

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PRE DAN POST OPERASI
CHOLELITIASIS YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT



Oleh :
EVA MEYLINDA
P07220117041

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2020

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PASIEN PRE DAN POST
OPERASI CHOLELITIASIS YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) pada Jurusan
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Oleh :

EVA MEYLINDA

P07220117041

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA**

2020

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang Pendidikan di perguruan tinggi manapun baik Sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan berlaku.

Balikpapan,.....

Yang menyatakan

Materai
Rp 6000

Nama EVA MEYLINDA
NIM P07220117041

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 05 Juni 2020

Oleh
Pembimbing

Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd.
NIDN : 4008047301

Pembimbing Pendamping

Rahmawati Shoufiah, S.ST.,M.Pd
NIDN : 4020027901

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep., M.Kep.
NIP. 196803291994022001

**KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PRE
DAN POST OPERASI CHOLELITIASIS**

Telah Diuji

Pada tanggal 05 juni 2020

Panitia Penguji

Ketua Penguji

Sri Hazanah, S.ST., S.K.M., MPH
NIDN. 4023126901

.....

Penguji Anggota

1. Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd
NIDN. 4008047301

.....

2. Rahmawati Shoufiah, S.ST.,M.Pd
NIDN. 4020027901

.....

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Prodi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj. Umi Kalsum,S. Pd., M.Kes
NIP. 196508251985032001

Ns. Andi Lis AG, M.Kep
NIP. 196803291994022001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah Subhanahu wata'ala, shalawat dan salam selalu tercurahkan kepada Baginda Rasulullaah Shallallahu 'alaihi wasallam, atas berkat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada saya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program diploma III keperawatan samarinda kelas C Balikpapan jurusan keperawatan poltekkes kemenkes kaltim dengan judul "Literature Review Asuhan Keperawatan pada Klien Pre dan Post Operasi *Cholelithiasis*"

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah saya banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. H. Supriadi B, S. Kp., M. Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M. Kes, selaku Ketua Jurusan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arming G, S. Kep, M. Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M. Kep.,Sp. Kep. Mat, selaku penanggung jawab Prodi D-III Keperawatan Samarinda jurusan keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
5. Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd selaku Dosen Pembimbing I penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
6. Rahmawati Shoufiah.S.ST.,M.Pd selaku Dosen Pembimbing II dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
7. Para Dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
8. Rekan-rekan mahasiswa/I Prodi D-III Keperawatan Samarinda kelas C Balikpapan jurusan keperawatan Poltekkes kemenkes kaltim.

Karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Balikpapan, 15 Mei 2020

Eva Meylinda

ABSTRAK

“Asuhan Keperawatan Pada Klien Pre dan Post Cholelithiasis Yang Dirawat di Rumah Sakit”

Cholelithiasis merupakan kondisi yang paling banyak ditemukan, kondisi ini menyebabkan 90% penyakit empedu, dan merupakan penyebab nomor lima perawatan di rumah sakit pada usia muda. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami secara mendalam mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan cholelithiasis di Rumah Sakit Advent Bandung dan Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

Penelitian ini menggunakan metode literatur review studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil kasus sebagai unit analisis. Desain penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif.

Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan terdapat persamaan diagnosa yang muncul antara kedua klien, yaitu nyeri akut, resiko infeksi. Kemudian pada klien 1 dengan 5 diagnosa dan yang sudah teratasi yaitu 3 diagnosa defisit pengetahuan, resiko infeksi dan nyeri akut, sedangkan klien 2 dengan 3 diagnosa yang sudah teratasi yaitu nyeri akut, intoleransi aktivitas dan resiko infeksi.

Diharapkan untuk meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman, serta wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah.

Kata Kunci : Cholelithiasis, Asuhan Keperawatan

ABSTRACT

"Literature Review of Nursing Care in Pre and Post Cholelithiasis Clients"

Cholithiasis is the most common condition, this condition causes 90% of gall disease, and is the number five cause of hospitalization at a young age. This study aims to study and understand in depth about nursing care for clients with cholelithiasis at Advent Bandung Hospital and Makassar Bhayangkara Hospital.

This research uses the case study literature review method with the Nursing Care approach by taking the case as a unit of analysis. The design of this research uses descriptive qualitative research design.

Based on the analysis of the data it was concluded that there was a diagnostic equation that emerged between the two clients, namely acute pain, risk of infection. Then in client 1 with 5 diagnoses and those that have been overcome are 3 diagnoses of knowledge deficits, resiki infections and acute pain, while client 2 with 3 diagnoses that have been overcome are acute pain, activity intolerance and risk of infection.

It is expected to increase the abilities, skills, and experience, as well as the researchers' own insights in conducting scientific research.

Keywords: Cholelithiasis, Nursing Care

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman sampul depan

Halaman sampul dalam ii

Halaman persetujuan iii

Halaman Pengesahan iv

Kata pengantar v

Abstrak vii

Daftar isi x

Daftar Gambar xiii

Daftar Bagan xiv

Daftar Tabel xv

Daftar Lampiran xvi

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah 1

B. Rumusan Masalah 7

C. Tujuan Penelitian 7

D. Manfaat Penelitian 8

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dasar *Cholelithiasis*

1. Definisi.....	9
2. Anatomi fisiologi	11
3. Klasifikasi	15
4. Etiologi.....	16
5. Faktor resiko	18
6. Patofisiologi	20
7. Pathway	23
8. Manifestasi Klinik	24
9. Penatalaksanaan	25
10. Pemeriksaan diagnostik	26
11. Komplikasi.....	28
12. Pencegahan dan penanganan.....	29

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Pengertian Masalah Keperawatan.....	32
2. Kriteria Mayor dan Minor.....	32
3. Kondisi Klinis Terkait.....	32

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian.....	32
2. Diagnose keperawatan	36
3. Intervensi	44

4. Implementasi	51
5. Evaluasi	52

BAB III. METODE PENELITIAN

A. Pendekatan atau desain penelitian	53
B. Subjek penelitian	53
C. Batasan istilah	54
D. Lokasi dan waktu penelitian	55
E. Prosedur penelitian.....	55
F. Metode dan instrument pengumpulan data	56
G. Keabsahan data	57
H. Analisa data	59

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil	60
B. Pembahasan.....	97

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	127
B. Saran.....	129

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Anatomi Kandung Empedu	11
---	----

DAFTAR BAGAN

Bagan <i>Pathway Cholelithiasis</i>	23
---	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut	44
Tabel 2.2 Intervensi Gangguan Mobilitas Fisik	46
Tabel 2.3 Intervensi Hipertermi	47
Tabel 2.4 Intervensi Defisit Nutrisi	47
Tabel 2.5 Intervensi Resiko Ketidakseimbangan Cairan	49
Tabel 2.6 Intervensi Resiko Syok	50
Tabel 2.7 Intervensi Resiko infeksi	51
Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien dengan Cholelitiasis.....	61
Tabel 4.2 Hasil Anamnesis Pola Aktivitas Sehari-hari Pada Pasien.....	64
Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien dengan Cholelitiasis	66
Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien dengan Cholelitiasis	67
Tabel 4.5 Terapi Pasien dengan Cholelitiasis	70
Tabel 4.6 Diagnosa Keperawatan Pasien dengan Cholelitiasis	71
Tabel 4.7 Perencanaan Keperawatan pada Klien dengan Cholelitiasis	75
Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Pasien dengan Cholelitiasis.....	81
Tabel 4.9 Evaluasi Keperawatan Pasien dengan Cholelitiasis.....	90

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 *literature* Studi Kasus Cholelitiasis Tn.R di Rumah Sakit Advent Bandung Tahun 2018

Lampiran 2 *literature* Asuhan Keperawatan pada Ny.Y dengan Cholelitiasis di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar Tahun 2019

Lampiran 3 Bukti konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 menunjukkan bahwa terdapat 400 juta penduduk di dunia mengalami *Cholelithiasis* dan mencapai 700 juta penduduk pada tahun 2016. *Cholelithiasis* atau batu empedu terbentuk akibat ketidak seimbangan kandungan kimia dalam cairan empedu yang menyebabkan pengendapan satu atau lebih komponen empedu. *Cholelithiasis* merupakan masalah kesehatan umum dan sering terjadi di seluruh dunia, walaupun memiliki prevalensi yang berbeda beda di setiap daerah (Arif Kurniawan , Yunie Armiyati, 2017).

Gaya hidup adalah pola hidup setiap orang diseluruh dunia yang di ekspresikan dalam bentuk aktivitas, minat, dan opininya. Secara umum gaya hidup dapat diartikan sabagai suatu gaya hidup yang dikenali dengan cara bagaimana seseorang menghabiskan waktunya (aktivitas), apa yang penting bagi orang untuk menjadikan pertimbangan pada lingkungan (minat), dan apa yang orang selalu pikirkan tentang dirinya sendiri dan dunia disekitarnya (opini), serta faktor-faktor tertentu yang mempengaruhi gaya hidup sehat diantaranya adalah makanan dan olahraga. Gaya hidup dapat disimpulkan sebagai pola hidup setiap orang yang dinyatakan dalam kegiatan, minat, dan pendapatnya dalam membelanjakan uangnya dan bagaimana mengalokasikan waktunya untuk kehidupan sehari-harinya.

Saat ini dengan semakin meningkatnya tuntutan pekerjaan dan kebutuhan hidup setiap orang, membuat masyarakat Indonesia melakukan gaya hidup yang tidak sehat. Mereka banyak mengonsumsi makanan yang cepat saji (yang tinggi kalori dan tinggi lemak), waktu untuk melakukan latihan fisik yang sangat terbatas, serta kemajuan teknologi yang membuat gaya hidup masyarakat yang santai karena dapat melakukan pekerjaan dengan lebih mudah sehingga kurang aktifitas fisik dan adanya stress akibat dari pekerjaan serta permasalahan hidup yang mereka alami menjadi permasalahan yang sulit mereka hindari. Semua kondisi tersebut dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit cholelithiasis dan jumlah penderita cholelithiasis meningkat karena perubahan gaya hidup, seperti misalnya banyaknya makanan cepat saji yang dapat menyebabkan kegemukan dan kegemukan merupakan faktor terjadinya batu empedu karena ketika makan, kandung empedu akan berkontraksi dan mengeluarkan cairan empedu ke di dalam usus halus dan cairan empedu tersebut berguna untuk menyerap lemak dan beberapa vitamin diantaranya vitamin A, D, E, K (Tjokropawiro, 2015).

Berdasarkan beberapa banyaknya faktor yang dapat memicu atau menyebabkan terjadinya cholelithiasis adalah gaya hidup masyarakat yang semakin meningkat terutama masyarakat dengan ekonomi menengah keatas lebih suka mengonsumsi makanan cepat saji dengan tinggi kolesterol sehingga kolesterol darah berlebihan dan mengendap dalam kandung empedu dan menjadi kantung empedu dan dengan kurangnya pengetahuan dan

kesadaran tentang akibat dari salah konsumsi makanan sangat berbahaya untuk kesehatan mereka (Haryono, 2013).

Banyaknya faktor yang mempengaruhi terjadinya cholelitis adalah faktor keluarga, tingginya kadar estrogen, insulin, dan kolesterol, penggunaan pil KB, infeksi, obesitas, gangguan pencernaan, penyakit arteri koroner, kehamilan, tingginya kandung lemak dan rendah serat, merokok, peminum alkohol, penurunan berat badan dalam waktu yang singkat, dan kurang olahraga (Djumhana, 2017).

Cholelitis saat ini menjadi masalah kesehatan masyarakat karena frekuensi kejadiannya tinggi yang menyebabkan beban finansial maupun beban sosial bagi masyarakat. Sudah merupakan masalah kesehatan yang penting di negara barat, Angka kejadian lebih dari 20% populasi dan insiden meningkat dengan bertambahnya usia. *Cholelitis* sangat banyak ditemukan pada populasi umum dan laporan menunjukkan bahwa dari 11.840 yang dilakukan otopsi ditemukan 13,1% adalah pria dan 33,7% adalah wanita yang menderita batu empedu. Di negara barat penderita *cholelitis* banyak ditemukan pada usia 30 tahun, tetapi rata-rata usia tersering adalah 40–50 tahun dan meningkat saat usia 60 tahun seiring bertambahnya usia, dari 20 juta orang di negara barat 20% perempuan dan 8% laki-laki menderita *cholelitis* dengan usia lebih dari 40 tahun (Cahyono, 2015).

Cholelitis merupakan kondisi yang paling banyak ditemukan, kondisi ini menyebabkan 90% penyakit empedu, dan merupakan penyebab nomor lima perawatan di rumah sakit pada usia muda. *Cholelitis* biasanya

timbul pada orang dewasa, antara usia 20-50 tahun dan sekitar 20% dialami oleh pasien yang berumur diatas 40 tahun. Wanita berusia muda memiliki resiko 2-6 kali lebih besar mengalami cholelitis. *Cholelitis* mengalami peningkatan seiring meningkatnya usia seseorang. Sedangkan kejadian cholelitis di negara Asia 3%-15% lebih rendah dibandingkan negara barat. Di Indonesia, cholelitis kurang mendapat perhatian karena sering sekali asimtomatik sehingga sulit di deteksi atau sering terjadi kesalahan diagnosis. Penelitian di Indonesia pada Rumah Sakit Columbia Asia Medan sepanjang tahun 2011 didapatkan 82 kasus cholelitis (Ginting, 2012).

Di Indonesia, *cholelitis* baru mendapat perhatian setelah di klinis, publikasi penelitian tentang cholelitis masih terbatas. Berdasarkan studi kolesitografi oral di dapatkan laporan angka insidensi *cholelitis* terjadi pada wanita sebesar 76% dan pada laki-laki 36% dengan usia lebih dari 40 tahun. Sebagian besar pasien dengan batu empedu tidak mempunyai keluhan, Risiko penyandang batu empedu untuk mengalami gejala dan komplikasi relatif kecil. Walaupun demikian, sekali batu empedu mulai menimbulkan serangan nyeri kolik yang spesifik maka resiko untuk mengalami masalah dan penyulit akan terus meningkat (Cahyono, 2015)

Cholelitis adalah 90% batu kolesterol dengan komposisi kolesterol lebih dari 50%, atau bentuk campuran 20-50% berunsurkan kolesterol dan predisposisi dari batu kolesterol adalah orang dengan usia yang lebih dari 40 tahun, wanita, obesitas, kehamilan, serta penurunan berat badan yang terlalu cepat (Cahyono, 2015).

Cholelithiasis merupakan endapan satu atau lebih komponen diantaranya empedu kolesterol, bilirubin, garam, empedu, kalsium, protein, asam lemak, dan fosfolipid. Batu empedu biasanya terbentuk dalam kantung empedu terdiri dari unsur-unsur padat yang membentuk cairan empedu, batu empedu memiliki ukuran, bentuk dan komposisi yang sangat bervariasi. Batu empedu yang tidak lazim dijumpai pada anak-anak dan dewasa muda tetapi insidennya semakin sering pada individu yang memiliki usia lebih di atas 40 tahun. Setelah itu insiden *cholelithiasis* atau batu empedu semakin meningkat hingga sampai pada suatu tingkat yang diperkirakan bahwa pada usia 75 tahun satu dari 3 orang akan memiliki penyakit batu empedu, etiologi secara pastinya belum diketahui tetapi ada faktor predisposisi yang penting diantaranya gangguan metabolisme, yang menyebabkan terjadinya perubahan komposisi empedu, adanya stasis empedu, dan infeksi atau radang pada empedu. Perubahan yang terjadi pada komposisi empedu sangat mungkin menjadi faktor terpenting dalam terjadinya pembentukan batu empedu karena hati penderita *cholelithiasis* kolesterol mengekskresi empedu yang sangat jenuh dengan kolesterol.

Kolesterol yang berlebihan tersebut mengendap di dalam kandung empedu (dengan cara yang belum diketahui secara pasti) untuk membentuk batu empedu, gangguan kontraksi kandung empedu, atau mungkin keduanya dapat menyebabkan stasis empedu dalam kandung empedu. Faktor hormon (hormon kolesistokinin dan sekretin) dapat dikaitkan dengan keterlambatan pengosongan kandung empedu, infeksi bakteri atau radang empedu dapat

menjadi penyebab terbentuknya batu empedu. Mukus dapat meningkatkan viskositas empedu dan unsur selatau bakteri dapat berperan sebagai pusat pengendapan. Infeksi lebih timbul akibat dari terbentuknya batu, dibanding penyebab terbentuknya cholelithiasis (Haryono, 2013).

Tatalaksana kolelithiasis dapat dibagi menjadi dua, yaitu bedah dan non bedah. Terapi non bedah dapat berupa lisis batu yaitu disolusi batu dengan sediaan garam empedu kolelitolitik, ESWL (*extracorporeal shock wave lithitripsy*) dan pengeluaran secara endoskopi, sedangkan terapi bedah dapat berupa laparoskopi kolesistektomi, dan open kolesistektomi.

Perawat yang berhubungan langsung dengan klien kolelithiasis harus melaksanakan perannya secara profesional, melakukan teknik relaksasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri, tindakan relaksasi mencakup teknik relaksasi nafas dalam, distraksi, dan stimulasi kulit. Selain itu perawat juga berperan dalam memberikan terapi medis berupa cairan intravena, antibiotik, dan analgetik.

Solusi masalah pada pasien dengan Kolelithiasis adalah perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat memberikan informasi tentang bagaimana tanda gejala, cara pencegahan, cara pengobatan dan penanganan pasien dengan Kolelithiasis sehingga keluarga juga dapat berperan aktif dalam pemeliharaan kesehatan baik individu itu sendiri maupun orang lain disekitarnya.

Sehubungan dengan hal tersebut maka peneliti tertarik melakukan penelitian untuk melihat dan mengetahui sejauh mana “Asuhan Keperawatan Klien Dengan *Cholelithiasis*”

B. Rumusan Masalah.

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien *Cholelithiasis*

C. Tujuan Penelitian.

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

1. Tujuan Umum.

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Cholelithiasis*

2. Tujuan Khusus.

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan pre dan post operatif *Cholelithiasis* di Rumah Sakit Advent Bandung dan Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan pre dan post operatif *Cholelithiasis* di Rumah Sakit Advent Bandung dan Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
- c. Menyusun perencanaan tindakan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan pre dan post operatif *Cholelithiasis* di Rumah Sakit Advent Bandung dan Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan pada pasien *Cholelithiasis* di Rumah Sakit Advent Bandung dan Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.
- e. Mengevaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien *Cholelithiasis* di Rumah Sakit Advent Bandung dan Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

D. Manfaat Penelitian.

1. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lahan praktik dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Cholelithiasis Di Rumah Sakit advent Bandung dan Rumah Sakit Bhayangkara Makassar, sehingga perawat dapat melakukan tindakan asuhan keperawatan yang tepat.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Cholelithiasis Di Rumah Sakit advent Bandung dan Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan Cholelithiasis Di Rumah Sakit advent Bandung dan Rumah Sakit Bhayangkara Makassar secara langsung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

Kolelitiasis adalah penyakit batu empedu yang dapat ditemukan di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu, atau pada kedua-duanya. Sebagian besar batu empedu, terutama batu kolesterol, terbentuk di dalam kandung empedu (Wibowo, 2010).

Hati terletak di kuadran kanan atas abdomen di atas ginjal kanan, kolon, lambung, pankreas, dan usus serta tepat di bawah diafragma. Hati dibagi menjadi lobus kiri dan kanan, yang berawal di sebelah anterior di daerah kandung empedu dan meluas ke belakang vena kava. Kuadran kanan atas abdomen didominasi oleh hati serta saluran empedu dan kandung empedu. Pembentukan dan ekskresi empedu merupakan fungsi utama hati (Wibowo, 2010).

