujukan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan dengan diagnosa medis Cholelitis dengan baik.

##### c. Bagi Profesi Kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Cholelitis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

## 1.5 Metode Penulisan

### 1. Metode

Metode yang digunakan dalam studi kasus yaitu pendekatan pada objek tertentu yang diangkat sebagai kasus untuk dikaji secara mendalam.

### 2. Teknik Pengumpulan Data

#### a. Wawancara

Data didapatkan melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain sebagai narasumber.

#### b. Observasi

Data yang diambil dengan baik berdasarkan reaksi, respon pasien dan

#### c. Pemeriksaan

Dengan pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium dapat menunjang untuk menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya secara tepat.

### 3. Sumber Data

#### a. Data Primer

Data primer adalah sumber data yang didapatkan langsung dari pasien.

#### b. Data Sekunder

Data sekunder adalah sumber data yang yang didapatkan dari orang-orang terdekat pasien melalui keluarga dan catatan medik keperawatan disertai hasil pemeriksaan dan pemeriksaan penunjang lainnya.

#### c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah metode pengumpulan data yang dan informasi melalui dokumen tertulis atau Karya Tulis Ilmiah yang berhubungan dengan studi kasus yang dibahas.

## **1.6 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman sampul, halaman judul, halaman pernyataan, halaman pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar lampiran.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, metoden penulisan dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dan konsep asuhan keperawatan dengan diagnosa medis Cholelitisias.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang data pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan masalah, pelaksanaan dan evaluasi masalah keperawatan dengan diagnosa medis Cholelitisias.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang berisi tentang data, teori dan opini penulis

BAB 5 : Penutup, berisi simpulan dan saran.

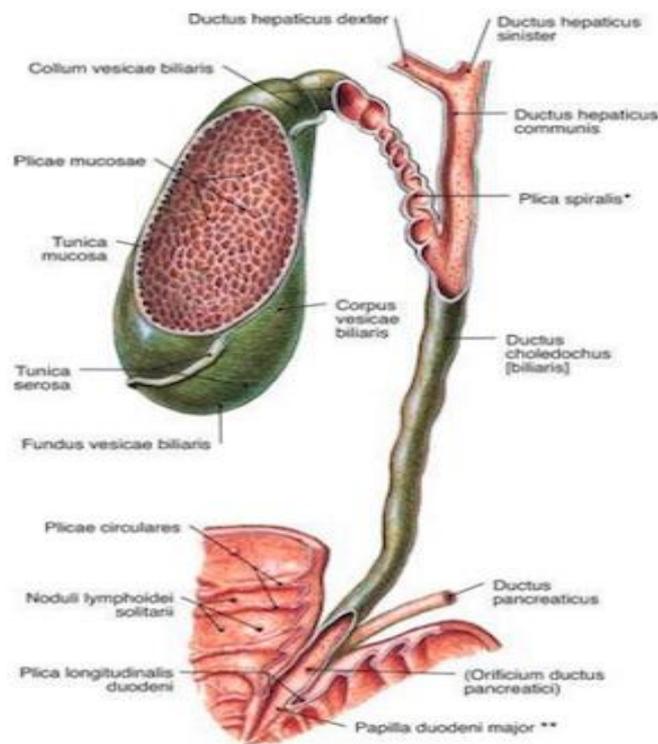
## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan secara teoritis, meliputi : 1) Konsep Cholelithiasis, 2) Konsep Asuhan Keperawatan Cholelithiasis.

#### 2.1 Konsep Cholelithiasis

##### 2.1.1 Anatomi Fisiologi Empedu

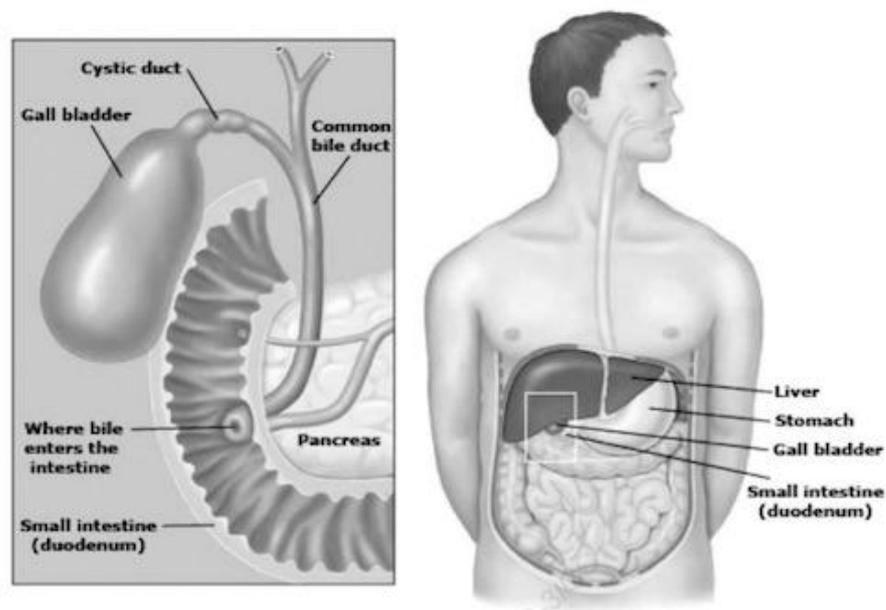


*Gambar 2. 1 Anatomi Kandung Empedu (Waschke, 2013)*

Empedu adalah organ berisi cairan berwarna kuning kehijauan karena bercampur dengan pigmen bilirubin, biliverdin dan urobilin yang disekresikan oleh heposit hepar pada sebagian besar vertebra pencernaan. Empedu disimpan didalam kandung empedu dan dilepaskan ke usus dua belas jari untuk membantu proses pencernaan makanan. Empedu berperan dalam proses pencernaan lemak. Untuk mengemulsi lemak cadangan yang diperlukan tubuh maka hepar memproduksi empedu yang sewaktu-waktu digunakan untuk mencerna lemak.

Empedu berperan sebagai penetralisir beberapa asam yang ditemukan dalam jenis makanan tertentu. Akan tetapi kantung empedu juga dapat mengalami kerusakan dan menyebabkan sebuah penyakit. Wanita usia >40 tahun berisiko tinggi mengalami gangguan pada kandung empedunya.

Kandung empedu adalah sebuah kantong yang terletak disebalah dalam hati (scissura utama hati) diantara lobus kanan dan lobus kiri hati dengan panjang 7,5 cm – 12 cm dengan kapasitas 35ml-50ml (Williams, 2013). Kandung empedu terdiri dari fundus, korpus, infundibulum dan kolum. Fundus berbentuk bulat dengan ujung buntu, korpus adalah bagian terbesar dari kandung empedu yang menempel didalam jaringan hati sedangkan kolum adalah bagian kecil dari kandung empedu. Apabila kandung empedu mengalami obstruksi oleh batu empedu maka akan menyebabkan distensi, bagian infundibulum akan menonjol yang disebut sebagai kantong Hartmann (Sjamsuhidajat, 2010).



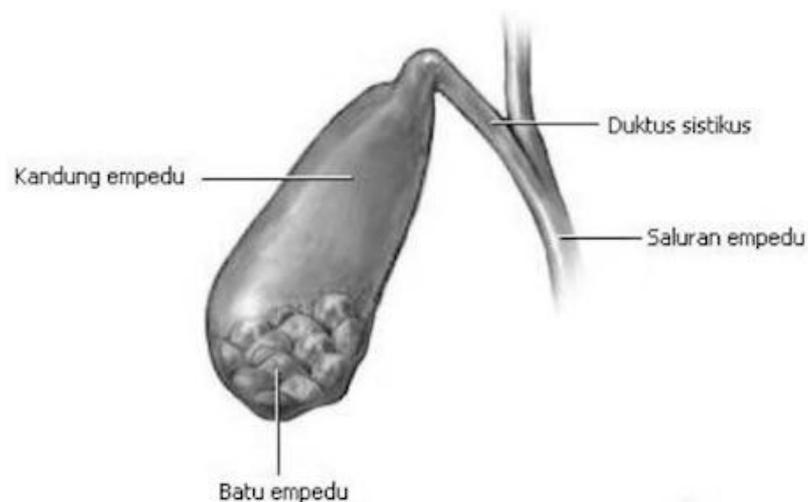
*Gambar 2. 2 Organ Kandung Empedu*

(Pangkalan Ide, 2015)

Duktus hepaticus komunis memiliki panjang 2,5cm yang merupakan penyatu antara duktus hepaticus kanan dan duktus hepaticus kiri. Penyatu antara duktus sistikus dan duktus hepaticus komunis disebut sebagai duktus koledokus yang memiliki panjang 7cm. duktus pankreatikus umumnya bermuara ditempat yang sama dengan duktus koledokus didalam papila vater.

Menurut (Guyton A.C, dan Hall, 2014) empedu memiliki dua fungsi penting antara lain :

1. Empedu berperan dalam pencernaan dan absorpsi lemak, karena tingkat asam empedu membantu memgemulsi partikel-partikel lemak yang besar menjadi kecil dengan bantuan enzim lipase dan asam empedu membantu transpor serta absorpsi produksi akhir lemak yang dicerna melalui membran mukosaintestinal
2. Empedu bekerja untuk mengeluarkan produk buangan dari darah antara lain bilirubin, dan kelebihan kolestrol yang dibentuk oleh sel hati.



*Gambar 2. 3 Batu Knadung Empedu*

(Pangkalan Ide, 2015)

Proses pengosongan kandung empedu dipengaruhi hormon kolesistokinin, proses ini terjadi ketika makanan tinggi lemak masuk ke duodenum. Proses pengosongan duodenum adalah adanya kontraksi ritmik dari dinding kandung empedu, tetapi proses ini membutuhkan relaksasi yang bersamaan dari sfingter oddi untuk menjaga pintu keluar duktus billiaris komunis kedalam duodenum. Lemak menyebabkan pengeluaran hormon kolesistokinin dari mukosa duodenum. Kemudian hormon masuk kedalam peredaran darah dan menyebabkan kandung empedu berkontraksi.

### **2.1.2 Definisi Cholelitisias**

Cholelitisias disebut juga sebagai batu empedu, hal itu dimaksud untuk proses pembentukan batu didalam kantong empedu. Batu empedu adalah timbunan kristal didalam kantong empedu atau didalam saluran empedu. Batu yang ditemukan didalam kandung empedu disebut sebagai Cholelitisias, sedangkan batu yang berada didalam saluran empedu disebut Cholelitolitisias.

Cholelitisias adalah penyakit batu empedu yang ditemukan didalam kandung empedu atau didalam saluran empedu, atau kedua-duanya. Hal ini terjadi karena konsentrasi kolestrol melebihi nilai normal solubilisasi empedu, kolestrol tidak mampu terdistresi sehingga menyebabkan timbunan kristal yang padat (Albab, 2013).

Cholelitisias adalah endapan satu atau lebih dari komponen empedu seperti kolestrol, bilirubin, garam empedu, kalsium dan protein (Naga, S., n.d.).

### **2.1.3 Etiologi Cholelitisias**

Cholelitisias umumnya disebabkan karena gangguan metabolisme karena perubahan susunan empedu, statis empedudan infeksi kandung empedu. Selain itu

komponen utama batu empedu adalah kolestrol yang umumnya tetap berbentuk cairan. Apabila cairan empedu berubah jenuh karena tingginya kadar kolestrol maka kolestrol tidak akan larut sehingga membentuk endapan. Cholelithiasis dapat terjadi karena beberapa faktor risiko. Faktor risiko yang meningkatkan angka kejadian Cholelithiasis menurut (Albab, 2013) antara lain :

#### 1. Usia

Bertambahnya usia sejalan dengan meningkatnya faktor risiko mengalami Cholelithiasis. Usia >40 tahun cenderung untuk terkena Cholelithiasis dibandingkan dengan usia lebih muda. Di Amerika Serikat, 20% wanita dengan usia >40 tahun mengidap Cholelithiasis. Semakin meningkat usia, prevalensi Cholelithiasis semakin tinggi hal ini disebabkan :

- 1) Batu empedu jarang mengalami disolusi spontan
- 2) Meningkatkan sekresi kolestrol kedalam empedu sesuai dengan bertambahnya usia
- 3) Empedu bersifat litogenik bila usia semakin bertambah

#### 2. Jenis Kelamin

Wanita cenderung berisiko dua kali lipat untuk terkena Cholelithiasis dibanding dengan pria. Hal ini disebabkan produksi hormon esterogen yang berpengaruh terhadap ekskresi kolestrol oleh kandung empedu. 20% wanita dan 10% pria menderita Cholelithiasis hingga dekade ke enam dan prevalensi semakin meningkat dengan bertambahnya usia, walaupun umumnya lebih sering terjadi di wanita.

### 3. Berat Badan (BMI)

Orang dengan Badan Masa Indeks (BMI) tinggi mempunyai risiko lebih tinggi mengalami Cholelithiasis. Hal ini berkaitan dengan tingginya nilai BMI dan kadar kolestrol, serta mengurangi kontraksi atau proses pengosongan kandung empedu.

### 4. Makanan

Konsumsi makanan tinggi lemak terutama lemak hewani berisiko untuk menderita Cholelithiasis. Kolestrol merupakan komponen dari lemak. Apabila kadar kolestrol dalam cairan empedu melebihi nilai normal maka cairan empedu akan mengendap dan membentuk batu. Intake rendah klorida, kehilangan berat badan secara drastis menyebabkan gangguan unsur kimia dari empedu dan menyebabkan penurunan kontraksi kandung empedu.

### 5. Aktifitas Fisik

Kurangnya aktifitas fisik berkaitan dengan peningkatan risiko terjadinya Cholelithiasis. Hal ini terjadi karena kandung empedu semakin sedikit berkontraksi.

#### **2.1.4 Patofisiologi Cholelithiasis**

Konsumsi lemak dan kolestrol dalam kadar tinggi akan menyebabkan pengendapan kolestrol yang membentuk batu kolestrol. Pembentukan batu empedu melibatkan beberapa faktor yaitu 1. Empedu harus bersifat super jenuh dengan kolestrol atau kalsium, 2. Larutan harus mengendap dengan cepat, 3. Kristal mengendap dan membentuk batu. Secara umum terdapat 3 bentuk batu empedu kolestrol, pigmen dan campuran keduanya.

Pada pasien batu empedu tipe kolestrol, hati akan menyekresikan empedu yang sangat jenuh dengan kolestrol. Kolestrol dengan kadar tinggi akan mengendap dalam kandung empedu atau saluran empedu. Batu empedu tipe kolestrol adalah yang paling umum, angka kejadian kasus meningkat sejalan dengan bertambahnya usia dan prevalensi lebih tinggi terjadi pada wanita (Sembiring, 2015).

Menurut (Corwin, 2008) Cholelithiasis terjadi karena perubahan komposisi empedu. Perubahan ini akan merubah bentuk inti empedu, seiring berjalannya waktu akan menebal dan membentuk kristal. Apabila kandung empedu mengalami inflamasi dapat mengakibatkan supersaturasi progresif, perubahan susunan kimia dan pengendapan unsur konstituen seperti kolestrol, kalsium dan bilirubin. Infeksi bakteri yang terjadi dalam saluran empedu berperan dalam proses pembentukan batu melalui peningkatan deskuamasi sel dan pembentukan mukus. Mukus akan meningkatkan viskositas sehingga bakteri berperan sebagai pusat presipitasi. Proses infeksi akan mengubah komposisi didalam empedu yang dapat meningkatkan reabsorpsi garam empedu dan lesitin.

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Cholelithiasis dapat bersifat asimtomatis. Gejala umumnya terjadi karena inflamasi dan obstruksi pada duktus sistikus. Keluhan khas yang dirasakan pasien berupa kolik bilier, karakteristik kolik bilier menurut (Nian, 2015) antara lain :

#### **1. Rasa Nyeri**

Nyeri umumnya dirasakan pada perut kuadaran kanan atas menjalar ke punggung dan bahu disertai mual muntah sehingga pasien cenderung terus merubah posisi untuk mengurangi intensitas nyeri.

## 2. Ikterus

Ikterus terjadi karena adanya obstruksi duktus koledokus. Karena obstruksi pada duktus koledokus aliran getah empedu ke duodenum akan meningkatkan kadar empedu dalam darah disertai keluhan gatal-gatal pada kulit.

