

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M DENGAN
PRE DAN POST OPERASI CHOLELITHIASIS
DIRUANGAN ANGGREK RSUD CURUP
TAHUN 2022



DISUSUN OLEH :

NOVIARTI ZAHARA

P00320119032

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M DENGAN
PRE DAN POST OPERASI CHOLELITHIASIS
DIRUANGAN ANGGREK RSUD CURUP
TAHUN 2022

Diajukan sebagai Syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan



DISUSUN OLEH :

NOVIARTI ZAHARA
P00320119032

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021-2022

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Novianti Zahara

Tempat, Tanggal Lahir : Curup, 20 November 2000

NIM : P00320119032

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M Dengan
Pre dan Post Operasi Cholelithiasis Di Ruang
Rawat Inap Anggrek RSUD Curup Tahun 2022

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 04 Juli 2022

Curup, 04 Juli 2022

Pembimbing



Chandra Buana, MPH

NIP: 197101041991021001

LEMBAR PENGESAHAN
Laporan Tugas Akhir

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M DENGAN PRE DAN
POST OPERASI *CHOLELITHIASIS* DI RUANG RAWAT INAP
ANGGREK RSUD CURUP
TAHUN 2022**

Disusun oleh :

NOVIARTI ZAHARA
NIM. P00320119032

Telah diujikan di depan Penguji Laporan Tugas Akhir
Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 04 Juli 2022, dan dinyatakan

LULUS

Ketua Penguji


Mulyadi M. Kep
NIP: 196407121986031005

Anggota Penguji I


Eliya Yusnita S. Kep Ners
NIP: 199304142019022004

Anggota Penguji II


Chandra Bana, MPH
NIP: 197101041991021001

Laporan Tugas Akhir ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,
Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu


Ns. Derison Marsinova Bakara, S. Kep, M. Kep
NIP. 197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M
DENGAN PRE DAN POST *CHOLELITHIASIS*
DI RUANG RAWAT INAP ANGGREK
RSUD CURUP
TAHUN 2022
(Noviarti Zahara, 2022, 130 Halaman)**

ABSTRAK

Latar Belakang : *Cholelithiasis* merupakan kondisi yang paling banyak ditemukan, kondisi ini menyebabkan 90 % penyakit empedu. Hal ini terjadi karena 6F yaitu (*Fat, Female, Forty, Fair, Fertile, Family Histoy*). **Tujuan :** Penelitian ini bertujuan untuk mereview penelitian-penelitian yang berkaitan dengan implementasi tentang manfaat perawatan luka menggunakan NaCl 0,9% pada pasien dengan *Cholelithiasis*. **Metode :** Ini yaitu dengan perawatan luka dengan NaCl 0,9% yang dilakukan pada pasien dengan *Post Op Cholelithiasis* yang mengalami Gangguan Integritas Kulit untuk mempercepat proses penyembuhan luka operasi. **Hasil :** Berdasarkan hasil di lahan praktek, perawatan luka menggunakan NaCl 0,9 % di lakukan 3 kali pada pasien Ny. M untuk mempercepat proses penyembuhan. **Kesimpulan :** perawatan luka dengan menggunakan NaCl 0,9 % di lakukan pada pasien Ny. M dan bermanfaat untuk mempercepat proses penyembuhan luka pasien. Tindakan di sesuaikan dengan SOP yang ada. Disaran kan bagi tenaga kesehatan untuk menggunakan NaCl 0,9% dalam perawatan luka sebagai salah satu intervensi keperawatan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan *Cholelithiasis*, Perawatan Luka

**NURSING CARE FOR PATIENTS Mrs. M WITH PRE AND POST
CHOLELITHIASIS IN THE ORCHID'S REMEDY ROOM
CURUP Hospital
YEAR 2022
(Noviarti Zahara, 2022, 130 Pages)**

ABSTRACT

Background: Cholelithiasis is the most common condition, this condition causes 90% of biliary diseases. This happens because 6F is (fat, female, forty, fair, fertile, family history). **Objective:** This study aims to review studies related to the implementation of the benefits of wound care using 0.9% NaCl in patients with cholelithiasis. **Methods:** This is wound care with 0.9% NaCl which is performed on patients with Post Op Cholelithiasis who have Skin Integrity Disorders to speed up the healing process of surgical wounds. **Results:** Based on the results in the practice field, wound care using 0.9% NaCl was carried out 3 times on Ny. M to speed up the healing process. **Conclusion :** wound care using 0.9% NaCl was carried out on Ny. M and is useful for accelerating the patient's wound healing process. Actions are adjusted to the existing SOP. It is recommended for health workers to use 0.9% NaCl in wound care as a nursing intervention.

Keywords: Cholelithiasis Nursing Care, Wound Care

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M Dengan Pre dan Post *Cholelithiasis* Di Ruang Rawat Inap Anggrek RSUD CurupTahun 2022” tepat pada waktunya.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Poltekkes Bengkulu Jurusan Keperawatan Program Studi Diploma III Keperawatan Curup. Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Eliana, SKM., MPH selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ibu Ns. Septiyanti, S.Kep., M.Pd. Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Bapak Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Bapak Mulyadi, M.Kep selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
5. Ibu Eliya Yusnita, S.Kep., Ners selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.

6. Bapak Candra Buana, MPH selaku Dosen Pembimbing serta Pembimbing Akadmeik yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan penulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
8. Seluruh keluarga terutama kedua orang tua saya Azwardi (Alm) dan Ibu saya Sutri Yanti yang selalu memberikan motivasi. Dan kakak serta adik saya yang selalu memberikan semangat serta teman-teman yang telah membantu dan saling memotivasi.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan kesalahan, karena itu penulis sangat berharap kritik dan saran yang bersifat membangun untuk menyempurnakan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Curup, 21 Februari 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Dasar <i>Cholelithiasis</i>	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Etiologi	10
2.1.3 Manifestasi Klinik	12