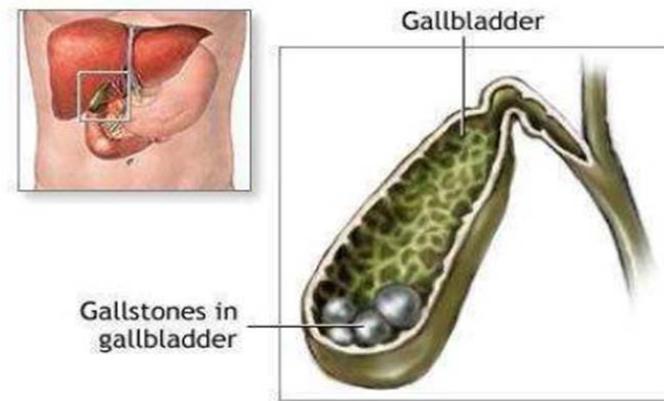
Kandung empedu adalah sebuah kantung terletak di bawah hati yang mengonsentrasikan dan menyimpan empedu sampai ia dilepaskan ke dalam usus. Kebanyakan batu duktus koledokus berasal dari batu kandung empedu, tetapi ada juga yang terbentuk primer di dalam saluran empedu.

Batu empedu bisa terbentuk di dalam saluran empedu jika empedu mengalami aliran balik karena adanya penyempitan saluran. Batu

empedu di dalam saluran empedu bisa mengakibatkan infeksi hebat saluran empedu (kolangitis). Jika saluran empedu tersumbat, maka bakteri akan tumbuh dan dengan segera menimbulkan infeksi di dalam saluran. Bakteri bisa menyebar melalui aliran darah dan menyebabkan infeksi di bagian tubuh lainnya.

Adanya infeksi dapat menyebabkan kerusakan dinding kandung empedu, sehingga menyebabkan terjadinya statis dan dengan demikian menaikkan batu empedu. Infeksi dapat disebabkan kuman yang berasal dari makanan. Infeksi bisa merambat ke saluran empedu sampai ke kantong empedu. Penyebab paling utama adalah infeksi di usus. Infeksi ini menjalar tanpa terasa menyebabkan peradangan pada saluran dan kantong empedu sehingga cairan yang berada di kantong empedu mengendap dan menimbulkan batu. Infeksi tersebut misalnya tifoid atau tifus. Kuman tifus apabila bermuara di kantong empedu dapat menyebabkan peradangan lokal yang tidak dirasakan pasien, tanpa gejala sakit ataupun demam. Namun, infeksi lebih sering timbul akibat dari terbentuknya batu dibanding penyebab terbentuknya batu.

2. Anatomi Fisiologi Kandung Empedu



Gambar 2.1

Anatomi Fisiologi Kandung Empedu

Kandung empedu bentuknya seperti kantong, organ berongga yang panjangnya sekitar 10 cm, terletak dalam suatu fossa yang menegaskan batas anatomi antara lobus hati kanan dan kiri. Kandung empedu merupakan kantong berongga berbentuk bulat lonjong seperti buah advokat tepat di bawah lobus kanan hati. Kandung empedu mempunyai fundus, korpus, dan kolum. Fundus bentuknya bulat, ujung buntu dari kandung empedu yang sedikit memanjang di atas tepi hati. Korpus merupakan bagian terbesar dari kandung empedu. Kolum adalah bagian yang sempit dari kandung empedu yang terletak antara korpus dan daerah duktus sistika.

Empedu yang disekresi secara terus-menerus oleh hati masuk ke saluran empedu yang kecil dalam hati. Saluran empedu yang kecil bersatu membentuk dua saluran lebih besar yang keluar dari permukaan bawah hati sebagai duktus hepaticus kanan dan kiri yang

segera bersatu membentuk duktus hepatikus komunis. Duktus hepatikus bergabung dengan duktus sistikus membentuk duktus koledokus (Syaiuddin, 2011).

a. Anatomi kandung empedu

1) Struktur empedu

Kandung empedu adalah kantong yang berbentuk bush pir yang terlerak pada permukaan visceral. Kandung empedu diliputi oleh peritoneum kecuali bagian yang melekat pada hepar, terletak pada permukaan bawah hati diantara lobus dekstra dan lobus quadratus hati.

2) Empedu terdiri dari:

- a) Fundus Vesika fela: berbentuk bulat, biasanya menonjol di bawah tepi inferior hati, berhubungan dengan dinding anterior abdomen setinggi rawan ujung kosta IX kanan.
- b) Korpus vesika fela: bersentuhan dengan permukaan visceral hati mengarah ke atas ke belakang dan ke kiri.
- c) Kolum vesika felea: berlanjut dengan duktus sistikus yang berjalan dengan omentum minus bersatu dengan sisi kanan duktus hepatikus komunis membentuk duktus koledokus.

3) Cairan empedu

Cairan empedu merupakan cairan yang kental berwarna kuning keemasan (kuning kehijauan) yang dihasilkan terus menerus oleh sel hepar lebih kurang 500-1000ml sehari.

Empedu merupakan zat esensial yang diperlukan dalam pencernaan dan penyerapan lemak.

4) Unsur-unsur cairan empedu:

a) Garam – garam empedu: disintesis oleh hepar dari kolesterol, suatu alcohol steroid yang banyak dihasilkan hati. Garam empedu berfungsi membantu pencernaan lemak, mengemulsi lemak dengan kelenjar lipase dari pankreas.

b) Sirkulasi enterohepatik: garam empedu (pigmen empedu) diresorpsi dari usus halus ke dalam vena portae, dialirkan kembali ke hepar untuk digynakan ulang.

c) Pigmen-pigmen empedu: merupakan hasil utama dari pemecahan hemoglobin. Sel hepar mengangkut hemoglobin dari plasma dan menyekresinya ke dalam empedu. Pigmen empedu tidak mempunyai fungsi dalam proses pencernaan.

d) Bakteri dalam usus halus: mengubah bilirubin menjadi urobilin, merupakan salah satu zat yang diresorpsi dari usus, diubah menjadi sterkobilin yang disekresi ke dalam feses sehingga menyebabkan feses berwarna kuning.

5) Saluran empedu

Saluran empedu berkumpul menjadi duktus hepaticus kemudian bersatu dengan duktus sistikus, karena akan

tersimpan dalam kandung empedu. Empedu mengalami pengentalan 5-10 kali, dikeluarkan dari kandung empedu oleh aksi kolesistektomi, suatu hormon yang dihasilkan dalam membran mukosa dari bagian atas usus halus tempat masuknya lemak. Kolesistokinin menyebabkan kontraksi otot kandung empedu. Pada waktu bersamaan terjadi relaksasi sehingga empedu mengalir ke dalam duktus sistikus dan duktus koledokus(Syaifuddin, 2011).

b. Fisiologi empedu

Empedu adalah produk hati, merupakan cairan yang mengandung mucus, mempunyai warna kuning kehijauan dan mempunyai reaksi basa. Komposisi empedu adalah garam-garam empedu, pigmen empedu, kolesterol, lesitin, lemak dan garam organik. Pigmen empedu terdiri dari bilirubin dan bilverdin. Pada saat terjadinya kerusakan butiran-butiran darah merah terurai menjadi globin dan bilirubin, sebagai pigmen yang tidak mempunyai unsur besi lagi.

Pembentukan bilirubin terjadi dalam system retikulerndotel di dalam sumsum tulang, limpa dan hati. Bilirubin yang telah dibebaskan ke dalam peredaran darah disebut hemobilirubin sedangkan bilirubin yang terdapat dalam empsdu disebut kolebilirubin. Garam empedu dibentuk dalam hati, terdiri dari

natrium glikokolat dan natrium taurokolat. Garam empedu ini akan menyebabkan kolesterol di dalam empedu dalam keadaan larutan.

Garam-garam empedu tersebut mempunyai sifat hiotropik. Garam empedu meningkatkan kerja enzim-enzim yang berasal dari pancreas yaitu amylase tripsin dan lipase. Garam empedu meningkatkan penyerapan meningkatkan penyerapan baik lemak netral maupun asam lemak. Empedu dihasilkan oleh hati dan disimpan dalam kandung empedu sebelum diskresi ke dalam usus.

Pada waktu terjadi pencernaan, otot lingkaran kandung empedu dalam keadaan relaksasi. Bersamaan dengan itu tekanan dalam kantong empedu akan meningkat dan terjadi kontraksi pada kandung empedu sehingga cairan empedu mengalir dan masuk ke dalam duodenum. Rangsangan terhadap saraf simpatis mengakibatkan terjadinya kontraksi pada kandung empedu(Suratun, 2010).

3. Klasifikasi

Adapun klasifikasi dari batu empedu menurut (Suratun, 2010) adalah sebagai berikut:

a. Batu kolestrol

Biasanya berukuran besar, soliter, berstruktur bulat atau oval, berwarna kuning pucat dan seringkali mengandung kalsium dan pigmen. Kolesterol yang merupakan unsur normal pembentuk empedu bersifat tidak larut dalam air. Kelarutannya bergantung

pada asam-asam empedu dan lesitin (fosfolipid) dalam empedu. Pada klien yang cenderung menderita batu empedu akan terjadi penurunan sintesis asam empedu dan peningkatan sintesis kolesterol dalam hati.

b. Batu pigmen

Terdiri atas garam kalsium dan salah satu dari anion (bilirubin, karbonat, fosfat, atau asam lemak rantai panjang). Batu-batu ini cenderung berukuran kecil, multipel, dan berwarna hitam kecoklatan, batu pigmen berwarna coklat berkaitan dengan infeksi empedu kronis (batu semacam ini lebih jarang di jumpai). Batu pigmen akan berbentuk bila pigmen tidak terkonjugasi dalam empedu dan terjadi proses presipitasi (pengendapan) sehingga terjadi batu. Resiko terbentuknya batu semacam ini semakin besar pada klien sirosis, hemolisis, dan infeksi percabangan bilier.

4. Etiologi

Batu Empedu hampir selalu dibentuk dalam kandung empedu dan jarang dibentuk pada bagian saluran empedu lain. Etiologi batu empedu masih belum diketahui. Satu teori menyatakan bahwa kolesterol dapat menyebabkan supersaturasi empedu di kandung empedu. Setelah beberapa lama, empedu yang telah mengalami supersaturasi menjadi mengkristal dan mulai membentuk batu. Akan tetapi, tampaknya faktor predisposisi terpenting adalah gangguan

metabolisme yang menyebabkan terjadinya perubahan komposisi empedu, stasis empedu, dan infeksi kandung empedu.

Berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan batu empedu, diantaranya:

a. Eksresi garam empedu.

Setiap faktor yang menurunkan konsentrasi berbagai garam empedu atau fosfolipid dalam empedu. Asam empedu dihidroksi atau *dihydroxy bile acids* adalah kurang polar dari pada asam trihidroksi. Jadi dengan bertambahnya kadar asam empedu dihidroksi mungkin menyebabkan terbentuknya batu empedu.

b. Kolesterol empedu

Apa bila binatang percobaan di beri diet tinggi kolestrol, sehingga kadar kolestrol dalam vesika vellea sangat tinggi, dapatlah terjadi batu empedu kolestrol yang ringan. Kenaikan kolestrol empedu dapat di jumpai pada orang gemuk, dan diet kaya lemak.

c. Substansia mukus

Perubahan dalam banyaknya dan komposisi substansia mukus dalam empedu mungkin penting dalam pembentukan batuempedu.

d. Pigmen empedu

Pada anak muda terjadinya batu empedu mungkin disebabkan karena bertambahnya pigmen empedu. Kenaikan

pigmen empedu dapat terjadi karena hemolisis yang kronis. Eksresi bilirubin adalah berupa larutan bilirubin glukuronid.

e. Infeksi

Adanya infeksi dapat menyebabkan kerusakan dinding kandung empedu, sehingga menyebabkan terjadinya stasis dan dengan demikian menaikkan pembentukan batu.

5. Faktor Resiko.

Faktor resiko untuk kolelitiasis, yaitu:

a. Usia

Risiko untuk terkena kolelitiasis meningkat sejalan dengan bertambahnya usia. Orang dengan usia > 40 tahun lebih cenderung untuk terkena kolelitiasis dibandingkan dengan orang dengan usia yang lebih muda. Di Amerika Serikat, 20 % wanita lebih dari 40 tahun mengidap batu empedu. Semakin meningkat usia, prevalensi batu empedu semakin tinggi.

Hal ini disebabkan:

1. Batu empedu sangat jarang mengalami disolusi spontan.
2. Meningkatnya sekresi kolesterol ke dalam empedu sesuai dengan bertambahnya usia
3. Empedu menjadi semakin litogenik bila usia semakin bertambah.

b. Jenis kelamin

Wanita mempunyai risiko dua kali lipat untuk terkena kolelitiasis dibandingkan dengan pria. Ini dikarenakan oleh hormon esterogen berpengaruh terhadap peningkatan ekskresi kolesterol oleh kandung empedu. Hingga dekade ke-6, 20 % wanita dan 10 % pria menderita batu empedu dan prevalensinya meningkat dengan bertambahnya usia, walaupun umumnya selalu pada wanita.

c. Berat badan (BMI)

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

d. Makanan

Konsumsi makanan yang mengandung lemak terutama lemak hewani berisiko untuk menderita kolelitiasis. Kolesterol merupakan komponen dari lemak. Jika kadar kolesterol yang terdapat dalam cairan empedu melebihi batas normal, cairan empedu dapat mengendap dan lama kelamaan menjadi batu. Intake rendah klorida, kehilangan berat badan yang cepat mengakibatkan gangguan terhadap unsur kimia dari empedu dan dapat menyebabkan penurunan kontraksi kandung empedu.

e. Aktifitas fisik

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

f. Nutrisi intra-vena jangka lama

Nutrisi intra-vena jangka lama mengakibatkan kandung empedu tidak terstimulasi untuk berkontraksi, karena tidak ada makanan/nutrisi yang melewati intestinal. Sehingga resiko untuk terbentuknya batu menjadi meningkat dalam kandung empedu.

6. Patofisiologi.

Empedu adalah satu-satunya jalur yang signifikan untuk mengeluarkan kelebihan kolesterol dari tubuh, baik sebagai kolesterol bebas maupun sebagai garam empedu. Hati berperan sebagai metabolisme lemak. Kira-kira 80 persen kolesterol yang disintesis dalam hati diubah menjadi garam empedu, yang sebaliknya kemudian disekresikan kembali ke dalam empedu sisanya diangkut dalam lipoprotein, dibawa oleh darah ke semua sel jaringan tubuh.

Kolesterol bersifat tidak larut air dan dibuat menjadi larut air melalui agregasi garam empedu dan lesitin yang dikeluarkan bersama-sama ke dalam empedu. Jika konsentrasi kolesterol melebihi kapasitas solubilisasi empedu (supersaturasi), kolesterol tidak lagi mampu berada dalam keadaan terdispersi sehingga menggumpal menjadi kristal-kristal kolesterol monohidrat yang padat.

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

Patogenesis batu berpigmen didasarkan pada adanya bilirubin tak terkonjugasi di saluran empedu (yang sukar larut dalam air), dan pengendapan garam bilirubin kalsium. Bilirubin adalah suatu produk penguraian sel darah merah.

Batu empedu yang ditemukan pada kandung empedu di klasifikasikan berdasarkan bahan pembentuknya sebagai batu kolesterol, batu pigmen dan batu campuran. Lebih dari 90% batu empedu adalah kolesterol (batu yang mengandung >50% kolesterol) atau batu campuran (batu yang mengandung 20-50% kolesterol). Angka 10% sisanya adalah batu jenis pigmen, yang mana mengandung <20% kolesterol. Faktor yang mempengaruhi pembentukan batu antara lain adalah keadaan statis kandung empedu, pengosongan kandung empedu yang tidak sempurna dan konsentrasi kalsium dalam kandung empedu.

Batu kandung empedu merupakan gabungan material mirip batu yang terbentuk di dalam kandung empedu. Pada keadaan normal, asam empedu, lesitin dan fosfolipid membantu dalam menjaga solubilitas empedu. Bila empedu menjadi bersaturasi tinggi (*supersaturated*) oleh substansi berpengaruh (kolesterol, kalsium, bilirubin), akan berkristalisasi dan membentuk nidus untuk pembentukan batu. Kristal yang terbentuk dalam kandung empedu, kemudian lama-kelamaan kristal tersebut bertambah ukuran, beragregasi, melebur dan membentuk batu. Faktor motilitas kandung 16 empedu, *billiary stasis*, dan kandungan empedu merupakan predisposisi pembentukan batu kandung empedu.

a. Batu kolesterol

Untuk terbentuknya batu kolesterol diperlukan 3 faktor utama:

- 1) Supersaturasi kolesterol
- 2) Hipomotilitas kandung empedu
- 3) Nukleasi/pembentukan nidus cepat

Khusus mengenai nukleasi cepat, sekarang telah terbukti bahwa empedu pasien dengan kolelitiasis mempunyai zat yang mempercepat waktu nukleasi kolesterol (promotor) sedangkan empedu orang normal mengandung zat yang menghalangi terjadinya nukleasi.

7. Pathway

8. Manifestasi Klinik

Menurut ((Nurarif & Kusuma, 2013) tanda dan gejala kolelitiasis adalah :

- a. Sebagian bersifat asimtomatik
- b. Nyeri tekan kuadran kanan atas atau midepigastrik samar yang menjalar ke punggung atau region bahu kanan
- c. Sebagian klien rasa nyeri bukan bersifat kolik melainkan persisten
- d. Mual dan muntah serta demam
- e. Icterus obstruksi pengaliran getah empedu ke dalam duodenum akan menimbulkan gejala yang khas, yaitu: getah empedu yang tidak lagi dibawa ke dalam duodenum akan diserap oleh darah dan penyerapan empedu ini membuat kulit dan membrane mukosa berwarna kuning. Keadaan ini sering disertai dengan gejala gatal-gatal pada kulit
- f. Perubahan warna urine dan feses. Ekskresi pigmen empedu oleh ginjal akan membuat urine berwarna sangat gelap. Feses yang tidak lagi diwarnai oleh pigmen empedu akan tampak kelabu, dan biasanya pekat yang disebut "*clay colored*"
- g. Regurgitas gas: flatus dan sendawa
- h. Defisiensi vitamin obstruksi aliran empedu juga akan membantu absorpsi vitamin A, D, E, K yang larut lemak. Karena itu klien dapat memperlihatkan gejala defisiensi vitamin-vitamin ini jika

obstruksi atau sumbatan bilier berlangsung lama. Penurunan jumlah vitamin K dapat mengganggu pembekuan darah yang normal.

9. Penatalaksanaan

Menurut ((Nurarif & Kusuma, 2013) penatalaksanaan pada kolelitiasis meliputi :

a. Penanganan Non bedah

1) Disolusi Medis

Oral dissolution therapy adalah cara penghancuran batu dengan pemberian obat-obatan oral. Disolusi medis sebelumnya harus memenuhi kriteria terapi non operatif diantaranya batu kolestrol diameternya <20mm dan batu <4 batu, fungsi kandung empedu baik, dan duktus sistik paten.

2) ERCP (*Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography*)

Batu di dalam saluran empedu dikeluarkan dengan basket kawat atau balon ekstraksi melalui muara yang sudah besar menuju lumen duodenum sehingga batu dapat keluar bersama tinja. Untuk batu besar, batu yang terjepit di saluran empedu atau batu yang terletak di atas saluran empedu yang sempit diperlukan prosedur endoskopik tambahan sesudah sfingerotomi seperti pemecahan batu dengan litotripsi mekanik dan litotripsi laser.

3) ESWL (*Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy*)

Litotripsi Gelombang Elektrosyok (ESWL) adalah pemecahan batu dengan gelombang suara.

b. Penanganan bedah

1) Kolesistektomi laparoskopik

Indikasi pembedahan karena menandakan stadium lanjut, atau kandung empedu dengan batu besar, berdiameter lebih dari 2cm. kelebihan yang diperoleh klien luka operasi kecil (2-10mm) sehingga nyeri pasca bedah minimal.

2) Kolesistektomi terbuka

Kolesistektomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara mengangkat kandung empedu dan salurannya dengan cara membuka dinding perut (Sahputra, 2016). Operasi ini merupakan standar terbaik untuk penanganan klien dengan kolelitiasis simtomatik.

10. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada klien kolelitiasis menurut (Sandra Amelia,2013) adalah:

- a. Pemeriksaan sinar-X abdomen, dapat dilakukan jika terdapat kecurigaan akan penyakit kandung empedu dan untuk menyingkirkan penyebab gejala yang lain. Namun, hanya 15-20%

batu empedu yang mengalami cukup klasifikasi untuk dapat tampak melalui pemeriksaan sinar-X.

- b. Ultrasonografi, pemeriksaan USG telah menggantikan pemeriksaan kolesistografi oral karena dapat dilakukan secara cepat dan akurat, dan dapat dilakukan pada penderita disfungsi hati dan ikterus. Pemeriksaan USG dapat mendeteksi kalkuli dalam kandung empedu atau duktus koledokus yang mengalami dilatasi.
- c. Pemeriksaan pencitraan radionuklida atau koleskintografi. Koleskintografi menggunakan preparat radioaktif yang disuntikkan secara intravena. Preparat ini kemudian diambil oleh hepatosit dan dengan cepat diekskresikan ke dalam sistem bilier. Selanjutnya dilakukan pemindaian saluran empedu untuk mendapatkan gambar kandung empedu dan percabangan bilier.
- d. ERCP (Endoscopic Retrograde CholangioPancreatography), pemeriksaan ini meliputi insersi endoskop serat-optik yang fleksibel ke dalam eksofagus hingga mencapai duodenum pars desendens. Sebuah kanul dimasukkan ke dalam duktus koledokus serta duktus pankreatikus, kemudian bahan kontras disuntikkan ke dalam duktus tersebut untuk memungkinkan visualisasi langsung struktur bilier dan memudahkan akses ke dalam duktus koledokus bagian distal untuk mengambil empedu.
- e. Kolangiografi Transhepatik Perkutan, pemeriksaan dengan cara menyuntikkan bahan kontras langsung ke dalam percabangan

bilier. Karena konsentrasi bahan kontras yang disuntikkan itu relatif besar, maka semua komponen pada sistem bilier (duktus hepatikus, duktus koledokus, duktus sistikus dan kandung empedu) dapat dilihat garis bentuknya dengan jelas.

- f. MRCP (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography), merupakan teknik pencitraan dengan gema magnet tanpa menggunakan zat kontras, instrumen, dan radiasi ion. Pada MRCP saluran empedu akan terlihat sebagai struktur yang terang karena mempunyai intensitas sinyal tinggi, sedangkan batu saluran empedu akan terlihat sebagai intensitas sinyal rendah yang dikelilingi empedu dengan intensitas sinyal tinggi, sehingga metode ini cocok untuk mendiagnosis batu saluran empedu.

11. Komplikasi

Adapun jenis komplikasi sebagai berikut:

- a. Kolesistis

Kolesistitis adalah Peradangan kandung empedu, saluran kandung empedu tersumbat oleh batu empedu, menyebabkan infeksi dan peradangan kandung empedu.

- b. Kolangitis

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

c. Hidrops

Obstruksi kronis dari kandung empedu dapat menimbulkan hidrops kandung empedu. Dalam keadaan ini, tidak ada peradangan akut dan sindrom yang berkaitan dengannya. Hidrops biasanya disebabkan oleh obstruksi duktus sistikus sehingga tidak dapat diisi lagi empedu pada kandung empedu yang normal. Kolesistektomi bersifat kuratif.

d. Empiema

Pada empiema, kandung empedu berisi nanah. Komplikasi ini dapat membahayakan jiwa dan membutuhkan kolesistektomi darurat segera.

12. Pencegahan dan Penanganan

Pencegahan *Cholelithiasis* dapat di mulai dari masyarakat yang sehat yang memiliki faktor risiko untuk terkena *Cholelithiasis* sebagai upaya untuk mencegah peningkatan kasus *Cholelithiasis* pada masyarakat dengan cara tindakan *promotif* dan *preventif*. Tindakan promotif yang dapat dilakukan adalah dengan cara mengajak masyarakat untuk hidup sehat, menjaga pola makan, dan perilaku atau gaya hidup yang sehat. Sedangkan tindakan preventif yang dapat dilakukan adalah dengan meminimalisir faktor risiko penyebab *Cholelithiasis*, seperti menurunkan makanan yang berlemak dan berkolesterol, meningkatkan makan sayur dan buah, olahraga teratur dan perbanyak minum air putih. Pada pasien yang sudah didiagnosa

mengalami *Cholelithiasis* dapat dilakukan tindakan dengan cara bedah maupun *non*-bedah. Penanganan secara bedah adalah dengan cara kolesistektomi. Sedangkan penanganan secara *non*-bedah adalah dengan cara melarutkan batu empedu menggunakan MTBE, ERCP, dan ESWL (Bruno, 2019)

Kolesistektomi merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan pada sebagian besar kasus *cholelithiasis*. Jenis *kolesistektomi laparoskopik* adalah teknik pembedahan *invasif* minimal didalam rongga abdomen dengan menggunakan *pneumoperitoneum* sistim *endokamera* dan instrumen khusus melalui layar monitor tanpa melihat dan menyentuh langsung kandung empedunya. Keuntungan dari *kolesistektomi laparoskopik* adalah meminimalkan rasa nyeri, mempercepat proses pemulihan, masa rawat yang pendek dan meminimalkan luka parut (Paasch, Salak, Mairinger, & Theissig, 2020)

Penanganan *Cholelithiasis* non-bedah dengan cara melarutkan batu empedu yaitu suatu metode melarutkan batu empedu dengan menginfuskan suatu bahan pelarut (*monooktanion* atau *metil tertier butil eter*) ke dalam kandung empedu. Pelarut tersebut dapat diinfuskan melalui jalur berikut ini: melalui selang atau kateter yang dipasang perkutan langsung ke dalam kandung empedu; melalui selang atau drain yang dimasukkan melalui saluran T-Tube untuk melarutkan batu yang belum dikeluarkan pada saat pembedahan;

melalui endoskop ERCP atau kateter bilier transnasal. Pengangkatan *non*-bedah digunakan untuk mengeluarkan batu yang belum terangkat pada saat kolesistektomi atau yang terjepit dalam *duktus koledokus*. (Baloyi et al., 2020).

Endoscopy Retrograde Cholangi Pancreatography (ERCP) terapeutik dengan melakukan sfingterektomi endoskopik untuk mengeluarkan batu saluran empedu tanpa operasi, pertama kali dilakukan tahun 1974. Batu di dalam saluran empedu dikeluarkan dengan basket kawat atau balon-ekstraksi melalui muara yang sudah besar tersebut menuju lumen duodenum sehingga batu dapat keluar bersama tinja atau dikeluarkan melalui mulut bersama skopnya. *Extracorporeal Shock-Wave Lithoripsy* (ESWL) merupakan prosedur non-invasif yang menggunakan gelombang kejut berulang (*repeated shock waves*) yang diarahkan kepada batu empedu di dalam kandung empedu atau duktus koledokus dengan maksud untuk memecah batu tersebut menjadi sebuah fragmen. Gelombang kejut dihasilkan dalam media cairan oleh percikan listrik, yaitu piezoelektrik, atau oleh muatan elektromagnetik (Bini, Chan, Rivera, & Tuda, 2020)

Setelah penanganan bedah maupun *non*-bedah dilakukan, maka selanjutnya dilakukan perawatan *paliatif* yang fungsinya untuk mencegah komplikasi penyakit yang lain, mencegah atau mengurangi rasa nyeri dan keluhan lain, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Perawatan tersebut bisa dilakukan dengan salah satu cara yaitu

memerhatikan asupan makanan dengan intake rendah lemak dan kolesterol (Bini et al., 2020).

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Pengertian Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya (PPNI, 2017).

2. Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria mayor adalah tanda/gejala yang ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosa (PPNI, 2017).

3. Kondisi Klinis Terkait

Merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan (PPNI,2017)

Berikut adalah masalah yang timbul bagi pasien *pre* dan *post Cholelithiasis*, dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) :

Masalah keperawatan pada *Pre operatif* :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Inflamasi)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

- c. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
- e. Resiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan obstruksi intestinal
- f. Resiko Syok (*Hipovolemik*) dibuktikan dengan kekurangan volume cairan

Masalah keperawatan pada *Post operatif* :

- g. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi)
- h. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- i. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Kolelitiasis

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, tempat tinggal, tempat tanggal lahir, pekerjaan dan pendidikan. Kolelitiasis biasanya ditemukan pada 20 -50 tahun dan lebih sering terjadi anak perempuan pada dibanding anak laki – laki (Cahyono, 2015).

b. Keluhan utama

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

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

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

2) Riwayat kesehatan dahulu

kaji apakah klien pernah menderita penyakit sama atau pernah memiliki riwayat penyakit sebelumnya.

3) Riwayat kesehatan keluarga (genogram)

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

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan Umum :

a) Penampilan Umum

Mengkaji tentang berat badan dan tinggi badan klien.

b) Kesadaran

Kesadaran mencakup tentang kualitas dan kuantitas keadaan klien.

c) Tanda-tanda Vital

Mengkaji mengenai tekanan darah, suhu, nadi dan respirasi.

2) Sistem endokrin

Mengkaji tentang keadaan abdomen dan kantung empedu.

Biasanya Pada penyakit ini kantung empedu dapat terlihat dan teraba oleh tangan karena terjadi pembengkakan pada kandung empedu.

e. Pola aktivitas

1) Nutrisi

Dikaji tentang porsi makan, nafsu makan

2) Aktivitas

Dikaji tentang aktivitas sehari-hari, kesulitan melakukan aktivitas dan anjuran bedrest

3) Aspek psikologis

Kaji tentang emosi, pengetahuan terhadap penyakit, dan suasana hati.

4) Aspek penunjang

- a) Hasil pemeriksaan Laboratorium (bilirubin, amylase serum meningkat)
- b) Obat-obatan satu terapi sesuai dengan anjuran dokter.

2. Diagnosa Keperawatan

NANDA menyatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga, dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (Yeni & Ukur, 2019).

ada lima tipe diagnosa, yaitu aktual, risiko, kemungkinan, sehat dan sindrom. Diagnosa keperawatan aktual menyajikan keadaan yang secara klinis telah divalidasi melalui batasan karakteristik mayor yang dapat diidentifikasi. Diagnosa keperawatan risiko menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. Masalah dapat timbul pada seseorang atau kelompok yang rentan dan ditunjang dengan faktor risiko yang memberikan kontribusi pada peningkatan kerentanan. Menurut NANDA, diagnosa keperawatan risiko adalah keputusan klinik tentang individu, keluarga, atau komunitas yang sangat rentan untuk mengalami masalah dibanding individu atau kelompok lain pada situasi yang sama atau hampir sama. Diagnosa keperawatan kemungkinan menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan

kemungkinan. Pada keadaan ini masalah dan faktor pendukung belum ada tetapi sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah. Diagnosa keperawatan *Wellness* (Sejahtera) atau sehat adalah keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga, dan atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi yang menunjukkan terjadinya peningkatan fungsi kesehatan menjadi fungsi yang positif. Diagnosa keperawatan sindrom adalah diagnosa yang terdiri dari kelompok diagnosa aktual dan risiko tinggi yang diperkirakan akan muncul karena suatu kejadian atau situasi tertentu (Yeni & Ukur, 2019).

Diagnosa Keperawatan yang biasa muncul pada klien *Cholelithiasis* dan mengalami pembedahan adalah :

Masalah keperawatan pada *Pre operatif* :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Inflamasi)
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
- e. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan asites
- f. Resiko syok (*Hipovolemik*) berhubungan dengan kekurangan volume cairan

Masalah keperawatan pada *Post operatif* :

- g. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
- h. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- i. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infansif

Berikut adalah uraian dari diagnosa yang timbul bagi pasien, dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) :

A. Nyeri akut **D.0077**

1. Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2. Penyebab

Agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia, neoplasma)

3. Batasan karakteristik

a) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain:

a. Subjektif : 1. Mengeluh Nyeri

b. Objektif : 1. Tampak meringis

2. Bersikap protektif

3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

b) Data Minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa nyeri akut antara lain:

a. Subjektif : -

b. Objektif : 1. Tekanan darah meningkat

2. Pola nafas berubah

3. Nafsu makan berubah

4. Proses berfikir terganggu

5. Menarik diri

6. Berfokus pada diri sendiri

7. Diaforesis

4. Kondisi Klinis Terkait

a) Infeksi

B. Gangguan mobilitas fisik D.0054

1. Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih extremitas secara mandiri.

2. Penyebab

Nyeri

3. Batasan karakteristik

a) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa gangguan mobilitas fisik antara lain:

a. Subjektif : 1. Mengeluh sulit menggerakkan extremitas

b. Objektif : 1. Kekuatan otot menurun
2. Rentang gerak menurun

b) Data minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnose gangguan mobilitas fisik antara lain:

a. Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak

2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat Bergerak

b. Objektif : 1. Sendi kaku

2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Gerakan terbatas
4. Fisik Lemah

C. Hipertermi D.0130

1. Definisi

Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh

2. Penyebab

Proses penyakit (misalnya infeksi, kanker)

3. Batasan karakteristik

a) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnose hipertermi antara lain:

- a. Subjektif : -
- b. Objektif : 1. Suhu tubuh di atas normal

b) Data minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnose hipertermi antara lain :

- a. Subjektif : -
- b. Objektif : 1. Kulit merah
 - 2. Takikardi
 - 3. Kulit terasa hangat

4. Kondisi klinis terkait

a) Proses infeksi

D. Defisit nutrisi **D.0019**

1. Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

2. Penyebab

Ketidakmampuan mencerna makanan

3. Batasan karakteristik

a) Data mayor

Data mayor yang dapat menunjang munculnya diagnosa defisit nutrisi antara lain:

a. Subjektif : -

b. Objektif : 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

b) Data minor

Data minor yang dapat menunjang munculnya diagnosa defisit nutrisi antara lain:

a. Subjektif : 1. Kram atau nyeri abdomen

2. Nafsu makan menurun

b. Objektif : 1. Bising usus hiperaktif

2. Otot menelan lemah

4. Kondisi klinis terkait :

a. Infeksi

E. Resiko ketidakseimbangan cairan **D.0036**

1. Definisi

Berisiko mengalami penurunan peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstisial, atau intraselular

2. Faktor resiko

a. Asites

3. Kondisi klinis terkait

a. Perdarahan

F. Resiko syok (Hipovolemik) **D0039**

1. Definisi

Berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa

2. Faktor resiko

Kekurangan volume cairan

1. Kondisi klinis terkait

Perdarahan

G. Resiko infeksi **D0142**

1. Definisi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2. Faktor resiko

Efek prosedur invasive

3. Kondisi klinis terkait

Tindakan invasive

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan

keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan kriteria hasil, pemilihan intervensi yang tepat, dan rasionalisasi dari intervensi dan mendokumentasikan rencana perawatan (Lestari et al., 2019).

Intervensi Keperawatan yang biasa muncul pada klien *Cholelithiasis* dan mengalami pembedahan adalah:

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis **D.0077**

Tabel 2.1 intervensi keperawatan *cholelithiasis*

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama Pasien menyatakan nyeri hilang berkurang atau menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Menarik diri menurun g. Berfokus pada diri sendiri menurun h. Diaforesis menurun i. Perasaan depresi (tertekan) menurun j. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun k. Anoreksia menurun l. Perineum terasa tertekan m. Uterus teraba membulat menurun n. Ketegangan otot menurun o. Pupil dilatasi menurun p. Muntah menurun q. Mual menurun r. Frekuensi nadi membaik s. Pola nafas membaik t. Tekanan darah membaik u. Proses berfikir membaik v. Fungsi berkemih membaik w. Prilaku membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <p>Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri fasilitasi istirahat dan tidur pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p>

<ul style="list-style-type: none"> x. Nafsu makan membaik y. Pola tidur membaik 	<ul style="list-style-type: none"> a. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. jelaskan strategi meredakan nyeri c. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
---	--

2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri **D.0054**

T

a	Tujuan	Intervensi
	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama Pasien menyatakan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> f. Pergerakan extremitas meningkat g. Kekuatan otot meningkat h. Rentang gerak meningkat i. Nyeri menurun j. Kecemasan menurun k. Kaku sendi menurun l. Gerakan tidak terkoordinasi menurun m. Gerakan terbatas menurun n. Kelemahan fisik menurun 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu b. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi b. Anjurkan melakukan ambulasi dini c. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan

ervensi keperawatan *cholelithiasis*

3) Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit **D.0130**

Tabel 2.3 intervensi keperawatan *cholelithiasis*

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama Pasien menyatakan suhu tubuh pasien membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Suhu tubuh membaik f. Suhu kulit membaik g. Kadar glukosa darah membaik h. Pengisian kapiler membaik i. Ventilasi membaik j. Tekanan darah membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab hipertermia b. Monitor suhu tubuh c. Monitor kadar elektrolit d. Monitor haluan urine e. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sediakan lingkungan yang dingin b. Basahi dan kipasi permukaan tubuh c. Berikan cairan oral d. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika terjadi hyperhidrosis e. Hindari pemberian antipiretik dan aspirin f. Berikan oksigen <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

4) Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan **D.0019**

Tabel 2.4 intervensi keperawatan *cholelithiasis*

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... status nutrisi pasien membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat b. Berat badan membaik c. Indeks massa tubuh membaik d. Frekuensi makan membaik e. Nafsu makan membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. Identifikasi makanan disukai d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric f. Monitor asupan makanan g. Monitor berat badan h. Monitor hasil pemeriksaan

	<p style="text-align: center;">laboratorium</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu b. Fasilitas menentukan pedoman diet c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai d. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein f. Berikan suplemen makanan, jika perlu g. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjarkan posisi duduk, jika perlu b. Ajarkan diet yang deprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
--	---

5) Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan asites **D.0036**

Tabel 2.5 intervensi keperawatan *cholelithiasis*

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama Pasien menyatakan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Asupan cairan meningkat b. Keluaran urin meningkat c. Kelembapan membrane Mukosa d. Asupan makanan meningkat e. Edema menurun f. Dehidrasi menurun g. Asites menurun h. Konfusi menurun i. Tekanan darah membaik j. Denyut nadi radial membaik k. Tekanan arteri rata-rata membaik l. Mata cekung membaik m. Turgor kulit membaik n. Berat badan membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi,akral,pengisian kapiler,kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) b. Monitor berat badan harian c. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis d. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium e. Monitor status hemodinamik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Catat intake dan output lalu hitung balance cairan 24 jam b. Berikan asupan cairan , sesuai kebutuhan c. Berikan cairan intravena , jika diperlukan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian diuretic, jika diperlukan

6) Resiko syok (Hipovolemik) berhubungan dengan kekurangan volume cairan **D.0039**

Tabel 2.6 intervensi keperawatan *cholelithiasis*

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama Pasien mengatakan sudah tidak mengalami syok dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kekuatan nadi meningkat b. Output urinei meningkat c. Tingkat kesadaran meningkat d. Saturasi oksigen meningkat e. Akral dingin menurun f. Pucat menurun g. Haus menurun h. Tekanan darah sistolik membaik i. Tekanan darah diastolic membaik j. Tekanan nadi membaik k. Frekuensi nafas membaik 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor status kardiopulmonal b. Monitor status oksigenasi c. Monitor status cairan d. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil e. Periksa riwayat alergi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan oksigen untuk mempertahankan kan saturasi oksigen b. Persiapan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu c. Pasang jalur IV, jika perlu d. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, jika perlu e. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab atau faktor risiko syok b. Jelaskan tanda dan gejala awal syok c. Anjurkan melapor jika menemukan atau merasakan tanda dan gejala syok d. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu b. Kolaborasi pemberian transfuse darah, jika perlu c. Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu

7) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive **D.0142**

Tabel 2.7 intervensi keperawatan *cholelithiasis*

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Demam menurun Kemerahan menurun Nyeri menurun Bengkak menurun Vesikel menurun Cairan berbau busuk menurun letargi Kebersihan tangan meningkat Kebersihan badan meningkat Kadar sel darah putih membaik Kultur area luka membaik Kadar sel darah putih membaik 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 beresiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda dan gejala infeksi Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar Ajarkan etika batuk Jarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka oprasi Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Implementasi keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di tujukan pada rencana strategi untuk membantu mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh sebab itu, rencana tindakan yang spesifik di laksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan. Tujuan dari

implementasi adalah membantu dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Harahap, 2019)

5. Evaluasi

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan deskriptif kualitatif dalam bentuk review studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien dengan *Cholelithiasis*. Metode penelitian deskriptif kualitatif adalah sebuah metode yang digunakan peneliti untuk menemukan pengetahuan atau teori terhadap penelitian pada satu waktu tertentu (Mukhtar, 2013) dalam (Hulu, 2014). Pendekatan yang digunakan merupakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan merupakan individu dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun kriteria subyek penelitian yang akan dipilih, sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target atau jangkauan yang akan diteliti (Setiadi, 2013). Kriteria inklusi pada penelitian ini, meliputi :

- a. Klien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan.

