

**KARYA ILMIAH AKHIR**  
**ASUHAN KEPERAWATAN MEDICAL BEDAH PADA T.N.E DENGAN**  
**DIAGNOSA MEDIS KOLELITIASIS DI RUANG BI RSPAL**  
**DR.RAMELAN SURABAYA**



**OLEH :**

**PUTRI AYU SULISTYOWATI**

**NIM.2130010**

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

**2022**

**KARYA ILMIAH AKHIR**  
**ASUHAN KEPERAWATAN MEDICAL BEDAH PADA T.N.E DENGAN**  
**DIAGNOSA MEDIS KOLELITIASIS DI RUANG BI RSPAL**  
**DR.RAMELAN SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**  
**Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**OLEH :**

**PUTRI AYU SULISTYOWATI**

**NIM.2130010**

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

## HALAMAN PERNYATAAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Putri Ayu Sulistyowati

Nim : 2130010

Tanggal Lahir : 21 Oktober 1997

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Medical Bedah Pada Tn.E Dengan Diagnosa Kolelitiasis Di Ruang BI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya “. Saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 08 Juli 2022

Penulis



Putri Ayu Sulistyowati

NIM.2130010

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Putri Ayu Sulistyowati

NIM : 2130010

Program Studi : Profesi Ners

Judul :Asuhan Keperawatan Medical Bedah Pada Tn.E Dengan  
Diagnosa Medis Kolelitiasis Di Ruang BI RSPAL Dr.Ramelan  
Surabaya.

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat  
menyetujui bahwa Karya Ilmiah Akhir ini diajukan dalam sidang guna memenuhi  
sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

**NERS (Ns.)**

**Surabaya, 08 Juli 2022**

**Pembimbing Institusi**

**Pembimbing Ruangan**



**Nisha Dharmayanti Rinarto.S.Kep.,Ns M.Si**  
NIP.03045

**Nur Khamdanah, S.Kep., Ns**  
NIP.IV/A 196709271989022002

**Mengetahui,**

**STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners**

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns.M.Kep**  
NIP.03.007

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Putri Ayu Sulistyowati  
NIM : 2130010  
Program studi : Profesi Ners  
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.E Dengan  
Diagnosa Medis Kolelitiasis Di Ruang BI RSPAL Dr.Ramelan  
Surabaya.

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

**Penguji Ketua** : Diyah Arini., S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 03003



**Penguji I** : Nisha Dharmayanti R, S.Kep.,Ns.,M.Si  
NIP. 03045



**Penguji II** : Nur Khamdanah.,S.Kep.,Ns  
NIP.IV/A 196709271989022002



**Mengetahui,**

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

**Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns,M.Kep**  
**NIP.03.007**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 08 Juli 2022

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur Saya panjatkan atas kehendak dan ridho Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan segala hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Imiah Akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.E Dengan Diagnosa Medis Kolelitiasis Di Ruang BI RSAL DR.Ramelan Surabaya” sesuai waktu yang telah ditentukan.

Penyusunan karya ilmiah akhir ini digunakan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar NERS (Ns) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam penyusunan Karya Imiah Akhir ini, penulis memperoleh banyak bimbingan dan bantuan dari para pembimbing serta semua pihak yang ikut membantu dalam penyelesaiannya. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis perkenakan menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat :

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa Profesi Ners.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Profesi Ners.
3. Ibu Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns,M.Kep selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan meyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners dan selaku Ketua penguji terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
4. Ibu Diyah Arini., S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku ketua penguji terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
5. Ibu Nisha Dharmayanti Rinarto., S.Kep.,Ns.,M.Si selaku pembimbing dan penguji 1 yang telah meluangkan waktu dan tenaga dalam memberikan arahan dan bimbingan dengan penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.

6. Ibu Nur Khamdanah.,S.Kep.,Ns selaku penguji II terima kasih atas segala arahnya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
7. Ibu Nadia Okhtiary, A.md selaku kepala perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses penyusunan karya ilmiah akhir.
9. Ibu, Ayah dan Adik saya tercinta beserta keluarga besar yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat bagi saya.
10. Teman-teman sealmamater di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.
11. Serta semua pihak yang tidak mungkin disebutkan satu persatu atas dukungan dan bantuan telah diberikan.

Semoga Allah membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan dan motivasi kepada peneliti dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan sebaik-baiknya, namun penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini. Penulis berharap karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak terutama masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 08 Juli 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR] ISI</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>x</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Penulisan .....	4
1.4.1 Akademisi .....	4
1.4.2 Praktisi .....	4
1.5 Metode Penulisan .....	5
1.5.1 Metode .....	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	5
1.5.3 Sumber Data .....	5
1.5.4 Sistematika Penulisan .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
2.1 Konsep Penyakit Kolelitiasis .....	7
2.1.1 Anatomi .....	7
2.1.2 Definisi Kolelitiasis .....	11
2.1.3 Etiologi Kolelitiasis .....	12
2.1.4 Patofisiologi .....	14
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	15
2.1.6 Klasifikasi .....	16
2.1.7 Komplikasi .....	17
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang .....	17
2.1.9 Penatalaksanaan .....	19
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	21
2.2.1 Konsep Keperawatan Pre Op .....	21
2.2.1.1 Pengkajian .....	21
2.2.1.2 Diagnosa Keperawatan Pre Op .....	27
2.2.2 Konsep Keperawatan Post Op .....	27
2.2.2.1 Pengkajian .....	27
2.2.2.2 Diagnosa Keperawatan Post Op .....	35
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	36
2.2.4 Implementasi .....	40
2.2.5 Evaluasi .....	40
2.3 WOC .....	41

<b>BAB 3</b>	<b>TINJAUAN KASUS</b>	<b>42</b>
3.1	Pengkajian	42
3.1.1	Data Umum	42
3.1.2	Riwayat Sakit dan Kesehatan	42
3.1.3	Pemeriksaan Fisik	44
3.1.4	Pemeriksaan Penunjang	47
3.1.5	Terapi Medis	48
3.2	Diagnosa Keperawatan	48
3.3	Analisa Data	50
3.4	Prioritras Masalah	51
3.5	Rencana Keperawatan	52
3.6	Implementasi dan Evaluasi	55
<b>BAB 4</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	<b>69</b>
4.1	Pengkajian Keperawatan	69
4.1.1	Data Umum	69
4.1.2	Riwayat Sakit dan Kesehatan	70
4.1.3	Pemeriksaan Fisik	70
4.2	Diagnosa Keperawatan	73
4.3	Intervensi Keperawatan	74
4.4	Implementasi Keperawatan	76
4.5	Evaluasi	78
<b>BAB 5</b>	<b>PENUTUP</b>	<b>81</b>
5.1	Kesimpulan	81
5.2	Saran	83
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		<b>84</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel	2.1	Intervensi Keperawatan Pada Tn.E	36
Tabel	3.1	Hasil Laboratorium Tn. E	47
Tabel	3.2	Hasil Radiologi Tn. E	48
Tabel	3.3	Lembar Pemberian Obat Tn. E	48
Tabel	3.4	Analisa Data Pada Tn.E	50
Tabel	3.5	Prioritas Masalah Pada Tn. E	51
Tabel	3.6	Rencana Keperawatan Pada Tn. E	52
Tabel	3.7	Implementasi Pada Tn. E	55

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Kandung Empedu.....	9
Gambar 2.2 WOC Kolelitiasis Pre Op dan Post Op Pada Pasien Kolelitiasis.....	41

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae.....	86
Lampiran 2 Motto dan Pembahasan.....	87
Lampiran 3 SOP Pemberian Obat Intravena.....	89
Lampiran 4 SOP Teknik Relaksasi.....	92

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kolelitiasis merupakan endapan dari komponen empedu yang mengeras dan membentuk batu, kolelitiasis dapat ditemukan didalam kandung empedu atau didalam saluran empedu, memiliki bentuk dan ukuran yang bervariasi mulai dari butiran pasir hingga sebesar bola golf (Sjmsuhidajat, 2010). Pasien kolelithiasis dapat dibedakan menjadi beberapa kategori, yaitu pasien dengan batu asimtomatik, simptomatik dan komplikasi kolelithiasis (kolesistitis akut, ikterus, kolangitis, dan pankreatitis) (Lesmana., 2009). Lebih dari 80% kolelithiasis bersifat asimptomatis dan kebanyakan penderita kolelithiasis tidak merasakan adanya nyeri maupun komplikasi selama beberapa dekade. Sekitar 1-4% pasien asimtomatik dapat berkembang menjadi simptomatik dalam 1 tahun. Kolelitiasis sering ditemukan tanpa sengaja pada saat pemeriksaan USG, seseorang dengan kolelitiasis asimptomatik dapat berkembang menjadi kolelitiasis simptomatik, tetapi resiko yang muncul sangatlah kecil (LM & Shaffer, 2012). Walaupun demikian jika kolelitiasis mulai menimbulkan gejala nyeri yang spesifik maka resiko untuk mengalami masalah dan komplikasi akan terus meningkat (Lesmans, 2009).

Angka kejadian kolelitiasis bervariasi sesuai dengan daerahnya masing – masing. Data WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2017 menyatakan bahwa jumlah penderita kolelitiasis sebesar 11,7%, di negara barat prevalensi penyakit kolelitiasis berkisar antara 10-15% sedangkan prevalensi di negara Asia berkisar 3-15% lebih rendah dibandingkan negara barat. Kasus kolelitiasis di

Indonesia kurang mendapat perhatian karena sering sekali asimtomatik sehingga sulit di deteksi. Dalam penelitian yang dilakukan Putu Eka Dianti Putri (2018) di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya didapatkan hasil pasien penderita kolelitiasis berjumlah 61 orang (59%). Data pada bulan januari – juni 2022 terdapat 93 jumlah kasus Kolelitiasis di ruang B1 RSAL Dr.Ramelan Surabaya. Angka kejadian masalah keperawatan pada pasien rawat inap yang berada di ruang B1 tersebut ditemukan terbanyak memiliki masalah keperawatan mual, posisi kedua disusul oleh muntah, dan ketiga ditempati oleh nyeri akut.

Kolesistitis merupakan suatu peradangan pada kandung empedu. Terjadinya kolesistitis, berhubungan dengan adanya inflamasi yang dikarenakan oleh adanya obstruksi dari duktus sistikus atau dalam infundibulum yang disebabkan oleh batu empedu. Nyeri perut kuadran kanan atas yang tajam dan konstan merupakan gejala umum yang terjadi pada pasien kolesistitis akut, nyeri tersebut dapat berupa serangan akut atau terjadi dengan didahului suatu perasaan tidak nyaman pada daerah epigastrium setelah makan. Nyeri ini dapat bertambah berat pada saat inspirasi dan dapat menjalar hingga ke punggung dan scapula, disertai dengan adanya keluhan lain seperti mual, muntah dan penurunan nafsu makan. Pada pemeriksaan fisik dapat kita temukan adanya nyeri tekan pada daerah perut kuadran kanan atas yang disebut dengan “Murphy sign”. (Beat, 2008; Kumar et al., 2010).

Untuk penatalaksananya, nyeri yang hilang-timbul bisa dihindari atau dikurangi dengan menghindari atau mengurangi makanan berlemak (Sjmsuhidajat, 2010). Jika batu kandung empedu menyebabkan serangan nyeri berulang meskipun telah dilakukan perubahan pola makan, maka dianjurkan untuk

menjalani pengangkatan kandung empedu (kolesistektomi). Pengangkatan kandung empedu tidak menyebabkan kekurangan zat gizi dan setelah pembedahan tidak perlu dilakukan pembatasan makanan. Kolesistektomi merupakan terapi definitif pada pasien dengan kolesistitis akut.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan pada pasien dengan Kolelitiasis maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Kolelitiasis dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien Tn. E dengan diagnosis medis Kolelitiasis di ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi dan memberikan asuhan keperawatan pada pasien Tn. E dengan diagnosis medis Kolelitiasis di ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada pasien Tn.E dengan diagnosis medis Kolelitiasis di ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menegakkan diagnosa keperawatan pada Tn.E dengan diagnosis medis Kolelitiasis di ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan pasien Tn. E dengan Kolelitiasis di ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. E dengan diagnosis medis Kolelitiasis di ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. E dengan diagnosis Kolelitiasis di Ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn. E dengan diagnosa medis Kolelitiasis di Ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

#### **1.4 Manfaat Penulisan**

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

##### **1.4.1 Akademisi**

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada Tn. E dengan diagnosis medis Kolelitiasis di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

##### **1.4.2 Praktisi**

###### **1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit**

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Kolelitiasis dengan baik.

###### **2. Bagi Penulis Selanjutnya**

Hasil penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan Karya Ilmiah Akhir pada asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis Kolelitiasis.

### **3. Bagi Profesi Kesehatan**

Hasil karya tulis ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Kolelitiasis.

#### **1.5 Metode Penulisan**

##### **1.5.1 Metode**

Metode yang digunakan dalam Karya Ilmiah Akhir ini adalah deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Kolelitiasis melalui pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan hingga evaluasi keperawatan.

##### **1.5.2 Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data dalam Karya Ilmiah Akhir ini diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, maupun tim kesehatan lain, kemudian observasi melalui pengamatan secara langsung dan melalui Pemeriksaan fisik, laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

##### **1.5.3 Sumber Data**

Penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini didapatkan data primer yang diperoleh dari pasien. Data sekunder didapatkan dari rekan pasien, catatan medis perawat, dan hasil pemeriksaan tim kesehatan lain meliputi dokter, perawat dan petugas radiologi. Studi kepustakaan melalui jurnal, *e-book*, serta beberapa sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas oleh penulis. Penulis mempelajari beberapa buku yang berhubungan dengan diagnosis medis

Kolelitiasis.

### **1.6 Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan dalam Karya Ilmiah Akhir ini, secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

1. Bagian awal

Memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar.

2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan Karya Ilmiah Akhir

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien Tn. E dengan diagnosis medis Kolelitiasis serta kerangka masalah.

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

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan serta menganalisa sesuai dengan penelitian/ literatur yang sesuai.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan diagnosa medis Kolelitiasis. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah – masalah yang muncul pada pasien dengan Kolelitiasis dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **2.1 Konsep Penyakit Kolelitiasis**

##### **2.1.1 Anatomi**

###### **1) Kandung empedu**

Vesica biliaris (fellea) merupakan suatu kantong berbentuk seperti buah pir yang berada pada fossa vesica biliaris di antara lobus hepatis dextra dan sinistra dengan panjang sekitar 7 – 10 cm dan kapasitas kurang lebih 30 ml (L.,Moore, 2014).

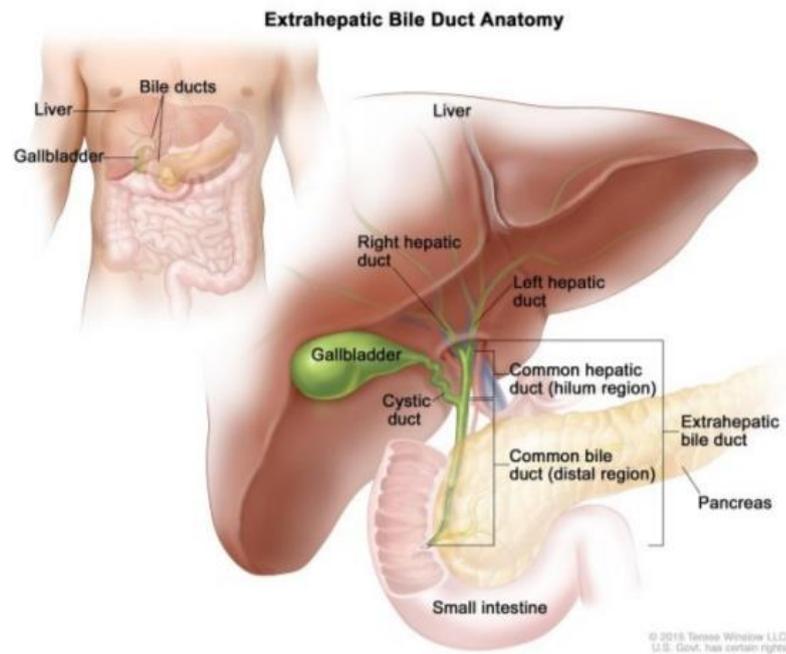
Permukaan dorumkital vesica biliaris ditutupi oleh peritoneum viscerale, dan permukaan ventral vesica biliaris melekat pada hepar. Peritoneum menyelubungi seluruh fundus dan memfiksasi corpus corpus vesica biliaris dan collum vesica biliaris pada hepar. Vesica biliaris dapat dibedakan menjadi 3 bagian yaitu fundus, corpus vesica biliaris, dan collum vesica billiaris. Collum vesica biliaris berjalan berkelok seperti huruf S dan berlanjut sebagai ductus cysticus. Mukosanya mempunyai lipatan yang berulir yang disebut dengan valvula vesica billiaris, mukosa ini berfungsi agar lumen ductus cysticus tetap terbuka sehingga

empedu dapat dengan mudah masuk ke vesica biliaris saat ujung distal ductus choledochus tertutup, ataupun keluar dari vesica biliaris untuk masuk ke duodenum saat vesica biliaris berkontraksi. (L.,Moore, 2014).

