**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Ny.H DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERASI KOLELITIASIS**

**HARI KE 0 DI RUANG I BEDAH**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh :**

**ROBIN NUR CAHYO**

**NIM. 1721015**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

##### **KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Ny.H DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERASI KOLELITIASIS**

**HARI KE 0 DI RUANG I BEDAH**

**RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

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



**Oleh :**

**ROBIN NUR CAHYO**

**NIM. 1721015**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

##### **HALAMAN PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Robin Nur Cahyo

NIM : 1721015

Tempat, Tanggal Lahir : Malang, 05 Juli 1995

Program Studi : D-III Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Ny.H Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Kolelitiasis Hari Ke 0 Di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”**, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika dikemudian 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, 25 Februari 2020

Penulis

**ROBIN NUR CAHYO**

**NIM.** **1721015**

# **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Robin Nur Cahyo

NIM : 1721015

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Ny.H Dengan

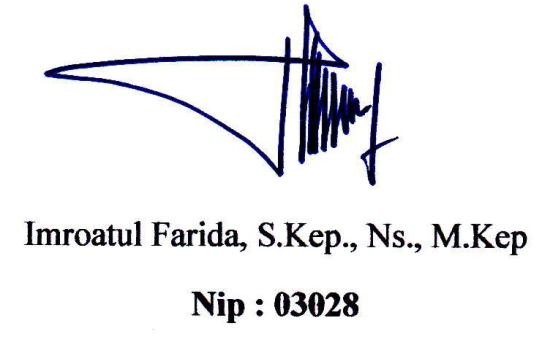
Diagnosa Medis Post Operasi Kolelitiasis Hari Ke 0 Di

Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMD.Kep)**

Surabaya, 25 Februari 2020

Pembimbing

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 25 Februari 2020

# **HALAMAN PENGESAHAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Robin Nur Cahyo

NIM : 1721015

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Ny.H Dengan

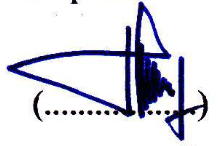
Diagnosa Medis Post Operasi Kolelitiasis Hari Ke 0 Di

Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

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

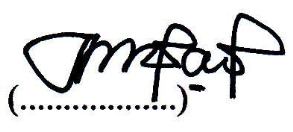
Hari : Selasa

Tanggal : 25 Februari 2020

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

Penguji I : Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep

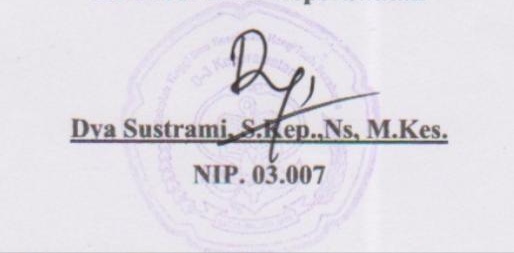
NIP.03.028



Penguji II : Dwi Supriyanti, S.Pd., S.Kep., Ns., MM

NIP.04.007

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Kaprodi D-III keperawatan

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 25 Februari 2020

# **MOTTO & PERSEMBAHAN**

“Bekerjalah seakan hidup seribu tahun lagi”

dan

“Beribadahlah seakaan besok akan kiamat”

Kupersembahkan Karya Tulis Ilmiah yang sangat sederhana ini kepada :

1. Bapak dan Ibu tercinta yang telah membesarkan, membimbing dan selalu mendo’akan dalam setiap langkah hidupku.

2. Kepada kakak dan adikku yang selalu mendukungku secara moral maupun material kepada saya dalam menyelesaikan tugas ini.

3. Kepada istriku tercinta yang selalu menyemangatiku dan selalu mendoakan demi kesuksesanku dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah Ini.

4. Kepada seluruh rekan- rekan D-III keperawatan angkatan 23 Stikes Hang Tuah Surabaya khususnya Progsus angakatan 6 yang selalu bersama baik dalam keadaan susah maupun senang yang selalu mendukung secara moral maupun material.

# **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan berkatnya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan D-III Keperawatan.

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

1. dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL., Sp.KL, selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
2. Ibu Wiwiek Liestyanigrum, S.Kep.,M.kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah meberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Pembimbing I, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Dwi Supriyanti, S.Pd., S.Kep., Ns., MM, selaku Pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi- materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubugan persahabatan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari keempurnaan. Maka saran dan kritik yang kontruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang tuah Surabaya.

Surabaya, 25 Februari 2020

Robin Nur Cahyo

# **DAFTAR ISI**

[HALAMAN JUDUL i](#_Toc33047209)

[HALAMAN PERNYATAAN ii](#_Toc33047210)

[**HALAMAN PERSETUJUAN iii**](#_Toc33047211)

[**HALAMAN PENGESAHAN iv**](#_Toc33047212)

[**MOTTO & PERSEMBAHAN v**](#_Toc33047213)

[**KATA PENGANTAR vi**](#_Toc33047214)

[**DAFTAR ISI viii**](#_Toc33047215)

[**DAFTAR GAMBAR x**](#_Toc33047216)

[**DAFTAR TABEL xi**](#_Toc33047217)

[**DAFTAR LAMPIRAN xii**](#_Toc33047218)

[**DAFTAR SINGKATAN xiii**](#_Toc33047219)

[**BAB 1 1**](#_Toc33047220)

[PENDAHULUAN 1](#_Toc33047221)

[1.1 Latar belakang 1](#_Toc33047222)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc33047223)

[1.3 Tujuan Penelitian 4](#_Toc33047224)

[1.3.1 Tujuan Umum 4](#_Toc33047225)

[1.3.2 Tujuan Khusus 4](#_Toc33047226)

[1.4 Manfaat 5](#_Toc33047227)

[1.4.1 Akademis 5](#_Toc33047228)

[1.4.2 Non-akademis 5](#_Toc33047229)

[1.5 Metode Penulisan 6](#_Toc33047230)

[1.5.1 Metode 6](#_Toc33047231)

[1.5.2 Teknik Pengumpulan Data 6](#_Toc33047232)

[1.6 Sistematika Penulisan 7](#_Toc33047233)

[**BAB 2 8**](#_Toc33047234)

[**TINJAUAN PUSTAKA 8**](#_Toc33047235)

[2.1 Konsep Penyakit Kolelitiasis 8](#_Toc33047236)

[2.1.1 Anatomi dan Fisiologi 8](#_Toc33047237)

[2.1.2 Pengertian Penyakit 11](#_Toc33047238)

[2.1.3 Etiologi 12](#_Toc33047239)

[2.1.4 Patofisiologi 12](#_Toc33047240)

[2.1.5 Menifestasi Klinis 15](#_Toc33047241)

[2.1.6 Penatalaksanaan Medis 16](#_Toc33047242)

[2.1.7 Faktor Resiko 18](#_Toc33047243)

[2.1.8 Diagnosa Banding 19](#_Toc33047244)

[2.1.9 Komplikasi 19](#_Toc33047245)

[2.1.10 Pemeriksaan Penunjang 20](#_Toc33047246)

[2.2 Konsep Nyeri 20](#_Toc33047247)

[2.2.1 Sifat Dasar Nyeri 20](#_Toc33047248)

[2.2.2 Respon Fisiologis Nyeri 20](#_Toc33047249)

[2.2.3 Jenis Nyeri 21](#_Toc33047250)

[2.2.4 Pengukuran Skala Nyeri 22](#_Toc33047251)

[2.3 Konsep Penyembuhan Luka 22](#_Toc33047252)

[2.3.1 Proses Penyembuhan Luka 22](#_Toc33047254)

[2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Proses Penyembuhan Luka 23](#_Toc33047255)

[2.3.3 Pengkajian Luka 25](#_Toc33047256)

[2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Kolelitiasis 26](#_Toc33047257)

[2.4.1 Pengkajian 26](#_Toc33047258)

[2.4.2 Diagnosis Keperawatan 32](#_Toc33047259)

[2.4.3 Perencanaan 38](#_Toc33047260)

[2.4.4 Pelaksanaan 57](#_Toc33047261)

[2.4.5 Evaluasi 57](#_Toc33047262)

[2.5 Kerangka Masalah Kolelitiasis 59](#_Toc33047263)

[**BAB 3 59**](#_Toc33047264)

[**TINJAUAN KASUS 59**](#_Toc33047265)

[3.1 Pengkajian 59](#_Toc33047266)

[3.1.1 Identitas 59](#_Toc33047267)

[3.1.2 Riwayat kesehatan 59](#_Toc33047268)

[3.1.3 Pemeriksaan Fisik 62](#_Toc33047269)

[3.1.4 Pemeriksaan Penunjang 70](#_Toc33047270)

[3.1.5 Terapi 75](#_Toc33047271)

[3.2 Analisa Data 76](#_Toc33047272)

[3.3 Prioritas Masalah 80](#_Toc33047273)

[3.4 Rencana Keperawatan 81](#_Toc33047274)

[3.5 Tindakan Keperawatan 83](#_Toc33047275)

[**BAB 4 92**](#_Toc33047276)

[PEMBAHASAN 92](#_Toc33047277)

[4.1 Pengkajian 92](#_Toc33047278)

[4.2 Pemeriksaan Fisik 95](#_Toc33047279)

[4.3 Diagnosa Keperawatan 101](#_Toc33047280)

[4.4 Rencana Keperawatan 104](#_Toc33047281)

[4.5 Pelaksanaan 106](#_Toc33047282)

[4.6 Evaluasi Keperawatan 108](#_Toc33047283)

[**BAB 5 109**](#_Toc33047284)

[PENUTUP 109](#_Toc33047285)

[5.1 Simpulan 109](#_Toc33047286)

[5.2 Saran 111](#_Toc33047287)

[5.2.1 Bagi Pasien 111](#_Toc33047288)

[5.2.2 Bagi Rumah Sakit 111](#_Toc33047289)

[5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan 112](#_Toc33047290)

[5.2.4 Bagi Mahasiswa 112](#_Toc33047291)

5.2.5 Bagi Praktisi Keperawatan..........................................................................111

[DAFTAR PUSTAKA 113](#_Toc33047292)

# **DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Anatomi Empedu 9

Gambar 2.2 Ukuran Intensitas Nyeri 22

Gambar 3.1 Genogram 61

Gambar 3.2 Hasil Usg 72

Gambar 2.3 Hasil Foto Thoraks 74

# **DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Hasil Cek Darah Lengkap 70

Tabel 3.2 Hasil Cek 71

Tabel 3.3 Terapi 75

Tabel 3.4 Analisa Data 76

Tabel 3.5 Prioritas Masalah 80

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan 81

Tabel 3.7 Tindakan Keperawatan 83

# **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 SPO Pemberian Obat 114

Lampiran 2 SPO TTV 119

Lampiran 3 SPO Rawat Luka 125

# **DAFTAR SINGKATAN**

AGD Analisa Gas Darah

BAB Buang Air Besar

BB Berat Badan

b.d Berhubungan dengan

BCG Bacillus Calmette Guerin

BUN Blood Urea Nitrogen

C Celcius

Cc Centimeter Cubik

Cm Centi Meter

CRT Capillary Refill Time

DO Data Objektif

Dr. Dokter

DS Data Subjektif

Dx Diagnosa (biasa digunakan dalam dunia medis)

GA General Anestesi

GCS Glasgow Coma Scale

HCT Hemotrocit

HGB Hemoglobin

HKM Hangat Kering Merah

IMT Indeks Massa Tubuh

ICS Intercosta

IV Intra Vena

Kg Kilo gram

KRS Keluar Rumah Sakit

MCH Mean Corpuscular Hemoglobin

MCV Mean Corpuscular Volume

mEq Miliekuivalen

mg Mili Gram

Mis. Misal

ml Mili Liter

mmHg Milimeter Merkuri Hydrargyrum

MRS Masuk Rumah Sakit

N Nadi

NGT Nasogastrik Tube

No Nomor

Ny Nyonya

P Provoking (pengkajian nyeri)

PCT Procalcitonin

PKK Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga

PLT Platelet

Q Quality(pengkajian nyeri)

R Region (pengkajian nyeri)

RBC Red Blood Cell

ROM Range of Motion

RR Respiratori Rate

RS Rumah Sakit

RSPAL Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut

S Suhu

S Scale

SGPT Serum Glutamic Pyruvate Transaminase

SGOT Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase

SMRS Sebelum Masuk Rumah Sakit

SOAP *Subjective, Objective, Assessment, Plan*: Subjektif, Objektif, Pengkajian Rencana

SPO Standart Prosedur Operasional

T Time (pengkajian nyeri)

TB Tinggi Badan

TD Tensi Darah

Tpm Tetes Per Menit

TTV Tanda-Tanda Vital

USG Ultrasonografi

WBC White Blood Cell

WIB Waktu Indonesia Barat

## 

##### **PENDAHULUAN**

### Latar belakang

Kolelitiasis atau batu empedu merupakan masalah kesehatan yang penting di negara barat sedangkan di Indonesia kejadian batu empedu terus meningkat terutama pada usia muda, dan baru mendapat perhatian secara klinis, publikasi penelitian membahas mengenai batu empedu masih terbatas (Sueta & Warsinggih, 2017). Perkembangan batu empedu dapat tetap bersifat asimtomatik selama beberapa dekade. Perpindahan dari batu empedu dapat mengakibatkan oklusi dari saluran empedu dan pankreas, menyebabkan rasa sakit (kolik bilier) dan menghasilkan komplikasi akut, seperti kolelitiasis akut, asending kolangitis, atau pankreatitis akut. Kondisi kronis penyakit batu empedu dapat mengakibatkan fibrosis dan hilangnya fungsi kandung empedu dan menjadi predisposisi untuk menjadi kanker empedu (Mutaqqin & Sari, 2011). Keluhan klinis yang sering ditemukan pada penderita kolelitiasis adalah nyeri pada perut kanan atas, nyeri epigastrium, demam, ikterus, mual, muntah, jika tidak ditangani dengan baik komplikasi yang dapat terjadi adalah kolesistitis, hidrops vesika felea, ikterus obstruktif, pankreatitis batu empedu, sirosis biliaris, dan keganasan. (Dhilion et al., 2017). Penderita kolelitiasis di ruang I Bedah RSPAL DR. Ramelan Surabaya jarang ditemukan, akan tetapi penderita kolelitiasis banyak kebutuhan dasarnya tidak terpenuhi karena nyeri yang sangat hebat pada perut kanan atas, tidak bisa beraktivitas, terganggu istirahat tidurnya, mengalami kelelahan yang terus menerus serta demam, mual dan muntah.

Penelitian yang dilakukan oleh Liu *et al* tahun 2018 didapatkan hasil kasus kolelitiasis pada pasien perempuan sebanyak 728 kasus disertai peningkatan IMT. laki-laki yang menderita kolelitiasis didapatkan sebanyak 1309 kasus dengan peningkatan IMT. Kolelitiasis sangat banyak ditemukan pada populasi umum dan laporan menunjukan bahwa 11.840 yang menderita kolelitiasis pada pria adalah 13.1% dan 33.7% adalah wanita yang menderita batu empedu. Penduduk dari total 12 % menderita kolelitiasis menjadi sekitar 20 juta setiap tahunnya ditemukan angka kejadian lebih dominan wanita 20% yang rata rata berumur 40-50 tahun. Angka kejadian kolelitiasis di Negara asia 3% sampai 15% lebih rendah dibandingkan Negara barat, salah satunya yaitu negara Indonesia (Nurhikmah et al., 2018). Penyakit kolelitiasis di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya sebanyak 12 % atau 43 pasien dari jumlah keseluruhan 358 pasien pada periode triwulan 4 bulan oktober, nopember, desember 2019.

Tuntutan pekerjaan dan kebutuhan hidup setiap orang yang meningkat, membuat masyarakat Indonesia melakukan gaya hidup yang tidak sehat. Meningkatnya konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi lemak, waktu melakukan latihan fisik yang terbatas, dan adanya stress. Faktor-faktor yang paling banyak menyebabkan terjadinya kolelitiasis, mulai dari usia, jenis kelamin, berat badan berlebih dan obesitas, serta gaya hidup masyarakat saat ini (Hermawati, N. Ayu Gustia, 2018). Batu empedu sebagian besar adalah batu kolesterol yang terbentuk di dalam kandung empedu. Penyebab yang lain kolelitiasis adalah obesitas, kehamilan, intoleransi glukosa, resistensi insulin, diabetes mellitus, hipertrigliseridemia, pola diet, penyakit Crohn’s, reseksi ileus. Faktor risiko 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 (Hermawati, N. Ayu Gustia, 2018).

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat memberikan informasi tentang bagaimana tanda gejala, cara pencegahan, cara pengobatan dan penanganan pasien dengan kolelitiasis, sehingga pasien maupun keluarga juga dapat berperan aktif dalam pengobatan nonfarmakologi dengan cara hidup sehat, pemeliharaan kesehatan baik individu itu sendiri maupun orang lain disekitarnya. Kolelitiasis bisa disembuhkan dengan pemberian obat farmakologi seperti obat ursodiol/actigal, untuk menghancurkan batu didalam kantung empedu, ada juga obat untuk mengurangi konten kolesterol dalam batu empedu dan bila nyeri pemberian obat analgesik untuk mengurangi nyeri. Tindakan lain yang bisa dilakukan untuk mengatasi kolelitiasis adalah dengan cara pembedahan laparaskopi atau kolesistektomi laparaskopik, tindakan tersebut adalah tindakan operasi dengan sayatan sebesar lubang kunci untuk mengangkat kandung empedu yang mengalami masalah seperti terdapat batu empedu. Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk membahas lebih lanjut melalui karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Kolelitiasis Pada Ny. H di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” guna memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif.

### Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan post operasi kolelitiasis dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa post operasi kolelitiasis di Ruang I Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya”

### Tujuan Penelitian

#### Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengelola asuhan keperawatan dengan diagnosis medis post operasi kolelitiasis di Ruang I Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

#### Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu mengidentifikasi hasil pengkajian pasien dengan diagnosis medis post operasi kolelitiasis di Ruang I Bedah Dr. Ramelan Surabaya.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi kolelitiasis di Ruang I Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi kolelitiasis di Ruang I Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis post operasi kolelitiasis di Ruang I Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mahasiswa mampu mengevaluasi pasien dengan diagnosis medis post operasi kolelitiasis di Ruang I Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis post operasi kolelitiasis di Ruang I Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

### Manfaat

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

#### Akademis

Hasil karya tulis ini dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post operasi kolelitiasis.

#### Non-akademis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa post operasi kolelitiasis dengan baik.

2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa post operasi kolelitiasis dengan baik.

3. Bagi pasien dan keluarga

Hasil Penelitian ini pasien dan keluarga dapat mengetahui gambaran umum tentang kolelitiasis beserta perawatan yang benar bagi pasien agar penderita mendapat perawatan yang tepat dalam keluarganya.

