

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *POST OPERASI EXPLORASI
BATU CBD CHOLECISTECTOMY* HARI KE 1
DI RUANG PAV 3 RS DARMO SURABAYA**



Oleh :

AYUK WIDIASTUTIK, S.Kep
NIM. 2130015

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS *POST OPERASI EXPLORASI BATU CBD CHOLECISTECTOMY* HARI KE 1 DI RUANG PAV 3 RS DARMO SURABAYA

**Karya Ilmiah Akhir diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Ners**



Oleh :

AYUK WIDIASTUTIK, S.Kep
NIM. 2130015

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar.

Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 30 Juli 2022

Penulis,

Ayuk Widiastutik, S.Kep
NIM.2130015

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan kami amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Ayuk Widiastutik

NIM : 2130015

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *post op explorasi batu CBD cholecistectomy* hari 1 diruang pav 3 RS Darmo Surabaya

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

NERS (Ns)

Surabaya, Juli 2022

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Christina Yulastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03017

Sri Wahyu Wilujeng, S.Kep.,Ns.,M.Tr.Kep
NIP. 197804132006042004

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 03009

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Ayuk Widiastutik

NIM : 2130015

Program Studi : S1 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan diagnosa medis *Post operasi explorasi batu CBD cholelithotomy* hari 1 Di Ruang Pav 3RS Darmo 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” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji Ketua : **Nuh Huda, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB** _____
NIP. 03020

Penguji 2 : **Christina Yulastuti, S.Kep., Ns., M.Kep** _____
NIP. 03017

Penguji 3 : **Sri Wahyu Wilujeng, S.Kep.,Ns.,M.Tr.Kep** _____
NIP. 197804132006042004

Mengetahui,

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

Hidayatus Sya'diyah, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 03.009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran 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 Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak 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. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya
2. Puket 1 dan Puket 2 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya
3. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan dan motivasi penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas mahasiswa mahasiswi Stikes Hang Tuah Surabaya
4. Ibu Christina Yuliasuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing institusi yang memberi masukan serta saran yang baik dan dengan teliti pada karya ilmiah akhir ini.

5. Ibu Sri Wahyu Wilujeng, S.Kep.,Ns.,M.Tr.Kep selaku pembimbing lahan yang penuh kesabaran dalam memberikan pengarahannya dan dorongan moril dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak dan ibu dosen serta civitas akademika Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan penulis bekal serta ilmu yang membantu dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Suami, kedua anak saya yang saya sayangi, ayah dan almarhumah mama saya yang sangat saya cintai yang senantiasa selalu mendoakan dan mendukung saya untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
8. Teman-teman sepejabat maupun satu angkatan pendidikan profesi ners yang telah memberi penulis semangat, bantuan maupun dukungan dalam proses penyusunan 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 membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 4 Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

COVER	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Secara Teoritis	6
1.4.2 Secara Praktis	6
1.5 Metode Penulisan	7
1.5.1 Metode	7
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	7
1.5.3 Sumber Data	8
1.6 Sistematika Penulisan	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Penyakit Kolelitiasis	10
2.1.1 Definisi Kolelitiasis	10
2.1.2 Klasifikasi batu	11
2.1.3 Jenis-Jenis Batu	12
2.1.4 Etiologi	13
2.1.5 Anatomi Batu Empedu	14
2.1.6 Fisiologi Saluran Empedu	16
2.1.8 Manifestasi klinis Batu Empedu	19
2.1.9 Komplikasi kolelitiasis	20

2.1.11	Pemeriksaan penunjang	22
2.1.12	Penatalaksanaan	24
2.2	<i>Cholelithiasis</i>	26
2.2.3	Dampak operasi.....	27
2.3	Konsep Nyeri	29
2.3.1	Definisi Nyeri.....	29
2.3.2	Manajemen nyeri.....	29
2.3.3	Klasifikasi Nyeri	29
2.3.4	Penanganan Nyeri	30
2.4	Konsep nausea.....	32
2.4.2	Penatalaksanaan Mual	32
2.5	Konsep Diabetes Mellitus.....	33
2.5.1	Definisi Diabetes mellitus.....	33
2.5.2	Klasifikasi Diabetes Mellitus	33
2.5.3	Pencegahan Hipoglikemia/ Hiperglikemia	33
2.6	Konsep Asuhan Keperawatan	34
2.6.1	Pengertian	34
2.6.2	Pengkajian.....	34
2.6.3	Diagnosa Keperawatan.....	42
2.6.4	Intervensi Keperawatan	42
2.6.5	Implementasi Keperawatan.....	45
2.6.6	Evaluasi	45
BAB 3	TINJAUAN KASUS	47
3.1	Pengkajian.....	47
3.2	Diagnosa Keperawatan.....	53
3.3	Intervensi Keperawatan	55
3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	57
BAB 4	PEMBAHASAN	62
4.1	Pengkajian.....	62
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	66
4.3	Intervensi keperawatan	68
4.3	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	70
BAB 5	PENUTUP	76
5.1	Simpulan.....	76
5.2	Saran	78
DAFTAR PUSTAKA	79

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan	42
Tabel 3. 1 Pemeriksaan Darah (10 Juni 2022)	52
Tabel 3. 2 Pemeriksaan darah (16 Juni 2022)	52
Tabel 3. 3 Pemeriksaan darah (18 juni 2022).....	52
Tabel 3. 4 Hasil Rontgen.....	52
Tabel 3. 5 Terapi Farmakologis.....	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Macam-macam batu empedu.....	13
Gambar 2. 2 Anatomi Empedu.....	16
Gambar 2. 3 WOC Kolesistitis.....	19
Gambar 2. 4 Metode Operasi	27

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Motto dan Persembahan	80
Lampiran 2 SPO Perawatan Luka Operasi.....	82

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kolelitiasis dalam bahasa medis atau sering disebut oleh orang awam dengan batu empedu. beberapa faktor resiko yang sulit ditemui pada kejadian kolelitiasis dikenal dengan 6F (*Fat, Female, Forty, Fair, Fertile, Family history*). keluhan klinis yang sering ditemukan nyeri pada perut kanan atas, nyeri epigastrium, demam, ikterus, mual, muntah. Jika tidak ditangani dengan baik. Komplikasi yang dapat terjadi adalah kolesistitis, hidrops, vesika, ikterus, pankreatitis (Febyan et al., 2017).

Di Negara Barat masih banyak ditemukan penyakit batu empedu ini, angka kejadian penyakit ini di Amerika Serikat bahkan mencapai titik tertinggi 2 sekitar 40%-70%. Sedangkan di Negara Asia angka kejadian penyakit ini berkisar 3%-15%. Namun di Negara Afrika angka kejadian penyakit ini cenderung rendah yaitu 60 tahun dan terendah pada usia 40 tahun (Febyan et al., 2017). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Gagola, Timban, & Ali (2015) menyebutkan dari 225 kasus batu empedu yang ditemukan, banyak diantaranya terjadi pada perempuan dengan total 124 kasus (55,1%) dan pada laki-laki dengan total 101 kasus (44,9%).

Di Indonesia sendiri, penyakit *cholelitis* tidak terlalu berkembang dibanding negara barat, namun dimasa mendatang tidak menutup kemungkinan kasus *cholelitis* akan mendapatkan banyak perhatian karna pola hidup sedentary (kurangnya aktifitas fisik). Faktor resiko yang biasa dijumpai pada kasus *cholelitis* biasa dikenal “6F” (*Female, Forty, Fair, Fertile, Family*

history) wanita, kegemukan, dalam masa subur, usia lebih dari 40 tahun (Febyan et al., 2018). Kejadian *cholelithiasis* di negara asia 3% - 15% lebih sedikit dibandingkan negara barat. Kasus *cholelithiasis* sedikit mendapat perhatian dikarenakan terlalu sering asimtomatik (penyakit yang penderita sendiri tidak menyadari gejala apapun) sehingga biasa terjadi kesalahan saat mendiagnosis atau mendeteksi. Penelitian yang pernah dilakukan di medan pada tahun 2011, yang didapat 82 kasus *cholelithiasis*. Insiden *cholelithiasis* di area bedah digestif di RSI Siti Rahmah terjadi peningkatan empat tahun terakhir. Pada tahun 2014 berjumlah 10 kasus dan pada tahun 2017 berjumlah 118 kasus pada kejadian *cholelithiasis*. (Nurhikmah et al.,2019). Di RS Darmo urabaya untuk data kasus *cholelithiasis* (batu empedu) dalam 6 bulan ini terdapat 65 kasus sedangkan ada 40 kasus batu empedu adalah riwayat yang pernah dideritanya. Pasien yang sudah di operasi hanya 12 kasus dan 13 kasus diantaranya dengan pemberian obat (tanpa operasi).

Berdasarkan beberapa banyaknya faktor yang dapat memicu atau menyebabkan terjadinya *Kolelithiasis* adalah gaya hidup masyarakat yang semakin meningkat terutama masyarakat dengan ekonomi menengah keatas lebih suka mengkonsumsi makanan cepat saji dengan tinggi kolesterol sehingga kolesterol darah berlebihan dan mengendap dalam kandung empedu dan menjadi kantung empedu dan dengan kurangnya pengetahuan dan kesadaran tentang akibat dari salah konsumsi makanan sangat berbahaya untuk kesehatan mereka (Haryono, 2012).

Batu empedu umumnya ditemukan di dalam kandung empedu, tetapi batu tersebut dapat bermigrasi melalui duktus sistikus kedalam saluran empedu menjadi batu saluran empedu dan disebut sebagai batu saluran empedu sekunder.

Pada beberapa keadaan, batu saluran empedu dapat terbentuk primer di dalam saluran empedu intra-atau ekstra-hepatik tanpa melibatkan kandung empedu.

Diagnosis kolelitiasis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan klinis dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan laborat meliputi pemeriksaan darah lengkap, tes fungsi hepar, serta bilirubin urine. Pemeriksaan penunjang lainnya berupa ultrasonografi (USG). *Endoskopik retrograde cholangio pancreatografi* (ERCP) dan *magnetik resonance cholangio pancreatography* (MRCP). Pada umumnya USG merupakan pilihan pertama untuk mendiagnosis batu kandung empedu dengan sensitifitas tinggi melebihi 95%, sedangkan untuk deteksi batu saluran empedu sensitivitasnya lebih rendah berkisar 18-74 % (Widiastuti, 2019).

Sasaran utama penanganan medikal penderita kolelitiasis atau batu empedu yang sering mengeluh nyeri hebat pada abdomen kuadran kanan atas yang biasanya sampai menjalar kebagian dada dan tubuh bagian belakang dengan pemberian obat analgesik. Dalam masa perawatan klien akan dipantau dengan pola makan, karena salah satu penyebab terjadinya batu empedu karenapola makan yang tidak sehat. Penanganan nyeri ini dapat dilakukan oleh perawat dengan mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi kepada klien. Teknik distraksi dan relaksasi ini merupakan salah satu alternatif untuk menurunkan intensitas nyeri. Teknik distraksi biasanya dilakukan teknik tarik nafas dalam, dan teknik relaksasi ini biasanya dengan aromaterapi, musik atau murotal, dan kegiatan yang lain untuk masa pengalihan nyeri. Teknik-teknik ini juga mampu mengurasi rasa cemas atau ansietas pada klien yang akan melaksanakan operasi batu empedu, Pasien yang sudah menjalani prosedur operasi pasti akan merasakan nyeri pada luka operasi tersebut. Sehingga peran perawat pasti diperlukan untuk membatu

mengurangi nyeri tersebut melalui cara farmakologis maupun non farmakologis.

Beberapa masalah yang sering muncul pada post operasi abdomen diantaranya adalah : manipulasi organ abdomen selama prosedur bedah dapat menyebabkan kehilangan peristaltik normal selama 24 sampai 48 jam, tergantung pada jenis dan lamanya pembedahan (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2012). Pasien pasca operasi abdomen sering mengalami nyeri akibat diskontinuitas jaringan (luka operasi) akibat insisi pembedahan. Nyeri yang hebat merupakan gejala sisa yang diakibatkan oleh operasi pada regio intra abdomen. Sekitar 60% pasien menderita nyeri hebat, 25% nyeri sedang dan 15% nyeri ringan (Rustianawati, Karyati & Himawan, 2013).

Solusi masalah pada pasien dengan kolelitiasis adalah perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat memberikan informasi tentang bagaimana tanda gejala, cara pencegahan, cara pengobatan dan penanganan pasien dengan Kolelitiasis sehingga keluarga juga dapat berperan aktif dalam pemeliharaan kesehatan baik individu itu sendiri maupun orang lain disekitarnya, untuk pencegahan yaitu dengan cara olah raga teratur, makan-makanan yang tidak mengandung lemak, hindari berat badan yang berlebih. untuk mengatasi masalah nyeri pada pasien post operasi bisa diberikan teknik pemberian terapi farmakologis (pemberian analgesik) atau non farmakologi dengan cara menarik nafas dalam, untuk mengatasi manajemen mual bisa dilakukan pemberian makan sedikit tapi sering, pemberian terapi farmakologi antiemetik, sedangkan untuk masalah resiko infeksi setelah operasi dilakukan pencegahan infeksi dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, monitoring kondisi luka (Cahyono, 2014).

Berdasarkan dari latar belakang di atas maka penulis ingin mengambil masalah *cholelithiasis* untuk dibahas lebih lanjut dalam Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Operasi explorasi batu CBD Cholesistectomi Hari Ke 1 di Ruang Pav 3 RS Darmo Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pada pasien post operasi explorasi batu CBD cholesistectomi, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi explorasi batu CBD cholesistectomi di Ruang Pav 3 RS Darmo Surabaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa dapat menjelaskan asuhan keperawatan secara komperhensif pada pasien Pasien dengan Post Op *explorasi* batu CBD *cholesistectomy* di ruang Pav 3 RS Darmo Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi proses pengkajian data keperawatan pada pasien dengan *Cholelithiasis*.
2. Merumuskan dan memprioritaskan masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan post operasi explorasi di Ruang Pav 3 RS. Darmo Surabaya
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan keperawatan yang tepat pada pasien dengan post operasi explorasi batu CBD cholesistectomy di Ruang Pav 3 RS. Darmo Surabaya.

4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan post operasi explorasi batu CBD cholelithotomy di Ruang Pav 3 RS. Darmo Surabaya
5. Melakukan evaluasi tindakan Keperawatan pada pasien dengan post operasi explorasi batu CBD cholelithotomy di Ruang Pav 3 RS. Darmo Surabaya
6. Melakakukan dokumentasi tindakan keperawatan pada pasien dengan post operasi *explorasi* batu CBD *cholelithotomy* di Ruang Pav 3 RS. Darmo Surabaya.

1.4 Manfaat

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

1.4.1 Secara Teoritis

Dengan adanya Karya Tulis Ilmiah ini penulis berharap dapat meningkatkan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post operasi batu empedu.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi Penulis

Dapat menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post operasi batu empedu dan dapat menambah pengalaman penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post op batu empedu.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat memberikan pengetahuan tambahan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien post operasi batu empedu di rumah sakit.

3. Bagi Instansi

Adanya Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat menambah informasi bahan bacaan atau pun referensi untuk pembelajaran tentang asuhan keperawatan pada pasien post operasi batu empedu.

