# KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN DIAGNOSIS MEDIS *POST OPSERASI KOLESISTEKTOMI HARI KE 3***

# DI RUANG B1 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA



**Oleh :**

NEVANZA VITRA OAZA ARIFIN NIM. 182.0036

# PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH

**SURABAYA**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A DENGAN DIAGNOSIS MEDIS *POST OPSERASI KOLESISTEKTOMI HARI KE 3***

# DI RUANG B1 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat Uuntuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

NEVANZA VITRA OAZA ARIFIN NIM. 182.0036

# PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH

**SURABAYA 2021**

# SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 02 Juni 2021

NEVANZA VITRA OAZA ARIFIN NIM. 182.0036

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : NEVANZA VITRA OAZA ARIFIN |
| NIM | : 182.0036 |
| Program Studi | : DIII – KEPERAWATAN |
| Judul | : Asuhan Keperwatan Pada Tn. A Dengan Diagnosis Medis Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3 Di RuangB1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya |

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

# AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Surabaya, 02 Juni 2021.

Pembimbing

Dhian Satya Rachmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep NIP. 03.008

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal : 16 Juni 2021

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : NEVANZA VITRA OAZA ARIFIN |
| NIM | : 182.0036 |
| Program Studi | : DIII – KEPERAWATAN |
| Judul KTI | : Asuhan Keperwatan Pada Tn. A Dengan Diagnosis MedisPost Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3 Di Ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya |

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

|  |  |
| --- | --- |
| Hari, tanggal | : Rabu, 16 Juni 2021 |
| Bertempat di | : STIKES Hang Tuah Surabaya |

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : **Dini Mei Widayanti, S. Kep., Ns., M.Kep**

# NIP. 03.011

Penguji II : **Dr. Setiadi, S. Kep., Ns., M.Kep**

# NIP. 03.001

Penguji III : **Dhian Satya Rachmawati, S. Kep., Ns., M.Kep NIP. 03.008**

(...........................)

(...........................)

(...........................)

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya Ka Prodi D-III Keperawatan

# Dya Sustrami, S. Kep.,Ns, M.Kes NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal : 16 Juni 2021

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan progam Ahli Madya Keperawatan.

Penulis ini menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL, Sp.KL., selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis ilmiah dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Progam Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dini Mei Widayanti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji I yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji III yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukkan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. 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 tulis ilmiah ini, juga kepda seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Kedua orang tuaku yang selalu memberikan motivasi, dukungan, semangat serta doa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. Noeverdianza Oaza A selaku adek tersayang yang selalu memberi semangat, bantuan serta dukungan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
10. Prada mar Zulkifli Sahabuddin selaku kakak angkat saya yang telah memberikan motivasi dan semangat supaya penyusunan karya tulis ilmiah ini berjalan dengan lancar.
11. Untuk teman-temanku Bareg, Ghora, Satriyo, Khikmatul, Fitya, Lulu, Himma, Fadhilah, Nevi dan teman-teman yang lainnya yang selalu memberikan support agar saya semangat mengerjakan KTI ini.
12. Untuk teman-teman seperjuangan D3 Keperawatan Reguler dan temman- teman angkatan 24 dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan nya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadaribahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

# DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

[SURAT PERNYATAAN ii](#_bookmark0)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_TOC_250025)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_TOC_250024)

[KATA PENGANTAR v](#_TOC_250023)

[DAFTAR ISI viii](#_TOC_250022)

[DAFTAR TABEL x](#_TOC_250021)

[DAFTAR GAMBAR xi](#_TOC_250020)

DAFTAR LAMPIRAN xii

[BAB 1 PENDAHULUA 1](#_bookmark1)

* 1. [Latar Belakang 1](#_bookmark2)
	2. [Rumusan Masalah 3](#_TOC_250019)
	3. [Tujuan Penelitian 3](#_TOC_250018)
		1. Tujuan Umum 3
		2. [Tujuan Khusus 3](#_bookmark3)
	4. [Manfaat 4](#_TOC_250017)
	5. [Metode Penelitian 5](#_TOC_250016)
		1. [Metode 5](#_TOC_250015)
		2. [Teknik Pengumpulan Data 5](#_TOC_250014)
		3. [Sumber Data 5](#_bookmark4)
	6. [Sistematika Penulisan 6](#_TOC_250013)
		1. [Bagian Awal 6](#_TOC_250012)
		2. [Bagian Inti 6](#_TOC_250011)
		3. [Bagian Akhir 6](#_TOC_250010)

[BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 7](#_bookmark5)

* 1. Konsep Dasar Penyakit Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3 7
		1. [Definisi 7](#_bookmark6)
		2. [Etiologi 8](#_bookmark7)
		3. [Manifestasi Klinis 8](#_bookmark8)
		4. [Patofisiologi 9](#_bookmark9)
		5. Diagnossa Banding 11
		6. [Komplikasi 11](#_bookmark10)
		7. [Pemeriksaan Penunjang 12](#_TOC_250009)
		8. [Pencegahan 14](#_bookmark11)
		9. Penatalaksanaan 14
	2. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3 16
		1. [Pengkajian 16](#_bookmark12)
		2. [Diagnosa Keperawatan 18](#_bookmark13)
		3. [Perencanaan 18](#_bookmark14)
		4. [Pelaksanaan 20](#_bookmark15)
		5. [Evaluasi 21](#_bookmark16)
	3. [-Kerangka masalah 22](#_bookmark17)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 23](#_bookmark18)

* 1. [Pengkajian 23](#_bookmark19)
		1. [Identitas 23](#_bookmark20)
		2. [Keluhan Utama 23](#_bookmark21)
		3. [Riwayat Penyakit Sekarang 24](#_TOC_250008)
		4. [Riwayat Penyakit Dahulu 24](#_bookmark22)
		5. Riwayat Penyakit Keluarga 24
		6. Genogram 24
		7. [Riwayat Alergi 25](#_bookmark23)
		8. Pemeriksaan Fisik 25
		9. [Pemeriksaan Penunjang 32](#_bookmark24)
	2. [Analisa Data 34](#_bookmark25)
	3. [Prioritas Masalah 36](#_bookmark26)
	4. Intervensi Keperawatan 37
	5. Implementasi Keperawatan 40
	6. Evaluasi Sumatif 46

[BAB 4 PEMBAHASAN 47](#_TOC_250007)

* 1. [Pengkajian 47](#_TOC_250006)
	2. [Diagnosa Keperawatan 48](#_TOC_250005)
	3. [Perencanaan 49](#_TOC_250004)
	4. [Pelaksanaan 50](#_TOC_250003)
	5. [Evaluasi 51](#_TOC_250002)

[BAB 5 PENUTUP 53](#_TOC_250001)

* 1. Kesimpulan 53
	2. [Saran 55](#_TOC_250000)

DAFTAR PUSTAKA 56

# DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan Diri 32

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium 32

Tabel 3.3 Terapi Obat Pada Tn. A 33

Tabel 3.4 Analisa Data 34

Tabel 3..5 Prioritas Masalah 36

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan 37

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan 40

Tabel 3.8 Evaluasi Sumatif 46

Tabel 3.9 SOP Perawatan Luka 57

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Masalah 22

# DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur Perawatan Luka 57

**BAB 1 PENDAHULUAN**

# Latar Belakang

Kolangitis adalah kegagalan aliran cairan empedu masuk ke dalam duodenum dalam jumlah yang normal. Secara klinis, kolestasis dapat didefinisikan sebagai akumulasi zat-zat yang diekskresi ke dalam empedu seperti bilirubin, asam empedu dan kolesterol di dalam darah dan jaringan tubuh. Berdasarkan rekomendasi North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN), kolestasis apabila kadar bilirubin direk lebih dari 1 mg/dl bila bilirubin total kurang dari 5 mg/dl, sedangkan bila kadar dari bilirubin total lebih dari 5 mg/dl, kadar bilirubin direk lebih dari 20% dari bilirubin total (Fauzi A, 2011).