### Metode Penulisan

#### Metode

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

#### Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

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

1. Observasi

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

1. Pemeriksaan

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

1. **Sumber Data**
2. Data Primer adalah data yang diperoleh dari pasien.
3. Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.
4. **Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

### Sistematika Penulisan

Agar lebih mudah dan lebih jelas dalam mempelajari dan memahami studi

kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, teridiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan,

manfaat penelitian dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis

dan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post operasi kolesistitis.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian,

diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan teori dengan kenyataan

yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampira

## 

# **TINJAUAN PUSTAKA**

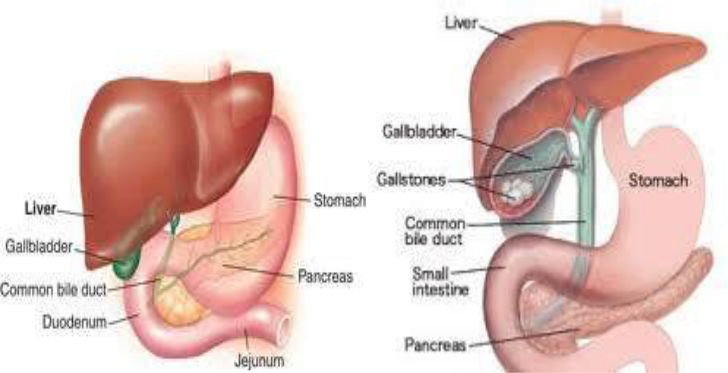
Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep Kolelitiasis dan mengenai asuhan keperawatan. Konsep penyakit akan diuraikan dengan anatomi fisiologi, pengertian, etiologi, patofisiologis, manefestasi klinis, penatalaksaan medis dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Kolelitiasis dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### Konsep Penyakit Kolelitiasis

#### Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi

Hepar atau hati adalah organ terbesar dalam tubuh. Letaknya sebagian besar di regio hipokondrika dekstra, epigastrika dan sebagian kecil hipoiondrika sinistra. Bentuknya menyerupai pahat yang menghadap ke kiri. Beratnya pada pria dewasa antara 1,4 – 1,6 kg (1 / 36 berat badan), sedangkan pada wanita dewasa antara 1,2 – 1,4 kg. Ukuran hepar normal pada dewasa : panjang kanan – kiri = 15 cm, tinggi bagian yang paling kanan (ukuran superior – inferior) = 15 – 17 cm, tebal (ukuran anteroposterior) setinggi ren dekstra : 12 – 15 cm. Warna permukaan hati adalah coklat kemerahan. Konsistensinya kenyal. Hepar mempunyai 5 permukaan, yaitu fasies posterior, fasies dekstra, fasies anterior, fasies posterior dan fasies inferior (A. Sulaiman et al., 2012).



Normal Kolelitiasis

Gambar: 2.1 Anatomi Empedu

Sumber: Fitriyani Nasution (2019)

Hati mampu mensekresikan 600-1000 ml empedu per hari secara terus menerus, baik pada waktu makan maupun diantara waktu makan. Empedu yang dihasilkan di antara waktu makan akan disimpan di dalam kandung empedu. Adanya makanan, terutama yang mengandung lemak akan merangsang hormon kolesistokinin (CCK) untuk memicu sekresi empedu di saluran cerna. Empedu yang dihasilkan akan meninggalkan hati melalui duktus hepatikus dekstra dan sinistra, lalu bergabung membentuk duktus hepatikus komunis. Duktus hepatikus komunis akan bersatu dengan duktus sistikus membentuk duktus biliaris komunis. Kemudian, duktus biliaris komunis akan bersatu dengan duktus pankreatikus membentuk ampula vater pada duodenum. Pada ampula vaterter dapat sfingteroddi yang akan mengatur pengeluaran empedu ke duodenum (Nasution, 2019).

Kandung empedu memiliki struktur berbentuk kantong terletak di sisi bawah lobus kanan hati. Fungsi kandung empedu adalah tempat penyimpanan empedu dan menyerap air dan elektrolit inorganik untuk meningkatkan konsentrasi komponen organik empedu, serta mengekskresikan empedu ke duodenum. Empedu merupakan larutan alkalis yang disekresi oleh hati, terdiri dari garam empedu, bilirubin, kolesterol, asam lemak, fosfolipid (lesitin), dan elektrolit (natrium, kalium, kalsium, klorida, dan karbonat). Komponen penyusun empedu harus berada dalam rasio normal untuk mencegah presipitasi kolesterol dan pembentukan batu empedu. Empedu berperan dalam digesti dan absorpsi lemak,juga sebagai media ekskresi kolesterol dan bilirubin. Garam empedu berperan dalam proses digesti dan absorpsi lipid melalui dua cara, yaitu mengemulsi partikel lemak besar menjadi partikel yang lebih kecil, sehingga mudah dipecah oleh enzim lipase, serta membantu absoprsi lemak yang telah tercerna dengan membentuk misel yang dapat larut dalam kimus (Nasution, 2019).

b. Fisiologi

Empedu dibentuk secara terus menurus oleh hepatosit dan dikumpulkan dalam kanalikulus serta saluran empedu. Empedu terutama tersusun dari air dan elektrilit, seperti natrium, kalium, kalsium, klorida serta bikarbonat, dan juga mengandung dalam jumlah yang berarti beberapa substansi seperti lesitin, kolesterol, bilirubin serta garam-garam empedu. Empedu dikumpulkan dan disimpan dalam kandung empedu untuk kemudian dialirkan ke dalam intestinum bila diperlukan bagi pencernaan (Mutaqqin & Sari, 2011).

Empedu merupakan larutan alkalis yang disekresi oleh hati, terdiri dari garam empedu, bilirubin, kolesterol, asam lemak, fosfolipid (lesitin), dan elektrolit (natrium, kalium, kalsium, klorida, dan karbonat). Komponen penyusun empedu harus berada dalam rasio normal untuk mencegah presipitasi kolesterol dan pembentukan batu empedu (Nasution, 2019).

Setelah terjadi konyugasi atau pengikatan dengan asam-asam amino (taurin dan glisilin), garam empedu diekskresikan ke dalam empedu. Bersama dengan kolesterol dan lesitin, garam empedu diperlukan untuk emulsifikasi lemak dalm intestinum. Proses ini penting untuk proses penceranaan dan penyerapan yang efesien. Kemudian garam empedu akan diserap kembali, terutama dalam ileum distal, ke dalam darah portal untuk kembali ke hati dan sekali lagi diekresikan ke dalam empedu. Lintasan hepatosit-empedu-intestinum dan kemblai lagi kepada hepatosit dinamakan sirkulasi enterohepatik (Mutaqqin & Sari, 2011).

Akibat adanya sirkulasi enterohepatik, maka dari seluruh garam empedu yang masuk ke dalam intestinum, hanya sebagian kecil yang akan di ekskresikan ke dalam fases. Keadaan ini menurunkan kebutuhan terhadap sintesis aktif garam empedu oleh sel-sel hati (Mutaqqin & Sari, 2011).

#### Pengertian Penyakit

Kolelitiasis adalah terbentuknya batu yang terdapat di dalam kandung empedu atau saluran empedu (duktus koledokus) atau keduanya (Mutaqqin & Sari, 2011).

Kolelitiasis merupakan pembentukan batu pada kandung empedu (kolesistolitiasis) atau pada sistem duktus bilier (koledokolitiasis) dan memerlukan tindakan pembedahan.Ukuran batu empedu bervariasi, tetapi biasanya <2,5 cm dan terdiri dari 3 jenis utama yaitu batu kolesterol (mengandung 90% kolesterol), batu pigmen (mengandung 90% bilirubin), dan campuran (mengandung kolesterol, bilirubin, kalsium karbonat, kalsium fosfat, dan kalsium palmitat). Batu kolesterol merupakan jenis kolelitiasisyang paling sering ditemukan (Nasution, 2019).

#### Etiologi

Penyebab dari kolelitiasis belum diketahui secara pasti, adapun faktor presdisposisi terpenting, yaitu : gangguan metabolisme yang menyebabkan terjadinya perubahan komposisi empedu, statis empedu, dan infeksi kandung empedu. Perubahan komposisi empedu kemungkinan merupakan faktor terpenting dalam pembentukan batu empedu karena hati penderita batu empedu kolesterol mengekresi empedu yang sangat jenuh dengan kolesterol. Kolesterol yang berlebihan ini mengendap dalam kandung empedu (dengan cara yang belum diketahui sepenuhnya) untuk membentuk batu empedu (Haryono, 2012).

#### Patofisiologi

Batu empedu terjadi karena adanya zat tertentu dalam empedu yang hadir dalam konsentrasi yang mendekati batas kelarutan mereka. Bila empedu terkonsentrasi di kandung empedu, larutan akan menjadi jenuh dengan bahan – bahan tersebut, kemudian endapan dari larutan akan membentuk Kristal mikroskopis. Kristal terperangkap dalam mukosa bilier, akan menghasilkan suatu endapan. Oklusi dari saluran oleh endapan dan batu menghasilkan komplikasi penyakit batu empedu (Mutaqqin & Sari, 2011).

Kondisi batu empedu memberikan berbagai manifestasi keluhan pada klien dan menimbulkan berbagai masalah keperawatan. Jika terdapat batu yang menyumbat duktus sistikus atau duktus biliaris komunis untuk sementara waktu, tekanan di duktus biliaris akan meningkat dan peningkatan kontraksi peristaltik di tempat penyumbatan mengakibatkan nyeri visera di daerah epigastrium, mungkin dengan penjalaran ke punggung. Keluhan muntah dapat memberikan masalah keperawatan nyeri dan risiko ketidakseimbangan cairan. Respons nyeri dan gangguan gastrointestinal akan meningkatkan penurunan intake nutrisi kuarng dari kebutuhan (Mutaqqin & Sari, 2011)

Proses pertama dalam pembentukan batu empedu adalah sekresi empedu jenuh dengan kolesterol oleh hati. Langkah kedua dalam pembentukan batu empedu adalah kristalisasi. Pengendapan kristal kolesterol memulai pembentukan batu empedu. Ketika empedu pada kandung empedu menjadi jenuh dengan kolesterol, maka terjadi nukleasi, flokulasi, dan pengendapan kristal kolesterol, keadaan ini menyebabkan inisiasi pembentukan batu empedu. Terdapatnya promotor kristalisasi yang berlebihan dan kekurangan relatif dari inhibitor kristalisasi juga penting dalam inisiasi dan pembentukan nukleasi kristal batu empedu. Promotor dan inhibitor sebagian besar berupa protein seperti glikoprotein lender (Sueta & Warsinggih, 2017).

Kolesterol merupakan unsur normal dalam pembentukan empedu dan berpengaruh dalam pembentukan empedu. Kolesterol bersifat tidak larut dalam air, kelarutan kolesterol sangat tergantung dari asam empedu dan lesitin (fosofoloipiod) (Haryono, 2012).

Batu empedu kolesterol dapat terkoloni dengan bakteri dan dapat menimbulkan peradangan mukosa kandung empedu. Enzim dari bakteri dan leukosit menghidrolisis bilirubin konjugasi dan asam lemak. Akibatnya, dari waktu ke waktu, batu kolesterol bisa mengumpulkan proporsi kalsium bilirubinate dan garam kalsium, lalu menghasilkan campuran batu empedu (Mutaqqin & Sari, 2011).

Pembentukan batu empedu kolesterol terbagi menjadi tiga tahap, yaitu supersaturasi kolesterol, nukleasi, dan pertumbuhan batu. Kolesterol merupakan komponen empedu yang tidak larut di dalam air dan dipertahankan berada dalam larutan oleh garam empedu dan fosfolipid. Apabila homeostasis konsentrasi relatif fosfolipid dan garam empedu terhadap kolesterol terganggu, yaitu terjadi peningkatan konsentrasi atau supersaturasi kolesterol, maka timbul suatu kondisi yang disebut litogenik. Pada penderita obesitas, pembentukan batu kolesterol terjadi akibat biosintesis kolesterol yang berlebihan, sedangkan pada non-obesitas terjadi akibat penurunan aktivitas kolesterol 7-α-hidroksilase. Enzim tersebut berperan sebagai penghambat laju biosintesis garam empedu dan eliminasi kolesterol sehingga meningkatkan sekresi kolesterol. Pada tahap nukleasi, kristal kolesterol terbentuk dan berkonglomerasi. Kristal kolesterol akan berperan sebagai nidus untuk perkembangan batu kolesterol. Adanya deposisi yang berulang pada nidus akan menyebabkan semakin besarnya ukuran batu (tahap perkembangan batu) (Nasution, 2019).

Respons komplikasi akut dengan peradangan akan memberikan manifestasi peningkatan suhu tubuh. Respon kolik bilier secara kronis akan meningkatkan kebutuhan metabolisme sehingga klien cenderung mengalami kelelahan memberikan masalah intoleransi aktivitas. Respons adanya batu akan dilakukan intervensi medis pembedahan, intervensi litotripsi atau intervensi endoskopik yang memberikan respons psikologis kecemasan dan pemenuhan informasi (Mutaqqin & Sari, 2011).

#### Menifestasi Klinis

Batu di kandung empedu umumnya tidak menunjukkan gejala (*silent gall stone*) kecuali bila batu tersebut bermigrasi ke leher kandung empedu atau ke dalam duktus koledokus. Sekitar 60 – 80 % kasus batu empedu tidak bergejala atau asimptomatik. Waktu yang diperlukan untuk timbulnya batu empedu bervariasi. Pada klien dengan nutrisi total parenteral atau pada orang gemuk dengan penurunan berat badan yang cepat, intervalnya hanya dalam hitungan minggu (A. Sulaiman et al., 2012).

Batu pada duktus sistikus dapat menyebabkan obstruksi kandung empedu dan menyebabkan terjadinya kolesistitis. Bila batu berada pada duktus biliaris komunis, dapat terjadi kolangitis. Batu yang berada pada ampula vater dapat menyebabkan terjadinya pankreatitis, selain kolangitis. Adanya proses peradangan ini dapat memberikan gejala demamn (Nasution, 2019).

Statis empedu dalam kandung empedu dapat mengakibatkan supersaturasi progresif, perubahan komposisi kimia ,dan pengendapan unsur-unsur tersebut. Gangguan kontraksi kandung empedu atau spasme spingteroddi, atau keduanya dapat menyebabkan statis. Faktor hormonal (hormon kolesistokinin dan sekretin) dapat dikaitkan dengan keterlambatan pengosongan kandung empedu (Haryono, 2012).

Migrasi batu ke dalam leher kandung empedu akan menyebabkan obstruksi duktus sistikus sehingga terjadi iritasi kimiawi mukosa kandung empedu oleh cairan empedu yang tertinggal yang diikuti oleh invasi bakteri. Hal ini akan mengakibatkan kolesistitis akut atau kronik (A. Sulaiman et al., 2012).

Obstruksi bilier dapat menyebabkan terjadinya jaundice, feses dempul akibat tidak adanya pigmen empedu pada saluran cerna, dan urin yang gelap seperti teh akibat meningkatnya eksresi bilirubin terkonjugasi di urin. Obstruksi bilier dalam jangka lama dapat menyebabkan terjadinya malabsorpsi lemak dan vitamin larut lemak akibat kurangnya garam empedu pada saluran cerna. Kolelitiasis juga dapat meningkatkan risiko kanker kandung empedu. Risiko kanker kandung empedu akan meningkat seiring dengan besarnya ukuran batu (Nasution, 2019).

#### Penatalaksanaan Medis

1. Non Bedah

a. Therapi Konservatif

Seperti diit cairan rendah lemak, cairan infus untuk menjaga kestabilan asupan cairan, analgetik untuk meringankan rasa nyeri yang timbul akibat gejala penyakit,antibiotik untuk mencegah adanya infeksi pada saluran kemih, dan istirahat yang cukup (Haryono, 2012).

b. Farmako Therapi

Pemberian asam ursodeoksikolat dan kenodioksikolat digunakan untuk melarutkan batu empedu terutama berukuran kecil dan tersusun dari kolesterol. Zat pelarut batu empedu hanya digunakan untuk batu kolesterol pada pasien yang karena sesuatu hal sebab tak bisa dibedah (Haryono, 2012).

c. Penatalaksanaan Pendukung dan Diet

Suplemen bubuk tinggi protein dan karbohidrat dapat diaduk kedalam susu skim. Makanan berikut ini ditambahkan jika pasien dapat menerimanya: buah yang dimasak, nasi atau ketela, daging tanpa lemak, kentang yang dilumatkan, sayuran yang tidak membentuk gas, roti, kopi atau teh (Haryono, 2012).

d. Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL)

Prosedur nononvasif ini menggunakan gelombang kejut berulang (repeated shock wafes) yang diarahkan kepada batu empedu di dalam kandung empedu atau doktus koledokus dengan makdsud untuk mencegah batu tersebut menjadi sejumlah fragmen. Gelombang kejut dihasilkan dalam media cairan oleh percikan listrik, yaitu piezoelelektrik, atau oleh muatan elektromagnetik (Haryono, 2012).

e. Litotripsi Intrakorporel

Pada litotripsi intrakorporeal, batu yang ada dalam kandung empedu atau doktus koledokus dapat dipecah dengan menggunakan gelombang ultrasound, laser berpulsa atau litotripsi hidrolik yang dipasang pada endoskop, dan diarahkan langsung pada batu. Kemudian fragmen batu atau derbis dikeluarkan dengan cara irigrasi dan aspirasi (Haryono, 2012).

2. Pembedahan

a. Cholesistektomy

Merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan atas indikasi cholesistitis atau pada cholelitiasis, baik akut atau kronis yang tidak sembuh dengan tindakan konservatif (Haryono, 2012).

b. Kolesistektomi

Dalam prosedur ini kandung empedu diangkat setelah arteri dan duktus sistikus diligasi. Kolesistektomi dilakukan pada bagian besar kasus kolesistis akut dan kronis (Haryono, 2012).

c. Minikolesistektomi

Merupakan prosedur bedah untuk mengeluarkan kandung empedu lewat luka insisi selebar 4 cm. Kolesistektomi Laparoskopik dilakukan lewat luka insisi yang kecil atau luka tusukan melalui dinding abdomen pada umbilicius (Haryono, 2012).

d. Koledokostomi

Dalam koledokostomi, insisi dilakukan pada duktus koledokus untuk mengeluarkan batu. Setelah batu dikeluarkan, biasanya dipasang sebuah kateter ke dalam duktus tersebut untuk drainase getah empedu samapi edema mereda (Haryono, 2012).

#### Faktor Resiko

Beberapa faktor risiko dari kolelitiasis adalah usia lebih dari 40 tahun, jenis kelamin wanita, paritas, terapi estrogen, obesitas, penurunan berat badan yang cepat, diet tinggi kalori, diet tinggi karbohidrat sederhana, diet tinggi kolesterol, kurangnya asupan serat, adanya penyakit penyerta, seperti diabetes melitus tipe 2, dislipidemia,inflammatory bowel disease, nutrisi parenteral dalam waktu yang lama atau operasi saluran cerna misalnya gastric bypass surgery, dan gaya hidup sedentary. Obat-obatan juga dapat meningkatkan risiko kolelitiasis, seperti acyl-CoA cholesterol acytransferase (ACAT) inhibitor, penggunaan jangka panjang proton pump inhibitor, dan ceftriaxon (Nasution, 2019).

#### Diagnosa Banding

Adanya rasa nyeri yang tiba-tiba di kuadran kanan atas perlu dipikirkan penyakit lain, seperti pankreatitis akut, apendisitis retrosekal, perforasi tukak peptik, obstruksi intesinal, abseb hati, dan karsinoma hepatoseluler. Pleuritis diafragmatik dapat juga disertai nyeri di daerah kandung empedu. Infark miokard juga harus selalu dipertimbangkan. Nyeri alih lesi otot dan lesi di radiks spinalis juga dapat menyebabkan nyeri yang serupa dalam waktu 6 tahun. Oleh karena itu, bila mungkin tindakan terbaik adalah tindakan bedah dini (A. Sulaiman et al., 2012).

