

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH TN. D DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS CHOLELITHIASIS POST. OPERASI  
LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY DI RUANG RAWAT INAP  
PAEDIATRIC/SURGICAL RS. PREMIER  
SURABAYA**



**OLEH :**

**DINI PUTRI DWIRIRA**  
**NIM. 1930020**

**PRODIPROFESI NERS KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH TN. D DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS CHOLELITHIASIS POST. OPERASI  
LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY DI RUANG RAWAT INAP  
PAEDIATRIC/SURGICAL RS. PREMIER  
SURABAYA**

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



**OLEH :**

**DINI PUTRI DWIRIRA**  
**NIM. 1930020**

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

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya 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 di kutip 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, 24 Juli 2020



Dini Putri Dwirira  
NIM.1930020

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : **Dini Putri Dwirira**

NIM. : **1930020**

Program Studi : **Pendidikan Profesi Ners**

Judul : **ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH TN.  
D DENGAN DIAGNOSA MEDIS CHOLELITHIASIS POST. OPERASI  
LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY DI RUANG RAWAT INAP  
PAEDIATRIC/SURGICAL RS. PREMIER SURABAYA.**

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

**NERS (Ns)**

**Surabaya, 24 Juli 2020**

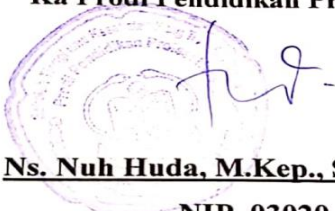
**Pembimbing,**



**Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc**  
**NIP. 03.006**

**Mengetahui,**

**STIKES Hang Tuah Surabaya**  
**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**



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

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir :

Nama : Dini Putri Dwirira

NIM. : 1930020


Program Studi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya


Judul : Asuhan Keperawatan Tn. D Dengan Diagnosa

Medis *Cholelithiasis PostOperasiLaparoscopic Cholecystectomy* Di Ruang Rawat

Inap Paediatric /Surgical Rs. Premier 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 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

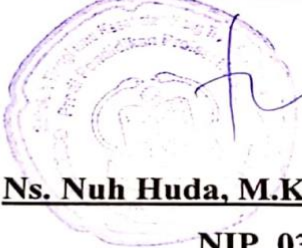

Penguji I : Deddi Irawandi, S.Kep., Ns., M.Kep.   
NIP.03050

Penguji II : Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc.   
NIP. 03.006

**Mengetahui,**

**STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

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

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 24/07/2020

## **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.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah Akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Hartono Tanto, M.Kes, selaku Direktur Rumah Sakit Premier Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis ilmiah.
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. Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc, selaku Pembimbing yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
6. Teman-teman seperjuangan tersayang dalam naungan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat hingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan pertemanan tetap terjalin.
7. Kedua orang tua, suami, anak, adik dan kakak yang tersayang yang telah memberikan dukungan dan doa selama ini, salah satunya dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan 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 membacanya terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 24 Juli 2020

Penulis

#### DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>iii</b>



<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Umum Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Khusus Penelitian.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.6 Metode Penulisan.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
2.1 Konsep Batu Empedu.....	10
2.1.1 Anatomi Fisiologi Batu Empedu.....	10
2.1.2 Definisi Batu Empedu.....	11
2.1.3 Klasifikasi Batu Empedu.....	11
2.1.4 Etiologi Batu Empedu.....	12
2.1.5 Faktor Risiko.....	13
2.1.6 Patofisiologi.....	16
2.1.7 Manifestasi Klinis.....	17
2.1.8 Penatalaksanaan.....	18
2.1.9 Komplikasi.....	19
2.1.10 Pemeriksaan Penunjang.....	20
2.1.11 Penatalaksanaan Medis.....	20
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Batu Empedu.....	24
2.2.1 Pengkajian.....	24
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	28
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	29
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	33
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	34
2.3 Kerangka Asuhan Keperawatan.....	36
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>38</b>
3.1 Pengkajian.....	38
3.1.1 Data Dasar.....	38
3.1.2 Pemeriksaan Fisik.....	40
3.1.3 Pengkajian.....	43
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	48
3.3 Intervensi Keperawatan.....	49
3.4 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
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	69
4.3 Perencanaan.....	71
4.4 Implementasi.....	73
4.5 Evaluasi.....	77
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>88</b>
5.1 Simpulan.....	88
5.2 Saran.....	91
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>93</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>94</b>

.

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Batu Empedu.....	12
--	----

Tabel 3.1 Tabel Analisa Data Keperawatan.....	46
Tabel 3.2 Tabel Intervensi Keperawatan.....	48
Tabel 3.3 Tabel Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	51

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Pola Topografi Abdomen.....	9
--	---

Gambar 2.2 Struktur Vesica Biliaris.....	10
Gambar 2.3 Suplai arteria vesica biliaris.....	11

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Curriculum Vitae.....	79
----------------------------------	----

Lampiran 2 Motto dan Persembahan.....	80
Lampiran 3 SPO Pemberian Terapi Injeksi.....	81

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Batu Empedu (*cholelithiasis*) atau *gallstones* adalah adanya batu pada *vessica fellea*. Penderita *cholelithiasis* ini sekitar 10% dari populasi umum, dengan angka 5-20% untuk wanita usia 25 sampai 55 tahun dan 25-30% untuk usia 50 tahun ke atas. Pada negara berkembang didapatkan angka 10-20% menyerang orang dewasa dan lanjut usia. Dalam insidensi yang terjadi sebenarnya belum diketahui karena asimtomatik, tetapi gejala yang paling sering dialami oleh pasien adalah kolik bilier. *Cholelithiasis* dapat dibagi tiga yaitu batu empedu kolesterol, batu empedu pigmen dan batu campuran (Susilo et al., 2012). Batu empedu kolesterol jenis empedu yang paling umum batu ini terbentuk terutama oleh kolesterol, batu empedu pigmen batu empedu kedua yang paling umum dan banyak terjadi di Asia tenggara terjadi karena sampah produk dari hemoglobin di dalam sel darah merah dan dirubah menjadi bilirubin, sehingga bilirubin ini diubah oleh hati dan disimpan di empedu yang susah larut, dan batu campuran terdiri dari campuran kolesterol dan pigmen empedu yang berasal dari pemecahan lemak, batu jenis ini berukuran kecil-kecil (Hasanah, Penyakit, & Empedu, n.d.).

Berdasarkan data pasien *cholelithiasis* keluhan klinis yang sering ditemukan adalah nyeri pada perut kanan atas, nyeri epigastrium, demam, icterus, mual, muntah. Faktor resiko yang sering dijumpai pada kasus ini dikenal dengan 6F (*Fat, Female, Forty, Fair, Fertile, Family history*). Pada Rs. Premier Surabaya lebih banyak ditemukan pasien perempuan dari pada pasien laki-laki yang menderita batu empedu 80% dengan Usia >40 th (P=45,5%, L=34,5%) dan 20%

dengan Usia <40 th (P= 13,6%, L= 6,4%). Pada Rs. Umum koja ditemukan kejadian *cholelithiasis* lebih banyak ditemukan pada pasien perempuan daripada laki-laki (OR=2,97; 95% CI:1.47-5.99). Hormon estrogen dapat mempengaruhi penyakit *cholelithiasis* pada wanita. Sedangkan berdasarkan umur sebanyak 88 responden (86%) yang berusia lebih dari 40 tahun menderita *cholelithiasis* (Dhilion, Ndraha, & Tendean, 2017). Di Amerika Serikat, beberapa penelitian memperlihatkan bahwa batu empedu dijumpai pada paling sedikit 20% perempuan dan 8% laki-laki berusia >40 tahun dan hampir 40% perempuan berusia >65 tahun (Dhilion et al., 2017). Pada penelitian di Rs. Mosul Negara Iraq dilakukan pada 171 kasus dengan diagnosa *cholelithiasis* terdapat 72 laki-laki (42,1%) dan 99 perempuan (57,9%) menurut kelompok umur, 14-40 tahun, 33 (45,8%) adalah laki-laki dan 54 (54,5%) perempuan dan total adalah 87 (50,9%), untuk kelompok 41-60 tahun adalah 33 (45,8%) adalah laki-laki dan 38 tahun (38,4%) perempuan dan total adalah 71 (41,5%), sementara kelompok 61-80 tahun adalah 6 (8,4%) laki-laki dan 7 (7,1%) perempuan dan totalnya 13 (7,6%) (Dhilion et al., 2017).

Peningkatan kadar lipid plasma dan tingkat kolesterol, peningkatan IMT menurut WHO adalah yang lebih besar atau sama dengan 25 adalah kelebihan berat badan, sedangkan IMT yang lebih besar atau sama dengan 30 adalah obesitas. Sering mengkonsumsi makanan yang mengandung lemak terutama lemak hewani berisiko untuk menderita *cholelithiasis*. Kolesterol merupakan komponen dari lemak, jika kadar kolesterol yang terdapat dalam cairan empedu melebihi batas normal, menyebabkan cairan empedu mengendap dan lama kelamaan menjadi batu. Kurangnya aktifitas fisik seperti tidak pernah olah raga, dan pola makan yang tidak terkontrol menyebabkan kandung empedu lebih sedikit berkontraksi. Intake rendah

klorida, kehilangan berat badan yang cepat dapat mengakibatkan gangguan terhadap unsur kimia dari empedu dan dapat menurunkan kontraksi kandung empedu, sehingga kembali lagi cairan empedu dapat mengendap dan lama kelamaan menjadi batu (Dhilion et al., 2017). Angka kejadian batu saluran empedu (*cholelithiasis*) sangat dipengaruhi usia dan jenis kelamin, batu saluran empedu ini empat sampai 10 kali lebih sering terjadi pada usia tua dibandingkan usia muda, dan jumlah penderita perempuan lebih banyak dibandingkan dengan jumlah penderita laki-laki, faktor genetik juga salah satu penyebab *cholelithiasis* bila keluarga inti seperti orang tua, saudara dan anak-anak  $1^{1/2}$  kali lebih besar mengalami *cholelithiasis*. Diagnosis batu saluran empedu (*cholelithiasis*) cukup sulit dibandingkan penyakit lainnya, pemeriksaan radiologis sederhana pun tidak mudah menentukan adanya batu pada saluran empedu, sehingga juga perlu dilakukan beberapa pemeriksaan penunjang lainnya seperti laboratorium darah, MRCP (Dhilion et al., 2017). *Sindrom Mirizzi* salah satu komplikasi dari *cholelithiasis acute*, penyebabnya karena batu yang berimpaksi pada leher kandung empedu dan sistikus sehingga duktus hepatikus menyempit, terjadinya peningkatan derajat penyempitan dan *cholelithiasis chronic* karena adanya pembentukan fistula kolesistokoledokus. Risiko terkena kanker kandung empedu lebih besar ditemukan pada pasien yang menderita batu empedu (Putra, Christine, Amin, & Fauzi, 2015).

Peran perawat dalam terjadinya angka peningkatan kasus *cholelithiasis* ini dapat di cegah dengan cara memberikan *health education* mengenai diet rendah lemak, tinggi protein, tinggi serat dan aktif berolah raga. Disinilah fungsi independent perawat dapat di aplikasikan dengan baik dan benar sesuai ilmu keperawatan yang dimilikinya. Adapula pasien yang menggunakan pengobatan



herbal, dari beberapa ahli herbal menyarankan mengkonsumsi obat herbal yaitu minyak zaitun dengan takaran 20 ml yang dicampur dengan jus lemon setengah butir dua kali sehari untuk menghilangkan batu empedu, selain itu mengkonsumsi habbatussauda beberapa bulan akan meningkatkan fungsi liver dan organ dalam sehingga mencegah pembentukan batu empedu. Pencegahan lainnya juga dapat dilakukan dengan menjalani gaya hidup sehat, terutama menjaga berat badan, dengan cara menerapkan pola makan yaitu makan makanan yang tidak mengandung banyak lemak jenuh hal ini juga dapat membantu mengurangi terkena batu empedu (*cholelithiasis*)(Hasanah et al., n.d.). Batu empedu bisa dicegah dengan meningkatkan asupan serat serta memperbanyak konsumsi buah-buahan dan daftar makanan yang dianjurkan untuk dikonsumsi yaitu : apel, brokoli, wortel, seledri, jeruk, lobak, lemon, sawi, bayam, semangka, dan bawang putih. Iriani (2014) menyatakan bahwa sayuran berdaun hijau seperti bayam, sawi, dan kangkung merupakan beberapa contoh sayuran yang bisa memberikan manfaat pada hati dan kandung empedu, karena pada sayuran hijau terkandung klorofil yang bisa membuat tubuh bersifat lebih basa. Sehingga dampak positifnya residu asam di dalam tubuh dapat dibuang, dengan demikian beban pada hati menjadi berkurang sehingga kandung empedu menjadi sehat. Sayuran lainnya yang bisa memecah lemak adalah lobak yang dipercaya mampu mencegah pembentukan batu empedu, begitu juga dengan tanaman rimpang yaitu kunyit dimana kandungan kurkuminnya mampu menurunkan peradangan dan melarutkan batu empedu, pemakaiannya bisa sangat efektif jika dipadukan dengan penggunaan lada hitam. Adapun perawatan pasien dengan diagnosa medis *cholelithiasis* dapat dilakukan dengan tehnik pembedahan atau menjalani operasi untuk mengangkat kandung empedunya,

pembedahan ini dapat dilakukan secara terbuka (kolistektomi) atau tertutup (kolistektomi laparoskopik)(Hasanah et al., n.d.).

## **1.2 Rumusan Masalah**

“Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy* di Ruang Rawat Inap Paediatric/Surgical Rs. Premier Surabaya?”

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy* di Ruang Rawat Inap Paediatric/Surgical Rs. Premier Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji Tn. D dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy* di Ruang Rawat Inap Paediatric/Surgical Rs. Premier Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada Tn. D dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy* di Ruang Rawat Inap Paediatric/Surgical Rs. Premier Surabaya.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy* di Ruang Rawat Inap Paediatric/Surgical Rs. Premier Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy* di Ruang Rawat Inap Paediatric/Surgical Rs. Premier Surabaya.

5. Mengevaluasi Tn. D dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy* di Ruang Rawat Inap Paediatric/Surgical Rs. Premier Surabaya.

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy* di Ruang Rawat Inap Paediatric/Surgical Rs. Premier Surabaya.

#### **1.4 Manfaat Karya Ilmiah Akhir**

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 Tn. D dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy* di Ruang Rawat Inap Paediatric/Surgical Rs. Premier 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 di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy*.

##### b. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy* 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 asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy* di Ruang Rawat Inap Paediatric/Surgical Rs. Premier Surabaya.

## 1.5 Metode Penulisan

### 1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

### 2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui penelitian secara baik dengan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien sangat menerima kehadiran saya dengan baik.

c. Pemeriksaan

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

### 3. Sumber Data

#### a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

#### b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

#### c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah 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 judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa *cholelithiasis*.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

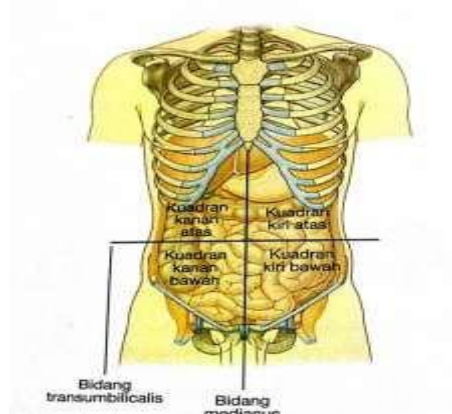
Dalam bab ini akan diuraikan secara teoritis, meliputi : 1) Konsep *Cholelithiasis*, 2) Konsep Asuhan Keperawatan *Cholelithiasis*.

#### 2.1 Konsep Batu Empedu (*Cholelithiasis*)

##### 2.1.1 Anatomi Fisiologi Kandung Empedu

###### 1. Anatomi regional

Regiones abdominals/ abdomen adalah bagian batang badan di sebelah inferior terhadap thorax. Dindingnya terdiri dari jaringan musculomembranosum yang mengelilingi suatu cavitas besar (cavitas abdominalis), yang di superiornya di batasi oleh diafragma dan inferiornya oleh *pelvic inlet*/ pintu masuk pelvis. Divisi topografi abdomen digunakan untuk menggambar lokasi organ organ abdomen dan rasa nyeri yang terkait dengan keluhan di abdomen (Amri et al., 2017).