4. Bagi Masyarakat

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat khususnya untuk pasien dan keluarga agar dapat mengetahui cara perawatan pasien post operasi batu empedu.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Penulis menggunakan metode studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

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

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien
2. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain
3. Studi kepustakaan, yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian :

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar lampiran.
2. Bagian inti meliputi 5 BAB yang masing- masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan yang berisis tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi explorasi CBD *cholesistectomy* hari 1.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi hasil pengkajian keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

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

BAB 5: Simpulan dan saran

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 tinjauan pustaka ini, penulis memasukkan beberapa konsep teori yang mendukung pada kasus *cholelithiasis* di ruang pav 3 RS Darmo Surabaya yaitu 1) Kolelitiasis, 2) *Cholecistectomy*, 3) Manajemen nyeri, 4) Nausea, 5) Manajemen hipo/ hiperglikemia, 6) Konsep asuhan keperawatan *cholecistectomy*, 7) Diagnosa keperawatan post operasi *cholecistectomy*, 8) intervensi keperawatan post operasi *cholecistectomy*, 9) Implementasi keperawatan post operasi *cholecistectomy*, 10) Evaluasi Keperawatan post operasi *Cholesistectomy*.

2.1 Konsep Penyakit Kolelitiasis

2.1.1 Definisi Kolelitiasis

Kolelitiasis menurut Doherty, 2015 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 yang terletak dibawah hati dan menyimpan empedu sampai dilepaskan ke dalam usus.

Batu empedu bisa terbentuk di dalam saluran empedu jika empedu mengalami aliran balik karena adanya penyempitan saluran. Batu empedu di dalam saluran empedu bisa mengakibatkan infeksi hebat saluran empedu (*kolangitis*). Jika saluran empedu tersumbat, maka bakteri akan tumbuh dan dengan segera menimbulkan infeksi di dalam saluran. Bakteri bisa menyebar melalui aliran darah dan menyebabkan infeksi di bagian tubuh lainnya. Adanya infeksi dapat menyebabkan kerusakan dinding kandung empedu, sehingga menyebabkan terjadinya stasis dan dengan demikian menaikkan batu empedu. 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. Namun, infeksi lebih sering timbul akibat dari terbentuknya batu dibanding penyebab terbentuknya batu.

2.1.2 Klasifikasi batu

Menurut Nian (2015) kolelitiasis golongan menjadi 3 golongan :

1. Batu Kolesterol

Berbentuk oval, multivocal atau mulberry dan mengandung lebih dari 70% kolesterol.

2. Batu kalsium billirubinan (pigmen coklat)

Bewarna coklat atau coklat tua, lunak mudah dihancurkan dan mengandung kalsium billirubinat sebagai komponen utama.

3. Batu pigmen hitam

Bewarna hitam atau hitam kecoklatan, tidak berbentuk atau seperti bubuk dan kaya akan sisa zat hitam yang tak terekstraksi.

2.1.3 Jenis-Jenis Batu

Menurut corwin (2012) ada 3 tipe utama kolelitiasis :

1. Batu pigmen kemungkinan berbentuk pigmen tak terkonjugasi dalam empedu melakukan pengendapan sehingga terjadi batu.
2. Batu kolesterol, terjadi akibat konsumsi makanan berkoesterol seperti *fast food* dengan jumlah tinggi. Kolesterol yang merupakan unsur normal pembentuk empedu tidak dapat larut dalam air pada pasien yang cenderung menderita batu empedu akan terjadi penurunan sintesis asam empedu dan peningkatan sintesis kolesterol dalam hati. Keadaan ini mengakibatkan supersaturasi getah empedu oleh kolesterol yang kemudian keluar dari getah empedu, mengendap dan menjadi batu empedu.
3. Batu campuran, batu campuran dapat terjadi akibat kombinasi antara batu pigmen dan batu kolesterol atau salah satu dari batu dengan beberapa zat lain seperti kalsium karbonat, fosfat, dan garam empedu.



Gambar 2. 1 Macam-macam batu empedu
Sumber : Corwin (2012)

2.1.4 Etiologi

Menurut Nian Afrian (2015) penyebab kolelitiasis adalah :

1. Jenis Kelamin

Wanita mempunyai risiko 3 kali lipat untuk terkena kolelitiasis dengan pria. Ini dikarenakan oleh hormon eosterogen berpengaruh terhadap peningkatan ekskresi kolesterol oleh kandung empedu. Kehamilan yang meningkatkan kadar esterogen juga meningkatkan risiko terkena kolelitiasis. Penggunaan pil dan kontrasepsi dan terapi hormon (esterogen) dapat meningkatkan kolesterol dalam kandung empedu dan penurunan aktivitas pengosongan kandung empedu.

2. Usia

Risiko untuk terkena kolelitiasis meningkat sejalan dengan bertambahnya usia. Orang dengan usia > 40 tahun lebih cenderung untuk terkena kolelitiasis dibandingkan dengan orang dengan usia yang lebih muda.

3. Berat badan (BMI)

Orang dengan *Body Mass Index* (BMI) tinggi, mempunyai resiko lebih tinggi untuk terjadi kolelitiasis. Ini karenakan dengan tingginya BMI maka kadar kolesterol dalam kandung empedu tinggi, dan juga mengurangi garam empedu serta mengurangi kontraksi / penggosongan kandung empedu.

4. Makanan Intake rendah klorida, kehilangan berat badan yang cepat (seperti setelah operasi gastrointestinal) mengakibatkan gangguan terhadap unsur kimia dari empedu dan dapat menyebabkan penurunan kontraksi kandung empedu.

5. Riwayat Keluarga

Orang dengan riwayat keluarga kolelitiasis mempunyai resiko lebih besar dibandingkan dengan tanpa riwayat keluarga.

6. Aktifitas Fisik

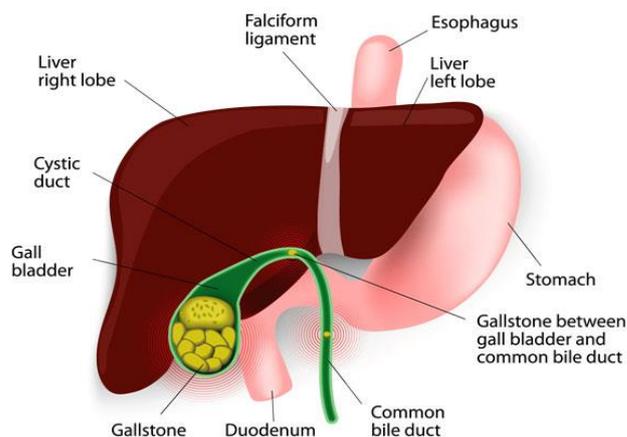
Kurangnya aktifitas fisik berhubungan dengan peningkatan risiko terjadinya kolelitiasis. Ini mungkin disebabkan oleh kandung empedu lebih sedikit berkontraksi.

2.1.5 Anatomi Batu Empedu

Anatomi batu empedu menurut Doherty (2015), Kandung empedu bentuknya seperti kantong, organ berongga yang panjangnya sekitar 10 cm, terletak dalam suatu fosa yang menegaskan batas anatomi antara lobus hati kanan dan kiri. Kandung empedu merupakan kantong berongga berbentuk bulat lonjong seperti buah advokat tepat dibawah lobus kanan hati. Kandung empedu mempunyai fundus, korpus, dan kolum. Fundus bentuknya bulat,ujung buntu dari kandung empedu yang sedikit memanjang diatas tepi hati. Korpus merupakan

bagian terbesar dari kandung empedu. Kolum adalah bagian yang sempit dari kandung empedu yang terletak antara korpus dan daerah duktus sistika. Empedu yang disekresi secara terus-menerus oleh hati masuk ke saluran empedu yang kecil dalam hati. Saluran empedu yang kecil bersatu membentuk dua saluran lebih besar yang keluar dari permukaan bawah hati sebagai duktus hepatikus kanan dan kiri yang segera bersatu membentuk duktus hepatikus komunis.

Duktus hepatikus bergabung dengan duktus sistikus membentuk duktus koledokus. Duktus hepatikus komunis memiliki panjang kurang lebih 2,5 cm merupakan penyatuan dari duktus hepatikus kanan dan duktus hepatikus kiri. Selanjutnya penyatuan antara duktus sistikus dengan duktus hepatikus komunis disebut sebagai common bile duct (duktus koledokus) yang memiliki panjang sekitar 7 cm. Pertemuan (muara) duktus koledokus ke dalam duodenum, disebut choledochoduodenal junction. Duktus koledokus berjalan di belakang duodenum menembus jaringan pankreas dan dinding duodenum membentuk papila vater yang terletak di sebelah medial dinding duodenum. Ujung distalnya dikelilingi oleh otot sfingter oddi yang mengatur aliran empedu masuk ke dalam duodenum. Duktus pankreatikus umumnya bermuara ditempat yang sama dengan duktus koledokus di dalam papila vater, tetapi dapat juga terpisah (Sjamsuhidayat, 2010; Williams, 2013; Doherty, 2015).



Gambar 2. 2 Anatomi Empedu
 Sumber : Doherty (2015)

2.1.6 Fisiologi Saluran Empedu

Fungsi dari kandung empedu menurut Doherty, 2015 adalah sebagai *reservoir* (wadah) dari cairan empedu sedangkan fungsi primer dari kandung empedu adalah memekatkan empedu dengan absorpsi air dan natrium Empedu diproduksi oleh sel hepatosit sebanyak 500-1000 ml/hari. Dalam keadaan puasa, empedu yang diproduksi akan dialirkan ke dalam kandung empedu dan akan mengalami pemekatan 50%. Setelah makan, kandung empedu akan berkontraksi, sfingter akan mengalami relaksasi kemudian empedu mengalir ke dalam duodenum. Sewaktu-waktu aliran tersebut dapat disempitkan secara intermitten karena tekanan saluran empedu lebih tinggi daripada tahanan *sfingter*. Aliran cairan empedu diatur oleh tiga faktor yaitu sekresi empedu oleh hati, kontraksi kandung empedu, dan tahanan dari sfingter koledokus.

Fungsi kandung empedu, yaitu (Sjamsuhidayat, 2012; Williams, 2013) :

1. Tempat menyimpan cairan empedu dan memekatkan cairan empedu yang ada di dalamnya dengan cara mengabsorpsi air dan elektrolit. Cairan empedu ini adalah cairan elektrolit yang dihasilkan oleh sel hati.

2. Garam empedu menyebabkan meningkatnya kelarutan kolesterol, lemak dan vitamin yang larut dalam lemak, sehingga membantu penyerapannya dari usus. Hemoglobin yang berasal dari penghancuran sel darah merah diubah menjadi bilirubin pigmen utama dalam empedu dan dibuang ke dalam empedu. Kandung empedu mampu menyimpan 40-60 ml empedu. Diluar waktu makan, empedu disimpan sementara di dalam kandung empedu.

Empedu hati tidak dapat segera masuk ke duodenum, akan tetapi setelah melewati duktus hepaticus, empedu masuk ke duktus sistikus dan ke kandung empedu. Dalam kandung empedu, pembuluh limfe dan pembuluh darah mengabsorpsi air dari garam-garam anorganik, sehingga empedu dalam kandung empedu kira-kira lima kali lebih pekat dibandingkan empedu hati. Empedu disimpan dalam kandung empedu selama periode interdigestif dan diantarkan ke duodenum setelah rangsangan makanan. Pengaliran cairan empedu diatur oleh 3 faktor, yaitu sekresi empedu oleh hati, kontraksi kandung empedu, dan tahanan sfingter koledokus. Dalam keadaan puasa, empedu yang diproduksi akan dialih-alirkan ke dalam kandung empedu. Setelah makan, kandung empedu berkontraksi, sfingter relaksasi, dan empedu mengalir ke duodenum.

Memakan – makanan akan menimbulkan pelepasan hormon duodenum, yaitu kolesistokinin (CCK), yang merupakan stimulus utama bagi pengosongan kandung empedu, lemak merupakan stimulus yang lebih kuat. Reseptor CCK telah dikenal terletak dalam otot polos dari dinding kandung empedu . pengosongan maksimum terjadi dalam wakt 90 – 120 menit setelah konsumsi makanan. Empedu secara primer terdiri dari air, lemak, organik, dan elektrolit,

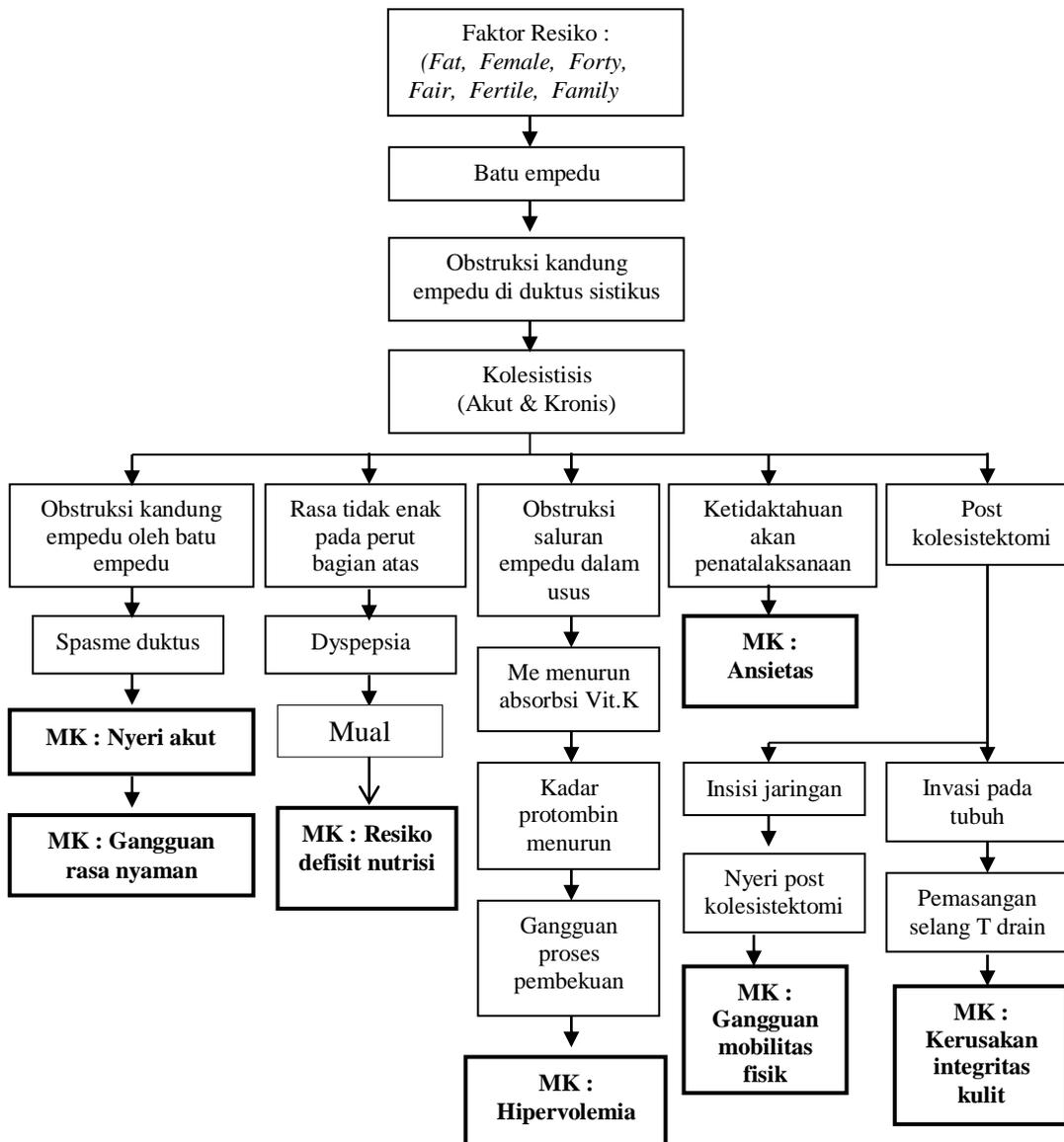
yang normalnya disekresi oleh hepatosit. Zat terlarut organik adalah garam empedu, kolesterol, fosfolipid.