#### Komplikasi

Komplikasi kolelitiasis adalah perforasi dan pembentukan abses, pembentukan fistula, ganggren, empyema, kolangitis, hepatitis, pankreatitis, ileus batu empedu, karsinoma. Komplikasi yang penting adalah terjadinya kolesistitis akut dan kronik, koledokolitrasis dan pankreatitis, yang lebih jarang ialah kolangitis, abses hati, sirosis bilier dan ikterus obstruktif (Haryono, 2012).

#### Pemeriksaan Penunjang

Menurut Arif Mutaqqin & Kumala Sari (2011) pemeriksaan penunjang kolelitasis adalah pemeriksaan USG, pemeriksaan *Cholecystogram* (untuk kolelitiasis kronik), CT scan, foto polos abdomen, e*ndoscopic retro cholangiopancreatography* (ERCP) x – ray.

### Konsep Nyeri

#### Sifat Dasar Nyeri

Pengalaman nyeri merupakan suatu hal yang kompleks, mencakup aspek fisik, emosional, dan kognitif. Nyeri adalah suatu hal yang bersifat subjektif dan personal. Stimulus terhadap timbulnya nyeri merupakan sesuatu hal yang bersifat fisik dan/atau mental yang terjadi secara alami. Nyeri merupakan suatu pengalaman yang melelahkan dan membutuhkan energi. Nyeri dapat mengganggu hubungan personal dan mempengaruhi makna hidup (Potter & Perry, 2017).

#### Respon Fisiologis Nyeri

Bersamaan dengan naiknya impuls-implus nyeri ke medula spinalis hingga mencapai batang otak dan tamalus, maka sistem sarat otonom menjadi terstimulus sebagai bagian dari respons stres. Nyeri dengan intensitas rendah sampai nyeri superfisial menimbulkan reaksi *fight-or-flight* terhadap sindrom adaptasi general. Stimulasi dari cabang simpatis pada saraf otonom mengakibatkan respons fisiologis. Apabila nyeri terus berlanjut, semakin berat dan dalam, biasanya melibatkan organ-organ viseral (contoh adanya infark miokard, kolik batu empedu, kolik batu ginjal), maka sistem parasimpatis mulai beraksi. Respons fisiologis terhadap nyeri terjadi terus menerus terkadang dapat membahayakan seseorang. Terkecuali pada kasus nyeri traumatis berat, yang membuat seseorang merasa syok. Klien yang mengalami nyeri belum tentu mengalami perubahan tanda vital. Perubahan tanda vital merupakan indikasi terhadap suatu masalah dibandingkan dengan nyeri (Potter & Perry, 2017).

#### Jenis Nyeri

1. Nyeri akut

Nyeri akut bersifat melindungi, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berdurasi pendek, dan memiliki sedikit kerusakan jaringan serta respons emosional. Nyeri akut akan ditangani dengan atau tanpa pengobatan setelah jaringan yang rusak sembuh (Potter & Perry, 2017).

2. Nyeri Kronis

Perbedaan utama antara nyeri kronis dan nyeri akut adalah nyeri kronis bukanlah suatu hal yang bersifat protektif, sehingga menjadi tak bertujuan. Nyeri kronis berlangsung lebih lama dari yang diharapkan, tidak selalu memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, dan dapat memicu penderitaan yang teramat sangat bagi seseorang. Nyeri kronis bisa merupakan hal yang bersifat kanker atau bukan. Nyeri kronis yang bersifat bukan kanker biasanya tidak mengancam hidup (Potter & Perry, 2017).

3. Nyeri Kronis yang Tak Teratur (Episodik

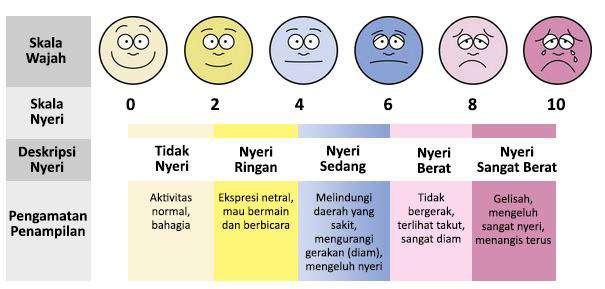
Nyeri yang sesekali terjadi dalam jangka waktu tertentu disebut nyeri episodik. Nyeri berlangsung selama beberapa jam, hari, atau minggu (Potter & Perry, 2017).

4. Nyeri Idiopatik

Nyeri idiopatik adalah nyeri kronis dari ketidaan penyebab fisik atau psikologis yang dapat diidentifikasi atau nyeri yang dirasakan sebagai berlebihnya tingkat kondisi patologis suatu organ (Potter & Perry, 2017).

#### Pengukuran Skala Nyeri

Ukuran intensitas nyeri wajah



Gambar: 2.2 Ukuran intensitas nyeri wajah

### Konsep Penyembuhan Luka

Luka adalah terputusnya kontinuitas jaringan karena cedera atau pembedahan. Luka bisa di klasifikasikan berdasarkan struktur anatomis, sifat, proses penyembuhan, dan lama penyembuhan (Kartika, 2015)

#### Proses Penyembuhan Luka

Fase penyembuhan luka dibagi menjadi tiga fase, yaitu:

1. Fase inflamasi

Hari ke-0 sampai 5, respons segera setelah terjadi injuri berupa pembekuan darah untuk mencegah kehilangan darah, karakteristik (*tumor, rubor, dolor, color, functio laesa*), fase awal terjadi hemostasis, fase akhir terjadi fagositosis, lama fase ini bisa singkat jika tidak terjadi infeksi (Kartika, 2015).

2. Fase proliferasi atau epitelisasi

Hari ke-3 sampai 14, disebut juga fase granulasi karena adanya pembentukan jaringan granulasi (luka tampak merah segar, mengkilat), jaringan granulasi (kombinas,fibroblas, sel inflamasi, pembuluh darah baru, fibronektin, dan asam hialuronat), epitelisasi terjadi pada 24 jam pertama ditandai dengan penebalan lapisan epidermis pada tepian luka, Epitelisasi terjadi pada 48 jam pertama pada luka insisi (Kartika, 2015).

3. Fase maturasi atau remodelling

Berlangsung dari beberapa minggu sampai 2 tahun, terbentuk kolagen baru yang mengubah bentuk luka serta peningkatan kekuatan jaringan (*tensile strength*), terbentuk jaringan parut (*scar tissue*) 50-80% sama kuatnya dengan jaringan sebelumnya, pengurangan bertahap aktivitas seluler dan vaskulerisasi jaringan yang mengalami perbaikan (Kartika, 2015).

#### Faktor yang Mempengaruhi Proses Penyembuhan Luka

a. Status imunologi atau kekebalan tubuh

Penyembuhan luka adalah proses biologis yang kompleks, terdiri dari serangkaian peristiwa berurutan bertujuan untuk memperbaiki jaringan yang terluka. Peran sistem kekebalan tubuh dalam proses ini tidak hanya untuk mengenali dan memerangi antigen baru dari luka, tetapi juga untuk proses regenerasi sel (Kartika, 2015).

b. Kadar gula darah

Peningkatan gula darah akibat hambatan sekresi insulin, seperti pada penderita diebetes melitus, juga menyebabkan nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel, akibatnya terjadi penurunan protein dan kalori tubuh (Kartika, 2015).

c. Rehidrasi dan pencucian luka

Dengan dilakukan rehidarasi dan pencucian luka, jumlah bakteri di dalam luka akan berkurang, sehingga jumlah eksudat yang dihasilkan bakteri akan berkurang (Kartika, 2015).

d. Nutrisi

Nutrisi memainkan peran tertentu dalam penyembuhan luka. Misalnya, vitamin C sangat penting untuk sintesis kolagen, vitamin A meningkatkan epitelisasi, dan seng (zinc) diperlukan untuk mitosis sel dan proliferasi sel. Semua nutrisi, termasuk protein, karbohidrat, lemak, vitamin, dan mineral, baik melalui dukungan parenteral maupun enteral, sangat dibutuhkan. Malnutrisi menyebabkan berbagai perubahan metabolik yang mempengaruhi penyembuhan luka (Kartika, 2015).

e. Kadar albumin darah

Albumin sangat berperan untuk mencegah edema, albumin berperan besar dalam penentuan tekanan onkotik plasma darah. Target albumin dalam penyembuhan luka adalah 3,5-5,5 g/dl (Kartika, 2015).

f. Suplai oksigen dan vaskulerisasi

Oksigen merupakan prasyarat untuk proses reparatif, seperti proliferasi sel, pertahanan bakteri, angiogenesis, dan sintesis kolagen. Penyembuhan luka akan terhambat bila terjadi hipoksia jaringan (Kartika, 2015).

g. Nyeri

Rasa nyeri merupakan salah satu pencetus peningkatan hormon glukokortikoid yang menghambat proses penyembuhan luka (Kartika, 2015).

h. Kortikosteroid

Steroid memiliki efek antagonis terhadap faktor-faktor pertumbuhan dan deposisi kolagen dalam penyembuhan luka. Steroid juga menekan sistem kekebalan tubuh/sistem imun yang sangat dibutuhkan dalam penyembuhan luka (Kartika, 2015).

#### Pengkajian Luka

Pengkajian luka terdiri dari status nutrisi pasien (body mass index, kadar albumin), status vaskuler (Hemoglobin), status imunitas (terapi kortikosteroid atau obat-obatan imunosupresan yang lain), penyakit yang mendasari (diabetes atau kelainan vaskulerisasi lainnya), kondisi luka (warna luka, lokasi luka, ukuran luka, kedalaman luka, keadaan kulit sekitar luka, tanda-tanda infeksi, hasil pemeriksaan laboratorium yang mendukung eksudat dan bau (Kartika, 2015).

### Konsep Asuhan Keperawatan Kolelitiasis

Proses keperawatan adalah aktifitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematik. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Dermawan, 2012).

#### Pengkajian

Pengkajian kolelitiasis terdiri dari pengkajian anamnesis, pemeriksaan fisik dan evaluasi diagnostik (Mutaqqin & Sari, 2011).

1. **Pengumpulan data**

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan data dimulai sejak klien masuk ke rumah sakit (initial assessment), selama klien dirawat secara terus – menerus (ongoing assessment), serta pengkajian ulang untuk menambah/melengkapi data (re-assessment) (Dermawan, 2012).

1. **Identitas**

Nama klien, alamat, umur, jenis kelamin, agama, status, suku bangsa, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan bahasa yang sering digunakan (Dermawan, 2012).

1. **Riwayat kesehatan**
2. Keluhan utama

Klien meminta pertolongan kesehatan biasanya terjadi pada tahap simtomatik atau tahap komplikasi. Dengan adanya sumbatan atau oklusi pada saluran atau duktus akan member keluhan utama kolik bilier (Mutaqqin & Sari, 2011).

1. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan didapatakan bersifat akut atau kronis. Kondisi nyeri biasanya juga disertai riwayat keluhan demam sampai menggigil dan disertai gangguan gastrointestinal seperti nyeri perut, rasa seperti terbakar pada epigastrik (*heart burn*), mual, muntah, anoreksia, dan malaise. Keluhan nyeri dikaji dengan pendekatan PQRST untuk mendapatkan pengkajian yang komprehensif. Pengkajian lain bisa didapatkan adanya kegemukan atau kehilangan berat badan (Mutaqqin & Sari, 2011).

1. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu disesuaikan dengan predisposisi penyebab kolelitiasis. Perawat mengkaji adanya kondisi obesitas, penyakit DM, hipertensi, dan hiperlipidemia berhubungan dengan peningkatan sekresi kolesterol hepatika dan merupakan faktor risiko utama untuk pengembangan batu empedu kolesterol. Kondisi kehamilan multipara, pascabedah reseksi usus, penyakit Chron, reseksi lambung, dan penggunaan obat – obatan hormonal menjadi pertimbangan pengkajian yang pernah terjadi pada masa lalu. Riwayat sirosis hepatitis yang menyebabkan splenomegali menjadi predisposisi utama gangguan heme yang bisa meningkatkan risiko batu kalsium (Mutaqqin & Sari, 2011).

1. Riwayat penyakit keluarga

Pada pengkajian riwayat penyakit keluarga, perawat perlu mengkaji kondisi sakit dari generasi terdahulu karena pada beberapa klien cenderung memiliki kondisi penyakit herediter (Mutaqqin & Sari, 2011).

1. Pengkajian psikososial

Didapatkan peningkatan kecemasan, serta perlunya pemenuhan informasi intervensi keperawatan dan pengobatan atau intervensi keperawatan dan pengobatan atau intervensi bedah (Mutaqqin & Sari, 2011).

1. **Pemeriksaan fisik**

Pemeriksaan fisik yang didapatkan sesuai dengan tahap klinik kolelitiasis. Pada survei umum bisa terlihat sakit ringan sampai lemah atau kelelahan. TTV bisa normal atau mungkin didapatkan perubahan, seperti hipertermi, takikardia, hipotensi, atau peningkatan frekuensi napas yang berhubungan dengan inflamasi sistemik (Mutaqqin & Sari, 2011).

1) Pernafasan (B1 : Breath)

Adanya peningkatan frekuensi pernafasan, pernafasan tertekan ditandai nafas pendek dan tertekan.

**Inpeksi**

Lihat gerakan dinding dada (bandingkan kesimetrisan gerakan dada kiri dan kanan saat pernapasan berlangsung, lihat adanya (bekas luka, bekas operasi, adanya lesi), kaji pola napas pasien (penggunaan otot bantu pernapasan bisa ditemukan pada klien dengan gangguan pemenuhan oksigen), perhatikan bentuk dinding dada klien (dada barel, dada corong, dada burung, dada normal) (Debora, 2013).

**Palpasi**

Rasakan kesimetrisan pengembangan dinding dada saat inspirasi dan ekspirasi, rasakan adanya massa dan krepitasi, lakukan pemeriksaan taktil fremitus (Debora, 2013).

**Perkusi**

Lakukan perkusi pada seluruh lapang paru pada ruang interkostanya, hasil perkusi normal pada paru adalah resonan, pada area jantung akan menghasilkan bunyi pekak, hasil perkusi juga akan terdengar pekak pada hepar (Debora, 2013).

**Auskultasi**

Bandingkan suara yang terdengar di lapang paru kiri dan kanan, dengarkan apakah ada suara napas tambahan di semua lapang paru, suara napas normal (vesikuler, bronkovesikuler, bronkial), suara napas tambahan pada paru (krekels, ronki, *wheezing, pleural friction rub,* stridor) (Debora, 2013)

2) Cardiovaskuler (B2 : Blood)

Adanya takikardi berkeringat karena peningkatan suhu tubuh akibat respon inflamasi, demam, resiko perdarahan karena kekurangan vitamin K.

3) Persyarafan (B3 : Brain)

Dikaji tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS (Glasgow Coma Scale) dan biasanya tidak terdapat kelainan pada system persyarafan (Debora, 2013)

4) Perkemihan-eliminasi urine (B4 : Bladder)

Adanya urine pekat dan berwarna gelap akibat dari pigmen empedu (Debora, 2013).

5) Pencernaan (B5 : Bowel)

Adanya feses berwarna kelabu “clay colored” akibat obstruksi duktus biliaris sehingga pigmen empedu tidak dibuang melalui feses.

**Inspeksi :**

Ikterus seluruh tubuh, terutama di sclera sebagai respons peningkatan bilirubin dalam darah. Pada gastrointestinal bisa didapatkan regurgitasi ulang, dan flatunasi. Urine gelap atau coklat, feses seperti tanah liat, *skatore* (Mutaqqin & Sari, 2011).

**Auskultasi :**

Pada kasus yang parah, suara usus halus sering tidak didapatkan atau hipoaktif (Mutaqqin & Sari, 2011).

**Perkusi :**

Akan didapatkan suara timpani akibat abdominal mengalami kembung (Mutaqqin & Sari, 2011).

**Palpasi :**

Distensi abdomen, teraba massa di abdomen atas atau kuadran kanan atas. Nyeri tekan pada abdomen di area kanan atas. Hal ini dapat diperoleh dengan klien menghirup, sementara pemeriksa tetap menjaga tekanan di bawah kosta kanan (tanda Murphy). Lokalisasi *rebound tenderness*, ketegangan otot abdominal mungkin terjadi akibat peradangan perikolesistik (Mutaqqin & Sari, 2011).

6) Integumen (B6 : Bone)

Adanya warna kulit berwarna sawo matang, peningkatan suhu , turgor kulit elastic , tidak terdapat kelemahan otot maupun kelainan tulang (Debora, 2013).

1. **Pemeriksaan penunjang**

Pengkajian pemeriksaan laboratorium, bisa didapatkan lekositosis, hiperbilirubinemia,. Pada kasus yang parah, peningkatan enzim hati dapat disebabkan oleh pencedera peradangan hati yang berdekatan. Protombin akan menurun bila aliran dari empedu intestine menurun. Hal ini terjadi karena obstruksi sehungga menyebabkan penurunan absorbs vitamin K (Mutaqqin & Sari, 2011).

Pemeriksaan USG menunjukkan adanya bendungan atau hambatan karena adanya batu empedu dan distensi saluran empedu. Pada pemeriksaan Cholecystogram (untuk Cholelitiasis kronik) akan menunjukkan batu di sistem bilier. CT scan dilakukan untuk mendeteksi adanya kista, dilatasi pada saluran empedu, dan obstruksi. Foto polos abdomen bisa didapatkan adanya klasifikasi *Endoscope retro cholangiopancreatography* (ERCP) x – ray memungkinkan pencitraan dari saluran empedu (Mutaqqin & Sari, 2011).

1. **Penatalaksanaan**

Penatalaksaan dari penyakit kolelitiasis adalah*Extracorpeal shock wafe litotripsi* (*ESWL*), pemberian agen pelarut kolesterol, terapi endoskopik, obat – obatan antibiotik (analgetik dan antasida), koledokotomi, kolesistektomi. (Mutaqqin & Sari, 2011).

1. **Analisa data**

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisa data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Dermawan, 2012).

#### Diagnosis Keperawatan

Pada proses keperawatan terdapat 8 diagnosis keperawatan yaitu :

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (mis. Inflamasi, iskemia,neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma dan latihan fisik berlebihan), yang ditandai dengan :

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

Mengeluh nyeri.

b. Objektif

Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

(tidak tersedia)

b. Objektif

Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

1. Defisit pengetahuan b.d keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi, yang ditandai dengan :

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

Menanyakan masalah yang dihadapi.

b. Objektif

Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran dan menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

(tidak tersedia)

b. Objektif

Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat dan menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

1. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi), faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan), yang ditandai dengan :

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

(tidak tersedia)

b. Objektif

Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

Cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.

b. Objektif

Bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, dan diare. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

1. Pola nafas tidak efektif b.d depresi pusat pernafasan, hambatan upaya nafas (mis. nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernafasan), deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuskuler, gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang), imaturis neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas), cedera pada medula spinalis, efek agen farmakologis, kecemasan, yang ditandai dengan :

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

Dispnea.

b. Objektif

Penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes).