2.1.4 Anatomi Fisiologi	13
2.1.5 Patofisiologi.....	16
2.1.6 <i>Web Of Caution (WOC) Cholelithiasis</i>	20
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	21
2.1.8 Penatalaksanaan	23
2.1.9 Komplikasi.....	26
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	27
2.2.1 Pengkajian	27
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	30
2.2.3 Rencana Keperawatan	32
2.2.4 Implementasi Keperawatan	40
2.2.4 Evaluasi	40
2.3 Konsep Gangguan Integritas Kulit	41
2.3.1 Definisi	41
2.3.2 Konsep Luka.....	41
2.4 Konsep Teknik Perawatan Luka Dengan NaCl 0,9%.....	43
2.4.1 Hasil Publikasi Implementasi Penelitian	43
2.4.2 Pengertian	44
2.4.3 Tujuan.....	45
2.4.4 Manfaat	45
2.4.5 SOP Tindakan.....	45
BAB III TINJAUAN KASUS.....	47
3.1 Pre Operasi <i>Cholelithiasis</i>	47

3.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	47
3.1.2 Analisa data.....	57
3.1.3 Diagnosa Keperawatan.....	58
3.1.4 Intervensi Keperawatan.....	59
3.1.5 Implementasi Keperawatan.....	62
3.1.6 Evaluasi Keperawatan.....	66
3.2 Post Operasi <i>Cholelithiasis</i>	69
3.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	69
3.2.2 Analisa Data.....	74
3.2.3 Diagnosa Keperawatan.....	76
3.2.4 Intervensi Keperawatan.....	77
3.2.5 Implementasi Keperawatan.....	80
3.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	92
BAB IV PEMBAHASAN.....	102
BAB V PENUTUP.....	111
5.1 Kesimpulan.....	111
5.2 Saran.....	113

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
1	Tabel Intervensi Teori	33
2	Tabel Pola Kebiasaan Sehari-Hari	51
3	Tabel Pemeriksaan Fisik <i>Pre Operasi</i>	52
4	Tabel Pemeriksaan Penunjang <i>Pre Operasi</i>	54
5	Tabel Pemberian Terapi Obat <i>Pre Operasi</i>	55
6	Analisa Data <i>Pre Operasi</i> Ny. M	57
7	Diagnosa Keperawatan <i>Pre Operasi</i> Ny. M	58
8	Rencana Keperawatan <i>Pre Operasi</i> Ny. M	59
9	Implementasi Keperawatan <i>Pre Operasi</i> Ny. M	62
10	Evaluasi Keperawatan <i>Pre Operasi</i> Ny. M	66
11	Tabel Pemeriksaan Fisik <i>Post Operasi</i>	69
12	Tabel Pola Aktivitas Dan Latihan <i>Post Operasi</i>	71
13	Tabel Pemberian Terapi Obat <i>Post Operasi</i>	71
14	Analisa Data <i>Post Operasi</i> Ny. M	74
15	Diagnosa Keperawatan <i>Post Operasi</i> Ny. M	76
16	Intervensi Keperawatan <i>Post Operasi</i> Ny. M	77
17	Implementasi Keperawatan <i>Post Operasi</i> Ny. M	80
18	Evaluasi Keperawatan <i>Post Operasi</i> Ny. M	92

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
2.1	Kandung Empedu	14

DAFTAR BAGAN

No	Judul	Halaman
1	<i>Web Of Caution</i> (WOC)	20
2	Genogram	50

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1.	SOP Tindakan Perawatan Luka
2.	Biodata Mahasiswa
3.	Pernyataan Mahasiswa
4.	Surat Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir
5.	Surat Keterangan Selesai Melakukan Izin Pengambilan Kasus Tugas akhir Di RSUD Curup
6.	Lembar Konsultasi
7.	Dokumentasi Implementasi Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Arif kurniawan (2017), *Cholelithiasis* adalah batu empedu terbentuk akibat ketidakseimbangan 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 disetiap daerah.

Menurut Iin Inayah (2004) *Cholelithiasis* di definisikan sebagai Radang kandung empedu yaitu reaksi inflamasi akut dinding kandung empedu yang disertai keluhan nyeri perut kanan atas, nyeri tekan dan panas badan. Batu empedu merupakan salah satu masalah kesehatan yang terjadi hampir tanpa gejala. Hampir 50% penderita batu empedu tidak merasakan gejala apa-apa, 30% merasakan gejala nyeri dan 20% berkembang menjadi komplikasi (Uswatun H, 2015).

Salah satu faktor yang dapat memicu atau menyebabkan terjadinya *cholelithiasis* adalah gaya hidup masyarakat yang semakin meningkat terutama masyarakat dengan ekonomi menengah keatas lebih suka mengkonsumsi makanan cepat saji dengan tinggi kolesterol sehingga kolesterol darah berlebihan dan mengendap dalam kandung empedu dan menjadi kantung empedu dan dengan kurangnya pengetahuan dan kesadaran tentang akibat

dari salah konsumsi makanan sangat berbahaya untuk kesehatan mereka (Adreyne, et al, 2016).

Beberapa faktor risiko yang sering ditemui pada kejadian *cholelithiasis* dikenal dengan “6F” (*Fat, Female, Forty, Fair, Fertile, Family history*). Faktor dari kegemukan, jenis kelamin, usia, hormon estrogen serta riwayat keluarga merupakan faktor lainnya yang mempengaruhi terjadinya *Cholelithiasis* ini. (Febyan, dkk, 2017).

Hasil penelitian Ndraha, et al (2014), melalui Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG) dari 87 orang sampel didapatkan kejadian penyakit batu empedu lebih banyak terjadi pada jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 57,5 %, sebagian besar pada usia di atas 40 tahun (80,5%), dimana rata-rata usia adalah 45,6 tahun. Sebagian besar sampel merupakan pasien rawat inap yang datang dengan keluhan klinis dispepsia, sedangkan sisanya mengeluh sakit pinggang, nyeri perut kanan atas, nyeri perut non spesifik, dan ikterus. Pada gambaran USG didapatkan *cholelithiasis multiple, cholelithiasis*, dan *sludge*.