Pertama kali dikemukakan pada tahun 1877 oleh Charcot, ia mem`postulatkan bahwa penyakit ini berhubungan dengan proses patologi berupa obstruksi bilier dan infeksi bakteri. Kolangitis merupakan salah satu komplikasi dari batu pada ductus cholductus. Lee, et al menyebutkan angka mortalitas pada kolangitis mencapai 5%-10%. Angka ini dapat meningkat secara signifikan menjadi 88%-100% akibat terjadinya gagal organ. Angka mortalitas akibat kolangitis akut yang cukup tinggi, yaitu sebesar 27%. Mengenai penyebab tingginya angka morttalitas ini, masih perlu dilakukan penelitian lebih lanjut. Dilaporkan 10-30% obstruksi bilier maligna disertai dengan kolangitis akut. Terdapat 65% kolangitis akut disebabkan oleh batu

CBD sedangkan sisanya (35%) merupakan obstruksi bilier malignan (Leung JW, 2001). Menurut hasil studi di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya diruang B1 selama bulan November 2020-Maret 2021 pasien dengan diagnosa Cholangitis sejumlah 6 pasien, data yang diambil dari Data Rekam Medik Ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Penyakit ini perlu diwaspadai karena insidensi batu empedu, serta kecenderungan penyakit ini untuk terjadi pada pasien berusia lanjut, biasanya memiliki penyakit penyerta yang lain yang dapat memperburuk kondisi dan mempersulit terapi. Efek samping pembedahan kolesistektomi itu sendiri juga rentan terhadap beberapa jenis efek sampingnya yaitu kerusakan struktur seperti kandung kemih atau pembbuluh darah, kebocoran cairan empedu, terrtahannya batu, nyeri yang berkelanjutan, terjadi peradangan area abdomen, kerusakan pada hati. Pembedahan operasi kolesistektomi besar ini akan terjadi risiko terjadinya infeksi, risiko tterjadinya perdarahan. Namun disisi lain terdapat juga komplikasi pasca operasi seperti sindrom nyeri pascatorakotomi, infeksi luka operasi, tirah baring berkepanjanga, ketidakseimbangan nutrisi dari kerusakan fungsi hati. Komplikasi pasca operasi tersebut menjadi bahan monitor perawat dalam pemberian asuhan keperawatan. Perawat juga diarahkan dalam memberikan pendidikan kesehatan. Instruksikan diet yang diperlukan yaitu makanan rendah lemak. Memoditifikasi aktivitas dan diet, menjelaskan dan menguatkan seluruh pembatasan diet dan aktivitas untuk meminimalkan penyakit. Pada pasien yang masih mengeluh nyeri diarea operasi tentu memerlukan pengkajian nyeri, dengan membantu mengurangi nyeri, mengajarkan teknik nafas dalam dan doa, kerusakan integritas kulit

mengajarkan pasien dan melibatkan keluarga dalam melakukan perawatan luka, intoleransi aktivitas dengan membantu perawatan diri dan aktivitas pasien. (Leung JW, 2001).

Terapi kolangitis terdiri dari pemberian antibiotik dan drainase billier. Derajat kolangitis menentukan perlu tidaknya pasien dirawat di rumah sakit. Bila klien penyakitnya ringan, dapat berobat jalan, terutama jika kolangitis ringan yang berulang (Fauzi A, 2011).

# Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan diagnosis medis post operaasi kolesistektomi hari ke 3 di Ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# Tujuan Penelitian

Adapun Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dibedakan menjadi tujuan umum dan tujuan khusus :

# Tujuann Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post operasi kolesistektomi hari ke 3 di Ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# Tujuan Khusus

* + - 1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pasien dengan diagnosis medis post operasi kolesistektomi hari ke 3 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
			2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi kolesistektomi hari ke 3 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
			3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi kolesistektomi hari ke 3 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
			4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi kolesistektomi hari ke 3 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
			5. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi kolesistektomi hari ke 3 di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# Manfaat

1. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar dilahan praktik dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3 Di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, sehingga perawat dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan yang tepat.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3 Di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3 Di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

# Metode Penelitian

# Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan dengan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

# Teknik Pengumpulan Data

* + - 1. Wawancara

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

* + - 1. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan yang lain.

* + - 1. Pemeriksaan

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

# Sumber Data

* + - 1. Data primer

Data primer adalah data yang diambil dar pasien

* + - 1. Data sekunder

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

# Sistematika Penulisan

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

# Bagian Awal

Memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

# 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 *Cholangitis.*

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

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antar teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

# Bagian Akhir

Terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

# BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

* 1. **Konsep Penyakit Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3**

# Definisi

Kolangitis adalah kegagalan aliran cairan empedu masuk ke dalam duodenum dalam jumlah yang normal. Secara klinis, kolestasis dapat didefinisikan sebagai akumulasi zat-zat yang diekskresi ke dalam empedu seperti bilirubin, asam empedu dan kolesterol di dalam darah dan jaringan tubuh. Berdasarkan rekomendasi North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN), kolestasis apabila kadar bilirubin direk lebih dari 1 mg/dl bila bilirubin total kurang dari 5 mg/dl, sedangkan bila kadar dari bilirubin total lebih dari 5 mg/dl, kadar bilirubin direk lebih dari 20% dari bilirubin total (Fauzi, 2011).

Kolangitis adalah keadaan dimana terdapatnya batu di dalam kandung empedu atau di dalam duktus koledokus, atau pada kedua-duanya. Diperkirakan lebih dari 95% penyakit yang mengenai kandung empedu dan salurannya adalah penyakit Cholelithiasis. Infeksi dapat disebabkan kuman yang berasal dari makanan. Infeksi bisa merambat ke saluran empedu sampai ke kantong empedu. Penyebab paling utama adalah infeksi di usus. Infeksi ini menjalar tanpa terasa menyebabkan peradangan pada saluran dan kantong empedu sehingga cairan yang berada di kantong empedu mengendap dan menimbulkan batu. Infeksi tersebut misalnya tifoid atau tifus. Kuman tifus apabila bermuara di kantong empedu dapat menyebabkan peradangan lokal yang tidak dirasakan pasien, tanpa gejala sakit ataupun demam. (Fauzi, 2011).

Keluhan klinis yang sering ditemukan adalah nyeri pada perut kanan atas, nyeri epigastrium, demam, ikterus, mual, muntah. Kandung empedu merupakan sebuah kantung yang terletak di bawah hati yang mengonsentrasikan dan menyimpan empedu sampai dilepaskan ke dalam usus. Fungsi dari empedu

sendiri sebagai ekskretorik seperti ekskresi bilirubin dan sebagai pembantu proses pencernaan melalui emulsifikasi lemak oleh garam-garam empedu. Selain membantu proses pencernaan dan penyerapan lemak, empedu juga berperan dalam membantu metabolisme dan pembuangan limbah dari tubuh, seperti pembuangan hemoglobin yang berasal dari penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolesterol. Garam empedu membantu proses penyerapan dengan cara meningkatkan kelarutan kolesterol, lemak, dan vitamin yang larut dalam lemak (Setiyohadi B, 2014).

# Etiologi

Kolangitis adalah penyakit batu empedu yang dapat ditemukan di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu, atau pada kedua-duanya. Sebagian besar batu empedu, terutama batu kolesterol, terbentuk di dalam kandung empedu. Hati terletak di kuadran kanan atas abdomen di atas ginjal kanan, kolon, lambung, pankreas, dan usus serta tepat di bawah diafragma. Hati dibagi menjadi lobus kiri dan kanan, yang berawal di sebelah anterior di daerah kandung empedu dan meluas ke belakang vena kava. Kuadran kanan atas abdomen didominasi oleh hati serta saluran empedu dan kandung empedu. Pembentukan dan ekskresi empedu merupakan fungsi utama hati. Kandung empedu adalah sebuah kantung terletak di bawah hati yang mengonsentrasikan dan menyimpan empedu sampai ia dilepaskan ke dalam usus. Kebanyakan batu duktus koledokus berasal dari batu kandung empedu, tetapi ada juga yang terbentuk primer di dalam saluran empedu Kondisi-kondisi yang menjadi faktor predisposisi terbentuknya batu pigmen adalah penyakit hemolitik yang kronik, pemberian nutrisi parenteral total, kolestasiskronik dan sirosis dan pemberian obat (cefriaxone)(Setiyohadi B, 2014).

# Manifestasi Klinis

Kalkuli duktus umum mungkin asimptomatik atau menyebabkan kolik billier, obstruksi duktus empedu, kolangitis, atau pankrearitis. Manifestasi awal koledokolitiasis tidak berbeda awalnya dengan nyeri kolik kandung empedu atau kolesistesis akut. Nyeri mungkin ringan atau berat dan tidak dapat

dibedakan dengan nyeri kandung empedu. Ikterus hilang timbul jika obastruksi intermiten tapi mungkin progresif jika batu menjadi terjepit dalam duktus kistik atau duktus empedu. Menggigil dan panas sering serangan kambuhan nyeri berat kuadran kanan atas dan riwayat ikterus adalah gejala kolelitiasis.

Jarang, gejala kolangitis disertai oleh syok dan kebingungan, koma tau gejala sistem saraf pusat lain. Manifestasi ini sinyal adanya kolangitis toksik akut, kondisi dimana empedu terinfeksi atau nanah dibawah tekanan didalam sistem duktus. Dekompresi sistem duktus perlu untuk mencegah kematian (JOYCE M, 2014).

# Patofisiologi

Dalam keadaan normal system bilier stteril dan aliran empedu tidak mengalami hambatan sehingga tidak terdapat aliran balik ke system bilier. Kolangitis terjadi adanya stasis atau obstruksi disistem bilier yang disertai oleh bakteria yang mengalami multiplikasi. Obstruksi terutama disebabkan oleh batu *common bile duct* (CBD), stenosis, atau tumor, serta manipulasi endoskopik CBD. Dengan demekian aliran empedu menjadi lambat sehingga akteri dapat berkembang biak setelah mengalami migrasi ke sistem bilier melalui vena porta, sistem nlimfatik porta ataupun langsung dari duodenum.