## 3. Defisiensi vitamin A,D,E dan K

Defisiensi vitamin A,D,E dan K terjadi karena adanya obstruksi aliran empedu yang mengganggu proses absorpsi vitamin larut lemak.

## 4. Peningkatan suhu tubuh

Apabila saluran empedu mengalami obstruksi, maka kandung empedu akan mengalami distensi dan terinfeksi, infeksi yang terjadi akan menyebabkan demam dan teraba masa pada abdomen.

### **2.1.6 Penatalaksanaan Cholelitis**

Terapi medis utamanya digunakan untuk mengurangi insidensi nyeri jangka panjang dengan penatalaksanaan suportif dan diet. Apabila memungkinkan menggunakan farmakoterapi, dan tindakan bedah untuk menghilangkan penyebabnya. Penatalaksanaan yang diberikan untuk pasien Cholelitis menurut (Suddart, 2013) dalam (Ratmiani, 2019):

#### 1. Terapi Nutrisi dan Suportif

- 1) Tingkatkan pola istirahat pasien, pemberian cairan melalui intravena, pemberian analgesik dan antibiotik
- 2) Diet rendah lemak tinggi protein dan karbohidrat dilanjutkan dengan makanan padat lembut

## 2. Terapi Farmakologis

- 1) Asam ursodeoksikolat (UDCA) dan asam kenodeoksilat efektif untuk melarutkan batu kolestrol primer
- 2) Pasien dengan obstruksi duktus kistit atau batu pigmen tidak dianjurkan dalam pemberian terapi UDCA

## 3. Pengangkatan Batu Empedu Non-Invasif

Batu empedu dapat dikeluarkan menggunakan instrumen seperti kateter yang dilengkapi keranjang disusupkan ke saluran slang T, endoskopi ERCP atau menggunakan terapi gelombang syok ekstrakorporal.

## 4. Pembedahan

### 1) Kolesistektomi Laparoskopi

Dilakukan melalui insisi kecil untuk menembus dinding abdomen melalui umbilikus

### 2) Kolesistektomi

Kantung empedu dikeluarkan melalui insisi abdomen setelah ligasi duktus kistik dan arteri

### 3) Minikolesistektomi

Kantung empedu dikeluarkan melalui insisi kecil

### 4) Kolesistostomi

Kantung empedu dibuka dan batu, empedu serta purulen dikeluarkan

Prosedur pembedahan yang dilakukan pada pasien Cholelitisias dibedakan menjadi dua, yaitu tindakan laparotomy terbuka dan laparoskopi.

Tindakan laparoskopi dilakukan pada dinding abdomen dengan memberikan 5 insisi kecil dengan panjang insisi  $\pm 5$ mm. Kamera dimasukkan melalui salah satu insisi dan instrumen bedah dimasukkan melalui 4 insisi luka yang lain (Juniati, 2013). Metode laparoskopi menurunkan waktu pemulihan dan risiko komplikasi, setelah dilakukan kolesistektomi maka duktsus empedu akan berdilatasi dan menampung volume empedu yang sebelumnya ditampung oleh kandung empedu (Diyono & Mulyanti, 2013). Persiapan pasien sebelum operasi dilakukan dengan tujuan utama yaitu pernyataan persetujuan (*informed consent*) dari pasien dan keluarga untuk memberikan pengetahuan kepada pasien dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan, setelah mendapatkan *informed consent* maka perawat melakukan persiapan pre-operasi menurut (Diyono & Mulyanti, 2013) meliputi :

1. Edukasi pre operasi

Berisi tentang pengertian tindakan kolisistektomi, pemeriksaan sebelum operasi meliputi pemeriksaan *vital sign*, ruangan yang digunakan untuk melakukan tindakan, kemungkinan efek samping setelah dilakukan tindakan seperti rasa mual, pusing.

2. Persiapan infus

Indikasi pemasangan infus sebelum operasi perlu dilakukan sebagai upaya pencegahan profilaksis pada operasi dengan risiko perdarahan. Jalur infus intravena dipersiapkan jika terjadi syok, dan memudahkan pemberian obat.

### 3. Persiapan diet

Pasien yang akan melakukan tindakan operasi dianjurkan untuk berpuasa 8 jam sebelum tindakan dan tidak diperbolehkan diberikan cairan 4 jam sebelum tindakan. Karena, makanan dan cairan dalam lambung dapat menyebabkan aspirasi .

### 4. Persiapan kulit

Membebaskan lokasi yang akan dilakukan tindakan insisi dari mikroorganisme dengan pemberian sabun heksaklorofin, apabila ada rambut pada kulit maka harus dicukur.

### 5. Latihan nafas dalam

Latihan nafas dalam dilakukan untuk membantu menurunkan tingkat kecemasan pada pasien.

## **2.1.7 Komplikasi Cholelithiasis**

Cholelithiasis menyebabkan berbagai komplikasi yang menjadi penyebab utama tingginya tingkat morbiditas penyakit gastrointestinal pasien, dalam (Sueta & Warsingih, 2017) menyebutkan bahwa komplikasi Cholelithiasis antara lain :

#### 1. Kolesistitis

Kolesistitis adalah peradangan yang terjadi pada kandung empedu yang disebabkan karena statis cairan empedu, infeksi kuman dan iskemia dinding kandung empedu dan 90% penyebab kolesistitis adalah batu empedu yang terletak di duktus sistikus. Selain itu, kepekatan cairan empedu, kolestrol, lisolesitin, dan prostaglandin yang merusak dinding kandung empedu juga berpengaruh terhadap terjadinya kolesistitis (DIFUSI, 2020). Kolesistitis

menimbulkan keluhan nyeri pada abdomen bagian atas yang hilang timbul, kembung, flatulens, dan intoleransi makanan berlemak (Borley, 2006).

## 2. Pankreatitis

Pankreatitis adalah inflamasi pada pankreas yang berlangsung dalam kurun waktu >6 bulan. Penyebab pankreatitis 40%-70% karena batu empedu dan 25%-35% karena alkohol (H. Pratama, 2016). Pankreatitis terjadi akibat terhalangnya aliran getah pankreas atau refluk cairan empedu ke duktus pankreatikus dan adanya obstruksi batu empedu kecil (*microlithiasis*) yang terjebak didalam duktus pankreatikus. Pankreatitis menimbulkan keluhan nyeri epigastrium, nyeri punggung, demam, takikardi (Borley, 2006).

## 3. Kolangitis

Kolangitis terjadi akibat adanya obstruksi saluran billier dan pertumbuhan bakteri didalam empedu. Bakteri dapat menginfeksi saluran billier melalui ampula vateri. Obstruksi pada saluran billier dapat mengakibatkan berkrungnya aliran empedu dan produksi IgA sehingga fungsi dari sel kupffer akan terganggu dan merusak celah membran sel sehingga menimbulkan refluk kolangiovena (Tusiantari & I Kadek Herry Dwipayana, 2016). Kolangitis menimbulkan keluhan nyeri abdomen, demam tinggi, ikterus obstruktif (*trias Charcot*), nyeri tekan hebat pada kanan atas. Ikterus obstruktif ditunjukkan dengan warna feses yang pucat seperti tanah liat, urin berwarna gelap, dan gatal-gatal.

### **2.1.8 Pemeriksaan penunjang Cholelitis**

Menurut (Chris Tanto, et al, 2014) dalam (Ratmiani, 2019) pemeriksaan penunjang pada pasien Cholelitis antara lain :

### 1. USG Kandung Kemih

USG kandung kemih dapat mendiagnosis Cholelitisias secara akurat dengan sensitivitas 90% dan spesifisitas 80%. Sebelum dilakukan pemeriksaan USG kandung kemih, pasien dianjurkan untuk puasa 8 jam. Hasil gambaran utama akan menunjukkan posterior acoustic shadow dari opasitas pada lumen kandung empedu yang berubah sesuai dengan posisi pasien. USG kandung kemih juga dapat mendeteksi komplikasi Cholelitisias.

### 2. Foto Polos Abdomen

Foto polos tidak disarankan karena >75% Cholelitisias bersifat radiolusen.

Menurut (Cahyono, 2010) cara mengetahui adanya batu empedu dapat dilakuakn melalui beberapa pemeriksaan antara lain :

#### 1. Pemeriksaan Fisik

pasien datang dengan keluhan dan tanda-tanda yang berkaitan dengan batu empedu antara lain :

- 1) Nyeri perut yang hebat diperut kanan atas
- 2) Demam tinggi karena kolistisis
- 3) Mata kuning akibat batu empedu menyumbat saluran duktus koledokus sehingga bilirubin tidak dapat dieksresi dan terbungung
- 4) Nyeri dan muntah setelah makan akibat pancreatitis
- 5) Nyeri tekan diperut kanan atas

## 2. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Peningkatan leukosit atau leukositosis (normal  $>11.000/\mu\text{L}$ )
- 2) Peningkatan kadar bilirubin disertai peningkatan enzim gama GT dan alkali fosfat
- 3) Peningkatan enzim pankreas (amilase dan lipase) yang mengindikasikan terjadi pancreatitis akut.

## 3. Pemeriksaan Foto Sinar-X

Pemeriksaan sinar-X digunakan untuk mengetahui adanya batu kandung empedu yang bersifat radiopaque ditunjukkan dengan batu berwarna hitam berasal dari batu kalsium atau batu pigmen.



*Gambar 2. Hasil pemeriksaan radiologi menggunakan sinar-X*

*(Cahyono, 2010)*

## 4. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG digunakan untuk mengetahui ukuran batu empedu. Batu empedu yang berukuran lebih dari 2 mm, memiliki nilai akurasi yang tinggi



*Gambar 2. 5 Hasil pemeriksaan radiologi Ultrasonografi (USG)*  
*(Cahyono, 2010)*

#### 5. Pemeriksaan *Hepatobiliary Scan* (HIDA Scan)

HIDA Scan adalah pemeriksaan yang digunakan untuk mengetahui fungsi eksresi hati dan kandung empedu. Pemeriksaan ini tidak banyak memberikan informasi tetapi dapat menunjukkan gangguan dalam fungsi pengeluaran empedu.

#### 6. Pemeriksaan CT-Scan

Pemeriksaan CT-Scan umumnya tidak banyak digunakan karena biayanya relatif mahal. Tetapi pemeriksaan CT-Scan dapat digunakan untuk mendeteksi adanya sumbatan pada duktus pankreatikus yang menyebabkan pankreatitis akut.

#### 7. Pemeriksaan *Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography* (ERCP)

Pemeriksaan ERCP digunakan untuk mengetahui adanya batu di duktus koledokus, selain digunakan untuk mendeteksi keberadaan batu pemeriksaan ERCP digunakan untuk batu empedu dari duktus tersebut.

## 8. Pemeriksaan *Magnetic Resonance Cholangio Pancreatography* (MRCP)

Pemeriksaan MRCP relatif aman karena tidak menggunakan kontras dan tetapi biaya relatif tinggi.

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Choelitis

### 2.2.1 Pengkajian

pengkajian merupakan tahap awal dari sebuah proses keperawatan. Data dikumpulkan secara sistematis dan dilakukan secara komprehensif. Pengkajian dilakukan untuk mengumpulkan data pasien menggunakan beberapa metode antara lain wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (Asmadi, 2008)

1. Identitas pasien : meliputi nama, umu, jenis kelamin, tempat tinggal, pekerjaan dan pendidikan. Cholelitis banyak ditemukan pada perempuan dibandingkan laki-laki dengan usia >40 tahun (Cahyono, 2014).
2. Keluhan utama : keluhan yang paling dirasakan, umumnya pasien akan merasakan nyeri pada perut kuadran kanan atas disertai rasa mual dan muntah
3. Riwayat Kesehatan
  - 1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang merupakan pengembangan dari keluhan utama yang dirasakan pasien berfokus pada penilaian nyeri menggunakan metode PQRST. P (*provoke*) fokus utama keluhan pasien, Q (*quality*) bagaimana kualitas nyeri yang dirasakan pasien, R

(*region*) lokasi nyeri yang dirasakan pasien, S (*skala*) penilaian derajat skala nyeri dimulai dari 1-10, T (*time*) keadaan yang memperberat kondisi nyeri pasien.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Mengkaji terkait penyakit sama yang pernah diderita sebelumnya.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit Cholelithiasis tidak bersifat genetik, karena penyakit ini terjadi akibat gaya hidup yang tidak sehat.

4. Pemeriksaan Fisik

Pasien datang dengan keluhan dan tanda-tanda yang berkaitan dengan batu empedu antara lain (Cahyono, 2010):

- 1) Nyeri perut yang hebat diperut kanan atas
- 2) Demam tinggi karena kolistisis
- 3) Mata kuning akibat batu empedu menyumbat saluran duktus koledokus sehingga bilirubin tidak dapat dieksresi dan terbungkus
- 4) Nyeri dan muntah setelah makan akibat pancreatitis
- 5) Nyeri tekan diperut kanan atas

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian secara klinik terhadap respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang bersifat aktual atau potensial (Carpenito, 2000) dalam (Effendi & Makhfudli, 2009).

Diagnosa keperawatan pada Cholelithiasis menurut (SDKI, 2017):

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (respon inflamasi billier) D.0077 hal.172

2. Nausea berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi  
D.0076 hal. 170
3. Risiko infeksi ditandai dengan faktor risiko penyakit kronis (Cholelithiasis)  
D.0142 hal.304
4. Hipovolemia ditandai dengan faktor risiko disfungsi intestinal D.0023  
hal.64
5. Risiko perdarahan ditandai dengan faktor risiko gangguan koagulasi  
(defisiensi vitamin K) D.0012 hal.42
6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

### **2.2.3 Intervensi Keperawatan**

Rencana keperawatan adalah sebuah rencana yang disusun untuk mengatasi masalah masalah pasien sehingga membantu perawat dalam memberikan perawatan yang berkualitas (Carpenito, 2000) dalam (Effendi & Makhfudli, 2009).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (respon inflamasi  
billier)
  - a. Tujuan dan Kriteria Hasil  
Setelah dilakukan intervensi keperawatan tingkat nyeri menurun dengan  
kriteria hasil :
    - 1) keluhan nyeri menurun
    - 2) sikap meringis menurun
    - 3) sikap protektif menurun
    - 4) kesulitan menurun
    - 5) frekuensi nadi membaik (60-100x/menit)

6) pola napas membaik (tidak ada takipnea)

b. Intervensi Keperawatan

Manajemen nyeri 1.08238

*Obeservasi*

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

*Terapeutik*

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (guide imagery, teknik tarik nafas dalam)
- 2) Fasilitasi istirahat dan tidur

*Edukasi*

- 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 2) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

*Kolaborasi*

Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu

Pemantauan nyeri 1.03123

*Observasi*

- 1) Identifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri
- 2) Monitor kualitas nyeri (terasa tajam, tumpul, diremas-remas)

*Terapeutik*

Dokumentasikan hasil pemantauan

2. Risiko infeksi ditandai dengan faktor risiko penyakit kronis (Cholelitis)is)

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan intervensi keperawatan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Demam menurun (suhu tubuh normal  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ )
- 2) Tingkat nyeri menurun
- 3) Bengkak menurun
- 4) Kadar sel darah putih membaik (Normal  $>11.000/\mu\text{L}$ )
- 5) Nafsu makan meningkat

b. Intervensi Keperawatan

Pencegahan Infeksi 1.14539

*Observasi*

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik

*Terapeutik*

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 2) Pertahankan teknik aseptik pada pasien

Perawatan Area Insisi 1.14558

*Observasi*

- 1) Periksa lokasi insisi adanya kemerahan, bengkak da tanda-tanda eviserasi luka
- 2) Identifikasi karakteristik drainase luka
- 3) Monitor proses penyembuhan area insisi

*Terapeutik*

Ganti balutan luka sesuai jadwal

*Edukasi*

Ajarkan cara merawat area insisi untuk persiapan discharge planning

3. Nausea berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan intervensi keperawatan fungsi gastrointestinal membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- 2) Toleransi terhadap makanan meningkat
- 3) Nafsu makan meningkat
- 4) Mual menurun
- 5) Muntah menurun
- 6) Distensi abdomen menurun
- 7) Nyeri abdomen menurun

b. Intervensi Keperawatan

Manajemen nutrisi 1.03119

*Observasi*

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi intoleransi makanan
- 3) Identifikasi kebutuhan kalori dan nutrient yang dibutuhkan pasien
- 4) Monitor asupan makanan pasien