Epidemiologi secara global pada *Cholelithiasis* merupakan penyakit yang sudah menjadi masalah kesehatan di negara barat, *prevalensi cholelithiasis* berbeda-beda disetiap negara. *Prevalensi Cholelithiasis* di Amerika Serikat, pada tahun 2017 yaitu sekitar 20 juta orang 10%-20% populasi orang dewasa memiliki *Cholelithiasis*. Penderita *Cholelithiasis* setiap tahun mencapai 1% - 3% dan akan timbul keluhan. Setiap tahunnya diperkirakan 500.000 pasien *Cholelithiasis* akan timbul keluhan dan

komplikasi sehingga memerlukan kolesistektomi (Heuman, 2017). Beberapa survei pemeriksaan USG di Eropa berkisar 5%-15%. Penderita di Asia, pada tahun 2013 yaitu berkisar 3%-10%. Berdasarkan data terakhir, dinegara Jepang sekitar 3,2%, China 10,7%, India Utara 7,1%, dan Taiwan 5,0% menderita *Cholelithiasis* (Chang et al, 2013).

Di Indonesia, riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa *prevalensi Cholelithiasis* pada dewasa adalah sebesar 15,4%, dan *prevalensi* tersebut meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2016 yaitu 11,7%. Saat ini penderita *Cholelithiasis* di Indonesia cenderung meningkat karena perubahan gaya hidup seperti orang-orang barat yang suka mengkonsumsi makanan cepat saji yang dapat menyebabkan kegemukan karena timbunan lemak dan menjadikan pemicu terjadinya *Cholelithiasis* (Riskesdas, 2018).

Dari data RSUD Curup *Cholelithiasis* dari tahun ke tahun selalu meningkat. Tetapi pada tahun 2020 kasus *Cholelithiasis* berkurang. Pada tahun 2016 terdapat 8 kasus dengan *Cholelithiasis* sedangkan pada tahun 2017 terdapat 10 kasus. Pada tahun 2018 kasus *Cholelithiasis* mendapatkan peringkat ke-8 dalam kasus di ruang bedah dengan jumlah sebanyak 28 kasus. Data *Cholelithiasis* pada tahun 2019 lebih meningkat yaitu dengan 36 kasus, pada tahun 2019 ini *Cholelithiasis* merupakan peringkat ke 7 dalam pasien rawat inap di ruang bedah. Pada tahun 2020 kasus *Cholelithiasis* menurun dengan 17 kasus tetapi tetap menduduki peringkat ke 8 dalam daftar pasien

rawat inap di ruangan bedah dengan dilakukan tindakan pembedahan yang disebut *laparotomi* dan *laparaskopy*.

Jika tidak segera ditangani akan mengakibatkan *Cholelithiasis* yang dapat bermigrasi masuk ke saluran empedu yang dapat menimbulkan masalah penyakit kuning akibat sumbatan batu dan akhirnya menyebabkan infeksi saluran empedu yang ringan sampai dengan yang serius serta fatal dan dapat berakhir dengan kematian. Sebagian penderita juga dapat mengalami komplikasi pancreas akibat batu yang tersumbat tersebut (Febyan, dkk, 2017).

Penatalaksanaan medis *Cholelithiasis* dapat dibagi menjadi 2, yaitu bedah dan non bedah. Terapi non bedah dapat berupa lisis batu yaitu disolusi batu dengan sediaan garam empedu kolelitolitik, *Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy* (ESWL) dan pengeluaran secara endoskopik. Sedangkan terapi bedah dapat berupa laparoscopi kolesistektomi, open kolesistektomi, dan eksplorasi saluran koledokus (Wibowo et al., 2010).

Sebagian besar pasien (80%) dengan *Cholelithiasis* tanpa gejala baik waktu diagnosis maupun pemantauan. Oleh karena itu, kebanyakan *Cholelithiasis* dikatakan "silent" atau disebut juga asimtomatik. *Cholelithiasis* seringkali ditemukan tanpa sengaja pada saat penggunaan USG untuk keperluan lain. Orang-orang dengan *cholelithiasis asimptomatik* dapat berkembang menjadi *cholelithiasis simptomatik*. tetapi resiko terjadinya hal tersebut relatif kecil (Stinton, 2012).

Diagnosa pada pasien *Cholelithiasis* pre operasi yaitu ansietas, nyeri akut hingga *hipovolemia*. Dan pada pasca operasi pasien mengalami nyeri

akut, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi hingga hipovolemia. Adapun salah satu penatalaksanaan perawat dalam penanganan pasien adalah mengatasi keluhan gangguan integritas kulit pada *Post Op Cholelithiasis*. Tindakan yang dapat dilakukan dalam mengatasi gangguan integritas kulit pasca operasi adalah tindakan perawatan luka. Selain itu juga perawat juga berperan dalam, memberikan terapi medis kolaborasi pemberian antibiotik.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sri Lestari (2016), menemukan bahwa perawatan luka dengan NaCl 0,9% dapat berpengaruh terhadap proses penyembuhan pasien *Post Op Cholelithiasis*. Terapi ini diperlukan demi mencapai proses penyembuhan luka yang optimal serta mencegah supaya tidak terjadi infeksi pada luka. Hasil penelitian yang dilakukan pada 13 responden pemberian perawatan luka menggunakan NaCl 0,9 % rata-rata 7,07 proses penyembuhan luka luka ≤ 3 hari yang menggunakan NaCl 0,9% (100%) % dengan nilai p value = 0,000 < ($\alpha=0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa adanya pengaruh perawatan luka dengan menggunakan NaCl 0,9%.

Selain itu perawat sebagai pemberi Asuhan Keperawatan dapat memberikan rangkaian informasi tentang Pre dan Post *Cholelithiasis*. Sehingga klien dan keluarga juga dapat berperan aktif dalam pemeliharaan kesehatan baik individu itu sendiri maupun orang lain di sekitarnya (Febyan, dkk, 2017).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Cholelithiasis* melalui proses pengkajian, melakukan diagnosa keperawatan, intervensi,

melaksanakan implementasi terutama penerapan teknik perawatan luka dengan menggunakan NaCl 0,9 %, dan evaluasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Anggrek RSUD Curup Tahun 2022.

1.2 Rumusan Masalah

Jumlah pasien *Cholelitis* di RSUD Curup didapatkan bahwa pasien dengan *Cholelitis* setiap tahun meningkat dengan jumlah pasien dengan *Post Op Cholelitis* sebanyak 99 kasus terhitung dari 2016. Salah satu peran perawat dalam penanganan pasien adalah mengatasi keluhan gangguan integritas kulit *Cholelitis*. Tindakan yang dapat dilakukan dalam mengatasi integritas kulit pasca operasi adalah tindakan perawatan luka. Selain itu juga perawat juga berperan dalam memberikan terapi medis kolaborasi pemberian antibiotik. Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis merumuskan masalah “Bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien *Pre* dan *Post Op Cholelitis* di Ruang Anggrek RSUD Curup”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk Memperoleh gambaran penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Cholelitis* dengan pendekatan proses keperawatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan *Cholelitis* di Ruang Anggrek RSUD Curup.
2. Mampu merumuskan diagnosa pada pasien dengan *Cholelitis* di Ruang Anggrek RSUD Curup.