Sekresi dari empedu mula-mula dimulai dari adanya sekresi empedu oleh sel hepar ke ductulus biliaris yang berlanjut menjadi ductulus interlobularis. Ductulus biliaris yang menyatu akan membentuk ductus hepaticus dextra yang menyalurkan empedu dari lobus hepatis dextra dan ductus hepaticus sinistra yang menyalurkan empedu dari lobus hepatis sinistra, lobus caudatus dan sebagian besar lobus quadratus. Kedua ductus hepaticus akan menyatu menjadi ductus hepaticus communis dan nantinya akan bergabung dengan ductus cysticus, yang merupakan suatu saluran dengan panjang sekitar 4 cm yang menghubungkan collum vesica biliaris dengan ductus hepaticus communis, membentuk ductus choledochus (biliaris) yang akan menyalurkan empedu masuk ke dalam duodenum. (L, Moore et al., 2007; Albert et al., 2016).

Suplai darah untuk vesica biliaris, ductus choledochus dan ductus cysticus berasal dari arteri cystica, yang berasal dari ramus dextra arteri hepatica propria. Aliran darah dari saluran empedu dan collum vesica biliaris akan disalurkan menuju vena cystica. Vena cystica dapat berjalan langsung ke hati atau bergabung dengan vena porta hepatis. Aliran limfatik dari kandung empedu mengalir menuju ke hati dan menuju duktus sistika dan masuk ke dalam nodi lymphoidea hepatici, atau seringkali melalui nodus cysticus yang berada pada collum vesica biliaris. (Albert et al., 2016). Vesica biliaris diinervasi oleh cabang dari saraf simpatetik dan parasimpatetik, yang melalui plexus coeliacus. Saraf preganglionik simpatetik berasal dari T8 dan T9. Saraf postganglionik

simpatetik berasal dari plexus coliacus dan berjalan bersama dengan arteri hepatica dan vena porta hepatis menuju ke vesica billiaris. Dan saraf parasimpatetik untuk vesica billiaris berasal dari cabang nervus vagus (Welling & Simeone, 2009).



**Gambar 2.1** Gambar Anatomi Kandung Empedu (winslow, 2015).

## 2) Sekresi Empedu

Salah satu fungsi hati adalah untuk menyekresi empedu, dimana sekitar 600-1000 ml empedu disekresikan perhari. Empedu yang telah disekresikan nantinya akan disimpan sementara dalam kandng empedu, dan akan mengalami pemekatan sekitar 50 %.

Menurut (Albert & Andre Bredenoord, 2016) empedu memiliki dua fungsi penting, yaitu:

1. Empedu berperan penting dalam pencernaan dan absorpsi lemak, karena peran asam empedu yang membantu mengemulsikan partikel-partikel lemak

besar dalam makanan menjadi partikel yang lebih kecil dengan dibantu enzim lipase yang disekresi dalam getah pankreas. Asam empedu juga membantu transport dan absorpsi produk akhir lemak menuju dan melalui membran mukosa intestinal.

2. Empedu bekerja untuk mengekskresi beberapa produk buangan dari darah, antara lain bilirubin, yang merupakan produk akhir dari katabolisme hemoglobin, dan kolesterol yang berlebih.

Empedu disekresi secara terus-menerus oleh sel-sel hati, namun sebagian besar normalnya disimpan dalam kandung empedu hingga diperlukan di dalam duodenum. Volume maksimal dari empedu kira-kira sekitar 30 – 60 ml, namun kandung empedu dapat menampung sekresi dari empedu selama 12 jam atau sekitar 450 ml. Hal ini dikarenakan adanya absorpsi air, natrium, klorida dan beberapa elektrolit lainnya dari empedu secara terus-menerus melalui mukosa kandung empedu yang menyebabkan terjadinya pemekatan dari zat-zat lain yang tersisa di dalam empedu, seperti garam empedu, kolesterol, lesitin, dan bilirubin. (Guyton, 2014). Kandung empedu dapat memekatkan empedu sebanyak 5-10 kali dan mengurangi volume empedu hingga 80-90%. (Albert & Andre Bredenoord, 2016).

Komponen terbesar yang disekresikan dalam cairan empedu adalah garam empedu, bilirubin, kolesterol, lesitin dan beberapa elektrolit yang biasa terdapat pada plasma. Nantinya empedu akan mengalami pemekatan yang menyebabkan reabsorpsi air dan elektrolit dalam jumlah besar, sedangkan zat lain terutama garam empedu, zat-zat lemak kolesterol dan lesitin tidak direabsorpsi.

Dalam pembentukan empedu, garam empedu dibentuk dengan menggunakan kolesterol yang ada pada plasma darah. Umumnya kolesterol tidak dapat larut dalam air, namun dalam empedu, garam empedu dan lesitin bergabung dengan kolesterol membentuk misel dalam bentuk larutan koloid. Pada saat empedu menjadi pekat di dalam kandung empedu, maka garam empedu dan lesitin juga akan menjadi pekat bersama dengan kolesterol, sehingga kolesterol tetap dalam bentuk larutan. Namun pada kondisi abnormal, dapat terjadi pengendapan kolesterol pada dinding kandung empedu, menyebabkan terjadinya pembentukan batu empedu. Hal ini dapat disebabkan oleh adanya konsentrasi kolesterol yang berlebihan dalam jangka waktu yang lama. Selain itu adanya peradangan epitel kandung empedu dapat menyebabkan perubahan karakteristik absorpsi mukosa kandung empedu, yang memungkinkan terjadinya absorpsi berlebihan dari air dan elektrolit yang menyebabkan peningkatan konsentrasi kolesterol di kandung empedu secara progresif. Nantinya kolesterol akan mulai mengendap dan membentuk kristal kolesterol kecil pada permukaan mukosa yang radang dan lama-kelamaan akan membentuk batu empedu yang besar (Guyton, 2014).

### **2.1.2 Definisi Kolelitiasis**

Kolelitiasis adalah penyakit batu empedu yang dapat ditemukan dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu yang umumnya komposisi utamanya adalah kolesterol (Williams, 2003).

Kandung empedu adalah sebuah kantung terletak di bawah hati yang mengonsentrasikan dan menyimpan empedu sampai ia dilepaskan ke dalam usus. Kebanyakan batu duktus koledokus berasal dari batu kandung empedu, tetapi ada

juga yang terbentuk primer di dalam saluran empedu. 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 (Wibowo, 2009).

### **2.1.3 Etiologi Kolelitisis**

Faktor Resiko terjadinya batu empedu adalah sebagai berikut :

#### **1. Usia**

Umur seseorang menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya batu empedu. Penyakit batu empedu jarang terjadi pada usia kurang dari 20 tahun. Pada bayi dan anak-anak, batu yang paling umum terjadi adalah batu pigmen, dimana hal ini berhubungan dengan hemolysis atau penyakit kronis seperti kistik fibrosis, thalassemia mayor, dan anemia sel sabit. Risiko untuk terkena kolelithiasis sejalan dengan bertambahnya usia. Orang dengan usia >40 tahun cenderung menderita empedu 4-10 kali lebih berisiko dibanding dengan usia yang lebih muda (Shaffer, 2006).

#### **2. Jenis Kelamin**

Jenis kelamin merupakan faktor risiko yang berpengaruh untuk batu empedu, dimana wanita memiliki risiko 2 kali lipat terkena batu empedu dibandingkan dengan pria. Hal ini dikarenakan akibat hormone estrogen, yang berpengaruh terhadap peningkatan eksresi kolesterol oleh kantung empedu. Kehamilan juga ditemukan berhubungan dengan pembentukan batu empedu. Batu empedu lebih

sering ditemukan pada wanita-wanita multipara (paritas 4 atau lebih) (Reshetnyak, 2012)

### 3. Genetik

Analisis pasangan kembar dari The Swedish Twin Registry menunjukkan faktor genetik 25% merupakan faktor risiko terjadinya batu empedu. Dimana ABCG8 D19H genotipe heterozigot atau homozigot telah meningkatkan risiko terjadinya batu empedu secara signifikan. ABCG8 D19H dapat menyebabkan penyerapan kolesterol di usus rendah, meningkatkan kolesterol serum, dan sintesis kolesterol di hati tinggi, saturasi kolesterol empedu, dan resistensi insulin. Penelitian baru-baru ini didapatkan fakta bahwa, kerentanan seseorang terhadap terjadinya batu empedu dipengaruhi oleh Mucin gene polymorphisms atau FGFR4 polymorphism. The mucin-like protocadherin gene (MUPCDH) polymorphism rs3758650 dianggap sebagai penanda genetik untuk memprediksi terjadinya penyakit batu empedu (Ciaula, 2013).

### 4. Obesitas

Pada obesitas terjadi perubahan pada metabolisme kolesterol dimana akan meningkatkan sekresi kolesterol dan juga gangguan motilitas kandung empedu, yang memicu terbentuknya batu (Getachew, 2008).

### 5. Dislipidemia

Dislipidemia merupakan salah satu dari sindroma metabolik. Pada studi yang dilakukan di Taiwan menunjukkan bahwa sindroma metabolik berkaitan dengan peningkatan risiko terjadinya batu empedu dihubungkan dengan usia dan jenis kelamin (Smelt, 2010). Beberapa penelitian yang dilakukan di negara barat dilaporkan bahwa usia, jenis kelamin, BMI, hiperlipidemia, penggunaan

kontrasepsi oral, konsumsi alkohol, diabetes mellitus berkaitan erat dengan terjadinya batu empedu (Lin, 2014). Penurunan level High density lipoprotein (HDL) merupakan salah satu risiko terjadinya batu empedu. Kolesterol bilier utamanya berasal dari HDL – C. Penurunan konsentrasi HDL – C dikaitkan dengan resistensi insulin. Penelitian lain menyebutkan bahwa peningkatan kadar Triglicerida (TG) menyebabkan penurunan kontraksi dari kandung empedu yang berakibat pembentukan batu empedu (Mendez, 2005).

#### 6. Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM) dikaitkan dengan terjadinya batu empedu masih kontroversi. Beberapa studi di barat dilaporkan bahwa DM berkaitan dengan batu empedu dimana hiperglikemi umumnya terdapat pada grup batu empedu pada analisis univariat tetapi tidak terdapat pada grup batu empedu dengan multi logistik regresi. Penelitian pada tikus dengan hiperinsulinemia terdapat spesifik spesifik FOXO1 protein yang dapat mengakibatkan peningkatan konsentrasi kolesterol dalam bile (Kovacs, 2008). Hiperglikemia menghambat sekresi bile dari hati dan dapat mengganggu kontraksi dari kantung empedu serta mempunyai efek terhadap molititas dari kandung empedu hal ini dapat meningkatkan risiko terjadinya batu empedu (Chen, 2014).

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Menurut Wijaya (2012) Sebagian besar batu empedu terbentuk di dalam kandung empedu dan sebagian besar batu di dalam saluran empedu berasal dari kandung empedu. Batu empedu bisa terbentuk di dalam saluran empedu jika empedu mengalami aliran balik karena adanya penyempitan saluran atau setelah dilakukan pengangkatan kandung empedu. Batu empedu di dalam saluran

empedu bisa mengakibatkan infeksi hebat saluran empedu (kolangitis), infeksi pankreas (pankreatitis) atau infeksi hati. 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.

Kadang-kadang batu yang besar secara bertahap akan mengikis dinding kandung empedu dan masuk ke usus halus atau usus besar, dan menyebabkan penyumbatan usus (ileus batu empedu). Dari saluran empedu, batu empedu bisa masuk ke usus halus atau tetap berada di dalam saluran empedu tanpa menimbulkan gangguan aliran empedu maupun gejala.

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Sebagian besar gejala yang timbul apabila batu menyumbat aliran empedu, yang sering terjadi karena batu kecil melewati ke dalam duktus koledokus. Penderita batu empedu sering memiliki gejala kolesistitis akut atau kronik. Bentuk akut ditandai oleh nyeri hebat mendadak pada epigastrium atau abdomen kuadran kanan atas, nyeri menyebar ke punggung dan bahu kanan. Penderita dapat berkeringan banyak atau berjalan mondar-mandir atau berguling kekanan dan kekiri diatas tempat tidur. Nausea dan muntah sering terjadi. Nyeri dapat berlangsung berjamjam atau dapat kambuh kembali setelah remisi parsial. Gejala kolesistitis kronik mirip dengan akut tetapi beratnya nyeri dan tanda-tanda fisik kurang nyata. Pasien sering memiliki riwayat dispepsia, intoleransi lemak, nyeri ulu hati, atau flatulen yang berlangsung lama (Price & Wilson, 2013).

### 2.1.6 Klasifikasi

Suratun (2010) menyebutkan terdapat 3 jenis batu pada kandung empedu, yaitu:

#### 1. Batu Kolesterol

Biasanya berukuran besar soliter, berstruktur bulat atau oval, berwarna kuning pucat dan seringkali mengandung kalsium dan pigmen. Kolesterol yang merupakan unsur normal pembentuk empedu bersifat tidak larut dalam air. Kelarutannya tergantung pada asam-asam empedu dan (lesitin fosfolipid) dalam empedu. Pada pasien yang cenderung menderita batu empeduakan terjadi penurunan sintesis kolesterol dalam hati.

#### 2. Batu Pigmen

Terdiri atas garam kalsium dan salah satu dari anion (bilirubin, karbonat, fosfat dan asam lemak rantai panjang). Batu-Batu ini cenderung berukuran kecil, multiple dan warna hitam kecoklatan. Batu pigmen berwarna coklat berhubungan dengan hemolisis kronis (batu semacam ini lebih jarang dijumpai). Batu pigmen akan terbentuk apabila pigmen tidak terkonjugasi dalam empedu mengadakan presipitasi (pengendapan) sehingga terjadi batu. Resiko terbentuknya batu semacam ini semakin besar pada pasien sirosis, hemolisis dan infeksi percabangan billier.

#### 3. Batu Campuran

Batu ini merupakan antara batu pigmen dan batu kolesterol atau dengan substansi lain (kalsium karbonat, fosfat, garam empedu palmitat dan biasanya berwarna coklat tua.

### **2.1.7 Komplikasi**

Girsang (2013) menyebutkan komplikasi dari kolelitiasis adalah

1. Kolesistitis : Peradangan kandung empedu, saluran kandung empedu tersumbat oleh batu empedu, menyebabkan infeksi dan peradangan kandung empedu.
2. Kolangitis : Peradangan pada saluran empedu, terjadi karena infeksi yang menyebar melalui saluran-saluran dari usus kecil menjadi terhalang oleh sebuah batu empedu.
3. Hidrops : Disebabkan oleh obstruksi duktus sistikus sehingga tidak dapat diisi lagi empedu pada kandung empedu yang normal.
4. Empiema : Kandung empedu 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.

### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Suratun (2010) pemeriksaan penunjang yang dapat menentukan penyakit kolelitiasis, yaitu pemeriksaan diagnostik dan laboratorium yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Pemeriksaan Radiologis
  - a. Pemeriksaan Sinar X Abdomen
  - b. Ultrasonografi

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

c. Pemeriksaan Pencitraan Radio Nuklida atau Koleskintografi

Dalam prosedur ini preparat radio aktif disuntikkan melalui intravena. Preparat ini kemudian diambil oleh hepatosit dan dengan cepat dieksresikan kedalam sistem bilier selanjutnya. Selanjutnya dilakukan pemindaian saluran empedu untuk mendapatkan gambar kandung empedu dan percabangan bilier.

d. Kolesistografi

Kolesistografi oral dapat dilakukan untuk mendeteksi batu empedu dan mengkaji kemampuan kandung empedu untuk melakukan pengisian, memekatkan isinya, berkontaksi serta mengosongkan isinya. media kontras yang mengandung iodium yang dieksresikan oleh hati dan dipekatkan dalam kandung empedu diberi kepada pasien. Kandung empedu yang normal akan terisi oleh bahan radiopaque ini. Jika terdapat batu empedu bayangan akan tampak pada foto rontgen.

2. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Darah lengkap : leukositosis sedang (akut)
- b. Bilirubin dan amilase serum : meningkat
- c. Enzim hati serum: AST (SGOT), ALT (SGPT), LDH agak meningkat, alkalin fosfat dan 5-nukleotidase: ditandai dengan obstruksi bilier
- d. Kadar protrombin : Menurun bila obstruksi aliran empedu dalam usus

menurunkan absorpsi vitamin K.

- e. Kolangiopankreatografi retrograd endoscopic (ERCP)  
Memperlihatkan percabangan bilier dengan kanulasi duktus koledokus, melalui duodenum
- f. Kolangiografi transhepatik perkutaneus : perbedaan gambaran dengan flurosopi antar penyakit kandung empedu dan kanker pankreas (bila ikterik ada)
- g. Scan CT : dapat menyatakan kista kandung empedu, dilatasi duktus kandung empedu, dan membedakan antara ikterik obstruksi/non obstruksi
- h. Scan hati (dengan zat radio aktif) menunjukkan obstruksi percabangan bilier
- i. Foto Abdomen (multiposisi) : menyatakan gambaran radiologi (kalsifikasi) batu empedu, klasifikasi dinding atau pembesaran kandung empedu
- j. Foto dada : menunjukkan pernafasan yang menyebabkan penyebaran nyeri

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

Suratun (2010) menyebutkan terdapat dua bentuk penatalaksanaan medis yaitu bedah, non bedah dan manajemen nutrisi yang dijelaskan sebagai berikut:

1. Penatalaksanaan Non Bedah
  - a. Farmakologis
    - 1) Untuk menghancurkan batu : Irsidiol, Actigal. Efek samping : diare, bersifat hepatotoksik pada fetus sehingga kontra indikasi untuk ibu hamil.
    - 2) Mengurangi konten kolesterol dalam nbatu empedu : Chenodiol/Chenix 26

- 3) Untuk mengurangi gatal-gatal : Choletyramine (Questran)
  - 4) Menurunkan rasa nyeri : analgesik
  - 5) Mengobati infeksi : Antibiotik
- b. Pengangkatan batu tanpa operasi
- 1) Pelarutan batu empedu, dengan menginfuskan suatu bahan pelarut (monooktanoin atau metil tertierbutil eter/MTBE) ke dalam batu empedu. Dapat diinfuskan atau melalui selang kateter yang dipasang perkutan langsung ke dalam kandung empedu, melalui selang matau drain yang dimasukkan melalui saluran T tube untuk melarutkan batu yang belum dikeluarkan saat pembedahan, melalui ERCP atau kateter bilier transnasal.
  - 2) Pengangkatan non bedah, Sebuah kateter dan alat disertai jaring yang terpasang padanya disisipkan melalui saluran T Tube, jaring digunakan untuk memegang dan menarik keluar batu yang terjepit dalam dukts koledokus
  - 3) Extracorporeal Shock-Wave Lithotripsy (ESWL), menggunakan gelombang kejut berulang (repeated shock wave) yang diarahkan kepada batu empedu untuk memecah batu tersebut menjadi sejumlah fragmen

## 2. Pembedahan

### a. Kolisistektomi

Dalam prosedur ini, kandung empedu diangkat setelah arteri dan duktus sistikus diligasi. Sebuah drain (penrose) ditempatkan dalm kandung empedu dan dibiarkan menjulur keluar lewat luka operasi untuk mengalirkan darah, cairan srosanguinus dan getah empedu ke dalam kasa basorben.

b. Minikolisistektomi

Prosedur ini untuk mengeluarkan kandung empedu lewat luka insisi selebar 4 cm.

c. Kolesistektomi Laparaskopik

Dilakukan lewat insisi yang kecil atau luka tusukan melalui dinding abdomen pada umbilikus. Rongga abdomen ditiup dengan gas karbon monoksida untuk pemasangan endoskop.

d. Koledokostomi

Insisi dilakukan pada duktus koledokus untuk mengeluarkan batu. Setelah batu dikeluarkan biasanya dipasang sebuah kateter ke dalam duktus tersebut untuk drainase getah empedu sampai edema mereda. Kateter ini dihubungkan dengan selang drainase gravitas.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

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

### **2.2.1 Konsep Keperawatan Pre Op**

#### **2.2.1.1 Pengkajian**

Menurut Muttaqin (2011) pengkajian pre op meliputi pengkajian umum, riwayat kesehatan, pengkajian psikososialspiritual, pemeriksaan fisik dan pengkajian diagnostik.

## 1. Pengkajian Umum

Identitas pasien, pengkajian ini dilakukan agar tidak terjadi duplikasi nama pasien. Umur pasien sangat penting diketahui guna melihat kondisi pada berbagai pembedahan. Perawat perioperatif harus mengetahui bahwa faktor usia, baik anak-anak maupun lansia dapat meningkatkan resiko pembedahan. Sehingga dapat menentukan tindakan pencegahan mana yang penting untuk dimasukkan ke dalam rencana asuhan keperawatan.

Jenis pekerjaan dan asuransi kesehatan, pengkajian ini dilakukan sebaiknya sebelum operasi. Pasien dan keluarga sudah mendapat penjelasan dan informasi terkait masalah finansial, mulai dari biaya operasi hingga pemakaian alat tambahan, agar tidak ada keluhan dan ketidakpuasan pasien dan keluarga. Informed consent dan formulir checklist, dilakukan operasi pasien dan keluarga mengetahui perihal prosedur operasi, jenis operasi dan prognosis dari hasil pembedahan. Pasien yang baru diterima di kamar operasi akan diklarifikasi secara ringkas dan disesuaikan dengan intervensi bedah yang akan dilakukan. Perawat kamar operasi melakukan klarifikasi secara cepat dengan menggunakan sistem checklist dan memvalidasi persiapan pre op yang telah dilakukan perawat ruangan.

## 2. Riwayat Kesehatan

Riwayat penyakit sekarang, keluhan didapatkan bersifat akut atau kronis. Kondisi nyeri biasanya juga disertai riwayat keluhan demam sampai menggigil dan disertai gangguan gastrointestinal seperti sakit perut, rasa seperti terbakar pada epigastrik (heart burn), mual muntah anoreksia, dan malaise. Pengkajian

lain bisa didapatkan adanya kegemukan atau kehilangan berat badan secara progresif.

Pengkajian riwayat terdahulu disesuaikan dengan predisposisi penyebab kolelitiasis. Perawat mengkaji adanya kondisi obesitas, penyakit DM, hipertensi, dan hiperlipidemia berhubungan dengan sekresi kolesterol hepatis dan merupakan faktor resiko untuk pengembangan batu kolesterol. Kondisi kehamilan multipara, pasca bedah reseksi usus, penyakit Crohn, sekresi lambung, dan penggunaan obat-obatan hormonal menjadi pertimbangan pengkajian yang pernah terjadi pada masa lalu. Pengkajian riwayat keluarga, perawat perlu mengkaji kondisi sakit dari generasi terdahulu karena pada beberapa pasien cenderung memiliki kondisi penyakit herediter.

### 3. Nyeri Pre Op

Perawat perlu mengkaji pengalaman nyeri sebelumnya, metode pengontrolan nyeri yang biasa digunakan, sikap klien dalam menggunakan obat-obatan penghilang rasa nyeri, respon perilaku terhadap nyeri, pengetahuan klien, harapan, dan perhatian keluarga tentang manajemen nyeri.

### 4. Pengkajian Psikososial spiritual

Kecemasan dapat menimbulkan adanya perubahan secara fisik maupun psikologis yang akhirnya meningkatkan saraf otonom simpatis sehingga meningkatkan denyut jantung, tekanan darah, frekuensi nafas dan secara umum mengurangi tingkat energi pada pasien (Rothrock dalam Muttaqin, 2011).

Perawat harus memberikan dorongan untuk pengungkapan serta harus mendengarkan, memahami, dan memberikan informasi yang membantu menyingkirkan kekhawatiran tersebut (Potter dalam Muttaqin, 2009).

Pasien dengan konsep diri positif lebih mampu menerima operasi yang dialaminya dengan tepat. Konsep diri yang buruk mengganggu kemampuan beradaptasi dengan stress pembedahan dan memperburuk rasa bersalah atau ketidakmampuannya (Stuart dalam Potter & Perry, 2005).

Perawat mengkaji perubahan citra tubuh yang pasien anggap akibat operasi. Selain itu, mengkaji adanya dukungan yang dapat diberikan oleh anggota keluarga atau teman klien dan tanpa memandang agama yang dianut pasien, kepercayaan spiritual dapat menjadi medikasi terapeutik. Perawat dapat menginstruksikan pasien untuk latihan relaksasi nafas dalam.

##### 5. Pemeriksaan Fisik

Ada berbagai pendekatan yang digunakan dalam melakukan pemeriksaan fisik, mulai dari pendekatan head to toe hingga pendekatan persistem. Fokus pemeriksaan yang akan dilakukan adalah melakukan anamnesis riwayat kesehatan pasien dengan sistem tubuh yang akan dipengaruhi atau memengaruhi respon pembedahan.

Pemeriksaan fisik yang didapatkan sesuai dengan tahap klinik kolelitiasis. Pada survey umum bisa terlihat sakit ringan sampai lemah atau kelelahan. TTV biasanya normal atau mungkin didapatkan perubahan, seperti: hipertermi, takikardia, hipotensi atau peningkatan frekuensi nafas yang berhubungan dengan

inflamasi sistemik. Pada pemeriksaan fisik fokus pada abdomen akan didapatkan hal-hal sebagai berikut.

Inspeksi : Ikterus seluruh tubuh, terutama di sklera sebagai respon peningkatan bilirubin dalam darah. Pada gastrointestinal biasanya didapatkan regurgitasi dan flatunasi. Urin gelap/coklat, feses seperti tanah liat, skatone

Auskultasi : Pada kasus yang parah, suara usus sering tidak didapatkan atau hipoaktif

Perkusi : Timpani akibat abdominal mengalami kembung.

Palpasi : Distensi abdomen, teraba massa di abdomen atas/kuadran kanan atas. Hal ini dapat diperoleh dengan pasien menghirup sementara pemeriksa tetap menjaga tekanan dibawah kosta kanan (tanda murphy). Lokasi rebound tenderness, ketegangan otot abdominal mungkin terjadi akibat peradangan perikolesistik.

## 6. Pengkajian Diagnostik

Pemeriksaan laboratorium, bisa didapatkan leukositosis, hiperbilirubinemia. Pada kasus yang parah peningkatan ringan enzim hati dapat disebabkan oleh cedera peradangan hati yang berdekatan. Protrombin akan menurun bila aliran dari empedu intestin menurun. Hal ini terjadi karena obstruksi sehingga menyebabkan penurunan absorpsi vitamin K.

Pemeriksaan USG menunjukkan bendungan/hambatan karena adanya batu empedu dan distensi saluran empedu. Pada pemeriksaan cholecystogram (untuk colesistitis kronik) akan menunjukkan adanya batu di sistem bilier. CTScan

dilakukan untuk mendeteksi adanya kista, dilatasi pada saluran empedu, dan obstruksi. Foto polos abdomen bisa didapatkan adanya kalsifikasi. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), x-ray memungkinkan pencitraan dari saluran empedu.

Menurut Potter & Perry (2005) pengkajian pre ope secara umum selain yang disebutkan diatas adalah:

1) Riwayat Obat-Obatan

Obat tertentu memiliki implikasi khusus bagi klien bedah. Obat yang diminum sebelum pembedahan secara otomatis akan dihentikan saat klien selesai operasi kecuali dokter meminta kembali menggunakannya.

2) Alergi

Perawat harus mewaspadaai adanya alergi terhadap obat, yang diberikan selama fase pembedahan, agar pasien diberi tanda, seperti gelang pada pergelangan tangan sebelum menjalani pembedahan.

3) Kebiasaan Merokok

Klien yang perokok memiliki resiko yang lebih besar untuk mengalami komplikasi paru-paru pasca operasi daripada pasien yang bukan perokok. Anestesi umum meningkatkan iritasi jalan nafas dan meningkatkan sekresi pulmonal, karena sekresi tersebut akan dipertahankan akibat penurunan aktivitas siliaris selama anestesi.

### **2.2.1.2 Diagnosa Keperawatan Pre Op**

Menurut Muttaqin (2011) diagnosa medis kolelitiasis pre operasi, yaitu:

- a. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, rencana pembedahan (SDKI, D.0080 Hal 180)
- b. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (SDKI D.0077 hal 172)
- c. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor Psikologis (SDKI D.0019 hal 56).
- d. Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (SDKI D.0130 hal 284).
- e. Risiko Ketidakseimbangan Cairan berhubungan dengan Disfungsi Intestinal (SDKI D.0036 hal 87).

### **2.2.2 Konsep Keperawatan Post Op**

#### **2.2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian post op dilakukan sejak pasien dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. Muttaqin (2009) menyebutkan fokus pengkajian di ruang pemulihan meliputi:

#### **1. Pengkajian Awal**

Pengkajian awal pasca operatif adalah sebagai berikut:

- 1) Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
- 2) Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital
- 3) Anestesi dan medikasi lain yang digunakan (misalnya: narkotik, relaksan, antibiotik)
- 4) Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin memengaruhi perawatan pascaoperatif (misalnya: hemoragi berlebihan, syok, dan henti jantung)

- 5) Patologi yang dihadapi (jika malignansi, apakah pasien atau keluarga sudah diberitahukan)
- 6) Cairan yang diberikan, kehilangan darah, dan penggantian
- 7) Segala selang, drain, kateter, atau alat bantu pendukung lainnya
- 8) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anestesi yang akan diberitahukan.

## 2. Sistem Pernafasan

### a. Kontrol pernafasan

- 1) Obat anestesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernafasan. Sehingga perawat perlu mewaspadaai pernafasan yang dangkal dan lambat serta batuk yang lemah
- 2) Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernafasan, kesimetrisan gerakan dada, bunyi nafas, warna membran mukosa. Apabila pernafasan dangkal, letakkan tangan perawat diatas muka atau mulut pasien sehingga perawat dapat merasakan udara yang keluar

### b. Kepatenan Jalan Nafas

- 1) Jalan nafas oral atau oral airway masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dengan kecepatan normal. Apabila fungsi pernafasan sudah kembali normal, maka perawat mengajarkan pasien cara membersihkan jalan nafas dengan cara meludah. Kemampuan melakukan hal tersebut, menandakan kembalinya reflek muntah normal
- 2) Salah satu kekhawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat aspirasi muntah, akumulasi sekresi mukosa di faring.

### 3. Status Sirkulasi

#### a. Respon TTV

- 1) Pasien beresiko mengalami komplikasi kardiovaskular akibat kehilangan darah secara aktual atau resiko dari tempat pembedahan, efek samping anestesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan depresi mekanisme regulasi sirkulasi normal.
- 2) Pengkajian kecepatan denyut dan irama jantung yang teliti serta pengkajian tekanan darah menunjukkan status kardiovaskular pasien
- 3) Perawat membandingkan TTV pre op dengan post op. Dokter harus diberitahu jika tekanan darah pasien terus menurun dengan cepat pada setiap pemeriksaan atau jika kecepatan denyut jantung menjadi semakin tidak teratur.
- 4) Perawat mengkaji perfusi sirkulasi dengan melihat warna dasar kuku dan mukosa kulit

#### b. Respon Perdarahan Post op

- 1) Masalah sirkulasi yang sering terjadi adalah perdarahan.
- 2) Kehilangan darah secara eksternal melalui drain atau insisi, atau secara internal pada luka bedah. Perdarahan dapat mengakibatkan turunnya tekanan darah, meningkatnya kecepatan denyut jantung dan pernafasan, denyut nadi lemah, kulit dingin, lembab, pucat dan gelisah.
- 3) Apabila perdarahan terjadi secara eksternal, maka perawat memperhatikan adanya peningkatan drainase yang mengandung darah pada balutan atau drain. Apabila balutan basah, maka darah mengalir disamping pasien dan berkumpul dibawah spreng tempat tidur. Perawat yang waspada selalu

memeriksa adanya drainase dibawah tubuh pasien. Apabila perdarahan terjadi secara internal, maka tempat pembedahan menjadi bengkak dan kencang.

c. Respon Cedera Sirkulasi

- 1) Pasien yang mengalami bedah pelvis atau pasien yang diposisikan litotomy selama pembedahan beresiko mengalami trombosis vena provunda, yang letaknya dalam bukan supervisial

4. Kontrol Suhu

- 1) Penurunan tingkat fungsi tubuh pasien menyebabkan turunnya metabolisme dan menurunkan suhu tubuh. Apabila pasien mulai sadar mereka mungkin akan mengeluh kedinginan dan tidak nyaman
- 2) Perawat mengukur suhu tubuh pasien dan memberikan selimut hangat. Apabila suhu berada pada  $\leq 35^{\circ}\text{C}$  maka penghangat eksternal dapat digunakan. Meningkatnya suhu tubuh menyebabkan peningkatan metabolisme, sirkulasi, serta pernapasan pasien.
- 3) Menggigil mungkin bukan tanda hipotermia tetapi hanya efek samping dari obat anestesi tertentu. Menggigil dapat dikurangi dengan memberikan Demerol dalam jumlah kecil.
- 4) Pada hipertermia maligna tertentu, mungkin terjadi komplikasi akibat pemberian anestesi yang dapat mengancam kehidupan. Hipotermia maligna menyebabkan takipnea, takikardi, tekanan darah tidak stabil dan kaku otot.