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

Ortopnea

b. Objektif

Pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas semenit menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

1. Risiko ketidakseimbangan elektrolit b.d ketidakseimbangaan cairan (mis. dehidrasi dan intoksikasi air), kelebihan volume cairan, gangguan mekanisme regulasi (mis. diabetes), efek samping prosedur (mis. pembedahan), diare, muntah, disfungsi ginjal, disfungsi regulasi endokrin (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).
2. Risiko infeksi b.d penyakit kronis (mis. diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, stasis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).
3. Hipertermi b.d dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (mis. infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, penggunaan inkubator, yang ditandai dengan :

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

(tidak tersedia)

b. Objektif

Suhu tubuh diatas nilai normal

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

(tidak tersedia)

b. Objektif

Kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

1. Ansietas b.d krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain), kurang terpapar informasi, yang ditandai dengan :

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi.

b. Objektif

Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

Mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.

b. Objektif

Frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

#### Perencanaan

1. **Diagnosis keperawatan 1 :**

Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (mis. Inflamasi, iskemia,neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

**Tujuan :**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 maka tingkat nyeri menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

**Kriteria Hasil :**

Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, menarik diri menurun, berfokus pada diri sendiri menurun, diaforesis menurun, perasaan depresi (tertekan) menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, perineum terasa tertekan menurun, uterus teraba membulat menurun, ketegangan otot menurun, pupil dilatasi menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, proses berpikir membaik, fokus membaik, fungsi berkemih membaik, perilaku membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Manajemen Nyeri**

**Observasi**

Identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas) nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor hasil terapi komplementer yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Teraupetik**

Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (missal, TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin dan terapi bermain), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan,dan kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Jelaskan (penyebab, periode dan pemicu) nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Pemberian Analgesik**

**Observasi**

Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi), identifikasi riwayat alergi obat, identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri, monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik, monitor efektifitas analgesik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal (jika perlu), pertimbangkan penggunaan infus kontinu atau bolus opiod untuk mempertahankan kadar dalam serum, tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien, dokumentasikan respons terhadaop efek analgesik odan efek yang tidak diinginkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Jelaskan efek terapi dan efek samping obat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik,sesuai indikasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. **Diagnosis keperawatan 2 :**

Defisit pengetahuan b.d keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

**Tujuan :**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat pengetahuan meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :**

Perilaku sesuai anjuran meningkat, verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun, menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun, perilaku membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Observasi**

Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor – faktor yang dapat mengakibatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Jadwalkan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. **Diagnosis keperawatan 3 :**

Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi), faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

**Tujuan :**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka status nutrisi membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :**

Porsi makan yang dihabiskan meningkat, kekuatan otot pengunyah meningkat, kekuatan otot menelan meningkat, serum albumin meningkat, verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat, pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, pengetahuan tentang standar asuhan nutrisi yang tepat meningkat, penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman meningkat, penyiapan dari penyimpanan minuman yang aman meningkat, sikap terhadap makanan atau minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, nyeri abdomen menurun, sariawan menurun, rambut rontok menurun, diare menurun, berat badan mambaik, Indeks Massa Tubuh (IMT) mambaik, frekuensi makan mambaik, nafsu makan mambaik. bising usus mambaik, tebal lipatan kulit trisep mambaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Manajemen Nutrisi**

**Observasi**

Identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik, monitor asupan makanan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

Lakukan *oral hygiene* sebelum makan (jika perlu), berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori tinggi protein, berikan suplemen makanan, jika perlu, hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Anjurkan posisi duduk (jika mampu), ajarkan diet yang diprogramkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (pereda nyeri dan antiemetik), kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Promosoi Berat Badan**

**Observasi**

Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang, monitor adanya mual dan muntah, monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari, monitor berat badan, monitor (albumin, limfosit, dan elektrolit serum) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan (jika perlu), sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasiean (mis. makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomi, total parenteral nutrition sesuai indikasi), hidangkan makanan secara menarik, berikan suplemen (jika perlu), berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Jelaskan makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau, jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. **Diagnosis keperawatan 4 :**

Pola nafas tidak efektif b.d depresi pusat pernafasan, hambatan upaya nafas (mis. nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernafasan), deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuskuler, gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang), imaturis neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas), cedera pada medula spinalis, efek agen farmakologis, kecemasan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

**Tujuan :**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka pola napas membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :**

Dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, ortopnea menurun, pernapasan pursed-lip menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napas membaik, ekskursi dada membaik, ventilasi semenit membaik, kapasitas vital membaik, diameter thoraks anterior-posterior membaik, tekanan ekspirasi membaik, tekanan inspirasi membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Manajemen Jalan Napas**

**Observasi**

Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas), monitor bunyi napas (*gurgling,* mengi, *wheezing*, ronchi kering), monitor sputum (jumlah, warna, dan aroma) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head –tilt* dan *chin – lift* (*jaw – trust* jika curiga trauma servikal), posisikan semi – Fowler atau Fowler, berikan minuman hangat, lakukan fisioterapi dada (jika perlu), lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal, keluarkan sumbatan benda padat dengan *forcep McGill*, berikan oksigen (jika perlu) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Anjurkan asupan cairan 2000 ml per hari (jika tidak kontraindikasi), anjarkan teknik batuk efektif (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, dan mukolitik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Pemantauan Respirasi**

**Observasi**

Monitor (frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas), monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul,cheyne-stokes, biot, ataksik), monitor kemampuan batuk efektif, monitor adanya produksi sputum, monitor adanya sumbatan jalan napas, palpasi kesimetrisan ekspansi paru, auskultasi bunyi napas, monitor saturasi oksigen, monitor nilai AGD, monitor hasil x-ray toraks (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan (jika perlu) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. **Diagnosis keperawatan 5 :**

Risiko ketidakseimbangan elektrolit b.d ketidakseimbangaan cairan (mis. dehidrasi dan intoksikasi air), kelebihan volume cairan, gangguan mekanisme regulasi (mis. diabetes), efek samping prosedur (mis. pembedahan), diare, muntah, disfungsi ginjal, disfungsi regulasi endokrin (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

**Tujuan :**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka keseimbangan elektrolit meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :**

Serum natrium meningkat,serum kalium meningkat, serum klorida meningkat, serum kalsium meningkat, serum magnesium meningkat, serum fosfor meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Observasi**

Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit, monitor kadar elektrolit serum, monitor (mual, muntah dan diare), monitor kehilangan cairan (jika perlu), monitor tanda dan gejala hipokalemia (mis. Kelemahan otot, interval QT memanjang, gelombang T datar atau terbalik, depresi segmen ST, gelombang U, kelelahan, parestesla, penurunan reflex, anoreksia, konstipasi, motilitas usus menurun, pusing, dan depresi pernapasan), monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis. Peka rangsangan, gelisah, mual, muntah, takikardia mengarah ke bradikardia, fibrilasi atau takikardia ventrikel, gelombang T tinggi, gelombang P datar, kompleks QRS tumpul, dan blok jantung mengarah asistol), monitor tanda dan gejala hiponatriemi (mis. Disorientasi, otot berkedut, sakit kepala, membran mukosa kering, hipitensi postural, kejang, letargi, dan penurunan kesadaran), monitor tanda dan gejala hipernatriemia (mis. Haus, demam, mual, muntah, gelisah, peka rangsangan, membran mukosa kering, takikardia, hipotensi, letargi, konfusi dan kejang), monitor tanda dan gejala hipokalsemia (mis. Peka rangsang, tanda *Chovestek* [spasme otot wajah], tanda *Trousseau* [spasme karpal], kram otot, dan interval QT memanjang), monitor tanda dan gejala hiperkalsemia (mis. Nyeri tulang, haus, anoreksia, letargi, kelemahan otot, segmen QT memendek, gelombang T lebar, kompleks QRS lebar dan interval PR memanjang), monitor tanda dan gejala hipomagnesemia (mis. Depresi pernapasan, apatis, tanda *Chovestek* [spasme otot wajah], tanda *Trousseau* [spasme karpal], konfusi, dan disritmia), monitor tanda dan gejala hipermagnesemia (mis. Kelemahan otot, hiporefleks, bradikardia, depresi SSP, letargi, koma dan depres) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien, dokumentasikan hasil pemantauan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan (jika perlu) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. **Diagnosis keperawatan 6 :**

Risiko infeksi b.d penyakit kronis (mis. diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, stasis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

**Tujuan :**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat infeksi menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :**

Kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, vesikel menurun, cairan berbau busuk menurun, sputum berwarna hijau menurun, drainase purulen menurun, piuna menurun, periode malaise menurun, periode menggigil menurun, letargi menurun, gangguan kognitif menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur darah membaik, kultur urine membaik, kultur sputum membaik, kultur area luka membaik, kultur feses membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Pencegahan Infeksi**

**Observasi**

Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

Batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan etika batuk, ajarkan cara memeriksa luka atau luka operasi, anjurkan mengikatkan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Manajemen Imunisasi/Vaksinasi**

**Observasi**

Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi, identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. reaksi anafilaksi terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam), identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral, dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. nama produsen, tanggal kedaluwarsa), jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping, informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertusis, H. Influenza, polio, campak, measles, rubela), informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. influenza, pneumokokus), informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. rabies, tetanus), informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali, informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. **Diagnosis keperawatan 7 :**

Hipertermi b.d dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (mis. infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, penggunaan inkubator (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

**Tujuan :**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka termoregulasi membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :**

Menggigil menurun, kulit merah menurun, akrosianosis menurun, konsumsi oksigen menurun, piloereksi menurun, vasokonstriksi perifer menurun, kutis memorata menurun, pucat menurun, takikardia menurun, takipnea menurun, bradikardia menurun, dasar kuku sianotik menurun, hipoksia menurun, suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, kadar glukosa darah membaik, ventilasi membaik, tekanan darah membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Manajemen Hipertermia**

**Observasi**

Identifikasi penyebab hipertermia (misal, dehidrasi, terpapar lingkungan panas, dan penggunaan inkubator), monitor suhu tubuh, monitor kadar elektrolit, monitor haluaran urine, monitor komplikasi akibat hipertermia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

Sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, basahi dan kipasi permukaan tubuh, berikan cairan oral, ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosi (keringat berlebih), lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila, hindari pemberian antipiretik atau aspirin, berikan oksigen (jika perlu) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Anjurkan tirah baring (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. **Diagnosis keperawatan 8 :**

Ansietas b.d krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain), kurang terpapar informasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

**Tujuan :**

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat ansietas menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :**

Verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, keluhan pusing menurun, anoreksia menurun, palpitasi menurun, diaforesis menurun, tremor menurun, pucat menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, frekuensi pernapasan membaik, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, kontak mata membaik, pola berkemih membaik, orientasi membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Reduksi Ansietas**

**Observasi**

Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal, kondisi, waktu dan stresor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda – tanda ansietas (verbal dan nonverbal) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani klien untuk mengurangi kecemasan (jika memungkinkan), pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, motivasi mengidentivikasi situasi yang memicu kecemasan, diskusikan perencanaan realistis peristiwa yang akan datang (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis, anjurkan kelurga untuk tetap bersama klien( jika perlu), anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif (sesuai kebutuhan), anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat, latih teknik relaksasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapi Relaksasi**

**Observasi**

Identifikasi penurunan tingkat energi (ketidakmampuan berkonsentrasi) atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif, identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, identifikasi (kesediaan, kemampuan) dan penggunaan teknik sebelumnya, periksa (ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu) sebelum dan sesudah latihan, monitor respons terhadap terapi relaksasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman (jika memungkinkan), berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi, gunakan pakaian longgar. gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama, gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lainnya, jika sesuai (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Jelaskan (tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi) yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif), jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih, anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi, anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih, demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

#### Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien

1. Mengajarkan klien tentang manajemen nyeri, terapi diet, perawatan luka insisi, pembatasan aktivitas dan perawatan kesehatan tindak lanjut.
2. Mengingatkan klien untuk minum obat-obatan harian yang di perlukan untuk proses penyembuhan.
3. Memberi tahu klien untuk melakukan diet rendah lemak dan menghindari makanan berlemak tinggi seperti susu, gorengan, alpukat, mentega dan coklat.
4. Mengajarkan klien cara perawatan diri di rumah dan semua hal yang diperlukan untuk perawatan di rumah.
5. Memberikan informasi kepada klien dan keluarga tentang potensi terjadinya sindrom setelah kolesistektomi. Berikan instruksi, termasuk perawatan lanjutan, tanda-tanda dan kekurangan gizi, infeksi, dan perawatan selanjutnya (Mutaqqin & Sari, 2011).

#### Evaluasi

Hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan adalah nyeri terkontrol atau teradaptasi, informasi kesehatan terpenuhi, intake nutrisi adekuat, pola napas efektif, cairan dan elektrolit seimbang, tidak terjadi infeksi pascabedah, suhu tubuh normal, penurunan tingkat kecemasan (Mutaqqin & Sari, 2011).

### Kerangka Masalah Kolelitiasis (Mutaqqin & Sari, 2011)

Cedera tulang belakang, puasa Kehamilan multipel Anemia hemolitik Bakteri

berkepanjangan, atau pemberian diet (kolangitis,

nutrisi total parenteral, dan penurunan Peningkatan kadar Bilirubin kolesistitis)

berat badan yang berhubungan progesteron tak terkonjugasi

dengan kalori dan pembatasan Penurunan

lemak (mis. Diet, vagotomi, Statis bilier Kalsium bilirubinat pembentukan

dan operasi *baypass* lambung) misel

Penyakit *Chron* Penurunan Kalsium

Reseksi usus garam empedu palmirat

dan stearat

Obesitas, resistensi insulin, Batu Pigmen

diabetes militus tipe II,

hipertensi, dan hiperlipidemia Batu Kolesterol

Peningkatan Batu Empedu

sekeresi kolesterol

Oklusi dan Ikterus

Intervensi bedah, obstruksi dari batu

Intervensi litotripsi **POLA NAPAS TIDAK** Obtruksi duktus sistikus

Intervensi endoskopik **EFEKTIF** atau duktus biliaris

Efek anestesi

Preoperatif Pascaoperatif Respons Tekanan di duktus

Lokal saraf akan meningkat

Respons psikologis *Port de enteree*  dan peningkatan

Misinterpretasi pasca bedah **NYERI AKUT** kontraksi peristaltik

perawatan dan penatalaksanaan

pengobatan **RISIKO INFEKSI** Kerusakan jaringan

pasca bedah

**ANSIETAS** Kelelahan, malaise

pemakaian energi

berlebihan pasca – nyeri

**INTOLERANSI AKTIVITAS**

Ganguan Respons

gastrointestinal sistemik

mual, muntah, Penigkatan

anoreksia suhu tubuh

intake nutrisi **HIPERTEMIA**

dan cairan

tidak adekuat

penurunan cairan tubuh **RISIKO KETIDAKSEIMBANGAN**

**DEFISIT NUTRISI ELEKTRO**

## 

# **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan batu empedu (kolelitiasis), maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 27 Januri 2020 sampai dengan 29 Januari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 17.00 WIB, pasien MRS pada tanggal 26 Januari 2020 pukul 09.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien, keluarga pasien dan file/rekam medis No.Register 64.0X.XX sebagai berikut :

### Pengkajian

#### Identitas

Pasien bernama Ny.H, berusia 32 tahun. Suku Jawa, bangsa Indonesia. Pasien beragama Kristen dan pendidikan terakhir SMA. Pasien sehari-hari adalah sebagai ibu rumah tangga, pasien tinggal di Surabaya bersama suami dan dua anaknya. Pasien MRS pada tanggal 26 Januari 2020 jam 09.00 WIB di I Bedah. Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 27 Januari 2020 jam 17.00 di Ruang I Bedah dengan diagnosa post operasi kolelitiasis.

#### Riwayat kesehatan

**1. Keluhan utama**

Nyeri pada perut bagian kanan atas.

**2. Riwayat penyakit sekarang**

Pasien mengatakan nyeri perut sejak kurang lebih 3 bulan yang lalu. Nyeri perut kanan atas hilang timbul dan memberat sejak 1 minggu yang lalu, pada tanggal 20 Januari 2020 berobat ke di RSI Ahmad Yani kemudian dilakukan pemeriksaan USG abdomen, dari hasil pemeriksaan dokter di diagnosa adanya batu empedu dan di rujuk ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya karena keterbatasan alat laparoskopi. Pasien datang tanggal 24 Januari 2020 pukul 08.00 WIB ke Poli Bedah Digestive dengan membawa hasil USG abdomen, foto toraks, dan hasil lab. Dilakukan pemeriksaan TTV di dapatkan hasil T: 143/88 mmHg, nadi : 68x/menit, RR: 23x/menit, suhu: 360C, SPO2: 100%, GCS: 456. Dari hasil pemeriksaan dokter poli Bedah Digestive RSPAL Dr. Ramelan , pasien di anjurkan untuk operasi laparoscopy guna pengambilan batu empedu. Pasien diberikan surat rujukan untuk MRS di Ruang I Bedah dan dijadwalkan operasi tanggal 27 Januari 2020. Kemudian tanggal 26 Januari 2020 jam 09.00 WIB pasien datang ke Ruang I Bedah, di lakukan tindakan pasang infus NS 500 ml dan pemeriksaan TTV dengan hasil, tensi: 120/80 mmHg, nadi: 84x/menit, suhu: 36,40C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%. Tanggal 27 Januari 2020 pasien melaksanakan operasi laparoskopi mulai pukul 13.00 WIB sampai 13.50 WIB. Pasien pukul 16.00 WIB dipindahkan ke ruang I Bedah, mendapatkan terapi infus futrolit 500 ml, injeksi cinam 1,5 gr (iv), ketorolac 30 mg (iv), omeprazole 40 mg (iv), ondancentron 8 mg (iv). Pada saat pengkajian tanggal 27 Januari 2020 pukul 17.00 WIB pasien mengatakan nyeri perut bagian kanan atas, pengkajian di ruangan di dapatkan hasil TTV, tensi: 130/90 mmHg, nadi: 84x/menit, suhu: 36,40C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%, kesadaran: composmentis, GCS: E4V5M6.

**3. Riwayat penyakit dahulu**

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit kronis apapun.

**4. Riwayat kesehatan keluarga**

Pasien mengatakan di dalam keluarga pasien tidak ada yang mengalami riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, jantung, diabetes mellitus.

**5. Genogram**

32

Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny. H

**Keterangan :**

**:** Laki – laki ------ : Tinggal serumah

: Perempuan : Pasien

: Meninggal \_\_\_\_ : Ada hubungan

Pasien tinggal bersama suaminya, pasien adalah seorang ibu dari ke dua anaknya dan. Didalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit batu empedu.

**6. Riwayat alergi**

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi terhadap obat-obatan maupun makanan.

#### Pemeriksaan Fisik

1. Tanda- Tanda Vital

Pada saat pengkajian didapatkan data tanda-tanda vital pasien yaitu TD: 130/90 mmHg, N: 84x/menit, S: 36,40C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%, TB: 155 cm, BB SMRS: 50 kg, BB MRS: 49 kg, kesadaran: Composmentis, GCS: 456, Pasien tampak lemah dan hanya berbaring di bed pasien.