Sebelum makan garam-garam empedu menumpuk di dalam kandung empedu dan hanya sedikit empedu yang mengalir dari hati. Makanan di dalam duodenum memicu serangkaian sinyal hormonal dan sinyal saraf sehingga kandung empedu berkontraksi. Sehingga empedu mengalir ke dalam duodenum dan bercampur dengan makanan.

Empedu memiliki fungsi membantu pencernaan dan penyerapan lemak menurut (anonim 2013) berperan dalam pembuangan limbah dari tubuh, terutama *hemoglobin* yang berasal dari penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolesterol, garam empedu meningkatkan kelarutan kolesterol, lemak dan vitamin yang larut dalam lemak untuk membantu proses penyerapan, garam empedu merangsang pelepasan air oleh usus besar untuk membantu menggerakkan isinya, *billirubin* (pigmen utama dari empedu) dibuang ke dalam empedu sebagai limbah dari sel darah merah yang dihancurkan serta obat dan limbah lainnya dibuang dalam empedu dan selanjutnya akan dibuang dari tubuh.

Garam empedu kembali diserap dalam usus halus, disuling oleh hati dan dialirkan kembali kedalam empedu. Sirkulasi ini dikenal sebagai *sirkulasi entero hepatic* . seluruh garam empedu didalam tubuh mengalami sirkulasi sebanyak 10 - 12 kali /hari, dalam setiap sirkulasi , sejumlah kecil garam empedu masuk ke dalam usus besar (kolon). Di dalam kolon , bakteri memecah garam empedu menjadi berbagai unsur pokok . beberapa dari unsur pokok ini diserap kembali dan sisanya dibuang bersama tinja. Hanya sekitar 5% dari asam empedu yang disekresikan dalam feses.

2.1.7 WOC KOLESISTITIS



Gambar 2. 3 WOC Kolesistitis

2.1.8 Manifestasi klinis Batu Empedu

Batu empedu tidak menyebabkan keluhan pada penderita Alina (2013) menurut selama batu tidak masuk ke dalam duktus sistikus atau duktus koledokus. Jika batu itu masuk ke dalam ujung duktus sistikus barulah dapat menyebabkan keluhan penderita. Apabila batu itu kecil, ada kemungkinan batu dengan mudah dapat melewati duktus koledokus dan masuk ke dalam duodenum.

Batu empedu mungkin tidak menimbulkan gejala selama berpuluh tahun. Gejalanya mencolok nyeri pada saluran empedu sangat hebat, baik menetap maupun seperti kolik bilier (nyeri kolik yang berat pada perut bagian atas) jika duktus sistikus tersumbat oleh batu, sehingga timbul rasa sakit perut yang berat dan menjalar ke punggung atau bahu. Mual dan muntah sering kali berkaitan dengan serangan kolik biliaris. Sekali serangan kolik biliaris dimulai, serangan ini makin meningkat frekuensi dan intensitasnya.

Tanda dan gejala batu empedu menurut Alina (2013) :

1. Sakit perut kanan atas dengan tingkat nyeri relatif parah, semakin lama semakin sakit, dan nyerinya bisa berlangsung antara 30 menit sampai hitungan jam
2. Bahu kanan terasa sakit
3. Mual, Muntah
4. Demam
5. Badan panas dingin
6. Seclera mata kuning, kulit kuning
7. Tidak tahan makanan yang berlemak
8. Sering sendawa atau kembung.

2.1.9 Komplikasi kolelitiasis

1. Kolesistitis

Kolelitiasis adalah peradangan batu empedu menurut (Hunter, 2014) saluran kandung empedu tersumbat oleh batu empedu, menyebabkan infeksi dan peradangan kandung empedu.

2. Kolangitis

Kolangitis adalah peradangan pada saluran empedu, terjadi karena infeksi yang menyebar melalui saluran-saluran dari usus kecil setelah saluran-saluran menjadi terhalang oleh sebuah batu empedu.

3. Hidrops

Hidrops adalah Obstruksi kronis dari duktus sistikus sehingga tidak dapat diisi lagi empedu pada kandung empedu yang normal.

4. Empiema

Empiema adalah kandung empedu yang berisi nanah. Komplikasi ini dapat membahayakan jiwa dan membutuhkan kolesistektomi darurat segera.

5. Perforasi

Perforasi lokal biasanya tertahan oleh adhesi yang ditimbulkan oleh peradangan berulang kandung empedu. Perforasi bebas lebih jarang terjadi tetapi mengakibatkan kematian sekitar 30%.

6. Ileus batu empedu

Obstruksi intestinal mekanik yang diakibatkan oleh lintasan batu empedu yang besar kedalam lumen usus.

2.1.10 Patofisiologi Batu Empedu

Pembentukan batu empedu dibagi menjadi tiga tahap menurut (Hunter, 2014) :

1. Pembentukan empedu yang super saturasi
2. Nukleasi atau pembentukan inti batu
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 (terutama lesitin) dengan kolesterol turun di bawah 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. Pembentukan batu dimulai hanya bila terdapat suatu nidus atau inti pengendapan kolesterol. Pada tingkat supersaturasi kolesterol, kristal kolesterol keluar dari larutan membentuk suatu nidus, dan membentuk suatu pengendapan. Pada tingkat saturasi yang lebih rendah, mungkin bakteri, fragmen parasit, epitel sel yang lepas, atau partikel debris yang lain diperlukan untuk dipakai sebagai benih pengkristalan.

2.1.11 Pemeriksaan penunjang

Menurut Suratun dan Lusianah (2012) pemeriksaan penunjang kolelitiasis :

1. Pemeriksaan Sinar X abdomen

a. Ultrasonografi

Pemeriksaan USG telah menggantikan kolesistografi oral sebagai prosedur diagnostik pilihan karena pemeriksaan ini dapat dilakukan dengan cepat serta akurat dan dapat digunakan pada penderita disfungsi hati dan icterus.

b. Pemeriksaan pencitraan radio nuklida atau koleskintografi dalam prosedur ini preparat radioaktif disuntikkan secara intravena. Preparat ini kemudian

diambil oleh hepatosit dan dengan cepat diseresikan kedalam sistem billier. Selanjutnya dilakukan pemindahan saluran empedu untuk mendapatkan gambar kandung empedu dan percabangan billier.

c. Kolesistografi

Kolangiografi oral dapat dilakukan untuk mendeteksi batu empedu untuk melakukan pengisian, memekatkan isinya, berkontraksi serta mengosongkan isinya. Media kontras yang mengandung iodium yang disekresikan oleh hati dan dipekatkan dalam kandung empedu diberikan kepada pasien. Kandung empedu yang normal akan terisi oleh bahan radiopaque ini. Jika terdapat batu empedu, bayangannya akan tampak pada foto.

2. Pemeriksaan Laboratorium

Batu kandung empedu yang asimtomatik umumnya tidak menunjukkan kelainan pada pemeriksaan laboratorium apabila terjadi peradangan akut, dapat terjadi leukositosis. Apabila terjadi sindroma mirizzi, akan ditemukan kenaikan ringan billirubin serum akibat penekanan duktus koledokus oleh batu. Kadar billirubin serum yang tinggi mungkin disebabkan oleh batu didalam duktus koledokus. Kadar fosfatase alkali serum dan mungkin juga kadar amilase serum biasanya meningkat sedang setiap kali terjadi serangan akibat penyakit saluran empedu melibatkan penggunaan banyak tes biokimia yang menunjukkan disfungsi sel hati yang difraksiosebagai komponen langsung dan tak langsung dari reaksi *van den bergh* , dengan sendirinya sangat tidak spesifik walaupun sering terjadi peningkatan billirubin serum menunjukkan kelainan hepatobiliaris, billirubin serum bisa meningkat tanpa penyakit hepatobiliaris pada banyak jenis kelainan yang mencakup episode berakna hemolisis intravaskuler dan sepsis sistemik.

peningkatan bilirubin serum timbul sekunder terhadap kolestasis interhepatik, yang menunjukkan disfungsi parenkim hati atau kolestatis ekstra hepatic sekunder terhadap obstruksi saluran empedu akibat batu empedu, keganasan atau pankreas jinak.

Bila obstruksi saluran empedu lengkap, maka bilirubin serum memuncak 25-30 mg per 100 ml, yang pada waktu itu ekskresi bilirubin sama dengan produksi harian. Nilai > 30 mg per 100 ml, berarti terjadi kebersamaan dengan hemolisis atau disfungsi ginjal atau sel hati. Keganasan ekstrahepatik paling sering menyebabkan obstruksi sebagian dengan bilirubin serum jarang melebihi 10-15 mg per 100 ml.

a. Darah Lengkap

- 1) Bilirubin direk dan indirek serum
- 2) SGOT/ SGPT
- 3) GGT
- 4) Alkali fosfatase
- 5) Albumin
- 6) Kolesterol, trigliserida
- 7) Gula darah puasa
- 8) Ureum, Kreatin
- 9) Asam protombin, asam empedu.

2.1.12 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medik

Menurut Brunner dan Suddarth (2013) penatalaksanaan medis kolelitiasis :

a. Terapi Nutrisi

Diet segera setelah operasi biasanya berupa cairan rendah lemak dengan protein dan karbohidrat tinggi dilanjutkan dengan makanan padat yang lembut hindari telur, krim, babi, makanan gorengan, keju, sayuran pembentukan gas, dan alkohol.

b. Terapi Farmakologi

- 1) Untuk menghancurkan batu: ursodiol/ aktigal
- 2) Efek samping: diare, bersifat hepatotoxic, pada fetus sehingga kontraindikasi pada ibu hamil
- 3) Mengurangi kolesterol pada batu empedu: chenodiol/ chenix
- 4) Untuk mengurangi gatal-gatal: cholestyramine (questran)
- 5) Menurunkan rasa nyeri: analgesik
- 6) Mengobati infeksi: antibiotik.

2. Penatalaksanaan Bedah

Penatalaksanaan bedah menurut (Diyono & Mulyadi, 2013) :

- a. Kolesistektomi laparaskopi: dilakukan melalui insiasi atau tusukan kecil yang dibuat menembus dinding abdomen diumbilikus. Rongga abdomen ditiup dengan gas karbon monoksida untuk membantu pemasangan *endoscopy*.
- b. Kolesistektomi: kantong empedu diangkat setelah arteri dan duktus sistikus diligasi. Sebuah drain (penrose) ditempatkan dikandung empedu dan dibiarkan menjulur keluar lewat luka operasi untuk mengalirkan darah, cairan serosanginous dan getah empedu kedalam kasa absorben.
- c. Minikolesistektomi : kandung empedu dikeluarkan melalui sebuah insiasi kecil selebar 4 cm.

- d. Kolesistostomi: kantung empedu dibuka, dan batu empedu atau drainase purulen dikeluarkan.
- e. Koledokostomi: inisiasi dilakukan pada duktus koledokus untuk mengeluarkan batu. Setelah batu dikeluarkan biasanya dipasang sebuah kateter kedalam duktus tersebut untuk drainase getah empedu sampai edema mereda. Kateter ini dihubungkan dengan selang *drainase*.

2.2 Cholelitis

2.2.1 Definisi Cholelitis

Cholesistektomi adalah pengangkatan kandung empedu melalui proses pembedahan, yang tekniknya dapat dilakukan dengan laparoskopi atau bedah terbuka (Ananda,Widya, 2015).

Cholesistektomi adalah pengangkatan secara bedah kandung empedu untuk Cholecystitis akut dan kronis (Diyono & Mulyadi.2013).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa Cholesistektomi ialah pengangkatan kandung empedu melalui proses pembedahan yang disebabkan oleh cholecystitis.

2.2.2 Macam-macam cholesistektomi

Cholesistektomi dibagi 2 yaitu menurut (Ananda,Widya.2015) :

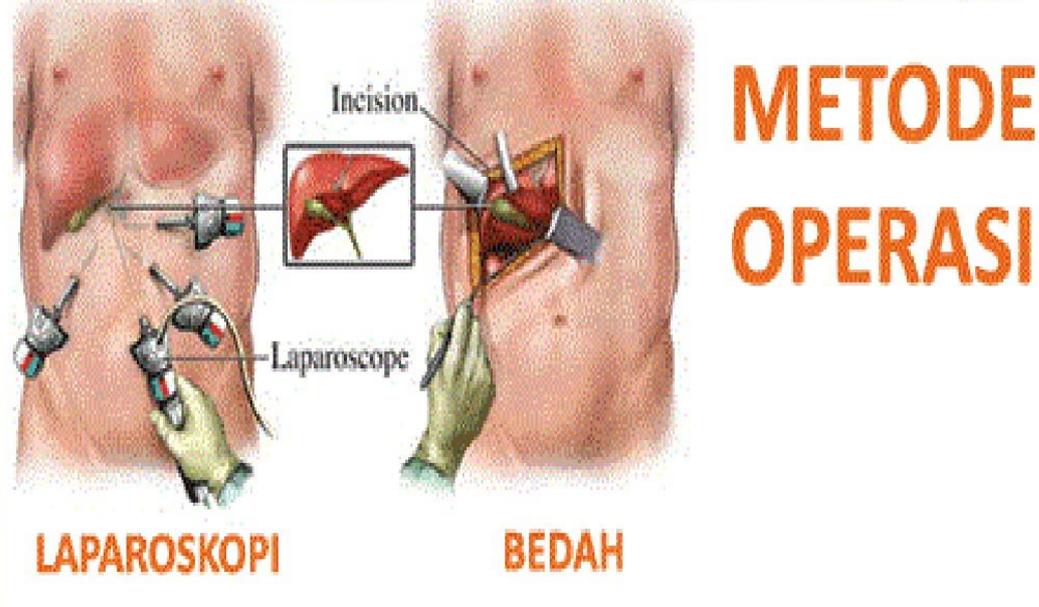
1. Cholesistektomi laparaskopi

Tindakan pengangkatan kandung empedu dengan cara invasif minimal melalui endoskopi (laparaskopik).

2. Cholesistektomi terbuka

Tindakan pengangkatan kandung empedu dan saluran dengan cara pembedahan (membuka dinding perut).

Resiko Pasca Operasi Batu Empedu Dan Pengangkatan Kandung Empedu



Gambar 2. 4 Metode Operasi
Sumber : Ananda,Widya (2015)

2.2.3 Dampak operasi

Dampak operasi menurut (Ananda,Widya.2015) :

1. Sistem pernafasan

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

2. Sistem kardiovaskuler

Ditemukan adanya perdarahan sampai syok, tanda-tanda kelemahan, kelelahan yang ditandai dengan pucat, mukosa bibir kering dan pecah-pecah, tekanan darah dan nadi meningkat.

3. Sistem pencernaan

Ditemukan perut kembung, penurunan bising usus karena puasa, penurunan berat badan dan konstipasi. Cairan empedu tidak masuk ke dalam duodenum,

menyebabkan gangguan ingesti dan absorpsi karbohidrat dan lemak berkurang maka akan menyebabkan nausea, muntah, diare, distensi abdomen.