- b. Subyek terdiri dari 2 orang klien dengan kasus penyakit *Cholelithiasis*.
 - c. Klien dewasa dengan rentang usia >40 tahun.
 - d. Klien sadar penuh dengan GCS kualitatif composmentis.
 - e. Klien bersedia menjadi responden selama penelitian studi kasus berlangsung.
2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria anggota populasi yang tidak bias dijadikan sebagai sampel dalam penelitian (Setiadi, 2013). Kriteria eksklusi pada penelitian ini, meliputi :

- a. Klien tidak bersedia menjadi responden.
- b. Klien dengan penurunan kesadaran..
- c. Klien dirawat diruangan ICU.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

1. *Cholelithiasis* adalah dikenal sebagai penyakit batu empedu merupakan penyakit yang di dalamnya terdapat batu empedu yang dapat ditemukan di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu atau pada kedua-duanya. *Cholelithiasis* adalah material atau kristal tidak berbentuk yang terbentuk dalam kandung empedu. Untuk menentukan penyakit dapat dilihat dari rekam medis yang tercatat diruangan dengan dinyatakan pasien pre dan post oprasi *Cholelithiasis*.

2. Asuhan keperawatan dengan kolelitiasis merupakan suatu proses tindakan keperawatan dilakukan oleh seorang perawat yang diberikan secara langsung kepada pasien dengan kolelitiasis dalam tatanan pelayanan kesehatan dengan langkah – langkah memberikan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian awal, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi, melaksanakan intervensi, dan mengevaluasi asuhan keperawatan kolelitiasis.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan *review* di di ruang rawat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar dan di ruang rawat inap *north wing* enam Rumah Sakit Advent Bandung, pada klien yang mengalami *Cholelitis*. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 23 maret – 3 april 2020.

E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet
2. Mahasiswa melapor ke pembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang telah diperoleh
3. Setelah di setujui oleh pembimbing kemudian membuat review kasus dari kedua klien.

F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Pada bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan :

a. Wawancara

Wawancara selalu ada dua pihak yang masing-masing memiliki kedudukan yang berbeda, pihak satu sebagai pencari informasi dan pihak yang lain sebagai pemberi informasi (Sugiyono, 2009). Wawancara yang dilakukan pada klien maupun pada keluarga. Hasil wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

b. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Selain wawancara, teknik pengumpulan data yang lain adalah observasi dan pemeriksaan fisik. Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung ke objek penelitian untuk melihat dari dekat kegiatan yang dilakukan (Sugiyono, 2009). Hasil dari observasi dan pemeriksaan fisik yaitu tentang mengenai keadaan umum klien, respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan. Pada pemeriksaan fisik dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada tubuh klien untuk mengetahui kelainan yang dirasakan oleh klien.

c. Studi dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu (Sugiyono, 2009). Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan suatu data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. Studi dokumentasi dalam penelitian ini adalah dengan melihat hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan, seperti hasil laboratorium, radiologi, ataupun pemeriksaan fisik lainnya untuk mengetahui kelainan-kelainan pada klien.

d. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data yang dilakukan peneliti dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh peneliti dengan melakukan pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan sehingga menghasilkan sebuah data yang akurat. Selain itu, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan minimal selama tiga hari, sumber informasi tambahan menggunakan

triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang teliti. Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan data dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam penelitian menggunakan 3 triangulasi yaitu :

1. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama. Misalnya melalui observasi dan wawancara, peneliti biasa menggunakan obeservasi terlihat pada dokumen-dokumen klien atau rekam medis, dan pemeriksaan penunjang yang dapat berupa foto atau gambar. Triangulasi wawancara dilakukan dengan klien, keluarga klien dan perawat sendiri.

2. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber data yang sama. Dalam penelitian kualitatif, peneliti dapat menggunakan wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik untuk mengecek kebenaran. Selain itu, peneliti juga bisa menggunakan informan yang berbeda untuk mengetahui kebenarannya contohnya seperti keluarga dan perawat.

3. Triangulasi Waktu

Triangulasi waktu juga dapat mempengaruhi kredibilitas data. Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara dipagi hari saat narasumber masih segar sehingga akan memungkinkan data yang lebih valid. Data tetap dapat dikumpulkan di siang dan malam hari.

H. Analisa Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, fakta selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah :

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan, maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan pengkajian, diagnosis, perencanaan tindakan dan evaluasi.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian asuhan keperawatan dengan cholelitis dalam bentuk review kasus yang telah dilaksanakan sampel klien 1 diambil dari Karya Tulis Ilmiah Fernando Sipayung (2018) dengan judul Asuhan Keperawatan Tn.R : Kurang Pengetahuan dengan pemberian edukasi penanganan cholelitis di ruang rawat inap *north wing* enam Rumah Sakit Advent Bandung dan sampel klien 2 diambil dari Karya Tulis Ilmiah Ratmiani (2019) dengan judul Asuhan Keperawatan pada klien Ny J yang mengalami Post Op cholelitis dengan masalah keperawatan nyeri di ruang rawat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. Pengambilan data dilakukan dengan mengambil hasil laporan askep dari media internet dengan jumlah sampel sebanyak 2 klien. Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut:

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian pada klien 1 dilakukan di ruang rawat inap *north wing* enam Rumah Sakit Advent Bandung dan pada klien 2 di ruang rawat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

2. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Keperawatan

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien dengan Cholelitiasis

No	Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
1	Nama	Tn.R	Ny. J
2	No Registrasi	Tidak ada data	125xxx
3	Tanggal Lahir / Umur	28 Agustus 1972/ 46 tahun	20 Juli 1969 / 49 tahun
4	Jenis Kelamin	Laki-laki	Perempuan
5	Pekerjaan	Pedagang	Ibu Rumah Tangga
6	Agama	Islam	Islam
7	Alamat	Jl. Citarum Peuntas No. 75, RT/RW: 03/14 Wangun sari Lembang Bandung Barat	Jl. Baji Pangasseng II No. 17
8	Diagnosa Medis	Kolelitiasis	Kolelitiasis
9	Suku Bangsa	Indonesia	Makassar / Indonesia
10	Masuk RS Tanggal	27 November 2018	15.03.2019
11	Tanggal Pengkajian	27 Desember 2018	23.03.2019
12	Keluhan Utama	<p>P = klien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan atas kurang lebih 3 hari ,</p> <p>Q = klien mengatakan nyeri terasa bila sedikit digerakkan, atau saat miring,</p> <p>R = klien mengatakan nyeri terasa seperti di sayat-sayat,</p> <p>S = klien mengatakan sakitnya terasadi ulu hati,</p> <p>T = klien mengatakan skala nyeri di rentang 5-6, hilang timbul, dan demam sejak kemarin T: 37,8 0C.</p>	<p>Post Operasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nyeri pada abdomen - klien mengeluh nyeri abdomen post op cholelitiasis. <p>P = klien mengatakan nyeri bertambah saat klien banyak bergerak dan batuk</p> <p>Q = klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R = nyeri dirasakan pada bagian abdomen kanan atas kuadran 4</p> <p>S = skala nyeri klien 6 (Sedang)</p> <p>T = klien mengatakan nyeri</p>

			dirasakan terus-menerus
13	Riwayat penyakit sekarang	<p>Keluarga pasien mengatakan sudah mengalami sakit perut sebelah kanan atas</p> <p>kurang lebih 2 bulan yang lalu, kemudian pasien masuk melalui Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Advent Bandung tanggal 27 October 2018 pukul 00.52 wib rencana untuk dilakukan tindakan Laparascopy kolesistektomi.</p> <p>- Pasien diperiksa tanda-tanda vitalnya dengan suhu 38,4 °C, pernafasan 20 kali/menit, denyut nadi 71 kali/menit, tekanan darah 100/70 mmHg dan saturasi 97%, kemudian pasien dipindahkan ke ruang rawat inap North Wing enam kamar 601.</p>	<p>Klien mengatakan nyeri pada abdomen, keluarga klien mengatakan Ny”J” mengalami mual (+), klien mengatakan sulit melakukan aktivitas, klien tampak terbaring lemah, klien tampak meringis, klien mengatakan nyeri pada luka operasi, tampak luka post operasi pada abdomen kanan atas kuadran 4, badan klien terasa panas, Suhu tubuh 38,4 °C, Leukosit 14,6 10³/uL.</p>
14	Riwayat penyakit dahulu	<p>Pasien mengatakan belum pernah ada riwayat operasi sebelumnya ataupun di</p> <p>rawat dirumah sakit sebelumnya namun memiliki penyakit lambung.</p>	<p>Klien mengatakan sebelum sakit seperti sekarang, klien sering mengkonsumsi makanan berlemak seperti gorengan dan sayuran bersantan. klien juga memiliki riwayat hipertensi tapi tidak memiliki penyakit diabetes.</p>
15	Riwayat penyakit keluarga	<p>Keluarga pasien mengatakan bahwa tidak ada riwayat penyakit keturunan dikeluarganya.</p>	<p>- GI : kakek dan nenek baik dari ayah maupun ibu klien sudah meninggal karena faktor usia.</p> <p>- GII : ayah klien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara dan sudah meninggal karena penyakit Stroke komplikasi sedangkan ibu klien merupakan anak ketiga dari empat bersaudara dan sudah meninggal juga</p>

			<p>karena penyakit jantung yang dideritanya.</p> <p>- GIII : klien merupakan anak kedua dari empat bersaudara yang kini berusia 49 tahun dan memiliki seorang suami serta tiga orang anak, dimana anak pertama klien laki-laki</p> <p>sudah tidak tinggal serumah dan anak kedua serta ketiga</p> <p>klien adalah perempuan yang masih tinggal serumah dengan klien dan suaminya. Saat ini dikaji klien sedang</p> <p>di rawat di Ruang Garuda kamar 10 RS. Bhayangkara</p> <p>Makassar dengan diagnosa medis Post Op cholelithiasis (Batu Empedu).</p>
16	Riwayat Sosial	Tidak ada data	<p>Tidak terjadi gangguan dalam konsep diri, klien tidak menarik diri akibat penyakitnya atau menganggap penyakitnya adalah beban. Namun klien hanya beranggapan bahwa penyakitnya ini adalah sebuah cobaan dan harus lebih sabar dalam menghadapi.</p>

Sumber : Sipayung (2018) & Ratmiani (2019)

Berdasarkan tabel di atas ditemukan data dari pengkajian riwayat kesehatan pada klien 1 dengan keluhan utama yaitu nyeri pada perut bagian kanan atas kurang lebih 3 hari (paliatif), terasa bila sedikit digerakkan, atau saat miring (Q), terasa seperti di sayat-sayat (region),

sakitnya terasa diulu hati (scale), skala nyeri di rentang 5-6, hilang timbul (time), dan demam sejak kemarin T: 37,8 0C.

Sedangkan pada pasien 2, dengan keluhan utama post operatif nyeri pada abdomen.

P = Klien mengatakan nyeri bertambah saat klien banyak bergerak dan batuk

Q = Klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk

R = Nyeri dirasakan pada bagian abdomen kanan atas kuadran 4

S = Skala nyeri klien 6 (sedang)

T = Klien mengatakan nyeri dirasakan terus-menerus

Tabel 4.2 Hasil Anamnesis Pola Aktivitas Sehari-hari Pada Pasien

Pola Aktivitas	Klien 1	Klien 2
Pola tidur/Aktivitas	<p>1) Saat dirumah, pola tidur pasien baik dan teratur, jam tidur siang mulai dari jam 14.00 siang sampai 16.00 sore dan jam tidur malam mulai dari jam 24.00 malam sampai 05.00 pagi.</p> <p>2) Selama dirumah sakit pasien pola tidur pasien baik dan teratur, jam tidur siang mulai dari jam 13.00 siang sampai 15.00 sore dan jam tidur malam mulai</p>	<p>1) Saat dirumah, pola tidur pasien baik dan teratur. Jam tidur siang mulai dari jam 13.00 siang sampai 15.00 sore dan jam tidur malam mulai dari jam 21.30 malam sampai 05.00 pagi.</p> <p>2) Saat dirumah sakit pola tidur pasien tidur siang dari jam 11.00 sampai 13.00 siang dan jam tidur malam 20.00 sampai jam 05.00 pagi.</p>

	<p>dari jam 20.00 malam sampai 04.00 pagi, dan terbangun untuk minum obat, atau ada pemeriksaan seperti vital sign dan lainlain.</p>	
Pola eliminasi	<p>1) Saat dirumah, pasien BAB 1 kali/hari dan BAK 3-5 kali/hari dengan warna urine kuning pekat.</p> <p>2) Selama dirawat dirumah sakit pasien BAK 4-6 kali/hari dan BAB 1 kali/2 hari dengan warna urine kuning keruh.</p>	<p>1) Saat dirumah, pasien BAB 1x sampai 2x sehari dan BAK ± 4 sampai 5x sehari.</p> <p>2) Saat dirumah sakit, pasien belum ada BAB setelah Post Operasi dan BAK pasien terpasang kateter (500cc) dengan warna urine kuning pekat.</p>
Pola makan dan minum	<p>1) Saat dirumah, pasien mengatakan selera makan baik pola makan setiap hari 3x/hari dengan Nasi, Sayur, Lauk, Teh, Air putih.</p> <p>2) Selama dirumah sakit status nutrisi pasien saat ini tidak nafsu makan, makan 3x sehari dengan 1500 kalori.</p>	<p>1) Saat dirumah, pasien mengatakan makan dengan baik dan setiap hari makan 3x sehari dengan nasi, sayur dan ikan.</p> <p>2) saat dirumah sakit, pola makan pasien menurun, pasien makan bubur 3x sehari dan klien belum di anjurkan terlalu banyak makan dan minum.</p>
Pola Personal Hygiene	<p>1) Saat dirumah personal hygiene pasien baik, mandi 2x sehari. keramas 2x seminggu, Sikat gigi 2x sehari, ganti pakaian 1x sehari.</p> <p>2) Saat dirumah sakit</p>	<p>1) Saat dirumah personal hygiene pasien baik, mandi 3x sehari pagi, siang dan malam. keramas 1x sehari, sikat gigi 2x sehari pagi dan malam.</p>

	personal hygiene pasien, mandi 1x sehari, Sikat gigi 1x sehari, ganti pakaian 1x sehari.	2) Saat dirumah sakit, setelah post operasi pasien dianjurkan oleh dokter untuk membatasi aktivitas dan harus lebih banyak berbaring diatas tempat tidur, makan, minum, BAB, BAK dan aktifitas lainnya dilakukan diatas tempat tidur.
--	--	---

Sumber : Fernando Sipayung (2018) & Ratimani (2019).

Berdasarkan tabel di atas ditemukan data dari pengkajian pola aktivitas sehari-hari klien 1 dan 2 ditemukan masalah keperawatan intoleransi aktivitas. Pada klien 1 dan 2 pola eliminasi saat dirumah baik dan dirumah sakit baik. Pola makan dan minum klien 1 tidak ditemukan masalah pada klien 2 saat dirumah sakit pola makan klien menurun, tidak ditemukan mual dan muntah, tidak ditemukan kesulitan mengunyah maupun kesulitan menelan, pada klien 1 dan 2 juga tidak memiliki alergi makanan ataupun minuman.

b. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien dengan Cholelitis

No	Pemeriksaan Umum	Klien 1	Klien 2
1.	Keadaan Umum	Keadaan umum pasien lemah,	Keadaan umum pasien sedang,
2.	Kesadaran	kesadaran pasien kompos mentis, GCS (15), Eye: 4, Verbal: 5, Motorik :6.	1.) Compos Mentis, Glow Coma Scale (GCS) = 15 (Normal) Eye : 4 Motorik : 6 Verbal : 5, 2.) Penampilan sesuai usia

			<p>klien</p> <p>3.) Ekspresi wajah : klien tampak meringis, klien tampak lemah</p> <p>4.) Gaya berjalan : keluarga klien mengatakan klien berjalan dengan normal.</p>
3.	Tanda-tanda vital	<p>TD : 100/70 mmHg</p> <p>N : 71x/menit</p> <p>S : 37,9 °C</p> <p>R : 20x/menit</p> <p>BB : 62 kg</p> <p>TB : 163 cm</p> <p>Saturasi 97 %.</p>	<p>TD : 130/90 mmHg</p> <p>N : 82 x/menit</p> <p>R : 22 x/menit</p> <p>S : 38,4 °C</p> <p>TB : 155 cm</p> <p>BB : 67 Kg</p>
4.	Status Gizi	Tidak ada data	Tidak ada data
5.	<p>Pemeriksaan Fisik :</p> <p>Inspeksi</p>		
	a. Kepala	<p>1.) Kepala : Simetris, rambut berwarna hitam, kulit kepala bersih, bentuk kepala mesocephal, benjolan (-), lesi (-)</p> <p>2.) Mata : penglihatan baik, sklera berwarna putih, konjungtiva sedikit anemis (+), ikterik (-) palpebral tidak oedem, pupil isokor, reflek cahaya kanan/kiri: -/-, pergerakan bola mata normal.</p> <p>3.) Hidung : simetris, penciuman baik, mukosa hidung bersih, cuping hidung (-).</p> <p>4.) Telinga : simetris, pendengaran baik, benjolan (-), lesi (-), tidak ada penumpukan serumen</p> <p>5.) Mulut : mukosa mulut merah muda, gigi bersih, tidak ada lesi di bibir, lidah putih, pengecapan pahit dan manis baik Simetris, pembesaran tiroid (-), tidak ada kaku kuduk dan nyeri tekan, dapat digerakkan,</p>	<p>1.) Kepala : Warna rambut klien hitam sedikit beruban dan mudah dicabut.</p> <p>2.) Hidung : Penciuman klien baik terbukti saat diciumkan minyak kayu putih klien dapat menebak kalau itu aroma minyak kayu putih, serta tidak terdapat adanya sekret yang menghalangi penciuman.</p> <p>Inspeksi : hidung klien tampak simetris, tidak tampak adanya pernafasan cuping hidung, tidak tampak adanya sekret.</p> <p>Palpasi : tidak terdapat adanya nyeri tekan pada hidung klien, tidak teraba adanya benjolan.</p> <p>3.) Mata : tidak tampak adanya lesi pada kelopak mata klien, lapang pandang klien baik.</p> <p>4.) Telinga : daun telinga dan anal auditorius klien tampak bersih, fugsi pendengaran klien tajam</p>

		mukosa lembab	dapat mendengar suara besar dan kecil.
b. Leher		Simetris, benjolan (-), nyeri tekan (-), reflek menelan (+) bunyi nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.	1.) Inpeksi : tidak tampak adanya lesi (luka), tidak tampak adanya pembesaran kelenjar tiroid. 2.) Palpasi : tidak teraba adanya benjolan / pembesaran tiroid pada daerah leher, tidak terdapat adanya nyeri tekan.
c. dada		1.) Inspeksi : tidak ada lesi dan jejas, tidak terdapat penggunaan otot-otot bantu pernafasan, 2.) Palpasi: tidak ada nyeri tekan 3.) Perkusi: sonor seluruh lapang paru, kuadran 1 bunyi pekak karena ada hati, kuadran 2,3,4 bunyi tympani 4.) Auskultasi: irama jantung regular, : tidak ada bunyi jantung tambahan, bising usus 8 x/menit	1.) Inpeksi : dada klien tampak simetris, tidak tampak menggunakan otot bantu pernafasan. 2.) Palpasi : tidak terdapat adanya nyeri tekan di area dada 3.) Perkusi : sonor 4.) Aulkutasi : vesikuler
d. Punggung		Tidak ada data	Tidak ada data
e. Perut		1.) Inspeksi: perut datar, 2.) Palpasi: supel, benjolan (-) 3.) Perkusi: bunyi timpani 4.) Auskultasi: bising usus (+) 10X/mnt. CRT < 2 detik, oedem (-), lesi (-), kekuatan otot tangan kanan 5, tangan kiri 5, akral hangat, tidak terjadi sianosis, terpasang infus	1.) Inspeksi : terdapat luka post operasi 2.) Palpasi : terdapat nyeri tekan pada abdomen 3.) Perkusi : tympani 4.) Auskultasi : bising usus 14 kali / menit
f. Genetalia		Edema (-), Hipospadia (-), Deformitas (-)	Tidak ada data
g. Anus dan Rektum		Bersih, Hemoroid (-),	Tidak ada data
h. Tulang Belakang Ekstermitas			

	Palpasi		
	a. Leher b. Dada c. Perut	Tidak ada data	1.) Leher : Tidak teraba adanya benjolan / pembesaran tiroid pada daerah leher, tidak terdapat adanya nyeri tekan. 2.) Dada : Tidak terdapat adanya nyeri tekan di area dada 3.) Perut : Terdapat nyeri tekan pada abdomen
	a. Paru-paru b. Jantung c. Perut	1.) Jantung : Irama jantung regular, : tidak ada bunyi jantung tambahan 2.) Perut: Bising usus (+) 10X/mnt. CRT < 2 detik, oedem (-), lesi (-)	1.) perut : Bising usus 14 kali / menit
	Perkusi		
	a. Dada b. Perut c. Ekstermitas	1.) Dada Perkusi: Sonor seluruh lapang paru, kuadran I bunyi pekak karena ada hati, kuadran 2,3,4 bunyi tympani 2.) perut : Perkusi: Bunyi timpani	1.) Dada Perkusi : Sonor 2.) perut Perkusi : Tympani

Sumber : Fernando Sipayung (2018) & Ratimani (2019).