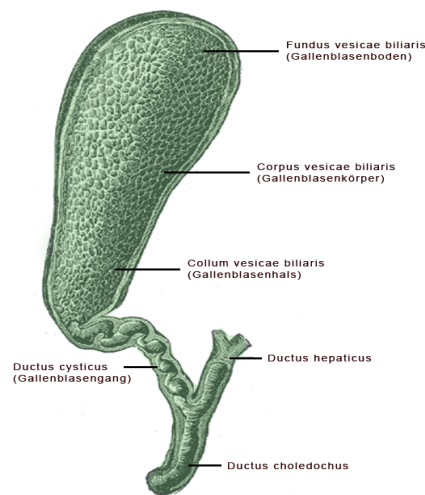
Gambar 2.1 Pola Topografi Abdomen (Sumber : Netter, 2014 )

## Struktur Vesica Billiaris

Vesica biliaris adalah suatu kantung yang berbentuk seperti buah pir yang terletak pada facies visceralis lobus dexter hepatis di dalam suatu fossa di antara lobus dexter hepatis dan lobus quadratus. Dengan memiliki panjang sekitar 7-10 cm dan diameter 4 cm dengan kapasitas berkisar 30-60 ml.

Struktur ini memiliki:

- a. Fundus vesicae biliaris, suatu ujung yang membulat, yang terletak pada margo inferior hepar.
- b. Corpus vesicae : Suatu bagian besar di dalam fossa, yang dapat terletak di depan colon transversum dan pars superior duodenum.
- c. Collum vesicae biliaris : Suatu bagian yang sempit, dengan tunika mukosa vesicae biliaris yang membentuk lipatan spiral.

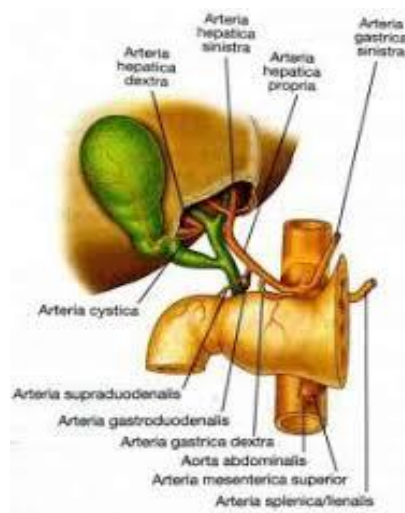


Gambar 2.2 Struktur Vesica Biliaris  
(Sumber : Diktat Anatomi, Situs Abdominis, ed. 2011)



c. Suplai Arterial Vesica Biliaris

Suplai arteri untuk vesica biliaris adalah arteria cystica cabang dari arteria hepatica dextra. Vesica Biliaris menerima, mengkonsentrasikan, dan menyimpan empedu dari hepar.



Gambar 2.3 Suplai arteria vesica biliaris  
(Sumber : Paulsen & Waschke, 2012)

### 2.1.2 Definisi Batu Empedu (*Cholelithiasis*)

Batu empedu adalah salah satu masalah yang terjadi tanpa gejala. Kurang lebih 50% penderita batu empedu tidak merasakan tanda gejala, dari 30% merasakan gejala nyeri, yang 20% menjadi komplikasi. Sebagian besar keluhan utama penderita batu empedu seperti sakit maag karena nyeri dirasakan pada ulu hati, sedangkan secara anatomi empedu terletak pada perut sebelah kanan atas, namun gejala sakit empedu mirip dengan sakit maag (Hasanah et al., n.d.).

### 2.1.3 Klasifikasi Batu Empedu

1. Batu Kolesterol

Batu ini mengandung beberapa zat yaitu kalsium karbonat, fosfat, palmitat, glikoprotein, palmitat, bilirubin, dan muskopolisakarida. Dimana 50% nya mengandung kolesterol monohidrat plus.

## 2. Batu Pigmen Hitam

Batu ini mengandung bilirubin indirek, karbonat, kalsium fosfat, dan tidak mengandung kolesterol. Sering terjadi pada hemolisis kronik, sirosis, ataupun chrons' disease.

## 3. Batu Pigmen Cokelat

Batu ini mengandung calcium bilirubin, strearate, palmitat. Jarang terjadi, namun sering terjadi pada infeksi bilier.

(Amri et al., 2017)

Tabel 2.1 Tabel Klasifikasi Batu Empedu (Amri et al., 2017)

	Batu Kolesterol	Batu Pigmen Hitam	Batu Pigmen Cokelat
Lokasi	Kandung empedu dan saluran empedu	Kandung empedu dan saluran empedu	Saluran empedu
Kandungan Mayor	Kolesterol	Polimer pigmen bilirubin	Kalsium bilirubin
Konsistensi	Kristalin dengan nucleus	Keras	Halus, dan rapuh
% Ratio - opak	15%	60%	0%
Kolesterol	>70%	-	<15%
Billirubin	-	>70%	>50%
Karbonat	-	5-10%	-
Palmitat	-	>5-10%	-
Fosfat	-	Yes	-

#### **2.1.4 Etiologi Batu Empedu**

Etiologi batu empedu masih belum diketahui sempurna. Sejumlah penyelidikan menunjukkan bahwa hati penderita batu kolesterol mensekresi empedu yang sangat jenuh dengan kolesterol. Batu empedu kolesterol dapat terjadi karena tingginya kalori dan pemasukan lemak. Konsumsi lemak yang berlebihan akan menyebabkan penumpukan di dalam tubuh sehingga sel-sel dipaksa bekerja keras untuk menghasilkan cairan empedu. Kolesterol yang berlebihan ini mengendap dalam kandung empedu dengan cara yang belum dimengerti sepenuhnya (Amri et al., 2017).

#### **2.1.5 Faktor Risiko Batu Empedu**

1. Usia

Semua studi epidemiologi menunjukkan bahwa bertambahnya usia dikaitkan dengan peningkatan prevalensi batu empedu. Batu empedu menyerang 4-10x lebih sering pada usia yang lebih tua dari pada usia muda.

2. Jenis kelamin

Disemua populasi dunia, terlepas dari prevalensi batu empedu secara keseluruhan, wanita selama masa subur mereka hampir dua kali lebih mungkin mengalami pembentukan batu empedu dari pada pria. Keadaan ini berlanjut sampai tingkat yang lebih rendah di periode saat menopause, namun perbedaan jenis kelamin akan menyempit seiring bertambahnya usia.

### 3. Genetika

Baik penelitian nekropsi maupun populasi telah menunjukkan perbedaan ras, yaitu prevalensi batu empedu kolesterol sangat bervariasi, dari populasi Asia dan Afrika yang sangat rendah (<5%), menjadi menengah (10-30%). Suku pima dari Arizona memiliki prevalensi batu empedu tertinggi di dunia. Lebih dari 70% wanita Pima yang berusia lebih dari 25 tahun memiliki batu empedu atau riwayat kolesistektomi. Riwayat keluarga yang terkena batu empedu, dapat meningkatkan 5 kali faktor terhadap keturunannya.

### 4. Obesitas

Obesitas merupakan faktor risiko yang penting untuk penyakit batu empedu, dan lebih banyak terkena pada wanita dari pada pria. Sedikitnya 25% individu dengan obesitas memiliki bukti adanya penyakit empedu. Wanita dengan obesitas memiliki peningkatan risiko pembentukan batu.

### 5. Penurunan berat badan yang cepat

Penurunan berat badan yang cepat dikaitkan dengan terjadinya endapan batu empedu pada 10-25% pasien dalam beberapa minggu setelah memulai prosedur penurunan berat badan. Jika seorang kehilangan berat badan terlalu cepat hati akan mengeluarkan kolesterol ekstra. Selain itu ada mobilisasi kolesterol yang cepat dalam jaringan adiposa. Dalam puasa yang berhubungan dengan diet rendah lemak, kontraksi kandung empedu berkurang, dan stasis kandung empedu menyertai pembentukan batu empedu meningkatkan pengosongan kandung empedu dengan mengonsumsi sejumlah kecil lemak dapat menghambat pembentukan batu empedu pada

pasien yang mengalami penurunan berat badan yang cepat. Puasa dalam jangka pendek meningkatkan saturasi kolesterol empedu dan dalam jangka panjang dapat menyebabkan stasis kandung empedu yang bisa menyebabkan endapan, dan akhirnya terbentuk batu empedu.

## 6. Diet

Pajanan nutrisi pada pola diet barat, yaitu asupan tinggi lemak, karbohidrat dan penurunan kadar serat merupakan faktor risiko potensial untuk pengembangan batu empedu. Asupan kalsium tampaknya berbanding terbalik dengan prevalensi batu empedu. Diet kalsium menurunkan saturasi kolesterol empedu dengan mencegah reabsorpsi asam empedu sekunder di usus besar. Vitamin C mempengaruhi aktivitas *7 $\alpha$  hydroxylase* dalam empedu dan ditunjukkan bahwa asam askorbat dapat mengurangi risiko *lithogenic* pada orang dewasa. Konsumsi kopi tampaknya berkorelasi terbalik dengan prevalensi batu empedu, karena peningkatan sirkulasi asam empedu enterohepatik. Komponen kopi merangsang pelepasan CCK, yang meningkatkan motilitas kandung empedu, menghambat penyerapan cairan kandung empedu, menurunkan kristalisasi kolesterol dalam empedu dan mungkin meningkatkan motilitas usus.

## 7. Aktivitas fisik dan gaya hidup

Olah raga yang teratur dan pola makan yang baik, selain memfasilitasi pengendalian berat badan, dapat memperbaiki beberapa kelainan metabolik yang terkait dengan obesitas dan batu empedu kolesterol. Sebaiknya, buruknya aktivitas fisik ada kaitannya dengan syndrome metabolik dan

berhubungan dengan kondisi obesitas, DM tipe 2 dan dyslipidemia. Dalam keadaan berkaitan dengan resistensi insulin ke hipersekresi kolesterol bilier dan sistesis asam empedu yang berkurang.

#### 8. Obat-obatan

Semua turunan asam fibrat meningkatkan saturasi kolesterol biliaris dan menurunkan kolesterol serum. Clofibrate adalah inhibitor ampuh asiltransferase asil-COA asiltransferase hati (ACAT). Penghambatan ACAT menyebabkan peningkatan ketersediaan kolesterol bebas atau tidak tersterifikasi untuk sekresi empedu, mendukung pembentukan batu empedu. Selain itu penggunaan jangka panjang inhibitor pompa proton telah terbukti mengurangi fungsi kandung empedu, yang berpotensi menyebabkan pembentukan batu empedu. Peran *lithogenic* dari ceftriaxone tidak bisa di metabolisme pada empedu, sehingga meningkatkan konsentrasi.

#### 9. Diabetes, dislipidemia, dan sindrom metabolik

Penderita diabetes umumnya memiliki kadar asam lemak tinggi yang disebut trigliserida. Asam lemak ini dapat meningkatkan risiko batu empedu. Fungsi kandung empedu terganggu pada adanya neuropati diabetes, dan regulasi hiperglikemia dengan resistensi insulin meningkatkan kejadian pembentukan batu.

### **2.1.6 Patofisiologi Batu Empedu**

Pembentukan batu empedu dibagi menjadi tiga tahap : (1) Pembentukan empedu yang supersaturasi, (2) Nukleasi atau pembentukan inti batu, dan (3) Berkembang karena bertambahnya pengendapan. Kelarutan kolesterol merupakan

masalah yang terpenting dalam pembentukan semua batu, kecuali batu pigmen. Supersaturasi empedu dengan kolesterol terjadi bila perbandingan asam empedu dan fosfolipid dengan kolesterol turun dibawah harga tertentu. Secara normal kolesterol tidak larut dalam media yang mengandung air. Empedu dipertahankan dalam bentuk cair oleh pembentukan koloid yang mempunyai inti sentral kolesterol, dikelilingi oleh mantel yang hidrofilik dari garam empedu dan lesitin. Jadi sekresi kolesterol yang berlebihan, atau kadar asam empedu rendah, atau terjadi sekresi lesitin, merupakan keadaan yang litogenik (Amri et al., 2017).

### **2.1.7 Manifestasi Klinis Batu Empedu**

#### **1. Asintomatik**

Batu yang terdapat dalam kandung empedu sering tidak memberikan gejala. Dapat memberikan gejala nyeri akut akibat kolesistitis, nyeri bilier, nyeri abdomen kronik berulang ataupun dispepsia, mual (Agus, Sueta, & Bahar, 2014). Studi perjalanan penyakit sampai 50 % dari semua pasien dengan batu kandung empedu, tanpa mempertimbangkan jenisnya, adalah asintomatik. Kurang dari 25 % dari pasien yang benar-benar mempunyai batu empedu asintomatik akan merasakan gejalanya yang membutuhkan intervensi setelah periode waktu 5 tahun. Tidak ada data yang merekomendasikan kolesistektomi rutin dalam semua pasien dengan batu empedu asintomatik (Agus et al., 2014).

#### **2. Simtomatik**

Keluhan utamanya berupa nyeri di daerah epigastrium, kuadran kanan atas. Rasa nyeri lainnya adalah kolik bilier yang berlangsung lebih dari 15 menit, dan kadang baru menghilang beberapa jam kemudian. Kolik biliaris, nyeri

pascaprandial kuadran kanan atas, biasanya dipresipitasi oleh makanan berlemak, terjadi 30-60 menit setelah makan, berakhir setelah beberapa jam dan kemudian pulih, disebabkan oleh batu empedu, dirujuk sebagai kolik biliaris. Mual dan muntah sering kali berkaitan dengan serangan kolik biliaris (Agus et al., 2014).

### 3. Komplikasi

Kolesistitis akut merupakan komplikasi penyakit batu empedu yang paling umum dan sering menyebabkan kedaruratan abdomen, khususnya di antara wanita usia pertengahan dan manula. Peradangan akut dari kandung empedu, berkaitan dengan obstruksi duktus sistikus atau dalam infundibulum. Gambaran tipikal dari kolesistitis akut adalah nyeri perut kanan atas yang tajam dan konstan, baik berupa serangan akut ataupun didahului sebelumnya oleh rasa tidak nyaman di daerah epigastrium post prandial. Nyeri ini bertambah saat inspirasi atau dengan pergerakan dan dapat menjalar ke punggung atau keujung skapula. Keluhan ini dapat disertai mual, muntah dan penurunan nafsu makan, yang dapat berlangsung berhari-hari. Pada pemeriksaan dapat dijumpai tanda toksemia, nyeri tekan pada kanan atas abdomen dan tanda klasik Murphy sign” (pasien berhenti bernafas sewaktu perut kanan atas ditekan). Masa yang dapat dipalpasi ditemukan hanya dalam 20% kasus. Kebanyakan pasien akhirnya akan mengalami kolesistektomi terbuka atau laparoskopik (Agus et al., 2014).

#### **2.1.8 Penatalaksanaan Batu Empedu**

1. Antibiotik harus diberikan untuk semua kasus, disesuaikan dengan derajat beratnya penyakit. Pada insufisiensi ginjal, dosis antibiotik harus disesuaikan.
2. Non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAID) dapat diberikan untuk mengatasi nyeri. Salah satu NSAID yang dapat dipilih adalah diclofenac atau indomethacin.



3. Tata laksana umum lainnya termasuk istirahat total, pemberian nutrisi parenteral, diet ringan rendah lemak. Pemberian antibiotik pada fase awal sangat penting untuk mencegah komplikasi peritonitis, kolangitis, dan sepsis. Pasien dapat diberikan antibiotik sefalosporin generasi ketiga atau keempat atau flurokuinolon, ditambah dengan metronidazole. Golongan ampicilin, sefalosporin dan metronidazole cukup memadai untuk mematikan kuman-kuman yang umum terdapat pada kolesistitis akut seperti E. coli, S. Faecalis dan Klebsiella.
4. Terapi definitif untuk kolesistitis akut adalah kolesistektomi (Agus et al., 2014).

#### **2.1.9 Komplikasi Batu Empedu**

1. Asimtomatik
2. Obstruksi duktus sistikus
3. Kolik bilier
4. Kolesistitis akut
5. Perikolesistitis
6. Peradangan pancreas (pankreatitis)
7. Perforasi
8. Kolistitis kronis
9. Hidrop kandung empedu
10. Empiema kandung empedu
11. Fistel kolesistoenterik

12. Batu empedu sekunder

13. Ileus batu empedu

(Agus et al., 2014)

#### **2.1.10 Pemeriksaan Penunjang Batu Empedu**

1. Radiologi : Pemeriksaan USG
2. Kolesistografi
3. Sonogram
4. ERCP (Endoscopic Retrograde Colangiopancreatografi)
5. Pemeriksaan Laboratorium

#### **2.1.11 Penatalaksanaan Medis Batu Empedu**

Penanganan kolelitiasis dibedakan menjadi dua yaitu penatalaksanaan nonbedah dan bedah. Ada juga yang membagi berdasarkan ada tidaknya gejala yang menyertai kolelitiasis, yaitu penatalaksanaan pada kolelitiasis simptomatik dan kolelitiasis yang asimtomatik.