4. Sistem perkemihan

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

5. Sistem persyarafan

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

6. Sistem penglihatan

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

7. Sistem Pendengaran

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

8. Sistem muskuloskeletal

Ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri

9. Sistem Integumen

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

10. Sistem Endokrin

Dikaji riwayat dan gejala-gejala yang berhubungan dengan penyakit endokrin, periksa ada tidaknya pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem endokrin Adenomatosis kandung empedu simtomatik.

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah sensasi subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial (Glowacki, 2015).

2.3.2 Manajemen nyeri

Manajemen nyeri atau *pain management* adalah (glowacki 2015) suatu rangkaian dalam menangani nyeri yang dialami pasien. Manajemen nyeri cukup efektif dalam mengatasi nyeri yakni, dengan perasaan kontrol, mengurangi perasaan tidak berdaya dan putus asa menjadi metode pengalihan yang menyenangkan, serta mengganggu siklus nyeri, ansietas, ketegangan.

2.3.3 Klasifikasi Nyeri

1. Nyeri Akut

Nyeri akut menurut glowacki 2015 adalah Merupakan nyeri yang terjadi tiba-tiba dan hanya berlangsung sebentar dan sesekali, biasanya nyeri akut terjadi pada patah tulang, kecelakaan, terjatuh, luka bakar, persalinan dan operasi.

2. Nyeri kronis

Nyeri kronis menurut glowacki 2015 Nyeri yang lebih dari 6 bulan dan dirasakan hampir setiap hari biasanya nyeri kronis diawali dengan nyeri akut.

3. Nyeri operasi

Nyeri operasi merupakan keadaan yang sudah terduga sebelumnya, akibat trauma dan proses inflamasi, terutama bersifat nosiseptif, pada waktu istirahat sering kali bertambah pada waktu bergerak.

2.3.4 Penanganan Nyeri

1. Non farmakologi

Penanganan nyeri non farmakologi menurut Chous dkk (2016) :

a. Relaksasi

Merupakan teknik menurunkan nyeri dengan cara pasien menarik nafas dalam dan hembuskan pelan-pelan dan membiarkan hanya kaki dan telapak kaki yang kendor, mengkonsentrasikan pikiran pada lengan perut, punggung dan kelompok otot-otot yang lain. Setelah pasien merasa rileks pasien dianjurkan bernafas secara pelan-pelan.

b. Distraksi

Distraksi adalah gangguan yang beralih mengalihkan perhatian kita pada sesuatu, kita menggunakan metode ini tanpa menyadari kita menonton TV, mendengarkan radio untuk mengalihkan pikiran kita

c. *Guide imagery* (imajinasi terbimbing)

Tindakan ini memerlukan suasana dan ruangan yang tenang serta konsentrasi dari klien, pasien disarankan untuk berimajinasi membayangkan hal-hal yang menyenangkan.

d. Kompres hangat

Kompres hangat ini dilakukan dengan cara menempelkan kantong karet yang diisi air hangat atau handuk yang direndam di dalam air hangat ke bagian tubuh yang nyeri.

e. Kompres dingin

Kompres dingin kantong karet yang diisi air dingin atau handuk yang direndam air dingin ditempel ke bagian tubuh yang nyeri.

2. Farmakologi

Menurut (Satoto, Wisnu & Eri, 2014) :

a. Golongan opioid

Obat ini memiliki dosis yang lebih kuat untuk mengurangi nyeri dengan menghalangi sinyal saraf penerima rasa sakit. Obat antinyeri golongan opioid yang bekerja dengan cara memblokir sinyal rasa sakit pada sel saraf yang menuju otak. Ropivocaine adalah obat spinal anestesi yang onset kerjanya serupa dengan menghasilkan efek yang mirip dengan anestesi lokal lainnya melalui penghambatan reversible. Ropivocaine dapat digunakan anestesi epidural, subarachnoid, blok pleksus brakialis, blok supra, intracavicular, blok intercosta, interskalenus, retrobulber, dan pengelolaan nyeri akut/ kronis.

b. Obat anti nyeri non steroid (NSAID)

Merupakan rasa sakit akibat peradangan, bekerja menghambat enzim dalam tubuh memproduksi dan menyebarkan hormon prostaglandin yang memicu peradangan.

c. Paracetamol

Bekerja menghentikan senyawa kimiadalam otak untuk memberitahu tubuh bahwa kita merasakan sakit, paracetamol juga mengurangi demam dengan mempengaruhi area otak yang mengatur suhu tubuh. Paracetamol mengubah persepsi otak terhadap rasa sakit.

2.4 Konsep nausea

2.4.1 Definisi nausea

Mual adalah kecenderungan untuk muntah atau sebagai perasaan ditenggorokan atau didaerah epigastrium yang memperingatkan individu untuk muntah akan segera terjadi (*Palliative Care Guidelines*, 2013).

Muntah adalah pengeluaran secara paksa dari isi lambung melalui mulut atau rongga hidung.

2.4.2 Penatalaksanaan Mual

Menurut (Rosser, 2014) :

1. Non farmakologi
 - a. Menyediakan lingkungan yang tenang, damai dan segar.
 - b. Penjelasan pemeriksaan, diagnosa dan perawatan.
 - c. Support dukungan emosional dan perhatian pada ketakutan dan kecemasan pasien.
 - d. Terapi relaksasi
 - e. Persiapkan dan penyajian makanan yang tepat jika pasien dapat makan
 - f. Makanan disiapkan jauh dari pasien untuk mencegah mual atau muntah.
 - g. Perawatan mulut teratur untuk menjaga mulut bersih dan segar.

2. Farmakologi : Pemberian anti emetik

2.5 Konsep Diabetes Mellitus

2.5.1 Definisi Diabetes mellitus

Diabetes Mellitus adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan glukosa darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas atau resistensi insulin.

2.5.2 Klasifikasi Diabetes Mellitus

1. Hipoglikemia

Merupakan suatu keadaan penurunan konsentrasi glukosa serum dengan atau tanpa adanya gejala sistem autonom dan neuroglikopenia. Yang ditandai dengan menurunnya kadar gula darah < 70 mg/dl.

2. Hiperglikemia

Menurut (Hess-Fischl, 2016) hiperglikemia adalah gula darah yang tinggi dengan nilai yang lebih dengan nilai lebih dari normal dikarenakan tubuh tidak memproduksi insulin atau insulin tidak bekerja dengan baik.

2.5.3 Pencegahan Hipoglikemia/ Hiperglikemia

1. Identifikasi kemungkinan penyebab hipo/hiperglikemia.
2. Identifikasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat monitor kadar glukosa dari
3. Monitor tanda dan gejala hipo/ hiperglikemia.
4. Monitor intake dan output.
5. Kolaborasi pemberian insulin.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

2.6.1 Pengertian

Asuhan keperawatan menurut (Bararah & Jauhar 2013). adalah faktor penting dalam kelangsungan hidup pasien dan aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitasi, dan preventif perawatan kesehatan. Menurut shore, untuk sampai hal ini, profesi keperawatan telah mengidentifikasi proses pemecahan masalah yang menggabungkan elemen yang paling relevan dari system teori, dengan menggunakan metode ilmiah.

2.6.2 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan (Barahah & Jaurah, 2013). Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, social, dan data spiritual. Kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran/titik diri, kemampuan mengobservasi dengan akurat, kemampuan komunikasi terapeutik, dan senantiasa mampu berespon secara aktif. Pada dasarnya tujuan pengkajian adalah pengumpulan data objektif dan subjektif dari klien. Adapun data yang terkumpul mencakup klien, keluarga, masyarakat, lingkungan, dan kebudayaan.

Kaji pengaruh gangguan fisik pada respon psikologis dan perencanaan pembedahan (Bruner & Suddart, 2013). Pada pengkajian sering didapatkan adanya kecemasan, gangguan konsep diri (gambaran diri) yang merupakan respon dari adanya penyakit dan rencana untuk dilakukan pembedahan. Pada pengkajian postoperasi keluhan yang mungkin dirasakan setelah operasi diantaranya

nyeripada luka post operasi, kemungkinan terjadinya perdarahan, cemas, dan resiko tinggi terjadinya infeksi.

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah kejadian yang untuk menghimpun informasi tentang status kesehatan klien (Rohmah,2012).

a. Macam dan Sumber Data

Adapun macam data yang dikaji Rohmah (2012) ada empat macam yaitu :

1) Data Dasar

Data dasar seluruh informasi tentang status kesehatan klien. Data dasar ini meliputi : data demografi, riwayat keperawatan, pola fungsi kesehatan, dan pemeriksaan.

2) Data Fokus

Data fokus adalah informasi tentang status kesehatan klien yang menyimpang dari keadaan normal. Data fokus dapat berupa ungkapan klien maupun hasil pemeriksaan langsung oleh perawat. Data ini nantinya akan mendapat porsi yang lebih banyak dan menjadi dasar timbulnya masalah keperawatan.

3) Data Subjektif

Data subjektif merupakan ungkapan keluhan klien secara langsung dari klien maupun tak langsung dan menyampaikan masalah yang terjadi kepada perawat berdasarkan keadaan yang terjadi pada klien untuk mendapatkan data ini dilakukan secara langsung.

4) Data Objektif

Data yang diperoleh oleh perawat secara langsung melalui obeservasi dan pemeriksaan pada klien. Data objektif harus dapat diukur dan diobservasi, bukan merupakan interpretasi atau asumsi perawat.

Sumber data yang perlu dikaji ada dua yaitu :

1. Sumber data primer

Sumber data primer adalah klien. Sebagai sumber data primer, bila klien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara atau pendengaran, klien masih bayi atau karena beberapa sebab klien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung, maka perawat menggunakan data objektif untuk menegakkan Diagnosa keperawatan. Namun bila diperlukan klarifikasi data subjektif, hendaknya perawat melakukan anamnesis pada keluarga.

2. Sumber data sekunder

Sumber data sekunder adalah selain klien, seperti keluarga, orang terdekat, teman dan orang lain yang tahu tentang status klien. Selain itu, tenaga kesehatan yang lain seperti dokter, ahli gizi, ahli fisioterapi, laboratorium, radiologi juga termasuk sumber data sekunder.

2. Teknik pengumpulan data

a. Anamnesis

Anamnesis adalah tanya jawab atau komunikasi secara langsung dengan klien (auto anamnesis) maupun tidak langsung (allo anamnesis) dengan keluarga untuk menggali informasi tentang status kesehatan klien. Komunikasi yang digunakan disini adalah komunikasi terapeutik, yaitu suatu pola hubungan interpersonal

antara klien dan perawat yang bertujuan untuk menggali informasi mengenai status kesehatan klien dan membantu menyelesaikan masalah yang terjadi.

b. Observasi

Pada tahap ini dilakukan pengamatan secara umum. Terhadap perilaku dan keadaan klien. Observasi memerlukan keterampilan, disiplin, dan praktek klinik.

c. Identitas

1) Identitas Klien

Meliputi : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor register, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, tindakan medis.

2) Identitas penanggung jawab

Meliputi : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan klien.

3) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian pada riwayat kesehatan sekarang meliputi 2 hal yaitu :

b) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Keluhan utama pada pasien dengan *cholelithiasis* (Muttaqin & Sari, 2013) adalah nyeri kolik abdominal. Keluhan nyeri seperti terbakar. Rasa sakit yang paling hebat sering terletak di abdomen kanan atas dan dapat menyebar ke bahu kanan atau daerah punggung. Skala nyeri pada klien dengan *cholelithiasis* bervariasi pada rentang 2-4 (dari 0-4) yaitu nyeri berat sampai nyeri tak tertahankan/berat sekali. Onset nyeri bervariasi sesuai dengan derajat okulasi atau obstruksi duktus dan keterlibatan saraf lokal akibat peningkatan kontraksi bilier.

Lama nyeri biasanya berkisar 30-90 menit sampai relaksasi peristaltik terjadi. Kondisi nyeri juga biasanya disertai demam sampai menggigil dan di sertai dengan gangguan gastrointestinal seperti sakit perut, rasa seperti terbakar di epigastik, mual, muntah, anoreksia, dan malaise .

c) Keluhan saat dikaji

Pada klien *cholelithiasis* yang telah menjalani operasi akan akan mengeluh nyeri pada luka operasi. Nyeri terasa seperti ditusuktusuk pada area operasi dan sangat jarang terjadi penyebaran kecuali jika ada komplikasi. Skala nyeri sangat hebat pada 2 jam pertama pasca operasi di karenakan Pengaruh obat anestesi mulai hilang. Nyeri dapat hilang timbul maupun menetap sepanjang hari (Sandra,2013).

d) Riwayat kesehatan dahulu

Di sesuaikan dengan predisposisi penyebab *cholelithiasis* menurut (Muttaqin &Sari,2013). . Seperti kondisi obesitas, penyakit DM, hipertensi, hiperlipidemia berhubungan dengan peningkatan sekresi kolestrol hepatika merupakan faktor resiko utama untuk pengembangan batu empedu kolesterol. Kondisi kehamilan mulipara, pasca bedah reseksi usus, penyakit crohn, reseksi lambung dan penggunaan obat-obatan hormonal merupakan kejadian masalalu yang harus di pertimbangkan. Serta riwayat sirosis hepatis yang menyebabkan splenomegali menjadi predisposisi utama gangguan heme yang bisa meningkatkan batu kalsium

Riwayat kesehatan keluarga

Beberapa pasien cenderung memiliki kondisi penyakit herediter, sehingga perlu mengkaji kondisi sakit dari generasi terdahulu (Muttaqin & Sari,2013).

e) Pola Aktivitas sehari-hari

f) Pola Nutrisi

Pada klien cholelitis munculkan gejala anoreksia, mual/muntah, regurgitasi berulang, nyeri epigastrium, flatulensi dan sendawa, tidak dapat makan, dyspepsia, dan tidak toleran terhadap lemak dan makanan pembentukan gas (Dongoes, 2010).

g) Pola Eliminasi

Frekuensi BAB, warna, bau, konsistensi feses dan keluhan klien yang berkaitan dengan BAB

h) Istirahat tidur

Waktu tidur, lamanya tidur setiap hari, apakah ada kesulitan dalam tidur

i) Pola personal hygiene

Membahas mengenai frekuensi mandi, keramas, gosok gigi dan menggunting kuku.

j) Pola mobilitas fisik

Kegiatan dalam pekerjaan, mobilisasi olahraga, kegiatan di waktu luang dan apakah keluhan yang dirasakan klien mengganggu aktivitas klien tersebut.