3. Mampu menyusun perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan *Cholelithiasis* di Ruang Anggrek RSUD Curup.
4. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan *Cholelithiasis* di Ruang Anggrek RSUD Curup.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *Cholelithiasis* di Ruang Anggrek RSUD Curup.

1.4 Manfaat Penulisan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak antara lain:

1. Manfaat bagi pasien

Klien dan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami perawatan yang diajarkan perawat, sehingga dapat mengatasi dan mengaplikasikan perawatan ringan secara mandiri.

2. Manfaat bagi perawat

Sebagai bahan informasi mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan *Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Pre dan Post Cholelithiasis*, sehingga dapat menambah wawasan dan meningkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di rumah sakit.

3. Manfaat bagi institusi

a. Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dalam peningkatan kualitas pelayanan, khususnya asuhan keperawatan pada pasien dengan *Cholelithiasis*.

b. Pendidikan

Sebagai bahan tambahan dan referensi pelajaran tentang mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan *Cholelithiasis*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Cholelithiasis*

2.1.1 Definisi

Cholelithiasis adalah timbunan Kristal di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu. Batu yang di temukan di dalam kandung empedu disebut koledokolitiasis. *Cholelithiasis* juga dapat didefinisikan sebagai endapan satu atau lebih komponen empedu, seperti berupa kolesterol, bilirubin, garam empedu, kalsium, dan protein (Sholeh, 2013).

Cholelithiasis (batu empedu) adalah penyakit dengan keadaan dimana terdapat atau terbentuk batu empedu, bisa terdapat dalam kandung empedu atau dalam *duktus choledochus* (Gagola, 2015).

Batu kantung empedu merupakan gabungan beberapa unsur yang membentuk suatu material mirip batu yang terbentuk di dalam kandung empedu. *Cholelithiasis* biasanya terbentuk dalam kandung empedu dari unsur-unsur padat yang membentuk cairan empedu, batu empedu memiliki ukuran, bentuk dan komposisi yang sangat bervariasi (Nuari, 2015).

Menurut Shole. S (2013) secara umum, *Cholelithiasis* dibedakan menjadi tiga bentuk, batu kolesterol, batu kalsium bilirubin, dan batu saluran empedu.

1. Batu Kolesterol

Batu kolesterol mengandung 70% Kristal kolesterol, sedangkan sisanya adalah kalsium karbonat dan kalsium bilirubin. Bentuknya bervariasi dan hampir selalu terbentuk di dalam kandung empedu. Permukaannya licin atau multifaset, bulat, dan berduri. Proses pembentukan batu ini melalui empat tahap, yaitu penjenuhan empedu oleh kolesterol, pembentukan nidus atau sarang, kristalisasi, dan pertumbuhan batu.

2. Batu Kalsium Bilirubin atau Batu Lumpur (Batu Pigmen)

Batu ini mengandung 25% kolesterol. Batu yang tidak banyak dalam bentuk tidak teratur, kecil-kecil, berjumlah banyak, dan warnanya bervariasi antara coklat, kemerahan, sampai hitam. Batu berbentuk seperti lumpur dan juga sering ditemukan dalam ukuran besar, karena terjadi penyatuan dari batu-batu kecil.

3. Batu Saluran Empedu

Masih berupa dugaan bahwa kelainan anatomi atau pengisian di ventrikula oleh makanan akan menyebabkan obstruksi intermiten duktus koleduktus dan bendungan ini memudahkan timbulnya infeksi dan pembentukan batu.

2.1.2 Etiologi

Menurut Inayah (2004), etiologi *Cholelithiasis* yaitu:

1. Supersaturasi kolesterol. Secara umum komposisi cairan empedu yang berpengaruh terhadap terbentuknya batu tergantung

keseimbangan kadar garam empedu, kolesterol dan lesitin. Semakin tinggi kadar kolesterol atau semakin rendah kandungan garam empedu akan membuat keadaan didalam kandung empedu menjadi jenuh akan kolesterol (Supersaturasi kolesterol).

2. Pembentukan inti kolesterol

Kolesterol diangkut oleh misel (gumpalan yang berisi fosfolipid, garam empedu dan kolesterol). Apabila saturasi, Kolesterol lebih tinggi maka ia akan diangkut oleh vesikel yang mana vesikel dapat digambarkan sebagai sebuah lingkaran dua lapis. Apabila konsentrasi kolesterol banyak dan dapat diangkut, vesikel memperbanyak lapisan lingkarannya, pada akhirnya dalam kandung empedu, pengangkut kolesterol, baik misel maupun vesikel bergabung menjadi satu dan dengan adanya protein musin akan membentuk kristal kolesterol, kristal kolesterol terfragmentasi pada akhirnya akan dilem atau disatukan.

3. Penurunan fungsi kandung empedu

Menurunnya kemampuan menyemprot dan kerusakan dinding kandung empedu memudahkan seseorang menderita batu empedu, kontraksi yang melemah akan menyebabkan statis empedu dan akan membuat musin yang diproduksi dikandung empedu terakumulasi seiring dengan lamanya cairan empedu tertampung dalam kandung empedu. Musin tersebut akan semakin kental dan

semakin pekat sehingga semakin menyukitkan proses pengosongan cairan empedu.

Beberapa keadaan yang dapat mengganggu daya kontraksnteril kandung empedu, yaitu : *hipomotilitas* empedu, parenteral total (menyebabkan cairan asam empedu menjadi lambat), kehamilan, cedera medula spinalis, penyakit kencing manis.