1. Penatalaksanaan Nonbedah :
  - a. Penatalaksanaan pendukung dan diet

Kurang lebih 80% dari pasien-pasien inflamasi akut kandungempedu sembuh dengan istirahat, cairan infus, penghisapannasogastrik, analgesik dan antibiotik. Intervensi bedah harus ditunda sampai gejala akut mereda dan evaluasi yang lengkap dapat dilaksanakan, kecuali jika kondisi pasien memburuk.

b. Manajemen terapi :

- 1) Diet rendah lemak, tinggi kalori, tinggi protein
- 2) Pemasangan pipa lambung bila terjadi distensi perut.
- 3) Observasi keadaan umum dan pemeriksaan vital sign.
- 4) Dipasang infus program cairan elektrolit dan glukosa untuk mengatasi syok.
- 5) Pemberian antibiotik sistemik dan vitamin K (anti koagulopati).

c. Disolusi medis

Oral Dissolution Therapy adalah cara penghancuran batu dengan pemberian obat-obatan oral. Ursodeoxycholic acid lebih dipilih dalam pengobatan daripada chenodeoxycholic karena efek samping yang lebih banyak pada penggunaan chenodeoxycholic seperti terjadinya diare, peningkatan aminotransferase dan hiperkolesterolemia sedang. Pemberian obat-obatan ini dapat menghancurkan batu pada 60% pasien dengan kolelitiasis, terutama batu yang kecil. Angka kekambuhan mencapai lebih kurang 10%, terjadi dalam 3-5 tahun setelah terapi. Disolusi medis sebelumnya harus memenuhi kriteria terapi nonoperatif diantaranya batu kolesterol diameternya < 20 mm, batu kurang dari 4 batu, fungsi kandung empedu baik dan duktus sistikpaten. Pada anak-anak terapi ini tidak dianjurkan, kecuali pada anak-anak dengan risiko tinggi untuk menjalani operasi.

d. Disolusi kontak

Terapi *contact dissolution* adalah suatu cara untuk menghancurkan batu kolesterol dengan memasukkan suatu cairan pelarut ke dalam kandung empedu melalui kateter perkutaneus melalui hepar atau alternatif lain melalui kateter nasobilier. Larutan yang dipakai adalah methyl terbutyl eter. Larutan ini dimasukkan dengan suatu alat khusus ke dalam kandung empedu dan biasanya mampu menghancurkan batu kandung empedu dalam 24 jam. Kelemahan teknik ini hanya mampu digunakan untuk kasus dengan batu yang kolesterol yang radiolusen. Larutan yang digunakan dapat menyebabkan iritasi mukosa, sedasi ringan dan adanya kekambuhan terbentuknya kembali batu kandung empedu.

e. Litotripsi Gelombang Elektrosyok (ESWL)

Prosedur non invasive ini menggunakan gelombang kejutan berulang (Repeated Shock Wave) yang diarahkan pada batu empedu di dalam kandung empedu atau duktus koledokus dengan maksud memecah batu tersebut menjadi beberapa sejumlah fragmen.

f. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP)

Pada ERCP, suatu endoskop dimasukkan melalui mulut, kerongkongan, lambung dan ke dalam usus halus. Zat kontras radioopak masuk ke dalam saluran empedu melalui sebuah selang di dalam sfingter oddi. Pada sfingterotomi, otot sfingter dibuka agak lebar sehingga batu empedu yang menyumbat saluran akan berpindah ke usus halus. ERCP dan sfingterotomi telah berhasil dilakukan pada 90% kasus. Kurang dari 4 dari setiap 1.000 penderita yang meninggal dan 3-7% mengalami komplikasi, sehingga

prosedur ini lebih amandibandingkan pembedahan perut. ERCP saja biasanya efektifdilakukan pada penderita batu saluran empedu yang lebih tua, yangandung empedunya telah diangkat.

## 2. Penatalaksanaan Bedah

### a. Kolesistektomi terbuka

Operasi ini merupakan standar terbaik untuk penanganan pasiendengan kolelitiasis simtomatik. Komplikasi yang paling bermakna yangdapat terjadi adalah cedera duktus biliaris yang terjadi pada 0,2% pasien. Angka mortalitas yang dilaporkan untuk prosedur ini kurangdari 0,5%. Indikasi yang paling umum untuk kolesistektomi adalahkolik biliaris rekuren, diikuti oleh kolesistitis akut.

### b. Kolesistektomi laparaskopi

Kolesistektomi laparoskopik mulai diperkenalkan pada tahun 1990dan sekarang ini sekitar 90% kolesistektomi dilakukan secaralaparaskopi. 80-90% batu empedu di Inggris dibuang dengan cara inikarena memperkecil resiko kematian dibanding operasi normal (0,1-0,5% untuk operasi normal) dengan mengurangi komplikasi pada jantung dan paru. Kandung empedu diangkat melalui selang yangdimasukkan lewat sayatan kecil di dinding perut.Indikasi awal hanya pasien dengan kolelitiasis simtomatik tanpaadanya kolesistitis akut. Karena semakin bertambahnya pengalaman,banyak ahli bedah mulai melakukan prosedur ini pada pasien dengankolesistitis akut dan pasien dengan batu duktus koledokus. Secarateoris keuntungan tindakan ini dibandingkan prosedur konvensionaladalah dapat mengurangi perawatan di

rumah sakit dan biaya yang dikeluarkan, pasien dapat cepat kembali bekerja, nyeri menurun dan perbaikan kosmetik. Masalah yang belum terpecahkan adalah keamanan dari prosedur ini, berhubungan dengan insiden komplikasi seperti cedera duktus biliaris yang mungkin dapat terjadi lebih sering selama kolesistektomi laparoskopik.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Batu Empedu**

### **2.2.1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Di sini, semua data-data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan klien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien. Metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostic (Di & Cendana, 2019).

#### **1. Identitas pasien**

Meliputi: nama, umur, jenis kelamin, alamat, tempat tinggal, tempat tanggal lahir, pekerjaan dan pendidikan. Kolelitiasis biasanya ditemukan pada 20 -50 tahun dan lebih sering terjadi anak perempuan pada dibanding anak laki – laki (Di & Cendana, 2019).

#### **2. Keluhan utama**

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

### 3. Riwayat kesehatan

#### a) Riwayat kesehatan sekarang

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

#### b) Riwayat kesehatan dahulu

Kaji apakah klien pernah menderita penyakit sama atau pernahmemiliki riwayat penyakit sebelumnya.

#### c) Riwayat kesehatan keluarga (genogram)

Mengkaji ada atau tidaknya keluarga klien pernah menderitapenyakit kolelitiasis. Penyakit kolelitiasis tidak menurun, karena penyakit ini menyerang sekelompok manusia yang memiliki polamakan dan gaya hidup yang tidak sehat. Tapi orang dengan riwayatkeluarga kolelitiasis mempunyai resiko lebih besar dibanding dengantana riwayat keluarga.

### 4. Pemeriksaan fisik

#### a) Pemeriksaan umum

Pemeriksaan tingkat kesadaran, tanda–tanda vitalyaitu tekanan darah, nadi, RR, dan suhu.

b) Pemeriksaan Fisik Head To Toe

1) Kulit

Warna kulit apakah normal, pucat atau sianosis, rash lesi, bintik-bintik, ada atau tidak. Jika ada seperti apa, warna, bentuknya ada cairan atau tidak, kelembaban dan turgor kulit baik atau tidak.

2) Kepala

Simetris pada anak dengan glomerulus nefritis akut biasanya ubun-ubun cekung, rambut kering.

3) Wajah

Simetris, pucat atau tidak

4) Mata

Pada anak dengan glomerulus nefritis akut biasanya Nampak edema pada kelopak mata, konjungtiva anemis, pupil anisokor, dan sklera anemis.

5) Telinga

Bentuk, ukuran telinga, kesimetrisan telinga, warna, adaserumen atau tidak, ada tanda – tanda infeksi atau tidak, palpasi, adanya nyeri tekan atau tidak.

6) Hidung



Bentuk, posisi, lubang, ada lendir atau tidak, lesi, sumbatan, perdarahan tanda-tanda infeksi, adakah pernapasan cuping hidung atau tidak dan nyeri tekan.

7) Mulut

Warna mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi dan stomatitis. Langit-langit keras (palatum durum) dan lunak, tenggorokan, bentuk dan ukuran lidah, lesi, sekret, kesimetrisan bibir dan tanda-tanda sianosis.

8) Dada

Kesimetrisan dada, adakah retraksi dinding dada, adakah bunyi napas tambahan (seperti ronchi, wheezing, crackles), adakah bunyi jantung tambahan seperti (mur mur), takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi, kedalaman (pernafasan kusmaul).

9) Abdomen

Inspeksi perut tampak membesar, palpasi ginjal adanyanyeri tekan, palpasi hepar, adakah distensi, massa, dengarkan bunyibising usus, palpasi seluruh kuadran abdomen. Biasanya pada Kolelitiasis terdapat nyeri pada perut bagian kananatas.

10) Genitalia dan rectum

Lubang anus ada atau tidak, pada laki-laki inspeksi uretra dan testis apakah terjadi hipospadia atau epispadia, adanya edema skrotum atau terjadinya hernia serta kebersihan preputium, pada wanita inspeksi

labia dan klitoris adanya edema atumassa, labia mayora menutupi labia minora, lubang vagina, adakah secret atau bercak darah.

#### 11) Ekstremitas

Inspeksi pergerakan tangan dan kaki, kaji kekuatan otot, palpasi ada nyeri tekan, benjolan atau massa.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan (Di & Cendana, 2019). Diagnosa keperawatan pada pasien dengan batu empedu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan obstruksi, proses inflamasi, prosedur bedah, infeksi.
2. Hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
3. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
4. Hipertermi berhubungan dengan infeksi pada kandung empedu.
5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
6. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur pembedahan.

### **2.2.3 Rencana Keperawatan**

1. Nyeri akut berhubungan dengan obstruksi/spasme duktus, proses inflamasi, prosedur pembedahan.

Intervensi :

- a) Melakukan pengkajian secara komprehensif, observasi dan catatlokasi, beratnya (skala 1-10) dan karakteristik nyeri (menetap, hilang, timbul).

Rasional : Untuk mengetahui tingkat nyeri yang di rasakan sangat penting karena dapat membantu menentukan intervensi yang tepat.

- b) Observasi tanda - tanda vital tiap 8 jam.

Rasional : Untuk mengetahui perubahan tanda-tanda vital terutama suhu dan nadi merupakan salah satu indikasi peningkatan nyeri yang di alami oleh klien.

- c) Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang.

Rasional : Lingkungan yang nyaman dapat membuat klien beristirahat dengan tenang.

- d) Beri posisi yang nyaman.

Rasional : Posisi yang nyaman dapat menghindarkan penekanan pada area nyeri.

- e) Anjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi.

Rasional : Teknik relaksasi dapat membuat klien merasa nyaman dan distraksi dapat mengalihkan perhatian klien terhadap nyeri sehingga dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.

- f) Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi secara farmakologis.

Rasional : Obat-obat analgetik akan memblokir reseptor nyeri sehingga nyeri tidak dapat dirasakan.

2. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif.

Intervensi :

- a) Kaji input dan output cairan.

Rasional : Pengkajian tersebut menjadi dasar rencana askep dan evaluasi.

- b) Timbang BB setiap hari.

Rasional : Penurunan BB dapat terjadi karena muntah berlebihan.

- c) Beri cairan intravena yang terdiri dari glukosa, elektrolit dan vitamin.

Rasional : Mencegah kekurangan cairan dan memperbaiki keseimbangan asam basa.

- d) Anjurkan untuk minum air dengan perlahan.

Rasional : Pemberian cairan sesuai dengan toleransi klien.

3. Defisit Nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan

Intervensi :

- a) Monitor status nutrisi pasien, BB, integritas mukosa oral, kemampuan menelan, tonus otot, mual muntah.

Rasional : Dapat menentukan intervensi yang tepat.

- b) Perhatikan diet.

Rasional : Membantu mengidentifikasi gizi sesuai kebutuhan tubuh .

- c) Awasi masukan serta BB secara periodic.

Rasional : Mengukur keefektifan nutrisi dan cairan.

- d) Beri makanan dalam porsi sedikit pada awalnya.

Rasional : Merangsang nafsu makan.

- e) Beri makanan dengan cara yang menarik.

Rasional : Meningkatkan keinginan untuk makan.

4. Hipertermi b.d proses infeksi pada kandung empedu

Intervensi :

- a) Lakukan kompres hangat pada area ketiak atau lipatan paha.

Rasional : Untuk melepaskan panas melalui konveksi.

- b) Anjurkan pasien mengenakan pakaian tipis.

Rasional : Agar panas dapat dilepaskan melalui evaporasi.

- c) Anjurkan pasien minum sebanyak mungkin air jika tidak di kontraindikasikan.

Rasional : Agar mengganti cairan yang hilang karena panas.

- d) Pantau suhu tubuh setiap 30 menit – 1 jam, nadi frekuensi napas, dan tekanan darah.

Rasional : Agar dapat meyakinkan perbandingan data yang akurat

5. Kurang pengetahuan berhubungan kurang terpapar informasi

Intervensi :

- a) Kaji pengetahuan klien tentang penyakitnya.

Rasional : Untuk mengetahui tingkat pemahaman klien tentang penyakitnya.

- b) Jelaskan proses penyakit (tanda dan gejala).

Rasional : agar klien dapat mengerti proses penyakit yang di alaminya.

- c) Jelaskan program pengobatan alternatif.

Rasional : agar klien dapat mengetahui pengobatan yang dapat dilakukan.

- d) Instruksikan kapan harus ke pelayanan kesehatan.

Rasional : agar klien dapat pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan.

- e) Tanyakan kembali pengetahuan klien tentang penyakit, prosedur perawatan dan cara pengobatan.

Rasional : mengevaluasi kembali pemahaman klien.

6. Risiko infeksi b.d prosedur pembedahan

Intervensi :

- a) Kaji adanya tanda-tanda infeksi.

Rasional : untuk mengetahui adanya gejala awal dari proses infeksi.

- b) Observasi vital sign

Rasional : perubahan vital sign merupakan satu indikator dan terjadinya proses infeksi dalam tubuh.

- c) Observasi kulit yang mengalami kerusakan(luka, garis jahitan), alat infasif (infus, kateter).

Rasional : deteksi dini perkembangan infeksi.

- d) Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian obat antibiotik.

Rasional : antibiotik dapat menghambat pembentukan sel bakterisehingga proses infeksi tidak terjadi.

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Di & Cendana, 2019)

Ada tiga prinsip pedoman implementasi keperawatan (Di & Cendana, 2019) yaitu :

1. Mempertahankan Keamanan Klien

Keamanan merupakan focus utama dalam melakukan tindakan. Oleh karena, tindakan yang membahayakan tidak hanya dianggap sebagai pelanggaran etika

standar keperawatan professional, tetapi juga merupakan suatu tindakan pelanggaran hukum yang dapat dituntut.

## 2. Memberikan Asuhan yang Efektif

Asuhan yang efektif adalah memberikan asuhan sesuai dengan yang harus dilakukan semakin baik pengetahuan dan pengalaman seorang perawat, maka semakin efektif asuhan yang diberikan.

## 3. Memberikan Asuhan Seefisien Mungkin

Asuhan yang efisien berarti perawat dalam memberikan asuhan dapat menggunakan waktu sebaik mungkin sehingga dapat menyelesaikan masalah klien.

### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis, yaitu :

#### 1. Evaluasi Berjalan (Sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. Format yang dipakai adalah format SOAP (Ii, 2012).