1. Sistem pernafasan (*Breath*)

**Inspeksi :** bentuk dinding dada klien adalah normochest, irama pernapasan regular, pergerakan dinding dada simetris, retraksi interkostal tidak ada, RR = 20x/menit, pola nafas eupnea, tidak ada keluhan batuk maupun sesak nafas.

**Palpasi :** tidak ada nyeri tekan, fremitus vokal teraba.

**Perkusi :** suara perkusi paru adalah sonor.

**Auskultasi :** suara nafas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan.

1. Sistem Kardiovaskuler (*Blood*)

**Inspeksi :** pergerakan dada simetris, tidak ada sianosis.

**Palpasi :** ictus cordis teraba pada ICS 4-5 midclavicula sinistra, nyeri dada tidak ada, akral hangat, kering, merah.

CRT:

ex.atas dextra < 2 detik < 2 detik ex.atas sisistra

ex.bawah dextra > 2 detik < 2 detik ex.bawah sinistra

Akral : ex.atas dextra HKM HKM ex.atas sisistra

ex.bawah dextra HKM HKM ex.bawah sinistra

**Auskultasi :** bunyi jantung S1S2 tunggal, irama jantung regular.

1. Sistem Persarafan (*Brain*)

Pada saat dikaji didapatkan tingkat kesadaran pasien (GCS) membuka mata : spontan (4), verbal: orientasi baik (5), motorik : menurut perintah (6), kesadaran composmentis. Pasien sadar baik, tidak ada paralisis, reflex fisiologis patella + /+, bisep +/+, trisep +/+ , dan reflex patologis babinsky - /-

1. Kepala : Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan kulit kepala bersih , tidak ada luka atau benjolan, tidak ada nyeri kepala.
2. Hidung (penciuman) : Pada saat pengkajian didapatkan bentuk hidung simetris, septum di tengah, tidak ada polip, tidak ada gangguan penciuman.
3. Wajah dan penglihatan : Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan bentuk mata simetris, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik , tidak ada kelainan pada mata, reflek cahaya + / +.
4. Telinga (pendengaran) : Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan bentuk telinga simetris, telinga dalam keadaan bersih, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada alat bantu pendengaran.
5. Lidah (pengecap) : Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan lidah dalam keadaan bersih, tidak ada kesulitan menelan, uvula tepat di tengah, bicara normal tidak ada kesulitan menelan.

**Nervus Kranial I (*Ofaktorius*) :**

Klien mampu menebak bau dan mencium bau dengan normal.

**Nervus Kranial II (*Optikus*) :**

Klien mampu melihat dengan normal.

**Nervus Kranial III (*Okulomotoris*) :**

Klien mampu membuka atau menutup kelopak mata dengan normal dan secara bersamaan serta tidak ada ptosis.

**Nervus Kranial IV (*Troklearis*) :**

Klien mampu memutar bola mata dan mampu melirik ke atas, bawah serta kanan dan kiri.

**Nervus Kranial V (*Trigeminus*) :**

Mata klien mampu berkedip ketika diberi rangsangan.

**Nervus Kranial VI (*Abdusen*) :**

Klien mampu menggerakkan bola mata serta tidak ada benjolan.

**Nervus Kranial VII (*Fasialis*) :**

Klien mampu memperlihatkan ekspresi wajah secara normal.

**Nervus Kranial VIII (*Vestibulokoklearis*):**

Klien mampu menjawab beberapa pertanyaan secara jelas dan benar.

**Nervus Kranial IX (*Glasofaringeal*) :**

Klien mampu menjulurkan lidah ke depan dengan normal.

**Nervus Kranial X (*Vagus*) :**

Klien mampu menelan ludah.

**Nervus Kranial XI (*Aksesorius*) :**

Klien mampi mengangkat bahu dengan tekanan.

**Nervus Kranial XII (*Hipoglossus*) :**

Klien mampu menggerakkan lidah ke segala arah.

**Syaraf sensorik** :

P : Luka bekas post op , Q : Di tusuk – tusuk, R : Perut kanan atas, S : Skala 4 dari 1 – 10 (sedang), T : Hilang timbul (< 15 menit), pasien meringis menahan nyeri dan melindungi bagian perut bekas operasi.

1. Sistem perkemihan (*Bladder*)

**Inspeksi :** Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan alat genetalia dalam keadaan bersih, eliminasi urin SMRS pasien mengatakan frekuensi 4-5x/hari, tidak ada keluhan. Eliminasi urin MRS 5-6x/hari jumlah ±1000 cc dengan karakteristik kuning jernih, bau khas. Tidak terpasang alat bantu.

**Palpasi :** Tidak ada distensi kandung kemih.

1. Sistem Pencernaan ( *Bowel* )

**Inspeksi :** Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan mulut bersih, membran mukosa lembab, gigi pasien lengkap dan tidak ada gigi palsu. Diit SMRS makan 1 porsi habis, diit nasi, sayur, lauk. Minum 8 gelas per hari jenis air putih. Diit MRS, diit susu cair, porsi susu habis 3 x 200 cc, jenis minum air putih, jumlah ± 1000 cc/hari, pasien terpasang infuse futrolit 500 ml, selama di RS pasien belum BAB, tidak ada kelainan abdomen. Terdapat nyeri pada abdomen setelah dilakukan tindakan operasi, operasi dengan GA (general Anestesi).

**Auskultasi :** Bising usus 16 x/menit

**Palpasi :** Tidak ada pembesaran hepar dan lien. Nyeri abdomen.

Rectum dan anus normal, eliminasi alvi SMRS 1-2x/hari, konsistensi padat dan lembek, warna kuning kecoklatan. Eliminasi alvi MRS belum BAB. Tidak terdapat colostomi.

Terdapat 2 luka pada post operasi laparoskopi di abdomen kwadran kiri atas dan 2 luka pada post operasi laparoskopi hari ke 0 di abdomen kwadran kiri bawah, luka basah, setiap luka panjangnya ± 3 cm, kulit sekitar luka kemerahan dan bengkak.

1. Sistem musculoskeletal (*Bone*)

**Inspeksi :** Pada saat pengkajian didapatkan rambut berwarna hitam, tidak ada benjolan, atau luka pada kulit kepala , kulit kepala bersih, turgor kulit baik, pasien terpasang infuse di punggung tangan kanan, tulang kuat, tidak ada kelainan jaringan, ROM bebas, nyeri pada abdomen saat gerak, pasien cemas saat melakukan gerak, tidak ada sianosis, warna kulit sawo matang, tidak ada fraktur, pasien hanya tirah baring, terdapat 2 luka pada post operasi laparoskopi hari ke 0 di abdomen kwadran kiri atas dan 2 luka pada post operasi laparoskopi di abdomen kwadran kiri bawah, luka basah, setiap luka panjangnya ± 3 cm, kulit sekitar luka kemerahan dan bengkak

Kekuatan otot

ex.atas dextra 5555 5555 ex.atas sinistra

ex.bawah dextra 5555 5555 ex.bawah sinistra

1. Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada hiperglikemi, tidak ada hipoglikemi.

1. Kemampuan perawatan diri

Sebelum sakit pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain seperti mandi, berpakaian, toileting atau eliminasi, mobilitas di tempat tidur, berpindah, berjalan, naik tangga, berbelanja, memasak, pemeliharaan rumah. Akan tetapi setelah pasien sakit, aktivitas seperti mandi, berpakaian, toileting atau eliminasi, mobilitas di tempat tidur, berpindah, berjalan, dibantu orang lain (keluarga). Pasien belum bisa mobilisasi duduk, berdiri dan jalan serta hanya tirah baring. Pasien belum mampu melakukan perawatan diri seperti mandi, toileting, berdandan dan makan.

10. Personal Hygiene

Sebelum masuk rumah sakit pasien mandi 2x sehari, keramas 2 hari sekali, gosok gigi 2x sehari, ganti pakaian 2x sehari, memotong kuku 1x seminggu. Setelah MRS pasien diseka 1x sehari, pasien gosok gigi 1x sehari, selama sakit pasien belum keramas dan memotong kuku.

11. Istirahat dan tidur

Sebelum sakit pasien tidur ± 10 jam/hari, (malam: 21.00 – 05.00 WIB, siang: 14.00 – 16.00 WIB). Setelah sakit pasien juga tidur ±6 jam/hari, (malam: 23.00 – 03.30 WIB, siang: 15.30 – 16.30 WIB), pasien mengatakan tidak dapat tidur nyenyak karena menahan nyeri dan gangguan lampu ruangan yang terlalu terang bagi pasien. Pasien mengeluh sulit tidur, pola tidur pasien yang berubah, pasien tidak puas dengan tidurnya, pasien gelisah menahan nyeri, pasien mengeluh lesu karena istirahat tidak cukup.

12. Persepsi terhadap sehat sakit

Pasien mengatakan, sakit yang diderita saat ini adalah ujian dari Tuhan dan harus menerima keadaan ini dengan ikhlas, apabila pasien atau ada keluarga pasien yang sakit akan segera pergi ke tempat pelayanan kesehatan terdekat. Jika pasien sudah sembuh, pasien akan berusaha menjaga kesehatannya karena menurut pasien kesehatan itu mahal harganya.

13. Konsep diri

Identitas diri : Pasien adalah seorang perempuan berusia 32 tahun.

Peran diri : Pasien adalah seorang ibu rumah tangga

Ideal diri : Pasien berharap cepat sembuh.

Gambaran diri : Pasien mengatakan menyukai seluruh anggota

tubuhnya.

14. Kemampuan adaptasi terhadap masalah

Pasien dapat beradaptasi dengan baik dan jika ada masalah pasien selalu berusaha mengambil keputusan dengan bijaksana dan untuk kepentingan bersama.

15. Aktivitas sehari-hari dan rekreasi

Sebelum sakit pasien adalah seorang ibu rumah tangga dan saat ini pasien adalah seorang pasien di Ruang I Bedah Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Sebelum sakit pasien mengatakan sering menghabiskan waktu bersama suami dan anaknya dengan menonton televisi bersama. Dan pasien juga biasanya mengikuti perkumpulan PKK di tempat tinggalnya.Setelah sakit pasien hanya terbaring di tempat tidur dan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya.

16. Ansietas

Pasien mengatakan tidak merasakan cemas yang berlebihan, pasien hanya berharap bisa cepat pulang dan beraktivitas seperti biasanya.

17. Nilai kepercayaan

Pasien beragama Kristen dan saat di rumah sakit pasien hanya bisa berdoa untuk kesembuhannya karena keadaan pasien yang masih lemah.

18. Pola seksual dan Reproduksi

Pasien adalah seorang perempuan berusia 32 tahun, mempunyai 2 orang anak. Pasien mengatakan menstruasi terakhir tanggal 26 Desember 2020, tidak ada keluhan menstruasi, pasien tidak pernah melakukan pemeriksaan pap smear maupun pemeriksaan payudara dan tidak ada masalah seksual sebelumnya.

#### Pemeriksaan Penunjang

**1. Laboratorium tanggal 21 Januari 2020**

Tabel 3.1 Hasil Cek Darah Lengkap

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Komponen | Nilai Klien | Satuan | Nilai Normal |
| WBC  HGB  PLT  RBC  HCT  MCV  MCH  PCT  BUN  Kreatinine  SGOT  SGPT  Bilirubin total  Bilirubin Direk  Bilirubin Indirek  Albumin | 6.27  11.4  262  4.08  35.1  85.9  32.6  2.42  10  0.8  20  18  0.7  0.3  0.4  4.77 | 10^3/uL  g/dL  10^3/uL  10^6/uL  %  fL  pg  %  mg/dL  mg/dL  U/I  U/I  mg/dL  mg/dL  mg/dL  mg/dL | 4.00 – 10.00  11.0 – 16.0  150 – 400  3.50 – 5.50  37.0 – 54.0  80.0 – 100.0  27.0 – 34.0  0.108 – 0.282  10.0-24.0  0.6-1.5  0-35  0-37  0.10-1.00  0.00-0.20  0.00-0.75  3.40-4.80 |

**2. Laboraturium tanggal 26 Januari 2020**

Tabel 3.2 Hasil Cek Darah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Komponen |  | Nilai Klien | Satuan | Nilai Normal |
| PPT  APTT  INR  SGOT  SGPT  Natrium  Kalium  Klorida |  | 14.8  37.6  1.05  15  15  143.4  3.98  107.7 | Detik  Detik  Detik  U/I U/I  mmol/L  mmol/L  mmol/L | 11.00-15.00  26.0-40.0  1.00-2.00  0-35  0-37  135.0 – 147.0  3.00 – 5.00  95.0 – 105.0 |

**3.** **USG tanggal 10 Oktober 2019**

Gambar 3.2 Hasil USG Ny. H

****

****

USG *Upper* abdomen dan *Lower* :

Hepar :

Besar normal, permukaan licin, sudut tajam

Echoparenchyme normal,IHBD / CBD tak tampak dilatasi

Tak tampoam adanya tumor ataupun cyste, ascites (-)

Gall Bladder :

Ukuran normal, dinding tak menebal, batu multiple dengan ukuran terbesar 0.44 cm

Lien, Pankreas :

Besar normal, tak nampak mass

Ginjal kanan dan kiri :

Besar normal, batu ( - ), ectasis ( - ), echo cortex normal, batas echo cortex dan medulla normal, calycea system tak tampak ectasis.

Bladder :

Normal, tak tampak mass atau batu.

Genetalia Int :

Normal

Kesimpulan :

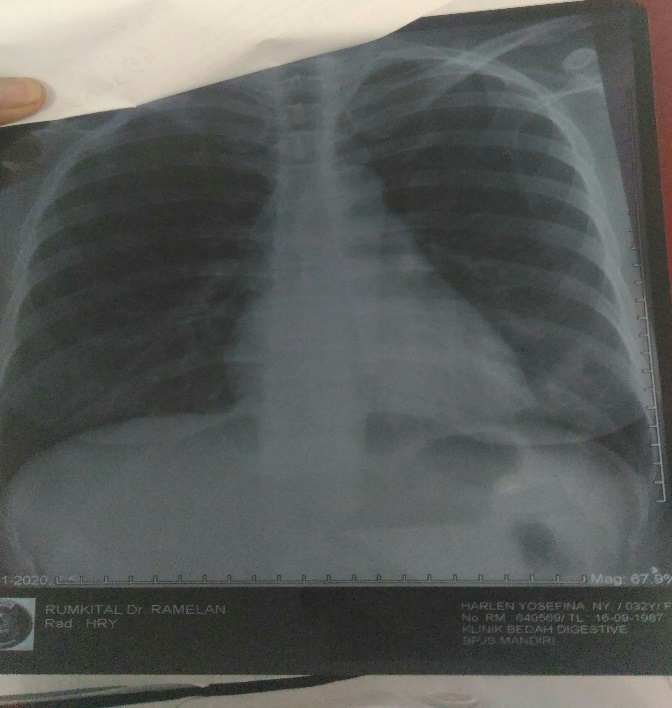
1. Cholelithiasis multiple

2. Tak tampak tanda cholecystitis atau obstruksi saluran biller

3. Organ abdomen lain batas normal.

**4. Foto Toraks tanggal 22 Januari 2020**

Gambar 3.3 Hasil Foto Thoraks Ny. H

****

Cor :

Besar dan bentuk normal

Pulmo :

Tak tampak infiltrat

Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

Tulang tam tampak kelainan

Kesimpulan :

Cor dan pulmo tak tampak kelainan.

#### Terapi

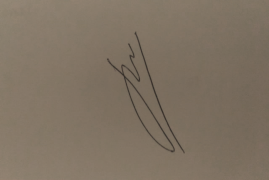
Terapi tanggal 27 Januari 2020.

Tabel 3.3 Tabel Terapi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | Dosis dan Waktu Pemberian | Indikasi |
| * Infus Futrolit | 16 tpm/1500ml/24 jam iv | Mengembalikan kebutuhan karbohidrat, cairan, dan elektrolit. |
| * Cinam | 4 x 1,5 gr iv  06.00 WIB  12.00 WIB  18.00 WIB  24.00 WIB | Antibiotik mencegah infeksi [bedah](https://www.honestdocs.id/dada-cekung) seperti profilaksis dan pengobatan infeksi akibat operasi bedah, profilaksis peri-operatif dalam bedah ortopedi dan kardiovaskular. |
| * Ketorolac | 3 x 30 mg iv  04.00 WIB  12.00 WIB  20.00 WIB | Anti inflamasi nonsteroid yang digunakan untuk meredakan peradangan dan rasa nyeri. |
| * Omeprazole | 1 x 40 mg iv  04.00 WIB | Untuk mengatasi gangguan pada lambung. |
| * Ondancentron | 1 x 8 mg iv  04.00 WIB | Untuk mengatasi mual dan muntah |

Mengetahui

Perawat



Robin Nur C

### Analisa Data

Tabel 3.4 Tabel Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | Data | Etiologi | Masalah |
| 1 | **Ds :**   * Pasien mengatakan nyeri perut bagian kanan atas. Sakit seperti ditusuk – tusuk dengan kekuatan nyeri 4 (dari skala 1 – 10 ). * P : Luka bekas post op   Q : Di tusuk – tusuk,  R : Perut kanan atas  S : Skala 4 dari 1 – 10 (sedang)  T : Hilang timbul (< 15 menit)  **Do :**   * Pasien tampak meringis. * Pasien terlihat melindungi perutnya * Pasien terlihat gelisah * Pasien sulit tidur * TTV   TD : 130 / 90 mmhg  N : 84 x / menit  RR : 20 x / menit  S : 36,4°C   * Pasien malas melakukan aktivitas dan lebih banyak tiduran | Agen pencedera fisik (prosedur operasi) | Nyeri Akut |
| 2 | **Ds :**   * Pasien mengatakan disekitar luka bekas operasi gatal   **Do :**   * Terdapat luka post operasi di perut kanan atas. * Luka terlihat basah. * Pasien tampak menahan nyeri * Disekitar luka terlihat bengkak. * Disekitar luka terlihat kemerahan. * Observasi ttv :   TD : 130/90 mmHg  N : 84 x/menit  RR : 20 x/menit  S : 36,4◦C | Faktor Mekanis (prosedur pembedahan) | Gangguan Integritas Jaringan |
| 3 | **Ds :**   * Pasien mengatakan tidak mampu melakukan toileting sendiri   **Do :**   * Pasien tidak mampu mandi. * Pasien tampak di seka * Keluarga tampak membantu pasien dalam mengenakan pakaian * Pasien tampak disuapin saat makan * Observasi ttv :   TD : 130/90 mmHg  N : 84 x/menit  RR : 20 x/menit  S : 36,4◦C | Gangguan Muskuloskeletal | Defisit Perawatan Diri |
| 4 | **Ds :**   * Pasien mengatakan segala aktivitasnya dibantu   **Do :**   * Pasien terlihat lemah * Nyeri pada abdomen saat bergerak * Gerakan pasien terbatas dan terlihat hanya tirah baring * Pasien tampak cemas saat bergerak * Observasi ttv :   TD : 130/90 mmHg  N : 84 x/menit  RR : 20 x/menit  S : 36,4◦C | Nyeri | Gangguan mobilitas fisik |
| 5 | **DS** :   * Pasien mengatakan mengalami kesulitan untuk tidur   **DO**  :   * wajah pasien terlihat lesu * pasien sering menguap * Observasi ttv :   TD : 130/90 mmHg  N : 84 x/menit  RR : 20 x/menit  S : 36,4◦C | Faktor psikologi atau biologis | Gangguan pola tidur |