Berdasarkan tabel diatas, didapatkan data dari hasil pengkajian pada klien 1 Keadaan umum klien lemah, S : 37,90 C; N : 71x/menit, TD : 100/70 mmHg, P : 20x/menit; BB : 62 kg; TB : 163 cm, Saturasi 97 % kesadaran pasien kompos mentis, GCS (15), Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6, sedangkan pada klien 2 Kesadaran Compos Mentis, Glow Coma Scale (GCS) = 15 (Normal) Eye : 4, Motorik : 6, Verbal : 5, Tekanan darah : 130/90 mmHg, Nadi : 82 x/menit, Pernafasan : 22 x/menit, Suhu tubuh : 38,4 °C.

c. Pemeriksaan penunjang.

Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien dengan Cholelitisias

No	Pemeriksaan penunjang	Klien 1	Klien 2
1.	Laboratorium	<p>Pada tanggal 27 oktober 2018 Pemeriksaan Hematologi</p> <p>1.)CBC: WBC : 14.010 /μL* Hemoglobin : 14.3 g/dL Hematokrit : 42,2 % Random Glucose : 118 Platelet : 305.000</p> <p>2.) Clinical Chemistry SGPT : 14 U/L Ureum : 19 U/L Creatinine : 21 mg/dl eGFR : 0,70 mg/dl Bilirubin Total : 129.04 ml/menit/1* Bilirubin Direct : 0.81 mg/dl Bilirubin Indirek : 0.31 mg/dl* Fosfatase alkali : 0.50</p>	<p>Pemeriksaan darah lengkap WBC : 14,6 10^3/uL GDS : 92 mg/dl RBC : 4,34 10^6/U1 HGB : 11,9 g/dL HCT : 37,4 % MCV : 86,2 fL MCH : 27,4 Pg MCHC : 31,8 g/dL RDW-CV : 11,5 % RDW-SD : 38,6 fL PLT : 198 10^3/uL MPV : 10,3 fL PDW : 16,0 PCT : 0,204 % P-LCC : 58 10^3uL P-LCR : 29,1 %</p>
2	USG	<p>Pada tanggal 28-11-2018, Hepar berkesan bersaspek kalsifikasi dilobus kanan segmen 5-6 dengan focal fatty infiltrasi. Kandung empedu kesan kholelitisias (DD:kolesteolosis) disertai kholesistitis.0.50mV,</p>	<p>Pemeriksaan USG Abdomen 67 Hasil : Multiple Cholelitisias</p>

		R+S;2.40mV	
3	EKG	Tidak ada data	Tidak ada data
4	Rontgen	Pada tanggal 27-11-2018, X-Ray Thorax Tak tampak kardiomegali, pulmo tampak tenang.	Tidak ada data

Sumber : Sipayung (2018) & Ratmiani (2019)

Berdasarkan tabel 4.3 ditemukan data pada klien 1 dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium pemeriksaan USG dan Rontgen, pada klien 2 dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan USG. klien 1 dan klien 2 pada pemeriksaan USG ditemukan adanya batu empedu atau cholelithiasis.

d. Tabel 4.5 Terapi Pasien dengan Cholelithiasis

No.	Klien 1	Klien 2
1.	Pantoprazole Injeksi 2X 40 mg iv	Infus Ranger Laktat (RL) iv / 22 tpm
2.	Biocef injeksi 3x1 gr iv	Ranithidine iv / 12 Jam
3.	Tramadol 100 mg in	Santagesic iv / 8 Jam
4.	Dexketoprofen100mg,	Ondansentron iv / 8 Jam
5.	paracetamol 1 gr IV.	Ambacyn iv / 12 Jam
6.		Alprazolam 1 x 1 / Oral
7.	Granon 1x 8 mg iv	Ulsidex 3 x 1 / Oral
8.		B6 3 x 1 / Oral
9.		Ursodeoxy 3 x 1 / Oral

Sumber : Sipayung (2018) & Ratmiani (2019)

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data penatalaksanaan terapi pemberian obat pada klien 1 yaitu : Pantoprazole, Biocef, Tramadol. Sedangkan terapi pemberian obat pada klien 2 yaitu : RL, Ranithidine, Santagesic, Ondansentron, Ambacyn, Alprazolam, Ulsidex, B6, Ursodeoxy.

e. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.6 Diagnosa Keperawatan Pasien dengan Cholelithiasis

No	Klien 1		Klien 2	
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1.	Rabu, 28.11.2018	<p>Pre Operasi Nyeri b/d inflamasi kandung empedu, obstruksi/spasme duktus, iskemia jaringan/nekrosis</p> <p>Data subjektif : klien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan atas</p> <p>Data Objektif : Kedaan pasien lemah, skala nyeri 6 (0-10) TD: 130 / 80 mmHg, HR:88 SPO2: 99%, P: 22X/mnt, S:37,40 C</p>	Sabtu, 23 Maret 2019	<p>Post Operasi Nyeri Akut berhubungan dengan kerusakan jaringan (Insisi pembedahan)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan nyeri pada abdomen - saat dilakukan pengkajian nyeri didapatkan: <p>P = Nyeri bertambah saat klien bergerak dan batuk</p> <p>Q = nyeri seperti tertusuk -tusuk</p> <p>R = Nyeri pada abdomen kanan atas kuadran 4</p> <p>S = Skala nyeri klien 6 (sedang)</p> <p>T = Nyeri dirasakan terus menerus</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak mual <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis memegang perut

				<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mual - Tanda-tanda vital : TD : 130 / 90 mmHg N : 82 x/menit R : 22 x/menit S: 38,4 °C
2.	Rabu, 28.11.2018	<p>Resiko tinggi gangguan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah</p> <p>DS: Klien mengatakan sering muntah muntah, dan merasa mual”</p> <p>DO: Pasien tampak lemah, TD: 120/70 mmHg, N: 88X/mnt, SPO2: 99%, P:22X/mnt, S: 37,40 C.</p>	Sabtu, 23 Maret 2019	<p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan nyeri dan luka post operasi</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badannya terasa panas - klien mengatakan merasakan nyeri pada luka bekas operasi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Badan klien teraba panas - Tampak luka post operasi pada abdomen sebelah kanan klien - Suhu tubuh : 38,4 °C - Leukosit : 14,6 10³/uL
3.	Rabu, 28.11.2018	<p>Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi</p> <p>DS: “Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya, prosedur pembedahan dan pengobatan karena tidak ada yang memberitahu, dan dokter memberi tahu bahwa saya harus</p>	Sabtu, 23 Maret 2019	<p>Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (Pasca tindakan pembedahan).</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit melakukan aktivitas - Klien mengatakan selalu dibantu dalam beraktivitas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak terbaring Lemah - Klien tampak sulit bergerak - Klien tampak dibantu dalam

				beraktivitas - Kekuatan otot lemah
4.	Kamis, 29.11.2018	Post operasi Nyeri akut b/d proses pembedahan DS: "Pasien mengatakan masih terasa sakit di bagian perut" DO: Klien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 7 (0-10), terdapat luka bekas post op (3 lubang) dibagian perut region kanan, TD: 130 /80 mmHg, HR:98x/menit, SaO2 : 98%, S: 37,6 0C,P:22x/mnt		
5.	Kamis 29.11.2018	Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya port de entry DS: "-" DO: TD: 120/80 mmhg, N:80x/mnt, P:20x/mnt, SPO2: 98%, S: 37,3 0C, tidak ada tanda infeksi (subor, tumor, dolor, kalor, fungsiolesa)		

S

Sumber: Sipayung (2018) & Ratmiani (2019)

Berdasarkan tabel diatas, ditemukan 5 diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 3 diagnosa pada klien 2. adapun diagnosa yang sama antara klien 1 dan klien 2 yaitu pada klien 1 nyeri dan resiko infeksi.

f. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.7 Perencanaan Keperawatan pada Klien dengan Cholelitiasis

No.	Hari/tgl/jam	Diagnosa keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Klien 1				
1	Rabu, 28.11.2018	Pre operasi Nyeri b/d inflamasi kandung empedu, obstruksi/spasme duktus, iskemia jaringan/nekrosis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1X24 jam klien dapat mengkompensasi nyeri dan melaporkan nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil: 1) Skala nyeri 0-4 2) Gerakan melokalisasi nyeri (-) 3) Gerakan bertahan (defensive) pada daerah nyeri (-) 4) Klien tenang	1.1 Pantau tingkat dan intensitas nyeri 1.2 Ajarkan teknik relaksasi (nafas dalam) 1.3 Beri kompres hangat (hati-hati dengan klien yang mengalami perdarahan) 1.4 Beri posisi yang nyaman 1.5 Kondisikan lingkungan yang tenang disekitar klien 1.6 Catat respon terhadap obat dan kolaborasi Pemberian analgesic sesuai program terapi
2.	Rabu, 28.11.2018	Pre operasi Resiko tinggi gangguan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah	Klien memenuhi kebutuhan nutrisi harian sesuai dengan tingkat aktivitas dan metabolic dengan kriteria: 1) Klien dapat menjelaskan tentang pentingnya nutrisi 2) Bebas dari tanda malnutrisi 3) Mempertahan-	2.1 Berikan perawatan oral teratur 2.2 Catat berat badan saat masuk dan bandingkan dengan saat berikutnya 2.3 Kaji distensi Abdomen 2.4 Periksa laboratorium (HB, WBC, bilirubin total, bilirubin direct, dan

			<p>kan berat badan stabil</p> <p>4) Nilai laboratorium normal (Leukosit, bilirubin)</p>	<p>indirect)</p> <p>2.5 Jelaskan tentang pengontrolan dan pemberian konsumsi karbohidrat, lemak</p> <p>2.6 Anjurkan mengurangi makanan berlemak dan menghasilkan</p> <p>2.7 Konsultasikan dengan ahli gizi untuk menetapkan kebutuhan kalori harian dan jenis makanan yang sesuai bagi klien</p> <p>2.8 Anjurkan klien istirahat sebelum makan</p> <p>2.9 Tawarkan makan sedikit, tapi sering</p> <p>2.10 Batasi asupan cairan sebelum makan</p> <p>2.11 Sajikan makanan dalam keadaanhangat</p> <p>2.12 Kolaborasi cairan IV</p>
3.	Rabu, 28.11.2018	Pre operasi Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi	Setelah dilakukan tindakan 1X60 menit, diharapkan klien mengerti dan memahami tentang penyakitnya dan mau dilakukan tindakan operasi laparascopy kolesistektomi dengan kriteria: 1) Secara verbal	<p>3.1 Ucapkan salam dan memperkenalkan diri dan menggunakan komunikasi terapeutik</p> <p>3.2 Kaji tingkat Kecemasan dan adanya perubahan tanda-tanda vital</p>

			<p>klien mengerti akan proses penyakitnya, pengobatan dan prognosis-pembedahan</p> <p>2) Melakukan koreksi terhadap prosedur yang Penting dan menjelaskan reaksi dari tindakan</p> <p>3) Klien bersedia dilakukan tindakan operasi laparascopy kolesistektomi</p> <p>4) Menilai perubahan gaya hidup dan ikut serta dalam pengobatan</p>	<p>3.3 Beri penjelasan tentang prosedur pembedahan kolesistektomi</p> <p>3.4 Kaji ulang pada klien tentang pengetahuan, Proses penyakit, prosedur pembedahan, Prognosa</p> <p>3.5 Anjurkan klien berdoa sebelum operasi dilakukan</p> <p>3.6 Dampingi klien selama operasi dilakukan</p>
4.	Kamis 29.11.2018	Post operasi Nyeri akut b/d proses pembedahan	<p>Nyeri dapat berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1X2 jam, dengan kriteria hasil:</p> <p>1) Klien menyatakan nyeri berkurang</p> <p>2) Tanda-tanda vital dalam batas normal, tampak rileks, mampu berpartisipasi dalam aktivitas/tidur</p>	<p>1) Kaji ulang nyeri secara komprehensif (PQRS)</p> <p>2) Pertahankan mobilisasi bagian yang sakit dan beri posisi semi fowler</p> <p>3) Beri lingkungan yang tenang</p> <p>4) Dorong menggunakan teknik manajemen stress, contoh: rileksasi, latihan nafas dalam, imajinasi, visualisasi,</p>

				sentuhan 5) Observasi tandatanda vital 6) Kolaborasi medis dalam pemberian analgetik
5.	Kamis 29.11.2018	Post operasi Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya port de entry	Tidak terjadi infeksi selama 3X 24 jam Setelah dilakukan Tindakan keperawatan, dengan kriteria hasil: 1) Vital sign dalam batas normal 2) Tidak terjadi rubor, kalor, edema, dan fungsi laesa.	1) Observasi adanya tanda-tanda infeksi seperti rubor, kalor, edema, dan fungsi laesa 2) Anjurkan klien untuk tidak memegang bagian yang luka 3) Lakukan tindakan antiseptic sebelum kontak dengan pasien 4) Kolaborasi untuk pemeriksaan laboratorium 5) Merawat luka dengan teknik aseptik 6) Kolaborasi dengan pemberian antibiotik
	KLIEN 2			
1.	Sabtu, 23 Maret 2019	Post operasi Nyeri Akut berhubungan dengan kerusakan jaringan (Insisi pembedahan).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah teratasi dengan Kriteria Hasil : - Klien mampu	1.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi,

			<p>mengontrol nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri Berkurang - Tanda – tanda vital dalam batas normal 	<p>frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>1.2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p>1.3 Ajarkan tentang tehnik non farmakologi</p> <p>1.4 Tingkatkan istirahat</p> <p>1.5 Monitor vital sign</p> <p>1.6 Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik</p>
2.	Sabtu, 23 Maret 2018	Post operasi Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan nyeri dan luka post operasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR - Mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain 	<p>2.1 Bantu klien untuk Mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan</p> <p>2.3 Bantu untuk mengidentifikasi aktifitas yang disukai</p> <p>2.4 Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang</p>

3.	Sabtu, 23 Maret 2019	Post operasi Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (Pasca tindakan pembedahan)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan Kriteria Hasil : - Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal - Klien mampu menjaga perilaku hidup sehat	3.1 Monitor tanda dan gejala infeksi 3.2 Inspeksi keadaan luka 3.3Lakukan perawatan luka 3.4 Ajarkan cara menghindari infeksi 3.5Monitor pemeriksaan leukosit
----	-------------------------	---	--	---

G. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan Pasien dengan Cholelitis

Hari/ Tgl/ Jam	NO DX	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Klien 1			
28/11/18	1.	Pre operasi Nyeri b/d inflamasi kandung empedu, obstruksi/spasme duktus, iskemia jaringan/ nekrosis tindakan ke perawatan sebagai berikut :	Pre operasi
15.00		1) Mengkaji nyeri, skala nyeri 6 (0-10)	S : Pasien Mengatakan nyeri sedikit berkurang
15.30		2) Pasien melakukan teknik nafas dalam dari hidung dan mengeluarkan dari mulut secara perlahan	O : Keadaan pasien lemah, skala nyeri 4 (0-10), wajah masih belum rileks, S : 37,1°C, P : 20x/menit, N : 80x/menit, TD : 110/70mmHg, saturasi 98%, pasien tidur dengan tenang, infus RL+ Dexketoprofen 100mg, petidin 75 mg 20 gtt/menit.
15.45		3) Melakukan kompres hangat di perut atas bagian kanan.	A : Masalah nyeri teratasi sebagian.
17.00		4) Diberi posisi semi fowler, pasien menjadi rileks	P : Pertahankan Intervensi:
17.30		5) Merapikan tempat tidur pasien	1) Tetap anjurkan teknik rileksasi saat jika nyeri timbul
		6) Kolaborasi medis : pemberian analgesic, injeksi paracetamol 1 gr IV	2) Kolaborasi untuk pemberian analgetik
28/11/18	2.	Pre operasi Resiko tinggi gangguan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah tindakan keperawatan sebagai berikut :	Pre operasi
15.30		1) Memberikan perawatan Oral	S : Pasien Mengatakan mual dan muntah Sedikit berkurang, wajah tampak rileks
15.40		2) Berat badan sebelum masuk rumah sakit 70kg, setelah masuk 63 kg.	O : Keadaan pasien lemah, klien terlihat tidak muntah dan menunjukkan ekspresi mual
		3) Mengauskultasi bising usus	A : Masalah teratasi sebagian.