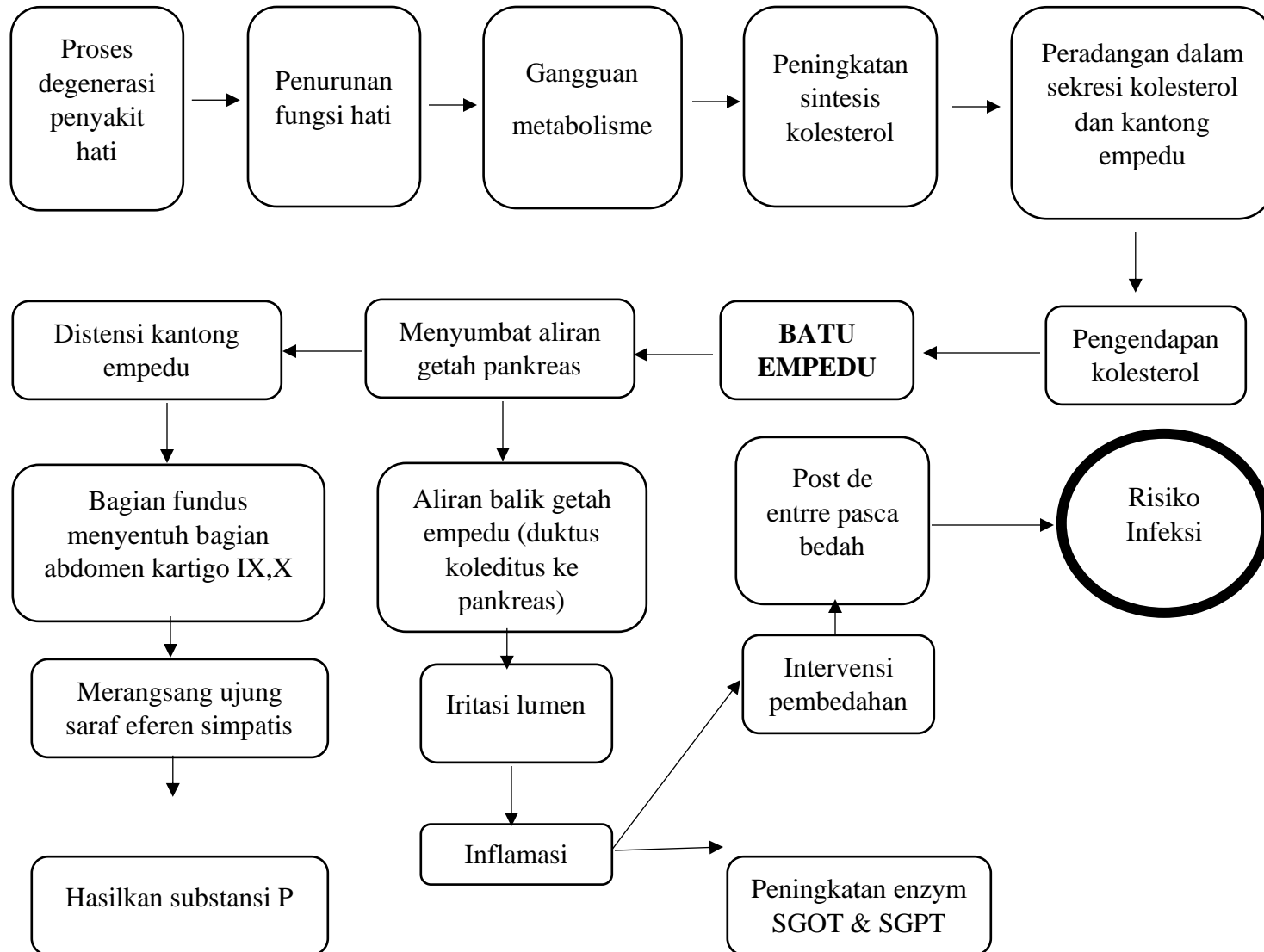
#### 2. Evaluasi Akhir (Formatif)

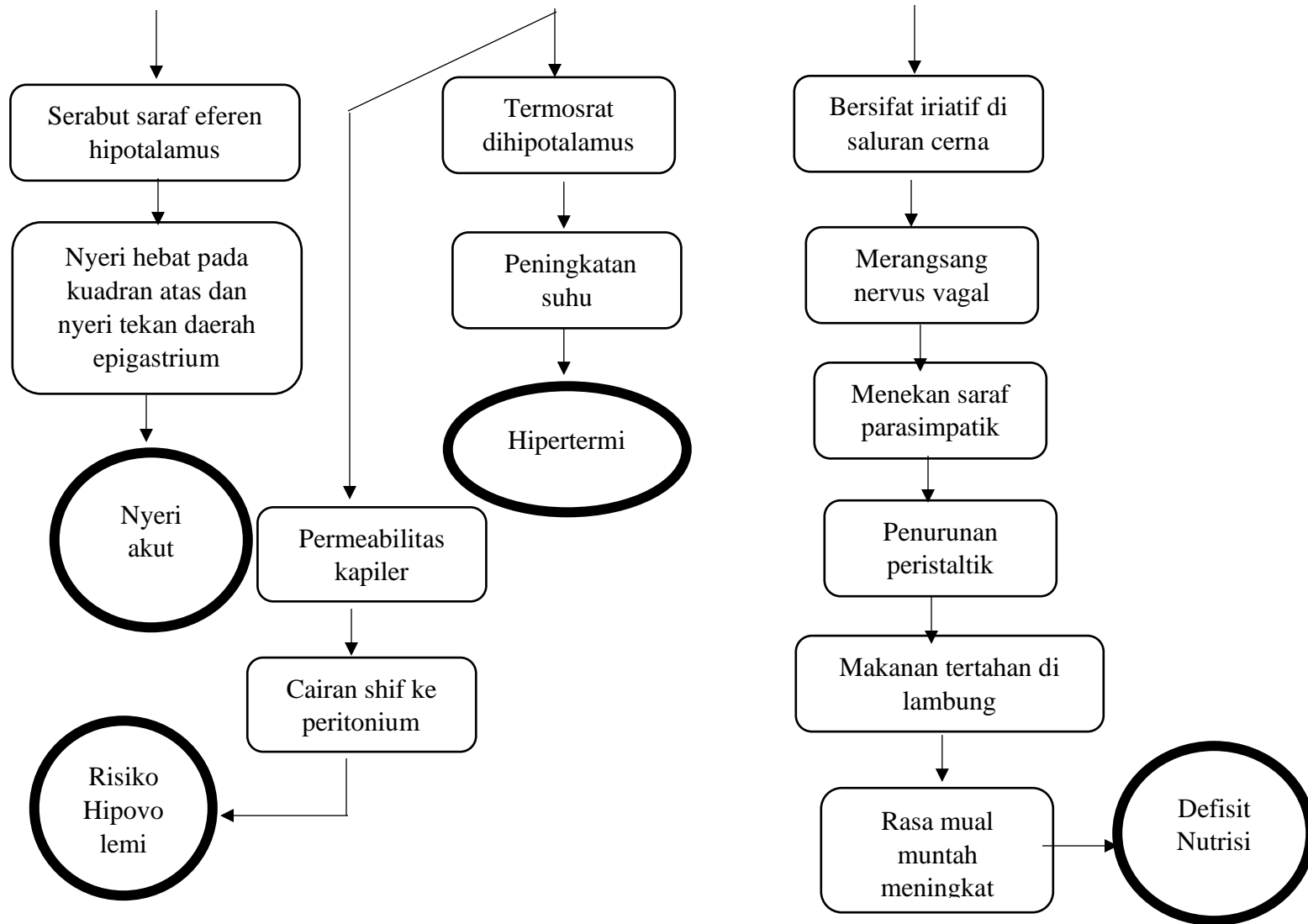
Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi (Ii, 2012).





### 2.3 Kerangka Asuhan Keperawatan





## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **a. Pengkajian**

##### **3.1.1 Data Dasar**

Tn. D (44 tahun), beragama Islam. Berasal dari suku Jawa/Indonesia, pasien di rumah sebagai kepala keluarga, sudah menikah dan mempunyai 2 orang anak, pasien bekerja salah satu perusahaan swasta di Surabaya. No. register xxx29160. Tn. D dirawat dengan Diagnosa MedisCholelithiasis pro operasi Lapparoscopic Cholesistektomy di Ruang rawat Inap Paediatric / Surgical Rs. Premier Surabaya pasien MRS pada tanggal 12 Juli 2020 pukul 10.00 WIB pasien datang melalui IGD Rs. Premier Surabaya. Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Juli 2020 pukul 14.00 WIB di Ruang rawat Inap Paediatric / Surgical Rs. Premier Surabaya.

Keluhan utama masuk rumah sakit adalah Tn. D mengeluh 3 bulan yang lalu pasien merasakan nyeri ulu hati hilang timbul, perut sering kembung, tidak ada icterus, skala nyeri yang dirasakan saat timbul skala nyeri 5 (dari 1-10), nyeri yang dirasakan saat timbul berlangsung kira-kira selama 10 menit. Pasien tidak ada riwayat HT, DM, ataupun riwayat penyakit lainnya, pasien pernah dilakukan tindakan operasi sebelumnya plating clavícula post KLL tahun 2019.

Pasien di jadwalkan operasi Lapparoscopic Cholesistektomy Tanggal 13 Juli 2020 pukul 08.00 oleh dokter Spesialis Bedah Digestif. Pengkajian pada tanggal 13 Juli 2020 pukul 14.00 pasien post operasi Lapparoscopic Cholesistektomy dengan anastesi GA intubasi saat ini pasien sudah kembali di Ruang Rawat inap

paediatric / Surgical Rs. Premier Surabaya, di dapatkan hasil tekanan darah 143/92 mmHg, nadi 110 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,9°C, tingkat kesadaran composmentis, GCS E4V5M6. Hasil pemeriksaan penunjang Tn. D yang dilakukan sebagai prosedur operasi pada tanggal 12 Juli 2020 di dapatkan EKG normal, Rontgen Thorax : gambaran thorax baik, dan didapatkan hasil USG AbdomenUpper Lower dengan kesimpulan:

1. Hepar : Besar dan bentuk normal, permukaan rata, echo normal , tidak ada kiste / nodule, tidak ada bending bilier, gambaran v porta dan v hepatica normal, flow dan spectra v porta dan v hepatica normal.
2. Kandung empedu : Besar dan bentuknya normal, dinding sedikit agak menebal, mukosa baik, taka da peri cholecystic fluid collection, tampak 3 batu dengan shadow acoustic, diameter 4,9 & 10 mm.
3. Pancreas : Agak samar-samar, permukaan baik, tidak ada kiste / nodule
4. Ginjal : Besar dan bentuknya normal, permukaan rata, echo normal, tidak ada kiste / nodule, tebal cortex normal, tidak ada batu / ectasis.  
Ginjal kanan : 102 x 54 mm  
Ginjal kiri : 102 x 58 mm
5. Buli : Besar dan bentuknya normal, mukosa baik, tidak ada batu.
6. Prostat : Tidak membesar, permukaan rata, echo normal, tidak ada kiste / nodule.
7. Daerah Mc Burney : Baik

Kesan : Gambaran batu empedu *multiple*

Hepar, pancreas, lien, ginjal, buli, prostat dan daerah Mc Burney baik

Adapun hasil pemeriksaan laborat Rs. Premier Surabaya tanggal 12 Juli 2020 HB 16.0<sup>g</sup>/dl, WBC 9,43 , PLT 276 , BUN 22<sup>mg</sup>/dl, Creat 1.18<sup>mg</sup>/dl, Gluc 120<sup>mg</sup>/dl, kadar Na 141 mmol/l, Kalium 3,9 mmol/l, Chlorida 103mmol/l. Dari hasil pemeriksaan penunjang pasien menunjukkan hasil yang baik dan pasien tidak mempunyai penyakit penyerta atau riwayat sakit apapun sebelumnya, sehingga dokter anastesi setuju untuk dilakukan tindakan operasi pada tanggal 13 Juli 2020 tadi pagi pukul 08.00.

### **3.1.2 Pemeriksaan Fisik**

Pada pemeriksaan fisik B1 (*Breath*) didapatkan hasil pemeriksaan bentuk dada normochest, tidak terdapat otot bantu napas, irama napas reguler, pola napas normal, suara napas vesikuler, tidak ada sesak napas, tidak terdapat sputum, tidak terdapat sianosis, kemampuan aktivitas pasien tidak terbatas, tidak ada batuk, dan tidak ada suara napas tambahan.

Pada pemeriksaan fisik 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.

Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain*) didapatkan hasil GCS pasien E4V5M6, bentuk kepala simetris, terdapat nyeri kepala, tidak terdapat hemiparesis, dan tidak mengalami kelemahan pada anggota tubuh. Bentuk mata pasien simetris, tidak menggunakan kaca mata, pupil isokor 3/3, sklera/konjungtiva tidak anemis, lapang pandang normal, 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 kering, karena pasien puasa prosedur dari tindakan operasi,

tidak ada kesulitan menelan dan berbicara. Pada nervus I (saraf olfaktorius) pasien tidak kesulitan mencium bau, nervus II (saraf optikus) pasien mengatakan penglihatan normal, penglihatan jarak dekat, jarak jauh baik, nervus III (saraf okulomotorius) pasien tidak kesusahan pada pergerakan bola mata dan pupil, nervus IV (saraf troklearis) pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah, nervus V (saraf trigeminus) pasien mampu mengunyah makanan, nervus VI (saraf abduzens) pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah lateral, nervus VII (saraf fasialis) pasien mampu menjulurkan lidah, nervus VIII (saraf vestibulokoklearis) pasien mampu mendengarkan dengan baik, nervus IX (saraf glossofaringeus) pasien tidak mengalami kesulitan menelan, nervus X (saraf vagus) pasien mampu menelan dengan baik, nervus XI (saraf aksesorius) pasien mampu mengangkat tangan dan kaki kiri, memutar / memfleksikan kepala, nervus XII (saraf hipoglosus) pasien tidak mengalami kesulitan berbicara.

Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder*) didapatkan hasil pemeriksaan eliminasi urin SMRS Frekuensi 5x sehari dengan jumlah  $\pm 1000$  ml/ 24 jam, warna kekuningan, namun saat ini pasien belum terasa BAK karena pasien masih dalam reaksi sisa obat bius. Pasien menggunakan alat bantu infus di metakarpal tangan kiri, tidak terdapat kateter, pasien tidak menggunakan diapers. Tidak terdapat distensi kandung kemih dan nyeri tekan.

Pada pemeriksaan fisik B5 (*Bowel*) didapatkan hasil mulut kering, membran mukosa kering, tidak terdapat gigi palsu, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, sementara post operasi pasien hanya boleh minum sedikit-sedikit dulu, nafsu makan pasien masih belum boleh mulai makan, namun pasien sudah terasa lapar, tidak

terdapat mual muntah, bentuk abdomen normal, tidak terdapat kelainan abdomen, tidak ada hemoroid. Eliminasi alvi 1x sehari, warna kuning kecoklatan dengan bentuk padat lunak dan bau khas. Namun setelah tindakan operasi ini pasien masih belum ada eliminasi alvi, abdomen terdapat 3 luka tusukan kecil dari alat laparoscopic yang di tutup plester, terdapat nyeri tekan abdomen karena masih terdapat bekas luka operasi hari ini di area abdomen.

Pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone*) didapatkan hasil rambut pasien tidak rontok, terdapat bekas luka operasi di clavicula bagian kanan, bekas tindakan operasi plating 1 tahun yang lalu, warna kulit sawo matang, kuku bersih, turgor kulit elastis, ROM tidak terbatas, tidak terdapat fraktur / gangguan, tidak terdapat kelainan jaringan dan nyeri, kekuatan otot normal  $\frac{5555}{5555}$  |  $\frac{5555}{5555}$ .

### 3.1.3 Hasil Laboratorium Pada Tn. D (Tanggal 12 Juli 2020)

Hasil pemeriksaan hematologi leukosit :  $9,43 \times 10^3/uL$  (4-10), eritrosit :  $5,64 \times 10^6/uL$  (3,50 – 5,50), hemoglobin 16 g/dL (11,0 – 16,0), hematokrit 50,2 % (37,0 – 54,0), trombosit  $276 \times 10^3/uL$  (100 – 300). Hasil liver fungsi test GDA : 120 mg/dL (55 – 140), BUN : 10,3 mg/dL (10 – 24), Creat : 1,18 mg/dL (0,6 - 1,5), SGPT : 16 U/L (0 – 37), SGOT : 15 U/L (0 – 35). Hasil natrium : 141 mmol/L (135,0 – 147,0), kalium : 3,9 mmol/L (3 – 5), chlorida : 103 mmol/L (95,0 – 105,0). Hasil faal hemostasis Waktu Pendarahan (BT) : 215 detik (60 – 360), Waktu Pembekuan (CT) : 12 menit (9 - 15), PT : 11,6 detik (11 – 15), APTT : 26,6 detik (26 – 40), INR : 1,0 detik (1 - 2). Hasil imunologi : negatif (negatif).