### Prioritas Masalah

Tabel 3.5 Tabel Prioritas Masalah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | | **Paraf (Nama Perawat)** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| **1** | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) | 27 Januari 2020 | 29 Januari 2020 |  |
| **2** | Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (prosedur pembedahan) | 27 Januari 2020 | 29 Januari 2020 |  |
| **3** | Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri | 27 Januari 2020 | 29 Januari 2020 |  |

### Rencana Keperawatan

Tabel 3.6 Tabel Rencana Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1 | Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun.  Kriteria Hasil :   * 1. Keluhan nyeri menurun   2. Meringis menurun   3. Sikap protektif menurun   4. Gelisah menurun   5. Kesulitan tidur menurun | 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri setiap pergantian shift 2. Berikan teknik nonfarmakologis distraksi dan relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri setiap 24 jam sekali 3. Jelaskan strategi meredakan nyeri 4. Hasil kolaborasi dengan tim medis pemberian ketorolac 3x30 mg iv | 1. Untuk mengetahui gejala awal pada keluhan nyeri. 2. Untuk mengurangi rasa nyeri dan mengalihkan perhatian nyeri ke kegiatan yang lain. 3. Membantu pasien dalam memanajemen nyeri yang diderita. 4. Untuk mengurangi rasa nyeri dengan pemberian terapi analgesik atau penghilang rasa nyeri. |
| 2 | Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (prosedur pembedahan) | Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka integritas kulit dan jaringan meningkat. Kriteria Hasil :   1. Nyeri menurun 2. Kemerahan menurun 3. Hematoma menurun | 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainese, warna, ukuran) 2. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam 3. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi kepada pasien 5. Hasil kolaborasi pemberian cinam 4x1,5 gr iv | 1. Mengetahui kondisi luka pada pasien 2. Untuk menghindari terjadinya ruam pada kulit punggung. 3. Untuk mempercepat penyembuhan luka dan menghindari infeksi 4. Untuk menjelaskan tanda dan gejala yang terjadi ketika infeksi. 5. Untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan mencegah terjadinya infeksi. |
| 3 | Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri | Setelah dilakukan intervensi  keperawatan selama 3 x 24 maka mobilitas fisik meningkat  Kriteria Hasil :   1. Rentang gerak meningkat 2. Nyeri menurun 3. Kecemasan menurun 4. Kelemahan fisik menurun | 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Ajarkan mobilisasi duduk, berdiri, berjalan yang harus dilakukan | 1. Mengetahui gejala awal yang terjadi untuk menentukan tindakan yang tepat. 2. Untuk mengetahui keadaan pasien. 3. Motivasi dan dukungan dari keluarga akan membuat pasien lebih semangat dalam latihan mobilisasi 4. Dengan sering melakukan mobilisasi akan mempercepat dalam penyembuhan pasien |

### Tindakan Keperawatan

Tabel 3.7 Tabel Tindakan Keperawatan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**  **Dx** | **Waktu**  **(tanggal dan jam)** | **Tindakan** | **Ttd Perawat** | **Waktu**  **(tanggal dan jam)** | **Catatan Perkembangan**  **(SOAP)** | **Ttd Perawat** |
| 1  2  2  2  3  3  3  1  1  1  2  1  3  3  1  3 | 27 Januari 2020  17.00  17.30  17.40  17.45  18.00  18.10  19.00  19.15  20.00  20.15  20.30  24.00  04.00  05.00  06.00  06.30  07.00  07.30 | * Melakukan observasi TTV :   TD : 120 / 80 mmhg  N : 84 x / menit  RR : 20 x / menit  S : 36,2 ° C   * Mengidentifikasi nyeri pada pasien   P : Luka bekas post op  Q : Di tusuk – tusuk  R : Perut kanan atas  S : Skala 4 dari 1 – 10 (sedang)  T : Hilang timbul (< 15 menit)   * Memonitor karakteristik luka   (luka basah, panjang ± 3cm, kemerahan dan bengkak disekitar luka)   * Menjelaskan kepada pasien tanda dan gejala infeksi * memberian injeksi cinam 1,5 gr (iv) hasil dari kolaborasi * Menjadwalkan kepada pasien perubahan posisi setiap 2 jam * Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan   (pasien hanya tirah baring)   * Melatih pasien latihan miring kanan dan miring kiri * Memberian injeksi ketorolac 30 mg (iv) hasil kolaborasi * Menjelaskan kepada pasien strategi meredakan nyeri * Memberikan teknik nonfarmakologis relaksasi tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri * Memberikan injeksi cinam 1,5 gr (iv) hasil kolaborasi * Memberikan injeksi ketorolac 30 mg (iv) hasil kolaborasi * Memberikan injeksi omeprazole 40 mg (iv) hasil kolaborasi * Memberikan injeksi ondancentron 8 mg (iv) hasil kolaborasi * Melakukan observasi TTV :   TD : 120 / 80 mmHg  N : 84 x / menit  RR : 20 x / menit  S : 36,5 ° C   * Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan mobilisasi * Melatih pasien latihan duduk * Mengidentifikasi nyeri pada pasien   P : Luka bekas post op  Q : Di tusuk – tusuk  R : Perut kanan atas  S : Skala 4 dari 1 – 10 (sedang)  T : Hilang timbul (< 10 menit)   * Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan latihan duduk |  | 28 Januari 2020  08.00 | **Dx 1**  S :  - Pasien mengatakan sering terbangun saat tidur karena menahan nyeri  P : Luka bekas post op  Q : Di tusuk – tusuk  R : Perut kanan  S : Skala 4 dari 1 – 10 (sedang)  T : Hilang timbul (< 10 menit)  O :   * Pasien tidak terlihat meringis. * Pasien terlihat tetap melindungi perutnya. * Pasien masih terlihat gelisah * Pasien bisa mempraktekkan latihan tarik nafas dalam dengan di bimbing. * TTV :   TD : 120 / 80 mmHg  N : 84 x / menit  RR : 20 x / menit  S : 36,5 ° C  A : Masalah nyeri teratasi sebagian.  P : Intervensi dilanjutkan. (1,2,4)  **Dx 2**  S :  - Pasien mengatakan bengkak disekitar luka bekas operasi sudah mengecil  A :   * Terdapat luka post operasi di perut kanan atas. * Luka tertutup kasa dan tidak merembes. * Pasien mengerti tanda dan gejala infeksi * Disekitar luka masih terlihat kemerahan. * Pasien tampak merubah posisi miring setiap dua jam   A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian.  P : Intervensi dilanjutkan. (1,3,5)  **Dx 3**  S :   * Pasien mengatakan bisa duduk dengan dibantu.   O :   * Pasien terlihat berlatih duduk dengan dibantu * Pasien tampak masih cemas saat bergerak * Keluarga pasien tampak membantu pasien dalam latihan mobilisasi. * TTV :   TD : 120 / 80 mmHg  N : 84 x / menit  RR : 20 x / menit  S : 36,5 ° C  A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian.  P : Intervensi dilanjutkan. (2,3,4) |  |
| 2  2  1  1  3  3  1  2  1  3  2  1  2  1  2  3  3  1 | 28 Januari 2020  08.30  08.45  09.00  09.05  09.15  09.20  11.00  12.00  12.05  15.30  16.00  17.00  18.00  20.00  24.00  04.00  05.00  06.00  06.30  07.00  07.30 | * Merawat luka bekas operasi pada perut kanan atas dengan mempertahankan teknik steril * Memonitor karakteristik luka (kemerahan dan bengkak sekitar hilang) * Mengidentifikasi nyeri pada pasien   P : Luka bekas post op  Q : Di tusuk – tusuk  R : Perut kanan atas  S : Skala 4 dari 1 – 10 (sedang)  T : Hilang timbul (< 10 menit)   * Mengajarkan pasien teknik nonfarmakologis distraksi dengan mendengarkan musik klasik * Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai latihan mobilisasi * Melatih pasien latihan berdiri * Melakukan observasi TTV :   TD : 110 / 70 mmHg  N : 88 x / menit  RR : 20 x / menit  S : 36,5 ° C   * Mengganti cairan infus futrolit 500 ml * Memberikan injeksi ketorolac 30 mg (iv) hasil kolaborasi * Memberikan injeksi cinam 1,5 gr (iv) hasil kolaborasi * Mengidentifikasi nyeri pada pasien   P : Luka bekas post op  Q : Di tusuk – tusuk  R : Perut kanan atas  S : Skala 4 dari 1 – 10 (sedang)  T : Hilang timbul (< 10 menit)   * Melatih pasien latihan berdiri dan berjalan * Melakukan observasi TTV :   TD : 120 / 80 mmHg  N : 88 x / menit  RR : 20 x / menit  S : 36,5 ° C   * Memberikan injeksi cinam 1,5 gr (iv) hasil kolaborasi * Memberikan injeksi ketorolac 30 mg (iv) hasil kolaborasi * Memberikan injeksi cinam 1,5 gr (iv) hasil kolaborasi * Memberikan injeksi ketorolac 30 mg (iv) hasil kolaborasi * Memberikan injeksi omeprazole 40 mg (iv) hasil kolaborasi * Memberikan injeksi ondancentron 8 mg (iv) hasil kolaborasi * Melakukan observasi TTV :   TD : 120 / 80 mmHg  N : 88 x / menit  RR : 20 x / menit  S : 36,3 ° C   * Memberikan injeksi cinam 1,5 gr (iv) hasil kolaborasi * Melatih pasien latihan berjalan * Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan berjalan * Mengidentifikasi nyeri pada pasien   P : Luka bekas post op  Q : Di tusuk – tusuk  R : Perut kanan atas  S : Skala 3 dari 1 – 10 (ringan)  T : Nyeri saat berjalan |  | 29 Januari 2020  08.00 | **Dx 1**  S :   * Pasien mengatakan jika berjalan nyeri pada perut kanan atas sudah berkurang.   P : Luka bekas post op  Q : Di tusuk – tusuk  R : Perut kanan atas  S : Skala 3 dari 1 – 10 (ringan)  T : Saat berjalan.  O :   * Pasien terlihat tenang * Pasien tampak tidak meringis saat gerak * Pasien terlihat sudah tidak memegangi perutnya. * Pasien bisa tidur nyenyak. * Pasien tampak mendengarkan musik klasik * TTV :   TD : 120 / 80 mmHg  N : 88 x / menit  RR : 20 x / menit  S : 36,3 ° C  A : Masalah nyeri teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan (1,4)  **Dx 2**  S :   * Pasien mengatakan luka bekas operasi semakin mengering.   O :   * Kondisi luka mulai mengering. * Bengkak di sekitar luka hilang * Nyeri menurun, skala 3 (1-10) * Kemerahan disekitar luka hilang.   A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian.  P : Intervensi dilanjutkan. (1,3,5)  **Dx 3**  S :   * Pasien mengatakan sudah bisa berdiri dan berjalan.   O :   * Pasien tampak sudah bisa berjalan sendiri. * Pasien tampak tenang saat mobilisasi . * Pasien tampak bisa ke kamar mandi sendiri. * Keluarga tampak mengawasi pasien dalam mobilisasi. * Nyeri yang dirasakan pasien menurun.   A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian.  P : Intervensi dilanjutkan. (4) |  |
| 2  2  3  1  1  2  2 | 29 Januari 2020  08.30  08.40  09.00  09.30  11.00  12.00  12.05  12.30 | * Merawat luka bekas operasi pada perut kanan atas dengan mempertahankan teknik steril * Memonitor karakteristik luka (kemerahan dan bengkak sekitar hilang) * Menganjurkan pasien latihan berjalan * Mengidentifikasi nyeri pada pasien   P : Luka bekas post op  Q : Di tusuk – tusuk  R : Perut kanan atas  S : Skala 2 dari 1 - 10 (ringan)  T : Nyeri saat berjalan terlalu lama   * Melakukan observasi TTV :   TD : 110 / 80 mmHg  N : 88 x / menit  RR : 20 x / menit  S : 36,5 ° C   * Memberikan injeksi ketorolac 30 mg (iv) hasil kolaborasi * Memberikan injeksi cinam 1,5 gr (iv) hasil kolaborasi * Mengajarkan pasien mengelola antibiotic sesuai resep.(pasien mengerti cara penggunaan obat antibiotik oral) |  |  | **Dx 1**  S :   * Pasien mengatakan sedikit nyeri pada perut kanan atas saat berjalan terlalu lama.   P : Luka bekas post op  Q : Di tusuk – tusuk  R : Perut kanan  S : Skala 2 dari 1 – 10 (ringan)  T : Saat berjalan terlalu lama.  O :   * Pasien tampak sudah tenang. * Pasien terlihat jalan-jalan disekitar ruangan. * Pasien sudah tidak melindungi perutnya. * Tidur pasien nyenyak * TTV :   TD : 110 / 80 mmHg  N : 88 x / menit  RR : 20 x / menit  S : 36,5 ° C  A : Masalah nyeri teratasi.  P : Intervensi dihentikan. (pasien KRS)  **Dx 2**  S :   * Pasien mengatakan nyeri pada perut menurun, skala 2 (1-10)   O :   * Pasien sudah tidak mengeluh lagi tentang luka bekas operasi. * Kondisi luka semakin kering dan tertutup kasa. * Kemerahan dan bengkak sekitar luka sudah hilang * Kontrol kembali tanggal 3 Februari 2020   A : Masalah resiko infeksi teratasi.  P : Intervensi dihentikan (pasien KRS).  **Dx 3**  S :   * Pasien mengatakan sudah bisa jalan-jalan disekitar ruangan   O :   * Pasien tampak bisa berjalan sendiri. * Pasien tampak tenang saat berjalan. * Nyeri menurun skala 2 (1-10). * Pasien tampak mengisi informed consent KRS.   A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi.  P : Intervensi dihentikan. (pasien KRS)  Discard planning pasien KRS :  1. Mengedukasi kepada pasien tentang efek samping obat antibiotik jika tidak diminum secara teratur.  2. Menganjurkan kepada pasien untuk mengkonsumsi makanan tinggi protein dan karbohidrat seperti nasi atau ketela, daging tanpa lemak, kentang yang dilumatkan, sayuran yang tidak membentuk gas.  3. Menganjurkan pasien untuk menjaga waktu istirahat.  4. Mengingatkan pasien untuk kontrol tanggal 3 Februari 2020. |  |

## 

##### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny.H dengan diagnosa medis Post Operasi Kolelitiasis di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 27 Januari 2020 sampai dengan tanggal 29 Januari 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

### Pengkajian

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

Penulis melakukan pengkajian pada Ny.H dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

Pembahasan akan dimulai dari:

1. Identitas

Pada tinjauan kasus didapatkan pasien berjenis kelamin perempuan dan berusia 32 tahun. Pasien mengeluh nyeri perut kanan atas selama kurang lebih 3 bulan dan nyeri memberat sejak satu minggu yang lalu. Penulis menemukan kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjaun pustaka karena menurut (Nurhikmah et al., 2018) pasien dengan kolelitiasis lebih banyak dijumpai pada wanita dan umur yang rentan terkena penyakit kolelitiasis adalah 40 - 50 tahun. Sedangkan pasien pada tinjauan kasus berusia 32 tahun. Penulis berasumsi dengan gaya hidup yang tidak sehat, meningkatnya konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi lemak, waktu melakukan latihan fisik yang terbatas, dan adanya stress, berat badan berlebih dan obesitas akan mempercepat pembentukan batu disaluran empedu pada wanita sebelum umur 40-50 tahun.

1. Riwayat Sakit dan Kesehatan
   1. Keluhan Utama

Pasien Ny.H datang ke poli bedah digestive RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan nyeri perut bagian kanan atas. Pada tinjauan teori keluhan utama yang sering menjadi alasan pasien dengan kolelitiasis biasanya terjadi pada tahap simtomatik atau tahap komplikasi. Dengan adanya sumbatan atau oklusi pada saluran atau duktus akan memberi keluhan utama kolik bilier (Mutaqqin & Sari, 2011). Penulis berasumsi penumpukan batu pada kandung empedu yang diderita pasien masuk dalam tahap simtomatik, penyumbatan pada saluran empedu membuat pasien merasakan nyeri terus menerus pada bagian perut bagian kanan atas.

* 1. Riwayat Penyakit Dahulu

Tinjauan kasus yang penulis cermati pasien tidak pernah menderita penyakit kronis seperti jantung, hipertensi maupun diabetes mellitus.

* 1. Riwayat penyakit Sekarang

Dari gejala yang dialami pasien hingga pasien mendapatkan perawatan di RS dan dilakukan pengkajian keperawatan, pasien mengatakan pada tanggal 20 Januari 2020 berobat di RS Islam Ahmad Yani dengan keluhan nyeri perut bagian kanan atas, kemudian dari hasil pemeriksaan dokter di rujuk untuk berobat ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Kemudian pada tanggal 26 Januari 2020 pukul 09.00 WIB pasien datang ke ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan untuk persiapan melaksanakan operasi laparoskopi tanggal 27 Januari 2020, dari hasil pemeriksaan TTV di dapatkan hasil TD: 120/80 mmHg, nadi: 84x/menit, suhu: 36,40C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%, lalu pasien di pasang infus NS 500 ml. Keluhan didapatakan bersifat akut atau kronis. Kondisi nyeri biasanya juga disertai riwayat keluhan demam sampai menggigil dan disertai gangguan gastrointestinal seperti nyeri perut, rasa seperti terbakar pada epigastrik (*heart burn*), mual, muntah, anoreksia, dan malaise (Mutaqqin & Sari, 2011). Penulis berasumsi penumpukan batu pada kandung empedu atau saluran empedu akan peningkatan kontraksi peristaltik di tempat penyumbatan dan mengakibatkan nyeri di daerah perut kanan atas. Penanganan kolelitiasi dengan dilakukan intervensi medis pembedahan, intervensi litotripsi atau intervensi endoskopik.

* 1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut tinjauan kasus di dalam keluarga pasien tidak ada yang mengalami riwayat penyakit batu empedu (Kolelitiasis). Secara teori untuk riwayat penyakit keluarga perlu dikaji kondisi sakit dari generasi terdahulu karena pada beberapa pasien cenderung memiliki kondisi penyakit herediter (Mutaqqin & Sari, 2011). Pengkajian kesehatan keluarga biasanya tidak di turunkan, karena kolelitiasis bukanlah penyakit keturunan. Seseorang yang gaya hidupnya sehat kemungkinan besar akan terhindar dari prnyakit kolelitiasis.

### Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem tersebut seperti dibawah ini:

1. *Breath*/Pernapasan

Pada pemeriksaan sistem pernapasaan didapatkan saat inspeksi pasien tampak tidak sesak nafas, bentuk dinding dada klien adalah normochest, irama pernapasan regular, pergerakan dinding dada simetris, retraksi interkostal tidak ada, RR = 20x/menit, pola nafas eupnea, tidak ada keluhan batuk. Saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan, fremitus vokal teraba. Saat dilakukan perkusi bunyi perkusi dada sonor. Saat auskultasi suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan. Dalam tinjauan teori adanya peningkatan frekuensi pernafasan, pernafasan tertekan ditandai nafas pendek dan tertekan (Debora, 2013). Penulis berasumsi bahwa berdasarkan hasil pengkajian tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami kelainan sistem pernapasan apapun.