## 5. Status Neurologi

- 1) Obat-obatan elektrolit dan metabolisme, nyeri dan faktor emosional dapat memengaruhi tingkat kesadaran. Bersamaan dengan hilangnya efek anestesi, maka refleks, kekuatan otot dan tingkat orientasi pasien akan kembali normal.
- 2) Perawat mengkaji kesadaran dengan memanggil nama pasien dengan suara sedang
- 3) Perawat memperhatikan apakah pasien dapat berespon dengan tepat, atau terlihat bingung dan disorientasi
- 4) Apabila pasien tetap tidur atau tidak berespon, perawat mengkaji dengan cara menyentuh atau menggerakkan bagian tubuh dengan lembut
- 5) Perawat dapat memeriksa reflek pupil, reflek muntah, dan mengkaji gengaman dan pergerakan ekstremitas pasien.
- 6) Kaji respon sensibilitas dengan membandingkan peta dermatom untuk menilai kembalinya fungsi sensasi taktil. Pengkajian dermatom (segmen area kulit yang dipengaruhi segmen medula spinalis) saraf spinalis dilengkapi saat kedatangan, selama pemulihan diruang pulih sadar (revery room), dan saat pasien pindah dari ruang pulih sadar. Biasanya perawat mengkaji level dermatom dengan cara menyentuh pasien secara bilateral dan mendokumentasikan area tubuh yang sentuhannya dapat dirasakan pasien. Sentuhan dapat dilakukan dengan cara menekan tangan dan mencubit kulit dengan lembut.
- 7) Pengkajian orientasi pada lingkungan ruang pulih sadar sangat penting dalam mempertahankan kesadaran pasien. Perawat mengorientasikan

kembali, menjelaskan bahwa pembedahannya sudah selesai, dan memberikan gambaran tentang prosedur dan tindakan keperawatan yang akan dilakukan di ruang pemulihan. Apabila pasien mempunyai persiapan yang baik sebelum pembedahan, maka kecemasannya menjadi akan lebih rendah pada saat perawat di ruang pulih sadar mulai memberi perawatan

## 6. Respon Nyeri

1) Saat pasien sadar dari anetesi umum, rasa nyeri menjadi sangat terasa.

Nyeri mulai terasa sebelum kesadaran pasien kembali penuh. Nyeri akut akibat insisi membuat pasien gelisah dan menyebabkan tandatanda vital berubah. Apabila pasien merasa nyeri, mereka sulit melalukan batuk efektif dan nafas dalam. Pasien yang mendapat anestesi regional dan lokal biasanya tidak mengalami nyeri karena area insisi masih berada dibawah pengaruh anestesi.

2) Pengkajian rasa tidak nyaman pasien dan evaluasi terapi untuk menghilangkan rasa nyeri merupakan fungsi keperawatan yang penting. Skala nyeri merupakan metode efektif bagi perawat untuk mengkaji nyeri pascaoperatif, mengevaluasi respon pasien terhadap pemberian analgesik dan mendokumentasikan beratnya nyeri secara objektif. Pengkajian nyeri praoperatif digunakan sebagai dasar bagi perawat untuk mengevaluasi efektivitas intervensi selam pemulihan pasien.

## 7. Genitourinari

1) Dalam waktu 6-8 jam setelah anestesi, pasien akan mendapat fungsi kontrol berkemih secara volunter, bergantung pada jenis pembedahan

2) Pasien perlu dibantu berkemih jika pasien tidak dapat berkemih dalam

waktu 8 jam. Karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan ketidaknyamanan, maka pemasangan kateter mungkin diperlukan.

- 3) Apabila pasien telah terpasang kateter tetap, maka urin harus mengalir sedikitnya 2 ml/kg/jam pada dewasa dan 1 ml/kg/jam pada anak-anak.
- 4) Perawat mengobservasi warna dan bau urine pasien.
- 5) Pembedahan yang melibatkan saluran perkemihan, biasanya akan mengakibatkan urin mengandung darah  $\pm$  selama 12-24 jam setelah pembedahan, bergantung pada jenis pembedahan.

#### 8. Sistem Gastrointestinal

- 1) Anestesi memperlambat motilitas gastrointestinal dan menyebabkan mual. Normalnya, pada tahap pemulihan segera setelah pembedahan, bising usus terdengar lemah atau hilang di keempat kuadran
- 2) Inspeksi abdomen menentukan adanya distensi yang mungkin akibat akumulasi gas
- 3) Pada pasien yang baru menjalani bedah abdomen, distensi terjadi jika pasien mengalami perdarahan internal. Distensi juga terjadi pada pasien yang mengalami ileac paralitik akibat pembedahan pada bagian usus. Paralisis usus dengan gejala dan obstruksi akut ini mungkin juga berhubungan dengan pemberian obat-obatan antikolinergik - Karena pengosongan lambung berlangsung lambat akibat pengaruh anestesi, maka isi lambung yang terakumulasi tidak bisa keluar dan mengakibatkan mual dan muntah. Normalnya, pasien tidak dapat minum diruang pulih sadar karena lambatnya pergerakan usus beresiko menyebabkan mual dan muntah karena pasien masih berada di bawah pengaruh anestesi.

## 9. Keseimbangan Cairan dan Elektrolit

- 1) Karena pasien beresiko mengalami ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, maka perawat mengkaji status hidrasi dan memonitor fungsi jantung dan neurologi untuk mengetahui adanya tanda-tanda perubahan elektrolit. Tanggung jawab yang penting adalah mempertahankan kepatenan infus IV. Perawat menginspeksi tempat pemasangan kateter IV untuk memastikan bahwa kateter berada pada posisi yang tepat dalam vena sehingga cairan dapat mengalir dengan lancar. Dokter memberikan program tentang kecepatan pemberian setiap cairan infus. Untuk memastikan pemasukan cairan yang adekuat, perawat menjaga cairan infus jangan sampai berjalan lambat. Setelah pembedahan, pasien mungkin juga menerima produk darah yang jumlahnya bergantung pada banyaknya kehilangan darah selama pembedahan berlangsung.
- 2) Catatan intake dan output yang akurat membantu proses pengkajian fungsi ginjal dan sirkulasi
- 3) Perawat mengkaji semua sumber pengeluaran, termasuk urin, drainase lambung, drainase luka serta mencatat adanya kehilangan cairan yang tidak dirasakan akibat diaforesis. Mukus yang diisap dari jalan napas tidak termasuk perhitungan output cairan.

## 10. Integritas Kulit, Kondisi Luka dan Drainase

- 1) Diruang pulih sadar, perawat mengkaji kondisi kulit pasien, melihat adanya kemerahan, patekie, abrasi atau luka bakar
- 2) Kemerahan dapat menunjukkan adanya sensitivitas terhadap obat atau alergi - Abrasi atau patekie dapat terjadi karena posisi yang kurang tepat

atau pengikatan yang menyebabkan cedera pada lapisan kulit.

- 3) Luka bakar dapat menunjukkan bahwa bantalan arde kautar listrik tidak terpasang dengan benar pada kulit pasien. Luka bakar atau cedera serius pada kulit harus didokumentasikan sebagai laporan kecelakaan
- 4) Setelah pembedahan, sebagian besar luka bedah ditutup dengan balutan untuk melindungi tempat luka dan pengumpulan drainase
- 5) Perawat mengkaji jumlah, warna, bau, dan konsistensi drainase yang terdapat pada balutan
- 6) Perawat memperkirakan jumlah drainase dengan mencatat jumlah kassa
- 7) Tidak optimalnya pengaturan posisi bedah akan memicu timbulnya trombosis vena ekstremitas bawah, kram otot ekstremitas bawah, parastesia ektramitas bawah, distensi otot abdomen, cedera pleksus brakialis, cedera tekan pada prosesus spinalis vertebra torakalis, olekranon, scapula region sakrum dan kalkaneus.

#### **2.2.2.2 Diagnosa Keperawatan Post Op**

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (SDKI D.0077 hal 172)
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan invasi pada tubuh (SDKI D.0129 hal 282)
- c. Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif (SDKI D.0142 hal 304).

### 2.2.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 2.1** Intervensi Keperawatan pada pasien dengan Kolelitiasis

No	Masalah	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Pre Op</b>			
1.	Ansietas berhubungan dengan khawatir mengalami kegagalan, rencana pembedahan (SDKI, D.0080 Hal 180)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil : 1. Konsentrasi meningkat 2. Pola tidur membaik 3. Gelisah menurun 4. Verbal khawatir akan kondisi yang dihadapi menurun 5. Perilaku tegang menurun	<b>Reduksi Ansietas (SIKI 1.09314 Hal 387)</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor tanda tanda ansietas verbal dan non verbal) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan <b>Terapeutik</b> 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian 5. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan <b>Edukasi</b> 6. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami 7. Anjurkan keluarga tetap bersama pasien, jika perlu 8. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 9. Latih teknik relaksasi <b>Kolaborasi</b> 10. Kolaborasi pemberian obat antlansietas, jika perlu
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologi (SDKI D.0077 Hal 172)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang, dengan kriteria hasil Tingkat Nyeri : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik	<b>Manajemen Nyeri (SIKI 1.08238 Hal 201)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang member berat dan memperingan nyeri <b>Terapeutik</b> 4. Fasilitasi istirahat tidur 5. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

			<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan penyebab, periode an pemicu nyeri</li> <li>7. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</li> </ol>
3.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor Psikologis (SDKI D.0019 hal 56).	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan defisit nutrisi dapat teratasi, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muntah berkurang</li> <li>2. Nafsu makan meningkat</li> <li>3. Berat badan meningkat</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nutrisi ( SIKI 1.03119 Hal 200)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Monitor asupan makanan</li> <li>3. Monitor intake dan output makanan dan cairan</li> <li>4. Monitor berat badan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sajikan makanan semenarik mungkin</li> <li>6. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>7. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan</li> </ol>
4.	Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit (SDKI D.0130 Hal 284)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan suhu tubuh tetap pada rentang normal, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh membaik</li> <li>2. Suhu kulit membaik</li> <li>3. Menggigil berkurang</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipertermia (SIKI 1.15506 Hal 181)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertermi (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> <li>3. Monitor komplikasi akibat hipertermi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Longgarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>5. Berikan cairan oral</li> <li>6. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Anjurkan tirah baring</li> </ol>

			<p><b>Kolaborasi</b></p> <p>8. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</p>
5.	Resiko Ketidakseimbangan Cairan berhubungan dengan Disfungsi Intestinal (SDKI D.0036 hal 87)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status cairan membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi meningkat</li> <li>2. Turgor kulit meningkat</li> <li>3. Berat badan meningkat</li> <li>4. Perasaan lemah menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipovolemia ( SIKI 1.03114 Hal 181)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa adanya tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, yekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, haus, lemah)</li> <li>2. Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Hitung kebutuhan cairan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Kolaborasi pemberian cairan iv isotonis (mis. NaCl, RL)</li> </ol>
<b>Post Op</b>			
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (SDKI D.0077 hal 172)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang, dengan kriteria hasil Tingkat Nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Frekuensi nadi membaik</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (SIKI 1.08238 Hal 201)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang member berat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fasilitasi istirahat tidur</li> <li>5. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan penyebab, pemicu an pemicu nyeri</li> <li>7. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</li> </ol>

2.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan invasi pada tubuh (SDKI D.0129 hal 282)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit / jaringan menungkat, dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Kemerahan menurun</li> <li>4. Suhu kulit membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan Luka ( SIKI 1.14564 Hal 328)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Lepaskan balutan dan plaster</li> <li>4. Bersihkan dengan NaCl</li> <li>5. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>6. Pertahankan teknik sterilisasi saat melakukan perawatan luka</li> <li>7. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sekali</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>9. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori da protein</li> <li>10. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Kolaborasi debridemen, jika perlu</li> <li>12. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ol>
3.	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif (SDKI D.0142 hal 304).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan resiko infeksi berkurang, dengan kriteria hasil <ol style="list-style-type: none"> <li>1. demam menurun</li> <li>2. kemerahan menurun</li> <li>3. nyeri menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Berikan perawatan kulit pada daerah edema</li> <li>4. Cucu tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan</li> <li>5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>7. Ajarkan cara memeriksa luka</li> <li>8. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol>

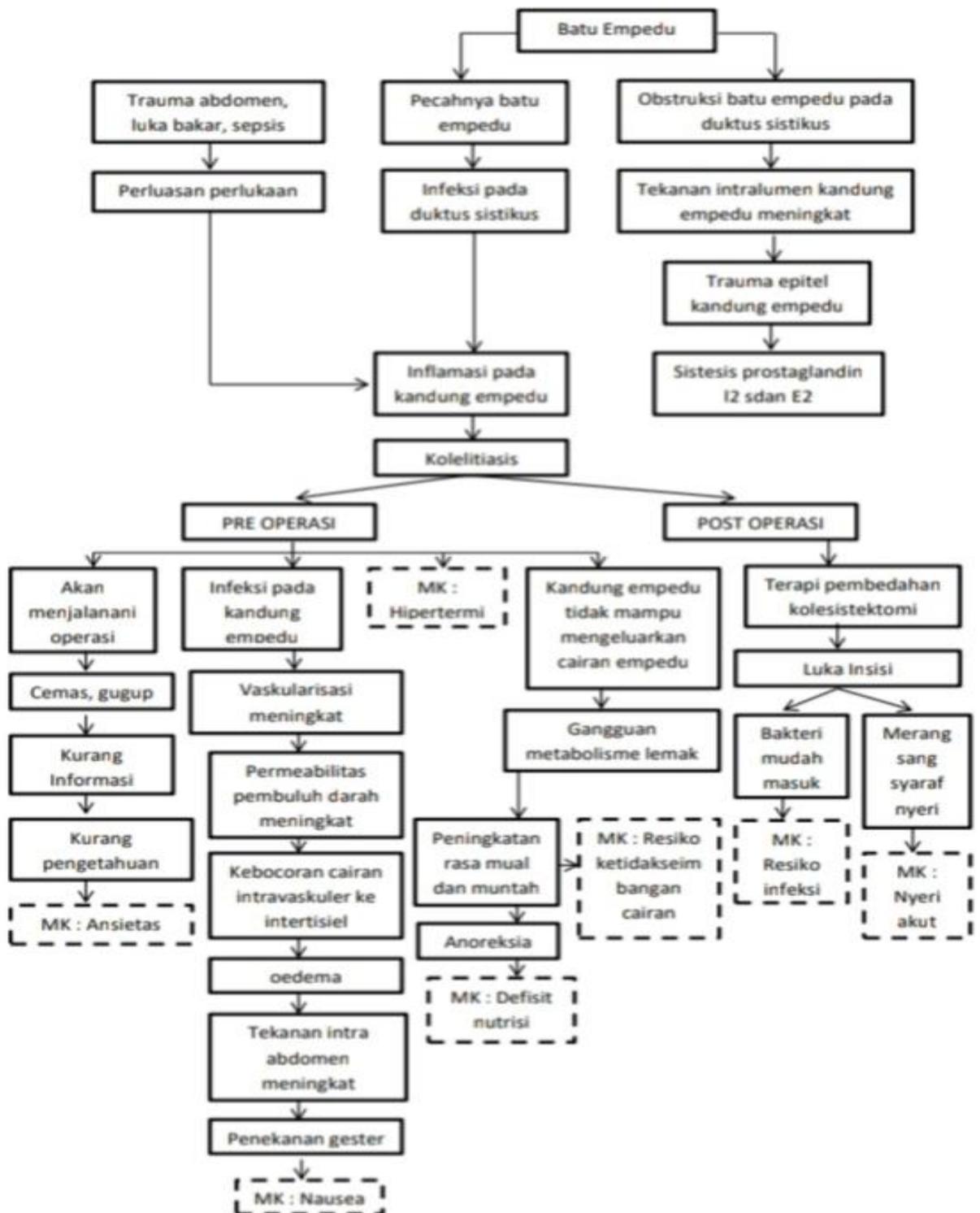
#### **2.2.4 Implementasi**

Tahap ini dilakukan pelaksanaan dan perencanaan keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan (Muttaqin, 2018).