3. Pemeriksaan Fisik :

a. Keadaan umum

Kesadaran dapat kompos mentis sampai koma tergantung beratnya kondisi penyakit yang dialami, tanda-tanda vital biasanya normal kecuali bila ada komplikasi lebih lanjut, badan tampak lemas.

b. Sistem Pernafasan

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

c. Sistem kardiovaskuler

Ditemukan adanya perdarahan sampai syok, tanda-tanda kelemahan, kelelahan yang ditandai dengan pucat, mukosa bibir kering dan pecah-pecah, tekanan darah dan nadi meningkat

d. Sistem pencernaan

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

e. Sistem perkemihan

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

f. Sistem persyarafan

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

g. Sistem penglihatan

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

h. Sistem pendengaran

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

i. Sistem muskuloskeletal

Ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri

j. Sistem Integumen

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

k. Sistem Endokrin

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

4. Data penunjang

Data penunjang kolelitiasis menurut (Rudi, Haryono, 2012) :

- a. Elektrolit : Dapat ditemukan adanya kadar elektrolit akibat kehilangan cairan tubuh berlebihan.
- b. Hemoglobin : Dapat menurun akibat kehilangan darah
- c. Leukosit : Dapat meningkat jika terjadi infeksi

5. Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif (Darmawan, 2012). dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan

untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien

2.6.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah menganalisis data subjektif dan objektif untuk membuat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang di kumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pelayanan kesehatan yang lain (Bararah & Jaurah, 2013) :

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan Post Operasi *Cholesistektomy* :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik (prosedur operasi) (D.007)
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. (D.1042)
- c. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor resiko ketidak mampuan mengabsorbsi makanan. (D.0032)
- d. Ansietas berhubungan dengan dengan kurang terpapar informasi. (D.0080).

2.6.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik (prosedur operasi) (D.007)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat kenyamanan pasien meningkat dengan KH : 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang skala 2-3 2. Expresi wajah tenang 3. Pasien dapat tidur 4. TTV dalam batas normal	Manajemen Nyeri (1.08238) Observasi 1. Kaji tingkat nyeri secara komprehensif termask lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

			<p><u>Terapeutik</u></p> <p>6. Berikan terapi non farmakologis, untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>7. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>8. Jelaskan penyebab, periode pemicu nyeri</p> <p>9. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>
2	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. (D.1042)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi pasien menurun dengan KH: 1. Tanda infeksi tidak ada 2. Jumlah leukosit dalam batas normal	<p><u>Pencegahan Infeksi (1.14539)</u></p> <p><u>Observasi</u></p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p><u>Terapeutik</u></p> <p>2. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>3. Berikan perawatan kulit pada daerah yang edema</p> <p>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p><u>Edukasi</u></p> <p>6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>7. Ajarkan cara memeriksa luka</p> <p>8. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>9. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.</p>
3	Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor resiko ketidakmampuan mengabsorpsi makanan. (D.0032)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan KH: 1. Nafsu makan meningkat 2. Frekuensi makan membaik 3. Membran mukosa membaik 4. Serum albumin	<p><u>Manajemen Nutrisi (I. 03119)</u></p> <p><u>Observasi</u></p> <p>1. Identifikasi status nutrisi</p> <p>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>3. Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p> <p>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</p>

		<p>membalik</p>	<p>6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laborat</p> <p><u>Terapeutik</u> 9. Lakukan oral higiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi untuk menentukan pedoman diet 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan yang tinggi serat serta mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p><u>Edukasi</u> 16. Anjurkan posisi duduk jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p><u>Kolaborasi</u> 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>
4	<p>Ansietas berhubungan dengan dengan kurang terpapar informasi. (D.0080)</p>	<p>setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Konsentrasi membaik 	<p><u>Reduksi Ansietas (1.09314)</u> <u>Observasi</u> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas</p> <p><u>Terapeutik</u> 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan 6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Gunakan pendekatan yang</p>

			<p>tenang dan meyakinkan</p> <p>9. Mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>Edukasi</p> <p>10. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang dialami</p> <p>11. Anjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien</p> <p>12. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>13. Latih teknik relaksasi</p>
--	--	--	--

Sumber : Tim POKJA (2018)

2.6.5 Implementasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2013) bahwa implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada nursing order untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien.

Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi koping perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik. Jika pasien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi keperawatan. Selama tahap implementasi, perawat melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan pasien.

2.6.6 Evaluasi

Evaluasi menurut (Nursalam, 2013) adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis

keperawatan, rencana intervensi, dan implementasi. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan, hal ini dapat dilakukan dengan melihat respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan kasus nyata, asuhan keperawatan pada Tn.M dengan diagnosa medis post operasi explorasi batu CBD cholelithiasis hari 1, yang dilakukan pada tanggal 16 juni 2022 pukul 20.00 WIB di Ruang Pav 3 RS Darmo Surabaya.

3.1 Pengkajian

1. Data dasar

Pasien adalah seorang laki-laki Tn. M berusia 64 tahun, status menikah, beragama islam, suku bangsa jawa Indonesia No. Register 55-xx-xx bahasa yang digunakan bahasa indonesia, pasien MRS pada tanggal 14 Juni 2022, diagnosa medis pasien adalah *cholelithiasis*.

2. Keluhan Utama

Tn. M mengeluh nyeri pada luka bekas operasi

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Tn. M bersama istrinya ke IGD RS.Darmo Surabaya rujukan dari RS Mitra keluarga satelit dengan diantar ambulane pada tgl 14 juni 2022 pukul 10.00, alasan dirujuk menurut istri pasien karena mencari bedah digestif yang direkomendasikan oleh saudaranya, pasien datang dengan keluhan nyeri perut kanan atas tembus kebelakang, badan kuning, sclera mata kuning, mual, muntah, tidak mau makan keluhan ini sudah 1 minggu yang lalu terpasang infus tuto ops cabang comafusin hepar, dilakukan pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital didapatkan hasil GCS 4-5-6/15 composmetis TD: 149/92 Nadi: 110x/mnt Suhu: 37 RR: 20x/mnt Spo2 96%, pasien bawa hasil lab dari RS mitra keluarga skrining

hepatitis, elektrolit, billirubin, albumin, SGOT/SGPT, fungsi ginjal, kolesterol, gula darah, DL, bawa hasil thorax foto (keradangan), bawa hasil BOF tgl 10-06-2022 hasil peningkatan distribusi gas usus (usus halus) tetapi tidak tampak tanda-tanda ileus. Bawa MRI tgl 13-06-2022 hasil batu di CBD distal diameter 9mm menyebabkan dilatasi CBD , CHD, IHD kanan kiri, multiple batu galbladder dengan diameter sebesar 9mm, multiple kista ginjal bilateral, pasien sudah mendapatkan injeksi ceftriaxon 2x1 gr, SNMC 2x1 gr, magalat syr 3x1,prazotec 1x1, untuk DPJP ditentukan oleh dokter jaga IGD, pasien dirawat oleh dokter spesialis bedah digestive, pukul 12.00 pasien diantar masuk ke ruangan Pav 3 RS. Darmo Surabaya.

4. Genogram

Pasien merupakan anak ke 3 dari 3 bersaudara kedua kakaknya perempuan, bapak dan ibu pasien sudah meninggal, pasien mempunyai 2 orang anak laki-laki dan perempuan, pasien tinggal bersama istri dan anak perempuannya.

5. Riwayat penyakit dahulu

Tn.M mempunyai sakit DM sudah lama > 10 tahun tidak pernah kontrol dan minum obat.

6. Riwayat penyakit keluarga

Ibu Tn. M menderita sakit DM

7. Riwayat Alergi

Tn. M tidak mempunyai alergi baik makanan dan obat-obatan

8. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan B1 (*Breath*) atau pernapasan didapatkan data tidak ada sesak napas, bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris kanan kiri, tidak

ada otot bantu napas, irama napas regular, pola napas eupneu, taktil/vocal fremitus teraba simetris, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada batuk dan sputum, tidak ada sianosis di sekitar organ pernapasan. **MK : Tidak ada masalah keperawatan**

Pada pemeriksaan B2 (*Blood*) atau sirkulasi didapatkan data ictus cordis normal IC4-IC5, irama jantung regular, tidak ada nyeri dada, bunyi jantung S1,S2 Tunggal, TD : 140/90 mmHg, N: 108 x/menit, S: 36,8 oC, CRT < 2 detik, akral hangat kering, warna kulit kuning, turgor kulit tidak elastis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, terpasang infus 1000 tutofusin ops/ 24 jam **MK : Tidak ada masalah keperawatan**

Pada pemeriksaan B3 (*Brain*) atau persarafan didapatkan data GCS E4V5M6, Refleks fisiologis : bisep, trisep, patella, tendon achilles tidak terkaji, Refleks patologis : Babinski -/-, Gordon, Oppenheim, scheafer tidak terkaji. Tidak ada keluhan pusing dan nyeri kepala. Pemeriksaan nervus kranial N.I (olfaktorius) : tidak ada gangguan pembauan. N.II (optikus) : ketajaman mata berkurang (plus/rabun dekat), lapang pandang baik. N.III, IV, VI (Okulomotorius, troklearis, abduksen) : tidak ditemukan adanya gangguan gerak kelopak mata, kontriksi pupil baik, rotasi baik. N.V (trigeminus) : dapat mengunyah dan membuka mulut dengan baik, sensasi wajah tidak ada gangguan, mampu merasakan sentuhan dengan baik. N.VII (Fasialis) : wajah simetris, dapat mengerutkan dahi dan menggerakkan alis. N.VIII (Vestibulokoklearis) : mampu mendengarkan dengan baik, tes tunjuk kaki baik dan benar. N.IX (Glosfaringeus) : pengecapan baik. N.X (Vagus) : Ada reflex muntah, menelan dengan baik tidak tersedak. N.XI (Aksesorius) : dapat mengangkat bahu kanan kiri dan kepala dapat menoleh kanan

kiri tanpa ada batasan. N.XII (Hipoglosus) : dapat menggerakkan lidah sesuai arahan. Pada pemeriksaan kepala didapatkan data kepala bersih, pertumbuhan rambut rata, berwarna hitam bercampur putih (uban), tidak ada benjolan atau lesi dan tidak ada nyeri kepala. Pada pemeriksaan hidung didapatkan data jika hidung bersih, dapat membau dengan baik saat dites bau minyak kayu putih, bentuk simetris. Pada pemeriksaan wajah dan penglihatan didapatkan data jika mata simetris kanan kiri, reflex cahaya +/+, pupil isokor 2 mm/2 mm, sklera putih/ anikterik, konjungtiva merah muda/ tidak anemis, lapang pandang normal dan tidak ada kelainan. Pada pemeriksaan lidah, kondisi lidah Tn.M bersih, tidak ada lesi, sariawan atau benjolan, dapat mengecap dengan baik, berbicara jelas dan kemampuan menelan baik. Pada pemeriksaan telinga, kondisi telinga Tn.M bersih, bentuk simetris kanan kiri, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

MK : Tidak ada masalah keperawatan.

Pada pemeriksaan B4 (*Bladder*) atau perkemihan didapatkan data Tn. M terpasang foley catheter untuk eliminasi urine jumlah keluaran urine/12 jam \pm 1600 cc berwarna kuning pekaat **MK : Tidak ada masalah keperawatan.**

Pada pemeriksaan B5 (*Bowel*) atau pencernaan didapatkan data pasien mual, muntah, tidak selera makan, tidak terpasang NGT, jenis diit yaitu diit DM 1900kal rendah lemak, minum \pm 600 cc/24 jam air mineral. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan luka bekas operasi explorasi batu CBD cholecistectomy tertutup kassa, mrembes(-), P : Post operasi batu CBD cholesistectomy, Q : disayat-sayat, R : Perut kanan atas, S : Skala 5, T : terus menerus, suara bising usus 8 x/menit, Pemeriksaan eliminasi alvi keluarga Tn. M mengatakan 2hari ini pasien belum BAB. **MK : Nyeri akut, Nausea**

Pada pemeriksaan B6 (*Bone*) atau muskuloskeletal didapatkan data ROM aktif kekuatan otot 5555 5555 | 5555 5555 , aktivitas diatas tempat tidur karena nyeri, kebutuhan sehari-hari dibantu keluarga. luka bekas operasi pada perut tertutup kassa (+), merembes (-), terpasang T-drain produksi 600 cc/24 jam warna hijau kental, Redon-drain 25cc/24 jam warna merah darah segar. **MK : Resiko infeksi**

Pada pemeriksaan endokrin didapatkan data tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, hiperglikemi ditandai dengan hasil GDS=265 mg/dL. Hasi; HBAIC:7,3 Tn.M juga memiliki riwayat DM namun Tn. M tidak pernah kontrol dan tidak pernah minum obat. **MK : Ketidak stabilan kadar glukosa darah**

Pada pemeriksaan seksual & reproduksi tidak ada masalah keperawatan. Tn. M sudah memiliki 2 anak laki-laki, anak 1 sudah menikah, Tn.M tidak memiliki riwayat masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit saat ini. **MK : Tidak ada masalah keperawatan**

Pada pemeriksaan kemampuan perawatan diri atau personal hygiene selama dirawat inap di rumah sakit, Tn. M melakukan bersihan diri mandi dengan diseka oleh suster (skor 0), berpakaian dibantu (skor 0), toileting/eliminasi menggunakan alat bantu yaitu pampers dan jika BAB (skor 0), mobilitas di tempat tidur secara mandiri (skor 0), dan untuk berpindah serta berjalan pasien masih belum mampu (0) belum pernah memotong kuku selama di rumah sakit. **MK: Tidak ada masalah keperawatan**

Pada pemeriksaan pola istirahat dan tidur selama di rumah sakit untuk rawat inap didapatkan kualitas tidur kurang dengan jumlah jam tidur saat siang hari Tn.M hanya dapat tidur 1-2 jam dan untuk malam hari Tn. M biasanya tidur mulai pukul 22.00 – 05.00 WIB dengan kebiasaan sebelum tidur membaca doa.