1. *Blood*/Sirkulasi

Pada pemeriksaan sistem kardiovaskuler didapatkantidak ada sianosis pada bibir dan kebiruan pada ujung jari, konjungtiva tidak anemis, ictus cordis tidak teraba, irama jantung regular, teraba kuat, kecepatan normal, frekuensi 84x/menit, CRT< 2 detik, akral HKM, bunyi jantung saat perkusi pekak, batas jantung jelas apex berada pada ICS 5 midclavikula sinistra, bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada gallop, tidak ada suara bunyi jantung tambahan, tidak ada murmur, tidak ada nyeri tekan di dada. Paru-paru yang sehat menjadi lebih hiperfentilasi. Tanda –tanda vital pasien pada saat pengkajian di dapatkan hasil TTV, TD: 130/90 mmHg, nadi: 84x/menit, suhu: 36,40C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%. Batu pada duktus sistikus dapat menyebabkan obstruksi kandung empedu dan menyebabkan terjadinya kolesistitis. Bila batu berada pada duktus biliaris komunis, dapat terjadi kolangitis. Batu yang berada pada ampula vater dapat menyebabkan terjadinya pankreatitis, selain kolangitis. Adanya proses peradangan ini dapat memberikan gejala demam (Nasution, 2019). Penulis berasumsi bahwa berdasarkan hasil pengkajian tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami kelainan sistem sirkulasi.

1. *Brain*/Persarafan

Pada pemeriksaan sistem persyarafan didapatkan pasien mengatakan keadaan umum pasien baik, tidak kesemutan, tidak nyeri kepala, GCS : reflek mata 4 (membuka mata spontan), reflek verbal 5 (orientasi baik), reflek motorik 6 (mematuhi perintah dengan benar), pemeriksan nervus 1-12 dalam batas normal. Syaraf sensorik : P : Luka bekas post op , Q : Di tusuk – tusuk, R : Perut kanan atas, S : Skala 4 dari 1 – 10 (sedang), T : Hilang timbul (< 15 menit). Dalam teori hanya dijelaskan pengkajian tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS (Glasgow Coma Scale) dan biasanya tidak terdapat kelainan pada system persyarafan (Debora, 2013). Penulis berasumsi bahwa berdasarkan hasil pengkajian efek dari pembedahan/operasi akan merusak jaringan kulit, sehingga merangsang syaraf sensorik menimbulkan nyeri pada luka bekas operasi.

1. *Bladder*/Perkemihan

Pada pemeriksaan sistem perkemihan didapatkan pasien mengatakan Tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak terpasang kateter, intake ± 1500 cc, output ± 1000 cc. Terpasang infus Futrolit 500 ml 16 tetes per menit, tidak ada nyeri tekan pada vesika urinaria, tidak ada gangguan saat miksi, frekuensi BAK 5-6 kali/hari, warna kuning. Adanya urine pekat dan berwarna gelap akibat dari pigmen empedu (Debora, 2013). Penulis berasumsi bahwa berdasarkan hasil pengkajian tidak ditemukan masalah pada sistem perkemihan.

1. *Bowel*/Pencernaan

Pada pemeriksaan sistem pencernaan didapatkan 2 luka pada post operasi laparoskopi di abdomen kwadaran kiri atas dan 2 luka pada post operasi laparoskopi di abdomen kwadaran kiri bawah, luka basah, setiap luka panjangnya ± 3 cm, sekitar luka bengkak dan kemerahan, tidak ada lesi pada abdomen, tidak ada gangguan dalam menelan, tidak ada mual maupun muntah, saat SMRS porsi makan habis 1 porsi 3 kali sehari, saat MRS diet susu cair habis 1 porsi (200cc) 3 kali sehari, bunyi bising usus normal 16 x/menit, terdapat nyeri pada perut bagian kanan atas, P = Luka bekas post op cholesistektomy, Q = Di tusuk – tusuk, R = Perut kanan, S = Skala 4 dari 1 – 10 (sedang), T = Hilang timbul (< 15 menit). Kondisi batu empedu memberikan berbagai manifestasi keluhan pada klien dan menimbulkan berbagai masalah keperawatan. Jika terdapat batu yang menyumbat duktus sistikus atau duktus biliaris komunis untuk sementara waktu, tekanan di duktus biliaris akan meningkat dan peningkatan kontraksi peristaltik di tempat penyumbatan mengakibatkan nyeri visera di daerah epigastrium, mungkin dengan penjalaran ke punggung. Keluhan muntah dapat memberikan masalah keperawatan nyeri dan risiko ketidakseimbangan cairan. Respons nyeri dan gangguan gastrointestinal akan meningkatkan penurunan intake nutrisi kurang dari kebutuhan (Mutaqqin & Sari, 2011). Penulis berasumsi bahwa nyeri pada perut kanan atas pasien disebabkan oleh rusaknya integritas jaringan kulit karena efek prosedur pembedahan pengambilan batu empedu, pembedahan dilakukan lewat luka insisi yang kecil atau luka tusukan melalui dinding abdomen pada umbilicius.

1. *Bone*/Muskuloskeletal

Pada pemeriksaan sistem muskuloskeletal didapatkan pasien belum mampu mobilisasi, pergerakan terbatas, tidak terdapat kelemahan otot, tidak ada kekakuan pada otot dan tulang, tidak terdapat fraktur, tidak terdapat deformitas, tidak terdapat lesi atau luka pada kulit, tidak ditemukan adanya dislokasi, tidak terdapat krepitasi, terdapat nyeri pada perut bagian kanan atas, terdapat 2 luka pada post operasi laparoskopi di abdomen kwadaran kiri atas dan 2 luka pada post operasi laparoskopi (cholesistektomy) di abdomen kwadaran kiri bawah, luka basah, setiap luka panjangnya ± 3 cm, kulit sekitar luka kemerahan dan bengkak. Skala kekuatan otot :

5555 5555

5555 5555

Cholesistektomy merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan atas indikasi cholesistitis atau pada cholelitiasis, baik akut atau kronis yang tidak sembuh dengan tindakan konservatif (Haryono, 2012). Penulis berasumsi bahwa saat ini pasien hanya mengalami keterbatasan gerak (duduk, berdiri, berjalan) karena nyeri pada perut kanan efek dari pembedahan yang merusak integritas jaringan kulit. Namun tidak terdapat kelainan pada tulang, otot, maupun persendian pasien.

1. Sistem Integumen

Pada pemeriksaan sistem integumen didapatkan pasien tidak mengalami sianosis, tekstur turgor kulit elastic, warna kulit sawo matang, edema pada daerah sekitar luka, tidak ada kelainan pigmentasi, terdapat 2 luka pada post operasi laparoskopi di abdomen kwadaran kiri atas dan 2 luka pada post operasi laparoskopi (cholesistektomy) di abdomen kwadaran kiri bawah, luka basah, setiap luka panjangnya ± 3 cm, kulit sekitar luka kemerahan. Cholesistektomy merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan atas indikasi cholesistitis atau pada cholelitiasis, baik akut atau kronis yang tidak sembuh dengan tindakan konservatif (Haryono, 2012) Penulis berasumsi bahwa berdasarkan hasil pengkajian kulit pada pasien kemerahan dan bengkak di sekitar luka karena efek dari pembedahan.

1. Sistem Pengindraan

Pada pemeriksaan sitem penginderaan didapatkan pada sistem penglihatan lapang pandang normal, pasien tidak buta warna, pasien tidak memakai alat bantu melihat, konjungtiva tidak anemis, sklera mata tidak ikterik, pupil isokor, reaksi terdapat cahaya normal. Pada sistem pendengaran tidak ada serumen, keadaan telinga bersih, sistem pendengaran baik. Pada sistem penciuman tidak ada polip, mukosa hidung lembab, septum hidung ditengah, tidak ada pernafasan cuping hidung, pasien menangkap bau dan dapat memerjemahkan. Pada sistem perabaan pasien bisa membedakan perabaan kasar dan halus dengan sesuai. Pada sistem perasa pasien bisa membedakan rasa makanan yang di coba oleh pasien. Kolelitiasis adalah terbentuknya batu yang terdapat di dalam kandung empedu atau saluran empedu (duktus koledokus) atau keduanya (Mutaqqin & Sari, 2011). Penulis berasumsi bahwa berdasarkan hasil pengkajian pasien dengan kolelitiasis tidak memberikan efek pada sistem pengindraan, akan tetapi pasien dengan kolelitiasis akan memberikan efek nyeri pada abdomen karena terbentuknya batu dalam kandung empedu.

1. Sistem Endokrin

Pada pemeriksaan sitem endokrin didapatkan pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan pada tiroid, tidak ada hipoglikemi maupun hiperglikemi.

1. Pola Istirahat Tidur.

Pada pengkajian pola istirahat tidur, didapatkan sebelum sakit pasien tidur ± 10 jam/hari, (malam: 21.00 – 05.00 WIB, siang: 14.00 – 16.00 WIB). Setelah sakit pasien juga tidur ±6 jam/hari, (malam: 23.00 – 03.30 WIB, siang: 15.30 – 16.30 WIB), pasien mengatakan tidak dapat tidur dengan nyenyak karena menahan nyeri pada perut bagian kanan atas bekas pembedahan dan ada masalah atau gangguan karena lampu ruangan yang terlalu terang bagi pasien. Secara teori cholesistektomy merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan atas indikasi cholesistitis atau pada cholelitiasis, baik akut atau kronis yang tidak sembuh dengan tindakan konservatif (Haryono, 2012). Penulis berasumsi bahwa pasien mengalami insomnia karena pasien mengeluh nyeri karena efek dari pembedahan pada perut kanan atas dan lampu ruangan yang terlalu terang sehingga hal tersebut membuat pasien merasa tidak nyaman dan tidak nyenyak saat tidur. Pasien terbiasa tidur dengan lampu yang redup, akan tetapi standar prosedur operasional rumah sakit lampu ruangan harus selalu terang untuk mrnghindari terjadinya resiko jatuh pada pasien.

### Diagnosa Keperawatan

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung kesenjangan lainnya yaitu tentang diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 8, yaitu :

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (mis. Inflamasi, iskemia,neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma dan latihan fisik berlebihan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2. Defisit pengetahuan b.d keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi), faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

4. Pola nafas tidak efektif b.d depresi pusat pernafasan, hambatan upaya nafas (mis. nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernafasan), deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuskuler, gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang), imaturis neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas), cedera pada medula spinalis, efek agen farmakologis, kecemasan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

5. Risiko ketidakseimbangan elektrolit b.d ketidakseimbangaan cairan (mis. dehidrasi dan intoksikasi air), kelebihan volume cairan, gangguan mekanisme regulasi (mis. diabetes), efek samping prosedur (mis. pembedahan), diare, muntah, disfungsi ginjal, disfungsi regulasi endokrin (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

6. Risiko infeksi b.d penyakit kronis (mis. diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, stasis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

7. Hipertermi b.d dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (mis. infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, penggunaan inkubator (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

8. Ansietas b.d krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain), kurang terpapar informasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 3 diagnosa keperawatan yang muncul, yaitu:

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)

2. Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (prosedur pembedahan)

3. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri.

Tidak semua diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kolelitiasis sedangkan pada kasus nyata diagnosa keperawatan post operasi kolelitiasis disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung.

### Rencana Keperawatan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosis keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang ditetapkan.

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan kemudian penulis menyusun perencanaan keperawatan yang meliputi prioritas masalah, perumusan tujuan, penentuan kriteria hasil dan rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pasien berdasarkan masalah keperawatan yang telah ditemukan, dan pada tinjauan kasus ditemukan 3 diagnosa medis yaitu:

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Nyeri akut bersifat melindungi, memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi, berdurasi pendek, dan memiliki sedikit kerusakan jaringan serta respons emosional. Untuk mengatasi nyeri akut dilakukan perencanaan yang didahului dengan pembuatan tujuan dan kriteria hasil. Tujuan dari penanganan dari nyeri akut adalah nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik. Perencanaan untuk mengatasi nyeri akut, identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri) untuk mengetahui tingkat nyeri yang di derita pasien, berikan teknik nonfarmakologis distraksi mendengarkan musik dan relaksasi tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri dengan farmakologi maupun nonfarmakologis, berikan ketorolac 3x30 mg iv hasil dari kolaborasi dengan tim medis lainnya.

2. Gangguan integritas jaringan b.d faktor mekanis (prosedur pembedahan)

Gangguan integritas jaringan adalah dimana keadaan individu mengalami kerusakan jaringan pada lapisan kulit. Untuk mengatasi gangguan integritas jaringan dilakukan perencanaan yang didahului dengan pembuatan tujuan, kriteria hasil. Tujuan dari penanganan gangguan integritas jaringan adalah integritas kulit dan jaringan meningkat. Kriteria hasil penanganan gangguan integritas jaringan adalah nyeri yang dirasakan menurun, kemerahan di sekitar luka menurun, hematoma di sekitar luka menurun. Perencanaan untuk mengatasi masalah gangguan integritas jaringan antara lain monitor karakteristik luka (mis. drainese, warna, ukuran), jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam menghindari ruam pada kulit, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, jelaskan tanda dan gejala infeksi kepada pasien, berikan cinam 4x1,5 mg iv hasil dari kolaborasi dengan tim medis lainnya.

3. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri

Gangguan mobilitas atau imobilitas merupakan keadaan di mana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan. Untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik dilakukan perencanaan yang didahului dengan pembuatan tujuaan dan kriteria hasil. Tujuan dari penanganan gangguan mobilitas fisik adalah mobilitas fisik dapat meningkat dengan kriteria hasil rentang gerak meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kelemahan fisik menurun. Perencanaan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik antara lain identifikasi toleransi fisik pada pasien melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, ajarkan mobilisasi (duduk, berdiri, berjalan) yang harus dilakukan.

### Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik, tujuannya adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Pada tahap pelaksanaan perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih tindakan yang paling spesifik sesuai dengan kebutuhan pasien. Semua tindakan dicatat dalam format yang telah ditentukan oleh institusi atau pihak rumah sakit.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Tindakan keperawatan yang diberikan pada Ny.H terkait dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah mengobservasi nyeri, mengajarkan pasien relaksasi nafas dalam dan distraksi mendengarkan musik saat timbul nyeri, mengajarkan pasien strategi untuk meredakan nyeri, memberikan injeksi ketorolac 3x30 mg iv hasil dari kolaborasi dengan tim medis lainnya. Pada diagnosis ini rencana dapat terlaksana.

2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (prosedur pembedahan)

Tindakan keperawatan yang diberikan pada Ny.H dengan diagnosa gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme adalah mengobservasi karakteristik luka bekas operasi, menjadwalkan pindah posisi setiap 2 jam, mempertahankan teknik steril saat melakukan rawat luka, menjelaskan kepada pasien tanda dan gejala infeksi, memberikan injeksi cinam 4x1,5 mg iv hasil dari kolaborasi dengan tim medis lainnya. Pada diagnosis ini rencana dapat terlaksana.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tindakan keperawatan yang diberikan pada Ny.H terkait dengan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri adalah mengobservasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, memonitor tekanan darah sebelum melakukan latihan mobilisasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, mengajarakan dan membantu pasien latihan mobilisasi (duduk, berdiri, berjalan). Pada diagnosis ini rencana dapat terlaksana.

### Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilakukan karena merupakan kasus secara umum sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi). Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan pasien tentang nyeri menurun, meringis menahan nyeri menurun, sikap protektif pasien menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur karena menahan nyeri menurun. Karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan sesuai rencana tindakan, masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020
2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (prosedur pembedahan). Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil nyeri yang dirasakan pasien menurun, kemerahan disekitar luka menurun, hematoma disekitar luka bekas operasi menurun. Karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan sesuai rencana tindakan, masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil rentang gerak pasien meningkat, nyeri yang diderita pasien menurun, kecemasan menurun, kelemahan fisik pasien meningkat. Karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan sesuai rencana tindakan, masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan yang lainnya. Hasil evaluasi pada Ny.H sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 29 Januari 2020.

## 

##### **PENUTUP**

Setelah melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosa medis Post Operasi Kolelitiasis di ruang I Bedah RSPAL Dr.Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Post Operasi Kolelitiasis.

### Simpulan

1. Pengkajian pasien Ny.H dengan mengeluh nyeri perut kanan atas selama kurang lebih 3 bulan dan nyeri memberat satu minggu yang lalu, dari hasil pemeriksaan TTV di poli bedah digestive dapatkan hasil TD: 143/88 mmHg, Nadi : 68x/menit, RR: 23x/menit, Suhu: 360C, SPO2: 100%, GCS: 456. Pasien di diagnosa oleh dokter adanya batu empedu dan dijadwalkan operasi tanggal 27 Januari 2020. Tanggal 26 Januari 2020 pukul 09.00 WIB pasien datang ke Ruang I Bedah, pasien melaksanakan operasi tanggal 27 januari 2020 mulai pukul 13.00-13.50. Pada saat pengkajian tanggal 27 Januari 2020 pukul 17.00 WIB pasien mengatakan nyeri bekas operasi seperti ditusuk-tusuk pada perut kanan atas, durasi nyeri hilang timbul (< 15 menit) dengan skala nyeri 4 (1-10), didapatkan hasil TTV sebagai berikut TD: 130/90 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 36,40C, RR: 25x/menit, SPO2: 99% GCS: 456.
2. Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien Ny.H adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (prosedur pembedahan), dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
3. Intervensi yang diberikan pada pasien dengan diagnosa medis post operasi kolelitiasis yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) yang dilakukan yaitu mengobservasi nyeri, mengajarkan pasien relaksasi nafas dalam dan distraksi mendengarkan musik saat timbul nyeri, mengajarkan pasien strategi untuk meredakan nyeri, memberikan injeksi ketorolac 3x30 mg iv hasil dari kolaborasi dengan tim medis lainnya. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme yang dilakukan yaitu mengobservasi karakteristik luka bekas operasi, menjadwalkan pindah posisi setiap 2 jam, mempertahankan teknik steril saat melakukan rawat luka, menjelaskan kepada pasien tanda dan gejala infeksi, memberikan injeksi cinam 4x1,5 mg iv hasil dari kolaborasi dengan tim medis lainnya. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yang dilakukan yaitu mengobservasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, memonitor tekanan darah sebelum melakukan latihan mobilisasi, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, mengajarakan dan membantu pasien latihan mobilisasi (duduk, berdiri, berjalan).
4. Tindakan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari, prioritas penanganan pada Ny.H dengan diagnosa medis post operasi kolelitiasis adalah dengan mengutamakan masalah nyeri akut yang ditandai dengan pasien terlihat meringis menahan nyeri, memegangi perutnya, gelisah. Tindakan mandiri keperawatan pada pasien adalah dengan mengajarkan teknik nonfarmakologis distraksi mendengarkan musik dan relaksasi tarik nafas dalam. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan pasien dan keluarga pasien secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerja sama antara perawat, pasien dan keluarga pasien.
5. Evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan penulis, yaitu adanya perbaikan klinis pada kondisi pasien.
6. Pendokumentasian pada Ny.H adalah agar selalu mengurangi aktivitas yang berlebihan, selalu menjaga pola makan, mengindari mengkomsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi lemak, berolahraga secara teratur.