#### **2.2.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak (Muttaqin, 2018).

## 2.3 WOC



Gambar 2.2 WOC Kolelitiasis Pre Op dan Post Op Pada Pasien Kolelitiasis

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab ini membahas mengenai asuhan keperawatan medikal bedah pada Tn.E dengan diagnosa Keperawatan Kolelitiasis meliputi: 1) pengkajian, 2) Diagnosa Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, 4) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

#### **3.1 Pengkajian**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Kolelitiasis, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulisan kelolahannya mulai tanggal 29 November 2021 di ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya sebagai berikut :

##### **3.1.1 Data Umum**

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

Pasien bernama Tn.E laki – laki berumur 59 tahun dengan rekam medis 145xxx, pasien merupakan anak pertama dari 5 bersaudara, pasien mengatakan ibunya telah meninggal ditahun 2005, ayah dan ke lima saudaranya masih hidup semua, pasien mengatakan tinggal satu rumah dengan istri dan 3 orang anak yang masih kuliah dan sekolah, anak pertama laki-laki, anak kedua dan ketiga perempuan.

##### **3.1.2 Riwayat Sakit dan Kesehatan**

###### **1. Keluhan Utama**

Keluhan utama mual, muntah dan nyeri di perut kanan atas, nyeri dirasakan diangka 4 dari skala 1-10 nyeri dirasakan saat muntah, dan merasa cemas karna akan dilakukan operasi laparotomy.

## **2. Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien mendapat rujukan ke poli digestif oleh poli bedah Rumah Sakit William Both karena didapatkan hasil USG pada tangga 14/10/2 dengan hasil lesi hyperechoic di lobus kanan hepar, hemangioma cholelithiasis multiple, pasien datang ke IGD diantar oleh adiknya mengeluh nyeri perut kanan atas dengan skala nyeri 4 dari 1-10, mual muntah 6x/hari selama 4 hari. Saat di IGD didapatkan hasil TTV TD 118/89mmHg, Nadi 114x/menit, Suhu 36C, SpO2 99%, RR, 20x/menit, GCS 456 dan mendapat terapi injeksi omeprazole 1 ampul, ondancetron 8mg 1 ampul, ketorolac 1 ampul.

Pasien dipindah ke ruang B1 pada tanggal 28/11/21 dengan kesadaran *composmentis*, GCS 456, terpasang infus NS 14 tpm, pasien tampak lemas. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 29/11/21 pasien mengatakan masih mual dan tidak nafsu makan karena setiap makan ½ sendok langsung muntah kurang lebih 1 gelas dan cairan selalu berwarna hijau.

## **3. Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu, pasien juga mengatakan jika pasien dan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit menular, pasien mengatakan perokok aktif.

## **4. Riwayat Alergi**

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi terhadap makanan dan obat terbukti saat dilakukan tindakan skin test tidak ada kemerahan atau ruam pada kulit daerah skin test.

## **5. Keadaan Umum**

Pada pasien didapatkan keadaan umum pasien lemah GCS 456 dengan kesadaran *composmentis*, TTV Tekanan darah 125/82mmHg, nadi 80x/menit, Spo2 99%, RR 20x/menit, suhu 36,3C.

### **3.1.3 Pemeriksaan Fisik**

#### **1. Sistem Pernapasan**

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak sesak nafas, irama nafas reguler dengan kualitas 20x/menit, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak terpaang selang WSD, tidak ada pergerakan nafas cuping hidung, septum hidung tepat ditengah, bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, vocal femitus teraba seimbang kanan dan kiri, pergerakan dada teraba simetris, tidak ada krepitasi, perkusi dada sonor, suara nafas vesikuler dan tidak ditemukan suara nafas tambahan

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

#### **2. Sistem Kardiovaskuler**

Saat pengkajian pasien tampak meringis saat nyeri, konjungtiva tidak anemis, wajah terlihat pucat, mata cowong, tidak ada pembesaran vena juguralis, pergerakan ictus cordis terlihat, akral tangan dan kaki terlihat merah, tidak terpasan JVP maupun CVP, CRT <2 detik, akral teraba hangat kering, ictus cordis teraba (ICS V MID Clavikula sinistra), nadi teraba regulet dan kuat 80x/mnt, sklera konjungtiva normal, kekuatan ictus cordis kuat, tidak ada nyeri tekan di dada, irama jantung reguler, bunyi jantung S1 S2 tunggal.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

### 3. Sistem Persyarafan

Saat dilakukan pengkajian GCS 456, reflek cahaya normal, pupil isokor, reflek fisiologi: patela sinistra (+), trisep (+), bisep (+) reflek paologi: babinsky (+), brudzinsky (+), nervus kranial I: Pasien mampu membedakan bau, nervus kranial II: Pasien tidak menggunakan kacamata, nervus kranial III: Pasien mampu menggerakkan bola mata, nervus kranial IV: Pasien mampu menggerakkan mata keatas dan kebawah, nervus kranial V: Pasien mampu menggerakkan rahag keatas dan kebawah, nervus kranial VI: Pasien mampu menggerakkan mata kearah lateral, nervus kranial VII: Pasien mampu tersenyum dengan normal, nervus kranial VIII: Pasien mampu mendengar pertanyaan , nervus kranial IX: pasien mampu menelan dengan baik, nervus kranial X: Pasien mampu membuka mulut dengan baik, nervus kranial XI: Pasien mampu menggerakkan kepala dan leher, nervus kranial XII: Pasien mampu menggerakkan lidah kekanan dan kiri.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

### 4. Sistem Perkemihan

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan pola minum dalam sehari sebelum pasien masuk rumah sakit dapat menghabiskan kurang lebih 1,5 liter air mineral, tidak terpasang kateter, jumlah urin yang dikeluarkan kurang lebih 1300cc/24jam, warna kuning , urin tidak berbau menyengat, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih kandung kemi timpani, intake output cairan total input minuman 1500cc/24jam, total output urin 1300cc/24jam

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

## **5. Sistem Pencernaan**

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan mual muntah, pasien mengatakan menyukai jenis makanan sayur sayuran tetapi saat di rumah sakit pasien mengatakan nafsu makan menurun dan saat makan hanya menghabiskan 2 sendok, tidak terpasang NGT, ada reflek menelan, mukosa bibir kering, kebiasaan defekasi 1x/hari secara konsisten feses lembek tidak di dapatkan hematemesis ataupun melena pada feses, tidak ada nyeri abdomen, terdengar peristaltic usus 20x/mnt, berat badan sebelum sakit 70 kg, berat badan saat sakit 67 kg.

Masalah Keperawatan : Nausea, Resiko Hipovolemi

## **6. Sistem Muskuloskeletal**

Saat dilakukan pengkajian tidak ada edema tidak terdapat krepitasi, kemampuan pergerakan sendi bebas, tidak ditemukan atrofi dan hiperatrofi, tidak ada paralisis, tidak terdapat hemiparase dan tidak ada deformitas, tidak ada nyeri sendi dan nyeri tulang, tidak terdapat fraktur, tidak ditemukan adanya dislokasi dan alat bantu seperti traksi atau gips, skala kekuatan otot 555 555 555 555

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

## **7. Sistem Integumen**

Saat dilakukan pengkajian warna kulit normal, tidak ada kelainan pigmentasi tidak ditemukan keputihan dan sianosis, turgor kulit kurannng elastis, suhu kulit hangat dan tidak terdapat bau busuk.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

## 8. Sistem Pengindraan

Saat dilakukan pengkajian sistem penglihatan lapang pandang normal, pasien dapat membaca dengan jarak 30 cm tidak buta warna, sistem pendengaran tidak ada serumen, keadaan telinga bersih, sistem penciuman tidak ada polib, mukosa hidung lembab.

Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan

### 3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

**Tabel 3.1** Hasil Laboratorium pada Tn.E Dengan Diagnosa Medis Kolelitiasis Di Ruang BI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Ket
27/11/21	1) Leukosit	18.16	$10^3/\mu\text{L}$	4.00-10.00	Tinggi
	2) Neutrofil	14.90	$10^3/\mu\text{L}$	2.00-7.00	Tinggi
	3) Limfosit	10.90	%	20.0-40.0	Tinggi
	4) Hemoglobin	11.80	g/dL	13-17	Rendah
	5) Hematocrit	36.80	%	40.0-54.0	Rendah
	6) MCV	71.7	Fmol/cell	80-100	Rendah
	7) MCH	23.0	pg	26-34	Rendah
	8) RDW_CV	23.8	%	11.0-16.0	Rendah
	9) RDW_SD	64.4	fL	35.0-56.0	Tinggi
	10) Trombosit	604.00	$10^3/\mu\text{L}$	150-450	Tinggi
	11) PCT	0.477	$10^3/\mu\text{L}$	1.08-2.82	Rendah
	12) GDA sewaktu	132	mg/dL	74-106	Tinggi
	13) BUN	9	mg/dL	10-24	Rendah
	14) Antigen SARS-Cov-2	Negatif			
01/12/21	1) Leukosit	18.49	$10^3/\mu\text{L}$	4.00-10.00	Tinggi
	2) Eosinofil	0.52	$10^3/\mu\text{L}$	0.02-0.50	Tinggi
	3) Neutrofil	15.50	$10^3/\mu\text{L}$	2.00-7.00	Tinggi
	4) Limfosit	10.00	%	20.0-40.0	Rendah
	5) Hemoglobin	11.00	g/dl	13-17	Rendah
	6) Hematocrit	34.60	%	40.0-54.0	Rendah
	7) MCV	72.9	fmol/cell	80-100	Rendah
	8) MCH	23.1	pg	26-34	Rendah
	9) MCHC	31.7	g/dl	32-26	Rendah
	10) RDW_CV	21.4	%	11.0-16.0	Tinggi
	11) Trombosit	565.00	$10^3/\mu\text{L}$	150-450	Tinggi
	12) PCT	0.451	$10^3/\mu\text{L}$	1.08-2.82	Rendah
	13) Albumin	3.46	mg/dl	3.50-5.20	Rendah

	14) BUN 15) Clorida	6 111.0	mg/dl mEq/L	10-24 95-105	Rendah Tinggi
--	------------------------	------------	----------------	-----------------	------------------

**Tabel 3.2** Hasil Radiologi pada Tn.E Dengan Diagnosa Medis Kolelitiasis Di Ruang BI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.

No	Tanggal	Hasil Pemeriksaan
1	27/11/21	1) Nodul soliter di paracardial kanan
2	29/11/21	1) Enhancement solid lesion di intralumen colon transversum ukuran +/-4,70x9,11x3,08 cm, dengan batas dan perluasan lesi tersebut diatas, curiga suatu Malignant colon mass 2) Lymphnode di paraaorta dan peritumoral 3) Slight Enhancement single nodul di segment 4 lobus kanan hepar 4) Multiple Cholelithiasis 5) Kista ginjal kanan kiri

### 3.1.5 Terapi Medis

**Tabel 3.3** lembar pemberian terapi pada Tn.E dengan Diagnosa Medis Kolelitiasis pada tanggal 29 November 2021 Di Ruang Inap BI RSAL DR.Ramelan Surabaya.

No	Tanggal	Terapi obat	Dosis	Rute	Indikasi
1.	29/11/21	1) Infus NS 2) Inj cefobactam 3) Inj ondansentron 4) Tramadol drip	14tpm 1 gr 1 amp 1 amp	Iv Iv Iv Iv	1) Mengganti cairan elektrolit yang hilang 2) Antibiotik untuk mengobati infeksi yang disebabkan bakteri 3) Untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah yang disebabkan oleh efek samping obat 4) Untuk mengatasi atau meredakan rasa nyeri sedang hingga nyeri hebat

## 3.2 Diagnosa Keperawatan

### 1. Pre Op

- 1) Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan (SDKI D.0080, Hal 180)
- 2) Nausea b.d gangguan biokimiawi (SDKI D.0076, Hal 170)
- 3) Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (SDKI D.0077, Hal 172)
- 4) Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan (SDKI D.0080, Hal 180)

- 5) Resiko Hipovolemia b.d Kehilangan Cairan Secara Aktif (SDKI D.0034, Hal 85)

## **2. Post Op**

- 1) Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif (SDKI D.0142 hal 304)
- 2) Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik : Tindakan Laparotomy (SDKI D.0077, Hal 172)

### 3.3 Analisa Data

**Tabel 3.4** Analisa Data Pada Pasien Dengan diagnosa Medis Kolelitiasis

No	Data / Faktor Resiko	Etiologi	Masalah / Problem
1	DS: pasien mengatakan cemas karna akan menjalankan operasi laparotomy DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak tegang</li> </ul>	Kekhawatiran mengalami kegagalan	Ansietas (SDKI D.0080, Hal 180)
2	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mual</li> <li>- Pasien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>- Pasien mengatakan selalu muntah setiap makan (berwarnah hijau)</li> </ul> DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien nampak pucat</li> <li>- Bibir pasien tampak kering</li> <li>- Berat badan menurun</li> <li>- Pasien tampak lemas</li> </ul>	Gangguan Biokimiawi	Nausea (SDKI D.0076, Hal 170)
3	DS: Pasien mengatakan perut terasa nyeri jika muntah terus menerus DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Napsu makan berubah</li> <li>- Pasien nampak meringis</li> </ul> P: Nyeri saat muntah Q: Nyeri seperti remas R: Nyeri perut S: Skala nyeri 4 T: Nyeri hilang timbul	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut (SDKI D.0077, Hal 172)
4		Dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif	Resiko Hipovolemia

### 3.4 Prioritas Masalah

**Tabel 3.5** Prioritas Masalah Pada Pasien dengan Diagnosa medis Kolelitiasis

No.	MASALAH KEPERAWATAN	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1	Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan (SDKI D.0080, Hal 180)	29/11/2021	01/12/21	
2	Nausea b.d gangguan biokimiawi (SDKI D.0076, Hal 170)	29/11/2021	01/12/21	
3	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (SDKI D.0077, Hal 172)	29/11/2021	10/11/21	
4	Resiko Hipovolemia Dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif	29/11/2021	30/11/21	
5	Risiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif (SDKI D.0142 hal 304)	01/12/21	01/12/21	
6	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik : Tindakan Laparotomy (SDKI D.0077, Hal 172)	01/12/21	01/12/21	

### 3.5 Rencana Keperawatan

**Tabel 3.6** Rencana Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Kolelitiasis

No	Masalah	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi (Observasi, Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)	Rasional
1	Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan (SDKI D.0080, Hal 180)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat kecemasan menurun	Status Cairan (SLKI, L.09093 Hal 132) 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatiran menurun 3. Gelisah menurun 4. Tegang menurun 5. Pola tidur membaik	<b>Reduksi Ansietas (SIKI, 1.09314 Hal 387)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi tanda tanda ansietas (verbal dan non verbal) <b>Terapeutik</b> 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <b>Edukasi</b> 6. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin akan dialami 7. Anjurkan keluarga untuk	1. Untuk mengetahui kondisi, waktu dan stresor ansietas 2. Untuk mengetahui tanda tanda ansietas verbal maupun non verbal 3. Membina hubungan saling percaya 4. Memberikan rasa empati 5. Agar pasien memahami rencana dan peristiwa yang nanti dialami 6. Agar mengetahui prosedur yang akan dialami 7. Agar pasien tetap mendapat motivasi dari orang terdekat 8. Untuk mengurangi kecemasan 9. Untuk meredakan kecemasan yang dialami