*Terapeutik*

Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

### Pemantauan Nutrisi 1.03123

#### *Observasi*

- 1) Identifikasi pola makanan (kesukaan/ketidaksukaan)
- 2) Monitor mual dan muntah
- 3) Monitor hasil laboratorium (Hb, Albumin, hematokrit, kolestrol)
- 4) Monitor warna konjungtiva

#### 4. Hipovolemia ditandai dengan faktor risiko disfungsi intestinal

##### a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan intervensi keperawatan status cairan membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Kekuatan nadi meningkat
- 2) turgor kulit meningkat
- 3) haluan urine meningkat
- 4) Edema perifer membaik
- 5) Frekuensi nadi membaik
- 6) Tekanan darah membaik
- 7) Tekanan nadi membaik
- 8) Membran mukosa membaik
- 9) Kadar HB membaik
- 10) Kadar HT membaik

##### b. Intervensi Keperawatan

### Manajemen Cairan 1.03098

#### *Observasi*

- 1) monitor status hidrasi (frekuensi nadi, kekuatan nadi, kondisi akral, pengisial kapiler, kelembapan membran mukosa, turgor kulit, tekanan darah)
- 2) monitor hasil pemeriksaan laboratorium (hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, dan BUN)
- 3) Monitor status hemodinamik (MAP, CVP, PAP, PCWP)

*Terapeutik*

- 4) catat intake-output dan balance cairan 24 jam
- 5) berikan asupan cairan sesuai kebutuhan

*Kolaborasi*

- 6) kolaborasi pemberian diuretik jika perlu

Pemantauan Cairan 1.03121

*Observasi*

- 1) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
- 2) Monitor frekuensi napas
- 3) Monitor kadar albumin dan protein total
- 4) Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, volume urine menurun, hematokrit meningkat, kondisi pasien lemah)
- 5) Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat)
- 6) Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (obstruksi intrstinal: batu empedu)

*Terapeutik*

7) Dokumentasikan pemantauan

5. Risiko perdarahan ditandai dengan faktor risiko gangguan koagulasi (defisiensi vitamin K)

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan intervensi keperawatan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil :

- 1) membran mukosa lembab
- 2) kulit lembab
- 3) hemoptisis menurun
- 4) hematemesis menurun
- 5) hematuria menurun
- 6) Hb dalam batas normal 11,7 – 15,5 gr/dL
- 7) Hematokrit dalam batas normal 35-47%

b. Intervensi Keperawatan

Pencegahan Perdarahan 1.02067

*Observasi*

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- 2) Monitor nilai hematokrit dan hemoglobin
- 3) Monitor koagulasi (nilai *protombin time/PT*, *partial thromboplastine time/PTT*, fibrinogen dan platelet)

*terapeutik*

- 4) Pertahankan bed rest selama perdarahan

*edukasi*

5) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K

*Kolaborasi*

6) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan

7) kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu

Pemantauan Tanda-Tanda Vital 1.02060

*Observasi*

1) monitor tekanan darah

2) monitor nadi (frekuensi, kekuatan dan irama)

3) Monitor pernapasan (frekuensi dan kedalaman)

4) Monitor suhu tubuh

5) Monitor oksimetri nadi

6) Identifikasi penyebab perubahan tanda vital

6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

a. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan intervensi keperawatan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

1) pergerakan ekstremitas meningkat

2) kekuatan otot meningkat

3) ROM meningkat

4) Tingkat nyeri menurun

b. Intervensi Keperawatan

Manajemen nyeri 1.08238

*Observasi*

- 5) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- 6) Identifikasi skala nyeri
- 7) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 8) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

#### *Terapeutik*

- 3) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (guide imagery, teknik tarik nafas dalam)
- 4) Fasilitasi istirahat dan tidur

#### *Edukasi*

- 3) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 4) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

#### *Kolaborasi*

Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu

Dukung ambulasi 1.06171

#### *Observasi*

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

#### *Terapeutik*

- 5) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik jika perlu

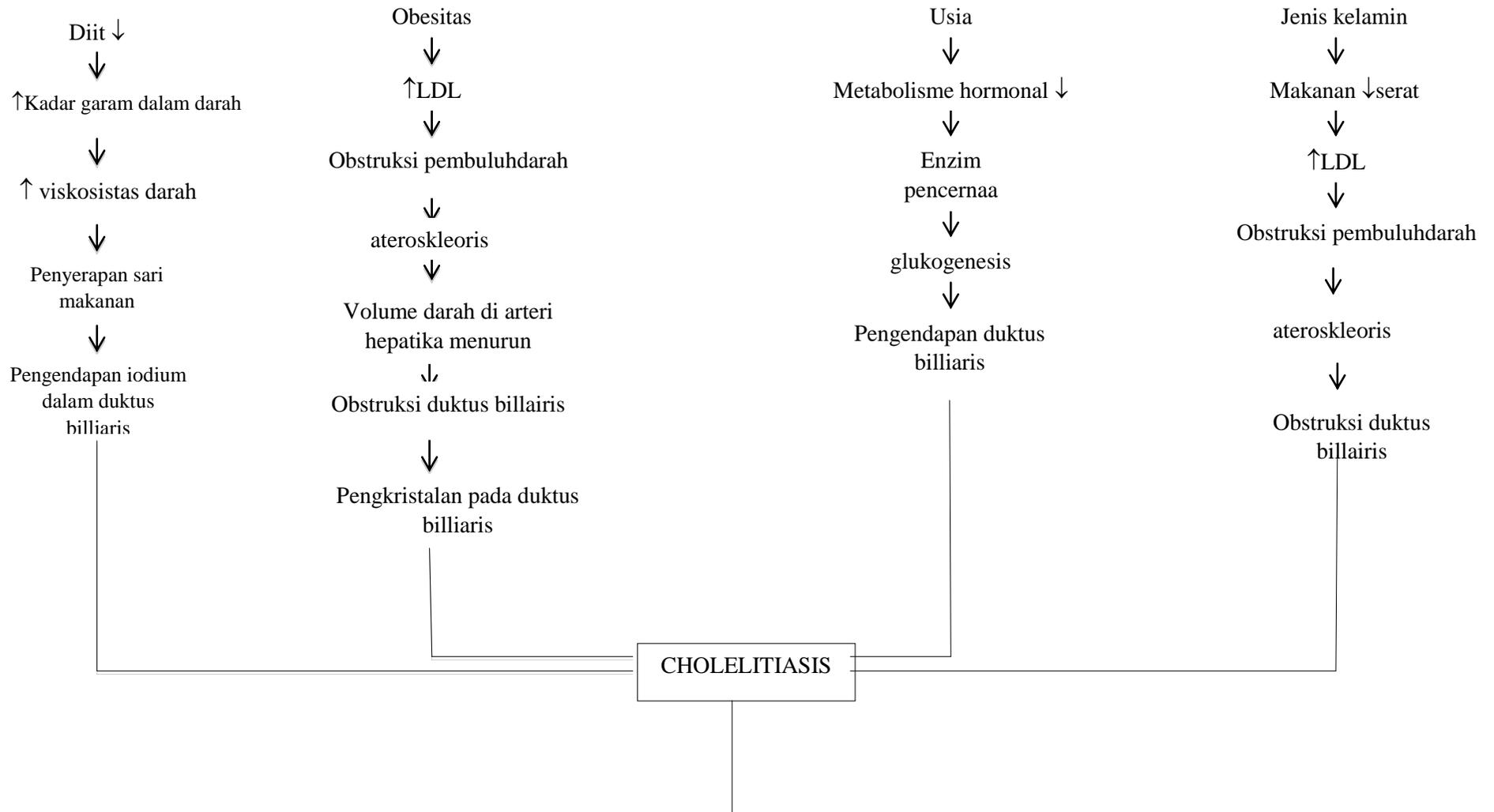
#### *Edukasi*

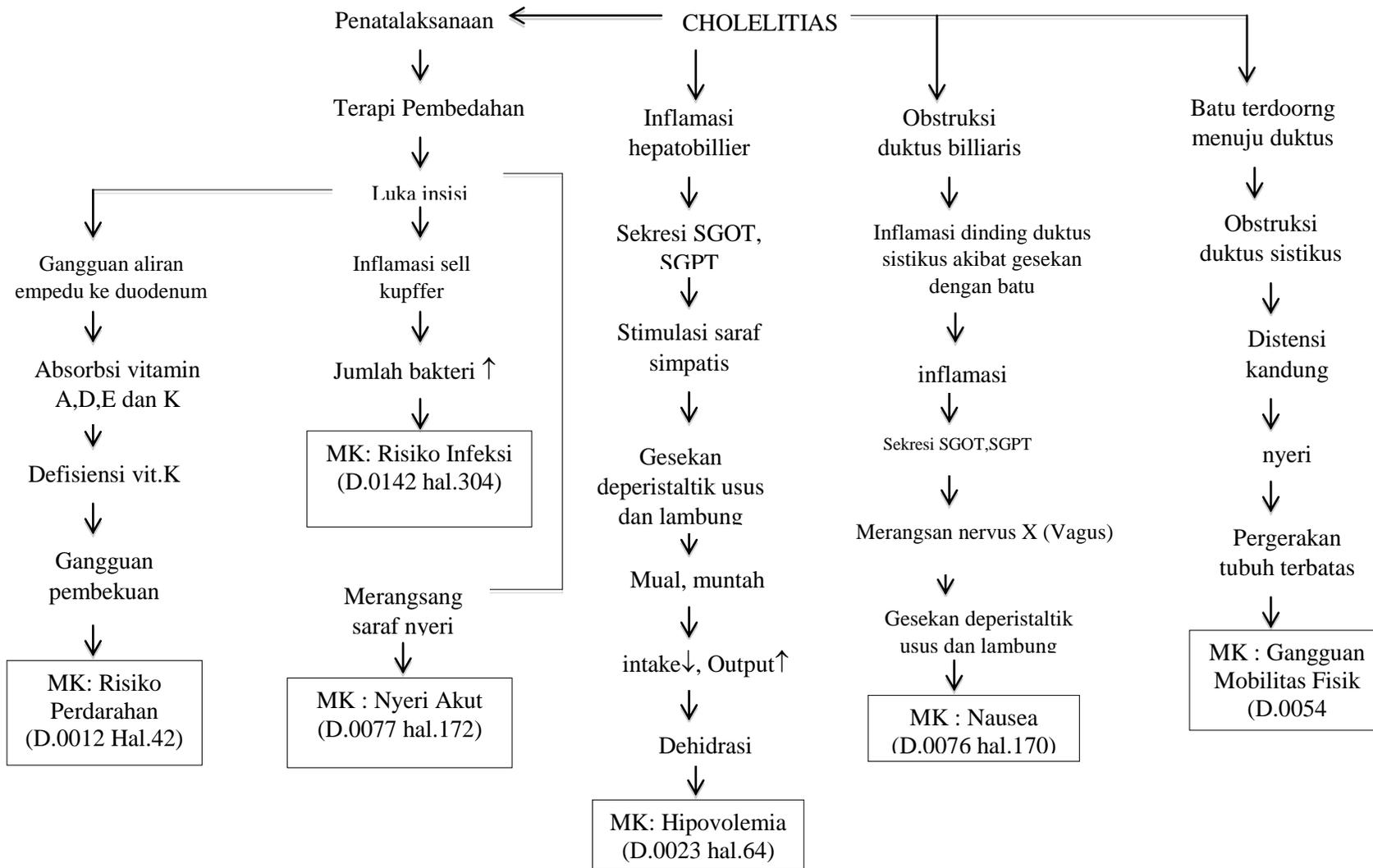
- 6) Anjurkan melakukan ambulasi dini

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan berdasarkan rencana asuhan keperawatan, dibuat berdasarkan tindakan mandiri perawat maupun tindakan kolaboratif

### Kerangka Asuhan Keperawatan





(Wijaya & Putri, 2017)

## BAB 3

### TINJAUAN KASUS

#### 3.1 Pengkajian.

##### 3.1.1 Data Dasar

Ny.S (80 tahun), beragama Islam. Berasal dari suku Jawa/Indonesia, seorang janda, dan mempunyai 5 orang anak. No.register 33-18-35-55. Ny.S dirawat dengan diagnosa medis Cholelithiasis. Ny.S datang ke IGD RS PHC Surabaya pada tanggal 14 November 2019 pukul 07.00 WIB. Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 November 2019 pukul 07.00 WIB di Ruang Mirah RS PHC Surabaya.

Keluhan utama masuk rumah sakit yang dirasakan Ny.S mengeluh nyeri pada perut kanan atas tembus sampai payudara, skala 6 (1-10), terasa pada perut hilang timbul dan terasa seperti ditusuk-tusuk. Ny.S juga mengatakan merasa mual dan muntah setiap makan. Ny.S mengatakan ia pernah dirawat di PHC Surabaya 2 tahun yang lalu karena penyakit lambung.

Pengkajian di Ruang Mirah RS PHC Surabaya didapatkan hasil tekanan darah 182/85 mmHg, nadi 75x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 38<sup>0</sup>C. Tingkat kesadaran composmentis, GCS E4V5M6. Hasil pemeriksaan EKG Ny.S menunjukkan normal sinus rhytm, dan didapatkan hasil USG Abdomen dengan kesimpulan Suspect Batu CBD ditandai dengan *softstone*. Hasil pemeriksaan laboratorium RS PHC Surabaya pada tanggal 14 November 2019 menunjukkan hasil HGB 12,5 g/dL, WBC 15,3 10<sup>3</sup>/μL, Eritrosit 5,32 10<sup>6</sup>/μL, Trombosit 232 10<sup>3</sup>/μL, Hematokrit 39,2%, SGOT 21 U/L, SGPT 19 U/L, BUN 14,58 mg/dL, Kreatinin 1,17 mg/dL, Natrium 14,1 mmol/L, Kalium 3,42 mmol/L dan

pemeriksaan laboratorium tanggal 15 November 2019 menunjukkan Bilirubin Direct 0,17 mg/dL, Bilirubin Indirect 0,27 mg/dL, Bilirubin Total 0,37 mg/dL.

Tanggal 14 November 2019 Ny.S dipindahkan ke Ruang Mirah RS PHC Surabaya setelah berkonsultasi dengan dokter spesialis penyakit dalam dengan hasil pengkajian didapatkan tekanan darah 170/72 mmHg, nadi 90x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 38<sup>0</sup>C, SpO<sub>2</sub> 98% dan GCS E4V5M6. Ny.S terpasang IVFD pada tangan sebelah kanan. Ny.S mengeluh nyeri pada perut bagian kanan atas menjalar hingga tembus payudara. Ny.S memiliki kebiasaan makan gorengan dan jeroan. Keluarga Ny.S mengatakan selalu mengingatkan Ny.S. Ny.S mengatakan memiliki riwayat penyakit Diabetes Mellitus dan rutin mengonsumsi Metformin 500mg, tidak memiliki riwayat Hipertensi, tidak memiliki riwayat asma, tidak memiliki riwayat penyakit jantung. Ny.S tidak memiliki alergi terhadap obat maupun makanan.

### **3.1.2 Pemeriksaan Fisik**

Pada pemeriksaan B1 (*Breath*) didapatkan hasil pemeriksaan bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu napas, pergerakan dada simetris, irama napas reguler, pola napas normal (eupnea), suara napas vesikuler, tidak ada sesak napas, tidak terdapat produksi sputum, tidak ada sianosis, kemampuan aktivitas pasien terbatas, pasien tidak menggunakan oksigen tambahan.

Pada pemeriksaan B2 (*Blood*) didapatkan hasil tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, bunyi jantung S1-S2 tunggal, CRT <2 detik, akral HKM (hangat, kering, merah), tidak terdapat perdarahan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, nadi 75x/menit, tekanan darah 182/85 mmHg, suhu 38<sup>0</sup>C (pemeriksaan Axilla)

Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain*) didapatkan hasil GCS pasien E4V5M6, bentuk kepala simetris, tidak terdapat nyeri kepala, tidak terdapat hemiparesis, dan tidak mengalami kelemahan pada anggota tubuh. Bentuk mata pasien tidak simetris (mata sebelah kanan lebih menonjol), pupil isokor, sklera/konjungtiva anikterik, reflek cahaya +/+. Telinga pasien tampak normal dan bersih, tidak terdapat gangguan dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar. Bentuk hidung pasien simetris, terdapat septum ditengah hidung, tidak terdapat polip dan tidak ada kelainan. Lidah pasien bersih, tidak ada kesulitan menelan dan berbicara.

Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder*) didapatkan hasil pemeriksaan eliminasi urin SMRS dan MRS tidak terdapat gangguan. Frekuensi 5-6 sehari dengan jumlah 500 ml, warna kecoklatan, bau khas amonia. Pasien tidak menggunakan alat bantu apapun, tidak terdapat kateter, pasien menggunakan diapers. Tidak terdapat distensi kandung kemih dan nyeri tekan.

Pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel*) didapatkan hasil mulut bersih, membran mukosa kering, tidak terdapat gigi palsu, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pantangan makan, nafsu makan pasien menurun, terdapat mual muntah, makan 3x sehari jenis nasi, sayur dan lauk, minum kurang lebih 1.500 cc per hari. Bentuk abdomen normal, tidak ada distensi abdomen, tidak ada acites, tidak terdapat kelainan abdomen, tidak ada hemoroid. Eliminasi alvi 1x sehari, warna kuning kecoklatan dengan bentuk padat lunak dan bau khas. Terdapat nyeri tekan pada abdomen, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri tekan pada abdomen kuadran kanan atas, skala nyeri dirasakan 6 (1-10) dengan kualitas nyeri hilang timbul.

Pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone*) warna kulit sawo matang, kuku bersih, turgor kulit turun, tidak terdapat fraktur / gangguan, tidak terdapat kelainan jaringan dan nyeri, kekuatan otot ekstremitas atas 5, ekstremitas bawah 5, ekstremitas mengeluh nyeri saat bergerak, tampak cemas saat melakukan pergerakan, pasien tampak lemah, aktivitas banyak dilakukan diatas tempat tidur. tidak ada paralisis, tidak ada hemiparase pada ekstremitas kanan maupun kiri, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, tidak memakai alat bantu traksi, tidak ada krepitasi dan tidak ada atrofi otot.

Tabel 3. 1 Hasil Laboratorium Pada Ny. S Dengan Diagnosis Medis Cholelithiasis Pada Tanggal 14 November 2019

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
<b>Hematologi</b>		
<b>Leukosit</b>	<b>15,3 <math>10^3/\mu\text{L}</math></b>	<b>4 - 11</b>
Eritrosit	5,32 $10^6/\mu\text{L}$	3,80 – 5,20
Hemoglobin	12,5 g/dL	11,7 – 15,5
Hematokrit	39,2 %	35,0 – 47,0
Trombosit	232 $10^3/\text{u/L}$	150 - 450
<b>Liver Fungsi Test</b>		
BUN	14,58 mg/dL	6 – 20
<b>Creat</b>	<b>1,17 mg/dL</b>	<b>0,51 – 0,95</b>
SGPT	21 U/L	<50
SGOT	19 u/L	<50
Bilirubin Direct	0,17 mg/dL	0,0-0,50
Bilirubin Total	0,37 mg/dL	0,20-1,20
<b>Elektrolit</b>		
Natrium	141,1 mmol/L	136,0 – 144,0
Kalium	3,42 mmol/L	3,60 – 5,00
<b>Radiologi</b>		
USG Abdomen	Suspect Batu CBD ditandai dengan <i>softstone</i>	

Tabel 3. 2 Terapi Medis Pada Ny. S Dengan Diagnosis Medis Cholelitis Pada Tanggal 17 November 2019

<b>Tanggal 17/11/29</b>	<b>Terapi Injeksi</b>	<b>Dosis</b>	<b>Indikasi</b>	<b>Kontraindikasi</b>	<b>Efek samping</b>
<b>Terapi injeksi</b>	Ketorolac	3x30mg/iv	Antiinflamasi Analgesik	Ibu hamil Penyakit ulkus	Nyeri dada, lemas, demam
	Omeprazole	2x40mg/iv	Pengobatan untuk tukak lambun	Hipersensitiv tas	Demam, mual, muntah
	Sansulin	16ui-0-0/sc	Menstabilkan kadar gula darah	Hipoglikemia	Kalium menurun, berkeringat, pucat
<b>Terapi Oral</b>	Amlodipin	0-0-10mg	Menstabilkan tekanan darah	Syok kardiogenik	Pusing, mual, lelah, jantung berdebar
	Glimepirid	4mg-0-0	Menstabilkan kadar glukosa darah DM tipe II	Diabetes ketoasidosis	Pusing, mual, muntah, ruam
	Acarbose	3x100mg	Menstabilkan kadar glukosa darah	Sirosis, diabetes ketoasidosis	Perut kembung, diare, nyeri lambung
<b>Terapi Cairan</b>	RL 1000cc/ 24jam	14 tpm	Menstabilkan tekanan darah	Syok kardiogenik	Pusing, mual, lelah, jantung berdebar

### 3.1.3 Pengkajian

#### 1. Nutrisi

Ny.S mendapat terapi diit khusus Rendah Garam DM, nafsu makan Ny. S menurun, makan habis  $\frac{1}{4}$  porsi, ada mual dan muntah, Ny. S tidak ada distensi abdomen, reflek menelan baik, tidak ada nyeri telan, tidak terpasang NGT. Hasil Laboratorium tanggal 14 November 2019 didapatkan hasil hemoglobin 12,5 g/dL, eritrosit  $5,32 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ , hematokrit 39,2 %, trombosit  $232 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ .

Masalah Keperawatan : Nausea

## 2. Proteksi

Tidak terdapat luka pada tubuh pasien. Pasien tampak menunjukkan sikap protektif terhadap nyerinya. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada perut kanan atas. Hasil USG Abdomen tanggal 14 November 2019 menunjukkan suspect batu CBD ditandai dengan *softstone*. Hasil lab leukosit  $15,3 \cdot 10^3 \mu\text{L}$ , suhu aksilla  $38^{\circ}\text{C}$

Masalah Keperawatan : Nyeri Akut

### 3.2 Analisa Data

Tabel 3. 3 Analisa Data pada Ny.S dengan Diagnosa Medis Cholelitis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya

No	Data/Faktor Risiko	Etiologi	Masalah
1.	DS : - DO : Faktor risiko 1. Suhu : 38 <sup>0</sup> C 2. Hasil laboratorium : leukosit 15,3 10 <sup>3</sup> /μL 3. Hasil USG Abdomen 14/11/19 : Suspect Batu CBD ditandai dengan <i>softstone</i>	Faktor risiko : penyakit kronis (Cholelitis)	Risiko Infeksi (D.0142 hal.304)
2.	DS : Pasien mengatakan nyeri pada perut P = - Q = ditusuk-tusuk R = perut kanan atas tembus sampai payudara S = 6 (1-10) T = hilang timbul  DO : 1. Pasien tampak memegangi perutnya dan meringis kesakitan 2. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : 3. TD : 182/85 mmHg 4. Nadi : 75 x/menit 5. RR : 20 x/menit 6. S : 38 <sup>0</sup> C (Axilla)	Agens Pecedera Fisiologis	Nyeri Akut (D.0077 hal.172)

No.	Data/Faktor Risiko	Etiologi	Masalah
3.	DS : 1. Pasien mengeluh mual 2. Pasien mengeluh muntah 3. Pasien mengatakan tidak ada keinginan untuk makan  DO : 1. Membran mukosa tampak kering. 2. Pasien tampak lemas	Obstruksi saluran empedu	Nausea (D.0076 hal.170)
4.	DS : 1. Pasien mengeluh nyeri saat bergerak  DO : 1. Pasien tampak cemas saat melakukan pergerakan 2. Pasien tampak lemah 3. Aktivitas banyak dilakukan diatas tempat tidur.	Nyeri	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054 hal.124)
5.	DS : - DO : Faktor Risiko : kebiasaan makan gorengan dan jeroan.	Pemilihan Gaya Hidup Tidak Sehat	Perilaku Kesehatan Cenderung Berisiko (D.0099 hal. 216)

### 3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3. 4 Prioritas Masalah Keperawatan pada Ny.S dengan Diagnosa Medis Cholelithiasis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Risiko infeksi D.0142	17/11/19	20/11/19	<i>Lila</i>
2.	Nyeri Akut D.0077	17/11/19	20/11/19	<i>Lila</i>
3.	Nausea D.0076	17/11/19	20/11/19	<i>Lila</i>
4.	Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	17/11/19	20/11/19	<i>Lila</i>
5.	Perilaku Kesehatan Cenderung Berisiko D.0099	17/11/19	20/11/19	<i>Lila</i>

### 3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5 Intervensi keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosis Medis Cholelitis Pada Tanggal 17 November 2019

No.	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Risiko infeksi ditandai faktor risiko penyakit kronis (Cholelitis)	<i>SLKI: Tingkat infeksi L.14137</i> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 24 jam maka tingkat infeksi menurun	1. Suhu tubuh membaik (36,5 <sup>0</sup> C-37,5 <sup>0</sup> C) 2. Tingkat nyeri menurun 3. Kadar leukosit membaik (4-11 10 <sup>3</sup> /μL) 4. Nafsu makan meningkat	<i>SIKI: Pencegahan Infeksi I.14539</i>  1) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik  2) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien  3) Pertahankan teknik aseptik pada pasien  <i>SIKI : Edukasi Pencegahan Infeksi (I.12406)</i>  4) Jelaskan kepada keluarga tentang tanda dan gejala infeksi (tanda	1) Peradangan pada kadung empedu dan saluran empedu menimbulkan nyeri dibawah tulang iga sebelah kanan 2) Cuci tangan digunakan agar tidak terjadi cross infection antara petugas kesehatan dan pasien 3) Mengurangi agen yang memperburuk kondisi pasien  4) Membantu meningkatkan pengetahuan serta

				<p>infeksi yang dipantau perubahan suhu tubuh, kulit pucat)</p> <p>5) Ajarkan kepada keluarga cara mencuci tangan dengan benar (6 langkah)</p> <p>6) Kolaborasi dengan dokter terkait penanganan infeksi pemberian antibiotik</p>	<p>pencegahan infeksi pada pasien</p> <p>5) Cuci tangan dengan benar dapat membantu resiko penularan</p> <p>6) Menghambat proses infeksi lebih lanjut</p>
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis (batu empedu)	<p><i>SLKI : Tingkat Nyeri L.08066</i></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun</p>	<p>7) Keluhan nyeri menurun</p> <p>8) Sikap meringisi menurun</p> <p>9) Sikap protektif menurun</p> <p>10) Frekuensi nadi membaik (60-100x/menit)</p> <p>11) Pola napas membaik (tidak ada takipnea)</p>	<p><i>SIKI: Manajemen nyeri 1.08238</i></p> <p>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>2) Identifikasi skala nyeri dan vital sign pasien</p> <p>3) Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p>	<p>1) Untuk menentukan titik lokasi nyeri sebagai diagnosa pembanding dengan gastritis</p> <p>2) Untuk mengetahui respon nyeri dan tindakan selanjutnya secara tepat</p> <p>3) Memudahkan perawat mengidentifikasi nyeri</p> <p>4) Membantu dalam menentukan tindakan keperawatan selanjutnya dan</p>

				<p>5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (guide imagery, teknik tarik nafas dalam)</p> <p>6) Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu</p>	<p>meminimalisir nyeri berulang</p> <p>5) Membantu pasien beradaptasi dan mengontrol nyeri secara mandiri</p> <p>6) Mengurangi nyeri secara adekuat</p>
3.	Nausea berhubungan dengan obstruksi saluran empedu	<p><i>SLKI : Tingkat Nausea L.08065</i></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 24 jam maka tingkat nausea menurun</p>	<p>1. nafsu makan meningkat</p> <p>2. keluhan mual menurun</p> <p>3. perasaan ingin muntah menurun</p> <p>4. tidak tampak pucat</p> <p>5. nadi dalam rentang normal (60-100x/menit)</p>	<p><i>SIKI: Manajemen mual 1.03117</i></p> <p>1) Identifikasi pengalaman mual</p> <p>2) Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan</p> <p>3) Identifikasi dampak mual</p> <p>4) Monitor kondisi mual</p> <p>5) Anjurkan makanan tinggi karbohidrat</p>	<p>1) mual timbul akibat adanya obstruksi pada kandung empedu</p> <p>2) untuk membantu perawat dalam memberikan penanganan yang tepat kepada pasien</p> <p>3) mual berpengaruh terhadap aktivitas pasien</p> <p>4) mual yang hebat akan menimbulkan rasa gelisah</p> <p>5) makanan tinggi karbohidrat diberikan</p>

				<p><i>SIKI: Manajemen muntah 1.03118</i></p> <p>6) Identifikasi karakteristik muntah</p> <p>7) Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit</p> <p>8) Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p>	<p>sebagai pengganti energi</p> <p>6) kaji meliputi frekuensi muntah, konsistensi dan warna</p> <p>7) mual dan muntah berlebih mengakibatkan output cairan meningkat yang mengganggu keseimbangan cairan</p> <p>8) antiemetik digunakan untuk mengatasi mual dan muntah</p>
4.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p><i>LKI : Mobilitas Fisik L.05047</i></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat</p>	<p>1. frekuensi nadi membaik (60-100x/menit)</p> <p>2. pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>3. keluhan nyeri menurun</p> <p>4. tidak ada kecemasan</p> <p>5. kelemahan fisik menurun</p>	<p><i>SIKI: Dukung Mobilisasi 1.05173</i></p> <p>1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya</p> <p>2) Identifikasi toleransi</p>	<p>1) Nyeri umumnya dirasakan pada perut kuadran kanan atas menjalar ke punggung dan bahu disertai mual muntah sehingga pasien cenderung terus merubah posisi untuk mengurangi intensitas nyeri</p> <p>2) Memahami kondisi</p>

				<p>fisik melakukan pergerakan</p> <p>3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum beraktifitas</p> <p>4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>5) Libatkan keluarga untuk membantu pergerakan pasien</p> <p>6) Anjurkan mobilisasi dini secara bertahap</p>	<p>pasien dan tidak memaksakan untuk terus beraktifitas</p> <p>3) Meningkatkan aktivitas fisik yang dilakukan memerlukan kebutuhan darah yang mengandung oksigen dengan besar. Kebutuhan ini dipenuhi oleh jantung dengan meningkatkan aliran darahnya</p> <p>4) Meminimalisir risiko jatuh pada pasien</p> <p>5) Membantu dalam pengawasan pasien</p> <p>6) Mobilisasi dilakukan sesuai tingkat toleransi pasien</p>
5.	Perilaku kesehatan cenderung berisiko berhubungan dengan pemilihan gaya hidup tidak sehat	<p><i>LKI : Perilaku Kesehatan L.12107</i></p> <p>Setelah dilakukan intervensi</p>	<p>1) penerimaan status kesehatan membaik</p> <p>2) kemampuan melakukan tindakan</p>	<p><i>SIKI: Edukasi Pemeliharaan Kesehatan 1.12435</i></p> <p>1) Identifikasi kesiapan dalam menerima informasi</p>	<p>1) kesiapan perlu dimiliki pasien maupun keluarga</p>

		keperawatan selama 4 x 24 jam maka perilaku kesehatan membaik	pencegahan masalah kesehatan membaik	<p>2) Jelaskan penanganan masalah kesehatan (jelaskan pengertian batu empedu, penyebab batu empedu, ciri khas keluhan pada batu empedu, makanan yang memicu terjadinya batu empedu)</p> <p>3) Anjurkan menggunakan fasilitas kesehatan</p>	<p>untuk siap memberikan pendapat, dan respon terhadap suatu masalah</p> <p>2) pada pasien Cholelitiasis, pengontrolan makanan perlu diperhatikan, terutama mengurangi makanan tinggi lemak</p> <p>3) pemanfaatan fasilitas kesehatan akan memudahkan pasien untuk mengetahui kondisi kesehatannya</p>
--	--	---	--------------------------------------	--	--

### 3.5 Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Pada Ny.S Dengan Diagnosis Cholelithiasis Pada Tanggal 17-20 November 2019