### 3.1.3 Pengkajian



### 1. Oksigenasi

Fungsi pernafasan baik, tidak ada sesak, RR 18 x/menit, suara nafas vesikuler, irama nafas regular, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdapat suara nafas tambahan ronchi (-/-), tidak ada wheezing (-/-), tekanan darah 143/92mmHg, bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, tidak ada gallop, tidak ada murmur, CRT < 2 detik, saturasi oksigen 98%, tidak ada sianosis, tidak terpasang oksigen.

### 2. Nutrisi

Makanan tidak ada diit khusus, pasien masih belum boleh makan, masih boleh dicoba minum sedikit-sedikit dulu, tidak ada distensi abdomen, bising usus normal 12x/menit, reflek menelan baik, tidak ada nyeri telan, tidak terpasang NGT. Hasil Laboratorium tanggal 12 Juli 2020 didapatkan hasil hemoglobin 16 g/dL, eritrosit  $5,64 \cdot 10^6/uL$ , hematokrit 50,2 %, trombosit  $276 \cdot 10^3/uL$ . Tinggi badan 170 cm, berat badan 81 kg. Gula Darah Acak 120 mg/dL.

### 3. Eliminasi

Tidak terpasang kateter, warna urine kekuningan, jernih, tidak keruh, tidak ada hematuria, aliran lancar, *output* urine  $\pm 700$  cc/24jam. Eliminasi alvi baik namun setelah operasi pasien belum BAB.

### 4. Aktivitas dan Istirahat

Keadaan umum baik, aktivitas sementara pasien hanya tiduran di bed karena post anastes:  $\frac{5555}{5555}$  belum mencoba duduk, dan melakukan *activity daily living* dengan bantuan perawat ataupun keluarga yang menjaga, jam tidur malam baik SMRS dan MRS jam 21.00 - 05.00, jam tidur siang 12.00-15.00, kekuatan otot normal

### 5. Proteksi

Terdapat luka post operasi platting clavícula kanan 1 tahun yang lalu, dan terdapat 3 luka tusuk post *lapparasopic cholesistectomy* pada area abdomen pasien. Dari hasil operasi hari ini di temukan batu 4 buah dengan ukuran @ 1cm dan ½ cm kantong empedu pasien yang diambil besar dan tebal.

#### 6. Sensori

Fungsi pendengaran normal, Tn. D dapat merespon dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik, Tn. D tidak menggunakan kacamata minus, lapang pandang mata sebelah kanan dan kiri normal.

#### 7. Cairan dan Elektrolit

Pasien terpasang infus Tutofusin OPS 1500 ml/ 24 jam, di metacarpal tangan kiri pasien. Tekanan darah 143/92 mmHg, nadi 110 x/menit, hasil laborat tanggal 12 Juli 2020 didapatkan hasil Natrium 141 mmol/L, Kalium 3,9 mmol/L, Chlorida 103 mmol/L.

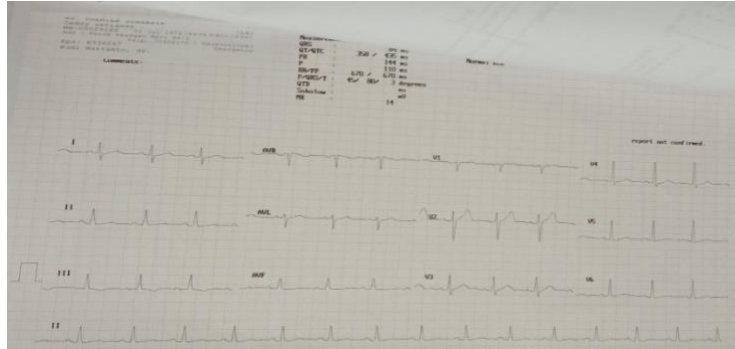
#### 8. Fungsi Persyarafan

Kesadaran composmentis, GCS E4V5M6, orientasi lingkungan baik, pasien mengingat hari dan tanggal saat ini, orientasi orang dan tempat baik, pupil isokor, diameter 3/3 mm. Tn. D mengeluh luka operasi mulai terasa nyeri skala 4 (1-10), pasien tampak meringis menahan sakit.

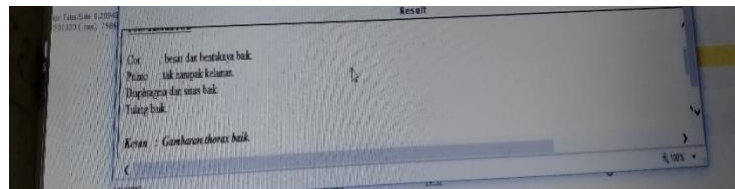
#### 9. Fungsi Endokrin

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit apapun termasuk Diabetes Melitus. Kadar gula darah acak tanggal 12 Juli 2020 didapatkan hasil 120 mg/dL.

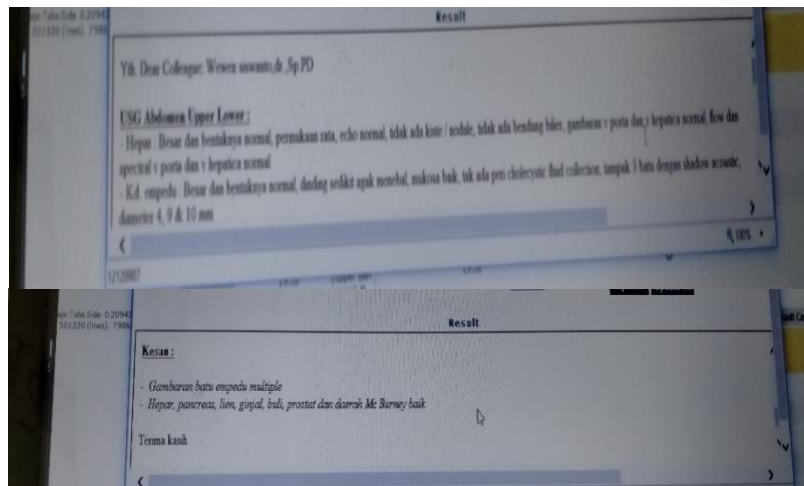
10. Hasil pemeriksaan penunjang ECG Tn. D, hasil bacaan Thorax, dan bacaan USG Abdomen Upper Lower.



Gambar 3.1 Hasil ECG Tn. D



Gambar 3.2 Hasil Bacaan Foto Thorax Tn. D



Gambar 3.3 Hasil Bacaan USG Abdomen *Upper Lower*

### 3.1.4 Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data Keperawatan

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka tusuk, hilang timbul, seperti di tusuk-tusuk DO :- Pasien tampak meringis menahan sakit - P : Nyeri Q : Seperti di tusuk-tusuk R : Pada luka tusuk <i>post laparoscopic</i> S : Skala nyeri 4 T : Hilang timbul - TD = 143/92 N = 110x/ menit  S = 36.9 derajat C  RR = 20x/ menit	Agen pencedera  fisik (Operasi)	Nyeri Akut
2	Faktor Risiko : - Pasien post anastesi GA dengan intubasi - Pasien masih mengantuk - Pasien terbatas di tempat tidur - Pasien ada sedikit mual	Efek agen farmakologis (Anastesi)	Risiko Jatuh
3	Faktor Risiko : - Pasien belum boleh makan Pasien minum sedikit-sedikit Pasien masih terpasang infus Tutofusin OPS 1500 ml/ 24 jam - Pasien sedikit mual	Ketidakmampuan mencerna makanan	Risiko Defisit Nutrisi
4	Faktor Risiko : -Terdapat luka paska operasi  -Nyeri pada luka operasi skala 4  -Tidak ada radang di area sekitar luka  -Kurangnya asupan nutrisi untuk proses penyembuhan luka	Efek prosedur invasif	Risiko infeksi

### 3.1.4 Diagnosa Keperawatan post operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (Operasi) (D. 0077)

Ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada luka operasi mulai terasa skala nyeri 4, pasien tampak meringis menahan sakit.

2. Risiko Jatuh berhubungan dengan Efek agen farmakologis (Anastesi) (D. 0143)

Ditandai dengan pasien post operasi *lapparasopic cholesistectomy* dengan anastesi GA intubasi.

3. Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mencerna makanan (D. 0032)

Ditandai dengan pasien masih belum boleh makan, advis dokter masih memperbolehkan minum air putih sedikit-sedikit.

4. Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasive (D. 0142)

Ditandai dengan terdapat 3 luka tusukan tindakan invasif *post lapparasopic cholesistectomy*, yang ditutup dengan plester.

### 3.1.6 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan Agenpencedera fisik ( Prosedur Operasi ) (D. 0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Pasien meringis menurun 3. Rasa mual menurun 4. Kesulitan tidur menurun	1. Identifikasilokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri tiap shift 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Monitor TTV setiap 2x pershift 5. Ajarkan teknik nafas dalam dan relaksasi 6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 7. Kolaborasi pemberian analgetik dynastat 40 mg iv	1. Mengetahui tingkat nyeri pasien untuk di lakukan tindakan yang tepat. 2. Mengetahui ambang nyeri pasien pada skala berapa untuk melakukan program selanjutnya yang diberikan 3. Membantu pasien untuk menghindari faktor yang memperberat nyeri. 4. Mengetahui klinis pasien. 5. Mengurangi rasa nyeri 6. Pasien dapat mengerti apa yang memicu nyeri yang dirasakan. 7. Menghilangkan rasa nyeri pasien.







2.	<p>Risiko Jatuh berhubungan dengan Efek agen farmakologis (Anastesi Umum)(D. 0143)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur menurun</li> <li>2. Jatuh saat berdiri menurun</li> <li>3. Jatuh saat duduk menurun</li> <li>4. Jatuh saat berjalan menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>2. Identifikasi risiko jatuh sekali setiap shift</li> <li>3. Beri gelang warna kuning pada pasien</li> <li>4. Pasang handrail tempat tidur</li> <li>5. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</li> <li>6. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</li> <li>7. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui pasien termasuk risiko jatuh</li> <li>2. Mengontrol risiko jatuh agar tidak terjadi</li> <li>3. Sebagai tanda bahwa pasien berisiko jatuh</li> <li>4. Mencegah risiko jatuh terjadi</li> <li>5. Mencegah pasien jatuh saat turun dari tempat tidur</li> <li>6. Memudahkan pasien mendapatkan bantuan dari perawat saat memerlukan bantuan</li> <li>7. Membantu mobilisasi pasien tetap dalam pengawasan</li> </ol>
3.	<p>Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mencerna makanan (D. 0032)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>4. Monitor asupan makanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui status nutrisi pasien</li> <li>2. Mengetahui apakah pasien ada riwayat alergi makanan</li> <li>3. Kebutuhan kalori dan jenis nutrient terpenuhi</li> <li>4. Mengetahui berapa porsi yang di konsumsi pasien</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Kekuatan otot pengunyah meningkat.</li> <li>3. Kekuatan otot menelan meningkat.</li> <li>4. Nafsu makan meningkat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>6. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>7. Pemberian narfoz 4mg iv dan pranza 40 mg iv</li> <li>8. Kolaborasi dengan ahli gizi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Memperbaiki fungsi mulut untuk meningkatkan nafsu makan</li> <li>6. Mencegah aspirasi</li> <li>7. Mencegah rasa mual</li> <li>8. Menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan.</li> </ol>
4.	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasive (D. 0142)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Bengkak menurun</li> <li>4. Tidak ada pus, atau cairan purulent yang keluar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> <li>5. Jelaskan cara perawatan luka operasi pasien dengan dibersihkan dan ditutup opsite</li> <li>6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>7. Pemberian Maxicef 3x1gr iv</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui adanya infeksi dan mencegah sebelum infeksi terjadi</li> <li>2. Mencegah penyebaran kuman dari pengunjung yang datang</li> <li>3. Mencegah penyebaran kuman dari tangan</li> <li>4. Mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh yang mengakibatkan infeksi</li> <li>5. Pasien dapat mengerti cara merawat luka untuk mencegah terjadinya infeksi</li> <li>6. Mempercepat penyembuhan luka operasi</li> <li>7. Mencegah terjadinya infeksi</li> </ol>



### 3.1.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan



Tanggal	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
13/07/2020	Nyeri akut	14.30	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. P: Nyeri Q: Seperti di tusuk-tusuk R: Luka tusuk alat operasi ( <i>lapparasopic</i> ) S: Skala 4 (1-10)		Diagnosa Keperawatan I Pk1.20.00 S : Pasien mengatakan nyeri berkurang O :	
		14.45	T: Hilang timbul		-Pasien tampak tenang -Skala nyeri= 3 -TD : 118/81 Nadi : 90x/ menit RR : 20x/ menit Suhu : 36.5 derajat C	
		15.00	Mengidentifikasi skala nyeri. Skala nyeri = 4 (1-10)		-P = Nyeri berkurang	
		15.20	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Posisi tidur langsung duduk dan bila pasien batuk memperberat nyeri		-Q = Seperti ditusuk-tusuk berkurang	
		15.42	Memonitor TTV pasien TD : 143/92		-R = Luka tusuk alat operasi -S = Skala 3	







		16.00	Nadi : 110x / menit RR : 18x/ menit Suhu : 36.9 derajat C	<del>✗</del>	-T = Saat ini tidak timbul	
		16.30	Mengajarkan teknik nonfarmakologis. Pasien dapat tarik nafas dalam dan menghembuskan nafas perlahan-lahan Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. Pasien dapat mengerti dan memahami kondisinya saat ini Berkolaborasi pemberian Dynastat 40 mg iv Pasien sudah di jelaskan indikasi, dosis dan kegunaan obat dan mengerti	<del>✗</del>	A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3,4,5,7 dilanjutkan	
	Risiko Jatuh	17.00	Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	<del>✗</del>	Diagnosa Kepeawatan II	<del>✗</del>
		17.10	Post operasi pasien masih mengantuk	<del>✗</del>	Pkl. 20.00 S : - O :	
		17.20	Mengidentifikasi risiko jatuh sekali setiap shift Pasien tenang, pagar bed sudah tertutup	<del>✗</del>	-Pasien masih mengantuk -Pasien masih terbatas di tempat tidur	

		17.25	Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skor jatuh		-Tampak pagar bed tertutup	
		17.30	Skor jatuh pasien = 5		-Pasien masih butuh bantuan perawat dan keluarga	
		17.50	Memasang handrail tempat tidur		A : Masalah tidak terjadi	
		18.00	Handrail tempat tidur terpasang		P : Intervensi 2,4,5,6,7 dilanjutkan	
			Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah	<input checked="" type="checkbox"/>		
			Tempat tidur sudah pada posisi terendah	<input checked="" type="checkbox"/>		
			Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien	<input checked="" type="checkbox"/>		
			Bel memanggil perawat sudah di dekatkan ke pasien	<input checked="" type="checkbox"/>		
			Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	<input checked="" type="checkbox"/>		
			Keluarga pasien selalu menggunakan bel untuk memanggil perawat saat pasien membutuhkan bantuan perawat			
	Risiko Defisit Nutrisi	18.30	Mengidentifikasi status nutrisi	<input checked="" type="checkbox"/>	Diagnosa Keperawatan III, Pk1.20.00	<input checked="" type="checkbox"/>
		18.35	Pasien masih boleh minum air putih sedikit-sedikit	<input checked="" type="checkbox"/>	S : - O:	

		18.40	Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan Pasien tidak ada riwayat alergi makanan		-Pasien terlihat mau minum air putih sedikit-sedikit	
		18.45	Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient Pasien masih minum sedikit-sedikit, dan masih nada sedikit mual	<del>X</del>	-Pasien tidak ada mual -Pasien belum boleh makan dulu oleh dokter	
		18.50	Memonitor asupan makanan Pasien masih belum boleh makan efek baru paska operasi	<del>X</del>	-Infus Tutofusin Ops 1500 ml/ 24 jalan lancar	
			Berolaborasi pemberian medikasi narfoz 8 mg iv , pranza 40 mg iv, untuk mencegah mual dan melapisi lambung	<del>X</del>	A : Masalah tidak terjadi P : Intervensi 1,4,5,7 dilanjutkan	
	Risiko Infeksi	19.00	Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	<del>X</del>	Diagnosa Keperawatan IV, Pkl.20.00	<del>X</del>
		19.05	Luka operasi baik, ada sisa darah pada tusukan tertutup plester Membatasi jumlah pengunjung		S :- O :-Luka operasi tampak baik, hanya ada sisa darah tertutup plester	<del>X</del>
		19.10	RS tidak ada jam besuk dan hanya ada satu penunggu pasien	<del>X</del>	-Suhu tubuh pasien 36,5 derajat C	
		19.15				