Oleh karena itu akan terjadi infeksi secara *ascenden* menuju duktus hepattikus, yang pada akhirnya akan menyebabkan tekanan intrabilier yang tinggi dan melampaui batas 250 mmH2O. Oleh karena itu akan terdapat aliran balik empedu yang berakibat terjadinya infeksi pada kanalikuli biliaris, vena hepatica dan limfatik perihepatik, sehingga akan terjadi bakteriemia yang bias berlanjut

menjadi sepsis (25-40%). Apabila pada keadaan tersebut disertai dengan pembentukan pus maka terjadilah kolangitis supuratif.

Terdapat berbagai bentuk patologis dan klinis kolangitis yaitu :

* + - 1. Kolangittis dengan koletiasis

Pada keadaan ini tidak ditemukan obstruksi pada sistem bilier, maupun pelebaran dari duktus intra maupun ekstra hepatal. Keadaan ini sering disebabkan oleh batu CBD yang kecil, kompresi oleh *vesica felea* /kelenjar getah bening/inflamasi pancreas, edema/spasme sfinkter Oddi, edema mukosa CBD atau hepatitis.

* + - 1. Kolangitis non-supuratif akut

Terdapat bakterobilia ttanpa pus pada sistem bilier yang biasanya disebabkan oleh obstruksi parsial.

* + - 1. Kolangitis supuratif akut

Pada CBD berisi pus dan terdapat baktteria, namun tidak terdapat obstruksi total sehingga pasien tidak dalam keadaan sepsis.

* + - 1. Kolangitis supuratif alut dengan obstruksi

Disini terjadi obbsttruksi total sistem bilier sehingga melampaui tekanan normal pada sistem bilier yaitu melebihi 250mm H2O sehingga terjadi bakterimia akibat refluk cairan empedu yang disertai dengan influx bbakteri ke dalam sistem limfatik dan vena hepatika.

* + - 1. Syok sepsis

Apabila bakteriemia berlanjut maka akan timbul berbagai komplikasi yaitu sepsis berlarut, syok septik, gagal organ ganda yang biasanya didahului oleh gagal ginjal yang disebabkan oleh sindroma hepatorenal, abses hati

piogenik (sering multiple) dan bahkan peritonitis. Jika sudah terdapat komplikasi maka prognosisnya menjadi lebih buruk (Fauzi A, 2011).

# Diagnosa Banding

Hepatitis virus, penyakit Weil, abses hati, pankreatitis, penyakit hati metastatik, ulkus peptikum, Ml, pneumonia lobus bawah (Setiyohadi B, 2014).

# Komplikasi

Beberapa komplikasi dari penyakit kolangitis terutama yang derajat tinggi (kolangitis supuratif) adalah sebagi berikut :

* + - 1. Abses hati piogenik : 75% dari semua abses hati. Abses ini pada anak dewasa muda terjadi akibat komplikasi apendisitis, dan pada orang tua sebagai komplikasi penyakit saluran empedu seperti kolangitis, infeksi pada saluran empedu intrahepatik menyebabkan kolangitis yang menimbulkan kolangiolitis dengan akibat abses multiple.
			2. Bakteremia, sepsis bakteri garam negatif : terdapatnya bakteri didalam aliran darah (25-40%). Komplikasi bakteri bakteremia pada kolangitis dapat terjadi oleh karena etiologi utama penyebab terjadinya kolangitis adalah infeksi bakteri. Demam merupakan keluhan utama sekitar 10-15%.
			3. Peritonotis sistem billier : kebocoran empedu dalam ruang peritoneal menyebabkan iritasi dan peritonitis. Jika empedu terkena infeksi, maka akan menyebabkan peritonitis dan sepsis yang mempunyai resiko tinggi yang sangat fatal.
			4. Kerusakan duktus empedu : dapat dengan mudah rusak pada tindakan kolesistektomi atau pada eksplorasi duktus empedu yang tidak sesuai dengan anatominya. Kesalahan yang sangat fatal adalah tidak mengetahui cara melakukan transeksi atau ligasi pada duktus (Schwartz S, 2000).

# Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium
	1. Pemeriksaan kadar bilirubin Kolangitis adalah kegagalan aliran cairan empedu masuk ke dalam duodenum dalam jumlah yang normal. Secara klinis, kolestasis dapat didefinisikan sebagai akumulasi zat-zat yang diekskresi ke dalam empedu seperti bilirubin, asam empedu dan kolesterol di dalam darah dan jaringan tubuh. Berdasarkan rekomendasi North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN), kolestasis apabila kadar bilirubin direk lebih dari 1 mg/dl bila bilirubin total kurang dari 5 mg/dl, sedangkan bila kadar dari bilirubin total lebih dari 5 mg/dl, kadar bilirubin direk lebih dari 20% dari bilirubin total (Benchimol dkk., 2009; Bhatita, 2014).
	2. Meningkatan kadar SGOT/SGPT >10 kali dengan peningkatan gamma GT <5 kali, lebih mengarah ke suatu kelainan hepatoseluler, sedangkan apabila dari hasil laboratorium didapatkan peningkatan SGOT/SGPT

<5 kali dengan peningkatan gamma GT >5 kali, hal ini lebih mengarah kepada kolestasis ekstrahepatik.

* 1. Aminotransferase serum meningkat lebih dari 2-4 kali nilai normal, maka hal ini menunjukkan adanya proses infeksi.
	2. Pemeriksaan alkali phosphatase yang biasanya meningkat pada pasien yang mengalami kolestasis
	3. Serum lipoprotein-X meningkat pada kolestasis yang disebabkan oleh Obstruksi.Serum lipoprotein-X meningkat pada kolestasis yang disebabkan oleh Obstruksi.
	4. Peningkatan kolesterol, penurunan kadar albumin, masa protrombin biasanya normal tetapi mungkin memanjang, yang dapat dikoreksi dengan vitamin K.
	5. Kadar gula darah pasien bisa didapatkan hipoglikemia, untuk mendeteksi kelainan yang berhubungan dengan metabolik.
	6. Pemeriksaan TORCH untuk menelusuri terhadap kemungkinan adanya infeksi Toksoplasma, Cytomegalo virus, Rubella, dan Herpes.
	7. Pemeriksaan FT4 dan TSH.
	8. Pemeriksaan biakan bakteri (biakan urin dan darah).
	9. Pemeriksaan hepatitis B dan pemeriksaan kadar α-1 antitripsin.
1. Ultrasonografi (USG) merupakan salah satu teknik pemeriksaan untuk mendeteksi kolestasis pada pasien. Dengan pemeriksaan USG dapat diketahui ukuran, keadaan hati, dan kandung empedu. Pemeriksaan ini relatif murah harganya dengan teknik yang sangat sederhana, serta efektifitasnya mencapai 80%. Ultrasonografi dapat mendeteksi adanya tanda triangular cord dibagian atas percabangan vena porta. Ultrasonografi memiliki sensitivitas 85%, spesifisitas 100%, dan akurasi 95% untuk mendiagnosis atresia bilier ekstrahepatik (Oswari, 2007; Bisanto, 2011). Sebelum dilakukan pemeriksaan USG pasien harus dipuasakan minimal selama 4 jam. Kemudian, setelah pemeriksaan USG yang pertama pasien diberikan minum dan diperiksa USG kembali. Panjang kandung empedu yang normal akan tampak ≥1,5 cm, sedangkan pada 60% pasien atresia bilier ektrahepatik tidak akan tampak (Bisanto, 2011).
2. CT Scan

CT Scan tidak lebih unggul daripada ultrasonografi untuk mendiagnosis baru kandung empedu. Cara ini berguna untuk diagnosis keganasan pada kandung empedu yang mengandung batu, dengan ketepatan sekitar 70-90 persen.

1. ERCP

Endoskopi merupakan selang kecil yang mudah digerakkan yang menggunakan lensa atau kaca untuk melihat bagian dari traktus gastro intestinal. Endoscope Retrograde Cholangiopancreotography (ERCP) dapat lebih akurat menentukan penyebab dan letak sumbatan serta keuntungannya juga dapat mengobati obstruksi dengan mengeluarkan batu dan melebarkan penyempitan.

1. Biopsi hati merupakan cara yang paling akurat untuk mendiagnosis bayi dengan kolestasis. Berdasarkan data-data yang didapatkan dari penelitian sebelumnya, pasien kolestasis yang disebabkan oleh atresia bilier dapat dideteksi sekitar 90%-95% dengan biopsi hati. Pada atresia bilier dapat

ditemukan gambaran proliferasi duktus biliaris, bile plug, portal track edema, dan fibrosis. Sedangkan pada pasien dengan hepatitis neonatal idiopatik dengan metode ini akan didapatkan gambaran pembengkakan sel difus, transformasi giant cell, dan nekrosis hepatoseluler fokal.

1. Kolangiografi merupakan prosedur yang tidak selalu dikerjakan pada kolestasis, karena merupakan prosedur yang sulit dan berbahaya, tetapi tingkat akurasinya sangat tinggi sekitar 98% untuk mendiagnosis atresia bilier. Pemeriksaan dengan metode kolangiografi intraoperatif sangat tergantung terhadap hasil histopatologi hati. Apabila dari hasil histopatologi hati mengarah pada atresia bilier atau hasil yang diperoleh masih belum bisa untuk menyingkirkan atresia bilier, maka diperlukan tindakan laparatomi eksplorasi. Pada saat dilakukan laparatomi, pemeriksaan langsung terhadap keadaan kandung empedu dan sistem bilier sangat diperlukan untuk melihat adanya obstruksi pada sistem bilier (Fauzi, 2011).