		<p>pasien (bising usus 15 ksli per menit, perut tak tampak distensi)</p> <p>4) Memeriksa laboratorium (HB: 14.3g/dl, WBC: 14.010/μL, bilirubin direct: 0.81 mg/dl, dan indirect: 0.31 mg/dl)</p> <p>5) Menjelaskan tentang pengontrolan dan pemberian konsumsi karbohidrat, lemak (makanan rendah lemak dapat mencegah serangan pada klien kolelitiasis dan kolesistitis), protein, vitamin, mineral dan cairan yang adekuat.</p> <p>6) Menganjurkan mengurangi makanan berlemak dan menghasilkan gas</p> <p>7) Mengkonsultasikan dengan ahli gizi untuk menetapkan kebutuhan kalori harian dan jenis makanan yang sesuai bagi klien</p> <p>8) Menganjurkan klien jika mual, istirahat sebelum makan</p> <p>9) Memberikan makanan lunak rendah lemak dan menganjurkan makanan sedikit tapi sering</p> <p>10) Membatasi asupan cairan saat makan</p> <p>11) Menyajikan makanan waktu hangat</p> <p>12) Memberi infus dektrose 5% 15tpm</p>	<p>P: Pertahankan intervensi, dan kaji masalah lain.</p>
16.00			
16.15			
16.30			
16.45			
17.00			
18.00			
28/11/18	3.	<p>Pre operasi Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi tindakan keperawatan sebagai berikut:</p> <p>1) Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri</p> <p>2) Mengkaji tingkat kecemasan dan perubahan tanda-tanda vital</p> <p>3) Memberikan pendidikan kesehatan kepada klien tentang penyakit, prosedur pembedahan, dan pengobatan tentang penyakitnya</p>	<p>Pre operasi</p> <p>S: 1) "Pasien mengatakan merasa lebih tenang dari cemasnya, dan memahami tentang proses penyakit, pembedahan dan pengobatannya"</p> <p>2) Klien mengatakan mau untuk dilakukan tindakan pembedahan</p> <p>O: 3) Klien tampak tenang</p> <p>4) Klien mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya serta pencegahannya</p>
08.300			
09.00			

09.30		4) Menanyakan kembali seberapa jauh klien mengetahui tentang penyakit, Prosedur Pembedahan, pengobatan penyakitnya	5) Ekspresi klien tampak tenang TD: 120/85 mmHG, N:86x/mnt, P:20x/mnt,SPO2: 98%, S: 37,3 °C
09.35		5) Klien didoakan sebelum dibawa masuk keruang kamar operasi 6) Klien didampingi selama pre operasi, intra, dan post operasi.	A: Masalah teratasi P:Kaji masalah lain.
29.11.18	1	Post operasi Nyeri akut b/d proses pembedahan	Post operasi
13.30		1) Mengkaji nyeri klien 2) Memberi posisi semi fowler, miring kanan dan miring kiri sesuai keinginan klien	S. : Mengatakan nyeri sedikit berkurang O : Keadaan pasien lemah, skala nyeri di rentang 5, wajah rileks, S : 37,1 0C, P : 20X/mnt, N:80X/mnt, TD:110/70 mmHg Saturasi 98%,
13.45		3) Dibatasi jumlah pengunjung 4) Diajarkan teknik DBE jika nyeri timbul. 5) Di observasi tanda-tanda vital/ lima belas menit selama satu jam pertama post operasi 6) Di beri Paracetamol 1 gr iv, Tramadol 100 mg, dexketoprofen 100 mg dalam infus Ringer laktat 20 tetes/menit	A. : Masalah Teratasi P. :Kaji masalah lain.
29.11.18	2	POST OP Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya port de entry	POST OP
16.00		1) Mengukur suhu tubuh klien, ineksi luka operasi ruber (-), kalor (-), Edema (-), dan fungsi laesa 2) Memberikan edukasi	S :”Mengatakan tidak ada demam” O : Keadaan pasien lemah, wajah tampak rileks, S : 37,1 ⁰ C, P : 20X/mnt, N : 80X/mnt, TD:110/70mmHg Saturasi 98%, 36,3 oC A. :Masalah Teratasi

17.00		<p>kepada klien dan keluarga agar tidak memegang luka bekas operasi</p> <p>3) Cuci tangan sebelum kontak dengan klien, dan lingkungan klien</p> <p>4) Dilakukan pemeriksaan CBC lengkap</p> <p>5) Mengganti verban dengan menggunakan sarung tangan steril saat mengganti verban luka operasi</p> <p>6) Memberi terapi antibiotic biocef 3x1 gr iv</p>	P. :Kaji masalah lain.
Klien 2			
23/03/19		Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (mis,Prosedur operasi)	
14.45		<p>1) Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor peripitasi.</p>	<p>Hasil :</p> <p>P : Nyeri bertambah saat klien banyak bergerak dan batuk</p> <p>Q : Klien mengatakan Nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri dirasakan pada bagian abdomen kanan atas Kuadran 4</p> <p>S : Skala nyeri 6 (sedang)</p> <p>T : Klien mengatakan nyeri dirasakan terus-menerus</p>
14.47		2) Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan	<p>Hasil :</p> <p>Klien tampak meringis sambil mengelus perutnya</p>
14.53		3) Mengajarkan tentang tehnik Non Farmakologi (relaksasi nafas dalam)	<p>Hasil :</p> <p>Klien menerima serta mengikuti latihan nafas dalam dan klien mengatakan merasa nyaman melakukan tehnik ini dan rasa nyeri klien berkurang sedikit</p>
14.58		4) Menganjurkan kepada klien untuk meningkatkan istirahat	<p>Hasil :</p> <p>Klien paham dan menerima anjuran yang diberikan</p>
14.59		5) Memonitor Vital Sign	<p>Hasil :</p> <p>TD : 130/90 mmHg</p> <p>Nadi : 82 x/menit</p> <p>Pernafasan : 22 x/menit</p> <p>Suhu tubuh : 38,4 °C</p>
15.05			

		6) Melaksanakan pemberian obat analgetik	Hasil : Santagesic 1 Ampul (2 cc)
25.03.19 16.10	2.	1) Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor peripitasi.	Hasil : P : Nyeri bertambah saat klien Miring kanan miring kiri dan batuk Q : Klien mengatakan Nyeri seperti tertusuk - tusuk R : Nyeri dirasakan bagian abdomen kanan atas Kuadran 4 S : Skala nyeri 4 (sedang) T : Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul
16.16		2) Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan	Hasil : Klien tampak menahan sakit
16.20		3) Mengajarkan tentang tehnik Non Farmakologi (relaksasi nafas dalam)	Hasil : Klien mengatakan rasa nyeri klien sedikit berkurang
16.22		4) Menganjurkan kepada klien Untuk meningkatkan istirahat	Hasil : Klien mengatakan paham dan sudah melakukan
15.03		5) Memonitor Vital Sign	Hasil : Tekanan darah : 120/90 mmHg Nadi : 80 x/menit Pernafasan : 22 x/menit Suhu tubuh : 36,8 °C
		6) Melaksanakan pemberian obat analgetik	Hasil : Santagesic 1 Ampul (2 cc) Ranitididine 1 Ampul (2 cc)
26.03.19 11.32	3.	1) Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor peripitasi.	Hasil : P : Nyeri bertambah saat batuk Q : Klien mengatakan Nyeri seperti tertusuk tusuk R : Nyeri dirasakan pada bagian abdomen S : Skala nyeri 2 (ringan) T : Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul
11.32		1) Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan	Hasil : Klien tampak ceria, klien masih tampak mengelus perutnya
11.34		2) Mengajarkan tentang tehnik Non Farmakologi	Hasil : Klien mengatakan rasa nyeri sudah

11.37		(relaksasi nafas dalam) 4) Menganjurkan kepada klien untuk meningkatkan istirahat	berkurang Hasil : Klien masih melakukan
13.38		5) Memonitor Vital Sign	Hasil : Tekanan darah : 130/80 mmHg Nadi : 78 x/menit Pernafasan : 20 x/menit Suhu tubuh : 35,6 °C
23.0319 15.10	2.	Resiko infeksi b/d prosedur invansive (pasca tindakan pembedahan) 1) Membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan	Hasil : Klien mengatakan belum bisa memiringkan badan baik miring kiri maupun kanan karena masih dalam tahap pemulihan fase post op, klien juga belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti mengambil makanan, minum sendiri, serta ke toilet karena masih terpasang kateter.
15.12		2) Membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang disukai	Hasil : Klien mengatakan aktivitas bergerak degan keadaan semifowler dan miring kanan miring kiri, tapi klien untuk saat ini belum bisa duduk maupun memiringkan badannya karena masih dalam tahap pemulihan post op cholelitisias.
15.14		3) klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang	Hasil : Melakukan posisi fowler dan posisi miring kiri miring kanan (MIKA-MIKI)
25.03.19 16.29	2.	1) Membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan	Hasil : Klien mengatakan belum bisa mengambil makan dan minum secara mandiri, klien juga masih di bantu keluarga ke toilet.
16.33		2) Membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang disukai	Hasil : Klien mengatakan aktivitas bergerak degan keadaan semifowler. Dan klien tampak dalam keadaan semifowler menonton TV

16.35		3) Membantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang	Hasil : Melakukan posisi fowler dan jalan ke kamar mandi sambil berpegangan di dinding.
	2.		
26.03.19		1) Membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan	Hasil : Klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi secara mandiri, klien mengatakan sudah bisa mengambil makan dan minum secara mandiri.
11.45			
11.47		2) Membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang disukai	Hasil : Klien mengatakan senang melakukan aktivitas seperti, duduk sambil nonton tv, berdiri dan berjalan sebentar sekitar 2 menit untuk mengurangi rasa bosan karena baring dan duduk terus kemudian istirahat lagi.
11.49		3) Membantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang	Hasil : Jalan, duduk (posisi fowler), MIKA-MIKI
	3.		
23.03.19		Intoleransi aktifitas berhubungan dengan nyeri dan luka post operasi	
15.18		1) Memonitor tanda dan gejala infeksi	Hasil : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi, badan klien terasa hangat, suhu tubuh 38,4 °C, pada luka operasi.
15.23		2) Menginspeksi keadaan luka	Hasil : Luka klien dalam keadaan difiksasi dan tampak dalam keadaan kering.
15.25		3) Mengajarkan cara menghindari infeksi	Hasil : Klien mengatakan paham dan akan melakukan saran yang telah diberikan
15.38		4) Memonitor pemeriksaan leukosit	Hasil : 14,6 10 ³ /uL
	3.		Hasil :

25.03.19		1) Memonitor tanda dan gejala infeksi	Klien mengatakan masih nyeri pada luka operasi, tidak tampak adanya abses pada luka, tidak terjadi peningkatan suhu tubuh
16.37			Hasil :
16.39		2) Menginspeksi keadaan luka	Luka klien tampak basah, tidak tampak adanya abses pada luka.
16.41		3) Mengajarkan cara menghindari infeksi	Hasil : Klien mengatakan setiap hari mengganti pakaiannya, luka dijaga agar tidak basah dan menjaga lingkungan agar tetap bersih
16.55		4) Memonitor pemeriksaan leukosit	Hasil : 6,02 $10^3/uL$
26.03.19	3.	1) Memonitor tanda dan gejala infeksi	Hasil : Tidak tampak adanya peningkatan leukosit, tidak tampak adanya abses pada luka.
12.30			
12.30		2) Menginspeksi keadaan luka	Hasil : Luka klien tampak mulai mengering, tidak tampak adanya abses pada luka.
12.32		3) Melakukan perawatan luka	Hasil : Luka tampak mulai mengering.
12.40		4) Mengajarkan cara menghindari infeksi	Hasil : Klien mengatakan setiap hari mengganti pakaiannya, luka dijaga agar tidak basah dan menjaga lingkungan agar tetap bersih.

Sumber : Sipayung (2018) & Ratmiani (2019)

Pada tabel diatas menjelaskan bahwa implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada klien 1 dilakukan rumah sakit pada tanggal 28-29 Maret 2018, sedangkan pada klien 2 dilakukan selama 3 hari di rumah sakit mulai dari tanggal 23,25-26 Maret 2019

H. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.9 Evaluasi Keperawatan Pasien dengan Cholelitiasis

No	Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (S O A P)
Klien 1			
1.	28.11.2018	Pre operasi Nyeri b/d inflamasi kandung empedu, obstruksi/spasme duktus, iskemia jaringan/nekrosis	S : pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang O : Keadaan pasien lemah, skala nyeri 4 (0-10), wajah masih belum rileks, S : 37,1 ^o C, P : 20x/menit, N : 80x/menit, TD : 110/70mmHg, saturasi 98%, pasien tidur dengan tenang, infus RL+ Dexketoprofen 100mg, petidin 75 mg 20 gtt/menit. A : Masalah nyeri teratasi sebagian. P : Pertahankan Intervensi: 1) Tetap anjurkan teknik rileksasi saat jika nyeri timbul 2) Kolaborasi untuk pemberian analgetik
2.	28.11.2018	Pre operasi Resiko tinggi gangguan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah	S : Pasien Mengatakan mual dan muntah Sedikit berkurang, wajah tampak rileks O : Keadaan pasien lemah, klien terlihat tidak muntah dan menunjukkan ekspresi mual A : Masalah nyeri teratasi sebagian. P : Pertahankan intervensi, dan kaji masalah lain
3.	28.11.2018	Pre operasi Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi	S: 1) "Pasien mengatakan merasa lebih tenang dari cemasnya, dan memahami tentang proses penyakit, pembedahan dan pengobatannya" 2) Klien mengatakan mau untuk dilakukan tindakan

			<p>pembedahan</p> <p>O: 3) Klien tampak tenang</p> <p>4) Klien mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya serta pencegahannya</p> <p>5) Ekspresi klien tampak tenang</p> <p>TD: 120/85 mmHG,</p> <p>N:86x/mnt,</p> <p>P:20x/mnt,SPO2: 98%,</p> <p>S: 37,3 °C</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P:Kaji masalah lain.</p>
2	29.11.18	<p>Post operasi</p> <p>Nyeri akut b/d proses pembedahan</p>	<p>S. :”Mengatakan n nyeri Sedikit berkurang”</p> <p>O. : Keadaan pasien lemah, skala nyeri di rentang 5, wajah rileks, S : 37,1 °C, R : 20X/mnt, N: 80X/mnt, TD:110/70 mmHg, Saturasi 98%,</p> <p>A. : Masalah Teratasi</p> <p>P. :Kaji masalah lain.</p>
3	29.11.18	<p>Post operasi</p> <p>Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya port de entry</p>	<p>S :”Mengatakan tidak ada demam”</p> <p>O : Keadaan pasien lemah,wajah tampak rileks, S : 37,1°C, R : 20X/mnt, N: 80X/mnt, TD:110/70 mmHg Saturasi 98%, S: 36,3 0C</p> <p>A. : Masalah Teratasi</p> <p>P : Kaji masalah lain.</p>

		Klien 2	
1.	23.03.19	<p>Post operasi</p> <p>Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (mis,Prosedur operasi)</p>	<p>S : - Klien mengatakan nyeri pada perutnya bertambah saat klien banyak bergerak dan batuk.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuktusuk dengan skala 6 (sedang) - Klien mengatakan semoga nyerinya segera sembuh. <p>O : - Klien tampak meringis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dengan senang hati mengikuti semua prosedur yang dilakukan, seperti mengajarkan kepada klien tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri. - TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 130/90 N : 82 x/menit P : 22 x/menit S : 38,4 °C <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri secara komprehensif 2. Monitor reaksi non verbal Dari Ketidanyamanan 3. Ajarkan tentang tehnik non farmakologi 4. Tingkatkan istirahat 5. Monitor vital sign 6. Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik
2.	25.03.19	<p>Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (mis,Prosedur operasi)</p>	<p>S : - Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri dirasakan pada saat memiringkan badan dan batuk - Klien mengatakan skala nyeri 4 (sedang) <p>O : - Klien tampak meringis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengelus perut - TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 120/90 Nadi : 80 x/menit P : 22x/menit S : 36,8 °C <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri secara komprehensif

			<ul style="list-style-type: none"> 2. Monitor reaksi non verbal dari Ketidanyamanan 3. Ajarkan tentang tehnik non farmakologi 4. Tingkatkan istirahat 5. Monitor vital sign
3.	26.03.19	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (mis,Prosedur operasi)	<p>S: Klien mengatakan nyeri bertambah saat batuk, klien mengatakan skala nyeri sudah berkurang dengan skala 2 (ringan)</p> <p>O : - Klien tampak ceria - TTV TD : 130/80 mmHg N : 78 x/menit P : 20x/menit S : 35,6 °C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.Kaji nyeri secara komprehensif 2. Monitor reaksi non verbal Dari Ketidanyamanan 3. Ajarkan tentang tehnik non farmakologi 4. Tingkatkan istirahat 5. Monitor vital sign

1.	23.03.19	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (Pasca tindakan pembedahan)	<p>S : Klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena masih dalam tahap pemulihan fase post op cholelitiasis.</p> <p>O : - Klien tampak terbaring lemah - Klien masih tampak di bantu klien dalam memenuhi kebutuhannya</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan 2. Bantu untuk mengidentifikasi aktifitas yang disukai 3. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang
2.	25.03.19	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (Pasca tindakan pembedahan)	<p>S : - Klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi dengan dibantu oleh keluarga - Klien mengatakan sudah bisa memiringkan badan dan duduk</p> <p>O : - Klien tampak dibantu keluarga dalam beraktivitas - Klien tampak duduk</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan 2. Bantu untuk mengidentifikasi aktifitas yang disukai 3. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang
3.	26.03.19	Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (Pasca tindakan pembedahan)	<p>S : Klien mengatakan sudah mampu beraktivitas seperti, ke kamar mandi secara mandiri, dan mengambil makan dan minum secara mandiri.</p> <p>O : Klien tampak sudah mampu berdiri secara mandiri, dan mengambil minum secara mandiri.</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan 2. Bantu untuk mengidentifikasi aktifitas

			<p>yang disukai</p> <p>3. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang</p>
1.	23.03.19	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan nyeri dan luka post operasi	<p>S : - Klien mengatakan merasakan nyeri pada luka operasi</p> <p>- Klien mengetakan badannya terasa panas</p> <p>O : - Badan klien teraba hangat</p> <p>- Suhu tubuh 38,4 °C</p> <p>- Leukosit 14,6 10³/uL</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Inspeksi keadaan luka 3. Ajarkan cara menghindari infeksi 4. Monitor pemeriksaan leukosit
2.	25.03.19	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan nyeri dan luka post operasi	<p>S : Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada luka operasi</p> <p>O : - Tidak tampak adanya abses pada luka operasi</p> <p>- Suhu tubuh 36,3 °C</p> <p>- Leukosit : 6,02 10³/uL</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Inspeksi keadaan luka 3. Ajarkan cara menghindari infeksi
3	26.03.19	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan nyeri dan luka post operasi	<p>S : Klien mengatakan masih merasakan sedikit nyeri pada luka operasi</p> <p>O : Luka klien tampak mulai mengering, tidak tampak adanya abses</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Inspeksi keadaan luka 3. Ajarkan cara

Sumber : Sipayung (2018) & Ratmiani (2019)

Tabel di atas menjelaskan bahwa pada klien 1 dilakukan asuhan keperawatan dirumah sakit, evaluasi pada klien 1 menunjukkan 5 diagnosa keperawatan yaitu diagnosa nyeri b/d inflamasi kandung empedu, obstruksi/spasme duktus, iskemia jaringan/nekrosis masalah nyeri teratasi sebagian, diagnosa resiko tinggi gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah masalah teratasi, diagnosa Kurang pengetahuan b/d kurangnya informasi masalah teratasi, diagnosa Nyeri akut b/d proses pembedahan, diagnosa Resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya port de entry evaluasi pada klien 2 menunjukkan 3 diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik masalah teratasi di hari ke 4, diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive masalah teratasi di hari ke 4, diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri dan luka post operasi masalah teratasi di hari ke 4.

B. PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien 1 pre dan post operatif dan klien 2 post operatif dengan kasus cholelithiasis dalam bentuk review kasus yang telah diambil dari Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Dengan Cholelithiasis di ruang rawat inap *north wing* enam Rumah Sakit Advent Bandung (Fernando Sipayung, 2018) untuk klien 1 sedangkan, pada klien 2 diambil dari Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Dengan Cholelithiasis di ruang rawat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar (Ratmiani, 2019). Berdasarkan dari hasil pengkajian pada klien 1 dan klien 2 ditemukan beberapa perbedaan yaitu klien 1 berusia 46 tahun berjenis kelamin laki-laki dengan diagnose cholelithiasis dan klien 2 berusia 49 tahun dengan jenis kelamin perempuan dan diagnose media cholelithiasis. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Setiadi, 2012).

Berdasarkan dari hasil pengkajian pada pasien 1 dengan diagnosa medis Cholelithiasis dan pasien 2 dengan diagnosa medis

Cholelithiasis. Pada kedua pasien memiliki keluhan yang sama dengan teori seperti nyeri pada daerah kanan perut secara tiba-tiba atau disebut juga kolik bilier

Berdasarkan teori yang ada menurut (Nanda, 2020). nyeri dan kolik bilier, ikterus, perubahan warna urin dan feses dan defisiensi vitamin. Pada pasien yang mengalami nyeri dan kolik bilier disebabkan karena adanya obstruksi pada duktus sistikus yang tersumbat oleh batu empedu sehingga terjadi distensi dan menimbulkan infeksi merupakan gejala yang akan timbul pada pasien cholelithiasis.