~~X~~

		19.30 19.35	<p>Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Mempertahankan teknik aseptik pada pasien setiap melakukan tindakan invasif</p> <p>Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Pasien mengerti</p> <p>Berkolaborasi dalam pemberian Maxicef</p> <p>3 x 1 gr iv</p>	  	<p>-Tidak tampak radang di sekitar luka</p> <p>A : Masalah tidak terjadi</p> <p>P : Intervensi 1,3,4,5,6,7 dilanjutkan</p>	
--	--	----------------	--	--	--	--

Tanggal	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
14/07/2020	Nyeri akut	06.30	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. P: Nyeri Q: Seperti di tusuk-tusuk R: Luka tusuk alat operasi ( <i>lapparasopic</i> )		Diagnosa Keperawatan I Pkl.12.00 S : Pasien mengatakan nyeri berkurang O :	
		06.35	S: Skala 3 (1-10)		-Pasien tampak tenang -Skala nyeri= 2 -TD : 120/76 Nadi : 88x/ menit RR : 18x/ menit Suhu : 36.2 derajat C	
		06.40	T: Hilang timbul			
		06.45	Mengidentifikasi skala nyeri. Skala nyeri = 3 (1-10)		-P = Nyeri berkurang	
		06.52	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Posisi tidur langsung duduk dan bila pasien batuk memperberat nyeri		-Q = Tidak terasa apa-apa -R = Luka tusuk alat operasi	
		07.00	Memonitor TTV pasien TD : 116/79 Nadi : 85x / menit	 	-S = Skala 2 -T = Saat ini tidak timbul	

			<p>RR : 20x/ menit</p> <p>Suhu : 36.4 derajat C</p> <p>Mengajarkan teknik nonfarmakologis.</p> <p>Pasien dapat tarik nafas dalam dan menghembuskan nafas perlahan-lahan</p> <p>Berkolaborasi pemberian Dynastat 40 mg iv</p> <p>Pasien sudah di jelaskan indikasi, dosis dan kegunaan obat dan pasien mengerti</p>		<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi 1,2,3,4,5,7 dilanjutkan</p>	
	Risiko Jatuh	<p>07.10</p> <p>07.13</p> <p>07.20</p> <p>07.25</p> <p>07.30</p> <p>07.35</p>	<p>Mengidentifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>Post operasi pasien masih sedikit mengantuk</p> <p>Mengidentifikasi risiko jatuh sekali setiap shift</p> <p>Pasien tenang, pagar bed sudah tertutup</p> <p>Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skor jatuh</p> <p>Skor jatuh pasien = 2</p> <p>Memasang handrail tempat tidur</p> <p>Handrail tempat tidur terpasang</p>	<p><del>✓</del></p> <p><del>✓</del></p> <p><del>✓</del></p> <p><del>✓</del></p> <p><del>✓</del></p> <p><del>✓</del></p> <p><del>✓</del></p>	<p>Diagnosa Kepeawatan II</p> <p>Pkl. 12.00</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien sadar baik</li> <li>-Pasien tampak duduk di tepi tempat tidur, dan sesekali jalan ke kamar mandi</li> <li>-Skor jatuh = 0</li> <li>-Tampak pagar bed tertutup salah satu sisi</li> </ul>	<p><del>✓</del></p>

		08.00	<p>Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>Tempat tidur sudah pada posisi terendah</p> <p>Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Bel memanggil perawat sudah di dekatkan ke pasien</p> <p>Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>Keluarga pasien selalu menggunakan bel untuk memanggil perawat saat pasien membutuhkan bantuan perawat</p>		<p>-Pasien bisa beraktivitas sendiri perlahan lahan</p> <p>A : Masalah terastasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
	Risiko Defisit Nutrisi	08.30	Mengidentifikasi status nutrisi	<del>✗</del>	<p>Diagnosa Keperawatan III, Pkl.12.00</p> <p>S : -</p> <p>O:</p> <p>-Pasien minum air putih banyak</p> <p>-Pasien tidak ada mual</p>	<del>✗</del>
		08.32	Pasien makan bubur kasar ½ porsi	<del>✗</del>		
		08.45	Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	<del>✗</del>		
		09.00	Pasien tidak ada riwayat alergi makanan	<del>✗</del>		
			Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient	<del>✗</del>		








~~✗~~



		09.30	<p>Pasien makan makanan dari RS, dan tidak ada mual.</p> <p>Memonitor asupan makanan</p> <p>Pasien sudah flatus dan boleh makan bubur kasar</p> <p>Berolaborasi pemberian medikasi narfoz 8 mg iv , pranza 40 mg iv, untuk mencegah mual dan melapisi lambung</p>	<del>✗</del>	<p>-Pasien sudah boleh makan tampak makan bubur kasar ½ porsi</p> <p>-Infus Tutofusin Ops turun dosis 1000 ml/24 jalan lancar</p> <p>A : Masalah tidak terjadi</p> <p>P : Intervensi 1,4,5,7 dilanjutkan</p>	
	Risiko Infeksi	09.35	Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	<del>✗</del>	<p>Diagnosa Keperawatan IV, Pkl.12.00</p> <p>S : -</p> <p>O : -Luka operasi tampak yang ada sisa darah tampak sudah diganti plester yang baru oleh dokter tadi pagi saat visite</p> <p>-Suhu tubuh pasien 36,3 derajat C</p> <p>-Tidak tampak radang di sekitar luka</p>	<del>✗</del>
		09.40	Luka operasi baik, ada sisa darah pada tusukan tertutup plester			
			Membatasi jumlah pengunjung	<del>✗</del>		
		10.10	RS tidak ada jam besuk dan hanya ada satu penunggu pasien			
		10.45	Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	<del>✗</del>		
		11.30	Mempertahankan teknik aseptik pada pasien setiap melakukan tindakan invasif	<del>✗</del>		
		11.45		<del>✗</del>		

~~✗~~

			Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Pasien mengerti  Berkolaborasi dalam pemberian Maxicef 3 x 1 gr iv		A : Masalah tidak terjadi P : Intervensi 1,3,4,5,6,7 dilanjutkan	
--	--	--	---	--	--	--

Tanggal	Masalah Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
15/07/2020	Nyeri akut	06.30	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.		Diagnosa Keperawatan I Pkl.12.00 S : Pasien mengatakan nyeri berkurang O : -Pasien tampak tenang -Skala nyeri= 1 -TD : 121/74 Nadi : 78x/ menit RR : 18x/ menit Suhu : 36.5 derajat C -P = Nyeri berkurang -Q = Tidak terasa apa-apa -R = Luka tusuk alat operasi -S = Skala 1	
		06.35	P: Nyeri Q: Seperti terkena benda tumpul R: Area luka tusuk alat operasi ( <i>lapparasopic</i> ) S: Skala 2 (1-10)			
		06.40	T: Hilang timbul Mengidentifikasi skala nyeri. Skala nyeri = 2 (1-10)			
			Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.			
			Posisi tidur langsung duduk dan bila pasien batuk memperberat nyeri			
		06.45	Memonitor TTV pasien			

		07.50	<p>TD : 115/72</p> <p>Nadi : 80x / menit</p> <p>RR : 20x/ menit</p> <p>Suhu : 36.4 derajat C</p> <p>Mengajarkan teknik nonfarmakologis.</p> <p>Pasien dapat tarik nafas dalam dan menghembuskan nafas perlahan-lahan</p> <p>Berkolaborasi pemberian Dynastat 40 mg iv</p> <p>Pasien sudah di jelaskan indikasi, dosis dan kegunaan obat dan pasien mengerti</p>		<p>-T = Saat ini tidak timbul</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan</p>	
	Risiko Defisit Nutrisi	08.00	Mengidentifikasi status nutrisi	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>Diagnosa Keperawatan III, Pk1.12.00</p> <p>S : -</p> <p>O:</p> <p>-Pasien minum air putih banyak</p> <p>-Pasien tidak ada mual</p> <p>-Pasien makan tampak makan bubur kasar 1 porsi</p>	<input checked="" type="checkbox"/>
		08.32	Pasien makan bubur kasar 1 porsi	<input checked="" type="checkbox"/>		
		08.45	Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan	<input checked="" type="checkbox"/>		
		08.45	Pasien tidak ada riwayat alergi makanan	<input checked="" type="checkbox"/>		
			Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient	<input checked="" type="checkbox"/>		
		09.00	Pasien makan makanan dari RS, dan tidak ada mual.	<input checked="" type="checkbox"/>		

		09.30	<p>Memonitor asupan makanan</p> <p>Pasien sudah flatus dan boleh makan bubur kasar</p> <p>Berolaborasi pemberian medikasi pranza 40 mg iv, untuk melapisi lambung</p>		<p>-Pasien terpasang instopen saja</p> <p>A : Masalah tidak terjadi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
	Risiko Infeksi	09.35	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p>	<del>✗</del>	<p>Diagnosa Keperawatan IV, Pkl.12.00</p> <p>S : -</p> <p>O : -Luka operasi tampak baik, tidak ada perdaraha, tertutup opsite</p> <p>-Suhu tubuh pasien 36 derajat C</p> <p>-Tidak tampak radang di sekitar luka</p> <p>A : Masalah tidak terjadi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	<del>✗</del>
		09.40	<p>Luka operasi baik, tidak ada perdarahan plaster diganti dengan opsite (anti air)</p> <p>Membatasi jumlah pengunjung</p>	<del>✗</del>		
		10.10	<p>RS tidak ada jam besuk dan hanya ada satu penunggu pasien</p>	<del>✗</del>		
		10.45	<p>Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p>	<del>✗</del>		
		11.30				
		11.45	<p>Mempertahankan teknik aseptik pada pasien setiap melakukan tindakan invasif</p> <p>Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Pasien mengerti</p> <p>Berkolaborasi dalam pemberian Maxicef</p>			

			3 x 1 gr iv			
--	--	--	-------------	--	--	--

~~✗~~  
~~✗~~

<b>Tanggal</b>	<b>Masalah Keperawatan</b>	<b>Waktu</b>	<b>Implementasi Keperawatan</b>	<b>Paraf</b>	<b>Catatan Perkembangan(SOAP)</b>	<b>Paraf</b>
----------------	----------------------------	--------------	---------------------------------	--------------	-----------------------------------	--------------

16/07/2020	Nyeri Akut	07.00	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>P: Nyeri berkurang banyak</p> <p>Q: Cekot-cekot biasa</p> <p>R: Area luka tusuk alat operasi (<i>lapparascopic</i>)</p> <p>S: Skala 1 (1-10)</p>	<p><del>⊗</del></p> <p><del>⊗</del></p>	<p>Diagnosa Keperawatan I Pkl.12.00</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien tampak tenang</li> <li>-Skala nyeri= 0</li> <li>-TD : 117/68</li> <li>Nadi : 77x/ menit</li> <li>RR : 18x/ menit</li> <li>Suhu : 36 derajat C</li> </ul> <p>-P = Nyeri hilang</p> <p>-Q = Tidak terasa apa-apa</p> <p>-R = Luka tusuk alat operasi</p> <p>-S = Skala 0</p> <p>-T = Saat ini tidak timbul</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	<p><del>⊗</del></p> <p><del>⊗</del></p>
		08.10	<p>T: Hilang timbul</p> <p>Mengidentifikasi skala nyeri.</p>	<p><del>⊗</del></p>		
		09.06	<p>Skala nyeri = 1 (1-10)</p> <p>Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p>	<p><del>⊗</del></p>		
		10.15	<p>Posisi tidur langsung duduk dan bila pasien batuk memperberat nyeri</p> <p>Memonitor TTV pasien</p> <p>TD : 112/74</p>			

			<p>Nadi : 76x / menit</p> <p>RR : 16x/ menit</p> <p>Suhu : 36.2 derajat C</p> <p>Mengajarkan teknik nonfarmakologis.</p> <p>Pasien dapat tarik nafas dalam dan menghembuskan nafas perlahan-lahan</p> <p>Berkolaborasi pemberian Dynastat 40 mg iv</p> <p>Pasien sudah di jelaskan indikasi, dosis dan kegunaan obat dan pasien mengerti</p>			
--	--	--	--	--	--	--



## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diagnosis post operasi *Laparoscopic Cholecystectomy* dengan anastesi GA intubasi di Ruang Rawat Inap Paediatric / Surgical Rs. Premier Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 13 Juli 2020 sampai dengan 17 Juli 2020. 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. Menurut pendapat penulis, batu empedu merupakan penyakit yang disebabkan oleh faktor jenis kelamin dimana paling banyak dialami oleh wanita dikarenakan hormonesterogen mempengaruhi terjadinya batu empedu, faktor usia lebih dari 40 tahun paling banyak mengalami batu empedu, faktor obesitas karena dari makanan yang dikonsumsi tinggi lemak yang mempengaruhi peningkatan kolesterol, dan yang terakhir faktor komorbit DM lama. Sehingga perlu adanya penjelasan atau pendidikan kesehatan cara mencegah terbentuknya batu empedu, terutama mengenai diit dan pola makan yang benar.

#### **4.1 Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. D dengan melakukan anamesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari:

#### 4.1.1 Identitas

Data yang didapatkan, pasien bernama Tn. D berjenis kelamin laki-laki, berusia 44 tahun dan pendidikan terakhir Sarjana. Menurut studi yang dilakukan oleh Febyandkk, 2015 mengatakan bahwa Kolelitiasis adalah material atau kristal yang terbentuk di dalam kandung empedu, dan ada beberapa faktor risiko yang sering ditemui pada kejadian kolelitiasis yaitu dikenal dengan “6F” (*Fat, Female, Forty, Fair, Fertile, Family history*). Keluhan klinis yang sering ditemukan adalah nyeri pada perut kanan atas, nyeri epigastrium, demam, ikterus, mual, muntah. Penyakit Kolelitiasis ini

kebanyakan terjadi pada wanita dikarenakan hormon estrogen dapat mempengaruhi penyakit kolelitiasis (Dhilion et al., 2017).

#### **4.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan**

Keluhan utama masuk rumah sakit adalah Tn. D mengeluh sering merasakan nyeri ulu hati hilang timbul sudah 3 bulan yang lalu, saat pasien merasa nyeri dirasakan tingkat skala nyeri = 5 (1-10), perut terasa mual, namun tidak sampai muntah. Sebelumnya pasien tidak pernah mengalami sakit yang serupa. Pasien sudah dua kali masuk Rumah Sakit, awal pertama MRS yaitu 1 tahun yll, pasien dilakukan operasi platting clavícula bagian kanan akibat kecelakaan, tidak ada masalah dengan reaksi obat bius, pasien juga tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan. Akhir-akhir ini sebelum dilakukan operasi *Lapparascopeic Cholesistectomy* pasien mengatakan sering mual setiap kali makan, sehingga nafsu makan pun menurun.

Pasien awalnya sempat cemas dengan sakit yang dirasakan, karena sebelumnya pasien hanya sakit flu biasa tidak pernah sampai parah. Saat dilakukan USG abdomen *Upper Lower*, dari hasil didapatkan batu di kandung empedunya dan pasien tidak pernah menyangka hal ini terjadi. Pasien mengakui bahwa selama ini pasien sering sekali makan masakan cepat saji, bahkan saat mempunyai anak ke dua, pasien tidak pernah olah raga sama sekali, minum air putih juga jarang, pasien lebih suka minuman bersoda.

#### **4.1.3 Riwayat Penyakit Dahulu**

Riwayat penyakit dahulu, didapatkan data pasien tidak memiliki riwayat penyakit apapun sebelumnya termasuk diabetes mellitus, maupun hipertensi. Pasien mengatakan bahwa sakitnya ini adalah yang pertama kalinya dalam hidupnya.

#### 4.1.4 Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan bahwa dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama dengannya sebelumnya, baru pertama kali batu empedu ini dialami oleh pasien. Pasien mengatakan ayahnya ada riwayat BSK pernah dilakukan tindakan ESWL dan pasang DJ Stent, untuk ibu pasien memiliki riwayat Diabetes Melitus.