2.1.3 Manifestasi Klinik (Tanda dan Gejala)

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

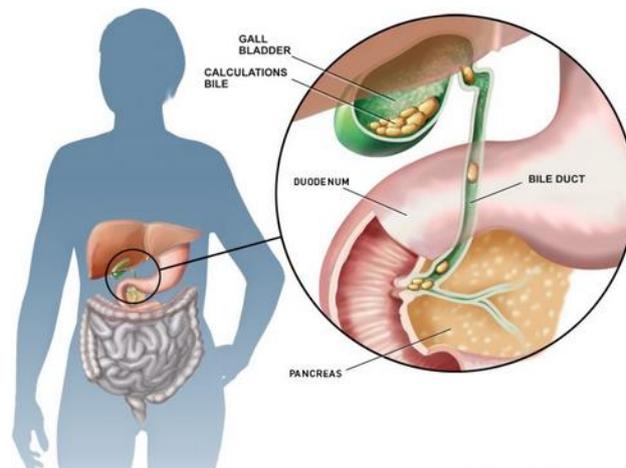
1. Tanda dan gejala *Cholelithiasis* Pre Operasi
 - a. Sebagian bersifat asimtomatik.
 - b. Nyeri tekan kuadran kanan atas atau midepigastrik samar yang menjalar ke punggung atau region bahu kanan.
 - c. Sebagian klien rasa nyeri bukan bersifat kolik melainkan persisten.
 - d. Mual dan muntah serta demam.
 - 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.
2. Tanda dan gejala *Cholelithiasis* Post Operasi
- a. Rasa nyeri karena sayatan pada kulit.
 - b. Gangguan integritas kulit.
 - c. Reaksi alergi. Bagi beberapa orang, ada kemungkinan reaksi alergi terjadi setelah operasi.
 - d. Infeksi pada luka operasi.
 - e. Demam. Kadang-kadang terjadi setelah operasi laparoskopi, disertai dengan muntah dan mual.

2.1.4 Anatomi Fisiologi Kandung Empedu

Kandung empedu dan saluran empedu ekstrahepatik (terletak di luar dari hati). Empedu terbentuk dalam lobulus hati dan berjalan melewati saluran kecil hingga besar ke bagian kanan atau kiri saluran

hati. Saluran hepatic kanan dan kiri bergabung menjadi saluran hepatic umum. Empedu dibawa ke kantung empedu melalui saluran kistik untuk penyimpanan sementara, atau disekresikan langsung ke duodenum melalui saluran empedu umum (terjadi gelombang peristaltik). Saluran empedu umum ini bergabung dengan saluran pankreas pada hepato pankreatis sfingter, yang bermuara ke duodenum melalui papila duodenum (Lampignano dan Kendrick,2017).



Gambar 2.1 Kantung Empedu

Sumber : (Evelyn Pearce, 2002).

Duktus hepaticus kiri lebih panjang dari kanan dan memiliki resiko lebih besar untuk berdilatasi sebagai akibat dari obstruksi pada bagian distal. Kedua ductus bergabung membentuk ductus hepaticus komunis dengan panjang sekitar 1-4 cm dan diameter sekitar 4 mm. Panjang ductus kistikus sekitar 3-4 cm dengan diameter antara 1-3 mm yang berisi beberapa lipatan membran terdiri dari 3-12 lipatan,

berbentuk katup spiral heister yang berfungsi untuk mencegah distensi atau runtuhnya duktus sistikus. Panjang ductus koledokus sekitar 7-11 cm dengan diameter 5-10 mm (Lampignano dan Kendrick, 2017).

Fungsi empedu yang dihasilkan oleh hati:

1. Mencerna lemak.
2. Mengaktifkan lipase.
3. Mengubah zat yang tidak larut dalam air diubah menjadi zat yang larut dalam air.
4. Membantu daya absorpsi lemak pada dinding usus.
5. Serta tidak ketinggalan menetralkan racun.
6. Berperan dalam pembuangan limbah tertentu dari tubuh, terutama haemoglobin (Hb) yang berasal dari penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolesterol.

Kandung empedu (Bahasa Inggris: *gallbladder*) adalah organ berbentuk buah pir yang dapat menyimpan sekitar 50 ml empedu yang dibutuhkan tubuh untuk proses pencernaan. Pada manusia, panjang kantung empedu adalah sekitar 7-10 cm dan berwarna hijau gelap-bukan karena jaringannya, melainkan karena warna cairan empedu yang dikandungnya. Organ ini terhubung dengan hati usus dua belas jari melalui saluran empedu. Saluran empedu (Bahasa Inggris: *bile duct*) dalam istilah anatomi adalah struktur-struktur berbentuk tabung panjang yang membawa empedu. Empedu diperlukan untuk pencernaan makanan dan disekresikan oleh hati melalui duktus hepatikus (*hepatic*

duct). Saluran ini akan bergabung dengan duktus sistikus (*cystic duct*-membawa empedu keluar masuk kantung empedu) untuk membentuk suatu saluran empedu besar menuju usus (Zuyina L, 2013).

2.1.5 Patofisiologi

Batu empedu terjadi karena adanya zat tertentu dalam empedu yang hadir dalam konsentrasi yang mendekati batas kelarutan mereka. Bila empedu terkonsentrasi di kandung empedu, larutan akan menjadi jenuh dengan bahan-bahan tersebut, kemudian endapan dari larutan akan membentuk kristal mikroskopis. Kristal terperangkap dalam mukosa bilier, akan menghasilkan suatu endapan. Oklusi dari saluran oleh endapan dan batu kolesterol menghasilkan komplikasi penyakit batu empedu (Muttaqin & Sari, 2013).

Pada kondisi normal kolesterol tidak mengendap di empedu karena mengandung garam empedu terkonjugasi dan fosfatidikolin (lesitin) dalam jumlah cukup agar kolesterol berada di dalam larutan misel, jika rasio konsentrasi kolesterol berbanding garam empedu dan lesitin meningkat, maka larutan misel menjadi sangat jenuh. Kondisi yang sangat jenuh ini mungkin karena hati memproduksi kolesterol dalam bentuk konsentrasi tinggi. Zat ini kemudian mengendap pada lingkungan cairan dalam bentuk kristal kolesterol. Kristal ini merupakan prekursor batu empedu (Muttaqin & Sari, 2013).