Tn. M sering terbangun karena nyeri, lalu bisa tidur lagi. **MK : Tidak ada masalah keperawatan**

9. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Darah (10 Juni 2022)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Leukosit	8,9	5,00 – 10,00
HB	14,7	11 -13
Trombosit	240	150 – 450
Natrium	132	135 – 147
Kalium	4,12	3.0 – 5.0
Bill direc	14,6	0,00 – 0,50
Bill total	20,27	0,00 – 1,20
Albumin	3,8	3,5 – 5,20
SGOT	40	< 35
SGPT	66	< 45
Kolesterol total	297	< 200
Asam urat	3,4	3,5 – 7,2
Bun	50,9	13,0 – 5,20
Creatin	1,00	0,70 – 1,20
Alkali fosfatase	282	40
GDS	289	76 – 106

Tabel 3. 2 Pemeriksaan darah (16 Juni 2022)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
GDS	265	74 -106
HBAIC	7,3	4,5 – 6,3

Tabel 3. 3 Pemeriksaan darah (18 juni 2022)

Hasil	Hasil	Nilai rujukan
Direc billirubin	8,78	0 – 20
Total billirubin	11,46	0,10 -1,20

Tabel 3. 4 Hasil Rontgen

Tanggal pemeriksaan	Jenis foto	Hasil
10 juni 2022	Thorax foto	Proses peradangan

10 Juni 2022	BOF	Peningkatan distribusi gas usus (usus halus) tetapi tidak tampak tanda-tanda ileus
11 Juni 2022	USG abdomen	1. Dilatasi IHBD dan CBD, curiga obstruksi di CBD distal 2. Multiple cholelithiasis dengan diameter terbesar 1cm 3. Kista ginjal kiri berdiameter 1,7
13 Juni 2022	MRI abdomen	1. Batu di CBD distal diameter 9mm menyebabkan dilatasi CBD, CHD dan IHBD kanan kiri 2. Multiple batu galbladder dengan diameter terbesar 9mm 3. Multiple ginjal bilateral

10. Terapi yang Didapatkan

Tabel 3. 5 Terapi Farmakologis

Nama Obat	Rute	Indikasi
3x1gr Cebactam	Intra Vena	Antibiotik untuk infeksi bakteri
3x1gr Antrain	Intra Vena	untuk membantu menurunkan demam dan nyeri
3x 500 Tamolive	Intra Vena	untuk membantu menurunkan demam dan nyeri
3x4mg Trovensis	Intra Vena	obat untuk mencegah serta untuk mengobati mual
3x10mg Primperan	Intra Vena	obat untuk mencegah serta untuk mengobati mual
2x40mg Pumpisel	Intra Vena	obat untuk melindungi lambung
1x1gr vivena	Intra Vena	untuk suplemen dan nutrisi
Naropin 10ml/jam	Intra Vena	obat anastesi untuk memblokir saraf tepi
1-0-0 Tranjenta 5mg	oral	obat untuk mengontrol kadar gula

3.2 Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan dan etiologi ataupun faktor resiko pada analisa data, penulis mengambil dari SDKI (2016) sebagai berikut :

1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (post operasi) yang terdapat dalam SDKI D.0077 . Diagnosis keperawatan ini dirumuskan oleh penulis sesuai dengan pengkajian data subyektif pasien mengeluh nyeri luka bekas operasi

P : luka bekas post operasi, Q : disayat-sayat, R :perut kanan atas, S : Skala 5, T : terus menerus. Dengan data objektif dari Tn.M yaitu luka bekas operasi tertutup, menyeringai, terpasang obat analgetik naropine 10mg/jam, takut untuk berubah posisi TD: 140/90 mmHg, N: 108 x/menit, S: 36,8oC, SpO2: 96 x/menit, RR: 20 x/menit. Hasil. Nyeri merupakan suatu bentuk pengalaman dari individu yang bersifat subyektif dan tidak menyenangkan dimana hanya individu yang mengalami nyeri tersebut yang bisa merasakannya (Mujahidin, 2021). Luka operasi di definisikan sebagai suatu kondisi dimana terputuskan kontinuitas jaringan Gejala yang dirasakan langsung khas dan bisa dari post operasi cholelithotomy adalah adanya rasa nyeri yang terjadi karna terputusnya kontinuitas jaringan, (Mujahidin, 2021). Nyeri pada luka bekas operasi juga dapat diakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan sehingga menimbulkan gangguan rasa nyaman nyeri (Andra & Yessie, 2013). Grade nyeri pada Tn. M termasuk dalam grade 5 (Sedang) karena nyeri tidak dapat diabaikan, mengganggu fungsi dan membutuhkan atensi atau pengobatan dari waktu ke waktu (Adrianto, 2019). Rasional : Diagnosis ini ditegakkan dan menjadi prioritas pada kasus ini. Didukung oleh data pasien mengeluh nyeri hinggaskala 5 dan nyeri secara terus- menerus, menyeringai.

2. Nausea b.d efek agen farmakologis yang terdapat dalam SDKI D. 0076. Diagnosis keperawatan ini dirumuskan oleh penulis sesuai dengan pengkajian data subyektif pasien mengeluh mual, dengan data obyektif dari Tn.M yaitu mual, muntah 1x lendir, tidak ada selera makan

Rasional: pada Penulis menegakkan masalah keperawatan ini karena pasien

mengalami mual, muntah, tidak ada selera makan, terdapat tanda dan gejala masalah nausea

3. Resiko infeksi d.d Faktor resiko Efek prosedur invansif Penyakit kronis (DM) terdapat pada SDKI (D.1042)Diagnosis keperawatan ini dirumuskan oleh penulis sesuai dengan pengkajian data subyektif pasien mengatakan selesai operasi batu empedu, data obyektif dari Tn.M yaitu terdapat luka bekas operasi tertutup kassa, mrembes (-), terdapat T-drain dan Redon- drain. GDS post operasi: 265 mg/dl.

Rasional: pada penulis menegakkan masalah keperawatan ini karena pasien mempunyai riwayat DM yang sudah lama disertai juga terpasang alat-alat post operasi yang beresiko akan terjadi infeksi yang masuk pada tubuh.

4. KetidakStabilan kadar glukosa darah b.d disfungsi pankreas terdapat pada SDKI (D.0027)Diagnosis keperawatan ini dirumuskan oleh penulis sesuai dengan pengkajian data subyektif pasien mengatakan badan lemas dan gula darah tinggi. Data obyektif terdapat hail GDS post operasi: 265mg/dl hasil HBAIC: 7,3

Rasional: pada penulis menegakkan diagnosa ini karena pasien mempunyai sakit DM yang sudah lama, dan kadar gula dalam darah tinggi.

3.3 Intervensi Keperawatan

Dari hasil analisa data sehingga membentuk diagnosis keperawatan, penulis mengambil 4 prioritas masalah yang kemudian menyusun rencana keperawatan sebagai berikut :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (SDKI D.0077) setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam

diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil yang ingin dicapai antara lain keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun. Rencana tindakan yang dapat dilakukan yaitu monitor keluhan pasien tentang nyerinya dan efek samping penggunaan analgetik yang telah diberikan guna mengetahui kondisi nyeri yang dirasakan pasien, berikan terapi farmakologis (naropine 10mg/jam) untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) guna mengurangi faktor memperparah nyeri berhubungan dengan lingkungan nyaman pasien, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri dengan gerakan bertahap.

2. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (D 0076) setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil yang ingin dicapai antara lain keluhan mual menurun, nafsu makan meningkat. Rencana tindakan yang dapat dilakukan yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan yaitu: identifikasi dampak mual, monitoring durasi dan frekuensi mual, berikan makan dalam jumlah kecil dan menarik, kolaborasi untuk pemberian terapi farmakologi antiemetik.
3. Resiko infeksi d.d faktor resiko: efek prosedur invansif (penyakit kronis DM) SDKI (D 0142) setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak nyaman berkurang, leukosit dalam batas normal. Rencana tindakan yang akan dilakukan monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien,

pertahankan teknik aseptik, menganjurkan pasien agar menjaga kebersihan lukanya, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik.

4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah d.d disfungsi pankreas. SDKI (D.0027) setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam diharapkan kestabilan gula darah meningkat dengan kriteria hasil: pasien tidak tampak lemah, letih, hasil gula darah stabil (nilai normal gula darah (74-106) rencana tindakan yang akan dilakukan identifikasi penyebab hiperglikemia, monitor intake dan output, berikan diit sesuai intruksi dokter, ajarkan pengelolaan diabetes.

3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Pada implementasi dan evaluasi pada Tn.M dimulai dari tanggal 16 Juni 2022 yang sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dirumuskan oleh penulis yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (prosedur operasi) (SDKI D.0077)

Pada tanggal 16 – 18 juni 2022 dilakukan tindakan keperawatan yaitu memonitor keluhan pasien tentang nyerinya dan efek samping penggunaan analgetik yang telah diberikan guna mengetahui kondisi nyeri yang dirasakan pasien, untuk mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) guna mengurangi faktor memperparah nyeri berhubungan dengan lingkungan nyaman pasien.

Pada hari pertama pada tanggal 16 juni 2022 didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn.M sebagai berikut : Data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, P: luka post operasi, Q: disayat-sayat, R: Di perut kanan atas S: Skala 5 (skala 1-10), T: terus menerus, Data objektif :

Keluhan nyeri tetap, ekspresi menyeringai, masih terpasang obat naropine pump 10mg/jam, sikap protektif masih.TD: 140/90mmHg, N: 108 x/menit, S: 36,80C, RR: 20 x/menit, SpO2: 96% Masalah keperawatan pada diagnosa ini belum teratasi, intervensi diagnosa nomor 1-4 dilanjutkan.

Pada hari kedua tanggal 17 juni 2022 hasil evaluasi yang didapatkan yaitu data subjektif pasien masih mengeluh nyeri luka bekas operasi dengan data yang didapat P : luka bekas post op, Q : disayat-sayat, R : perut kanan atas, S: Skala 5 (skala 1-10), T : Saat dibuat gerak, Data objektif : Keluhan nyeri tetap, ekspresi menyeringai tetap, bila digerakkan nyeri akan bertambah, sikap protektif masih, masih terpasang naropin pump 7mg/jam TD: 150/88 mmHg, N: 112 x/menit, S: 36,50C, RR: 20 x/menit, SpO2: 97%, CRT:< 2 detik. Masalah keperawatan teratasi sebagian, intervensi nomor 1 dan 2 dilanjutkan.

Pada hari ketiga tanggal 18 juni 2022 hasil evaluasi yang didapatkan yaitu data subjektif pasien masih mengeluh nyeri di pada perut kanan atas bekas luka operasi P : luka bekas operasi, Q : disayat-sayat, R : perut kanan atas, S: Skala 4 (skala 1-10), T : bila dibuat berubah posisi Data objektif : Keluhan nyeri tetap, ekspresi menyeringai, nyeri akan bertambah bila digerakkan, sikap protektif masih, terpasang naropin dosis 3mg/jam TD: 130/90 mmHg, N: 104x/menit, S: 36,40C, RR: 20 x/menit, SpO2: 96%, CRT:< 2 detik. Masalah keperawatan teratasi sebagian, intervensi nomor 1 dan 2 dilanjutkan.

2. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (D. 0076) ditandai dengan mual.

Pada tanggal 16 – 18 juni 2022 dilakukan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi dampak mual, memonitor durasi dan frekuensi mual, pasien

hanya dibolehkan minum sedikit-sedikit (post operasi), menolong pasien muntah lendir 200cc, memberikan terapi farmakologi anti emetik.

Pada hari pertama tanggal 16 juni 2022 pukul 20.00 didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: data subyektif pasien mengatakan masih mual. Data obyektif mual, muntah lendir 200cc, hanya minum sedikit-sedikit. Masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-4 dilanjutkan.

Pada hari kedua tanggal 17 juni 2022 pukul 07.00 – 14.00 penulis mendapatkan hasil evaluasi pada Tn. M dengan data subyektif: pasien mengatakan mual. Data obyektif: mual, muntah, tidak selera makan, makan habis 2 sendok saja. masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-4 dilanjutkan.

Pada hari ketiga tanggal 18 juni 2022 pukul 07.00-14.00 didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: pasien mengatakan masih mual. Data subyektif mual, merasa ingin muntah, tidak selera makan , makan habis 3 sendok. Masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-4 dilanjutkan.

3. Resiko infeksi ditandai dengan faktor resiko: efek prosedur invansif, penyakit kronis (DM) (D 0142)

Pada tanggal 16 – 18 Juni 2022 dilakukan tindakan keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik, anjurkan pasien agar menjaga kondisi luka agar tetap bersih, memberikan terapi farmakologi injeksi cebactam 1gr intra vena.

Pada hari pertama tanggal 16 Juni 2022 pukul 20.00 – 00.00 didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: data subyektif : luka

masih tertutup kassa, data obyektif:luka tertutup kassa, bersih, mrembes (-), terpasang T-drain dan Redon- drain . masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-5 dilanjutkan.

Pada hari kedua tanggal 17 Juni 2022 pukul 07.00 – 14.00 hasil evaluasi didapatkan yaitu: data subyektif: pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi tertutup kassa. Data obyektif: luka tertutup kassa, mrembes(-) ,terpasang T-drain dan Redon- drain. . masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-5 dilanjutkan.

Pada hari ketiga tanggal 18 Juni 2022 pukul 07. 00 – 14.00 hasil evaluasi didapatkan yaitu: data subyektif: pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi tertutup kassa. Data obyektif: luka tertutup kassa, mrembes(-) ,terpasang T-drain dan Redon- drain. Masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-5 dilanjutkan.

4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah ditandai dengan disfungsi pankreas (D.0027)

Pada tanggal 16 – 18 Juni 2022 dilakukan tindakan keperawatan yaitu Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia, monitor intake dan output, menganjurkan pasien dan keluarga agar mengikuti diit dari RS. Memberi edukasi tentang gejala hiperglikemia dan cara pemberian diit pada pasien DM. Melakukan cek GDS post operasi: 265 mg/dl.

Pada hari pertama tanggal 16 Juni 2022 pukul 20.00 didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: data subyektif: pasien mengatakan badan masih lemas. Data obyektif: badan lemah, GDS post operasi: 265 mg/dl masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-4 dilanjutkan

Pada hari kedua 17 Juni 2022 pukul 07.00 – 14. 00 didapatkan hasil evaluasi

tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: data subyektif: pasien mengatakan badan masih lemas. Data obyektif: badan lemah, GDS pagi 281 mg/dl, terqpi obat trajenta 5mg 1-0-0. 265 masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-4 dilanjutkan

Pada hari ketiga tanggal 18 Juni 2022 didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: data subyektif: pasien mengatakan badan masih lemas. Data obyektif: badan lemah, GDS pagi 275mg/dl terapi obat trajenta 5mg 1-0-0.masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-4 dilanjutkan.

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai tindakan keperawatan pada Tn.M dengan diagnosa post operasi explorasi batu CBD cholelithiasis diruang pav 3 RS. Darmo Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 16 Juni sampai dengan 18 Juni 2022. Pendekatan studi ilmiah untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktik dilapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan tindakan keperawatan dengan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. M dengan melakukan anamnese pada pasien, keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari rekan medis. Pembahasan akan dimulai dari :

1. Identitas

Pada pasien Tn. M usianya 64tahun, pasien beragama islam, pendidikan terakhir SMA,Usia yang tidak lagi muda adalah salah satu faktor penyebab mengapa batu empedu lebih sering dialami oleh orang tua (lansia).Menurut sebuah penelitian, batu empedu 10 kali lebih sering ditemukan pada orang tua dibanding dengan anak muda. Semakin tua usia kita, kadar kolesterol tubuh secara alami akan semakin meningkat (Wang, 2012).

Data pengkajian yang akan dihubungkan dengan faktor-faktor resiko batu empedu, pada Tn. M mempunyai resiko aktual, dimana umur > 40th dengan riwayat DM dan memiliki kolesterol yang tinggi.

2. Riwayat sakit dan kesehatan

Keluhan utama pada pasien Tn. M adalah nyeri pada luka bekas operasi yang dirasakan secara terus-menerus, merupakan obat antinyeri golongan opioid yang bekerja dengan cara memblokir sinyal rasa sakit pada sel saraf yang menuju otak. Ropivocaine adalah obat spinal anestesi yang onset kerjanya serupa dengan menghasilkan efek yang mirip dengan anestesi lokal lainnya melalui penghambatan *reversible*. Ropivocaine dapat digunakan anestesi epidural, subarachnoid, blok pleksus brakialis, blok supra, *intracavicular*, blok intercosta, *interskalenus*, *retrobulber*, dan pengelolaan nyeri akut/ kronis. (Satoto, Wisnu & Eri, 2014). Pasien masih terpasang anti nyeri naropine pump/jam

Riwayat penyakit dahulu keluarga mengatakan pasien mempunyai sakit DM sudah lama tidak minum obat dan tidak pernah kontrol, ibu pasien juga mempunyai sakit DM.