# Pencegahan

Pemeriksaan secara rutin penting dilakukan untuk mencegah penyakit ini. Terutama jika kamu memiliki riwayat penting batu empedu, *sclerosing cholangitis,* penyempitan saluran empedu, HIV/AIDS, dan riwayat mengunjungi wilayah rawan infeksi parasit (T, 2007).

# Penatalaksanaan Medis

Penatalaaksanaan berdasarkan derajat kolangitis

* + - 1. Kolangittis grade I

Pemberian terapi medikamentosa direspon dengan baik oleh pasien. Setelah itu dapat dipertimbangkan untuk melakukan drainase bilier dengan menggunakan endoskopi, perkuatneus, ataupun drainase terbuka.

* + - 1. Kkolangitis grade II

Pada pasien ini tidak berespon baik dengan medikamentosa. Selain itu muncul tanda-tanda gagal organ. Pada pasien ini, dilakukan drainase bilier awal dengan menggunakan endoskopi atau perkutaneus drainase.

Terapi definitif dengan menghilangkan sumber sumbatan dilakukan setelah kondisi klien stabil.

* + - 1. Kolangitis grade III

Pada pasien ini memerlukan terapi suportif seperti ventilitator, obat- obatan inotropik, terapi medikaamentosa. Drainase bilier dilakukan secepatnya segera setelah kondisi pasien stabil.

# Penatalaksanaan Konservatif

* + - * 1. Penanggulangan sfingterotomi endoskopik

Apabila setelah tindakan diatas keadaan umum tidak membaik atau malah semakin buruk, dapat dilakukan sfingterotomi endoskopik, untuk pengaliran empedu dan nanah serta membersihkan duktus koledokus dari batu. Kadang dipasang pipa nasobilier. Apabilaa duktus koledokus besar, yaitu berdiameter lebih dari 2 cm, sfingterotomi endoskopik mungkin tidak dapaat mengeluarkan batu ini.

* + - * 1. Lisis batu

Disolusi batu dengan sediaan garam empedu kolelitolitik mungkin berhasil pada batu kolesterol. Terapi berhasil separuh penderita dengan pengobatan selama satu sampai dua tahun. Lisis kontak melalui kateter perkutan kedalam kandung empedu dengan metil eter berhasil setelah beberapa jam. Terapi ini merupakan terapi invasif walaupun kerap disertai dengan penyulit.

* + - * 1. PTBD (Percutaneous Transhepatik Biliar Drainase)

Pengaliran bilier tranhepatik biasanya bersifat darurat dan sementara sebagai salah satu alternatif untuk mengatasi sepsis pada kolangitis berat, atau mengurangi ikterus berat pada obstruksi saluran empedu distal karena keganasan. Pada pasien dengan pipa T pada saluran empedu dapat juga dimasukkan koledoskop dari luar untuk membantu mengambil batu intrahepatik.

# Penatalaksanaan Definitif

1. Kolesistektomi terbuka

Merupakan operasi yang membutuhkan anestasi umum kemudian dilakukan irisan pada anterior dinding abdomen dengan panjang 12 cm.

1. Kolangiografi operatif

Dilakukan secara rutin untuk mendapatkan peta anatomik di daerah yang sering mengalami anomalidan untuk menyingkirkan batu empedu yang tidak dicurigai.

1. Laparoskopi kolesistektomi

Merupakan cara invasif untuk mengangkat batu empedu dengan menggunakan teknik laparoskopi. Kontraindikasinya adalah sepsis abdomen, gangguan pendarahan kehamilan.

1. Eksplorasi koledokus: eksplorasi laparoskopi duktus empedu

Umumnya sebelum tindakan operatif batu duktus empedu dideteksi dengan kolangiografi intraoperatif mengalirkan saline melalui duktus sisklus dan turun ke duktus empedu (Dorland, 2011) .

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan *Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3***

# Pengkajian

* + - 1. **Pengumpulan data**
				1. Identitas

Tn. A, 25 th, laki-laki, islam, Jawa, Indonesia, belum menikah, Mojokerto.

* + - * 1. Keluhan utama

Pada penderita kolangitis, klien mengeluh nyeri perut kanan atas nyeri tidak menjalar/menetap, nyeri pada saat menarik nafas dan nyeri seperti ditusuk-tusuk.

* + - * 1. Riwayat penyakit

Riwayat penyakit dahulu

Riwayat medis pasien mungkin dapat membantu contohnya riwayat dari kadaan berikut dapat meningkatkan resiko cholangitis, seperti :

Batu kandung empedu atau batu saluran empedu

Pasca cholecytectomy

Manipulasi endoskopik atau ERCP cholangiogram

Riwayat cholangitis sebelumnya

Riwayat HIV/AIDS : cholangitis yang berhubungan dengan aids memiliki ciri edema bilier ekstrahepatik ulserasi dan obstruksi bilier

Riwayat penyakit sekarang

Banyak pasien yang datang dengan ascending cholangitis tidak memiliki gejala klasik tersebut. Sebagian besar pasien mengeluh nyeri abdomen kuadran lateral atas. Gejala lain yang dapat terjadi meliputi : jaundice, demam, menggigil dan kekakuan, nyeri abdomen tinja acholitis.

Riwayat penyakit keluarga

Perlu dikaji apabila klien mempunyai penyakit keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi, anemia.

* + - * 1. Pemeriksaan fisik

Sistem pernafasan

Tidak terdapat gangguan pada sistem pernafasan

Sistem kardiovaskuler

Terdapat takikardi dan diaphoresis

Sistem neurologi

Tidak terdapat gangguan pada sistem neurologi

Sistem pencernaan

Inspeksi : tampak ada distensi abdomen diperut kanan atas klien mengeluh mual muntah

Auskultasi : peristalic usus 5-12x/menit flatulensi

Perkusi : adanya pembengkakan di abdomen atas/kuadran kanan atas nyeri tekan epigastrium

Sistem eliminasi

Warna urine lebih pekat dan warna feses seperti tanah liat

Sistem integumen

Terdapat ikterik/jaundice dengan kulit berkeringat dan gatal

Sistem muskoloskeletal

Terdapat kelemahan otot karena gangguan produksi ATP

# Analisa data

Dari hasil pengkajian data tersebut dapat dikelompokkan lalu di analisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan.

# Diagnosa Keperawatan

Menurut (SDKI SLKI SIKI 2019) diagnosa yang muncul pada pasien dengan cholangitis adalah sebagai berikut :

* + - 1. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (SDKI, 172)
			2. Hipertermia b/d proses inflamasi (SDKI, 284)
			3. Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI, 56)

# Perencanaan

Intervensi keperawatan menurut (SDKI SLKI SIKI 2019) sebagai berikut :

* + - 1. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (SDKI, 172)

Tujuan : setalah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil :

* + - * 1. Keluhan nyeri menurun
				2. Gelisah menurun
				3. Kesuitan tidur menurun (SLKI, 145) Intervensi :
1. Observasi, catat lokasi dan skala nyeri dan karakter nyeri

Rasional : membantu membedakan penyebab nyeri dan memberikan informasi tentang kemajuan/perbaikan penyakit

1. Anjurkan pasien dalam posisi nyaman

Rasional : pada posisi fowler rendah menurunkan tekanan intra abdomen

1. Anjurkan manajemen nyeri ditraksi relaksasi nafas dalam Rasional : melakukan koping pasien terhadap nyeri
2. Kaji respon pasien

Rasional : wajah menunjukkan perasaan yang dirasakan klien

1. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik Rasional : untuk mengatasi nyeri (SIKI, 201)
	* + 1. Hipertermia b/d proses inflamasi (SDKI, 284)

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan termoregulasi membaik

Kriteria hasil :

* + - * 1. Menggigil menurun
				2. Pucat menurun
				3. Takikardi menurun
				4. Suhu tubuh menurun (SLKI, 129) Intervensi :
1. Observasi tanda vital

Rasonal : untuk mengetahui perkembangan pasien

1. Anjurkan menggunakan pakaian tipis dan minum air putih

Rasional : menggunakan pakaian tipis dan minum air putih yang hanya dapat menurunkan panas

1. Anjuran untuk melakukan kompres dingin pada daerah dada dan ketiak Rasional : kompres dapat membantu menurunkan panas
2. Kaji respon pasien

Rasional : wajah dapat menggambarkan perasaan pasien

1. Kolaborasi dalam pemberian antipiretik

Rasional : untuk menurunkan suhu tubuh (SIKI, 181)

* + - 1. Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI, 56) Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan status nutrisi

membaik Kriteria hasil :

* + - * 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat
				2. Nyeri abdomen menurun
				3. Nafsu makan membaik
				4. Membran mukosa membaik (SLKI, 121)

Intervensi :

1. Identifikasi status nutrisi

Rasional : untuk memantau nutrisi pasien

1. Anjuran untuk makan sedikit tapi sering Rasional : untuk mencegah mual muntah
2. Monitor asupan makanan

Rasional : mengetahui perkembangan nutrisi pasien

1. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

Rasional : setiap pasien mempunyai diet yang berbeda

1. Kaji respon pasien

Rasional : menggambarkan apa yang dirasakan pasien (SIKI, 200)

# Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang di berikan kepada pasien ssuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkantergantung pada situasi dan kondisi pasien saat itu.