#### 4.1.5 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa digunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun risiko. Berikut pengkajian pemeriksaan fisik persistem, sebagai berikut :

1. B1: *Breathing* (Sistem Pernapasan)

Saat dilakukan pengkajian pertama kali pada Tn. D, di dapatkan napas spontan, tanpa bantuan oksigen tambahan, tidak sesak, tidak batuk, suara napas vesikuler, tidak terdapat penggunaan otot bantu napas, tidak ada retraksi dada, gerakan dada simetris, suara nafas vesikuler, irama nafas regular, RR 20 x/menit, tidak ada ronkhi, tidak ada wheezing, bunyi perkusi sonor. Penulis berpendapat bahwa tidak terdapat gangguan pada sistem pernapasan pasien karena sakit yang diderita pasien lebih mengarah pada gangguan sistem pencernaan. Didukung dengan pernyataan pasien yang mengatakan bahwa tidak ada keluhan sesak, dan tidak ada riwayat asma.

2. B2: *Blood* (Sistem Kardiovaskuler)

Hasil pengkajian awal pada Tn. D, didapatkan konjungtiva tidak anemis, tidak ada sianosis, CRT < 2 detik, akral hangat kering merah, TD : 143/92mm/Hg, HR : 110 x/menit, kuat, regular, tekanan darah meningkat dikarenakan pasien mulai terasa nyeri pada luka operasi, dengan skala nyeri = 4. Bunyi jantung S1S2 tunggal, tidak ada

gallop, tidak ada murmur, tidak ada distensi vena jugularis. Dan untuk sistem cardiovascular tidak ada masalah keperawatan.

3. B3: *Brain* (Sistem Persarafan)

Kesadaran composmentis, GCS E4V5M6, orientasi lingkungan baik, pasien mengingat hari dan tanggal saat ini, orientasi orang dan tempat baik, pupil isokor, diameter 3/3 mm, reflek cahaya +/+, tidak menggunakan kaca mata minus. Untuk sistem persarafan tidak ada masalah keperawatan.

4. B4: *Bladder* (Sistem Perkemihan)

Pasien tidak ada keluhan nyeri saat BAK, tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi kandung kemih, tidak terpasang kateter, warna urine kuning jernih, tidak keruh, tidak ada hematuria, aliran lancar. Pada saat dikaji, *output* urine  $\pm 700$  ml/24jam, dikarenakan pasien habis dipuaskan lama untuk persiapan sebelum pasien di operasi, dan setelah operasi pun pasien mendapatkan advis dokter hanya boleh minum sedikit-sedikit saja, untuk sistem perkemihan tidak ada masalah keperawatan

5. B5: *Bowel* (Sistem Pencernaan)

Pengkajian sistem pencernaan pada Tn.D paska operasi didapatkan bentuk abdomen supel, tidak acites, pasien ada sedikit mual efek dari anastesi, tidak muntah, tidak kembung, tidak ada splenomegali, tidak ada hepatomegali, tidak ada melena. Pada saat dikaji, pasien belum boleh langsung makan, pasien hanya boleh minum air putih sedikit-sedikit. Pasien belum mendapatkan diit khusus, peristaltik usus 12x/menit. Pasien mengatakan BAB normal dan rutin, namun operasi hari ini pasien belum ada BAB. Menurut Penulis Masalah Keperawatan yang diambil adalah Risiko deficit nutrisi, melihat dari data pengkajian sistem pencernaan.

#### 6. B6 / Bone ( Sistem Muskuloskeletal)

Pengkajian sistem muskuloskeletal pada Tn. D diperoleh data tidak ada edema pada ekstremitas tangan. Pasien mengatakan ia dapat bergerak leluasa seperti biasanya dan tidak ada batasan dalam gerak pasien, kekuatan otot pasien normal 5555. Tidak ada masalah keperawatan yang muncul.

#### 7. Sistem Integumen

Pengkajian sistem integumen pada Tn. D diperoleh data terdapat luka tusuk *laparoscopic cholelsectomy* pada area abdomen. Terdapat bekas luka operasi platting clavícula 1 tahun yang lalu. Masalah keperawatan yang diambil oleh penulis adalah Risiko Infeksi.

#### 8. Sistem Penginderaan

Sistem penglihatan: mata simetris, refleks cahaya +/+, pupil isokor, ukuran 3/3 mm. Tn. D tidak menggunakan kacamata minus, lapang pandang mata sebelah kanan dan kiri normal. Tidak ada masalah keperawatan.

#### 9. Endokrin

Didapatkan data pada Tn. D tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan pada tiroid. Kadar gula darah acak normal 120 mg/dl dan kadar gula darah 2 JPP Tidak dilakukan, dan tidak di dapatkan masalah keperawatan.

### 4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan pada kasus Tn. D didapatkan masalah keperawatan menurut scki, sebagai berikut :

1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (Operasi) (SDKI\_D. 0077)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluh nyeri pada luka tusuk operasi *lapparasopic cholesistectomy*, nyeri hilang timbul, seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri yang di rasakan skala= 4 (dari 1-10), pasien tampak meringis menahan rasa sakit, dan dari hasil tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 143/80 mmHg, Nadi 110 x/menit, RR 20 x/menit, temperatur dahi 36,9°C. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Ii & Akut, 2009).

2. Risiko Jatuh b.d Efek agen farmakologis (Anastesi) (SDKI\_D. 0143)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien masih mengantuk, pasien paska operasi dengan anastesi GA dengan Intubasi, pasien dalam kondisi tirah baring di tempat tidur, pasien masih mengeluh sedikit mual efek dari anastesi. Paska operasi pasien masih dalam pengawasan dan semua aktivitas masih dengan bantuan perawat dan keluarga, pagar tempat tidur ditutup, dari pengkajian *Handrich Fall Risk* didapatkan data skor jatuh pasien = 5 (Resiko sedang). Risiko jatuh adalah suatu kejadian yang mungkin terjadi dimana orang berbaring secara tidak sengaja di tanah, dilantai, atau dipermukaan yang lebih rendah (Ii & Pustaka, 2015).

3. Risiko Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI\_D. 0032)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah dari hasil pengkajian pasien paska operasi mendapatkan advis hanya boleh minum air putih sedikit-sedikit, pasien masih ada mual sedikit, belum boleh makan. Nutrisi dari parenteral, terpasang infus Tutofusin OPS 1500 ml/ 24 jam. Risiko defisit nutrisi ini

dapat menjadi aktual bila tidak di tangani dengan melakukan intervensi dalam rencana keperawatan. Risiko defisit nutrisi adalah suatu kemungkinan yang dapat terjadi dimana ketidakcukupan asupan zat gizi dalam memenuhi kebutuhan energi harian karena asupan makanan yang tidak memadai atau karena gangguan pencernaan dan penyerapan makanan (Ii & Pustaka, 2015).

#### 4. Risiko Infeksi b.d Efek prosedur invasive (SDKI\_D. 0142)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah terdapat luka paska bedah, pasien merasakan nyeri seperti di tusuk tusuk, ada sisa darah bekas operasi, area sekitar luka baik, tidak ada radang, namun luka tusuk post *lapparoscopy cholesistectomy* masih basah ditutup plester. Asupan nutrisi pasien belum cukup, sehingga butuh waktu untuk penyembuhan lukanya. Risiko infeksi adalah suatu kemungkinan yang dapat terjadi dimana suatu kondisi infeksi disebabkan oleh adanya serangan dan perkembangbiakan mikroorganisme seperti bakteri, virus, dan parasit yang pada dasarnya tidak berasal dari dalam tubuh, namun bisa juga terjadi pada satu area saja pada tubuh atau bisa menyebar melalui darah sehingga menjadi bersifat menyeluruh (Ii & Pustaka, 2015).

### 4.3 Perencanaan

#### 1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (Operasi) (D. 0077)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: Pasien tampak tenang, tekanan darah dalam batas normal systole 120 dyastole 80 mmHg, frekuensi nadi normal 60-100x / menit, skala nyeri normal = 0.



Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn. D adalah melakukan Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, monitor TTV pasien, ajarkan teknik nonfarmakologis, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, dan kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (SIKI, 2018).

2. Risiko Jatuh b.d Efek agen farmakologis (Anastesi) (SDKI\_D. 0143)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil: Kondisi pasien sadar baik, tidak mengantuk, pasien dapat melakukan aktivitas sendiri, efek anastesi hilang, skor jatuh = 0

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn. D adalah Identifikasi faktor risiko jatuh, identifikasi risiko jatuh sekali setiap shift, hitung risiko jatuh dengan menggunakan skor jatuh, pasang handrail tempat tidur, atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien, anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah (SIKI, 2018).

3. Risiko defisit nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan (D. 0032)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: Pasien mulai boleh mengkonsumsi makanan secara bertahap, pasien dapat mencerna makanan, tidak ada mual / muntah, asupan nutrisi terpenuhi.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn. D adalah Identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, monitor asupan makanan, lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, anjurkan posisi duduk, jika mampu, kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (SIKI, 2018).

#### 4. Risiko Infeksi b.d Efek prosedur invasive (SDKI\_D. 0142)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: Hilangnya rasa nyeri, tidak ada kemerahan, tidak ada bengkak, tidak ada pus, atau cairan purulent yang keluar.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien Tn. D adalah Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, kolaborasi dalam pemberian antibiotik (SIKI, 2018).

### 4.3 Implementasi

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Tn. D yang sebenarnya.

#### 1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (Operasi) (SDKI\_D. 0077)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengeluh nyeri pada luka tusuk operasi *lapparasopic cholestistectomy*, nyeri hilang timbul, seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri yang di rasakan skala= 4 (dari 1-10), pasien tampak meringis menahan rasa sakit, dan dari hasil tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 143/80 mmHg, Nadi 110 x/menit, RR 20 x/menit, temperatur dahi 36,9°C.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu: Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri yang bertujuan untuk mengetahui tingkat nyeri pasien untuk di lakukan tindakan yang tepat, mengidentifikasi skala nyeri yang bertujuan untuk mengetahui ambang nyeri pasien pada skala berapa untuk melakukan program selanjutnya yang diberikan, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri yang bertujuan untuk membantu pasien untuk menghindari faktor yang memperberat nyeri, memonitor TTV pasien yang bertujuan untuk mengetahui klinis pasien, mengajarkan teknik nonfarmakologis yang bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri bertujuan untuk pasien dapat mengerti apa yang memicu nyeri yang dirasakan, dan berkolaborasi pemberian analgetik Dynastat 40 mg iv yang bertujuan untuk menghilangkan rasa nyeri pasien.

## 2. Risiko Jatuh b.d Efek agen farmakologis (Anastesi) (SDKI\_D. 0143)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien masih mengantuk, pasien paska operasi dengan anastesi GA dengan Intubasi, pasien dalam kondisi tirah baring di tempat tidur, pasien masih mengeluh sedikit mual efek dari anastesi. Paska operasi pasien masih dalam pengawasan dan semua aktivitas masih

dengan bantuan perawat dan keluarga, pagar tempat tidur ditutup, dari pengkajian *Handrich Fall Risk* didapatkan data skor jatuh pasien = 5 ( Resiko sedang).

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu: Mengidentifikasi faktor risiko jatuh yang bertujuan untuk mengetahui pasien termasuk pasien yang berisiko jatuh, mengidentifikasi risiko jatuh sekali setiap shift yang bertujuan untuk mengontrol risiko jatuh agar tidak terjadi, menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skor jatuh yang bertujuan untuk mengetahui tingkatan risiko jatuh dalam skor, memasang handrail tempat tidur yang bertujuan untuk mencegah risiko jatuh terjadi, mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah yang bertujuan untuk mencegah risiko jatuh terjadi, mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien yang bertujuan untuk Memudahkan pasien mendapatkan bantuan dari perawat saat memerlukan bantuan, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah yang bertujuan untuk membantu mobilisasi pasien tetap dalam pengawasan.

### 3. Risiko Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI\_D. 0032)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah dari hasil pengkajian pasien paska operasi mendapatkan advis hanya boleh minum air putih sedikit-sedikit, pasien masih ada mual sedikit, belum boleh makan. Nutrisi dari parenteral, terpasang infus Tutofusin OPS 1500 ml/ 24 jam. Risiko defisit nutrisi ini dapat menjadi aktual bila tidak di tangani dengan melakukan intervensi dalam rencana keperawatan.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu: mengidentifikasi status nutrisi yang bertujuan untuk mengetahui status nutrisi

pasien, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan yang bertujuan untuk mengetahui apakah pasien ada riwayat alergi makanan, mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient yang bertujuan untuk kebutuhan kalori dan jenis nutrient terpenuhi, memonitor asupan makanan yang bertujuan untuk mengetahui berapa porsi yang bisa di konsumsi pasien, melakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu yang bertujuan untuk memperbaiki fungsi mulut untuk meningkatkan nafsu makan, menganjurkan posisi duduk jika mampu yang bertujuan untuk mencegah aspirasi, berkolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (narfoz 4mg iv, dan pranza 40 mg iv) yang bertujuan untuk mencegah rasa mual.

#### 4. Risiko Infeksi b.d Efek prosedur invasive (SDKI\_D. 0142)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah terdapat luka paska bedah, pasien merasakan nyeri seperti di tusuk tusuk, ada sisa darah bekas operasi, area sekitar luka baik, tidak ada radang, namun luka tusuk post *lapparoscopy cholesistectomy* masih basah ditutup plester. Asupan nutrisi pasien belum cukup, sehingga butuh waktu untuk penyembuhan lukanya.

Berdasarkan target pelaksanaan maka penulis melakukan beberapa tindakan yaitu: Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik yang bertujuan untuk mengetahui adanya infeksi dan mencegah sebelum infeksi terjadi, membatasi jumlah pengunjung mencegah penyebaran kuman dari pengunjung yang datang, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien yang bertujuan untuk mencegah penyebaran kuman dari tangan, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi yang bertujuan untuk mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh yang mengakibatkan infeksi, menjelaskan tanda dan

gejala infeksi yang bertujuan untuk pasien dapat mengerti tanda dan gejala terjadinya infeksi, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi yang bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka operasi, berkolaborasi dalam pemberian antibiotic yang bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi.

#### **4.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif). Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien. Dimana setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut:

1. Diagnosa Keperawatan I : Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (Operasi)  
(SDKI\_D. 0077).

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D adalah sebagai berikut: : Pasien mengatakan nyeri awalnya skala nyeri pasien 4, berkurang sedikit setelah melakukan teknik relaksasi dan mendapatkan terapi dynastat rutin 3x40 mg iv, pasien tampak tenang, dirasakan skala nyeri= 3, dilakukan monitor

TTV didapatkan hasil TD : 118/81, Nadi : 90x/ menit, RR : 20x/ menit, Suhu : 36,5 derajat C, hasil pengkajian PQRST : P = Nyeri berkurang, Q = Seperti ditusuk-tusuk namun berkurang, R = Luka tusuk alat operasi, S = Skala 3, T = Saat ini tidak timbul, namun setelah reaksi obat analgetik hilang, mulai terasa nyeri datang hilang timbul kembali, masalah teratasi sebagian, intervensi 1,2,3,4,5,7 tetap dilakukan.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D adalah sebagai berikut: Pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien tampak tenang, Skala nyeri= 2, pada hasil monitoring TTV di dapatkan hasil TD : 120/76, Nadi : 88x/ menit, RR : 18x/ menit, Suhu : 36.2 derajat C, hasil pengkajian PQRST : P = Nyeri berkurang, Q = Tidak terasa apa-apa, R = Luka tusuk alat operasi, S = Skala 2, T = Saat ini tidak timbul, masalah teratasi sebagian, intervensi 1,2,3,4,5,7 tetap dilakukan.

Pada hari ketiga didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D adalah sebagai berikut : Pasien mengatakan nyeri berkurang, pasien tampak tenang, skala nyeri= 1, monitoring TTV didapatkan hasil TD : 121/74, Nadi : 78x/ menit, RR : 18x/ menit, Suhu : 36.5 derajat C, P = Nyeri berkurang, Q = Tidak terasa apa-apa, R = Luka tusuk alat operasi, S = Skala 1, T = Saat ini tidak timbul, masalah teratasi sebagian, intervensi 1,2,3,4,5 tetap dilakukan.

Pada hari keempat didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D adalah sebagai berikut : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri, pasien tampak tenang, Skala nyeri= 0, dari hasil monitoring TTV, di dapatkan hasil TD : 117/68, Nadi : 77x/ menit, RR : 18x/ menit, Suhu : 36 derajat C, P = Nyeri hilang, Q = Tidak terasa apa-apa, R = Luka tusuk alat operasi, S = Skala 0, T = Saat ini tidak timbul ,masalah teratasi, intervensi dihentikan.