Menurut peneliti bahwa nyeri yang dirasakan pada pasien 1 dan 2 merupakan tanda dan gejala dari cholelithiasis yang terjadi karena adanya obstruksi pada duktus sistikus yang tersumbat oleh batu empedu dan menimbulkan infeksi sehingga menimbulkan rasa nyeri.

Pengkajian pada klien 1 dilakukan pada hari Rabu, 28.11.2018 sedangkan pada klien dilakukan pada hari Sabtu, 23.03.2019. Klien 1 berusia 46 tahun, terdapat keluhan utama klien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan atas kurang lebih 3 hari, klien mengatakan nyeri terasa bila sedikit digerakkan, atau saat miring, klien mengatakan nyeri terasa seperti di sayat-sayat, klien mengatakan sakitnya terasadi ulu hati, klien mengatakan skala nyeri di rentang 5-6, hilang timbul, dan demam sejak kemarin T: 37,8 °C. Sedangkan pada klien 2 berusia 49 tahun ditemukan keluhan utama yaitu Klien mengeluh nyeri abdomen post op cholelithiasis, klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk,

nyeri dirasakan pada bagian abdomen kanan atas kuadran 4, skala nyeri klien 6 (sedang), klien mengatakan nyeri dirasakan terus-menerus. hal ini sesuai dengan teori Nuari Nian (2015), yaitu nyeri abdomen kanan atas dapat menjalar ke punggung serta bahu kanan dan akan merubah posisinya secara terus menerus untuk mengurangi intensitas nyeri, mual serta muntah, dan intoleransi terhadap makanan berlemak.

Berdasarkan teori menurut (Nanda, 2020). Ada dua tipe utama batu empedu yaitu batu yang terutama tersusun dari pigmen dan tersusun dari kolesterol. batu pigmen, akan terbentuk bila pigmen yang terkonjugasi dalam empedu mengalami presipitasi atau pengendapan, sehingga terjadi batu. Risiko terbentuknya batu semacam ini semakin besar pada pasien serosis, hemolysis dan infeksi percabangan bilier. Batu ini tidak dapat dilarutkan dan hanya dikeluarkan dengan jalan operasi. Batu kolesterol, merupakan unsur normal pembentuk empedu bersifat tidak larut dalam air. Kelarutannya bergantung pada asam empedu dan lesitin (fosfo lipid) dalam empedu. Pada pasien yang cenderung menderita batu empedu akan terjadi penurunan sintesis asam empedu dan peningkatan sintesis kolesterol dalam hati, mengakibatkan supersaturasi getah empedu oleh kolesterol dan keluar dari getah empedu mengendap membentuk batu. Getah empedu yang jenuh oleh kolesterol merupakan predisposisi untuk timbulnya batu empedu yang berperan sebagai iritan yang menyebabkan peradangan dalam kandung empedu.

Pada pasien 1 dan 2 diagnosa medisnya adalah cholelithiasis. Jadi menurut peneliti pada pasien 1 dan 2 sama sama memiliki cholelithiasis yang disebabkan oleh pengendapan batu kolesterol di dalam kandung empedu, faktor ini didukung nya pemeriksaan penunjang (USG) dengan hasil adanya cholelithiasis pada kedua pasien.

Pada pemeriksaan fisik keadaan umum pasien didapatkan pada pasien 1 yaitu kesadaran umum sedang, terpasang infus ditangan kanan dan sakit sedang. Sedangkan pada pasien 2 dengan kesadaran umum lemah.

Menurut (Noor, 2017) keadaan umum yaitu baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda seperti kesadaran klien (apatis, sopor, koma, komposmentis) dan kesakitan (keadaan penyakit yaitu akut, kronik, ringan, sedang, berat).

Menurut peneliti terdapat kesenjangan antara pengkajian yang dilakukan oleh peneliti dengan teori yang ada, dimana pemeriksaan fisik bagian keadaan umum pada kedua pasien hanya menjelaskan kesakitan yang dialami klien. Sedangkan pada teori baik atau buruknya yang dicatat dalam keadaan umum adalah kesadaran klien (apatis, sopor, koma, komposmentis) dan kesakitan (keadaan penyakit yaitu akut, kronik, ringan, sedang, berat).

Pada pemeriksaan tanda tanda vital didapatkan pada pasien 1 dengan tekanan darah : 100/70 mmHg, Suhu : 37,9°C, Nadi : 71x/menit, Respirasi : 20x/menit, Saturasi 97 % dan pada pasien 2 didapatkan

tanda tanda vital dengan tekanan darah : 130/90 mmHg, Nadi : 82 x/menit, Respirasi : 22 x/menit, Suhu tubuh : 38,4 °C .

Menurut teori (Potter & Perry, 2005). Mean Arterial Pressure adalah tekanan arteri rata rata selama satu siklus denyutan jantung yang didapatkan dari pengukuran tekanan darah systole dan tekanan darah diastole. Pada perhitungan MAP akan didapatkan gambaran penting dalam tekanan darah yaitu tekanan sistolik adalah tekanan maksimal ketika darah dipompakan dari ventrikel kiri, batas normal dari tekanan sistolik adalah 100-140 mmhg, tekanan diastolic adalah tekanan darah pada saat relaksasi, batas normal dari tekanan diastolic adalah 60-80 mmhg. Tekanan diastolik menggambarkan tahanan pembuluh darah yang harus dicapai jantung.

Pada pemeriksaan fisik kenyamanan nyeri pada kedua pasien dilakukan pengkajian nyeri dengan PQRST dimana didapatkan pada pasien 1 mengatakan nyeri pada perut bagian kanan atas kurang lebih 3 hari, terasa bila sedikit digerakkan atau saat miring, terasa seperti di sayat-sayat, sakitnya terasadiulu hati, skala nyeri di rentang 5-6, hilang timbul Sedangkan pada pasien 2 dilakukan pengkajian kenyamanan nyeri dengan PQRST dimana didapatkan pada pasien 2 mengatakan klien mengatakan nyeri bertambah saat klien banyak bergerak dan batuk, klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada bagian abdomen kanan atas kuadran 4, skala nyeri klien 6 (sedang), klien mengatakan nyeri dirasakan terus-menerus.

Pada pemeriksaan fisik abdomen pada klien 1 dilakukan inspeksi dan bentuk abdomen datar lalu, melakukan auskultasi bising usus (+) 10X/mnt. CRT < 2 detik, oedem (-), lesi (-) selanjutnya palpasi terdapat benjolan (-), lalu melakukan perkusi, bunyi timpani. Sedangkan pada klien 2 dilakukan inspeksi terdapat luka post operasi, lalu melakukan auskultasi bising usus 14 kali / menit. Selanjutnya palpasi terdapat terdapat nyeri tekan pada abdomen, lalu lakukan perkusi bunyi timpani.

Menurut peneliti terdapat kesenjangan pada pengkajian abdomen dimana pada saat didapatkan data nyeri tekan pada palpasi kedua pasien yang kurang lengkap karena tidak menyertakan kuadran dan regio.

Pada pengkajian personal hygiene klien 2 Pemeliharaan badan klien mengatakan Saat dirumah personal hygiene pasien baik, mandi 2x sehari, keramas 2x seminggu, sikat gigi 2x sehari, ganti pakaian 1x sehari, saat dirumah sakit personal hygiene klien, mandi 1x sehari, sikat gigi 1x sehari, ganti pakaian 1x sehari sedangkan pada klien 2 mengatakan saat dirumah personal hygiene pasien baik, mandi 3x sehari pagi, siang dan malam. Keramas 1x sehari, sikat gigi 2x sehari pagi dan malam, saat dirumah sakit, setelah post operasi pasien dianjurkan oleh dokter untuk membatasi aktivitas dan harus lebih banyak berbaring diatas tempat tidur, makan, minum, BAB, BAK dan aktifitas lainnya dilakukan diatas tempat tidur.

Hasil pemeriksaan USG pasien 1 dinyatakan cholelithiasis dengan cholecystitis, sedangkan hasil USG pasien 2 dinyatakan terdapat batu empedu.

Berdasarkan teori yang ada menurut (Nurarif Huda, 2015), Mengkaji tentang keadaan abdomen dan kantung empedu. Biasanya pada penyakit kantung empedu dapat terlihat dan teraba oleh tangan karena terjadi pembengkakan pada kandung empedu.

Menurut peneliti untuk kelebihan pada pengambilan data sesuai pada pola dasar datang nya penyakit yang difokuskan dalam penambilan data pada hasil anamnese dan difokuskan pada pemeriksaan fisik dan kenyamanan nyeri bagian abdomen yang mengalami kelainan atau tidak, serta untuk kekurangan nya sendiri ada beberapa data hasil pengkajian yang belum terlalu lengkap guna untuk menunjang hasil diagnose yang lebih maksimal

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik berlangsung secara aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus klien *cholelithiasis* dan mengalami pembedahan adalah, masalah keperawatan pada *Pre operatif* : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Inflamasi), gangguan mobilitas fisik

berhubungan dengan nyeri, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan asites, resiko syok (*Hipovolemik*) berhubungan dengan kekurangan volume cairan, Masalah keperawatan pada *Post operatif* : infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infansif

a. Diagnosa Pre Operatif

Diagnosa keperawatan pada klien 1 yang sesuai dengan teori antara lain:

1) Nyeri akut

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan pada klien 1 nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis akibat nyeri di perut daerah kanan atas dan pada klien 2 nyeri Akut b.d agen pencedera fisik akibat nyeri pada abdomen.

Pada klien 1 diagnosa dari hasil pengkajian yaitu klien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan atas kurang lebih 3 hari (paliatif), terasa bila sedikit digerakkan, atau saat miring (Q),terasa seperti di sayat-sayat (region), sakitnya terasa diulu hati (scale), skala nyeri di rentang 5-6, hilang timbul (time), dan demam sejak kemarin T: 37,8 °C.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur sementara data subjektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah mengeluh nyeri. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah dan proses.

Nyeri dan kolik bilier, ikterus, perubahan warna urin dan feses dan defisiensi vitamin. Pada pasien yang mengalami nyeri dan kolik bilier disebabkan karena adanya obstruksi pada duktus sistikus yang tersumbat oleh batu empedu sehingga terjadi distensi dan menimbulkan infeksi merupakan gejala yang akan timbul pada pasien *Pre Cholelithiasis*.

Menurut peneliti pada analisa data pada klien 1 dimana data yang masih kurang lengkap karena tidak dijelaskan atau dimasukan hasil Inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi bahwa pasien mengalami nyeri tekan saat pemeriksaan fisik abdomen.

Hal ini sesuai dengan teori Tim pokja SDKI DPP (2017) pada pasien dengan nyeri akut data gejala dan tanda mayor klien mengeluh nyeri.

2) Defisit Nutrisi

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan menelan makanan pada klien 1 sedangkan pada klien 2 tidak terdapat diagnosa defisit Nutrisi. Hasil pengkajian untuk klien 1 yaitu klien mengatakan sering muntah-muntah dan merasa mual, klien tampak lemah muntah 3 kali, klien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan atas kurang lebih 3 hari, terasa bila sedikit digerakkan, atau saat miring, terasa seperti di sayat-sayat, sakitnya terasa diulu hati, skala nyeri di rentang 5-6, hilang timbul, dan demam sejak kemarin T: 37,8°C. klien tampak lemas sejak klien 1 mengalami Nyeri pada bagian perut kanan dengan skala nyeri pasien 6.

Menurut peneliti penegakkan diagnosa defisit nutrisi tepat untuk ditegakkan karena dari keluhan utama klien mengatakan sering muntah dan merasa mual, selain itu klien tampak lemas dan muntah 3 kali yang termasuk dalam kriteria penegakkan diagnosa defisit nutrisi.

Menurut teori (Kusuma & Nurarif). Terjadi rasa mual atau muntah dikarenakan proses inflamasi yang menekan saraf parasimpatis dan terjadinya penurunan peristaltik di usus yang menyebabkan makanan tertahan dilambung dan menimbulkan rasa mual dan muntah.

Pada klien 1 diagnosa dari pengkajian ditemukan tanda dan gejala mayor yaitu berat badan menurun dan data minor yaitu kram atau nyeri abdomen, bising usus hiperaktif, otot menelan lemah, otot pengunyah lemah. Dari data tersebut tanda atau gejala yang ditemukan 80% - 100% untuk validasi diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3) Defisit Pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan defisit pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi pada klien 1 sedangkan pada klien 2 tidak terdapat diagnosa defisit pengetahuan b.d kurangnya terpapar informasi. Hasil pengkajian untuk klien 1 yaitu klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya, Prosedur pembedahan dan pengobatan karena tidak ada yang memberitahu.

Menurut peneliti penegakkan diagnosa defisit pengetahuan tepat untuk ditegakkan karena dari keluhan

utama klien mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya, selain itu klien tidak mengerti tentang prosedur pembedahan dan pengobatan yang termasuk dalam kriteria penegakkan diagnosa defisit pengetahuan.

Kurang pengetahuan adalah suatu kondisi dimana individu atau kelompok mengalami kekurangan pengetahuan kognitif atau ketrampilan psikomotor mengenai suatu keadaan dan rencana tindakan pengobatan (Doenges,2010).

Pada klien 1 diagnosa dari pengkajian ditemukan tanda dan gejala mayor yaitu menanyakan masalah yang dihadapi dan data minor yaitu menjalani pemeriksaan yang tidak tepat. Dari data tersebut tanda atau gejala yang ditemukan tidak ditemukan 80% - 100% untuk validasi diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berikut ini pembahasan diagnosa yang muncul sesuai dengan pasien 1 Post op cholelitisias

4) Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencedera isik

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan pada klien 1 nyeri akut akibat nyeri di perut daerah kanan atas.

Pada klien 1 diagnosa dari hasil pengkajian yaitu klien mengatakan klien mengatakan masih terasa sakit di perut dan klien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 7 (0-

10), terdapat luka bekas post op (3 lubang) dibagian perut region kanan, TD: 130 / 80 mmHg, HR:98 x/menit, SaO₂ : 98 %, S: 37,6 0C, P:22x/mnt.

Menurut peneliti penegakkan diagnosa nyeri akut tepat untuk ditegakkan karena dari keluhan utama pasien mengeluh nyeri, selain itu terdapat luka bekas post op dan regio serta skala nyeri yang termasuk dalam kriteria penegakkan diagnosa nyeri akut. Hal ini sesuai dengan teori Tim pokja SDKI DPP (2017) pada pasien dengan nyeri akut data gejala dan tanda mayor klien mengeluh nyeri.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur sementara data subjektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah mengeluh nyeri. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah dan proses.

5) Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (Pasca tindakan pembedahan)

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (Pasca tindakan pembedahan) Hasil pengkajian untuk klien 1 yaitu Klien mengatakan badannya terasa panas, klien mengatakan merasakan nyeri pada luka bekas operasi.

Menurut peneliti terdapat kekurangan data yang kurang lengkap pada analisa data yang mendukung diagnose resiko infeksi. Pada data objektif tidak dijelaskan seperti apa kriteria luka operasi dan tidak dilakukan pengkajian tanda tanda infeksi mencakup rubor (kemerahan), calor (panas), Dolor (rasa sakit), dan tumor (pembengkakan), fungsio laesa (perubahan fungsi jaringan). Untuk mengetahui bahwa pasien terjadi infeksi atau tidak dikarenakan terdapat data tanda tanda vital suhu pasien meningkat hipertermi.

Menurut teori Resiko infeksi adalah keadaan dimana seorang individu terserang oleh agen patogenik atau oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, parasit), bahwa diagnosa risiko tinggi infeksi dapat ditegakkan

apabila ada faktor – faktor resiko diantaranya tindakan pembedahan (Carpenito,2001).

Dari data tersebut tanda atau gejala yang ditemukan tidak ditemukan 80% - 100% untuk validasi diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Post operatif

Diagnosa keperawatan post operatif pada klien 2 yang sesuai dengan teori antara lain:

1) Nyeri akut

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan pada klien 2 nyeri akut b.d agen pencedera fisik akibat nyeri pada abdomen dan klien mengatakan nyeri bertambah saat klien banyak bergerak dan batuk, klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk nyeri dirasakan pada bagian abdomen kanan atas kuadran 4 dengan skala nyeri klien 6 (sedang) dan klien mengatakan nyeri dirasakan terus-menerus.

Diagnosa yang sama dengan teori dan ditemukan pada kedua pasien yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Prosedur operasi). Pada saat pengkajian data subjektif didapatkan kedua pasien sama – sama mengatakan nyeri pada area operasi. Data objektif

didapatkan data pada kedua pasien yaitu skala nyeri, ekspresi wajah tampak meringis menahan sakit.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur sementara data subjektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah mengeluh nyeri. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah dan proses.

Menurut peneliti terdapat kesenjangan pada diagnose nyeri dikarenakan pada pengkajian nyeri analisa data subjektif tidak lengkap karena tidak ada analisa data objektif tidak dimasukkannya data tampak luka operasi seperti apa.

2) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan nyeri dan luka post operasi

analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri dan luka post operasi pada klien 2 sedangkan pada klien 1 tidak terdapat diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan

nyeri dan luka post operasi, Hasil pengkajian untuk klien 2 yaitu Klien mengatakan sulit melakukan aktivitas, klien mengatakan selalu dibantu dalam beraktivitas, klien mengatakan badannya terasa panas, klien mengatakan merasakan nyeri pada luka bekas operasi, kekuatan otot lemah.

Menurut peneliti penegakkan diagnosa intoleransi aktivitas tepat untuk ditegakkan karena dari keluhan utama pasien mengeluh sulit melakukan aktivitas, klien selalu dibantu dalam beraktivitas, selain itu kekuatan otot lemah yang termasuk dalam kriteria penegakkan diagnosa intoleransi aktivitas.

Pada klien 2 diagnosa tersebut dapat ditegakkan karena adanya tanda mayor dan minor yaitu tanda mayor mengeluh lelah dan tanda minor klien mengeluh lemah. Dari data tersebut tanda atau gejala yang ditemukan tidak ditemukan 80% - 100% untuk validasi diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3) Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (Pasca tindakan pembedahan)

Menurut analisa data pada literature review terdapat masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (Pasca tindakan pembedahan) pada klien 2 diagnosa tersebut dapat ditegakkan karena adanya faktor resiko yaitu kerusakan integritas kulit, klien mengatakan

badannya terasa panas, tampak luka post operasi pada abdomen sebelah kanan klien.

Menurut peneliti penegakkan diagnosa resiko infeksi tepat untuk ditegakkan karena dari keluhan utama pasien mengeluh badannya terasa panas, tampak luka operasi pada abdomen sulit melakukan aktivitas, selain itu kerusakan pada integritas kulit yang termasuk dalam kriteria penegakkan diagnosa resiko infeksi.

Dari data tersebut tanda atau gejala yang ditemukan ditemukan 80% - 100% untuk validasi diagnosis keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut teori Resti infeksi adalah keadaan dimana seorang individu terserang oleh agen patogenik atau oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, parasit), bahwa diagnosa risiko tinggi infeksi dapat ditegakkan apabila ada faktor – faktor resiko diantaranya tindakan pembedahan (Carpenito,2001).

Menurut peneliti kelebihan dalam pengambilan diagnose karna sudah sesuai dengan standart SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) terdapat data mayor minor . serta ada diagnose yang diangkat diantara nya pada pasien 1 ada 5 diagnosa pre 3 diagnosa dan post 2 diagnosa sedangkan pada pasien 2 ada 3 diagnosa post cholelithiasis dan kurang nya pengkajian yang lebih dalam dan

lengkap untuk menentukan lebih banyak diagnose pada pasien pre dan post operatif cholelithiasis

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2012).