				<p>tetap disamping pasien</p> <p>8. Latih teknik relaksasi</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>9. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu</p>	
2	<p>Nausea b.d gangguan biokimiawi (D.0076 hal 170)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mual muntah dapat teratasi</p>	<p>Tingkat Nausea (SLKI, L.08065 Hal 144)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan meningkat</li> <li>2. Keluhan mual menurun</li> <li>3. Perasaan ingin muntah menurun</li> <li>4. Frekuensi menelan meningkat</li> <li>5. Diaforesis menurun</li> <li>6. Pucat membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Mual (SIKI, L.103117 Hal 197)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor penyebab mual muntah</li> <li>2. Monitor mual muntah ( mis. Frekuensi, durasi dan tingkat keparahan)</li> <li>3. Monitor asupan nutrisi dan kalori</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kendalikan faktor penyebab mual muntah</li> <li>5. Berikan makan dalam jumlah kecil</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>7. Anjurkan makan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kolaborasi pemberian anti</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui faktor terjadinya mual</li> <li>2. Mengetahui tingkat mual yang dialami pasien</li> <li>3. Menjaga nutrisi tetap terpenuhi dan mencegah terjadinya mual dan muntah yang berkelanjutan</li> <li>4. Meminimalkan dampak yang mengakibatkan mual muntah</li> <li>5. Menjaga nutrisi tetap terpenuhi</li> <li>6. Dapat membuat pasien menjadi lebih baik dan rileks</li> <li>7. Untuk memenuhi nutrisi pasien</li> <li>8. Analgesik dapat mencegah dan mengurangi rasa mual</li> </ol>

				mual, jika perlu	
3	Nyeri Akut b.d agen pecedera fisiologis (D.007 hal 172)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang	Tingkat Nyeri (SLKI, L.08066 Hal 145) 6. Keluhan nyeri menurun 7. Meringis menurun 8. Gelisah menurun 9. Frekuensi nadi membaik 10. Tekanan darah membaik	<p><b>Manajemen nyeri (SIKI, 1.08238 Hal 201)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang member berat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fasilitasi istirahat tidur</li> <li>5. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan penyebab, prionde an pemicu nyeri</li> <li>7. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri</li> <li>2. Untuk mengetahui skala nyeri</li> <li>3. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Agar pasien rileks</li> <li>5. Upaya untuk meredakan nyeri</li> <li>6. Untuk mengetahui pemicu munculnya nyeri</li> <li>7. Untuk meminimalkan nyeri</li> <li>8. Untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>
4	Resiko Hipovolemia				

	dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif				
--	--	--	--	--	--

### 3.6 Implementasi dan Evaluasi

**Tabel 3.7** Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Kolelitiasis

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	Paraf	Tgl / Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1,2,3,4	Senin 29/11/21 07.00	- Melakukan timbang terima dengan shift malam		Senin 29/11/21	Dx 1 Ansietas S : pasien mengatakan cemas karena akan dilakukan tindakan operasi, pasien takut jika operasi gagal O :	
	07.20	- Melakukan validasi keadaan pasien → tekanan darah 100/70mmHg, nadi 84x/mnt, suhu 36.4 C, SpO2 98%, GCS 456, RR 20x/mnt, konjungtiva terlihat anemis			- pasien terlihat gelisah - pasien terlihat tegang - ttv (tekanan darah 100/70mmHg, nadi 84x/mnt, suhu 36.4 C, SpO2 98%, GCS 456, RR 20x/mnt)	
	07.30	- Mengidentifikasi keluhan pasien → pasien mengatakan mual, muntah, tidak nafsu makan dan nyeri perut, pasien juga mengatakan jika cemas karena akan operasi			A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
	07.40	- mengobservasi frekuensi muntah → px mengatakan muntah 4x			Dx 2 : Nausea S : pasien mengatakan mual disertai muntah berwarna hijau, makan 3 sendok muntah 1 gelas	
	07.50				O :	

	<p>09.30</p> <p>10.00</p> <p>11.00</p> <p>12.00</p> <p>12.15</p> <p>12.20</p> <p>12.30</p>	<p>cairan berwarna hijau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji penyebab nyeri, lokasi, karakteristik durasi dan skala nyeri → nyeri muncul akibat muntah secara terus menerus, nyeri dirasakan di perut kanan atas seperti diremas remas hilang timbul</li> <li>- Mendaftarkan CT scan abdomen dobel kontras ke radiologi (besok)</li> <li>- Menganjurkan makan sedikit tapi sering, pasien makan 3 sendok</li> <li>- Melakukan observasi ttv → TD 100/70 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 36.4 C, RR 20x/menit, SpO2 98%</li> <li>- Memberikan inj cefobactam 1gr, ondansentron 1 amp, tramadol 1 drip</li> <li>- Mengobservasi reaksi alergi, pasien mengatakan tidak gatal dan tidak ada kemerahan tanda-tanda alergi</li> <li>- Monitoring berat badan pasien</li> <li>- Menganjurkan pasien untuk beristirahat untuk mengurangi mual</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Pasien tampak pucat</li> <li>- Makanan tidak dihabiskan</li> <li>- Mukosa bibir kering</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 3 : Nyeri akut S : pasien mengatakan perut terasa nyeri O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>- Skala nyeri</li> </ul> <p>P : nyeri perut saat muntah Q : seperti di remas remas R : perut kanan S : skala 4 (1-10) T : saat muntah terus menerus</p> <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 4 : Resiko hipovolemia</p>	<p style="text-align: center;"><i>f</i></p> <p style="text-align: center;"><i>f</i></p>
--	--	--	--	--	---	---



	20.35	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan px untuk beristirahat untuk mengurangi rasa mual</li> <li>- Menganjurkan mobilisasi semifowler untuk memaksimalkan ventilasi</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri</li> <li>P : nyeri perut</li> <li>Q : seperti di remas remas</li> <li>R : perut kanan</li> <li>S : skala 3 (1-10)</li> <li>T : saat muntah terus menerus</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 4 : Resiko hipovolemia</p>	
1,2,3,4	29/12/21 21.00 22.00 22.30 22.40 04.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan timbang terima dengan perawat shift sore</li> <li>- Mengkaji keluhan pasien, rasa mual, durasi dan faktor penyebab mual → px mengatakan masih mual durasi 5 menit hilang timbul</li> <li>- Menganjurkan pasien untuk berpuasa pukul 24.00 guna pemeriksaan ct scan</li> <li>- Menganjurkan pasien untuk istirahat malam</li> <li>- Melakukan observasi ttv → TD 125/83 mmHg, nadi 117x/menit, suhu 36.3 C, RR 20x/menit, SpO2 97%</li> </ul>		29/12/21	<p>Dx 1 Ansietas</p> <p>S : pasien mengatakan takut jika operasinya gagal</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien terlihat gelisah</li> <li>- pasien terlihat tegang</li> <li>- ttv (tekanan darah 125/83 mmHg, nadi 117x/menit, suhu 36.3 C, RR 20x/menit, SpO2 97%)</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 2 : Nausea</p> <p>S : pasien mengatakan mual, menghabiskan ½ porsi makanan</p> <p>O :</p>	

	04.30 04.40 04.45 06.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan inj cefosulbactam 1 gr, inj ondan 4 mg, omz dan drip tramadol 1 amp dalam cairan infus ns</li> <li>- Membantu ADL px</li> <li>- Mengobservasi tanda tanda alergi obat</li> <li>- Membagikan diit pasien</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Makanan ½ porsi</li> <li>- Mukosa bibir kering</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 3 : Nyeri akut S : pasien mengatakan perut sebelah kanan masih nyeri O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien meringis kesakitan</li> <li>- Skala nyeri</li> </ul> <p>P : nyeri perut Q : seperti di remas remas R : perut kanan S : skala 3 (1-10) T : saat muntah terus menerus</p> <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 4 : Resiko hipovolemia</p> </p>	f
1,2,3,4	Selasa 30/11/21 07.00 07.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan timbang terima dengan shift malam</li> <li>- Melakukan validasi keadaan pasien → tekanan darah</li> </ul>	f	Selasa 30/11/21	<p>Dx 1 Ansietas S : pasien mengatakan takut jika operasinya gagal O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien terlihat gelisah</li> <li>- pasien terlihat tegang</li> </ul> </p>	f

08.00	100/80mmHg, nadi 76x/mnt, suhu 36.4 C, SpO2 99%, GCS 456, RR 20x/mnt			- ttv (tekanan darah 100/80mmHg, nadi 76x/mnt, suhu 36.4 C, SpO2 99%, GCS 456, RR 20x/mnt) A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
08.15	- Melakukan validasi kepada pasien dengan menanyakan keluhan pasien → masih mengatakan masih muntah dan belum napsu makan			Dx 2 : Nausea S : pasien mengatakan masih mual, sudah jarang muntah	f
09.00	- Memberikan posisi yang nyaman dengan posisi setengah duduk			O :	
10.00	- Menganjurkan pasien mengurangi jumlah makan yang bisa menimbulkan mual			- Pasien terlihat lemah	
11.00	- Melakukan ECG			- Turgor kulit menurun	
11.05	- Mengevaluasi efek mual terhadap nafsu makan, aktifitas sehari – hari dan pola tidur pasien →			- Mukosa bibir kering	
11.10	pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi dan tidur malam cukup			- Makan 4 sendok	
11.30	- Menganjurkan makan sedikit tapi sering			A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
12.00	- Monitor TTV → TD 120/80 mmHg, N 80x/menit, S 36 C, RR 20x/menit, SPO2 99%			Dx 3 : Nyeri akut	
12.15	- Memberikan inj cefobactam 1gr, ondansentron 1 amp, tramadol 1 drip			S : pasien mengatakan perut terasa nyeri	f
13.30				O :	
				- Pasien tampak gelisah	
				- Skala nyeri	
				P : nyeri perut saat muntah	
				Q : seperti di remas remas	
				R : perut kanan	
				S : skala 4 (1-10)	
				T : saat muntah terus menerus	
				A : masalah belum teratasi	

	13.45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi reaksi alergi → pasien mengatakan tidak gatal dan tidak ada kemerahan tanda-tanda alergi</li> <li>- Menganjurkan pasien untuk beristirahat untuk mengurangi mual</li> <li>- Monitoring adanya tanda dan gejala hipovolemia → frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering</li> </ul>			<p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 3 : Resiko hipovolemia</p>	
1,2,3,4	30/11/21 14.00 14.30 15.30 15.40 16.30 16.45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan timbang terima dengan shift pagi</li> <li>- Melakukan validasi keadaan pasien → tekanan darah 110/80mmHg, nadi 76x/mnt, suhu 36.4 C, SpO2 99%, GCS 456, RR 20x/mnt</li> <li>- Mengevaluasi efek mual terhadap napsu makan → pasien mengatakan menghabiskan ½ porsi makanan</li> <li>- Menganjurkan makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat</li> <li>- Mengambil darah vena untuk cek HF dan seromarker</li> </ul>		30/11/21	<p>Dx 1 Ansietas</p> <p>S : pasien mengatakan cemas karna besok akan melakukan tindakan operasi pembedahan laparotomy</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien terlihat gelisah</li> <li>- pasien terlihat tegang</li> <li>- ttv (tekanan darah 100/80mmHg, nadi 76x/mnt, suhu 36.4 C, SpO2 99%, GCS 456, RR 20x/mnt)</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx 2 : Nausea</p> <p>S : pasien mengatakan puasa untuk persiapan operasi</p>	          

	17.15	- Monitor TTV → TD 110/80 mmHg, N 80x/menit, S 36.4 C, RR 20x/menit, SPO2 99%			O :	
	19.00	- Memberikan diet pasien → diet lunak tktp			- Pasien terlihat lemah	
	19.15	- Memberikan edukasi ke pasien dan keluarga tentang persiapan operasi → menganjurkan pasien berpuasa mulai jam 24.00			- Turgor kulit menurun	
	19.30	- Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi injeksi → inj cefosulbactam 1 gr, inj ondansetron 4 mg			- Mukosa bibir kering	
	21.00	- Mengobservasi reaksi alergi → pasien mengatakan tidak gatal dan tidak ada kemerahan tanda-tanda alergi			A : masalah belum teratasi	
		- Melaksanakan timbang terima dengan shift malam			P : intervensi dilanjutkan	
					Dx 3 : Nyeri akut	
					S : pasien mengatakan perut terasa nyeri	
					O :	
					- Pasien tampak gelisah	
					- Skala nyeri	
					P : nyeri perut saat muntah	
					Q : seperti di remas remas	
					R : perut kanan	
					S : skala 3 (1-10)	
					T : saat muntah terus menerus	
					A : masalah belum teratasi	
					P : intervensi dilanjutkan	
					Dx 3 : Resiko hipovolemia	
1,2,3,4	30/11/21			30/11/21	Dx 1 Ansietas	
	21.00	- Melakukan timbang terima dengan shift sore			S : pasien mengatakan tidak bisa tidur karna takut besok pagi akan operasi	
	21.35	- Mendengarkan penyebab kecemasan pasien dengan penuh			O :	
					- pasien terlihat gelisah	

		perhatian → pasien mengatakan cemas karena akan operasi besok pagi			- pasien terlihat tegang - ttv (tekanan darah 130/80mmHg, nadi 84x/mnt, suhu 36.5 C, SpO2 98%, GCS 456, RR 20x/mnt)	
21.50					A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
22.00		- Menjelaskan tentang persiapan atau prosedur operasi				
		- Melakukan pengkajian lengkap meliputi rasa mual termasuk frekuensi, durasi, tingkat mual dan faktor penyebab → pasien mengatakan jika masih mual dan muntah 2 kali selama 1 hari ini, keluar cairan berwarna hijau			Dx 2 Nausea S : pasien mengatakan mual berkurang dan sudah tidak muntah O :	
22.10					- Puasa untuk persiapan operasi - Mukosa bibir kering	
23.00		- Konsultasi anestesi dr Farida → tidak diangkat			A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	
		- Menganjurkan pasien untuyk beristirahat untuk mengurangi rasa mual				
04.00					Dx 3 : Nyeri akut S : pasien mengatakan nyeri berkurang O :	
		- Memberikan terapi injeksi → cefosulbactam 1 gr, inj OMZ 40 mg, ondancentron 4 mg, tramadol 1 amp dalam NS 100cc			- Skala nyeri P : nyeri perut Q : seperti di remas remas R : perut kanan S : skala 1 (1-10) T : hilang timbul	
04.15					A : masalah teratasi sebagian P : intervensi di lanjutkam	
		- Mengobservasi reaksi alergi → pasien mengatakan tidak gatal dan tidak ada kemerahan tanda-tanda alergi				
05.00						
		- Mengkaji TTV → tekanan darah 130/80mmHg, nadi 84x/mnt, suhu 36.5 C, SpO2 98%, GCS 456, RR				



					<p>S : pasien mengatakan nyeri kadang tiba tiba muncul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri</li> <li>P : nyeri perut</li> <li>Q : seperti di remas remas</li> <li>R : perut kanan</li> <li>S : skala 1 (1-10)</li> <li>T : hilang timbul</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p>Dx 3 : Resiko hipovolemia</p>	
1,2,3,4	01/12/21 14.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengambil pasien di ruang icu, pasien dengan post op laparotomy biopsy masa tumor intra abdomen. Hasil operasi didapatkan massa padat keras berdungkulpada mesocolon tranversum ukuran +- 8x10 cm padat keras, kesan lymphoma</li> <li>- Mengobservasi keadaan pasien → napas spontan, O2 bebas, spo2 99%, RR 20x/menit, tekanan darah 120/90mmHg, nadi 102x/menit, suhu 36.5 C, GCS</li> </ul>		01/12/21	<p>Dx 1 Ansietas</p> <p>S : pasien mengatakan sudah lega karna operasinya berjalan dengan lancar</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien terlihat tenang</li> <li>- ttv (tekanan darah 120/90mmHg, nadi 102x/mnt, suhu 36.5 C, SpO2 99%, GCS 456, RR 20x/mnt)</li> </ul> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p>Dx 2 Nausea</p> <p>S : pasien mengatakan masih mual</p> <p>O :</p>	

		456, terpasang kateter, pupil isokor, pasien sementara puasa, NGT terbuka, mobilisasi dibantu sebagian, terpasang infus perifer tangan kiri sambung inf RL 1000cc/24 jam (IV)			- Puasa untuk persiapan operasi - Mukosa bibir kering A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	
14.30					Muncul masalah baru post operasi	
15.00		- Memvalidasi → pasien mengatakan nyeri di daerah operasi			Dx 3 : Nyeri akut	
16.00		- Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi			S : pasien mengatakan nyeri didaerah luka operasi	
17.00		- Menganjurkan keluarga tetap mendampingi pasien			O :	
17.30		- Mengukur produksi urine →50cc/3 jam			- Luka tertutup kassa	
17.45		- Memberikan inj cefobactam 1gr, ondansentron 1 amp, ketorolac 1 amp			- Skala nyeri	
18.00		- Mengobservasi reaksi alergi, pasien mengatakan tidak gatal dan tidak ada kemerahan tanda-tanda alergi			P : luka operasi	
19.00		- Mongobservasi ttv → tekanan darah 150/98 mmHg, nadi 97x/menit, suhu 36.3C, RR 20x/mnt, spo2 100%			Q : perih	
20.00					R : abdomen	
21.00		- Menganjurkan pasien untuk beristirahat			S : skala 3 (1-10)	
					T : timbul saat bergerak	
					A : masalah belum teratasi	
					P : intervensi dilanjutkan	
					Dx 4 Resiko Infeksi	



	06.00	- Observasi ttv → 125/90mmHg, nadi 88x/menit, RR 20x/menit, spo2 99%, suhu 36,4C			Dx 3 Resiko Infeksi	
	07.00	- Timbang terima dengan shift pagi				

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada Bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn.E dengan diagnosa medis Kolelitiasis di ruang B1 RSPAL Dr.Ramelan Surabaya yang dilaksanakan pada 29 November 2021 sampai 01 Desember 2021 meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. E dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang serta tim medis lain seperti dokter dan perawat. Pembahasan akan dimulai dari :

##### **4.1.1 Data Umum**

Data yang didapatkan Tn E berjenis kelamin laki – laki berusia 59 tahun, memiliki 3 orang anak. Dari hasil penelitian (sakti et all, 2020) didapatkan hasil responden yang memiliki usia diatas 40 tahun akan memiliki resiko 0,22 kali lebih besar menderita kolelitiasis dibandingkan dengan responden dengan usia dibawah 40 tahun. Hal ini disebabkan oleh adanya peningkatan saturasi empedu karena terjadi penurunan aktivitas. Berdasarkan hasil pengkajian Tn E berjenis kelamin laki – laki. Menurut Reshetnyak (2012) penderita kolelitiasis paling banyak menyerang perempuan dibandingkan laki – laki karena perempuan memiliki hormon estrogen yang berpengaruh terhadap meningkatnya eksresi kolestrol oleh kandung empedu.