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan intervensi Observasi, catat lokasi dan skala nyeri dan karakter nyeri, Anjurkan pasien dalam posisi nyaman, Anjurkan manajemen nyeri ditraksi relaksasi nafas dalam, Kaji respon pasien, Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik.

Pada diagnosa keperawatan hipertensi berhubungan dengan proses inflamasi dilakukan tindakan keperawatan dengan intervensi observasi suhu, tanda vital setiap 4 jam, memberikan baju tipis menyerap keringat memberikan kompres dingin pada lipatan tubuh, inguinal axila, menganjurkan klien untuk banyak minum. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian cairan

dan antipiretik.

Pada diagnosa keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dilakukan tindakan keperawatan dengan intervensi Identifikasi status nutrisi, Anjuran untuk makan sedikit tapi sering, Monitor asupan makanan, Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

# Evaluasi

Dilakukan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga timbul masalah timbul masalah baru. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri akut berkurang, defisit nutrisi terpenuhi, hipertermia teratasi.

# Kerangka Masalah

Pathway cholangitis

**2.4 Kerangka Masalah**

Peningkatan sekresi kolestrol

Obesitas, Resistensi insulin

DM tipe 2,hipertensi. hiperlipidemia

Penurunan pembentukan misel

Bakteri cholangitis, kolesistisis

Batu pigmen

Batu kolestrol

Batu empedu

Kolsium palmitat dan stearat

Oklusi dan obstruksi dari batu

Cholangitis

Obstruksi duktus sistikus

Atau duktus billiaris



Merangsang hipotalamus Set poin di hipptalamus

Intervensi bedah Intervensi litolripsi

Intervensi endoskopi

preoperatif

Pasca operatif

22

MK: ketidak seimbangan

nutrisi kurang dari

Mual,muntah

MK :intoleransi aktifitas

malaise

Cairan tidak adekuat

MK : hipertemi

nosiseptor

Intake nutrisi dan cairam tidak edekuat

Peningkatan tekanan Pada duktus billaris

Luka terbuka

Pelepasan reseptor

Nyeri BHSP

Respon SSP

Kurangnya informasi

Peningkatan peristalik

Respon sistemik

Gangguan gastrointestinal

Part de entry

mikrootganisme

Pendarahan

MK : Ansietes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MK : resiko infeksi |  | MK : nyeri |

MK :deficit volume cairan

# BAB 3 TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3 maka penulis menyajikan saru kasus yang penulis amati mulai tanggal 26 April 2021 sampai dengan 28 April 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 26 April 2021 jam

11.30 WIB. Anamnesis diperoleh dari pasien, keluarga, dan file No. Register sebagai berikut :

# Pengkajian

# Identitas

Nama : Tn. A Suku Bangsa : Jawa

Jenis Kelamin : Laki-Laki Pendidikan : SMA

Umur : 25 tahun Pekerjaan : Swasta

Agama : Islam Pgg jwb : Orang tua Status : Single

Alamat : JL. Majero Mojokerto

# Keluhan Utama

P : Nyeri pada perut

Q : Seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri perut bagian kanan S : 3

T : Hilang timbul

# Riwayat Penyakit Sekarang

Pada bulan Januari pasien mengeluh kuning ditubuh hilang timbul, pasien berobat ke poli disgestiv RSPAL Dr. Ramelan. Namun pasien harus menunggu antrian pada tanggal 22/04/21, pasien mendapat telpon dari poli bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya untuk MRS di ruang B1. Pada tanggal 23/04/21 pasien melakukan operasi, setelah operasi pasien mendapatkan terapi clinimix 1000 cc, fultrolit 500 cc, sucralfat syr 3x5 cc, cinam 4x1,5 , metro 3x500 mg, ondan 2x8 mg, santagesik 3x1, alinamin F 3x1. Pada tanggal 26/04/21 pukul 11.30 dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri perut bagian kanan

# Riwayat Penyakit Dahulu

Tn.A tidak mempunyai penyakit dahulu seperti hipertensi, DM, tidak mempunyai riwayat minum-minuman berakohol.

# Riwayat Kesehatan Keluarga

Tn. A tidak memiliki riwayat penyakit keluarga seperti DM, hipertensi, anemia, dan batu empedu.

# Pengkajian Keluarga Genogram

Tn. A

25 th

Keterangan:

= Laki – laki = pasien

= Perempuan = meninggal dunia

= Sudah menikah

 **=** Tinggal serumah

# Riwayat Alergi :

Tn. A tidak mempunyai riwayat apapun seperti obat-obatan, dan makanan

# Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Baik Kesadaran : Composmentis Tanda-Tanda vital

TD : 120/80 mmHg Nadi : 80x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36

Antropometri

TB: 164 cm BB SMRS: 56 Kg BB Stlh MRS : 55,2 Kg

* + - 1. B1 Pernafasan (Breath)

Bentuk Dada : Normochest Pergerakan : Simetris Otot bantu nafas tambahan: Tidak ada Jika ada, jelaskan: Tidak ada Irama nafas : Reguler Kelainan : Tidak ada

Pola nafas : Normal Taktil/ Vocal fremitus: Teraba Suara nafas : Vesikuler Batuk : Tidak ada

Suara nafas tambahan: Tidak ada Warna: Ekskresi: Sesak nafas : Tidak ada Sputum : Tidak ada Kemampuan akativitas: Tidak ada

Sianosis : Tidak ada jika ada, lokasi: Tidak ada

# Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. B2 Kardiovaskuler (Blood)

Ictus cordis : Tampak pada mid clavicula line costae V dan VI Irama jantung : Reguler

Nyeri dada : Tidak ada

jika ya, jelaskan (PQRST) : Tidak ada Bunyi jantung: S1S2 tunggal Bunyi jantung tambahan:

CRT : Teraba Akral: Hangat

Oedema : Tidak ada Jika ya, jelaskan: Tidak ada Hepatomegali: Tidak ada

Perdarahan : Tidak ada

# Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. B3 Persarafan (Brain)

GCS Eye : 4 Verbal : 5 Motorik: 6

Total: 15 Refleks Fisiologis

Biceps: Normal Triceps: Normal Patella: Normal Refleks Patologis:

Kaku Kuduk : Tidak ada Bruzinski I: Tidak ada Bruzinski II: Kernig: Tidak ada

# Nervus Kranial

NI : Px mampu mencium bau NII : Px mampu melihat

NIII : Px dapat mengangkat kelopak mata NIV : Px dapat menggerakan dada

NV : Px mampu menggunyah

NVI : Px mampu menggerakan bola atas NVII : Px dapat mengekpresikan wajah NVIII : Pasien mampu mendengar

NIX : Px mampu mengecap NX : Px mampu menelan

NXI : Px mampu menggerakan bahu NXII : Px dapat menggerakan lidah

Nyeri Kepala : Tidak ada Jika ya, jelaskan: Tidak ada Paralisis : Tidak ada

# Penciuman

Bentuk : Hidung

Septum : Tidak ada

Polip : Tidak ada Kelainan: Tidak ada **Wajah & penglihatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mata | : Simetris | Kelainan | : Tidak ada |
| Pupil | : Isokor | Refleks | : Tidak ada |
| Konjungtiva | : Anemis | Gangguan | : Tidak ada |

Skelera : Normal, putih Gangguan : Tidak ada Visus : 6/15

# Pendengaran

Telinga : Pendengaran baik Kelainan : Tidak ada Kebersihan : Bersih tidak ada serumen

Gangguan : Tidak ada Alat bantu : Tidak ada

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lidah** |  |  |
| KebersihanUvula | : Bersih: Normal, terletak simetris ditengah, tidak | ada |

bengkak

Palatum : Palatum langit mulut normal

Kesulitan telan: Pasien tidak mengalami sulit telan Afasia : Pasien tidak mengalami cadel

# Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. B4 Perkemihan (Blader) Kebersihan : Bersih

Ekskresi : 1600 cc/24 jam

Kandung Kemih : Normal

Nyeri Tekan : Tidak ada Eliminasi uri SMRS frek : Sering 4x sehari

Jumlah : 1500-2000 cc/24 jam

Warna : Kuning, bau khas Eliminasi uri MRS frek : Sering, 6x sehari Jumlah : 1600 cc/24 jam

Warna : Kuning pekat, bau khas

Alat bantu : Pasien tidak terpasang kateter

Gangguan : Tidak ada

# Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. B5 Pencernaan (Bowel)

Mulut : Normal, tidak ada sariawan

Membra mukosa : Pucat

Gigi/ gigi palsu : Tidak ada gigi palsu

Faring : Tidak ada nyeri tenggorokan Diit (makan&minum) SMRS : Tidak ada diit sebelum MRS Diit di RS