Tanggal	No. Dx	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
Minggu 17/11/19	1	Risiko Infeksi	07.00	Melakukan pengkajian dan anamnesa pada Ny.S	<i>Lila</i>	Diagnosa Keperawatan 1 S : - O : - Suhu 38 <sup>0</sup> C - hasil laboratorium - leukosit 15,3 10 <sup>3</sup> /μL - trombosit 232 10 <sup>3</sup> /μL A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1-6	<i>Lila</i>
			07.30	Memastikan kembali data pengkajian dengan data rekam medis pasien	<i>Lila</i>		
			07.40	Menentukan diagnosis dan membuat rencana asuhan keperawatan	<i>Lila</i>		
			07.50	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan ke pasien	<i>Lila</i>		
			08.00	Memberikan injeksi ketorolac 30mg/IV, Omeprazole 40mg/IV, Sansulin 16ui/sc, acarbose 100mg/oral, glimepirid 4mg/oral	<i>Lila</i>		
			09.00	Melakukan observasi TTV pada pasien TD : 182/85 mmHg	<i>Lila</i>		

				<p>N : 75 x/menit  S : 38<sup>0</sup>C.  RR : 20 x/menit  SpO2: 98%</p>			
			09.00	Memonitor tanda gejala infeksi (terjadi peningkatan nilai leukosit 15,3 10 <sup>3</sup> /μL, dan peningkatan suhu tubuh 38 <sup>0</sup> C)	<i>Lila</i>		
			09.10	Menjelaskan kepada keluarga tentang tanda dan gejala infeksi (apabila terjad perubahan suhu tubuh dan perubahan kulit menjadi pucat untuk segera melapor ke perawat)	<i>Lila</i>		
			09.10	Mengajarkan kepada keluarga cara mencuci tangan dengan benar 6 langkah (Pasien dan keluarga bisam engikuti paham bagaimana cara cuci tangan 6 langkah)	<i>Lila</i>		
	2	Nyeri Akut	09.30	<p>Mengidentifikasi nyeri pasien  P : batu empedu  Q : ditusuk-tusuk  R : perut kanan atas</p>	<i>Lila</i>	<p>Diagnosa Keperawatan 2  S : pasien mengeluh nyeri pada perut  P= batu empedu</p>	<i>Lila</i>

			<p>11.00 S : skala 6 (1-10) T : hilang timbul</p> <p>11.30 Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri (saat berpindah posisi)</p> <p>11.30 Mengajarkan teknik tarik nafas dalam (pasien mampu melakukan relaksasi tarik nafas dalam)</p>	<p><i>Lila</i></p> <p><i>Lila</i></p>	<p>Q= ditusuk-tusuk</p> <p>R= perut kanan atas</p> <p>S= skala 5 (1-10)</p> <p>T= hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tidak gelisah</li> <li>- pasien tampak memegangi perutnya</li> <li>- frekuensi nadi = 82x/menit</li> <li>- frekuensi napas = 21x/menit</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1-6.</p>	
	3	Nausea	<p>12.30 Mengidentifikasi dampak mual</p> <p>13.30 Memonitor kondisi mual (pasien mengatakan masih mual saat makan, porsi makan habis 5sdm)</p> <p>14.00 Timbang terima dengan dinas</p>	<p><i>Lila</i></p> <p><i>Lila</i></p> <p><i>Lila</i></p>	<p>Diagnosa Keperaawatan 3</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh mual</li> <li>- pasien mengatakan tidak ingin makan</li> </ul>	<i>Lila</i>

				sore		<ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan porsi makan habis 5sdm</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mukosa bibir tampak kering</li> <li>- frekuensi nadi 82x/menit</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1-8</p>	
<b>Senin 18/11/19</b>	1	Risiko Infeksi	07.00  08.00  09.00	<p>Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan ke pasien</p> <p>Memberikan injeksi ketorolac 30mg/IV, Omeprazole 40mg/IV, Sansulin 16ui/sc, acarbose 100mg/oral, glimepirid 4mg/oral</p> <p>Melakukan observasi TTV pada pasien</p> <p>TD : 170/63 mmHg</p> <p>N : 70 x/menit</p> <p>S : 37,8<sup>0</sup>C.</p>	<i>Lila</i>  <i>Lila</i>  <i>Lila</i>	<p>Diagnosa Keperawatan 1</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu 37,1<sup>0</sup>C</li> <li>- Tidak ada pucat</li> <li>- hasil laboratorium</li> <li>- leukosit 15,3 10<sup>3</sup>/μL</li> <li>- trombosit 232 10<sup>3</sup>/μL</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1-6</p>	<i>Lila</i>

			09.00	RR : 20 x/menit SpO2: 98% Memonitor tanda gejala infeksi (tidak ada pucat pada kulit, suhu 37,8 <sup>0</sup> C, leukosit 15,3 10 <sup>3</sup> /μL)	<i>Lila</i>		
			09.20	Menjelaskan kepada keluarga tentang tanda dan gejala infeksi (apabila terjadi perubahan suhu tubuh dan perubahan kulit menjadi pucat untuk segera melapor ke perawat)	<i>Lila</i>		
			10.00	Mengajarkan kepada keluarga cara mencuci tangan dengan benar 6 langkah (pasien dan keluarga mampu menerapkan cuci tangan 6 langkah)	<i>Lila</i>		
	2	Nyeri Akut	10.00	Mengidentifikasi nyeri pasien P : batu empedu Q : ditusuk-tusuk R : perut kanan atas S : skala 6 (1-10) T : hilang timbul	<i>Lila</i>	Diagnosa Keperawatan 2	<i>Lila</i>
			11.00	Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri (Saat	<i>Lila</i>	S : pasien mengeluh nyeri pada perut P= batu empedu Q= ditusuk-tusuk R= perut kanan atas S= skala 5 (1-10)	

			11.30	berpindah posisi) Mengajarkan teknik tarik nafas dalam	<i>Lila</i>	T= hilang timbul O : - pasien tidak gelisah - pasien tampak memegang perutnya - frekuensi nadi = 78x/menit - frekuensi napas = 21x/menit  A : masalah teratasi sebagian  P : lanjutkan intervensi 1-6.	
	3	Nausea	12.00	Mengidentifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan	<i>Lila</i>	Diagnosa Keperawatan 3	<i>Lila</i>
			12.00	Mengidentifikasi dampak mual	<i>Lila</i>	S :	
			12.30	Memonitor kondisi mual (kondisi mual belum hilang)	<i>Lila</i>	- pasien mengeluh mual - pasien mengatakan tidak ingin makan	
			12.30	Pemberian diet RGDM	<i>Lila</i>	- pasien mengatakan porsi makan habis	
			14.00	Timbang terima dengan dinas	<i>Lila</i>	7sdm	

				sore		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mukosa bibir tampak lembab</li> <li>- frekuensi nadi 78x/menit</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1-8</p>	
<b>Selasa 19/11/19</b>	1	Risiko Infeksi	<p>07.00 Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan ke pasien</p> <p>08.00 Memberikan Injeksi ketorolac 30mg/IV, Omeprazole 40mg/IV, Sansulin 16ui/sc, acarbose 100mg/oral, glimepirid 4mg/oral</p> <p>09.00 Melakukan observasi TTV pada pasien</p> <p>TD : 158/63 mmHg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>S : 36,8<sup>0</sup>C.</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>Memonitor tanda gejala infeksi</p>	<p><i>Lila</i></p> <p>Diagnosa Keperawatan 1</p> <p>S : -</p> <p><i>Lila</i></p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu 36,9<sup>0</sup>C</li> <li>- Tidak ada pucat</li> <li>- hasil laboratorium</li> <li>- leukosit 15,3 10<sup>3</sup>/μL</li> <li>- trombosit 232 10<sup>3</sup>/μL</li> </ul> <p><i>Lila</i></p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,5 dan 6</p>	<i>Lila</i>		

			09.00	sistemik (tidak ada pucat, suhu 36,8 <sup>0</sup> C, leukosit 15,3 10 <sup>3</sup> /μL)	<i>Lila</i>		
			09.20	Menjelaskan kepada keluarga tentang tanda dan gejala infeksi (apabila terjadi perubahan suhu tubuh dan perubahan kulit menjadi pucat untuk segera melapor ke perawat)	<i>Lila</i>		
			10.00	Mengajarkan kepada keluarga cara mencuci tangan dengan benar 6 langkah (pasien dan keluarga mampu menerapkan cuci tangan secara mandiri)	<i>Lila</i>		

	2	Nyeri Akut	10.00	Mengidentifikasi nyeri pasien P : batu empedu Q : ditusuk-tusuk R : perut kanan atas S : skala 5 (1-10) T : hilang timbul	<i>Lila</i>	Diagnosa Keperawatan 2 S : pasien mengeluh nyeri pada perut P= batu empedu Q= ditusuk-tusuk R= perut kanan atas S= skala 4 (1-10) T= hilang timbul	<i>Lila</i>
			11.00	Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri (Saat berpindah posisi, saat melakukan pergerakan)	<i>Lila</i>	O :	
			11.30	Mengajarkan teknik distraksi (mengalihkan nyeri dengan berbincang-bincang)	<i>Lila</i>	- pasien tidak gelisah - pasien tampak memegang perutnya - frekuensi nadi = 78x/menit - frekuensi napas = 20x/menit  A : masalah teratasi sebagian  P : lanjutkan intervensi 1-6.	
	3	Nausea	12.00	Mengidentifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan	<i>Lila</i>	Diagnosa Keperawatan	<i>Lila</i>



			17.00	4mg/oral, acarbose 100mg/oral Melakukan observasi TTV pada pasien TD : 170/63 mmHg N : 70 x/menit S : 36,9 <sup>0</sup> C. RR : 20 x/menit SpO2: 98%	<i>Lila</i>	10,0110 <sup>3</sup> /μL A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,5 dan 6	
			17.10	Memonitor tanda gejala infeksi sistemik (tidak ada pucat, suhu 36,9 <sup>0</sup> C, leukosit 15,3 10 <sup>3</sup> /μL)	<i>Lila</i>		
			17.15	Menjelaskan kepada keluarga tentang tanda dan gejala infeksi (perubahan suhu tubuh, kulit pucat)	<i>Lila</i>		
			17.20	Mengajarkan kepada keluarga cara mencuci tangan dengan benar 6 langkah (pasien memahami dan mampu melakukan cuci tangan secara mandiri)	<i>Lila</i>		
	2	Nyeri Akut	18.30	Mengidentifikasi nyeri pasien P : batu empedu	<i>Lila</i>	Diagnosa Keperawatan 2 S : pasien mengeluh	<i>Lila</i>

			<p>Q : ditusuk-tusuk</p> <p>R : perut kanan atas</p> <p>S : skala 6 (1-10)</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>18.30 Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri (Saat berpindah posisi, saat melakukan pergerakan)</p> <p>19.00 Mengajarkan teknik tarik nafas dalam</p>	<p><i>Lila</i></p> <p><i>Lila</i></p>	<p>nyeri pada perut</p> <p>P= batu empedu</p> <p>Q= ditusuk-tusuk</p> <p>R= perut kanan atas</p> <p>S= skala 4 (1-10)</p> <p>T= hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tidak gelisah</li> <li>- sikap protektif menurun</li> <li>- frekuensi nadi = 75x/menit</li> <li>- frekuensi napas = 20x/menit</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1-6.</p>	
	3	Nausea	<p>19.30 Mengidentifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan</p> <p>20.00 Mengidentifikasi status nutrisi pasien (habis 1 porsi)</p>	<p><i>Lila</i></p> <p><i>Lila</i></p>	<p>Diagnosa Keperaawatan 3</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien menatakan tidak ada mual,</li> </ul>	<i>Lila</i>

			20.00	Mengidentifikasi dampak mual	<i>Lila</i>	muntah	
			20.00	Memonitor kondisi mual (tidak ada mual, muntah)	<i>Lila</i>	- pasien mengatakan porsi makan habis 1 porsi	
			20.00	Kolaborasi pemberian diit RGDM	<i>Lila</i>	O :	
			21.00	Timbang terima dengan dinas malam	<i>Lila</i>	- mukosa bibir tampak lembab - frekuensi nadi 75x/menit	
						A : masalah teratasi sebagian	
						P : lanjutkan intervensi 3,4,5 dan 7	

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis Cholelithiasis di Ruang Mirah RSP HC Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 17 November 2019 sampai dengan 22 November 2019. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. S dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga melalui pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis lainnya. Pembahasan akan dimulai dari:

##### **4.1.1 Identitas**

Data yang didapatkan, pasien bernama Ny.S berjenis kelamin perempuan, berusia 80 tahun dan pendidikan terakhir SMA. Menurut studi yang dilakukan oleh (Cahyono, 2014) mengatakan bahwa Cholelithiasis merupakan penyakit batu empedu yang banyak ditemukan pada perempuan dibandingkan laki-laki pada usia >40 tahun. Terdapat beberapa faktor risiko yang mendukung bahwa Cholelithiasis terjadi umumnya terhadap perempuan akibat faktor hormonal. Hormon esterogen yang berpengaruh terhadap ekskresi kolestrol dan progesteron yang mengurangi kontraksi kandung empedu.

#### 4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan

Keluhan utama masuk rumah sakit yang dirasakan Ny.S mengeluh nyeri pada perut kanan atas tembus sampai payudara, skala 6 (1-10), terasa pada perut hilang timbul dan terasa seperti ditusuk-tusuk. Ny.S juga mengatakan merasa mual dan muntah setiap makan. Ny.S mengatakan ia pernah dirawat di PHC Surabaya 2 tahun yang lalu karena penyakit lambung. Tanggal 14 November 2019 Ny.S dipindahkan ke Ruang Mirah RS PHC Surabaya setelah berkonsultasi dengan dokter spesialis penyakit dalam dengan hasil pengkajian didapatkan tekanan darah 170/72 mmHg, nadi 90x/menit, respirasi 22x/menit, suhu 38<sup>0</sup>C, SpO2 98% dan GCS E4V5M6. Ny.S terpasang IVFD pada tangan sebelah kanan. Ny.S mengeluh nyeri pada perut bagian kanan atas menjalar hingga tembus payudara. Ny.S memiliki kebiasaan makan gorengan dan jeroan. Keluarga Ny.S mengatakan selalu mengingatkan Ny.S. Ny.S mengatakan memiliki riwayat penyakit Diabetes Mellitus dan rutin mengkonsumsi Metformin 500mg, Hipertensi disangkal, asma disangkal, penyakit jantung disangkal. Ny.S tidak memiliki alergi terhadap obat maupun makanan. Saat dilakukan pengkajian Ny.S. Menurut studi yang dilakukan (Nian, 2015) mengatakan bahwa keluhan yang umum dirasakan pasien Cholelithiasis adanya nyeri pada abdomen kanan atas yang menjalar ke punggung dan bahu disertai mual muntah. Lokasi nyeri pada abdomen kanan atas menunjukkan lokasi kandung empedu yang berada pada *right lumbar region*. Penulis berasumsi bahwa nyeri yang timbul menandakan respon jika terjadi proses peradangan di organ dalam tubuh. Tanda-tanda infeksi salah satunya adalah nyeri.

### 4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa digunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan persistem seperti yang diuraikan sebagai berikut:

#### 1. B1: *Breathing* (Sistem Pernapasan)

Saat dilakukan pengkajian pertama kali pada Ny.S didapatkan hasil pemeriksaan bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu napas, pergerakan dada simetris, irama napas reguler, pola napas normal (eupnea), suara napas vesikuler, tidak ada sesak napas, tidak terdapat produksi sputum, tidak ada sianosis, kemampuan aktivitas pasien terbatas, pasien tidak menggunakan oksigen tambahan, RR 20x/menit, tidak ada ronchi, tidak ada wheezing, bunyi perkusi sonor.

Teori menyebutkan bahwa tanda dan gejala pada Cholelitisias adalah nyeri perut kanan atas, seluruh tubuh atau kedua mata berwarna kuning (*jaundice*), demam (Pangkalan Ide, 2015). Berdasarkan teori ini tidak disebutkan jika keluhan Cholelitisias adanya keluhan pada sistem pernapasan.

Penulis berasumsi bahwa tidak terdapat gangguan pada sistem pernapasan karena Cholelitisias menyerang organ empedu dan umumnya menimbulkan keluhan nyeri, tetapi nyeri yang dirasakan pasien tidak sampai menimbulkan keluhan sesak karena pasien mampu toleransi terhadap nyerinya.