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

Keluhan utama yang dirasakan Tn. E saat pengkajian yaitu Tn. E merasa mual muntah lebih dari 6x/hari dan tidak nafsu makan, Tn.E mengatakan jika perokok aktif sejak usia 20 tahun. Tn E dirawat dengan Diagnosa medis Kolelitiasis. Menurut Tadoroki (2010) resiko terjadinya kolelitiasis salah satunya adalah merokok karena kadar esterogen endogen menjadi penyebab meningkatnya resiko batu empedu.

#### **4.1.3 Pemeriksaan Fisik**

##### **1. Sistem Pernapasan**

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak sesak nafas, irama nafas reguler dengan kualitas 20x/menit, tidak menggunakan otot bantu nafas, tidak terpaang selang WSD, tidak ada pergerakan nafas cuping hidung, septum hidung tepat ditengah, bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, vocal femitus teraba seimbang kanan dan kiri, pergerakan dada teraba simetris, tidak ada krepitasi, perkusi dada sonor, suara nafas vesikuler dan tidak ditemukan suara nafas tambahan

##### **2. Sistem Kardiovaskuler**

Saat pengkajian pasien tampak meringis saat nyeri, konjungtiva tidak anemis, wajah terlihat pucat, mata cowong, tidak ada pembesaran vena juguralis, pergerakan ictus cordis terlihat, akral tangan dan kaki terlihat merah, tidak terpasan JVP maupun CVP, CRT <2 detik, akral teraba hangat kering, ictus cordis teraba (ICS V MID Clavikula sinistra), nadi teraba regulet dan kuat 80x/mnt, sklera konjungtiva normal, kekuatan ictus cordis kuat, tidak ada nyeri tekan di dada, irama jantung reguler, bunyi

jantung S1 S2 tunggal.

### 3. Sistem Persyarafan

Saat dilakukan pengkajian GCS 456, reflek cahaya normal, pupil isokor, reflek fisiologi: patela sinistra (+), trisep (+), bisep (+) reflek paologi: babinsky (+), brudzinsky (+), nervus kranial I: Pasien mampu membedakan bau, nervus kranial II: Pasien tidak menggunakan kacamata, nervus kranial III: Pasien mampu menggerakkan bola mata, nervus kranial IV: Pasien mampu menggerakkan mata keatas dan kebawah, nervus kranial V: Pasien mampu menggerakkan rahag keatas dan kebawah, nervus kranial VI: Pasien mampu menggerakkan mata kearah lateral, nervus kranial VII: Pasien mampu tersenyum dengan normal, nervus kranial VIII: Pasien mampu mendengar pertanyaan , nervus kranial IX: pasien mampu menelan dengan baik, nervus kranial X: Pasien mampu membuka mulut dengan baik, nervus kranial XI: Pasien mampu menggerakkan kepala dan leher, nervus kranial XII: Pasien mampu menggerakkan lidah kekanan dan kiri.

### 4. Sistem Perkemihan

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan pola minum dalam sehari sebelum pasien masuk rumah sakit dapat menghabiskan kurang lebih 1,5 liter air mineral, tidak terpasang kateter, jumlah urin yang dikeluarkan kurang lebih 1300cc/24jam, warna kuning , urin tidak berbau menyengat, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih kandung kemi timpani, intake output cairan total input minuman 1500cc/24jam, total output urin 1300cc/24jam

### 5. Sistem Pencernaan

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan mual muntah, pasien

mengatakan menyukai jenis makanan sayur sayuran tetapi saat di rumah sakit pasien mengatakan nafsu makan menurun dan saat makan hanya menghabiskan 2 sendok, tidak terpasang NGT, ada reflek menelan, mukosa bibir kering, kebiasaan defekasi 1x/hari secara konsisten feses lembek tidak di dapatkan hematemesis ataupun melena pada feses, tidak ada nyeri abdomen, terdengar peristaltic usus 20x/mnt, berat badan sebelum sakit 70 kg, berat badan saat sakit 67 kg.

#### 6. Sistem Muskuloskeletal

Saat dilakukan pengkajian tidak ada edema, turgor kulit baik dan elastis, tidak terdapat krepitasi, kemampuan pergerakan sendi bebas, tidak ditemukan atrofi dan hiperatrofi, tidak ada paralisis, tidak terdapat hemiparase dan tidak ada deformitas, tidak ada nyeri sendi dan nyeri tulang, tidak terdapat fraktur, tidak ditemukan adanya dislokasi dan alat bantu seperti traksi atau gips, skala kekuatan otot 555 555 555 555.

Pada pengkajian pemeriksaan fisik yang terdapat masalah yaitu pada bagian Sistem Pencernaan, pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan mual muntah, pasien mengatakan menyukai jenis makanan sayur sayuran tetapi saat di rumah sakit pasien mengatakan nafsu makan menurun dan saat makan hanya menghabiskan 2 sendok, mukosa bibir kering, berat badan sebelum sakit 70 kg, berat badan saat sakit 67 kg. Menurut Suratun (2010) salah satu tanda dan gejala Kolelitiasis adalah mual muntah dan bertambah hebat beberapa jam setelah makan dalam porsi besar. Peneliti berasumsi bahwa mual muntah yang dirasakan pasien karna terjadinya penurunan pristaltik sehingga makanan tertahan di

lambung dan terjadilah mual muntah.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Penulis pada tahap ini meneruskan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan data yang diperoleh dari pasien dan keluarga pada saat pengkajian. Diagnosis keperawatan yang terdapat pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka menghasilkan 3 diagnosis yang muncul pada Tn. E, diantaranya yaitu :

1. Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2019)

Diperoleh data dari pasien mengatakan cemas karena akan dilakukan tindakan operasi. Menurut SDKI (2019) pada domain D.0080, menjelaskan pada data objektif tanda mayor yaitu tampak gelisah, tampak tegang dan sulit tidur dan untuk gejala minornya yaitu, frekuensi napas meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih dan berorientasi pada masa lalu. Peneliti berasumsi pada kasus kolelitiasis yang akan menjalankan tindakan operasi pasti akan merasakan ansietas hal ini disebabkan kurangnya tingkat pengetahuan dan juga takut akan mengalami kegagalan.

2. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2019)

Diperoleh data dari pasien mual dirasakan setelah makan. Pengkajian didapatkan pasien mengatakan mual, nafsu makan berkurang, cairan muntah berwarna hijau. menurut SDKI (2019) pada domain D.0076, menjelaskan pada data objektif nausea tanda mayor dan minornya yaitu mengeluh mual, merasa

ingin muntah, tidak berminat untuk makan, pucat, diaphoresis. Peneliti berasumsi pada kasus kolelitiasis mual timbul disebabkan penurunan peristaltik sehingga makanan tertahan dilambung dan efeknya dapat menimbulkan rasa mual.

3. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2019)

Diperoleh data dari pasien nyeri pada perut bagian kanan atas. Pengkajian didapatkan nyeri karena muntah terus menerus, kualitas nyeri seperti diremas, skala 4 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul, pasien meringis kesakitan dengan posisi waspada dan menghindari nyeri. Menurut SDKI (2019) pada domain D.0077, menjelaskan pada data objektif nyeri akut tanda mayor dan minornya yaitu mengeluh nyeri, meringis kesakitan, gelisah, dan bersikap protektif menghindari nyeri.

4. Resiko Hipovolemia berhubungan Kehilangan Cairan Secara Aktif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2019)

Diperoleh data dari pasien, pasien enggan makan karena takut jika muntah. Menurut SDKI (2019) domain D.0034 data yang perlu dikaji yaitu periksa adanya tanda dan gejala hipovolemia mis. frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, haus, lemah.

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan pembuatannya menyesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Setiap diagnosa keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan criteria hasil yang dihapkan sebagai penilaian keberhasilan tindakan

keperawatan yang diberikan.

### 1. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

Tujuan dari perawatan yang diberikan selama 3x24 jam diharapkan tingkat kecemasan menurun yang ditandai dengan verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir menurun gelisah menurun, tegang menurun, pola tidur membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019). Perencanaan tindakan yang akan dilakukan yaitu, Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal kondisi, waktu, stresor, identifikasi tanda tanda ansietas (verbal dan non verbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang membuat ansietas, diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin akan dialami, anjurkan keluarga untuk tetap disamping pasien, latih teknik relaksasi, kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu

### 2. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi

Tujuan dari perawatan yang diberikan selama 3x6 jam diharapkan mual muntah dapat teratasi yang ditandai dengan nafsu makan meningkat, keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun, frekuensi menelan meningkat, diaforesis menurun, pucat membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019). Perencanaan tindakan yang akan dilakukan identifikasi faktor penyebab mual muntah, monitor mual muntah ( mis. Frekuensi, durasi dan tingkat keparahan), monitor asupan nutrisi dan kalori, kendalikan faktor penyebab mual muntah, berikan makan dalam jumlah kecil, anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, anjurkan makan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, kolaborasi pemberian anti mual, jika perlu.

### 3. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis

Tujuan dari perawatan yang diberikan selama 3x6 jam diharapkan tingkat nyeri dapat berkurang yang ditandai dengan keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019). Perencanaan tindakan yang akan dilakukan yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang member berat dan memperingan nyeri, fasilitasi istirahat tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode an pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.

### 4. Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif

Tujuan dari perawatan yang diberikan selama 3x6 jam diharapkan kekuatan nadi meningkat, turgor kulit meningkat, berat badan meningkat, perasaan lemah menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019). Perencanaan tindakan yang akan dilakukan yaitu periksa adanya tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, , td menurun, tekanan nadi menyempit, tugor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, haus, lemah), monitor intake dan output cairan, hitung kebutuhan cairan, anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak, kolaborasi pemberian cairan iv isotonis (mis. naCl, RL).

## 4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pengelolaan serta perwujudan terhadap penyusunan dari rencana keperawatan yang berisi tindakan observasi, mandiri, terapeutik dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis

dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Sedangkan tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain. Implementasi dapat dilakukan menyesuaikan kondisi klinis pasien dan evaluasi dilakukan setiap pergantian shift. SOAP didokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam perencanaan tindakan keperawatan (Supratti, 2016).

Implementasi yang pertama pada diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan yaitu, kaji tanda tanda ansietas pasien tampak cemas, kaji penyebab timbulnya kecemasan, jelaskan prosedur yang akan dilakukan nantinya, ajarkan teknik relaksasi napas dalam.

Pada implementasi yang ke dua diagnosa nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi yaitu kaji penyebab mual muntah serta monitor frekuensi muntah kemudian memberikan terapi inj ondansentron 1 amp untuk mengurangi mual (anti mual), mengobservasi reaksi alergi pasien apa bila ada alergi obat pasien mengatakan tidak gatal dan tidak ada kemerahan tanda-tanda alergi, monitoring berat badan pasien apa bila terjadi penurunan berat badan secara dastis, menganjurkan pasien untuk beristirahat untuk mengurangi mual.

Pada implementasi yang ketiga diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yaitu mengidentifikasi intensitas dan frekuensi nyeri, didapatkan dengan hasil nyeri pada perut kanan atas kiri dengan skala 4, seperti diremas hilang timbul. Tindakan yang selanjutnya mengkaji penyebab nyeri, mengkaji lokasi, karakteristik durasi dan skala nyeri, memberikan penjelasan kepada klien tentang penyebab nyeri dan untuk mencegah, memberikan terapi inj tramadol 1 drip,

mengobservasi reaksi alergi, pasien mengatakan tidak gatal dan tidak ada kemerahan tanda-tanda alergi.

Pada implementasi yang keempat diagnosa resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif yaitu monitor frekuensi muntah, menganjurkan pasien untuk beristirahat untuk mengurangi mual, monitoring adanya tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, , td menurun, tekanan nadi menyempit, tugor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, haus, lemah), moni]tor intake dan output cairan.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tindakan yang dilakukan terus menerus untuk mengetahui respon klien terhadap tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan (Supratti, 2016). Diagnosa keperawatan pertama pada diagnosa keperawatan ansietas dilakukan pengkajian hari pertama pasien mengatakan cemas karena akan dilakukan tindakan operasi laparotomy pasien takut jika operasinya gagal, data objektif pasien terlihat gelisah dan tegang. Hari kedua evaluasi subjek pasien mengatakan takut jika operasinya gagal, data ojektif pasien terlihat gelisah dan tegang nadi 76x/mnt. Hari ketiga evaluasi pasien mengatakan sudah lega karena operasi berjalan dengan lancar, data objektif pasien terlihat tenang. Masalah teratasi dimana yang artinya tindakan keperawatan sudah berhasil dan bisa dijalankan sesuai perencanaan yang dibuat.

Diagnosa keperawatan kedua pada diagnosa keperawatan nausea dilakukan pengkajian hari pertama pasien mengatakan mual disertai muntah, data objektif pada evauasi hari pertama didapatkan pasien terlihat lemah tampak pucat mukosa bibir kering, makan tidak habis. Hari kedua evaluasi subjek pasien mengatakan masih mual

tetapi jarang muntah, data objektif pada evaluasi hari kedua didapatkan pasien masih terlihat lemah, mukosa bibir kerin, makan 4 sendok. hari ketida evaluasi subjek pasien mengatakan mual berkurang, data objektif pada evaluasi hari ke tiga didapatkan pasien tambah lebih segar, turgor kulit membaik, makan  $\frac{1}{2}$  porsi, masalah teratasi dimana yang artinya tindakan keperawatan sudah berhasil dan bisa dijalankan sesuai perencanaan yang dibuat.

Diagnosa keperawatan ketiga pada diagnosa keperawatan nyeri akut dilakukan pengkajian hari pertama pasien mengatakan nyeri di daerah perut kanan bagian atas, terasa seperti di remas, skala nyeri 4 dari rentang 1-10. Setelah dilakukan implementasi keperawatan respon pasien didapatkan pasien mengatakan masih terasa nyeri. Data objektif pada evaluasi hari pertama didapatkan pasien dapat mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam dan sudah tidak seberapa meringis kesakitan. Hari ke-2 evaluasi subjektif pasien mengatakan masih terasa nyeri dan data yang sudah didapatkan selama evaluasi selama 3 hari pasien mengatakan bahwa nyeri berkurang. Dimana yang artinya tindakan keperawatan sudah berhasil dan bisa dijalankan sesuai perencanaan yang dibuat.