Diit : Bubur + susu

Frekuensi : ½ porsi 3x sehari

Nafsu makan : Menurun

Muntah : Terkadang pasien muntah

Mual : Pasien merasa mual

Jenis : Berupa seperti air

NGT : Tidak ada terpasang NGT

Porsi : ½ porsi bubur habis

Frekuensi Minum : 10x sehari

Jumlah : 2500 cc/hari

Jenis : Air putih

# Abdomen

Bentuk perut : Simetris

Peristaltik : Tidak ada Kealianan Abd : Nyeri tekan

Hepar : Terdapat pembesaran

Lien : Tidak ada suara pekak

Nyeri abdomen: Terdapat luka pembedahan diperut, luka tertutup kasa, besar luka ±10 cm

# Rectum dan anus

Hemoroid : Tidak ada

Eliminasi alvi SMRS Frekuensi : 1x sehari

Warna : Coklat, bau khas

Konsistensi : Padat

Eliminasi alvi MRS Frekuensi : 1x sehari

Warna : Kuning kecoklatan, bau khas

Konsistensi : Lembek

Colostomi : Tidak ada

# Masalah Keperawatan : Nyeri akut, Defisit Nutrisi, dan Risiko Infeksi

* + - 1. B6 Muskuluskeletal & Integumen (Bone) Rambut dan kulit kepala

Skabies : Tidak ada

Warna kulit : Sawo matang

Kuku : Bersih

Turgor kulit : Normal

ROM : Pasien tirah baring

Jika terbatas, pada sendi:

5

5

5

5

Kekuatan Otot:

Deformitas : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Lain-lain : Tidak ada

# Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Endokrin

Pembesaran KGB : Tidak ada

Hiperglikemia : Tidak ada

Hipoglikemia : Tidak ada

DM : Tidak ada

# Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

* + - 1. Seksual Reproduksi

Menstruasi terakhir : Tidak ada Masalah menstrusi : Tidak ada

Pap smear terakhir : Tidak ada

Pemeriksaan payudara/ testis sendiri tiap bulan : Tidak ada Masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit : Tidak ada **Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan**

* + - 1. Kemampuan Perawatan Diri

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aktivitas** | **SMRS** | **MRS** |
| Mandi | 1 | 2 |
| Berpakaian/ dandan | 1 | 2 |
| Toileting/ eliminasi | 1 | 2 |
| Mobilitas di tempat tidur | 1 | 2 |
| Alat bantu berupa | - | 2 |
| Berjalan | 1 | 2 |
| Niak Tangga | 1 | 2 |
| Berbelanja | 1 | 2 |
| Memasak | 1 | 2 |
| Pemeliharaan rumah | 1 | 2 |
| Berpindah | 1 | 2 |

Keterangan

Skor 1: Mandiri

2: Alat bantu

3: Dibantu orang lain dan alat 4: Tergantung/ tdk mampu

# Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

# Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium

Tgl pemeriksaan: 23/04/21

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Jenis Pemeriksaan** | **Hasil (satuan)** | **Nilai Normal (satuan)** |
| 1 | WBC | 10,74 | 4,0 – 10,0 |
| 2 | HGB | 11,8 | 13,2 – 17,3 |
| 3 | PLT | 290 | 150,0 – 450,0 |
| 4 | BUN | 9 | 10,0 – 24,0 |
| 5 | Creatine | 0,8 | 0,6 – 1,5 |
| 6 | SGOT | 23 | 0 – 50 |
| 7 | SGPT | 11 | 0 – 50 |
| 8 | Natrium | 140,1 | 135,0 – 147,0 |
| 9 | NEUT | 1,97 | 2,0 – 7,0 |
| 10 | Hemoglobin | 35,8 | 13,50 – 17,50 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 12 | RT-PCR SARS- CoV2 | NEGATIF | NEGATIF |

Photo :

Lain-lain :

# Terapi

Tgl: 26/04/21

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1 | Clinimix | 1000 cc | IV | Untuk memenuhi nutrisi |
| 2 | Futrolit | 500 cc | IV | Untuk membantu mengatasi dehidrasi |
| 3 | Sucralfat syr | 3x5 cc | Oral | Untuk maag, lambung |
| 4 | Cinam | 4x1,5 | IV | Untuk mengatsi infeksi |
| 5 | Metro | 3x500mg | IV | Untuk mengobati infeksi |
| 6 | Ondan | 2x8 mg | IV | Untuk mencegah dan mengobati mual dan muntah |
| 7 | Santagesik | 3x1 | IV | Untuk mengatsi nyeri akut dan kronik |
| 8 | Alinamin f | 3x1 | IV | Indikasi obat samping |

Surabaya, 28 April 2021

***NEVANZA***

# Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data (Symptom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah****(Problem)** |
| 1 | DS : Px mengeluh nyeri pada perut bagian kanan P : Nyeri pada perutQ : Seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri pada perut bagian kananS : 3T : Hilang timbulDO : Pasien tampak meringis kesakitan | Luka post Operasi hari ke 3 | Nyeri Akut |
| 2 | DS : Px mengatakan mual dan muntahDO : Hb 11,8 g/dL, BUN 9mg/dL, hematokrit 35,8%, BB sebelum MRS 56 kg, BB MRS 55,2 kg, mukosa bibir pucat | Ketidakmampuan Mencerna Makanan | Defisit Nutrisi |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 | Faktor Risiko : Ketidakmampuan Pertahanan Tubuh Primer: Kerusakan Integritas Kulit |  | Risiko Infeksi |

# Prioritas Masalah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah****Keperawatan** | **Tanggal** | **Paraf** |
| **Ditemukan** | **teratasi** |
| 1 | Nyeri akut b/d luka post operasi hari ke 3d.d pasien tampakmeringis kesakitan | 26 April2021 | 28 April2021 | ***NEVANZA*** |
| 2 | Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanand.d Hb 11,8 g/dL, BUN 9 mg/dL, hematokrit 35,8%, BB sebelum MRS 56 kg, BB MRS 55,2 kg,mukosa bibir pucat | 26 April2021 | 28 April2021 | ***NEVANZA*** |
| 3 | Risiko infeksi d.d Faktor Risiko : Ketidakmampuan Pertahanan Tubuh Primer: KerusakanIntegritas Kulit | 26 April2021 | 27 April2021 | ***NEVANZA*** |

* 1. **Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1 | Nyeri akut b/d luka post operasi hari ke 3 d.d pasien tampak meringis kesakitan | Setelah dilakukan intrvensi keperawatan selaama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :1. Keluhan nyeri sedang menjadi menurun (3-5)
2. Gelisah sedang menjadi cukup menurun (3-4)
3. Meringis cukup meningkat menjadi menurun (2-5)
4. Kesulitan tidur sedang menjadi menurun (3-5)
 | 1. Monitor skala nyeri dan karakteristik nyeri
2. Fasilitasi istirahat tidur
3. Anjurkan pasien dalam posisi nyaman
4. Anjurkan manajemen nyeri distraksi relaksasi nafas dalam
5. Berikan analgesik 3x1 mg melalui IV
 | 1. Membantu membedakan penyebab nyeri dan memberikan informasi tentang kemajuan penyakit
2. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan
3. Posisi fowler rendah menurunkan nyeri
4. Melakukan koping pasien terhadap nyeri
5. Untuk mengatasi nyeri
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan d.d Hb 11,8 g/dL, BUN 9 mg/dL, hematokrit 35,8%, BB sebelum MRS 56 kg, BB MRS 55,2 kg, mukosa bibir pucat | Setelah dilakkukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :1. Porsi makan cukup menurun menjadi meningkat (2-5)
2. Nyeri abdomen sedang menjadi menurun (3-5)
3. Nafsu makan sedang menjadi membaik (3-5)
4. Membran mukosa sedang menjadi membaik (3-5)
 | 1. Identifikasi status nutrisi
2. Monhitor berat badan
3. Anjurkan makan sedikit tapi sering
4. Monitor asupan makanan
5. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
 | 1. Untuk memantau nutrisi pasien
2. Mengetahui perkembangan BB
3. Untuk mencegah mual dan muntah
4. Mengetahui perkembangan nutrisi pasien
5. Untuk membantu pemenuhan nutrisi pasien
 |
| 3 | Risiko infeksi d.d Faktor Risiko : Ketidakmampuan Pertahanan Tubuh Primer: Kerusakan Integritas Kulit | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :1. Nyeri cukup meningkat menjadi menurun (2-5)
2. Kultur area luka cukup memburuk menjadi membaik (2-5)
 | 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
2. Berikan perawatan kulit pada area luka operasi
 | 1. Mengetahui penyebab infeksi pada area luka post operasi
2. Untuk mencegah terjadinya infeksi
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 1. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi
 | 1. Area nl;uka harus tetap steril
2. Luka operasi tetap steril
3. Menambah pengetahuan tentang gejala infeksi
4. Kontrol luka operasi mencegah infeksi
 |