#### 2. B2: *Blood* (Sistem Kardiovaskuler)

Hasil pengkajian awal pada Ny. S, didapatkan hasil tidak terdapat nyeri dada, irama jantung reguler, bunyi jantung S1-S2 tunggal, CRT <2 detik, akral

HKM (hangat, kering, merah), tidak terdapat perdarahan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, nadi 75x/menit, tekanan darah 182/85 mmHg, suhu 38<sup>0</sup>C (pemeriksaan Axilla). Menurut teori, nyeri menimbulkan respon autonomik seperti diaphoresis, peningkatan nadi, peningkatan pernafasan dan perubahan tekanan darah (Ningsih, 2016).

Menurut asumsi penulis bahwa peningkatan tekanan darah yang terjadi pada pasien Cholelithiasis disebabkan karena nyeri memicu aktivitas saraf simpati yang melepaskan katekolamin. Katekolamin menghasilkan hormon epinefrin yang meningkatkan frekuensi dan kontraktilitas jantung sehingga terjadi peningkatan tekanan darah.

### 3. B3: *Brain* (Sistem Persyarafan)

Hasil pengkajian pada Ny.S didapatkan hasil GCS pasien E4V5M6, bentuk kepala simetris, tidak terdapat nyeri kepala, tidak terdapat hemiparesis, dan tidak mengalami kelemahan pada anggota tubuh. Bentuk mata pasien tidak simetris (mata sebelah kanan lebih menonjol), pupil isokor, sklera/konjungtiva anikterik, reflek cahaya +/+. Telinga pasien tampak normal dan bersih, tidak terdapat gangguan dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar. Bentuk hidung pasien simetris, terdapat septum ditengah hidung, tidak terdapat polip dan tidak ada kelainan. Lidah pasien bersih, tidak ada kesulitan menelan dan berbicara.

Cholelithiasis adalah penyakit peradangan pada kandung empedu yang dapat dicegah dan ditanggulangi sehingga berpengaruh terhadap derajat berat penyakitnya (Masna, et.al, 2011) dalam (Tengge, 2019). Penulis berasumsi tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena pasien tidak mengalami kelainan di sistem persyarafan.

#### 4. B4: *Bladder* (Sistem Perkemihan)

Hasil pengkajian pada Ny.S didapatkan hasil pemeriksaan eliminasi urin SMRS dan MRS tidak terdapat gangguan. Frekuensi 3-4x/sehari dengan jumlah 500 ml, warna kecoklatan, bau khas amonia. Pasien tidak menggunakan alat bantu apapun, tidak terdapat kateter, pasien menggunakan diapers. Tidak terdapat distensi kandung kemih dan nyeri tekan.

Teori menyebutkan bahwa pasien penderita batu empedu warna urine berwarna gelap atau coklat (Kumala, 2013). Warna urine pada pasien Cholelitisias yang berwarna gelap disebabkan karena kelebihan bilirubin dan berkurangnya kadar urobilinogen. Sedangkan tubuh memerlukan urobilin untuk memberi warna kuning alami pada urine. Oleh karena itu, semakin gelap warna urine makan semakin tinggi kandungan urobilin pada urine. Produk limbah berlebih yang beredar didalam tubuh juga menyebabkan urine berwarna gelap bahkan berwarna

Penulis berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, karena pasien menunjukkan salah satu tanda dan gejala pasien Cholelitisias yaitu urine berwarna gelap. Hal ini karena berkurangnya kadar jumlah bilirubin yang tidak mampu mencapai usus akibat obstruksi dan tidak dapat di sekresikan ulang yang menyebabkan urine berwarna gelap.

#### 5. B5: *Bowel* (Sistem Pencernaan)

Hasil pengkajian pada Ny.S didapatkan hasil mulut bersih, membran mukosa kering, tidak terdapat gigi palsu, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pantangan makan, nafsu makan pasien menurun, terdapat mual muntah, makan 3x sehari jenis nasi, sayur dan lauk, minum kurang lebih 1.500 cc per hari. Bentuk abdomen normal, tidak ada distensi abdomen, tidak ada acites,

tidak terdapat kelainan abdomen, tidak ada hemoroid. Eliminasi alvi 1x sehari, warna kuning kecoklatan dengan bentuk padat lunak dan bau khas. Terdapat nyeri tekan pada abdomen, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri tekan pada abdomen kuadran kanan atas, skala nyeri dirasakan 6 (1-10) dengan kualitas nyeri hilang timbul.

Teori menyebutkan bahwa nyeri yang dirasakan pada perut yang menjalar ke punggung hingga bahu akan disertai dengan keluhan mual (Nian, 2015). Penulis berasumsi bahwa pasien Cholelithiasis yang mengalami nyeri perut pada kuadran kanan atas karena kontraksi kandung empedu tidak dapat mengalirkan cairan empedu akibat obstruksi sehingga mengalami peningkatan kontraktilitas peristaltik yang menyebabkan mual muntah.

#### 6. B6: *Bone* (Sistem Muskuloskeletal)

Hasil pengkajian pada Ny.S didapatkan hasil warna kulit sawo matang, kuku bersih, turgor kulit turun, tidak terdapat fraktur / gangguan, tidak terdapat kelainan jaringan dan nyeri, kekuatan otot ekstremitas atas 5, esktremitas bawah 5, mengeluh nyeri saat bergerak, tampak cemas saat melakukan pergerakan, pasien tampak lemah, aktivitas banyak dilakukan diatas tempat tidur, tidak ada paralisis, tidak ada hemiparase pada ekstremitas kanan maupun kiri, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, tidak memakai alat bantu traksi, tidak ada krepitasi dan tidak ada atrofi otot. Cholelithiasis adalah penyakit batu empedu yang ditemukan didalam kandung empedu atau didalam saluran empedu, atau kedua-duanya. Hal ini terjadi karena konsentrasi kolestrol melebihi nilai normal solubilisasi empedu, kolestrol tidak mampu terdistresi sehingga menyebabkan timbunan kristal yang padat (Albab, 2013). Penulis berasumsi tidak ada

kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena pasien tidak mengalami kelainan di sistem muskuloskeletal.

#### 4.1.4 Pemeriksaan Penunjang

pemeriksaan penunjang pada Ny.S didapatkan hasil sebagai berikut

tabel 4.1 pemeriksaan penunjang pada Ny.S dengan Diagnosa Medis Cholelithiasis diruang Mirah RS PHC Surabaya

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
<b>Hematologi</b>		
Leukosit	15,3 $10^3/\mu\text{L}$	4 - 11
Eritrosit	5,32 $10^6/\mu\text{L}$	3,80 - 5,20
Hemoglobin	12,5 g/dL	11,7 - 15,5
Hematokrit	39,2 %	35,0 - 47,0
Trombosit	232 $10^3/\text{u/L}$	150 - 450
<b>Liver Fungsi Test</b>		
BUN	14,58 mg/dL	6 - 20
Creat	1,17 mg/dL	0,51 - 0,95
SGPT	21 U/L	<50
SGOT	19 u/L	<50
Bilirubin Direct	0,17 mg/dL	0,0-0,50
Bilirubin Total	0,37 mg/dL	0,20-1,20
<b>Elektrolit</b>		
Natrium	141,1 mmol/L	136,0 - 144,0
Kalium	3,42 mmol/L	3,60 - 5,00
<b>Radiologi</b>		
USG Abdomen	Suspect Batu CBD ditandai dengan <i>softstone</i>	

Menurut (Chris Tanto, et al, 2014) dalam (Ratmiani, 2019) pemeriksaan penunjang pada pasien Cholelitiasis antara lain :

### 3. USG Kandung Kemih

USG kandung kemih dapat mendiagnosis Cholelitiasis secara akurat dengan sensitivitas 90% dan spesifisitas 80%. Sebelum dilakukan pemeriksaan USG kandung kemih, pasien dianjurkan untuk puasa 8 jam. Hasil gambaran utama akan menunjukkan posterior acoustic shadow dari opasitas pada lumen kandung empedu yang berubah sesuai dengan posisi pasien. USG kandung kemih juga dapat mendeteksi komplikasi Cholelitiasis.

### 4. Foto Polos Abdomen

Foto polos tidak disarankan karena >75% Cholelitiasis bersifat radiolusen.

Pada Ny.S terdapat hasil yang abnormal pada pemeriksaan laboratorium yaitu terjadi peningkatan nilai leukosit, peningkatan nilai eritrosit. Teori menyebutkan bahwa leukosit terdiri dari enam jenis dan berperan dalam sistem imun. Sel neutrofil, monosit, eosinofil dan basofil termasuk dalam sistem imun nonspesifik sedangkan sel limfosit termasuk dalam sistem imun spesifik (Bakhri, 2018). Penulis berasumsi bahwa peningkatan leukosit yang terjadi pada Ny.S disebabkan karena proses infeksi yang terjadi pada kandung empedu. Leukosit diproduksi oleh sumsum tulang belakang dan diedarkan keseluruh tubuh melalui peredaran darah. Leukosit berfungsi sebagai sistem pertahanan tubuh untuk melawan mikroorganisme penyebab infeksi, dan zat asing berbahaya lainnya,

#### 4.1.5 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan Cholelithiasis menurut (Gallo, 2012) antara lain pengobatan: anti inflamasi, antiemetik, dan antibiotik. Pada kasus Ny.S pengobatan yang didapatkan adalah:

1. Infus RL 1000cc/24 jam. Cairan RL diberikan kepada Ny.S untuk memenuhi kebutuhan cairan rumatan/harian tubuh pasien sebagai jalur pemberian terapi obat injeksi.
2. Antriinflamasi : injeksi ketorolac 3x30mg
3. Antiemetik : omeprazole 2x40mg
4. Antihipertensi : 0-0-10mg
5. Obat golongan insulin: sansulin 16ui, glimepirid 4m, acarbose 3x100mg

#### 4.2 Diagnosa Keperawatan

pada tahap ini penulis merumuskan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan data-data pasien yang diperoleh saat pengkajian. Diagnosa keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka dan tinjauan kasus menghasilkan beberapa perbedaan. Diagnosa keperawatan pada pasien Cholelithiasis yang terdapat pada tinjauan pustaka menurut (SDKI, 2017)

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera biologis (respon inflamasi billier) D.0077 hal.172
2. Nausea berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien D.0076 hal. 170
3. Risiko infeksi ditandai dengan faktor risiko penyakit kronis (Cholelithiasis) D.0142 hal.304

4. Hipovolemia ditandai dengan faktor risiko disfungsi intestinal D.0023 hal.64
5. Risiko perdarahan ditandai dengan faktor risiko gangguan koagulasi (defisiensi vitamin K) D.0012 hal.42

Dari enam diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka hanya didapatkan empat diagnosa keperawatan yang ditemukan pada tinjauan kasus. Penulis menuliskan tiga diagnosa keperawatan prioritas:

1. Risiko infeksi ditandai faktor risiko penyakit kronis (Cholelithiasis), pasien mengeluh nyeri abdomen, demam tinggi  $38^{\circ}\text{C}$ , hasil laboratorium menunjukkan leukosit  $15,3 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ , trombosit  $232 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ .

Diagnosa ini didukung oleh data dalam (SDKI, 2017) yaitu pasien mengeluh nyeri, perubahan suhu tubuh yang ditunjukkan peningkatan suhu tubuh  $38^{\circ}\text{C}$ . Teori lain dalam (Wijayanti, 2017) menunjukkan peningkatan leukosit  $<10.000/\mu\text{L}$  menandakan adanya proses infeksi. Demam adalah kondisi peningkatan suhu tubuh  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  yang terjadi akibat respon tubuh terhadap penyakit. Suhu tubuh meningkat adalah salah satu cara sistem kekebalan tubuh memerangi infeksi. Suhu tubuh normal adalah  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,2^{\circ}\text{C}$ .

Penulis mengambil diagnosa ini karena data pengkajian yang didapat pada Ny.S sesuai dengan teori meskipun proses infeksi sudah terjadi pada kandung empedu tetapi Ny.S telah mendapatkan perawatan selama di Rumah Sakit untuk mencegah komplikasi infeksi yang semakin buruk. Data menunjukkan Ny.S demam dan mengalami leukositosis. Demam adalah indikasi klinis akibat adanya proses infeksi didalam tubuh akibat stimulasi sel-sel darah putih oleh pirogen. Pirogen akan merangsang endotelium hipotalamus untuk membantu

prostaglandin. Prostaglandin yang terbentuk akan meningkatkan termostat dipusat termogulasi hipotalamus. Thermostat adalah suhu tertentu yang digunakan hipotalamus sebagai acuan produksi panas tubuh. Selain demam yang timbul akibat proses infeksi, Inflamasi pada hepatobillier menimbulkan inflamasi pada sel kuppfer yang mengakibatkan peningkatan jumlah bakteri dan menginfeksi darah empedu sehingga menimbulkan masalah risiko infeksi.

Penulis berasumsi untuk memprioritaskan diagnosa risiko infeksi dibandingkan dengan diagnosa aktual lainnya, karena meskipun sudah terjadi proses infeksi pada batu empedu diharapkan tidak terjadi perluasan infeksi ke organ-organ lainnya dan mencegah terjadinya sepsis untuk itu diagnosa potensial risiko infeksi diprioritaskan.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis yang ditandai adanya keluhan nyeri pada perut skala 6 dari skor 1-10, nyeri dirasakan ditusuk-tusuk, dan nyeri terjadi hilang timbul. Pasien tampak memegangi perutnya dan meringis kesakitan. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 182/85 mmHg, nadi 75 x/menit, RR 20 x/menit, suhu tubuh (aksilla) 38<sup>0</sup>C.

Hal ini dibuktikan dalam teori bahwa diagnosa ini memiliki batasan karakteristik, adanya bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), tekanan darah meningkat, mengeluh nyeri, nafsu makan berubah, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, pola napas berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis (SDKI, 2017). Berdasarkan teori (Sueta & Warsingih, 2017) keluhan Cholelithiasis ditunjukkan dengan nyeri pada abdomen kuadran kanan atas yang berlangsung selama 15menit atau 30-60 menit setelah makan dan menghilang setelah beberapa jam.

Penulis berasumsi munculnya diagnosa keperawatan nyeri akut karena data-data menunjang yang sesuai dengan batasan karakteristik dalam (SDKI, 2017) antara lain adanya bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), tekanan darah meningkat, mengeluh nyeri, nafsu makan berubah, tampak meringis. Gejala utama Cholelitis adalah adanya nyeri pada abdomen kuadran kanan atas terutama saat makan dalam porsi banyak atau mengkonsumsi makanan tinggi lemak. Nyeri yang dirasakan penderita Cholelitis menyerupai keluhan pada Gastritis. Nyeri pada penderita Cholelitis disebut sebagai kolik billier, yaitu nyeri perut yang timbul akibat obstruksi pada saluran empedu atau kandung empedu sehingga otot disekitar organ tersebut berkontraksi maksimal untuk mengeluarkan batu empedu yang ada.

3. Nausea berhubungan dengan obstruksi saluran empedu ditandai dengan pasien mengeluh mual, muntah, tidak ada keinginan untuk makan, membran mukosa kering.

Hal ini dibuktikan dalam teori bahwa diagnosa ini memiliki batasan karakteristik, adanya mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan, merasa asam dimulut, sensasi panas/dingin, sering menelan, saliva meningkat, pucat, diaforesis, takikardia dan pupil dilatasi (SDKI, 2017).

Penulis berasumsi munculnya diagnosa keperawatan nausea karena data-data menunjang yang sesuai dengan batasan karakteristik (SDKI, 2017) antara lain mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan. Mual pada penderita Cholelitis timbul akibat obstruksi pada duktus billairis sehingga terjadi proses inflamasi pada dinding duktus karena bergesekan dengan batu empedu. Proses inflamasi tersebut mensekresikan SGOT dan SGPT sehingga

merangsang nervus X (Vagus) yang mengakibatkan deperistaltik usus dan lambung sehingga timbul keluhan mual.

### 4.3 Perencanaan

Tinjauan pustaka menurut (SDKI, 2017) dan perencanaan asuhan keperawatan pada Ny.S menggunakan kriteria hasil agar tujuan tercapai. Intervensi yang diberikan adalah memandirikan pasien dan keluarga dalam melaksanakan asuhan keperawatan melalui meningkatkan pengetahuan (kognitif), keterampilan menangani masalah dan pengambilan keputusan (psikomotor), perubahan tingkah laku (afektif)

#### 1. Risiko infeksi ditandai faktor risiko penyakit kronis (Cholelithiasis)

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 24 jam maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil suhu tubuh membaik ( $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ ), Tingkat nyeri menurun, Kadar leukosit membaik ( $4-11 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ), nafsu makan meningkat.