2. Diagnosa Keperawatan ke II : Risiko Jatuh b.d Efek agen farmakologis (Anastesi) (SDKI\_D. 0143)

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D adalah sebagai berikut: Pasien masih mengantuk, pasien masih terbatas di tempat tidur, tampak pagar bed tertutup, pasien masih butuh bantuan perawat dan keluarga, masalah tidak terjadi, intervensi 2,4,5,6,7 tetap dilakukan.

Pada hari kedua hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D adalah sebagai berikut : Pasien sadar baik, pasien tampak duduk di tepi tempat tidur, dan sesekali jalan ke kamar mandi, skor jatuh = 0, tampak pagar bed tertutup salah satu sisi, pasien bisa beraktivitas sendiri perlahan lahan, masalah terastasi, intervensi dihentikan.

3. Diagnosa Keperawatan ke III : Risiko Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI\_D. 0032)

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D adalah sebagai berikut: Pasien terlihat mau minum air putih sedikit-sedikit, pasien tidak ada mual, pasien belum boleh makan dulu oleh dokter, infus Tutofusin Ops 1500 ml/ 24 jalan lancar, masalah tidak terjadi, intervensi 1,4,5,7 tetap dilakukan.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D adalah sebagai berikut: Pasien minum air putih banyak, pasien tidak ada mual, pasien sudah boleh makan tampak makan bubur kasar ½ porsi, infus Tutofusin Ops turun dosis 1000 ml/ 24 jalan lancar, masalah tidak terjadi, intervensi 1,4,5,7 tetap dilakukan.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D adalah sebagai berikut : Pasien minum air putih banyak, pasien tidak ada mual, pasien



makan tampak makan bubur kasar 1 porsi, pasien terpasang instopen saja, masalah tidak terjadi, intervensi dihentikan.

4. Diagnosa Keperawatan ke IV : Risiko Infeksi b.d Efek prosedur invasif (SDKI\_D.0142)

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D adalah sebagai berikut: Luka operasi tampak baik, hanya ada sisa darah tertutup plester, suhu tubuh pasien 36,5 derajat C, tidak tampak radang di sekitar luka, masalah tidak terjadi, intervensi 1,3,4,5,6,7 tetap dilakukan.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D adalah sebagai berikut: Luka operasi tampak yang ada sisa darah, tampak sudah diganti plester yang baru oleh dokter tadi pagi saat visite, suhu tubuh pasien 36,3 derajat C, tidak tampak radang di sekitar luka, masalah tidak terjadi, intervensi 1,3,4,5,6,7 tetap dilakukan.

Pada hari ketiga didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. D adalah sebagai berikut: Luka operasi tampak baik, tidak ada perdarahan, tertutup opsite, suhu tubuh pasien 36 derajat C, tidak tampak radang di sekitar luka, masalah tidak terjadi, intervensi dihentikan.



## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis *Cholelithiasis*, Post Operasi *Lapparascope Cholesistektomy*, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Cholelithiasis*, Post Operasi *Lapparascope Cholesistektomy*.

#### **5.1 Simpulan**

Mengacu pada hasil uraian tinjauan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Cholelithiasis*, Post Operasi *Lapparascope Cholesistektomy*, maka penulis dapat menarik simpulan sebagai berikut:

1. Keluhan utama masuk rumah sakit adalah Tn. D mengeluh 3 bulan yang lalu pasien merasakan nyeri ulu hati hilang timbul, perut sering kembung, tidak ada icterus, skala nyeri yang dirasakan saat timbul skala nyeri 5 (dari 1-10), nyeri yang dirasakan saat timbul berlangsung kira-kira selama 10 menit. Pasien tidak ada riwayat HT, DM, ataupun riwayat penyakit lainnya, baru pertama kali ini pasien menderita sakit yang dideritanya saat ini, sebelumnya pasien hanya sakit flu biasa, pasien pernah dilakukan tindakan operasi sebelumnya plating clavícula bagian kanan post KLL tahun 2019.

Pasien di jadwalkan operasi Lapparoscopic Cholesistektomy Tanggal 13 Juli 2020 pukul 08.00 oleh dokter Spesialis Bedah Digestif. Pengkajian pada tanggal 13 Juli 2020 pukul 14.00 pasien post operasi Lapparoscopic Cholesistektomy dengan anastesi GA intubasi saat ini pasien sudah kembali di Ruang Rawat inap paediatric / Surgical Rs. Premier Surabaya, di dapatkan hasil tekanan darah 143/92 mmHg, nadi 110 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,9°C, tingkat kesadaran composmentis, GCS E4V5M6. Hasil pemeriksaan penunjang Tn. D yang dilakukan sebagai prosedur operasi pada tanggal 12 Juli 2020 di dapatkan EKG normal, Rontgen Thorax : gambaran thorax baik, dan didapatkan hasil USG Abdomen Upper Lower dengan kesimpulan:

Kesan : Gambaran batu empedu *multiple*, Hepar, pancreas, lien, ginjal, buli, prostat dan daerah Mc Burney baik.

Adapun hasil pemeriksaan laborat Rs. Premier Surabaya tanggal 12 Juli 2020 HB 16.0<sup>g</sup>/dl, WBC 9,43 , PLT 276 , BUN 22<sup>mg</sup>/dl, Creat 1.18<sup>mg</sup>/dl, Gluc 120<sup>mg</sup>/dl, kadar Na 141 mmol/l, Kalium 3,9 mmol/l, Chlorida 103 mmol/l. Dari hasil pemeriksaan penunjang pasien menunjukkan hasil yang baik dan pasien tidak mempunyai penyakit penyerta atau riwayat sakit apapun sebelumnya, sehingga dokter anastesi setuju untuk dilakukan tindakan operasi pada tanggal 13 Juli 2020 tadi pagi pukul 08.00.

2. Pengkajian dilakukan paska operasi pasien, penulis mengambil beberapa Diagnosa Keperawatan, yang didapatkan dari hasil data pengkajian yaitu : Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (Operasi) (D. 0077), ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada luka operasi mulai terasa skala nyeri 4, pasien tampak meringis menahan sakit, Risiko Jatuh b.d Efek agen farmakologis (Anastesi) (D.

0143), ditandai dengan pasien post operasi *lapparascope cholelithectomy* dengan anestesi GA intubasi, Risiko Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan (D. 0032), ditandai dengan pasien masih belum boleh makan, advis dokter masih memperbolehkan minum air putih sedikit-sedikit, Risiko Infeksi b.d Efek prosedur invasive (D. 0142), ditandai dengan terdapat 3 luka tusukan tindakan invasif *post lapparascope cholelithectomy*, yang ditutup dengan plester.

3. Rencana tindakan keperawatan pada Tn. D disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan dengan tujuan untuk mengatasi nyeri yang di rasakan pasien pada luka post operasi, mencegah risiko jatuh pada pasien post anestesi agar selalu aman dan tidak menjadi masalah aktual, mencegah terjadinya defisit nutrisi pada pasien untuk mempercepat penyembuhan luka, dan pencegah terjadinya infeksi pada luka post operasi.

4. Tindakan keperawatan pada Tn. D dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang mengacu secara langsung pada diagnose keperawatan Tn. D terutama pada masalah keperawatan aktual Nyeri Akut, beberapa diantaranya yaitu : Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, memonitor TTV pasien, mengajarkan teknik nonfarmakologis relaksasi, berkolaborasi pemberian analgetik Dynastat 40 mg iv.

5. Pada akhir evaluasi tanggal 17 Juli 2020, masalah keperawatan Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik, Risiko Jatuh b.d Efek agen farmakologis (Anastesi), Risiko Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan mencerna makanan, dan Risiko Infeksi b.d Efek prosedur invasif telah teratasi sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan.

## **5.2 Saran**

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal kondisi kesehatan, seperti perawatan pasien dengan diagnosa batu empedu (*cholelithiasis*) bila tanda dan gejala mulai dirasakan harusnya segera memeriksakan diri atau bila keluarga yang sakit segera mengantar ke RS atau fasilitas kesehatan terdekat untuk dilakukan pemeriksaan, karena tanda gejala seperti mual, nyeri ulu hati jangan di biarkan lama, karena akan mempengaruhi proses pencernaan. Rasa nyeri sendiri juga akan mengganggu aktivitas sehari- hari. Memberi support kepada anggota keluarga yang sakit dan tetap menganjurkan teknik relaksasi untuk memberikan rasa nyaman dan mengurangi intensitas nyeri yang dirasakan.
2. Perawat di Ruang Paediatric / Surgical Rs. Premier Surabaya hendaknya lebih meningkatkan pengetahuan serta skill dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Cholelithiasis, Post Lapparoscopic Cholesistectomy* misalnya dengan mengikuti seminar atau pelatihan tentang bagaimana tata laksana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Cholelithiasis, Post Lapparoscopic Cholesistectomy*.
3. Rumah sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Mengadakan pelatihan internal yang diikuti oleh perawat khususnya semua perawat Ruang Rawat Inap Paediatric / Surgical Rs. Premier Surabaya mengenai perawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Cholelithiasis, Post Lapparoscopic Cholesistectomy*.
4. Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut

mengenai penerapan perawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Cholelithiasis*,  
*Post Lapparoscopic Cholesistectomy*.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Agus, M., Sueta, D., & Bahar, B. (2014). Faktor – faktor terjadinya Batu Empedu

Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusoso Makasar, 1–78.

Amri, R. A., Studi, P., Dokter, P., Kedokteran, F., Ilmu, D. A. N., Negeri, U. I., & Hidayatullah, S. (2017). Proporsi Penderita Batu Empedu Dengan Status Gizi Obesitas Di Rumah Skit Umum Fatmawati Pada Tahun 2015-2016.

Dhilion, H. R. S., Ndraha, S., & Tendean, M. (2017). Karakteristik Penderita Kolelitiasis Berdasarkan Faktor Risiko di Rumah Sakit Umum Daerah Koja on Risk Factors at Koja Hospital, 23(63), 50–56.

Di, K., & Cendana, R. (2019). No Title.

Hasanah, U., Penyakit, M., & Empedu, B. (n.d.). (Mengetahui Penyakit Batu Empedu Uswatun Hasanah ), 28–35.

Ii, B. A. B. (2012). No Title, 6–25.

Ii, B. A. B., & Akut, P. N. (2009). No Title.

Ii, B. A. B., & Pustaka, A. T. (2015). No Title, 11–38.

PPNI (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI

PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Putra, A. P., Christine, G., Amin, Z., & Fauzi, A. (2015). Pendekatan Diagnosis dan Tatalaksana Sindrom Mirizzi, 2(3), 183–189.

Susilo, L., Ilmu, B., Masyarakat, K., Kedokteran, F., Kristen, U., Prof, J., ... Bandung, N. (2012). Karakteristik Pasien Cholelithiasis Di Rumah Sakit Immanuel Bandung Periode 1 Januari 2012 – 31 Desember 2012  
Characteristic Of Patients With Cholelithiasis In Immanuel Hospital Bandung Fakultas Kedokteran , Universitas Kristen Maranatha, (JANUARY), 1–6

Lampiran 1

**CURRICULUM VITAE**



1. Nama Lengkap : Dini Putri Dwirira
2. Tempat & tanggal lahir : Surabaya, 29 April 1988
3. Alamat : Jl. Kali Kepiting Jaya IX no. 55 Surabaya
4. Jenis kelamin : Perempuan
5. Status Perkawinan : Menikah
6. Agama : Islam
7. Telepon / HP : 085608151517
8. Email : [diniputri06@gmail.com](mailto:diniputri06@gmail.com)

**Pendidikan Formal :**

1. 1995-2001 : SD Widya Adi Putera Surabaya
2. 2001-2003 : SLTPN 15 Surabaya
3. 2003-2006 : SMA TRIMURTI Surabaya
4. 2006-2009 : Politeknik Kesehatan Sutopo Surabaya

**Pengalaman Kerja :**

Tahun 2009 sampai dengan saat ini : Bekerja sebagai perawat di RS.Premier Surabaya.

## Lampiran 2

**MOTTO**

Allah tidak akan memberi beban yang melebihi kemampuanmu

“ Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai kesanggupannya”

(Q.S Al Baqarah 286).

“Sifat orang yang berilmu tinggi adalah

merendahkan hati kepada manusia dan takut kepada Allah”

(Nabi Muhammad S.A.W)

“Karunia Allah yang paling lengkap

Adalah kehidupan yang didasarkan pada

Ilmu Pengetahuan”

(Ali bin Abi Thalib)

**PERSEMBAHAN**

Karya Ilmiah Akhir ini saya buat dengan tidak lupa mengucapkan syukur

Alhamdulillah kepada Allah S.W.T

Sekaligus sebagai ungkapan terimakasih saya

Kepada orang – orang yang saya sayangi :

Kedua orang tua saya, suami saya Azmy M.A dan anak saya M. Riyadhus.S

Kakak saya Septya Dewi Mayasari dan Adik saya Fitra Cahyaning Ratri

Keluarga besar RS Premier Surabaya khususnya ruang Paediatric/Surgical

Teman – teman seperjuangan angkata Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah

Surabaya

## Lampiran 3

**SOP****PEMBERIAN TERAPI INJEKSI**

1. Pengertian	Merupakan tindakan memasukan jarum (abocath) melalui transkutan yang kemudian disambungkan dengan selang infus, kemudian memasukkan obat injeksi ke dalamnya.
2. Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Media untuk pemberian obat melalui intravena</li> <li>- Mensuplai cairan melalui vena ketika pasien tidak mampu mendapatkan makanan, cairan elektrolit lewat mulut, untuk menyediakan kebutuhan garam untuk menjaga kebutuhan cairan, untuk menyediakan kebutuhan gula(97etabol/dekstrosa) sebagai bahan bakar untuk 97etabolism, dan untuk menyediakan beberapa jenis vitamin yang mudah larut melalui intravena serta untuk memberikan medium untuk pemberian obat secara intravena.(Aryani, et. Al. 2009)</li> </ul>
3. Alat dan Bahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S spuit dan abocath sesuai vena pasien uk. 18,20,22, atau 24</li> <li>- Alkohol swab</li> <li>- Obat injeksi dari ampul atau vial</li> <li>- 1 Pasang Gloves</li> <li>- Torniquet</li> <li>- Bak Injeksi</li> <li>- Bengkok</li> <li>- Perlak atau alas</li> <li>- Catatan pengobatan</li> </ul>

4. Tahap Prainteraksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada</li> <li>- Mencuci tangan</li> <li>- Menyiapkan obat dengan benar dan sudah di kroscek dengan senior</li> <li>- Menempatkan alat di dekat klien dengan benar</li> </ul>
5. Tahap Orientasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik</li> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur</li> <li>- Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan</li> </ul>
6. Cara Kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sapa pasien dengan senyum ramah</li> <li>- Jelaskan prosedur tindakan</li> <li>- Tutup tirai atau pintu</li> <li>- Pakai sarung tangan</li> <li>- Posisikan pasien nyaman dan rileks</li> <li>- Tentukan vena yang akan ditusuk (vena basilica dan vena chefalika), syarat vena: tidak bercabang, bukan bekas tusukan)</li> <li>- Pasang alas atau perlak dibawah area yang akan ditusuk.</li> <li>- Bila vena sudah ditemukan (misal vena basilica) atur lengan lurus dan pasang tourniquet sampai vena benar-benar dapat di lihat dan diraba</li> <li>- Siapkan spuit yang sudah berisi obat, bila masih terdapat udara dalam spuit, maka udara harus dikeluarkan</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bila pasien terpasang veinflon, bersihkan port penyuntikan yang mengarah ke aliran iv dengan swab alkohol.</li> <li>- Buka aliran port iv tersebut dan buka jarum spuit kemudian masukkan spuit tanpa jarum ke dalam veinflon dan suntikkan obat</li> <li>- Tusukkan jarum ke dalam vena dengan posisi jarum sejajar dengan vena dengan sudut 15-30°</li> <li>- Lakukan aspirasi dengan cara menarik plunger spuit. Bila darah sudah terhisap lepaskan tourniquet dan dorong obat pelan-pelan kedalam vena</li> <li>- Setelah obat masuk vena, segera tarik spuit, usap dengan alkohol swab</li> <li>- Kembalikan pasien pada posisi yang nyaman</li> <li>- Buang spuit , ampul / vial ditempat yang telah tersedia (sharp container untuk benda tajam)</li> <li>- Observasi respon pasien terhadap penyuntikan</li> </ul>
7. Tahap terminasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan evaluasi tindakan</li> <li>- Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</li> <li>- Berpamitan dengan klien</li> <li>- Membereskan alat-alat</li> <li>- Cuci tangan</li> <li>- Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan</li> </ul>