### Saran

#### Bagi Pasien

Penyakit kolelitiasis atau batu empedu jika penanganannya terlambat bisa komplikasi menjadi kanker kandung empedu untuk itu dianjurkan agar pasien tetap menjaga kesehatanya dengan menjaga kebersihan lingkungan, makan- makanan yang bergizi sesuai kebutuhan tubuh.

#### Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit diharapkan dari waktu ke waktu tetap menjaga mutu pelayanan bagi para pasien yang dirawat agar pasien lebih puas akan pelayanan yang diberikan.

#### Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan meningkatkan ilmu pengetahuan dan pendidikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post operasi kolelitiasis.

#### Bagi Mahasiswa

Mahasiswa supaya lebih memahami apa yang dijadikan kasus penyakit yang diteliti, lebih banyak melakukan pendekatan kepada pasien yang diteliti dan aktif dalam tindakan- tindakan keperawatan pada saat penelitian dilakukan.

#### Bagi Praktisi Keperawatan

Praktisi keperawatan di rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post operasi kolelitiasis dengan baik

##### 

##### **DAFTAR PUSTAKA**

Debora, O. (2013). *Proses Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik* (A. Susila & P. P. Lestari (eds.)). Salemba Medika.

Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan* (D. Dermawan & T. Rahayuningsih (eds.); Jilid 1). Gosyen Publishing.

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

Haryono, R. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan* (Edisi 1). Gasyen Publishing.

Hermawati, N. Ayu Gustia, Y. D. (2018). Jurnal Kesehatan Saintika Meditory. *Jurnal Kesehatan Saintika Meditory*, *1*(August), 79–88. http://jurnal.syedzasaintika.ac.id/index.php/meditory/article/view/244

Kartika, R. W. (2015). Perawatan Luka Kronis dengan Modern Dressing. *Perawatan Luka Kronis Dengan Modern Dressing*, *42*(7), 546–550.

Mutaqqin, A., & Sari, K. (2011). *Gangguan Gastrointestinal*. Salemba Medika.

Nasution, F. (2019). *Tatalaksana Nutrisi pada Pasien Kolelitiasis dengan Obesitas*. http://repositori.usu.ac.id

Nurhikmah, R., Efriza, & Abdullah, D. (2018). *Hubungan Peningkatan Indeks Massa Tubuh dengan Kejadian Kolelitiasis di Bagian Bedah Digestif RSI Siti Rahmah Padang Periode Januari-Juni 2018*. *June*.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2017). *Fundamental Keperawatan* (D. N. Fitriani, O. Tampubolon, & F. Diba (eds.); Edisi 7). Salemba Medika.

PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Sueta, M. A. D., & Warsinggih. (2017). Faktor Risiko Terjadinya Batu Empedu Di Rsup Dr . Wahidin Risk Factors of Gallstones At Dr . Wahidin Sudirohusodo General Hospital Makassar. *Jurnal Bedah Nasional*, *1*(1), 20–26.

Sulaiman, A., Akbar, N., Lesmana, L. A., & Noer, S. (2012). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Hati* (H. A. Sulaiman, H. N. Akbar, & L. Lesmana (eds.); Edisi 2). CV Sagung Seto.

**LAMPIRAN 1**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SOP)**

**PEMBERIAN OBAT**

Pemberian obat kepada pasien dapat dilakukan melalui beberapa cara, diantaranya: oral, parenteral, rectal, vaginal, kulit, mata, telinga dan hidung dengan menggunakan prinsip 5 tepat (tepat nama pasien , nama obat, dosis obat, cara pemberian dan waktu pemberian) dan 1 waspada.

1. **Pemberian obat melalui oral**

Pemberian obat melalui oral merupakan pemberian obat melalui mulut dengan tujuan mencegah, mengobati, dan mengurangi rasa sakit sesuai dengan jenis obat.

Persiapan alat :

1. Obat-obatan
2. Tempat obat
3. Daftar buku obat/ jadwal pemberian obat
4. Air minum dalam tempatnya

Langkah-langkah :

1. Membagi obat ketempat obat:
2. Mencuci tangan
3. Membaca instruksi pada daftar obat
4. Mengambil obat-obatan
5. Menyiapkan obat dengan tepat menurut daftar obat (obat masih dalam kemasan)
6. Menyiapkan obat cair beserta gelas obat
7. Membagi obat ke pasien:
   1. Mencuci tangan
   2. Mengambil daftar obat kemudian obat diteliti kembali sambil membuka bungkus obat.
   3. Menuangkan obat cair kedalam gelas obat, jaga kebersihan etiket obat
   4. Membawa obat dan daftar obat ke pasien sambil mencocokan nama pada tempat tidur dengan nama daftar obat
   5. Memastikan pasien benar dengan meanggil nama pasien sesuai dengan nama pada daftar obat
   6. Memberi obat satu per satu ke pasien sambil menunggu sampai pasien selesai minum
   7. Catat perubahan, reaksi terhadap pemberian, dan evaluasi respon terhadap obat dengan mencatat hasil peberian obat
   8. Mencuci tangan
8. **Pemberian obat melalui subkutan (SC)**

Pemberian obat melalui subkutan (SC) adalah pemberian obat melalui suntikan kebawah kulit yang dapat dilakukan pada daerah lengan atas sebelah luar atau sepertiga bagian dari bahu, paha sebelah luar, daerah dada, dan daerah sekitar umbilicus (abdomen). Pemberian obat melalui SC memiliki efek sistemmik.

Lokasi untuk suntikan dipilih dimana terdapat bantalan lemak dengan ukuran memadai. Pemberian obat dengan cara ini pada umumnya dilakukan dalam program pemberian insulin yang digunkan untuk mengontrol kadar gula darah.

Persiapan alat:

1. Spuit
2. Kapas alcohol 70%
3. Obat injeksi
4. Daftar buku obat
5. Bak injeksi
6. Bengkok
7. Perlak dan alasnya

Langkah-langkah :

1. Mencuci tangan
2. Jelaskan prosedur tindakan
3. Menyiapkan dosis obat setelah itu tempatkan pada bak injeksi
4. Menentukan lokasi
5. Desinfeksi dengan menggunakan kapas alcohol pada lokasi
6. Menusukkan jarum injeksi dengan sudut 45 o
7. Lakukan aspirasi, bila tidak ada darah masukkan obat perlahan-lahan hingga habis
8. Tarik spuit dan tahan dengan kapas alcohol. Masukkan spuit yang telah terpakai kedalam bengkok
9. Membereskan alat
10. Mencuci tangan
11. Mengobservasi reaksi pasien.
12. **Pemberian obat melalui wadah cairan intravena (drip)**

Pemberian obat melalui wadah cairan intravena merupakan cara memberikan obat dengan menambahkan atau memasukkan obat ke dalam wadah cairan intravena dengan tujuan untuk meminimalkan efek samping dan mempertahankan kadar terapiutik dalam darah.

Persiapan Alat :

* 1. Spuit
  2. Obat dalam tempatnya.
  3. Wadah cairan.
  4. Kapas alcohol

Langkah-langkah :

* + - 1. Cuci tangan
      2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
      3. Periksa indentitas pasien dan ambil obat kemudian masukkan ke dalam spuit.
      4. Cari tempat penyuntikan obat pada daerah wadah/kantong cairan.
      5. Lakukan disinfeksi dengan kapas alcohol dan hentikan aliran.
      6. Lakukan penyuntikan dengan memasukkan jarum spuit hingga menembus bagian tengah dan masukkan obat perlahan-lahan.
      7. Tarik spuit kemudian jalankan kembali aliran serta periksa kecepatan infus.
      8. Cuci tangan.
      9. Catat obat yang telah diberikan dan dosisnya.

1. **Pemberian obat melalui selang intravena (per infus)**

Peralatan :

1. Spuit.
2. Obat dalam tempatnya.
3. Selang intravena.
4. Kapas alcohol.

Langkah-langkah :

1. Cuci tangan.
2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
3. Periksa indentitas pasien dan ambil obat kemudian masukkan ke dalam spuit.
4. Cari tempat penyuntikan obat pada daerah selang intravena.
5. Lakukan disinfeksi dengan kapas alcohol dan hentikan aliran.
6. Lakukan penyuntikan dengan memasukkan jarum spuit hingga menembus bagian tengah selang intravena dan masukkan obat perlahan-lahan.
7. Tarik spuit kemudian jalankan kembali aliran serta periksa kecepatan infus.
8. Cuci tangan.
9. Catat obat yang telah diberikan dan dosisnya.

**LAMPIRAN 2**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SPO)**

**Pengukuran Tanda Vital ( Pernafasan, Nadi, Tekanan Darah Dan Suhu )**

1. **Pengertian :**
2. Pernafasan

Menghitung jumlah pernafasan (inspirasi yang diikuti ekskresi selama 1 menit).

1. Nadi

Menghitung frekuensi denyut nadi ( loncatan aliran darah yang dapat teraba yang terdapat di berbagai titik anggota tubuh melalui perabaan pada nadi, yang lazim diperiksa atau diraba pada radialis).

1. Tekanan darah

Melakukan pengukuran tekanan darah ( hasil dari curah jantung dan tekanan darah perifer ) dengan menggunakan spygnomanometer dan stetoskop.

1. Suhu

Mengukur suhu tubuh dengan mengguanakan termometer yang di pasangkan di mulut, aksila dan rektal.

1. **Tujuan :**
2. Pernafasan
   1. Mengetahui keadaan umum pasien
   2. Mengetahui jumlah dan sifat pernafasan dalam rentan 1 menit
   3. Mengikuti perkembangan penyakit.
   4. Membantu menegakkan diagnosis.
3. Nadi
   1. Mengetahui denyut nadi selama rentan waktu 1 menit
   2. Mengetahui keadaan umum pasien
   3. Mengetahui intgritas sistem kardiovaskulr
   4. Mengikuti perjalanan penyakit
4. Suhu
   1. Mengetahui suhu tubuh pasien untuk menentukan tindakan keperawatan
   2. Membantu menegakkan diagnosis
5. Tekanan darah
   1. Mengetahui keadaan hemodinamik pasien
   2. Mengetahui keadaan kesehatan pasien secara menyeluruh
6. **Indikasi**
7. Pada pasien yang baru masuk dan untuk dirawat
8. Secara rutin pada pasien yang dirawat
9. Sewaktu-waktu sesuai dengan kebutuhan pasien
10. **Persiapan alat :**
11. Pernafasan

Stop watch atau jam tangan, pena dan buku

1. Nadi

Stop watch atau jam tangan, pena dan buku

1. Tekanan darah

Stotoskop, spygnomanometer, pena dan buku.

1. Suhu

Termometer aksila, atau termometer mulut atau rektum, tissue, air bersih, air sabun, air desinfektan, savlon didalam bitol, pena dan buku.

1. **Prosedur kerja** :
2. Tahap prainteraksi
   1. Baca status pasien
   2. Lakukan verifikasi order yang ada untuk pemeriksaan
   3. Mencuci tangan
   4. siapkan alat
3. Tahap orientasi
   1. Menberi salam, pangil pasien dengan panggilan yang di senangi
   2. Memperkenalkan nama pasien
   3. Jelaskan prosedur dab tujuan tindakan pada pasien dan keluarga
   4. Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya
   5. Jaga privacy pasien
4. Tahap kerja
   1. Memberikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya sebelum tindakan dimulai
   2. Menggunakan sarung tangan
   3. Menanyakan keluhan utama melakukan penilaian sesuai dengan prosedur
   4. Melakukan kegiatan sesuai perencanaan
5. Penilaian pernafasan
   1. Menjelaskan prosedur kepada pasien bila hanya khusus menilai pernafasan
   2. Membuka baju pasien jika perlu untukmengobservasi gerakan dada
   3. Letakan tangan pada dada, mendobservasikeadaan dan kesimetrisan gerak pernafasan
   4. Menentukan irama pernafasan
   5. Menghitung pernafasan slama 1 menit atau 60 detik
   6. Mendengarkan bunyi pernafasan, kemungkinana ada bunyi abnormal
   7. Mencuci tangan.
6. Penilaian denyut nadi radialis
   1. Mengatur posisi pasien dengan nyaman dan rileks
   2. Menekan kulit pada area arteri radialis dengan menggunakan 3 jari yang kemudian meraba denyut nadi
   3. Menekan arteri radialis kuat dengan menggunakan jari-jari 1 menit atau 60 detik, jika tidakteraba denyutan, jari-jari digeser kekanan atau kekiri hingga denyut nadi dapat dirasakan
   4. Denyut pertama akan terasa atau teraba kuat, jika denyut hilang rabalah, tekanlah hinggadenyut terasa kuat kembali
   5. Mencuci tangan
7. Penilaian tekanan darah
   1. Menyiapkan posisi pasien
   2. Menyingsingkan lengan baju pasien
   3. Memasang manset 1 inchi (2,5 cm) diatas nadi branchialis (melakukan palpasi nadi branchialis)
   4. Mengatur tensi meter agar siapdipakai (untuk tensi air raksa) menghubungkan pipa tensi meter dengan pipa manset, menutup sekrup balon manset, membuka kunci resevoir
   5. Meletakan diafragma stotoskop diatas tempat denyut nadi tanpa menekan nadi branchialis
   6. Memompa balon manset ±180 mmHg
   7. Mengendorkan pompa dengan cara membuka skrup balon manset hingga melawati bunyi denyut nadi yang terdengar terakhir
   8. Pada saat mengendurkan pompa perahtikan bunyi denyut nadi pertama (syistol) sampai denyut nadi terakhir (diastol) jatuh diangka berapa sesuai dengan sekala yang ada di tensi meter
   9. Jika pengukuran belum yakin, tunggu 30 detik dan lalu lengan ditinggikan diatas jantung untuk mengalirkan darah dari lengan setelah itu ulangi lagi, hingga merasa yakin dan mendapat hasil yang akurat
   10. Melepaskan manset
   11. Mengembalikan posisi pasien dengan senyaman mungkin
   12. Mencuci tangan.
8. Penilaian suhu pada aksila
   1. Mengamati angka yang di tunjuk air raksa dengan benar
   2. Menurunkan air raksa bila perlu
   3. Mengatur posisi pasien
   4. Meletakan termimeter di ketiak tangan kanan atau tangan kiri dengan posisi ujung termometer dibawah kemudian pasien disuruh menjepit termometer dengan cara tangan kanan atau tangan kiri memegang bahu secara bersilangan
   5. Menunggu sekitar 5 menit
   6. Mengambil termometer setelah 5 menit kemudian mengelap termometer dengan cara berputar dari urutan yang paling bersih keurutan yang paling kotor
   7. Membaca hasil pengukuran suhu yang ditunjukan air raksa dengan segera
   8. Merapikan baju dan posisi pasien senyaman mungkin
   9. Mencelupkan termometer dengan urutan air savlon, air sabun dan bilas dengan sir bersih
   10. Mengeringkan termometer dengan menggunakan tissue
   11. Mengembalikan atau menurunkan posisi air raksa
   12. Mencuci tangan.
9. **Tahap terminasi**
   1. Menanyakan kepada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan tindakan
   2. Menyimpulkan prosedur yang telah dilakukan
   3. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
   4. Berikan penghargaan sesuai dengan kemampuan pasien
   5. Mengakhiri kegiatan dengan memberikan salam.
10. **Dokumentasi**

Catat seluruh hasil kegiatan tindakan dalam buku, beri waktu pelaksanaan kegiatan dan tanda tangan perawat jaga.

**LAMPIRAN 3**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SPO)**

**RAWAT LUKA POST OPERASI**

1. **Persiapan**
2. Persiapan Alat
3. Alat-alat steril

* Pinset anatomis 2 buah
* Pinset sirugis 2 buah
* Gunting bedah / jaringan 1 buah
* Kassa kering dalam kom tertutup secukupnya
* Kassa desinfektan dalam kom tertutup
* Handscoen 1 pasang
* Korentang / forcep
* Perlak

1. Alat-alat tidak steril

* Gunting
* Plester / hepafix
* Pengalas / perlak / uderpad
* Kom kecil 2 buah
* Kapas alkohol
* Sabun cair anti septic
* NaCl 9 %
* Handscon 1 pasang
* Masker
* Bengkok
* Air hangat (bila dibutuhkan)
* Kantong plastik / baskom untuk tempat sampah

1. Persiapan tindakan

* Menutup tirai
* Membuat pasien merasa nyaman
* Menjaga privasi pasien

1. Persiapan pasien

* Memberi salam
* Memperkenalkan diri
* Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan serta meminta ijin pada pasien

1. **Tahap Pelaksanaan**
2. Perawat cuci tangan
3. Pasang masker dan sarung tangan yang tidak steril
4. Atur posisi pasien sesuai dengan kebutuhan
5. Letakkan pengalas / perlak / uderpad dibawah area luka
6. Buka balutan lama (hati-hati jangan sampai menyentuh luka) dengan menggunakan pinset anatomi, buang balutan bekas kedalam bengkok. Jika menggunakan plester lepaskan plester dengan cara melepaskan ujungnya dan menahan kulit dibawahnya, setelah itu tarik secara perlahan sejajar dengan kulit dan kearah balutan. (Bila masih terdapat sisa perekat dikulit, dapat dihilangkan dengan kapas alkohol)
7. Bila balutan melekat pada jaringan dibawah, jangan dibasahi, tapi angkat balutan dengan berlahan
8. Letakkan balutan kotor ke bengkok lalu buang kekantong plastik, hindari kontaminasi dengan permukaan luar wadah
9. Kaji lokasi, tipe, jumlah jahitan atau bau dari luka
10. Membuka set balutan steril dan menyiapkan larutan pencuci luka dan obat luka dengan memperhatikan tehnik aseptik.
11. Buka sarung tangan ganti dengan sarung tangan steril
12. Membersihkan luka dengan sabun anti septik atau NaCl 9 %
13. Memberikan obat atau antikbiotik pada area luka (disesuaikan dengan terapi)
14. Menutup luka dengan cara:
15. Balutan kering

* Lapisan pertama kassa kering steril untuk menutupi daerah insisi dan bagian sekeliling kulit
* Lapisan kedua adalah kassa kering steril yang dapat menyerap
* Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luar

1. Balutan basah – kering

* Lapisan pertama kassa steril yang telah diberi cairan steril atau untuk menutupi area luka
* Lapisan kedua kasa steril yang lebab yang sifatnya menyerap
* Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luar

1. Balutan basah – basah

* Lapisan pertama kassa steril yang telah diberi dengan cairan fisiologik untuk menutupi luka
* Lapisan kedua kassa kering steril yang bersifat menyerap
* Lapisan ketiga (paling luar) kassa steril yang sudah dilembabkan dengan cairan fisiologik

1. Plester dengan rapi
2. Buka sarung tangan dan masukan kedalam kantong plastik tempat sampah
3. Lepaskan masker
4. Atur dan rapikan posisi pasien
5. Buka sampiran
6. Rapikan peralatan dan kembalikan ketempatnya dalam keadaan bersih, kering dan rapi
7. Perawat cuci tangan
8. **Tahap Evaluasi**

Evaluasi keadaan umum pasien

1. **Dokumentasi**

Dokumentasikan tindakan dalam catatan keperawatan