* 1. **Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Waktu (Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu (Tgl & jam)** | **Catatan Perkembangan (SOAP)** | **TT** |
| 1 | 26/04/202111.5012.0512.2012.3512.40 | Mengobservasi catat lokasi dan karakteristik nyeriMengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeriMenganjurkan pasien dalam posisi nyamanMenganjurkan manajemen nyeri distraksi relaksasi nafas dalamBerkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik | ***NEVANZA******NEVANZA******NEVANZA******NEVANZA NEVANZA*** | 26/04/202112.50 | **S :** Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kananP : Nyeri pada perutQ : Seperti ditusuk-tusukR : Nyeri pada perut bagian kananS : 3T : Hilang timbul**O :** Pasien tampak meringis kesakitan**A :** Masalah belum teratasi**P :** Intervensi dilanjutkan no 1, 3, dan 5 | ***NEVANZA*** |
| 2 | 13.0013.1013.16 | Mengidentifikasi status nutrisiMenganjurkan makan sedikit tapi seringMemonitor asupan makanan | ***NEVANZA NEVANZA******NEVANZA*** | 13.50 | **S :** Pasien mengatakan mual dan muntah**O :**1. BB sebelum MRS 56 kg, BB MRS 55,2 kg
2. Hb 11,8 g/dL, hematokrit 35,8%, BUN 9 mg/dL
 | ***NEVANZA*** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 13.32 | Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein | ***NEVANZA*** |  | C. Nafsu makan menurunD. ¼ porsi makan**A :** Masalah belum teratasi**P :** Intervensi dilanjutkan no 1, 2 dan 4 |  |
| 3 | 14.00 | Memberikan perawatan kulitpada area luka operasi | ***NEVANZA*** | 14.55 | **S : -** | ***NEVANZA*** |
|  | 14.18 | Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar | ***NEVANZA*** |  | **O :** WBC 10,74 10³/µL, terdapat luka operasi diperut, besar luka± 10 cm, luka tertutup kasa |  |
|  | 14.30 | Menjelaskan tanda dan gejala infeksi | ***NEVANZA*** |  | **A :** Masalah belum teratasi |  |
|  | 14.35 | Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi | ***NEVANZA*** |  | **P :** Intervensi dilanjutkan no 1, 2 dan 4 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Waktu (Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu (Tgl & jam)** | **Catatan Perkembangan (SOAP)** | **TT** |
| 1 | 27/04/202112.0012.1512.35 | Mengobservasi catat lokasi dan karakteristik nyeriMenganjurkan pasien dalam posisi nyamanBerkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik | ***NEVANZA******NEVANZA NEVANZA*** | 27/04/202112.45 | **S :** Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kanan sudah berkurangP : Nyeri pada perutQ : Seperti ditusuk-tusukR : Nyeri pada perut bagian kananS : 2T : Hilang timbul**O :** Pasien sudah tidak tampak meringis kesakitan**A :** Masalah teratasi sebagian**P :** Intervensi dilanjutkan no 1 dan 5 | ***NEVANZA*** |
| 2 | 12.5713.1013.15 | Mengidentifikasi status nutrisiMenganjurkan makan sedikit tapi seringMemberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein | ***NEVANZA NEVANZA******NEVANZA*** | 13.40 | **S :** Pasien mengatakan mual dan muntah sudah berkurang**O :**1. BB sebelum MRS 56 kg, BB MRS 55,2 kg
2. Hb 11,8 g/dL, hematokrit 35,8%, BUN 9 mg/dL
3. Nafsu makan menambah
 | ***NEVANZA*** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | D. 1/2 porsi makan**A :** Masalah teratasi sebagian**P :** Intervensi dilanjutkan no 1 dan 4 |  |
| 3 | 13.50 | Memberikan perawatan kulitpada area luka operasi | ***NEVANZA*** | 14.30 | **S : -** | ***NEVANZA*** |
|  | 13.58 | Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar | ***NEVANZA*** |  | **O :** WBC 10,74 10³/µL, terdapat luka operasi diperut, besar luka± 10 cm, luka tertutup kasa |  |
|  | 14.10 | Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi | ***NEVANZA*** |  | **A :** Masalah teratasi |  |
|  |  |  |  |  | **P :** Intervensi dihentikan |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Waktu (Tgl & jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu (Tgl & jam)** | **Catatan Perkembangan (SOAP)** | **TT** |
| 1 | 28/04/202108.0008.25 | Mengobservasi catat lokasi dan karakteristik nyeriBerkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik | ***NEVANZA******NEVANZA*** | 28/04/202108.50 | **S :** Pasien mengatakan nyeri sudah berkurangP : Nyeri pada perutQ : Seperti ditusuk-tusukR : Nyeri pada perut bagian kananS : 1T : Hilang timbul**O :** Pasien tidak tampak meringis kesakitan**A :** Masalah teratasi**P :** Intervensi dihentikan, pasien KRS | ***NEVANZA*** |
| 2 | 09.2513.15 | Mengidentifikasi status nutrisiBerkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukann jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan | ***NEVANZA******NEVANZA*** | 10.00 | **S :** Pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah**O :**1. BB sebelum MRS 56 kg, BB MRS 55,2 kg
2. Hb 11,8 g/dL, hematokrit 35,8%, BUN 9 mg/dL
3. Nafsu makan menambah
 | ***NEVANZA*** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | D. 1 porsi makan**A :** Masalah teratasi**P :** Intervensi dihentikan, pasien KRS |  |

* 1. **Evaluasi Sumatif**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Evaluasi Sumatif** |
| 1 | Nyeri akut b/d luka post operasi hari ke 3 d.d pasien tampak meringis kesakitan | **S :** Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang**O :** Pasien tidak tampak meringis kesakitan P : Nyeri pada perutQ : Seperti ditusuk-tusukR : Nyeri pada perut bagian kanan S : 1T : Hilang timbul**A :** Masalah teratasi**P :** Intervensi dihentikan, pasien KRS |
| 2 | Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan d.d Hb 11,8 g/dL, BUN 9 mg/dL, hematokrit 35,8%, BB sebelum MRS 56 kg, BB MRS 55,2 kg, mukosa bibir pucat | **S :** Pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah**O :**1. BB sebelum MRS 56 kg, BB MRS 55,2 kg
2. Hb 11,8 g/dL, hematokrit 35,8%, BUN 9 mg/dL
3. Nafsu makan menambah
4. 1 porsi makan

**A :** Masalah teratasi**P :** Intervensi dihentikan, pasien KRS |

# BAB 4 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan Diagnosa Cholangitis di Ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

# Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta koorperatif.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan. Keluhan pertama biasanya ditandai dengan nyeri perut bagian kanan, pasien tidak mempunyai riwayat penyakit dahulu, tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan atau makanan. Pada pemeriksaan fisik keadaan umum dan tanda-tanda vital adanya nyeri pada perut bagian kanan, tidak terdapat masalah keperawatan pada sistem pernafasan, kardiovaskuler, irama jantung reguler. Bunyi jantung: S1S2 tunggal, tidak ada masalah keperawatan

Diagnosa kolangitis dapat ditegakkan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik serta melalui pemeriksaan penunjang. Pada anamnesis penderita kolangitis secara klinis dapat ditemukan trias Charcot yaitu

adanya keluhan demam, ikterus, dan sakit pada nperut kanan atas. Beberapa penderita hanya mengalami dingin dan demam dengan gejala perut yang minimal. Ikterus atau perubahan warna kuning pada kulit dan mata didapatkan pada sekitar 80% penderita.

Pada pemeriksaan fisik dapat ditemukan adanya demam, hepatomegali, ikterus, gangguan kesadaran (delirium), sepsis, hipotensi dan takikardi. Adanya tambahan syok sepsis dan delirium pada trias Charcot dikenal sebagai Pentad Reynoold. Morbiditas dari kolangitis dikaitkan dengan tterjadinya cholangiovenous dan cholngiolymphatic refluks bersama dengan tekanan tinggi di saluran empedu dan infeksi empedu akibat obstruksi saluran empedu yang disebabkan oleh batu dan tumor. Kriteria diagnostik menurut Tokyo Guideline 2013 kolangitis adalah kriteria untuk menegakkan diagnosis ketika koletiasis dan pandangan nberdasarkan tanda-tanda klinis atau tes darah di samping manifestasi empedu berdasarkan pencitraan yang beda.

# Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada lima yaitu :

* + 1. Nyeri akut b/d luka post operasi hari ke 3
		2. Hipertermia b/d proses inflamasi
		3. Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan
		4. Risiko infeksi dd Faktor Risiko : Ketidakmampuan Pertahanan Tubuh Primer: Kerusakan Integritas Kulit
		5. Intoleransi aktivitas b/d tirah baring

Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yang sama dengan tinjauan pustaka.

1. Nyeri akut b/d luka post operasi hari ke 3

Ditegakkan karena dari keluhan utama pasien mengeluh nyeri, selain itu terdapat luka post op hari ke 3 dan ragio serta skala nyeri yang termasuk dalam kriteria penegakkan diagnosa nyeri akut.