Intervensi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua klien belum menggunakan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) dan standar luaran keperawatan indonesia (SLKI). adapun tindakan pada standar intervensi keperawatan indonesia terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Berdasarkan kasus klien 1 dan klien 2, tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah peneliti susun.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan nyeri teratasi dengan kriteria hasil Klien mampu mengontrol nyeri, Klien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, tanda – tanda vital dalam batas normal, skala nyeri 0-4, gerakan melokalisasi nyeri(-), gerakan bertahan (defensife) pada daerah nyeri (-). Intervensi dalam

diagnosa nyeri meliputi: Pantau tingkat dan intensitas nyeri, ajarkan teknik relaksasi (nafas dalam), beri kompres hangat (hati-hati dengan klien yang mengalami perdarahan), beri posisi yang nyaman, kondisikan lingkungan yang tenang di sekitar klien, catat respon terhadap obat dan kolaborasi pemberian analgesic sesuai program terapi.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 2 dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan kerusakan

jaringan (Insisi pembedahan). yaitu kriteria hasil yang hendak dicapai : klien mampu mengontrol nyeri, klien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang tanda – tanda vital dalam batas normal. Intervensi dalam diagnosa akut berhubungan dengan kerusakan jaringan (Insisi pembedahan) meliputi : lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, ajarkan tentang tehnik non farmakologi, tingkatkan istirahat, monitor vital sign, kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik.

Sesuai dengan yang ada didalam buku SIKI intervensi yang sesuai untuk nyeri akut yaitu Intervensi Manajemen Nyeri (I.08238): Observasi (Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal), Terapeutik (Berikan teknik nonfarmakologis untuk

mengurangi rasa nyeri), Edukasi (Jelaskan strategi meredakan nyeri), dan Kolaborasi (Kolaborasi pemberian analgetik).

Untuk kriteria hasil yang sesuai dengan buku SLKI yaitu: diharapkan tingkat nyeri klien menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil klien dapat menjelaskan tentang pentingnya nutrisi bebas dari tanda malnutrisi mempertahankan berat badan stabil, nilai laboratorium normal (Leukosit, bilirubin). Intervensi dalam diagnosa nyeri meliputi: Berikan perawatan oral teratur, catat berat badan saat masuk dan bandingkan dengan saat berikutnya, kaji distensi abdomen Periksa laboratorium (HB, WBC, bilirubin total, bilirubin direct, dan indirect), jelaskan tentang pengontrolan dan pemberian konsumsi karbohidrat, lemak anjurkan mengurangi makanan berlemak dan menghasilkan gas.

Sesuai dengan yang ada didalam buku SIKI intervensi yang sesuai untuk defisit nutrisi yaitu Intervensi Manajemen Nutrisi (I.03119): Observasi (Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan makanan yang disukai, monitor asupan makanan, monitor berat badan), Terapeutik (Berikan makanan berserat untuk mencegah konstipasi),

Edukasi (Anjurkan diet yang diprogramkan), dan Kolaborasi (Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan).

Untuk kriteria hasil yang sesuai dengan buku SLKI yaitu: diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, dan bising usus membaik.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pada klien 2 dengan masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri dan luka post operasi yaitu kriteria hasil yang hendak dicapai : Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR, mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain. Intervensi dalam diagnosa aktivitas berhubungan dengan nyeri dan luka post operasi meliputi : Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan, bantu untuk mengidentifikasi aktifitas yang disukai, bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang.

Sesuai dengan yang ada didalam buku SIKI intervensi yang sesuai untuk nyeri akut yaitu Intervensi Terapi Aktivitas (I.05186): Observasi (Identifikasi deficit tingkat aktivitas, identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu,), Terapeutik (Fasilitasi focus pada kemampuan, bukan deficit yang dialami, sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang

aktivitas, libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu), Edukasi (Anjurkan keluarga untuk member penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas).

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah keperawatan defisit pengetahuan b/d kurangnya informasi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan kurangnya pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil Secara verbal klien mengerti akan, proses penyakitnya, pengobatan dan prognosin pembedahan melakukan koreksi terhadap prosedur yang Penting dan menjelaskan reaksi dari tindakan, klien bersedia dilakukan tindakan operasi laparascopy kolesistektomi, menilai perubahan gaya hidup dan ikut serta dalam pengobatan. Intervensi dalam diagnosa defisit pengetahuan meliputi: Kaji tingkat kecemasan dan adanya perubahan tanda-tanda vital, beri penjelasan tentang prosedur pembedahan kolesistektomi, kaji ulang pada klien tentang pengetahuan, proses penyakit, prosedur pembedahan, prognosa, anjurkan klien berdoa sebelum operasi dilakukan dampingi klien selama operasi dilakukan.

Sesuai dengan yang ada didalam buku SIKI intervensi yang sesuai untuk defisit nutrisi yaitu Edukasi Kesehatan (I.12383): Observasi (Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dan kaji pengetahuan), Terapeutik (sediakan materi dan media pendidikan

kesehatan, Berikan kesempatan untuk bertanya), Edukasi (Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan).

Untuk kriteria hasil yang sesuai dengan buku SLKI yaitu: Tingkat pengetahuan, Perilaku sesuai anjuran meningkat, Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pada klien 2 dengan masalah keperawatan Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (paska tindakan pembedahan) yaitu kriteria hasil yang hendak dicapai : Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal, klien mampu menjaga perilaku hidup sehat. Intervensi dalam diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (paska tindakan pembedahan) meliputi : Monitor tanda dan gejala infeksi, inspeksi keadaan luka, lakukan perawatan luka, ajarkan cara menghindari infeksi, monitor pemeriksaan leukosit.

Sesuai dengan yang ada didalam buku SIKI intervensi yang sesuai untuk defisit nutrisi yaitu Pencegahan infeksi (I.14539): Observasi (Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik), Terapeutik (Berikan perawatan kulot edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi), Edukasi (Jelaskan tanda dan

gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi).

Untuk kriteria hasil yang sesuai dengan buku SLKI yaitu: Tingkat infeksi, integritas kulit dan jaringan, kontrol resiko status, imun dan status nutrisi.

4. Implementasi Keperawatan

Serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dilakukan pada tanggal 28 November 2018 di ruang rawat inap north wing enam Rumah Sakit Advent Bandung (Fernando Sipayung, 2018) sedangkan pada klien 2 dilakukan pada tanggal 23,25-26 maret 2019 dan pada tanggal 26 maret 2019 dilakukan evaluasi keperawatan di ruang rawat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar (Ratmiani, 2019).

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang di buat dan di sesuaikan dengan masalah keperawatan yang di temukan pada klien.

Implementasi pada pasien 1 dilakukan oleh peneliti dari tanggal 28 November 2018 sampai 1 November 2019. Pada hari pertama pasien masih berada di ruang rawat inap sebelum dilakukannya operasi melakukan pengkajian. Pada hari pertama sebelum pasien dilakukan tindakan operasi peneliti mengajarkan tehnik non farmakologi yaitu tehnik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Pasien tampak sedikit lebih tenang setelah melakukan tehnik nafas dalam.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri akut pada klien 1 yaitu menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi. Tindakan keperawatan untuk mengatasi nyeri akut pada klien 1 dan klien 2 yaitu mengajarkan pasien melakukan teknik nonfarmakologi (Tarik nafas dalam dan relksasi). Menurut teknik relaksasi nafas dalam akan lebih efektif bila dikombinasikan dengan beberapa teknik lainnya, seperti guided imagery. Guided imagery merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2010). Teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta klien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan fokus pada nafas mereka, klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang (Rahmayanti, 2010)

Pada hari kedua 29 Maret 2018 pada pukul 14.00 melakukan pengukuran nyeri post operasi pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dalam skala 5. pelaksanaan perawatan luka operasi, mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan untuk mengurangi resiko terjadinya penyebaran pathogen. Membatasi datangnya pengunjung untuk mencegah penyebaran kuman

Menurut teori (Zakhary, 2017) Perawatan luka operasi penting dilakukan untuk mencegah infeksi dan komplikasi pascaoperasi lainnya. Perawatan yang dimaksud termasuk mengganti perban, menjaga luka operasi tetap kering, serta mencegah jahitan operasi robek karena aktivitas tertentu. Selain mencegah infeksi dan komplikasi lain akibat operasi, memahami cara perawatan luka operasi yang benar juga diperlukan untuk memaksimalkan hasil operasi. Hal ini karena hasil operasi tidak hanya ditentukan oleh keberhasilan tindakan operasi saja, namun juga oleh perawatan luka setelah operasi.

Pada hari ke tiga pada tanggal 29 November 2018 pada pukul 07.30 melakukan pengukuran nyeri pada pasien dan observasi adanya tanda-tanda infeksi seperti rubor, calor, edema, dan fungsi laesa. Pada pukul 18.00 melakukan perawatan luka untuk mempercepat penyembuhan luka dan membrikan terapi antibiotic untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

Implementasi pada pasien 2 dilakukan dari tanggal 23 Maret 2019 sampai 26 Maret 2019, hari pertama dilakukan pengkajian terhadap

pasien dan megajarkan terapi non farmakologi yaitu tehnik nafas dalam. Pasien tampak sedikit lebih tenang setelah melakukan tehnik nafas dalam dan dilanjutkan pukul 15.05 melakukan pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri

Implementasi pada tanggal 25 Maret 2019 pada pukul 16.29 melakukan membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan dilanjutkan pada pukul 16.33 dengan membantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang disukai.

Implementasi pada tanggal 26 November 2018 pada pukul 12.30 melakukan memonitor tanda dan gejala infeksi, menginspeksi keadaan luka, melakukan perawatan luka, dan mengajarkan cara menghindari infeksi

Menurut teori (Zakhary, 2017) Perawatan luka operasi penting dilakukan untuk mencegah infeksi dan komplikasi pascaoperasi lainnya. Perawatan yang dimaksud termasuk mengganti perban, menjaga luka operasi tetap kering, serta mencegah jahitan operasi robek karena aktivitas tertentu. Selain mencegah infeksi dan komplikasi lain akibat operasi, memahami cara perawatan luka operasi yang benar juga diperlukan untuk memaksimalkan hasil operasi. Hal ini karena hasil operasi tidak hanya ditentukan oleh keberhasilan tindakan operasi saja, namun juga oleh perawatan luka setelah operasi.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Ali, 2009).

a. Pre operatif

Hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada pasien 1 pre operatif terdapat 3 diagnosa nyeri akut, defisit nutrisi dan defisit pengetahuan. Diagnosa nyeri pada pre operatif dengan hasil masalah nyeri teratasi sebagian (Pre op) dengan evaluasi pasien masih mengatakan nyeri pada bagian perut kanan atas dalam skala nyeri 6. Diagnosa defisit nutrisi pada pre operatif dengan masalah defisit nutrisi teratasi sebagian dengan evaluasi klien mengatakan mual dan muntah sedikit berkurang, wajah tampak rileks, diagnosa defisit pengetahuan pada pre operatif dengan hasil masalah defisit pengetahuan teratasi dengan evaluasi klien Klien mengatakan merasa lebih tenang dari cemasnya, dan memahami tentang proses penyakit, pembedahan dan pengobatannya, klien mengatakan mau untuk dilakukan tindakan pembedahan dan klien tampak tenang.

b. Post operatif

Hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada pasien 1 post operatif terdapat 2 diagnosa keperawatan. Pada diagnose pertama nyeri akut

hasil evaluasi pasien mengatakan nyeri berkurang dan pasien dapat mengontrol nyeri, kondisi pasien terlihat mulai membaik, diagnose dinyatakan pada nyeri akut masalah teratasi. Pada diagnose kedua resiko infeksi hasil evaluasi klien mengatakan tidak ada demam, keadaan pasien lemah, wajah tampak rileks diagnose dinyatakan pada resiko infeksi masalah teratasi.

Hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada pasien 2 post operatif terdapat 3 diagnosa keperawatan. Diagnose pertama nyeri akut dengan evaluasi pasien masih mengatakan nyeri bertambah saat batuk, klien mengatakan skala nyeri sudah berkurang dengan skala 2 (ringan) diagnose dinyatakan pada nyeri akut masalah teratasi. Diagnosa kedua intoleransi aktifitas dengan evaluasi pasien klien mengatakan sudah mampu beraktivitas seperti ke kamar mandi secara mandiri dan mengambil makan dan minum secara mandiri.,diagnose dinyatakan pada intoleransi aktivitas masalah teratasi dan hentikan intervensi. Diagnosa ketiga resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (paska tindakan pembedahan) dengan evaluasi pasien klien mengatakan masih merasakan sedikit nyeri pada luka operasi, luka klien tampak mulai mengering, tidak tampak adanya abses diagnose dinyatakan pada resiko infeksi berhubungan dengan prosedur unvasive (pasca tindakan pembedahan) masalah teratasi dan hentikan intervensi.

Hasil evaluasi keperawatan Pre dan Post operatif cholelithiasis pada klien 1 dari 5 diagnosa yang muncul. Terdapat diagnosa yang teratasi

yaitu kurangnya pengetahuan yang ditandai dengan pasien tampak tenang, dan memahami (Pre op), nyeri akut yang ditandai dengan nyeri berkurang (Post op), resiko infeksi yang ditandai dengan tidak ada demam (Post op) dan 2 diagnosa yang teratasi sebagian sebagian antara lain : nyeri akut (Pre op) dan defisit nutrisi (Pre op)..

Hasil evaluasi keperawatan pada post operasi pada Pasien 2 dari 3 diagnosa yang muncul. Pada pre operasi diagnosa nyeri akut teratasi, diagnosa resiko infeksi teratasi dan intoleransi aktifitas teratasi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2, pada klien pre dan post operasi dengan cholelithiasis di Rumah Sakit Advent Bandung dan Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Dapat dilakukan pengkajian secara komperhensif pada klien 1 dan klien 2. Data yang didapatkan yaitu identitas klien, riwayat penyakit, data psikososial. Data tersebut berdasarkan hasil wawancara dengan klien dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

2. Diagnosa keperawatan

Dapat ditegakkannya diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 diagnosa keperawatan yang muncul dari data pengkajian klien 1 ditegakkan 5 diagnosa keperawatan pada pre operasi. Urutan diagnose keperawatan yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, dan defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi, nyeri akut berhubungan dengan proses pembedahan, resiko tinggi terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya port de entry

Sedangkan pada klien 2 ditegakkan 3 diagnosa keperawatan. Urutan diagnose keperawatan yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive (Pasca tindakan pembedahan) dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan nyeri dan luka post operasi. Terdapat kesamaan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 yaitu, nyeri akut dan resiko infeksi.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 dapat disusun sesuai dengan diagnosa yang muncul, rencana yang telah disusun disesuaikan dengan teori yang ada. Perencanaan dibuat sesuai dengan masalah yang ditemukan berdasarkan hasil dari pengkajian.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan klien dengan cholelithiasis.

5. Evaluasi Keperawatan

Dapat melakukan evaluasi mengenai kondisi perkembangan klien dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Hasil evaluasi keperawatan pada pre operasi pada pasien 1 dari 3 diagnosa yang

muncul terdapat 3 diagnosa teratasi sebagian antara lain : nyeri akut dan defisit nutrisi. Hasil evaluasi keperawatan pada post operasi pada klien 2 dari 3 diagnosa yang muncul, pada post operasi 3 diagnosa teratasi.

B. SARAN

1. Bagi Peneliti

Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien *pre* dan *post Cholelithiasis* yang diberikan dapat tepat, peneliti selanjutnya harus benar-benar menguasai konsep tentang *Cholelithiasis* itu sendiri, terutama pada faktor etiologi, anatomi fisiologi dan patofisiologi tentang *Cholelithiasis*, selain itu peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tepat dan komperhensif agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien serta tidak ada masalah yang luput dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Dalam penegakan diagnose diharapkan peneliti juga harus teliti dalam mengangkat dan merumuskan diagnose keperawatan yang ada pada pasien agar masalah keperawatan yang muncul pada pasien dapat teratasi dan mendapatkan penanganan secara komprehensif dan menyeluruh, Tidak hanya berfokus kepada masalah biologis pasien, namun juga terhadap masalah psiko, sosio, spiritual pasien. Sehingga asuhan keperawatan yang dilakukan dapat terlaksana secara optimal, dan mendapatkan hasil yang memuaskan bagi pasien dan juga peneliti itu sendiri. Pada bagian intervensi keperawatan diharapkan peneliti merencanakan sesuai dengan buku panduan SIKI (Standart Intervensi

Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standart Luaran Keperawatan Indonesia) . Pada bagian Implementasi diharapkan juga peneliti melakukan tindakan yang sesuai dengan yang direncanakan agar diagnose pada pasien dapat teratasi. Dan evaluasi keperawatan diharapkan peneliti lebih melakukan evaluasi yang lebih lengkap pada pasien sesuai dengan data yang didapatkan pada pasien.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengalaman serta menambah wawasan peneliti sendiri dalam melakukan pemelitan ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien pre dan post operasi dengan cholelitis. Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan cholelitis yang diberikan dapat tepat, peneliti selanjutnya diharapkan harus benar-benar menguasai konsep mengenai cholelitis itu sendiri, selain itu peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tepat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang di temukan pada pasien. Salah satunya yaitu dengan komunikasi yang efektif dalam melakukan pengkajian pada pasien.

2. Bagi Rumah Sakit

Studi yang dilakukan oleh penelitian ini menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional dan komperhensif.

Hasil penelitian ini diharapkan perawat melakukan kerjasama yang baik antar perawat dalam metode tim, memperhatikan keselamatan Pasien dengan melaksanakan tindakan keperawatan sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan memberikan asuhan secara professional dan komprehensif.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan agar selalu menambah keluasan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan cholelithiasis sebagai acuan literature bagi peneliti-peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- (Nurarif & Kusuma, 2016). (2013). *Journal of Chemical Information and Modeling*. <https://doi.org/10.1017/CB09781107415324.004>
- Djumhana,2010. (2017). Pendekatan Diagnosis dan Tatalaksana Sindrom Mirizzi. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*
- Harahap.(2016). Hubungan Gaya Hidup Dengan Kejadian Penyakit Cholelitis Di Ruang Rawat Inap Rsi Surakarta. *Naskah Publikasi*, 1-18
- Haryono,2012. (2013). *Karakteristik Pasien Kolelitis Di Rsup Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*.
- Fernando Sipayung (2018). Asuhan Keperawatan Tn.R : Kurang Pengetahuan Dengan Pemberian Edukasi Penanganan Kolelitis Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Advent Bandung
https://www.academia.edu/41597680/Grandcase_Colelitis Diakses tanggal 01 mei 2020
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Ratmiani (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.J Yang Mengalami Post Op Cholelitis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Di Ruang Perawatan Garuda Rumah Sakit Bhayangkara Makassar
[https://www.google.com/search?safe=strict&q=Ratmiati+\(2019\).+Asuhan+Keperawatan+Pada+Klien+Ny.J+Yang+Mengalami+Post+Op+Cholelitis+Dengan+Masalah+Keperawatan+Nyeri+Di+Ruang+Perawatan+Garuda+Rumah+Sakit+Bhayangkara+Makassar&spell=1&sa=X&ved=2ahUKEwi7wcT37OfpAhXu6nMBHWfrBNEQBSgAegQIDBAp&biw=1242&bih=524](https://www.google.com/search?safe=strict&q=Ratmiati+(2019).+Asuhan+Keperawatan+Pada+Klien+Ny.J+Yang+Mengalami+Post+Op+Cholelitis+Dengan+Masalah+Keperawatan+Nyeri+Di+Ruang+Perawatan+Garuda+Rumah+Sakit+Bhayangkara+Makassar&spell=1&sa=X&ved=2ahUKEwi7wcT37OfpAhXu6nMBHWfrBNEQBSgAegQIDBAp&biw=1242&bih=524) Diakses tanggal 01 mei 2020
- Tjokropawiro, 2012. (2015). Analisis Praktik. Juliana Br Sembiring, FIK UI, 2015
- Wibowo. (2010). *Journal Of Chemical Information and Modeling*.
<https://doi.org/10.1017/CB09781107415324.004>