Bilirubin, pigmen kuning yang berasal dari pemecahan heme, secara aktif disekresikan ke dalam empedu oleh sel hati. Sebagian besar

bilirubin dalam empedu adalah berada dalam bentuk konjugat glukoronida yang larut dalam air dan stabil, tetapi sebagian kecil terdiri atas bilirubin tak terkonjugasi. Bilirubin tak terkonjugasi, seperti asam lemak, fosfat, karbonat, dan anion lain, cenderung untuk membentuk presipitat tak larut dengan kalsium. Kalsium memasuki empedu secara pasif bersama dengan elektrolit lain. Dalam situasi pergantian heme tinggi, seperti hemolisis kronis atau sirosis, bilirubin tak terkonjugasi mungkin berada dalam empedu pada konsentrasi yang lebih tinggi dari biasanya. Kalsium bilirubinate mungkin kemudian mengkristal dari larutan dan akhirnya membentuk batu. Seiring waktu berbagai oksidasi menyebabkan bilirubin presipitat untuk mengambil jet warna hitam. Batu yang terbentuk dengan cara ini yang disebut batu pigmen hitam (Muttaqin & Sari, 2013).

Empedu biasanya steril, tetapi dalam beberapa kondisi yang tidak biasa (misalnya di atas struktur bilier), mungkin terkolonisasi dengan bakteri. Bakteri menghidrolisis bilirubin terkonjugasi dan hasil peningkatan bilirubin tak terkonjugasi dapat menyebabkan presipitasi terbentuknya kristal kalsium bilirubinate. Bakteri hidrolisis lestini menyebabkan pelepasan asam lemak yang kompleks dengan kalsium dan endapan dari larutan. Konkresi yang dihasilkan memiliki konsistensi disebut batu pigmen coklat. Tidak seperti kolesterol atau pigmen hitam batu, yang membentuk hampir secara eksklusif di

kandung empedu, batu pigmen coklat sering disebut *de novo* dalam saluran empedu (Muttaqin & Sari, 2013).

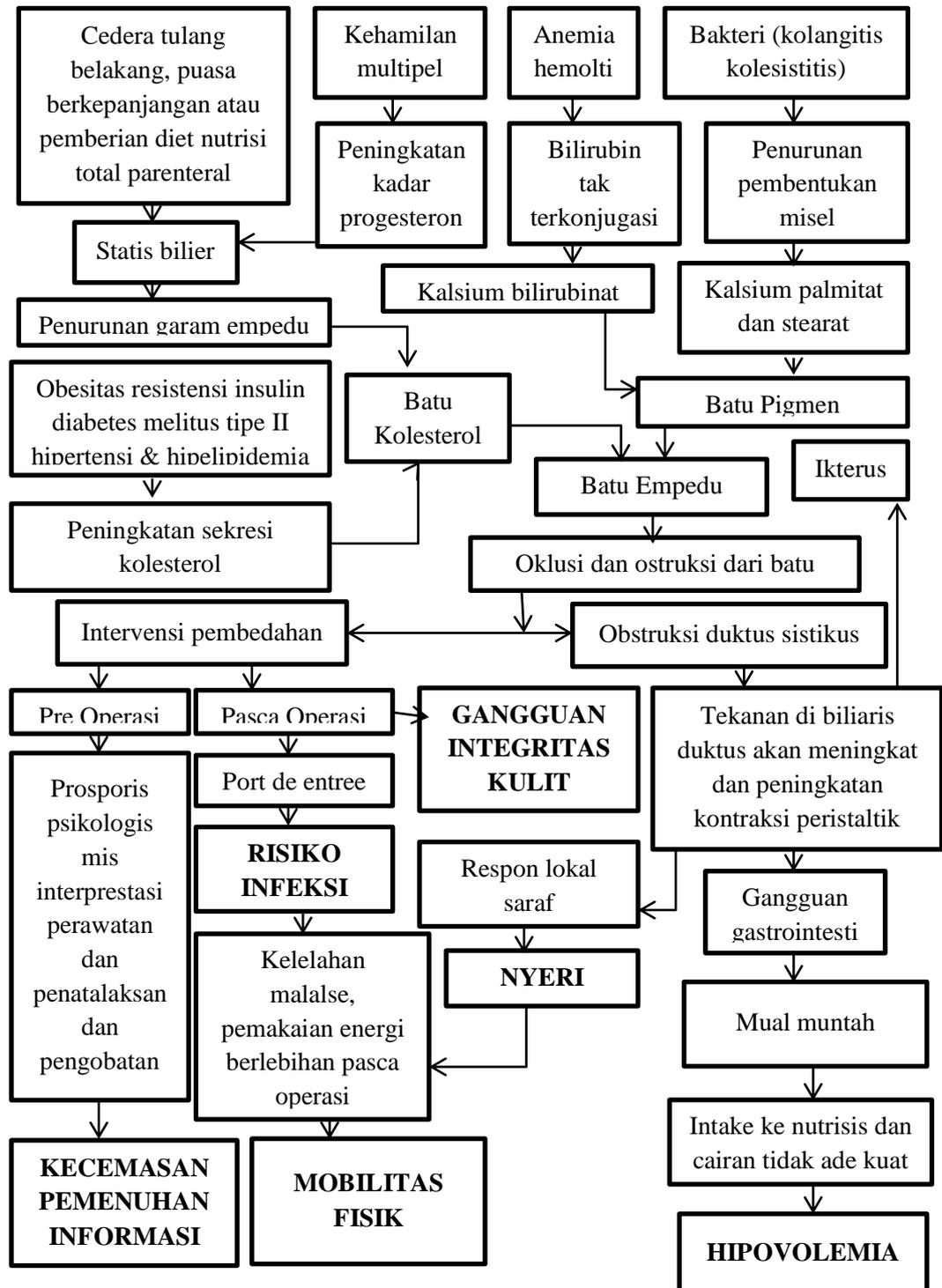
Kondisi batu kandung empedu memberikan berbagai manifestasi keluhan pada pasien dan menimbulkan berbagai masalah keperawatan. Jika terdapat batu yang menyumbat duktus sistikus atau duktus biliaris komunis untuk sementara waktu, tekanan di duktus biliaris akan meningkat dan peningkatan kontraksi peristaltik di penyumbatan mengakibatkan nyeri visera di daerah epigastrium, mungkin dengan perjalanan ke punggung. Keluhan muntah dapat memberikan masalah keperawatan nyeri dan resiko ketidakseimbangan cairan. Respons nyeri dan gangguan gastrointestinal akan meningkatkan penurunan intake nutrisi, sedangkan anoreksia memberikan masalah keperawatan resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang (Muttaqin & Sari, 2013).