1. Defisit nutrisi b/d ketidakmampuan mencerna makanan

Ditegakkan karena Tn. A mengatakan mual dan muntah, selain itu Tn. A tampak lemas dan BB menurun yang termasuk dalam kriteria penegakkan diagnosa defisit nutrisi.

1. Risiko infeksi dd Faktor Risiko : Ketidakmampuan Pertahanan Tubuh Primer: Kerusakan Integritas Kulit

Ditegakkan karena Tn. A tampak terdapat luka operasi pada abdomen sulit melakukan aktivitas, selain itu kerusakan pada integritas kulit yang termasuk dalam kriteria penegakkan diagnosa risiko infeksi.

# Perencanaan

Pada perumusan tujuan anatara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kritteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan peenulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), ketrampilan mengenal masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Inttervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan

tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing – masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil telah ditetapkan.

* + 1. Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi hari ke 3 . Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan nyeri menurun. Kriteria hasilnya klien sudah tidak mengeluh nyeri, wajah ttampak meringis menurun, skala nyeri menurun, gelisah menurun, TTV dalam rentan normal TD : 120/80 mmHg, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, S : 36 ͦ C.
		2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan nutrisi membaik. Kriteria hasilnya Porsi makan yang dihabiskan meningkat, nyeri abdomen menurun, nafsu makan membaik, membran mukosa membaik
		3. Risiko infeksi ditandai dengan Faktor Risiko : Ketidakmampuan Pertahanan Tubuh Primer: Kerusakan Integritas Kulit. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam. Kriteria hasilnya nyeri menurun, kultur area luka membaik

# Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan, sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

* + 1. Pada masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi hari ke 3 dilakukan tindakan keperawatan yaitu pengkajian nyeri meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (PQRST), mengontrol lingkungan yang memperberat

rasa nyeri, menganjurkan manajemen nyeri distraksi relaksasi nafas dalam, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan faktor yang memperingan nyeri, memberikan obat hasil kolaborasi dengan dokter dan tim kesehatan.

* + 1. Pada masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dilakukan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi status nutrisi, menganjurkan makan sedikit tapi sering, memonitor asupan makanan, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukann jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.
		2. Pada masalah keperawatan risiko infeksi ditandai dengan faktor risiko

: ketidakmampuan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit dilakukan tindakan keperawatan yaitu memberikan perawatan kulit pada area luka operasi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikerenakan pasien dan keluarga koorperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

# Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan. Karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan kerena dapat dikettahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

* + 1. Pada waktu dilaksanakan evaluasi pada tanggal 28 April 2021 diagnosa nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi hari ke 3 , nyeri yang dirasakan mulai berkurang, wajah sudah nampak tidak meringis kesakitan, pasien bisa melakukan aktivitas dengan nyaman, skala nyeri menurun menjadi 1, pasien sudah tidak terlalu protektif, pasien sudah tidak nampak gelisah, kerena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 28 April 2021 dan pasien KRS tanggal 28 April 2021.
		2. Pada waktu dilaksanakan evaluasi pada tanggal 28 April 2021 diagnosa defisit nutrisi berhubungan ketidakmampuan mencerna makanan, nafsu makan meningkat, pasien sudah ttidak merasa mual dan muntah, membran mukosa lembab, 1 porsi makan habis (nasi, lauk, sayur), karena tindakan yang telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 28 April 2021 dan pasien KRS tanggal 28 April 2021.
		3. Pada waktu dilaksanakan evaluasi pada tanggal 27 April 2021 diagnosa resiko infeksi ditandai dengan faktor risiko : ketidakmampuan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit, skala nyeri menurun, kulttur area membaik, kerana tindakan yang telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 27 April 2021.

Pada akhir evaluasi selama tujuan dapat tercapai karena adanya kerja sama yang baik anatara pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan (medis). Hasil evaluasi pada Tn. A sesuai dengan harapan masalah teratasi dan KRS pada tanggal 28 April 2021.

# BAB 5 PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3 di ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3.

# Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

* + 1. Pada pengkajian klien tidak didapatkan hipertermia karena klien tidak terjadi peningkatan suhu tubuh. Didapatkan data fokus klien tidak nafsu makan, mukosa bibir pucat, klien menghabiskan makan ½ porsi makanan yang disediakan, nyeri pada perut bagian kanan atas, merasa gelisah, mual dan muntah, terdapat bekas luka bekas operasi, melakukan aktivitas dengan bantuan orang lain.
		2. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi hari ke 3, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, risiko infeksi ditandai dengan faktor risiko : ketidakmampuan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit.
		3. Perencanaan pada Tn. A dengan Diagnosis Medis Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3. Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi hari ke 3. Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri menurun. Kriteria hasil nyeri berkurang, tampak meringis kesakitan menurun, skala nyeri menurun. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pemenuhan nutrisi terpenuhi. Kriteria hasil nafsu makan meningkat, 1 porsi habis (lauk, nasi, sayur), mukosa bibir lembab, BB stabil. Risiko infeksi ditandai dengan faktor risiko : ketidakmampuan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit. Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kultur area luka membaik. Kriteria hasil nyeri menurun, kultur area luka membaik.
		4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada Tn. A dengan Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3 menganjurkan keluarga klien untuk memberikan perawatan kulit pada area luka operasi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan klien dan keluarga secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antara perawat, klien, dan keluarga.
		5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn. A sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 28 April 2021.

# Saran

Bertindak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

* + 1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
		2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan ttim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Post Operasi Kolesistektomi Hari Ke 3.
		3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
		4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan.
		5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

**DAFTAR PUSTAKA**

Dorland, N. (2011). *Kamus Kedokteran Dorland* (EGC (ed.)). Fauzi, A. (2011). *KOLANGITIS AKUT DALM*.

Fauzi A. (2011). *Buku ajar Gastroenterohepatologi* (Interna Publishing (ed.); Edisi-1).

JOYCE M. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis* (ELSEVIER (ed.); Edisi 8).

Leung JW, et al. (2001). *Bacteriologic Analysis of Bile and Brown Pigment Stones in Patients with Acute Cholangitis* (Gastrointest Enhdosc (ed.)).

Schwartz S. (2000). *Prinsip-Prinsip Ilmu Beda* (P. B. K. EGC (ed.); Edisi 6).

Setiyohadi B. (2014). *Buku ajar ilmu penyakit dalam* (Interna Publishing (ed.); eDISI 6). T, L. (2007). *Kolesistektomi Laparoskopi*.

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 2nd ed. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.

Jakarta: Dewan pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.

Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perwat Nasional Indonesia.

**Lampirann 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOP TINDAKAN KEPERAWATAN :*****PERAWATAN LUKA*** | **B1** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Pengertian** | Membersihkan luka, mengobati luka, dan menutup kembali luka dengan teknik steril |
| **2. Tujuan** | Tujuan perawatan luka1. Mencegah masukkan kuman dan kotoran kedalam luka
2. Memberi pengobatan pada luka
3. Memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien
4. Mengevaluasi tingkat kesembuhan luka
 |
| **5. Alat dan Bahan** | * Pinset anatomis
* Pinset cirugis
* Gunting debridemend/ gunting jaringan
* Kasa steril
* Com kecil 2 buah
* Peralatan lain terdiri dari :
	1. Sarung tangan
	2. Gunting plaster
	3. Plaster
	4. Desinfektan (betadin)
	5. Cairan NaCL 0,9 %
	6. Bengkok
	7. Perlak/ pengalas
	8. Perban
	9. Obat luka sesuai kebutuhan
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Prosedur** | **Tahap Pra Interaksi**1. Melakukan verifikasi program pengobatan klien.
2. Mencuci tangan.
3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar.

**Tahap Orientasi**1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien.
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan.
3. Tanyakan kesiapan pasien untuk pemasangan suction

**Tahap Kerja**1. Mencuci tangan
2. Menggunakan sarung tangan bersih
3. Basahi kasa dengan betadin kemudian dengan menggunakan pingset bersihkan area sekitar luka bagian luar sampai bersih dari kotoran. (gunakan teknik memutar searaha jarum jam)
4. Basahi kasa dengan cairan NaCL 0,9 % kemudian dengan menggunakan pinset bersihkan area luka bagian dalam. (gunakan teknik usapan dari atas kebawah)
5. Keringkan daerah luka dan pastikan area daerah luka bersih dari kotoran.
6. Beri obat luka sesuai kebutuhan jika perlu.
7. Pasang kasa steril pada area luka sampai tepi luka.
8. Fiksasi balutan menggunakan plaster/balutan perban sesuai kebutuhan.

i. Mengatur posisi pasien seperti semula.**Tahap Terminasi**1. Rapikan keadaan pasien
2. Berpamitan dengan pasien
3. Merapikan dan kembalikan alat ke tempat semula
4. Mencuci tangan
5. Catat waktu dan tanggal pelaksanaan,
 |



|  |  |
| --- | --- |
| **7. Bagan Alir** | StartDeteksi alat Deteksi alat*KASA* CAIRAN NaCL0,9% Buat Menutup Luka Membersihakan LukaEnd |
| **4. Referensi** | Arisanty,LP.(2013).Konsep Dasar Manejemen Perawatan Luka. Jakarta EGC. |