3. Pengkajian persistem

Pada pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa digunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan:

a. B1: *Breathing* (sistem pernafasan)

Pada saat pengkajian pada Tn. M didapatkan data tidak ada sesak napas, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada suara tambahan, tidak ada otot bantu napas, bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris kanan kiri, irama napas regular, pola napas eupneu, suara napas vesikuler, tidak ada batuk dan sputum, RR 20x/mnt, spo2 96%.

b. B2 (*Blood*) atau sirkulasi

Pada pengkajian Tn. M didapatkan data ictus cordis normal IC4-IC5, irama jantung regular, tidak ada nyeri dada, bunyi jantung S1,S2 Tunggal, TD : 140/90 mmHg, N: 108 x/menit, S: 36,8 oC, CRT < 2 detik, akral hangat kering, warna kulit kuning, turgor kulit tidak elastis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, terpasang infus 1000 tutofusin ops/ 24 jam, GDS post operasi: 265. Pada Tn. M keluhan yang ditemukan ketidak stabilan kadar glukosa darah.

c. B3 (*Brain*) atau persarafan

Pada pengkajian Tn. M didapatkan data GCS E4V5M6, Refleks fisiologis : bisep, trisep, patella, tendon achilles tidak terkaji, Refleks patologis : Babinski -/-, Gordon, Oppenheim, sceafer tidak terkaji. Tidak ada keluhan pusing dan nyeri kepala. Pemeriksaan nervus kranial N.I (olfaktorius) : tidak ada gangguan pembauan. N.II (optikus) : ketajaman mata berkurang (plus/ rabun dekat), lapang pandang baik. N.III, IV, VI (Okulomotorius, troklearis, abduksen) : tidak ditemukan adanya gangguan gerak kelopak mata, kontriksi pupil baik, rotasi baik. N.V (trigeminus) : dapat mengunyah dan membuka mulut dengan baik, sensasi wajah tidak ada gangguan, mampu merasakan sentuhan dengan baik. N.VII (Fasialis) : wajah simetris, dapat mengerutkan dahi dan menggerakkan alis. N.VIII (Vestibulokoklearis) : mampu mendengarkan dengan baik, tes tunjuk kaki baik dan benar. N.IX (Glosofaringeus) : pengecapan baik. N.X (Vagus) : Ada reflex muntah, menelan dengan baik tidak tersedak. N.XI (Aksesorius) : dapat mengangkat bahu kanan kiri dan kepala dapat menoleh kanan kiri tanpa ada batasan. N.XII (Hipoglosus) : dapat menggerakkan lidah sesuai arahan. Pada pemeriksaan kepala didapatkan data kepala bersih, pertumbuhan rambut rata,

berwarna hitam bercampur putih (uban), tidak ada benjolan atau lesi dan tidak ada nyeri kepala. Pada pemeriksaan hidung didapatkan data jika hidung bersih, dapat membau dengan baik saat dites bau minyak kayu putih, bentuk simetris. Pada pemeriksaan wajah dan penglihatan didapatkan data jika mata simetris kanan kiri, reflex cahaya kanan kiri baik, pupil isokor 2 mm/2 mm, sklera putih/ an ikterik, konjungtiva merah muda/ tidak anemis, lapang pandang normal dan tidak ada kelainan. Pada pemeriksaan lidah, kondisi lidah Tn.M bersih, tidak ada lesi, sariawan atau benjolan, dapat mengecap dengan baik, berbicara jelas dan kemampuan menelan baik. Pada pemeriksaan telinga, kondisi telinga Tn.M bersih, bentuk simetris kanan kiri, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

d. B4 (*Bladder*) atau perkemihan

Pada pengkajian Tn. M di dapatkan data terpasang foley catheter untuk eliminasi urine warna urine kuning pekat, terpasang foley catheter disebabkan pasien masih belum bisa mobilisasi karena nyeri.

e. B5 (*Bowel*) atau pencernaan didapatkan data pasien mual, muntah, tidak selera makan, tidak terpasang NGT, jenis diit yaitu diit DM 1900kal rendah lemak, minum ± 600 cc/24 jam air mineral suara bising usus 8 x/menit, Pemeriksaan eliminasi alvi keluarga Tn. M mengatakan 2 hari ini pasien belum BAB. Pada Tn. M keluhan yang ditemukan adalah nyeri akut, nausea, resiko infeksi

f. B6 (*Bone*) atau muskuloskeletal

Pada saat pengkajian didapatkan data ROM aktif kekuatan otot 5555 5555 | 5555 5555 , turgor kulit kurang elastis, warna kulit kuning (ikterus), pasien aktivitas diatas tempat tidur karena pasien masih nyeri luka operasi.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil pengkajian Tn. M didapatkan hasil diagnosis keperawatan sebagai berikut :

1. Masalah keperawatan nyeri akut sebagai diagnosa utama yang muncul pada pengkajian tanggal 16 Juni 2022 muncul data-data yang mendukung yaitu nyeri akut b/d agen pecidera fisik (prosedur operasi) : P : Post operasi batu CBD *cholesistectomy* Q : disayat-sayat R : Perut kanan atas S : Skala 5 T : terus menerus. Perlukaan dan kerusakan jaringan akan menyebabkan perubahan lingkungan kimia nosiseptor, Nyeri Memiliki konstruksi multidimensional yaitu hubungan antara penyakit (sebagai pengalaman biologis) dan rasa sakit (sebagai pengalaman ketidak nyamanan dan disfungsi) sehingga sangat sulit untuk menguraikannya dengan jelas. Rileksasi otot, yaitu kelumpuhan otot skelet, dan stabilitas otonom antara saraf simpatis dan parasimpatis.
2. Masalah keperawatan nausea sebagai diagnosa kedua muncul pada saat pengkajian tanggal 16 Juni 2022, muncul data- data yang mendukung yaitu: Nausea b/d efek agen farmakologis, dengan ditandai adanya pasien mengatakan mual, mengatakan mual, mual(-), muntah (+), tidak ada selera makan. Mual dan muntah pasca operasi (PONV) didefinisikan sebagai mual apapun, retching, atau muntah yang terjadi selama 24-48 jam setelah operasi di rawat inap. Nyeri dapat memperpanjang waktu pengosongan lambung yang dapat menyebabkan mual setelah pembedahan. Pergerakan tiba- tiba, perubahan posisi setelah operasi, dan pasien ambulatori dapat menyebabkan

PONV terutama pasien yang masih mengonsumsi opioid. (Pierre & Rachel, 2012).

3. Masalah keperawatan resiko infeksi sebagai diagnosa ketiga muncul saat pengkajian tanggal 16 Juni 2022, muncul data-data yang mendukung yaitu: resiko infeksi b/d Faktor resiko: Efek prosedur invansif, penyakit kronis DM dengan ditandai terdapat luka bekas operasi kurang lebih 10cm tertutup kassa, terpasang T- drain, Redon-drain, terpasang folley catheter.

Laparotomi merupakan pembedahan perut sampai membuka selaput perut. Resiko infeksi merupakan proses yang terjadi ketika mikroorganisme dari kulit, bagian tubuh lain atau lingkungan masuk ke dalam insisi yang ditandai dengan adanya pus, inflamasi, bengkak, nyeri, dan rasa panas. Hubungan resiko infeksi dengan laparatomi yaitu ketika sayatan pada operasi laparatomi menimbulkan luka yang berukuran besar dan dalam, sehingga membutuhkan waktu yang lama untuk penyembuhan dan perawatan berkelanjutan. Sehingga luka pada dinding abdominal beresiko untuk terjadinya infeksi, terutama infeksi luka operasi paska pembedahan. (badan litbangkes, kementerian kesehatan RI, 2019)

4. Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar gula darah b/d disfungsi pankreas muncul saat pengkajian tanggal 16 Juni 2022, muncul data-data yang mendukung yaitu: lemas, GDS: 265 mg/dl, HBAIC: 7,3 badan lemas.

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit dengan kadar glukosa darah yang melebihi batas normal, yaitu kadar gula darah sewaktu sama atau lebih dari 200 mg/dl dan kadar gula darah puasa lebih dari 126 mg/dl. DM ini merupakan sekelempok kelainan dari heterogen yang ditandai dengan

meningkatnya kadar glukosa dalam darah. DM merupakan kejadian dengan jumlah penderita semakin meningkat tiap tahunnya. Salah satu faktor pendukung menstabilkan gula darah adalah adanya pengetahuan yang baik mengenai diet Diabetes Melitus (Wahyuni & Hermawati, 2017).

4.3 Intervensi keperawatan

Pada tinjauan pustaka menurut Wilkinson (2016) dan pada perencanaan tindakan keperawatan pada Tn. M menggunakan kriteria yang mencapai pada pencapaian tujuan. Dalam intervensinya memandirikan pasien dan keluarga dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan, ketrampilan menangani masalah dan perubahan tingkah laku.

1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi) yang terdapat dalam SDKI D.0077 yang merupakan diagnosis keperawatan prioritas pada kasus post operasi batu CBD. Rencana tindakan yang dapat dilakukan yaitu monitor keluhan pasien tentang nyerinya dan efek samping penggunaan analgetik yang telah diberikan guna mengetahui kondisi nyeri yang dirasakan pasien, berikan terapi farmakologis (naropine 10mg/jam) untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) guna mengurangi faktor memperparah nyeri berhubungan dengan lingkungan nyaman pasien, merupakan obat anti nyeri golongan opioid yang bekerja dengan cara memblokir sinyal rasa sakit pada sel saraf yang menuju otak. Ropivocaine adalah obat spinal anestesi yang onset kerjanya serupa dengan menghasilkan efek yang mirip dengan anestesi lokal lainnya melalui penghambatan reversible. Ropivocaine dapat digunakan anestesi epidural,

subarachnoid, blok pleksus brakialis, blok supra, intracavicular, blok intercosta, interskalenus, retrobulber, dan pengelolaan nyeri akut/ kronis. (Satoto, Wisnu & Eri, 2014). anjurkan memonitor nyeri secara mandiri dengan gerakan bertahap. Kriteria hasil yang ingin dicapai antara lain keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun.

Manajemen nyeri merupakan mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Pada kasus ini manajemen nyeri farmakologis yang digunakan dengan memberikan obat analgetik karena nyeri yang dirasakan pasien berskala 5 dimana termasuk dalam kategori nyeri sedang akibat post operasi.

2. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologi. Rencana tindakan yang dapat dilakukan yaitu identifikasi dampak mual, monitoring durasi dan frekuensi mual, berikan makan dalam jumlah kecil dan menarik, kolaborasi untuk pemberian terapi farmakologi antiemetik, obat ini bekerja dengan cara mengurangi hiperaktifitas, mengurangi respon lokal terhadap stimulus yang dikirim ke medula guna memicu terjadinya muntah, untuk menghambat CTZ (*chemoreceptor trigger zone*) secara langsung atau menekan pusat muntah. dengan kriteria hasil yang ingin dicapai antara lain keluhan mual menurun, nafsu makan meningkat. Manajemen nausea ini dipilih penulis sebagai intervensi mual. Tujuan yang bisa didapatkan dari pasien yaitu: pasien tidak mual, pasien tidak muntah, nafsu makan meningkat
3. Resiko infeksi b/d Faktor resiko: Efek prosedur invansif (D.0143)

Rencana tindakan yang akan dilakukan monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik, menganjurkan pasien agar menjaga kebersihan lukanya, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik.

Manajemen infeksi merupakan pilihan penulis dalam kasus ini sehingga tercapainya kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak nyaman berkurang, leukosit dalam batas normal.

4. Ketidakstabilan kadar gula darah b/d disfungsi pankreas. (D. 0027) rencana tindakan yang akan dilakukan identifikasi penyebab hiperglikemia, monitor intake dan output, berikan diit sesuai intruksi dokter, ajarkan pengelolaan diabetes. didapatkan dari pasien yaitu kriteria hasil: pasien bisa mengontrol Kadar glukosa darah membaik atau dalam batas normal, tidak lelah/lesu menurun.

4.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

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. M yang sebenarnya.

1. Pada hari pertama hingga hari ketiga dilakukan tindakan keperawatan yaitu memonitor keluhan pasien tentang nyerinya dan efek samping penggunaan analgetik (naropine 7mg/jam) naropine dapat bekerja sebagai pereda nyeri merupakan obat anti nyeri golongan opioid yang bekerja dengan cara memblokir sinyal rasa sakit pada sel saraf yang menuju otak. Ropivocaine

Ropivocaine adalah obat spinal anestesi yang onset kerjanya serupa dengan menghasilkan efek yang mirip dengan anestesi lokal lainnya melalui penghambatan reversible. Ropivocaine dapat digunakan anestesi epidural, subarachnoid, blok pleksus brakialis, blok supra, intracavicular, blok intercosta, interskalenus, retrobulber, dan pengelolaan nyeri akut/ kronis. (Satoto, Wisnu & Eri, 2014) yang telah diberikan guna mengetahui kondisi nyeri yang dirasakan pasien, untuk mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) guna mengurangi faktor memperparah nyeri berhubungan dengan lingkungan nyaman pasien. Sehingga didapatkan hasil evaluasi selama tiga hari telah dilakukan implementasi sesuai intervensi yaitu:

Pada hari pertama, didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn.M sebagai berikut : Data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, P: luka post operasi, Q: disayat-sayat, R: Di perut kanan atas S: Skala 5 (skala 1-10), T: terus menerus, Data objektif : Keluhan nyeri tetap, ekspresi menyeringai, masih terpasang obat naropine pump 10mg/jam, sikap protektif masih.TD: 140/ 90mmHg, N: 108 x/menit, S: 36,80C, RR: 20 x/menit, SpO2: 96% Masalah keperawatan pada diagnosa ini belum teratasi, intervensi diagnosa nomor 1-4 dilanjutkan.

Pada hari kedua, hasil evaluasi yang didapatkan yaitu data subjektif Tn. M masih mengeluh nyeri luka bekas operasi dengan data yang didapat P : luka bekas post op, Q : disayat-sayat, R : perut kanan atas, S: Skala 5 (skala 1-10), T : Saat dibuat gerak, Data objektif : Keluhan nyeri tetap, ekspresi menyeringai tetap, bila digerakkan nyeri akan bertambah, sikap protektif

masih, masih terpasang naropin pump 7mg/jam TD: 150/88 mmHg, N: 112 x/menit, S: 36,50C, RR: 20 x/menit, SpO2: 97%, CRT:< 2 detik. Masalah keperawatan teratasi sebagian, intervensi nomor 1 dan 2 dilanjutkan.

Pada hari ketiga, hasil evaluasi yang didapatkan yaitu data subjektif Tn. M masih mengeluh nyeri di pada perut kanan atas bekas luka operasi P : luka bekas operasi, Q : disayat-sayat, R : perut kanan atas, S: Skala 4 (skala 1-10), T : bila dibuat berubah posisi Data objektif : Keluhan nyeri tetap, ekspresi menyeringai, nyeri akan bertambah bila digerakkan, sikap protektif masih, terpasang naropin dosis 3mg/jam, Pada kasus ini manajemen nyeri farmakologis yang digunakan dengan memberikan obat analgetik karena nyeri yang dirasakan pasien berskala 4 dimana termasuk dalam kategori nyeri sedang akibat post operasi. TD: 130/90 mmHg, N: 104x/menit, S: 36,40C, RR: 20 x/menit, SpO2: 96%, CRT:< 2 detik. Masalah keperawatan teratasi sebagian, intervensi nomor 1 dan 2 dilanjutkan

1. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologi (D. 0076) ditandai dengan mual.

Pada hari pertama hingga hari ketiga dilakukan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi dampak mual, memonitor durasi dan frekuensi mual, pasien hanya dibolehkan minum sedikit-sedikit (post operasi), menolong pasien muntah lendir 200cc, memberikan terapi farmakologi anti emetik. obat ini bekerja dengan cara mengurangi hiperaktifitas, mengurangi respon lokal terhadap stimulus yang dikirim ke medula guna memicu terjadinya muntah, untuk menghambat CTZ (*chemoreceptor trigger zone*) secara langsung atau menekan pusat muntah.