Faktor risiko terbentuknya batu didalam saluran empedu jika empedu mengalami aliran balik karena ada penyempitan pada saluran empedu akibat batu, sehingga mengakibatkan infeksi (kolangitis). Apabila saluran tersumbat maka bakteri akan tumbuh dan terjadi infeksi didalam saluran (Nurhikmah et al., 2019).

Penulis memberikan intervensi sebagai berikut monitor tanda dan gejala infeksi sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien, jelaskan kepada keluarga tentang tanda dan gejala infeksi (tanda infeksi yang dipantau perubahan suhu tubuh, kulit pucat), ajarkan kepada keluarga cara mencuci tangan dengan

benar (6 langkah) dan kolaborasi dengan dokter terkait penanganan infeksi pemberian antibiotik.

Intervensi cuci tangan penting dilakukan untuk memutus rantai penyebaran virus, bakteri maupun kuman. Pasien cholelitisias termasuk golongan rentan, karena didalam organ tubuh tepatnya di batu empedu telah terjadi proses infeksi yang disebabkan karena pembentukan batu kristal pada saluran empedu, kandung empedu maupun keduanya. Sehingga dalam pemberian asuhan keperawatan maupun tindakan keperawatan penting dilakukan tindakan cuci tangan, untuk mencegah terjadinya infeksi silang dari pasien ke perawat maupun keluarga dan sebaiknya dari perawat maupun keluarga ke pasien. Hingga saat ini cuci tangan dijadikan intervensi utama setiap memulai tindakan dan mengakhiri tindakan.

## 2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis (Batu empedu)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, sikap meringisi menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik (60-100x/menit) dan pola napas membaik (tidak ada takipnea).

Menurut (Febyan, Dhilion, Ndraha, & Tendean, 2018) pasien Cholelitisias sering menunjukkan gejala yang asymptomatis ditunjukkan dengan presentase keluhan nyeri non-spesifik 3% dan nyeri perut sebelah kanan sebesar 19%, sehingga pengkajian mendalam yang dilakukan perawat penting untuk menunjang dalam penegakkan diagnosa pada pasien.

Penulis memberikan intervensi sebagai berikut identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala

nyeri dan vital sign pasien, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (guide imagery, teknik tarik nafas dalam) dan kolaborasi pemberian analgesik jika perlu. Penilaian nyeri secara mendalam digunakan untuk mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan pasien.

3. Nausea berhubungan dengan obstruksi saluran empedu

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 24 jam maka tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil nafsu makan meningkat, keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun, tidak tampak pucat, nadi dalam rentang normal (60-100x/menit).

Penulis memberikan intervensi sebagai berikut identifikasi pengalaman mual, identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan, identifikasi dampak mual, monitor kondisi mual, anjurkan makanan tinggi karbohidrat, identifikasi karakteristik muntah, monitor keseimbangan cairan dan elektrolit dan kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu.

#### **4.4 Implementasi**

implementasi merupakan tahap proses keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan secara langsung dan tidak langsung kepada pasien. Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan secara terintegrasi. Hal ini karena sesuai dengan keadaan Ny.S sebenarnya

1. Risiko infeksi ditandai faktor risiko penyakit kronis (Cholelitis)is)

Pada kasus Ny.S tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik

aseptik pada pasien, menjelaskan kepada keluarga tentang tanda dan gejala infeksi (tanda infeksi yang dipantau perubahan suhu tubuh, kulit pucat), mengajarkan kepada keluarga cara mencuci tangan dengan benar (6 langkah) dan berkolaborasi dengan dokter terkait penanganan infeksi pemberian antibiotik.

Mencuci tangan adalah langkah efektif untuk membantu melindungi perkembangan organisme yang dapat menyebabkan infeksi pada pasien (Sari & Alim, 2010). Tingginya angka kejadian infeksi dapat berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan sehingga diperlukan upaya pencegahan dan pengendalian. Sebuah penelitian mengemukakan dengan mencuci tangan secara benar dapat menurunkan 29%-40% kejadian infeksi (Saragih & Rumapea, 2010). Mencuci tangan adalah kegiatan yang penting dilakukan dilingkungan rumah sakit dan terbukti signifikan menurunkan kejadian infeksi. Pencegahan dan pengendalian infeksi wajib dilaksanakan oleh perawat, dokter dan seluruh orang yang terlibat dalam perawatan pasien (Mumpuningtias, Aliftitah, & Illiyini, 2019). Karena seluruh orang terlibat dalam perawatan pasien juga termasuk keluarga. Pengetahuan sebagian besar masyarakat terkait cuci tangan menggunakan handrubs masih rendah. Tingkat pengetahuan masyarakat yang kurang ini dapat diatasi dengan promosi kesehatan melalui edukasi cuci tangan benar 6 langkah menggunakan handrub maupun air mengalir. 6 langkah mencuci tangan yang benar menurut WHO yaitu:

- 1) tuang cairan *handrub* pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.
- 2) Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian
- 3) Gosok sela-sela jari tangan hingga bersih

- 4) Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci
- 5) Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian
- 6) Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis (Batu empedu)

Pada kasus Ny.S tindakan keperawatan yang dilakukan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri dan vital sign pasien, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (guide imagery, teknik tarik nafas dalam) dan berkolaborasi pemberian analgesik jika perlu. *Guide Imagery* adalah teknik membimbing dan mengarahkan orang kepada imajinasi menyenangkan menggunakan audioa visual kinestetik. Tujuan dari *guide imagery* yaitu menimbulkan respon psikofisiologis untuk meningkatkan respon imun tubuh seseorang (Novarenta, 2013). Imajinasi terbimbing dapat dapat mengurangi tekanan dan berpengaruh terhadap proses fisiologis seperti menurunkan tekanan darah, nadi dan respirasi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Novarenta, 2013) menunjukkan *guide imagery* mampu mengurangi rasa nyeri. Sedangkan teknik tarik nafas dalam adalah kegiatan yang dapat mengontrol individu ketika terjadi nyeri dan rasa ketegangan yang membuat individu tidak nyaman dengan memejamkan mata dan menarik nafas dalam lalu dibuang secara perlahan (Amita, D., Fernalia, dan Yulendasari, 2018).

Penulis berasumsi seseorang dapat belajar menghadapi nyeri melalui aktivitas kognitif dan perilaku, seperti distraksi, guided imagery dan banyak tidur. Teknik relaksasi dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot

yang menunjang nyeri. Saat dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien akan merelaksasikan otot-otot yang mengalami spasme akibat peningkatan hormon prostaglandin dan vasodilatasi pembuluh darah kedaerah yang mengalami spasme dan iskemik.

### 3. Nausea berhubungan dengan obstruksi saluran empedu

Pada kasus Ny.S tindakan keperawatan yang dilakukan mengidentifikasi pengalaman mual, mengidentifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan, mengidentifikasi dampak mual, memonitor kondisi mual, anjurkan makanan tinggi karbohidrat, mengidentifikasi karakteristik muntah, memonitor keseimbangan cairan dan elektrolit dan bkolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu. Pada terapi medis Ny.S mendapat terapi antiemetik yaitu omeprazole 2x40mg. Nausea terdiri atas 3 fase yaitu: *nausea*, *retching*, *regurgitasi*. Nausea adalah sensasi psikis akibat rangsangan yang ditimbulkan organ-organ dalam atau emosi dan tidak diikuti *retching*/awal muntah. *Retching* adalah fase dimana terjadi gerak nafas pasmodik dengan glottis tertutup ditandai adanya usaha inspirasi dari otot dada dan diafragma. *Regurgitasi* adalah fase puncak *retching* ditandai dengan kontraksi kuat otot perut, disertai bertambah turunnya diafragma dan penekanan mekanisme antirefluks (Putri, 2016). Makanan tinggi karbohidrat dan protein dapat menurunkan rasa mual. Apabila tubuh kekurangan konsumsi karbohidrat dapat mengakibatkan ketosis, yaitu kondisi tubuh ketika memanfaatkan lemak sebagai sumber energi tetapi tidak dapat terpenuhi.

## 4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dengan menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam

melakukan evaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk dapat memahami respon terhadap intervensi tentang tujuan yang harus dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Tinjauan evaluasi dilakukan pada pasien karena dapat diketahui secara langsung keadaannya. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut:

1. Risiko infeksi ditandai faktor risiko penyakit kronis (Cholelithiasis)

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi pada pasien Ny. S sebagai berikut: pasien mengatakan nyeri pada abdomen sebelah kanan atas, suhu  $38^{\circ}\text{C}$ , hasil laboratorium menunjukkan leukosit  $15,3 \times 10^3/\mu\text{L}$ , trombosit  $232 \times 10^3/\mu\text{L}$

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi pada pasien Ny. S sebagai berikut: pasien mengatakan nyeri pada abdomen sebelah kanan atas, suhu  $37,1^{\circ}\text{C}$ , tidak ada pucat, hasil laboratorium menunjukkan leukosit  $15,3 \times 10^3/\mu\text{L}$ , trombosit  $232 \times 10^3/\mu\text{L}$

Pada hari ketiga didapatkan hasil evaluasi pada pasien Ny. S sebagai berikut: pasien mengatakan nyeri pada abdomen sebelah kanan atas, suhu  $36,9^{\circ}\text{C}$ , tidak ada pucat, hasil laboratorium menunjukkan leukosit  $15,3 \times 10^3/\mu\text{L}$ , trombosit  $232 \times 10^3/\mu\text{L}$

Pada hari keempat didapatkan hasil evaluasi pada pasien Ny. S sebagai berikut: pasien mengatakan nyeri pada abdomen sebelah kanan atas, suhu  $37^{\circ}\text{C}$ , tidak ada pucat, hasil laboratorium tgl 20 November 2019 menunjukkan leukosit  $10,01 \times 10^3/\mu\text{L}$

2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisiologis (Batu empedu)

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi pada pasien Ny. S sebagai berikut: pasien mengeluh nyeri pada perut P= batu empedu, Q= ditusuk-tusuk, R= perut kanan atas, S= skala 5 (1-10), T= hilang timbul, pasien tidak gelisah, pasien tampak memegang perutnya, frekuensi nadi = 82x/menit, frekuensi napas= 21x/menit

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi pada pasien Ny. S sebagai berikut: pasien mengeluh nyeri pada perut P= batu empedu, Q= ditusuk-tusuk, R= perut kanan atas, S= skala 5 (1-10), T= hilang timbul, pasien tidak gelisah, pasien tampak memegang perutnya, frekuensi nadi = 78x/menit, frekuensi napas = 21x/menit

Pada hari ketiga didapatkan hasil evaluasi pada pasien Ny. S sebagai berikut: pasien mengeluh nyeri pada perut P= batu empedu, Q= ditusuk-tusuk, R= perut kanan atas, S= skala 4 (1-10), T= hilang timbul, pasien tidak gelisah, pasien tampak memegang perutnya, frekuensi nadi = 78x/menit, frekuensi napas = 20x/menit

Pada hari keempat didapatkan hasil evaluasi pada pasien Ny. S sebagai berikut: pasien mengeluh nyeri pada perut, P= batu empedu, Q= ditusuk-tusuk, R= perut kanan atas, S= skala 4 (1-10), T= hilang timbul, pasien tidak gelisah, sikap protektif menurun, frekuensi nadi = 75x/menit, frekuensi napas = 20x/menit

### 3. Nausea berhubungan dengan obstruksi saluran empedu

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi pada pasien Ny. S sebagai berikut: pasien mengeluh mual, pasien mengatakan tidak ingin makan, pasien mengatakan porsi makan habis 5sdm, mukosa bibir tampak kering, frekuensi nadi 82x/menit

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi pada pasien Ny. S sebagai berikut: pasien mengeluh mual, pasien mengatakan tidak ingin makan, pasien mengatakan porsi makan habis 7sdm, mukosa bibir tampak lembab, frekuensi nadi 78x/menit

Pada hari ketiga didapatkan hasil evaluasi pada pasien Ny. S sebagai berikut: pasien menatakan mual berkurang, pasien mengatakan porsi makan habis 1/2porsi, mukosa bibir tampak lembab, frekuensi nadi 78x/menit

Pada hari keempat didapatkan hasil evaluasi pada pasien Ny. S sebagai berikut: pasien menatakan tidak ada mual, muntah, pasien mengatakan porsi makan habis 1 porsi, mukosa bibir tampak lembab, frekuensi nadi 75x/menit.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis Cholelitis di Ruang Mirah RS PHC Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Cholelitis.

#### **5.1 Simpulan**

Mengacu berdasarkan hasil uraian tinjauan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Cholelitis, maka penulis dapat menarik simpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian didapatkan pasien mengalami Cholelitis ditandai dengan adanya proses inflamasi pada saluran kandung empedu. Ny.S tidak memiliki riwayat Cholelitis sebelumnya, tetapi memiliki riwayat penyakit Diabetes Mellitus. Terdapat beberapa faktor risiko yang dialami Ny.S sehingga memicu terjadinya Cholelitis, antara lain didukung faktor usia >40 tahun, jenis kelamin perempuan dan perilaku kesehatan yang berisiko dengan mengkonsumsi makanan tinggi kolestrol seperti jeroan. Pasien mengeluh nyeri perut kanan atas yang menjalar tembus sampai payudara.
2. Diagnosis keperawatan pada Ny.S adalah Risiko Infeksi ditandai dengan faktor risiko penyakit kronis (Cholelitis), Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Batu empedu), dan Nausea berhubungan dengan obstruksi kandung empedu.

3. Rencana tindakan keperawatan pada Ny.S disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ditemukan dengan tujuan untuk menurunkan risiko infeksi, menurunkan tingkat nyeri pada abdomen, dan menurunkan tingkat mual.
4. Tindakan keperawatan pada Ny.S dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang mengacu secara langsung pada Ny.S yakni memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik tarik nafas dalam) dan mengidentifikasi dampak mual.
5. Pada akhir evaluasi tanggal 20 November 2019, masalah risiko infeksi, nyeri akut dan mual teratasi sehingga intervensi keperawatan dihentikan.

## **5.2 Saran**

Berdasarkan simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Pasien dan keluarga diharapkan lebih memperhatikan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami Cholelithiasis dalam hal kepatuhan dalam menjalankan diet Cholelithiasis dan berperan dalam melakukan pengawasan dan memberik dukungan agar pengobatan pasien dapat berkesinambungan.
2. Perawat di Ruang Mirah RS PHC Surabaya diharapkan lebih meningkatkan pengetahuan serta skill dalam perawatan pasien Cholelithiasis dengan mengikuti seminar dan pelatihan, memberikan edukasi terkait Cholelithiasis kepada keluarga maupun masyarakat sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan pada pasien.
3. Rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan dengan memberikan kesempatan bagi perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan

baik formal maupun informal dengan mengadakan pelatihan yang diikuti perawat mengenai cara perawatan pasien dengan Cholelitis.

4. Penulis selanjutnya diharapkan dapat menggunakan Karya Ilmiah Akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya Cholelitis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Albab, A. U. (2013). *Karakteristik Pasien Kolelitiasis Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo*. Universitas Hasanuddin Makassar. Retrieved from [http://digilib.unhas.ac.id/uploaded\\_files/temporary/DigitalCollection/OTA1NDMwMjVmODY2OTY4Y2ZjMWM3MWI1MDIINGFiMGQyYWVIMTU5MQ==.pdf](http://digilib.unhas.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/OTA1NDMwMjVmODY2OTY4Y2ZjMWM3MWI1MDIINGFiMGQyYWVIMTU5MQ==.pdf)
- Amita, D., Fernalia, dan Yulendasari, R. (2018). Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea di rumah sakit bengkulu. *Jurnal Kesehatan Holistik*, 12(1), 26–28. Retrieved from <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/holistik/article/download/124/69>
- Bakhri, S. (2018). Analisis Jumlah Leukosit Dan Jenis Leukosit Pada Individu Yang Tidur Dengan Lampu Menyala Dan Yang Dipadamkan. *Jurnal Media Analis Kesehatan*, 1(1), 83–91. <https://doi.org/10.32382/mak.v1i1.176>
- Bass, G., Gilani, S. N. S., & Walsh, T. N. (2013). Validating the 5Fs Mnemonic for Cholelithiasis: Time to Include Family History. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1057), 638–641. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131341>
- Borley, P. A. G. N. R. (2006). *At a Glance Ilmu Bedah*. (A. Safitri, Ed.) (3rd ed.). Jakarta: Erlangga.
- Cahyono. (2014). *Tatalaksana Klinis di Bidang Gastro dan Hepatologi*. Jakarta: Sugeng Seto.
- Cahyono, S. B. (2010). *Batu Empedu*. Yogyakarta: KANISIUS.
- Chang, Y. R., Jang, J. Y., Kwon, W., Park, J. W., Kang, M. J., Ryu, J. K., ... Kim, S. W. (2013). Changes in Demographic Features of Gallstone Disease: 30 Years of Surgically Treated Patients. *Gut and Liver*, 7(6), 719–724. <https://doi.org/10.5009/gnl.2013.7.6.719>
- DIFUSI. (2020). *Diktat Gastroenterohepatologi* (1st ed.).
- Diyono, & Mulyanti, S. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah: Buku Ajar* (1st ed.). Jakarta: KENCANA.
- Effendi, F., & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Febyan, Dhilion, H. R. S., Ndraha, S., & Tendean, M. (2018). Characteristics of Patients with Cholelithiasis Based on Risk Factors at Koja Hospital, (June). <https://doi.org/10.36452/jkdoktmeditek.v23i63.1565>
- Gallo, B. (2012). *Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik* (1st ed.). Jakarta: Erlangga.
- Guyton A.C, dan Hall, J. E. (2014). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran* (12th ed.). Jakarta: Erlangga.