Diagnosa ke empat yaitu risiko hipovolemia yang dilakukan implementasi pemantauan adanya tanda dan gejala hipovolemia meliputi frekuensi nadi meningkat, , tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, haus, lemah), monitor intake dan output cairan.

Diagnosa kelima yaitu nyeri akut dilakukan pengkajian di hari ketiga pasien mengatakan nyeri di daerah luka operasi, terasa perih, skala nyeri 3 dari rentang 1-10.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan respon pasien didapatkan pasien mengatakan nyeri timbul saat bergerak. Data objektif pada evaluasi hari ketiga didapatkan luka tertutup kassa, pasien beberapa kali meringis keskitan. Dimana yang artinya tindakan keperawatan belum berhasil dan dilanjutkan sesuai perencanaan yang dibuat.

Diagnosa ke enam yaitu risiko infeksi yang dilakukan implementasi pemantauan adanya tanda dan gejala terjadinya infeksi, adanya kemerahan sekitar luka, adanya perdarahan pada luka operasi, monitor suhu tubuh.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Penulis setelah melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan Medical Bedah pada Tn.E dengan diagnosis medis Kolelitiasis di Ruang B1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, penulis dapat menarik beberapa kesimpulan dan saran yang dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Kolelitiasis.

#### **5.1 Kesimpulan**

1. Pengkajian pada Tn.E didapatkan data terfokus mengarah pada keluhan utama yaitu mual muntah yang sering terjadi pada pasien kolelitiasis. Pengkajian dilakukan dengan pendekatan persistem. Pada pengkajian sistem pencernaan pasien mual muntah, nafsu makan berkurang hanya menghabiskan ½ porsi, cairan muntah berwarna hijau, mukosa bibir kering, berat badan sebelum sakit 70 kg berat badan saat sakit 67kg.
2. Dalam menegakkan diagnosa keperawatan penulis hanya menegakkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi klinis yang dialami pasien, diagnosa pre op yaitu, ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan, nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, resiko hipovolmia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Diagnosa post op yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : tindakan operasi Laparotomy dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama pasien tidak mengalami tanda dehidrasi akibat pengeluaran cairan aktif.

Perencanaan tindakan sudah disesuaikan dengan teori dan kondisi pasien dengan menetapkan penyusunan rencana keperawatan. Intervensi keperawatan berdasarkan buku Starbdar Keperawatan Indonesia.

4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu ansietas dilakukan dengan mengajarkan teknik relaksasi, tindakan keperawatan yang kedua nausea dilakukan dengan memberi terapi injeksi ondansentron untuk mengurangi mual, tindakan keperawatan yang ketiga pada diagnosa nyeri akut dengan dilakukannya terapi relaksasi napas dalam dan pemberian injeksi ketorolac dan tramadol. tindakan keperawatan yang keempat pada diagnosa resiko hipovolemia dengan dilakukannya mengkaji adanya tanda dan gejala resiko hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, , tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, haus, lemah), monitor intake dan output cairan. Tindakan keperawatan yang kelima pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan tindakan pembedahan dilakukan dengan mengajarkan teknik napas dalam jika nyeri muncul. Tindakan keperawatan yang keenam pada diagnosa resiko infeksi yaitu memantau adanya tanda tanda infeksi misal munculnya kemerahan pada daerah sekitar luka op.
5. Evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah nausea belum teratasi dalam 3 hari, masalah nyeri akut belum teratasi dalam waktu 3 hari.
6. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakkan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan Tn.E.

## 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

### 1. Bagi Rumah Sakit

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan perawatan pasien dengan kebutuhan *total care*, *professional* serta sikap *caring* bagi pasien serta penanganan yang cepat dan tepat pada kasus Kolelitiasis guna mencegah memburuknya kondisi pasien.

### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Agar lebih meningkatkan mutu pendidikan yang lebih *professional* dan berkualitas untuk menciptakan calon tenaga perawat yang lebih *professional*, tanggung jawab, handal, ulet dan cerdas. Serta mampu memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Kolelitiasis.

### 3. Bagi perawat ruangan

Perawat sebagai petugas pemberi pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kolelitiasis.

### 4. Bagi Keluarga dan Pasien

Keluarga dan pasien agar lebih bisa mencegah akan timbulnya penyakit Kolelitiasis.

### 5. Bagi Penulis Selanjutnya

Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah akhir ini sebagai salah satu sumber data untuk penulisan selanjutnya serta disarankan untuk dilakukan penulisan lebih lanjut mengenai perawatan pada pasien dengan Kolelitiasis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Albert, & Andre Bredenoord. (2016). *Functional Anatomy and Pysiology. A guide to Gastrointestinal Motility Disorder*. 1–13.
- Andarmoyo, S. (2020). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*, Ar- Ruzz, Yogyakarta.
- Guyton. (2014). *guyton and Hall Textbook of Medical Physiology*. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>.
- L.,Moore, K. et al. (2014). *Clinically Oriended Anatomy*. <https://doi.org/10.1002/ca.22316>
- LM, S., & Shaffer. (2012). No Title. *EEpidemiologi of Galbladder Disease : Cholelithiasis and Cancer*, 6(2), 172–187.
- Mubarak, W. I. (2018). *Buku ajar kebutuhan dasar manusia: Teori dan aplikasi dalam praktik*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Muttaqin, A. (2018). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Salemba Medika.
- SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia SDKI (2016) (Edisi 1)*. Jakarta: DPP PPNI (Lama).
- Setiawan, R., Rohmani, A., Kurniati, I. D., Ratnaningrum, K., Basuki, R., & Prasetyo, B. (2015). Sistem Gastrointestinal, Hepatobilier, dan Pankreas. In *Buku ajar ilmu bedah*.
- Tanaja, J. and Meer, J. M. (2017) Cholelithiasis, StatPearls. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29262107>.
- Welling, T.H. & Simeone, D.M. Gallbladder and Biliary Tract: Anatomy and Structured. Yamada's Textbook of Gastroenterology 2016;2.
- Gladden D, Migala A et al. 2009. Cholecystitis eMedicine.com. Gladden D, Migala A Husain M. Gheewala, Surajsinh A. Chauhan, Akhil Palod, Dharmesh J. Balsarkar, Rahul V. Kandekar. A case of Gall Stone Ileus. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences* 2015; 4(55);9670-9673
- Shaffer. (2006). *Gallstone disease : Epidemiology of gallblader stone disease*. *Best Pract Res Clin Gastroentrol*. 20, 981–996.
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (Edisi 1)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Sjmsuhidajat. (2010). *Buku Ajaran Ilmu Bedah (Edisi 2)*. EGC.
- Supratti. (2016). *Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju, Indonesia*.
- winslow. (2015). *Bile Duct Cancer Treatment Patient version*.
- Baticaca (2009). Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem metabolisme. Jakarta Salemba Medika, 40-43.
- Shareef. Kafia M, Omar LS, Garota SA, Correlation Between The Chemical Components Of Gallstones And Sera Of Stone Former: *Gomal Journal Of Medical Sciences* January-June 2009, Vol.7, No.1, 2-5

- Behari, A., & Kapoor, V. K. (2012). Asymptomatic Gallstones (AsGS) - To Treat or Not to? *Indian Journal of Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s12262-011-0376-5>
- Bansal, A., Akhtar, M., & Bansal, A. (2014). A clinical study: prevalence and management of cholelithiasis. *International Surgery Journal*. <https://doi.org/10.5455/2349-2902.isj20141105>
- Abraham, S., Rivero, H. G., Erlich, I. V., Griffith, L. F., & Kondamudi, V. K. (2014). Surgical and nonsurgical management of gallstones. *American Family Physician*.
- Price, Sylvia A dan Wilson (2012). *patofisiologi ; Konsep Klinik Proses - proses penyakit Edisi 6. Jakarta:EGC*
- Doherty GM. Biliary Tract. In: *Current Diagnosis & Treatment Surgery* 13th edition. 2010. US: McGraw-Hill Companies, p544-555
- Reshetnyak, V. I. 2012. Concept of the pathogenesis and treatment of cholelithiasis. *World J Hepatol*, 4(2), 18-3
- Suratun, Lusianah (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta : TIM

**Lampiran 1****CURRICULUM VITAE**

Nama : Putri Ayu Sulistyowati  
Nim : 171.0082  
Program Studi : Profesi Ners  
Tempat, tanggal lahir : Sidoarjo, 21 Oktober 1997  
Alamat : Desa Ngingas Barat RT 34 RW 08, Kecamatan Krian  
Agama : Islam  
Email : [Ssputriayu@gmail.com](mailto:Ssputriayu@gmail.com)

## Riwayat Pendidikan

- |   |            |
|---|------------|
| 1. TK Aisyiyah Bustanul Athfal              | Tahun 2004 |
| 2. SDN KRIAN III                            | Tahun 2010 |
| 3. SMPN 1 KRIAN                             | Tahun 2013 |
| 4. SMK Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo         | Tahun 2016 |
| 5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya | Tahun 2021 |

## Lampiran 2

### **MOTTO & PERSEMBAHAN**

#### **MOTTO**

“KARYAKU ADALAH MILIKU, KEPUNYAANKU BUKAN MILIK  
MEREKA ATAU LAINNYA”

#### **PERSEMBAHAN**

1. Terimakasih kepada Allah SWT yang telah memberikan nikmat kesehatan, kelancaran dan berkah dalam setiap langkah-langkah pengerjaan skripsi ini.
2. Terimakasih kepada kedua orang tua saya tercinta (Bapak Samsul Sahudi dan Ibu Ismiati) serta nenek saya ( Mbah Sapiyah) yang selalu memberikan doa, motivasi dan dukungan serta kasih sayang kepada saya dalam menuntut ilmu sehingga skripsi saya dapat selesai dengan tepat waktu.
3. Terimakasih kepada alm nenek dan kakek saya (Mbah Ngaisah & Mbah Mingat) berkat beliau akhirnya saya memantapkan hati untuk mengambil jurusan keperawatan dan akhirnya saya bisa sampai di titik ini.
4. Terimakasih kepada adik saya (Ony Dwi Saputra & Melisa Nur Cahyani) yang menghibur saya disaat lelah mengerjakan Karya Ilmiah Akhir.
5. Terimakasih kepada Mas Andre Firmansyah Ardi dan keluarga yang selalu memberi saya semangat dan motivasi agar segera dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir tepat waktu.
6. Terimakasih untuk sahabat saya deret VVIP (Amalia, Delfani, Adinda dan Salsa) yang saling memberi semangat dan suport untuk segera menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.

7. Terimakasih kepada Ibu Nisha Dharmayanti Rinarto,S.Kep.,Ns., M.Si selaku pembimbing yang telah membimbing saya dengan penuh kesabaran dan memberikan ilmu serta waktunya dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Terimakasih kepada teman-teman angkatan 23 STIKES HANG TUAH SURABAYA selama 5 tahun ini.

## Lampiran 3

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
PEMBERIAN OBAT INTRAVENA**

	<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PEMBERIAN OBAT INTRAVENA</b>
<b>Pengertian</b>	Pemberian obat intravena adalah cara menyuntikkan obat yang dilakukan pada pembuluh darah vena.
<b>Tujuan</b>	Memberikan obat kepada klien melalui pembuluh darah vena
<b>Prosedur</b>	<p><b>Persiapan Klien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pastikan kebutuhan klien akan pemberian obat intravena (IV)</li> <li>2. Sampaikan salam</li> <li>3. Jelaskan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> </ol> <p><b>Persiapan Alat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baki/ meja obat</li> <li>2. Jarum dan spuit sesuai ukuran yang dibutuhkan yang telah berisi obat.</li> <li>3. Kapas alkohol/alkohol swab</li> <li>4. Bak spuit</li> <li>5. Torniket</li> <li>6. Buku obat/catatan</li> <li>7. Bengkok obat</li> <li>8. Sarung tangan</li> <li>9. Tempat sampah medis khusus</li> <li>10. Perlak/pengalas.</li> </ol> <p><b>Persiapan Obat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cek 7 benar pemberian obat</li> <li>2. Siapkan obat hanya untuk satu kali pemberian pada satu klien.</li> </ol>

	<p><b>Langkah Prosedur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Bawa obat yang telah dipersiapkan untuk diberikan langsung kepada klien. Jangan meninggalkan obat tanpa pengawasan</li> <li>3. Bandingkan nama yang tertera di buku obat atau pada gelang nama yang terpasang pada klien</li> <li>4. Dekatkan alat-alat ke klien</li> <li>5. Beritahu kembali klien akan prosedur tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>6. Pasang pengalas di area yang akan dilakukan penyuntikan</li> <li>7. Pasang sarung tangan</li> </ol> <p><b>Jika Suntikan Langsung pada Vena</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan dan cari vena perifer besar sebagai tempat penusukan. Lokasi penusukan yang sering digunakan biasanya vena basilica dan sefalika</li> <li>2. Jika pilihan lokasi penyuntikan di vena area lengan, singsingkan lengan baju yang menutupi vena, jika sudah ditemukan, atur lengan lurus dan pasang torniket sampai vena benar-benar dapat dilihat dan diraba. Jika perlu, anjurkan klien mengepalkan tangannya.</li> <li>3. Kemudian bersihkan dengan kapas alkohol/alkohol swab dengan cara melingkar dari pusat ke arah luar atau satu usapan dari titik penyuntikan ke arah proksimal, buang kapas alkohol ke bengkok, tunggu sampai tempat injeksi mengering.</li> <li>4. Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu.</li> <li>5. Perlahan-lahan tusukkan jarum ke dalam vena dengan posisi jarum sejajar dengan vena dan lubang jarum mengarah ke atas. Untuk mencegah vena tidak bergeser, tangan yang tidak memegang spuit dapat digunakan untuk menahan vena sampai jarum masuk kedalam vena.</li> <li>6. Lakukan aspirasi dengan cara menarik plunger spuit. Bila darah terhisap, lepaskan torniket dan dorong obat perlahan-lahan ke</li> </ol>
--	--

	<p>dalam vena.</p> <p>7. Amati respon pasien.</p> <p><b>Jika Terpasang Infus</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cari tempat penusukan suntikan, biasanya dekat dengan IV line (abocath)</li> <li>2. Bersihkan tempat penusukan dengan alkohol swab dan biarkan sesaat sampai mengering (jangan ditiup)</li> <li>3. Matikan aliran cairan infus ke vena klien.</li> <li>4. Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu.</li> <li>5. Masukkan jarum spuit ke tempat penusukkan</li> <li>6. Secara perlahan, suntikkan obat ke dalam selang infus. Sesuaikan waktu pemberian dengan jenis obat.</li> <li>7. Setelah obat masuk semua, segera cabut spuit, tutup jarum dengan teknik <i>one hand</i>, lalu buang ke tempat sampah medis alat tajam habis pakai.</li> <li>8. Setelah obat masuk semua, buka kembali aliran cairan infus ke vena atur kembali tetesan sesuai program.</li> <li>9. Amati kelancaran tetesan infus.</li> <li>10. Lepaskan sarung tangan</li> <li>11. Rapiakan alat-alat dan bantu klien dalam posisi nyaman.</li> <li>12. Evaluasi respon klien setelah pemberian obat intravena (IV) dan rencana tindak lanjut</li> <li>13. Sampaikan salam terminasi</li> <li>14. Cuci tangan</li> <li>15. Dokumentasi hasil tindakan pemberian obat IV.</li> </ol>
<b>Referensi</b>	Mubarak, 2018

## Lampiran 4

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM**

	<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM</b>
<b>Tujuan</b>	Untuk dapat mengurangi/ menghilangkan rasa nyeri.
<b>Indikasi</b>	Dilakukan untuk pasien yang mengalami rasa nyeri dengan skala ringan sampai sedang.
<b>Definisi</b>	Relaksasi nafas dalam adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap efek nyeri yang dirasakan
<b>Prosedur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ciptakan lingkungan yang tenang</li> <li>b. Usahakan tetap rileks dan tenang</li> <li>c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3</li> <li>d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks</li> <li>e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali</li> <li>f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan</li> <li>g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks</li> <li>h. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam</li> <li>i. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri</li> <li>j. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang</li> <li>k. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.</li> <li>l. Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat.</li> </ol>
<b>Referensi</b>	Andarmoyo, 2020