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: data subyektif pasien mengatakan masih mual. Data obyektif mual, muntah lendir 200cc, hanya minum sedikit-sedikit. Masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-4 dilanjutkan.

Pada hari kedua penulis mendapatkan hasil evaluasi pada Tn. M dengan data subyektif: pasien mengatakan mual. Data obyektif: mual, muntah, tidak selera makan, makan habis 2 sendok saja. masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-4 dilanjutkan.

Pada hari ke tiga didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: pasien mengatakan masih mual. Data subyektif mual, merasa ingin muntah, tidak selera makan , makan habis 3 sendok. Masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-4 dilanjutkan.

2. Resiko infeksi ditandai dengan faktor resiko: efek prosedur invansif, penyakit kronis (DM). (D 0142)

Pada hari pertama hingga ketiga dilakukan tindakan keperawatan yaitu monitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik, anjurkan pasien agar menjaga kondisi luka agar tetap bersih, memberikan terapi farmakologi injeksi cebactam 1gr intra vena. Cara kerja obat antibiotik cebactam yaitu menghambat pembentukan sel bakteri.

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: data subyektif : luka masih tertutup kassa, data obyektif: luka tertutup kassa, bersih, mrembes (-), terpasang T-drain dan Redon- drain . masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-5 dilanjutkan.

Pada hari kedua, hasil evaluasi didapatkan yaitu: data subyektif: pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi tertutup kassa. Data obyektif: luka tertutup kassa, mrembes (-) ,terpasang T-drain dan Redon- drain. . masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-5 dilanjutkan.

Pada hari ketiga, hasil evaluasi didapatkan yaitu : data subyektif : pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi tertutup kassa. Data obyektif: luka tertutup kassa, mrembes(-), terpasang T-drain dan Redon- drain. . masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-5 dilanjutkan.

3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah ditandai dengan disfungsi pankreas (D. 0027)

Pada hari pertama hingga hari ketiga dilakukan tindakan keperawatan yaitu Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia, monitor intake dan output, menganjurkan pasien dan keluarga agar mengikuti diit dari RS. Memberi edukasi tentang gejala hiperglikemia dan cara pemberian diit pada pasien DM. Melakukan cek GDS post operasi: 265 mg/dl

Pada hari pertama didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: data subyektif: pasien mengatakan badan masih lemas. Data obyektif: badan lemah, GDS post operasi: 265 mg/dl masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-4 dilanjutkan.

Pada hari kedua didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: data subyektif: pasien mengatakan badan masih lemas. Data obyektif: badan lemah, GDS pagi 281 mg/dl, terapi obat trajenta 5mg 1-0-0. GDS post operasi: 265 mg/dl masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-4 dilanjutkan.

Pada hari ketiga didapatkan hasil evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. M sebagai berikut: data subyektif: pasien mengatakan badan masih lemas. Data obyektif: badan lemah, GDS pagi 275 mg/dl terapi obat trajenta 5mg 1-0-0. masalah keperawatan belum teratasi intervensi 1-4 dilanjutkan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi explorasi batu CBD *cholesistectomy* di Ruang Pav 3 RS. Darmo Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Simpulan

Mengacu pada hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien post operasi explorasi batu CBD *cholesistectomy* maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pada pasien dengan diagnosa post operasi batu CBD *cholesistectomy* di Ruang Pav 3 RS. Darmo Surabaya, didapatkan pasien mengeluh nyeri pada dibagian perut kanan atas bekas operasi dengan skala nyeri 5 nyeri seperti disayat-sayat, terus- menerus, pasien menyeringai, terpasang anti nyeri golongan opioid
2. Diagnosa yang muncul pada pasien dengan diagnosa post operasi batu CBD *cholesistectomy* di Ruang Pav 3 RS. Darmo Surabaya yaitu 1) nyeri akut berhubungan dengan agen pecidera fisik (prosedur operasi), 2) Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologi, 3) Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invansif penyakit kronis (DM), 4) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas.
3. Perencanaan disesuaikan dengan pada pasien diagnosa keperawatan yang ditemukan. Beberapa tindakan keperawatan pada pasien dengan post operasi difokuskan pada nyeri, resiko infeksi, ktidakstabilan kadar gula darah maka

tindakan keperawatan adalah Identifikasi tanda dan gejala hiperglikemia, Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, Berikan diet rendah gula, Ajarkan pasien dan keluarga cara memonitor gula darah, Tindakan keperawatan padapasien dengan masalah keperawatan nyeri akut maka tindakan keperawatan adalah Identifikasi skala nyeri, Identifikasi skala nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Berikan teknik nonfarmakologis relaksasi distrasi, Jelaskan penyebab, pemicu nyeri. Tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah resiko infeksi maka tindakan keperawatan adalah Monitor tanda-tanda infeksi, Monitor karakteristik luka, Anjurkan minum air yang cukup, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, Tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan nausea maka tindakan keperawatan adalah Monitor dampak mual, monitor durasi/ frekuensi mual, berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, berikan terapi farmakologi, anjurkan pasien makan yang tinggi protein, rendah lemak, rendah gula.

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa medis post operasi explorasi batu CBD *cholesistectomy* di Ruang Pav 3 RS. Darmo Surabaya. Untuk mengani masalah keperawatan yaitu memberikan teknik manajemen nyeri relaksasi, kaji penyebab nyeri dan skala nyeri, monitor tanda tanda infeksi, berikan perawatan luka steril, pastikan kassa masih bersih.
5. Evaluasi keperawatan pada tanggal 18 Juni 2020, pada masalah nyeri akut didapatkan nyeri berkurang dengan skala 4 (1-10), nyeri bila dibuat gerak,

obat opioid dosis turun 3mg/ jam, tidak terdapat tanda tanda infeksi, gula darah belum stabil, masih belum ada selera makan.

5.2 Saran

Sesuai dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan pasien dengan diagnosa medis post operasi *cholesistektomy* seperti melakukan *hand hygiene* untuk mencegah infeksi pada luka operasi.
2. Rumah sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Mengadakan pelatihan internal yang diikuti oleh perawat khususnya semua perawat ruang Pav 3 RS. Darmo Surabaya mengenai perawatan pasien dengan diagnosa medis post operasi *cholesistektomy*.
3. Perawat ruang Pav 3 RS Darmo Surabaya hendaknya lebih meningkatkan pengetahuan serta skill dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post operasi *cholesistektomy*.
4. Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu sumber data dan untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada pasien dengan diagnosa medis post operasi *cholesistektomy*.

DAFTAR PUSTAKA

- Afrian Nian, N. 2015. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Gastrointestinal. Jakarta: TIM
- Bararah, T dan Jauhar, M. 2013. *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta : Prestasi Pustakaraya.
- Brunner & suddart (2013). Buku ajar keperawatan medikal bedah. Jakarta: EGC.
- Cahyono. 2014. Cara ampuh mencegah penyakit infeksi. Yogyakarta: nuha medika.
- Corwin. 2014. Diagnosis keperawatan devinisi dan klasifikasi. Jakarta: EGC.
- Chous, dkk. 2016. Nyeri pasca operasi dalam beberapa dekade. Jakarta: EGC.
- Haryono. 2012. Strategi intervensi dalam implementasi. Jakarta: EGC.
- Current Diagnosis *dan treatment surgery . Biliary Tract. 13th ed. United Stated: Mc Graw Hill Companies*; 2013. Irvan, I., Febyan, F. & Suparto, S. Sepsis dan Tata Laksana Berdasar Guideline.
- Delaney. Conor p. Laparoscopy and open cholesistectomy. Netter's surgical anatomy and Approach. Elsevier saunders. 2014.*
- Diyono, Mulyanti, 2013. Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan.
- Dilengkapi Contoh Studi Kasus Dengan Aplikasi Nanda Nic NocDoherty GM. Terbaru. JAI (Jurnal Anestesiologi. Indones. 10, 62 (2018).
- Hunter, D, et al. 2014. *Galbladder and extrahepatic Biliary system. Schwartz's Principles of surgery.*
- Mujahidin. 2021. Identifikasi respon nyeri tahun 2017. Masker medika.
- Muttaqin, Arif & Kumala Sari. (2013). Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: Salemba Medika.
- Nugraha et al. 2017. Jurnal ilmu kesehatan vol 8, no 2 2020. Yogyakarta: pustaka pengajar.
- Nursalam. 2013. Metodologi penelitian ilmu keperawatan praktis. Edisi 3 keperawatan. Jakarta: salemba medika.
- Rizky, N., & Dessy, A. (2018). Hubungan Peningkatan IMT Dengan Kejadian Kolelitiasis. Jurnal Kesehatan Saintika Meditory Jurnal Kesehatan Saintika Meditory, 2, 79–88. Retrieved from <http://jurnal.syedzasaintika.ac.id/index.php/meditory/article/view/244>

- Rohmah Nikmatur & Saiful. (2012). *Proses Keperawatan Teori & Aplikasi*. Jogjakarta : Media.
- Rustianawati, karyati & himawan.2013. Jakarta: EGC.
- Saferi Wijaya, A., & Mariza Putri, Y. (2013). *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah (1st ed.)*.
- Samsuhidajat. 2012. *Buku ajar ilmu bedah edisi kedokteran*: EGC.
- Smelzer , Bare. 2012. *Buku ajar keperawatan medikal bedah brunner & suddart (edisi 8 vol 1,2)*. Jakarta: EGC.
- Suratun & lusianah. 2021. *Prosedur keperawatan*. Jakarta: Trans info medika.
- Tim Pokja SDKI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia - Definisi dan Indikator Diagnostik - Edisi 1*. In PPNI. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).
- Tim pokja SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia ed. 1 cetakan II PPNI Jawa Timur*.In PPNI. Mojokerto: PPNI.
- Tim Pokja SLKI. (2018). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia*. In PPNI. Jakarta Selatan.
- Wilkison. 2016. *Diagnosis keperawatan Edisi 10*. Jakarta: EGC.

Lampiran 1 Motto dan Persembahan

MOTTO

**GAGAL ITU URUSAN NANTI YANG PENTING KITA BERANI UNTUK
“MENCOBA”**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Allah Swt, saya persembahkan karya kecilku ini untuk :

1. Terimakasih kepada Allah Swt yang telah memberikan saya nikmat kesehatan, kemudahan, dan kelancaran selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Terimakasih kepada Ayah dan (almh) mama saya yang telah memberikan restu dan doa dan dukungan saat beliau masih hidup kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan tepat waktu.
3. Terima kasih kepada suami saya yang selalu meluangkan waktunya untuk mengurus anak- anak disaat saya ada praktik profesi.
4. Terimakasih kepada ibu christina yang telah membimbing saya dengan penuh kesabaran dan memberikan seluruh ilmu serta waktunya kepada saya dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Terimakasih kepada teman – teman profesi angkatan B-12 yang saling memberikan support dan dukungan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.

Lampiran 2 SOP Perawatan Luka Operasi

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

 STIKES HANG TUAH SURABAYA	PERAWATAN LUKA OPERASI		
	No. Dokumen SOP/18/2021	No. Revisi 0	Halaman 1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal terbit : 18 Juni 2022	Di Tetapkan Program Studi Pendidikan Profesi Ners	
PENGERTIAN	Membersihkan luka, mengobati luka, dan menutup kembali luka dengan tehnik steril.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk membersihkan luka 2. Mencegah masuknya kuman dan kotoran kedalam luka 3. Memberikan pengobatan pada luka 4. Memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien 5. Mengevaluasi tingkat kesembuhan luka 		
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. luka baru maupun luka lama 2. luka post operasi 3. Luka bersih, luka kotor 		
PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beritahu pasien / keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan 2. Pasien disiapkan sesuai dengan kebutuhan tindakan di atas brankard 3. Atur posisi pasien 		
PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seperangkat set perawatan luka steril 2. Sarung tangan steril 3. Pinset 3 (2 anatomis, 1 sirurgis) 4. Gunting (menyesuaikan kondisi luka) 		

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Balutan kassa dan kassa steril 6. Kom untuk larutan antiseptic/larutan pembersih 7. Salep antiseptic (bila diperlukan) 8. Kasa 9. Larutan pembersih yang diresepkan (garam fisiologis, betadin,) 10. Gunting perban / plester 11. Sarung tangan sekali pakai 12. Plester, pengikat, atau balutan sesuai kebutuhan 13. Bengkok 14. Perlak pengalas/ underpad 15. Kantong untuk sampah 16. Troli / meja dorong
<p>PROSEDUR</p>	<p>Mengganti Balutan Kering</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tahap pre interaksi <ol style="list-style-type: none"> a. Membaca catatan perawat untuk rencana perawatan luka b. Mencuci tangan c. Menyiapkan alat 2. Tahap orientasi <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan salam, memanggil klien dengan namanya b. Menjelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien / keluarga 3. Tahap kerja <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai b. Susun semua peralatan yang diperlukan di troly dekat pasien (jangan membuka peralatan steril dulu) c. Letakkan bengkok di dekat pasien d. Jaga privasi pasien, dengan menutup tirai yang ada di sekitar pasien, serta pintu dan jendela

	<ul style="list-style-type: none"> e. Mengatur posisi klien, instruksikan pada klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril f. Mencuci tangan secara seksama. g. Pasang perlak pengalas h. Gunakan sarung tangan bersih sekali pakai dan lepaskan plester, ikatan atau balutan dengan pinset i. Lepaskan plester dengan melepaskan ujung dan menariknya dengan perlahan, sejajar pada kulit dan mengarah pada balutan. Jika masih terdapat plester pada kulit, bersihkan dengan kapas larutan NaCl j. Dengan sarung tangan atau pinset, angkat balutan, pertahankan permukaan kotor jauh dari penglihatan klien k. Jika balutan lengket pada luka, lepaskan dengan memberikan larutan steril / NaCl l. Observasi karakter dan jumlah drainase pada balutan, Buang balutan kotor pada bengkok, Lepas sarung tangan dan buang pada bengkok m. Buka bak instrument steril n. Siapkan larutan yang akan digunakan o. Kenakan sarung tangan steril, Inspeksi luka p. Bersihkan luka dengan larutan antiseptic yang diresepkan atau larutan garam fisiologis q. Pegang kassa yang dibasahi larutan tersebut dengan pinset steril, Gunakan satu kassa untuk satu kali usapan, Bersihkan dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi, Gerakan dengan tekanan progresif menjauh dari insisi atau tepi luka r. Gunakan kassa baru untuk mengeringkan luka atau insisi. Usap dengan cara seperti di atas s. Berikan salep antiseptic bila dipesankan / diresepkan, gunakan tehnik seperti langkah pembersihan t. Pasang kassa steril kering pada insisi atau luka u. Gunakan plester di atas balutan, fiksasi dengan ikatan atau balutan v. Lepaskan sarung tangan dan buang pada tempatnya w. Bantu klien pada posisi yang nyaman
--	--

	<ul style="list-style-type: none">4. Tahap Terminasi<ul style="list-style-type: none">a. Mengevaluasi perasaan klienb. Menyimpulkan hasil kegiatanc. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnyad. Mengakhiri kegiatane. Mencuci dan membereskan alatf. Mencuci tangan5. Dokumentasi<ul style="list-style-type: none">a. Mencatat tanggal dan jam perawatan lukab. Mencatat Kondisi luka
--	--