Respons komplikasi akut dengan peradangan akan memberikan manifestasi peningkatan suhu tubuh. Respons kolik bilier secara kronis akan meningkatkan kebutuhan metabolisme sehingga pasien cenderung mengalami kelelahan memberikan masalah intoleransi aktivitas. Respons adanya batu akan dilakukan intervensi medis pembedahan, intervensi litotripsi, atau intervensi endoskopik memberikan respons psikologis dan pemenuhan informasi (Muttaqin & Sari, 2013).

Menurut Nian Nuari (2015) Berdasarkan berbagai teori, ada empat penjelasan yang mungkin untuk pembentukan batu empedu, yaitu :

1. Perubahan komposisi empedu. Perubahan komposisi membentuk inti, lalu lambat laun menebal dan mengkristal. Proses pengkristalan dapat berlangsung lama, bisa sampai bertahun-tahun dan akhirnya akan menghasilkan batu empedu.
2. Adanya peradangan pada empedu. Peradangan empedu dalam kandung empedu dapat mengakibatkan supersaturasi progresif, perubahan susunan kimia, dan pengendapan beberapa unsure konstituen empedu seperti kolesterol, kalsium, bilirubin.
3. Adanya proses infeksi. Infeksi bakteri dalam saluran empedu dapat berperan sebagian dalam pembentukan batu, melalui peningkatan deskuamasi sel dan pembentukan mukus. Mukus meningkatkan viskositas dan unsure seluler atau bakteri dapat berperan sebagai pusat presipitasi. Adanya proses infeksi ini terkait mengubah komposisi empedu dengan meningkatkan reabsorpsi garam empedu dan lesitin.
4. Genetik. Salah satu faktor genetik yang menyebabkan terjadinya batu empedu adalah obesitas karena orang dengan obesitas cenderung mempunyai kadar kolesterol yang tinggi. Kolesterol tersebut dapat mengendap di saluran pencernaan juga di saluran kandung empedu, yang lama kelamaan akan berubah menjadi batu empedu.

2.1.6 Web Of Caution (WOC) CHOLELITHIASIS



Sumber : (Muttaqin & Sari, 2013).

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

Menurut Nuratif & Kusuma (2015) pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien *Cholelithiasis* yaitu :

1. Radiologi

Pemeriksaan USG telah menggantikan *kolesistografi oral* sebagai prosedur diagnostik pilihan karena pemeriksaan ini dapat dilakukan dengan cepat dan akurat, dan dapat digunakan pada penderita disfungsi hati dan ikterus. Disamping itu, pemeriksaan USG tidak membuat pasien terpajan radiasi inisiasi. Prosedur ini akan memberikan hasil yang paling akurat jika pasien sudah berpuasa pada malam harinya sehingga kandung empedunya berada dalam keadaan distensi. Penggunaan ultra sound berdasarkan pada gelombang suara yang dipantulkan kembali. Pemeriksaan USG dapat mendeteksi kalkuli dalam kandung empedu atau duktus koleduktus yang mengalami dilatasi.

2. Radiografi: *Kolesistografi*

Kolesistografi digunakan bila USG tidak tersedia atau bila hasil USG meragukan. Kolangiografi oral dapat dilakukan untuk mendeteksi batu empedu dan mengkaji kemampuan kandung empedu untuk melakukan pengisian, memekatkan isinya, berkontraksi serta mengosongkan isinya. *Oral kolesistografi* tidak digunakan bila pasien jaundice karena liver tidak dapat

menghantarkan media kontras ke kandung empedu yang mengalami obstruksi.

3. Sonogram

Sonogram dapat mendeteksi batu dan menentukan apakah dinding kandung empedu telah menebal.

4. *Endoscopic Retrograde Colangiopancreatografi (ERCP)*

Pemeriksaan ini memungkinkan visualisasi struktur secara langsung yang hanya dapat dilihat pada saat laparotomi. Pemeriksaan ini meliputi insersi endoskop serat optik yang fleksibel ke dalam esofagus hingga mencapai duodenum pars desendens. Sebuah kanula dimasukan ke dalam duktus koleduktus serta duktus pankreatikus, kemudian bahan kontras disuntikan ke dalam duktus tersebut untuk menentukan keberadaan batu di duktus dan memungkinkan visualisassi serta evaluasi percabangan bilier.

5. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Kenaikan serum kolesterol.
- b. Kenaikan fosfolipid.
- c. Penurunan ester kolesterol.
- d. Kenaikan protrombin *serum time*.
- e. Kenaikan bilirubin total, *transaminase* (Normal < 0,4 mg/dl).
- f. Penurunan *urobilirubin*.
- g. Peningkatan sel darah putih: 12.000 - 15.000/iu (Normal : 5000 - 10.000/iu).

- h. Peningkatan serum amilase, bila pankreas terlibat atau bila ada batu di duktus utama (Normal: 17 - 115 unit/100ml)..

2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Brunner & Suddarth (2013) Sasaran utama terapi medis adalah untuk mengurangi insidensi episode nyeri akut kantung empedu dan kolesistitis dengan penatalaksanaan suportif dan diet dan, jika memungkinkan, menghilangkan penyebabnya dengan menggunakan farmakoterapi, prosedur endoskopik, atau intervensi bedah.

1. Terapi Nutrisi dan Suportif
 - a. Capai remisi dengan istirahat, cairan IV, pengisapan nasogatrik, analgesik, dan antibiotic.
 - b. Diet segera setelah episode biasanya berupa cairan rendah lemak dengan protein dan karbohidrat tinggi dilanjutkan dengan makanan padat lembut, hindari telur, krim, babi, makanan gorengan, keju, rich dressings, sayuran pembentuk gas, dan alkohol.
2. Terapi Farmakologis
 - a. Asam ursodeoksikolat (UDCA [Urso, Actigall]) dan asam kenodeoksikolat (kenodiol atau CDCA [Chenix]) efektif dalam melarutkan batu kolesterol primer.
 - b. Pasien dengan gejala signifikan dan sering sumbatan duktus kistik atau batu pigmen bukan merupakan kandidat untuk terapi dengan UDCA.