- Hakim, A. (2019). *Gambaran Kasus Kolelitiasis Di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari Tahun 2017. Jurnal Ilmiah Kedokteran*. Universitas Muhammadiyah Palembang.
- Heuman, A. D. M., Chief, A., & Julian, E. (2015). *Gallstones (Cholelithiasis) Practice Essentials, Background, Pathophysiology*. Retrieved from <https://emedicine.medscape.com/article/175667-overview>
- Juniati, S. H. (2013). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan UKU Ajar Ilmu Kesehatan THT-KL Esofagus* (2nd ed.). Surabaya: Pusat Penerbitan dan Percetakan Unair.
- Kumala, M. arif & Sari. (2013). *Gangguan Gastrointestinal; Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mumpuningtias, E. D., Aliftitah, S., & Illiyini, I. (2019). Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Perilaku Cuci Tangan Menggunakan Handrub pada Keluarga Pasien di Ruang Bedah RSUD dr. H. Moh. Anwar Sumenep. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya*, 12(2). <https://doi.org/10.30643/jiksht.v12i2.31>
- Naga, S., S. (n.d.). *Buku Panduan Lengkap Penyakit Dalam*. Yogyakarta: DIVA Press.
- Nian, N. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Medika.
- Ningsih. (2016). Hubungan Intensitas Nyeri Akut Dengan Tekanan Darah pada Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Temanggung. *J Phys Educ Heal Sport*.
- Novarenta, A. (2013). Guide Imagery Untuk Mengurangi Rasa Nyeri Saat Menstruasi. *Journal of Petrology*, 1(2). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Nurhikmah, R., Efriza, E., & Abdullah, D. (2019). Hubungan Peningkatan Indeks Massa Tubuh dengan Kejadian Kolelitiasis di Bagian Bedah Digestif RSI Siti Rahmah Padang Periode Januari-Juni 2018. *Health & Medical Journal*, 1(2), 01–06. <https://doi.org/10.33854/heme.v1i2.233>
- Pangkalan Ide. (2015). *Jangan Sepelekan Radang Empedu*. Jakarta: Gramedia.
- Pratama, H. (2016). Tatalaksana Pankreatitis Akut. *Cdk-238*, 43(3), 190–194.
- Pratama, M. G. M. (2019). *Gambaran Faktor Risiko Pasien Kolelitiasis Di RSUP DR M. Djamil Padang Periode 1 Januari 2018- 31 Januari 2018*. UNIVERSITAS ANDALAS.
- Putri, W. M. (2016). *Studi Penggunaan Obat Antiemetik Dalam Mencegah Mual Dan Muntah Pasca Operasi Pada Pasien Bedah Ortopedi Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya*. Universitas Airlangga.
- Ratmiani. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny “J” Yang Mengalami Post Op Cholelithiasis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Di Ruang Perawatan Garuda Rumah Sakit Bhayangkara Makassar Tahun 2019 Oleh:*

## AKADEMI KEPERAWATAN MAPPA OUDANG MAKASSAR.

- Roham, D. (2015). *Effektifitas Latihan Nafas Dalam (Deep Breathing Exercise) Terhadap Peningkatan Arus Puncak Ekspirasi (APE) Pada Pasien Dengan Asma Di Puskesmas 1 Rakit Kabupaten Banjarnegara*. Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Saragih, R., & Rumapea, N. (2010). Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Tingkat Kepatuhan Perawat Melakukan Cuci Tangan di Rumah Sakit Columbia Asia Medan. *E-Journal Universitas Darma Agung Medan*. Retrieved from <http://uda.ac.id/jurnal/files/7.pdf>
- Sembiring, J. B. (2015). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan Dengan Intervensi Preoperative Teaching Pada Pasien Kolelitiasis Di Ruang Bedah Kelas Rumah Sakit Persahabatan Jakarta*. Universitas Indonesia.
- Sjamsuhidajat. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah (II)*. Jakarta: EGC.
- Stinton, L. M., & Shaffer, E. A. (2012). Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer. *Gut and Liver*, 6(2), 172–187. <https://doi.org/10.5009/gnl.2012.6.2.172>
- Suddart, B. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah (12th ed.)*. Jakarta: EGC.
- Sueta, M. A. D., & Warsinggih. (2017). Faktor Risiko Terjadinya Batu Empedu Di Rsup Dr . Wahidin Risk Factors of Gallstones At Dr . Wahidin Sudirohusodo General Hospital Makassar. *Jurnal Bedah Nasional*, 1(1), 20–26.
- Sulistyowati, A. (2018). *Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital*. (K. W. R. Putra, Ed.). Sidoarjo: Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
- Tengge, A. S. P. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. R dengan Diagnosis Medis Diagnosis Medis Kolesistitis Batu Galbladder + Sirosis Hepatis + Post Op Laparatomy hari ke-7 + Penurunan Kesadaran dengan Ventilator di Ruang ICU Anastesi Rumkital Dr.Ramelan Surabaya*. STIKES Hang Tuah Surabaya. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Tusiantari, I. G. A. M. D., & I Kadek Herry Dwipayana. (2016). *Kolangitis Akut. Buku ajar Gastroenterohepatologi*. Sanglah Bali.
- Tuuk, A. L. Z., Jimmy Panelewen, & Noersasongko, A. D. (2016). Profil kasus batu empedu di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode Oktober 2015-Oktober 2016. *Jurnal E-Clinic*, 4(2), 2–7.
- Waschke, P. F. & J. (2013). *Sobotta Atlas Anatomi Manusia : Anatomi Umum dan Muskuloskeletal*. (Brahm, Ed.). Jakarta: EGC.
- Wibowo S, Kanadihardja W, Sjamsuhidajat R, S. A. (n.d.). *Saluran Empedu dan Hati (3rd ed.)*. Jakarta: EGC.
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2017). *Keperawatan Medikal Bedah (3rd ed.)*. Yogyakarta: Nuha Medika.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1 *Curriculum Vitae*

#### *CURICULUM VITAE*

Nama : Lila Watiningrum

Tempat, Tanggal Lahir : Ponorogo, 20 Desember 1996

Alamat : Karah V/65f Gang Dahlia 1, Surabaya

Email : [lilawatiningrum0672@gmail.com](mailto:lilawatiningrum0672@gmail.com)

Telepon : 081327781996

Riwayat pendidikan :

- |   |                  |
|---|------------------|
| 1. Taman Kanak-kanak Ngesti Budhi Surabaya  | Lulus Tahun 2003 |
| 2. SDN Karah II/412 Surabaya                | Lulus Tahun 2009 |
| 3. SMP Laboratorium UNESA                   | Lulus Tahun 2012 |
| 4. SMA Hang Tuah 4 Surabaya                 | Lulus Tahun 2015 |
| 5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya | Lulus Tahun 2019 |

## Lampiran 2 Motto dan Persembahan

### MOTTO DAN PERSEMBAHAN

#### “Manusia Bukan Batu Suatu Saat Pasti Bisa Berubah”

#### PERSEMBAHAN:

1. Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang telah melimpahkan rahmat dan memberikan kesehatan sehingga KIA ini dapat selesai tepat waktu.
2. Ayah dan Ibu tercinta, Bapak Sukarman dan Ibu Indri Fajarwati orangtua terhebat didunia terimaasih untuk dukungan, semangat dan doa yang terbaik untuk saya.
3. Cendria Rahma Anggaraeni adikku yang setia menemaniku larut malam dalam pengerjaan Karya Ilmiah ini.
4. Keluarga besar Ponorogo yang selalu membangkitkan semangat disaat saya merasa lelah, memberikan bantuan yang saya butuhkan saat pengerjaan Karya Ilmiah ini.
5. Sahabat-sahabatku CBLs Squad (Asmaul Husna, Kurrotul Aini, Mahalia Ocha Danna dan Vamila Meydiawati) teman seperjuangan dan saling berkeluh kesah dan partner saya Edy Susanto yang selalu meyakinkan saya bahwa saya mampu menyelesaikan ini dengan rasa percaya diri tinggi.
6. Teman sepembingan (Ike Faradilah, Mas Yosep dan Nadya) terimakasih sudah saling memberikan semangat dan mengerjakan santai tapi serius
7. Teman-teman profesi A10 berjuang bersama dalam menyelesaikan pendidikan Profesi ini.
8. Terima kasih untuk semua pihak yang telah membantu saya dalam menyelesaikan skripsi ini

### **Lampiran 3 Standar Operasional Prosedur Relaksasi Napas Dalam/Deep Breathing Exercise**

#### **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR RELAKSASI NAPAS DALAM/DEEP BREATHING EXERCISE**

*Deep Breathing Exercise* adalah latihan pernapasan yang menggunakan teknik bernapas secara dalam dan perlahan menggunakan bantuan otot diafragma, sehingga abdomen terangkat ke dalam dan dada mengembang penuh

#### **TUJUAN**

1. Mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta mengurangi kerja pernapasan
2. Meningkatkan inflasi alveolar secara maksimal, relaksasi otot dan menghilangkan ansietas
3. Mencegah pola aktivitas otot pernapasan yang tidak berguna dan mengurangi beban usaha bernapas

#### **INDIKASI**

*Deep Breathing Exercise* dapat diberikan kepada semua pasien dengan status hemodinamik stabil

#### **KONTRAINDIKASI**

Klien yang mengalami kondisi nyeri semakin berat dan sesak nafas.

#### **PERSIAPAN ALAT**

1. Bantal sesuai kebutuhan klien

## 2. Bengkak

### **PERSIAPAN KLIEN**

Kontrak waktu, kontrak tempat, kontrak topik dan tujuan dilaksanakan latihan nafas/*deep breathing exercise*

### **PERSIAPAN LINGKUNGAN**

1. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien
2. Menjaga privacy klien

### **PROSEDUR KERJA**

1. Mencuci tangan sesuai prosedur dengan 6 langkah
2. Mengidentifikasi pasien dengan hemodinamik stabil
3. Melakukan pemeriksaan terhadap status pernapasan
4. Mengidentifikasi klien tidak dalam kondisi nyeri berat, sesak nafas berat dan *emergency*
5. Memastikan klien dalam kondisi sadar dan dapat mengikuti perintah dengan baik
6. Mengatur posisi berbaring klien dengan posisi kepala lebih tinggi, bila memungkinkan dalam posisi semi fowler
7. Mengatur posisi bantal sesuai kenyamanan pasien
8. Apabila terdapat akumulasi sekret, mengajarkan klien untuk batuk efektif (dengan menarik nafas dalam dan secara perlahan melalui hidung dan mulut, tahan 1-5 hitungan, kemudian mulai batuk dengan hentakan yang kuat dan tampung dahak pada bengkak)

9. Mengajarkan klien menghirup nafas secara perlahan dan dalam melalui hidung sampai perut terdorong secara maksimal. Menahan nafas selama 1-6 detik selanjutnya menghembuskan nafas secara perlahan dengan bibir terkatup secara perlahan
10. Meminta klien melakukan latihan secara mandiri dengan 30 kali latihan nafas. Latihan dilaksanakan sebanyak 6 kali sehari pada siang hari selama 4 hari. Setiap latihan dibagi menjadi 3 fase masing-masing selama 10 menit sesuai toleransi klien.
11. Melakukan pengawasan keterampilan kemampuan latihan dan perkembangan klien.
12. Melakukan pemeriksaan status pernapasan
13. Membersihkan alat dan mencuci tangan sesuai prosedur
14. Melakukan dokumentasi tindakan

(Roham, 2015)

**Lampiran 4 Standar Operasional Prosedur Pemeriksaan Tanda-tanda Vital**  
**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**  
**PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL**

Pemeriksaan tanda-tanda vital adalah tindakan yang dilakukan untuk mengetahui adanya perubahan pada sistem tubuh yang meliputi pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan nadi, pemeriksaan suhu tubuh, dan frekuensi pernapasan.

**TUJUAN**

1. Untuk mengetahui ada perubahan pada pasien
2. Untuk mengetahui kondisi dan perkembangan tanda-tanda vital pada pasien
3. Untuk mengetahui tekanan darah, denyut nadi, kondisi suhu dan frekuensi pernapasan pasien

**PERSIAPAN ALAT**

1. Tensimeter (sphygmomanometer)
2. Stetoskop
3. Termometer (oral, rectal, atau axilla) dalam bak injeksi yang diberi alas
4. Kassa dan alkohol
5. Handscoon bersih
6. Jam tangan
7. Handuk
8. Buku catatan, lembar observasi, alas tulis

**PERSIAPAN PASIEN**

1. Menjelaskan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan

2. Mengatur posisi pasien: supinasi

### **PERSIAPAN LINGKUNGAN**

Jaga privasi pasien dengan menutup sketsel/scherem

### **LANGKAH-LANGKAH**

1. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan
2. Membuka kancing atas pakaian pasien
3. Meringkakan axilla pasien dengan handuk
4. Memasang termometer hingga bagian reservoir tepat ditengah axilla
5. Menyilangkan lengan pasien bawah di dada
6. Menyingsingkan lengan baju pada tangan sisi lain pasien
7. Meraba arteri brakhialis dengan 3 jari tengah
8. Memasang manset 3 cm (3 jari) diatas sisi denyut brakhialis
9. Memusatkan tanda panah tensimeter sejajar dengan arteri, manset jangan terlalu erat/longgar
10. Mencari kembali arteri brakhialis dan meletakkan stetoskop diatasnya
11. Menutup sekrup balon karet tekanan
12. Memompa manset sampai 20-30 mmHg diatas nilai sistol normal pasien
13. Membuka katup perlahan dan menurunkan air raksa dengan kecepatan 2-3mmHg/detik
14. Mendengarkan bunyi korotkoff, kedua mata mengikuti turunnya permukaan air
15. Melepaskan manset dan mengeluarkan udara didalamnya
16. Meletakkan 3 jari tengah diatas arteri tertentu
17. Merasakan irama dan amplitudo denyut nadi. Bila reguler, hitung jumlah

- denyut selama 15 detik dan kalikan 4. Bila irreguler, hitung 1 menit penuh
18. Menempatkan lengan pasien ke posisi rileks atau meletakkan tangan anda di abdomen atas pasien
  19. Mengobservasi satu siklus respirasi lengkap (1 inspirasi dan 1 ekspirasi). Menghitung frekuensi napas dengan cara melihat naik-turunnya dada/perut saat klien bernapas selama 1 menit penuh. Memperhatikan kedalaman napas
  20. Mengangkat termometer setelah 5-10 menit dan membaca tingkat air raksa sejajar mata
  21. Melap bersih termometer dengan kassa alkohol dengan gerakan rotasi atau mencuci dibawah air mengalir
  22. Menurunkan termometer dan mengembalikan ke tempat penyimpanan
  23. Merapikan pasien
  24. Mencatat hasil pengukuran
  25. Melepaskan handscoon
  26. Mencuci tangan
  27. Mencatat hasil pengukuran dalam lembar observasi lalu membuat grafik

(Sulistyowati, 2018)