1. Pengangkatan Batu Empedu

Secara Non-Bedah Selain dengan melarutkan batu empedu, batu empedu dapat dikeluarkan dengan instrument lain (mis, kateter dan instrument yang dilengkapi keranjang disusupkan ke saluran slang T atau fistula yang dibentuk pada saat pemasangan slang T, endoskopi ERCP), litotripsi intrakorporeal (denyut nadi laser), atau terapi gelombang syok ekstrakorporal (litotripsi atau litotripsi gelombang syok ekstrakorporal [ESWL]).

2. Penatalaksanaan Bedah

Tujuan pembedahan adalah untuk meredakan gejala yang persisten, untuk menghilangkan penyebab kolik bilier, dan untuk mengatasi kolesistitis akut.

- a. Kolesistektomi laparoskopik: Dilakukan melalui insisi atau tusukan kecil yang dibuat menembus dinding abdomen di umbilicus.
- b. Kolesistektomi: Kantung empedu dikeluarkan melallui sebuah insisi abdomen (biasanya subkosta kanan) setelah ligasi duktus kistik dan arteri.
- c. Minikolesistektomi: Kantung emepdu dikeluarkan melalui sebuah insisi keci.
- d. Kolesistostomi (bedah atau perkutan): Kantung empedu dibuka, dan batu, empedu, atau drainase purulen dikeluarkan..

Menurut Inayah (2004) penatalaksanaan medis pada pembedahan yaitu :

- a. Analgesik, antibiotik dan vitamin k
- b. Penghisapan selang nasogastrik, puasa
- c. Cairan parenteral dengan elektrolit
- d. Terapi oksigen, spirometer insentif
- e. Drainase dan klem selang T
- f. Diet, aktivitas dan istirahat

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), pembedahan pada *cholelithiasis* diantaranya :

- a. Kolesistektomi per Laparoskopik

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

- b. Kolesistektomi per Laparotomi

Operasi ini merupakan standar terbaik untuk penanganan pasien dengan *cholelithiasis simtomatik*. Indikasi yang paling umum untuk kolesistektomi adalah kolik billiaris rekuren, diikuti oleh kolesistitis akut.

Kolesistektomi terbuka/ laparotomi dilakukan dengan melakukan insisi sekitar 8 – 12 cm pada bagian abdomen kanan atas menembus lemak dan otot hingga ke kandung

empedu. Duktus-duktus lainnya diklem, kemudian kandung empedu diangkat.

2.1.9 Komplikasi

Menurut Pearce (2002), komplikasi untuk *Cholelithiasis*, yaitu:

1. Kolesistitis

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

2. Kolangitis

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

3. 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.

4. Empiema

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

2.2 Konsep asuhan keperawatan

Menurut Budiono (2015), asuhan keperawatan adalah praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan layanan kesehatan, dalam upaya memenuhi kebutuhan dasar manusia, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan.

Proses keperawatan merupakan suatu tahapan desain tindakan yang ditujukan untuk memenuhi tujuan keperawatan, yang meliputi : mempertahankan keadaan kesehatan yang optimal, apabila keadaan tidak optimal membuat suatu jumlah dan kualitas tindakan keperawatan terhadap kondisi klie kembali kekeadaan normal (Nursalam, 2015)

Proses keperawatan dikelompokan menjadi lima tahap yaitu :

- a) Pengkajian keperawatan
- b) Diagnosa keperawatan
- c) Intervensi keperawatan
- d) Implementasi keperawatan
- e) Evaluasi keperawatan

Berikut ini merupakan Asuhan keperawatan teoritis pada pasien *Cholelithiasis*:

2.2.1 Pengkajian data fokus pengkajian sesuai teori

Menurut Inayah (2004) Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber subjektif dan sumber objektif.

1. Sumber subjektif meliputi data yang di dapat dari klien, orang terdekat klien, atau keluarga klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian.
2. Sumber objektif yaitu data yang di dbservasi dan diukur selama proses pemeriksaan fisik. Data pengkajian yang terkumpul mencakup klien, keluarga, masyarakat, lingkungan atau kebudayaan.

Proses pengumpulan data pengkajian dapat diperoleh melalui *anamnesa*, *anamnesa* merupakan suatu kegiatan wawancara antara pasien dengan dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang berwenang untuk memperoleh keterangan – keterangan tentang keluhan penyakit yang diderita pasien. *Anamnesa* dibagi menjadi dua yaitu:

1. *Auto anamnesa* yaitu yang dilakukan langsung kepada pasien karena pasien mampu melakukan tanya jawab.
2. *Allo anamnesa* yaitu yang dilakukan secara tidak langsung karena pasien tidak mampu melakukan tanya jawab.

Berikut ini merupakan pengkajian secara teori yang ditemukan pada pasien dengan. Menurut Doenges (2000). Data dasar pengkajian pada pasien adalah sebagai berikut :

- a. Aktivitas/istirahat

Gejala : Kelemahan.

Tanda : Gelisah.

- b. Sirkulasi

Tanda : Takikardia, berkeringat.

c. Eliminasi

Gejala : Perubahan warna urine dan feses.

Tanda : Distensi abdomen.

Teraba massa pada kuadran kanan atas.

Urine gelap, Pekat.

Feses warna tanah liat, steatorea.

d. Makanan/cairan

Gejala : Anoreksia, mual/muntah.

Tidak toleran terhadap lemak dan makanan “pembentuk gas”, regurgitasi berulang, nyeri, epigastrium, tidak dapat makan, flatus dispepsia.

Bertahak

Tanda : Kegemukan, adanya penurunan berat badan.

e. Nyeri/kenyamanan

Gejala : Kolik epigastrium tengah sehubungan dengan makan.

Nyeri abdomen atas berat, dapat menyebar ke punggung atau bahu kanan.

Nyeri mulai tiba-tiba dan biasanya memuncak dalam 30 menit.

Tanda : Nyeri lepas, otot tegang atau kaku bila kuadran kanan atas ditekan : tanda murphy positif.

f. Pernapasan

Tanda : Peningkatan frekuensi pernafasan.

Pernafasan tertekan ditandai oleh nafas pendek, dangkal.

g. Keamanan

Tanda : Demam, menggigil.

Ikterik dengan kulit berkeringat dan gatal (pruritus).

Kecenderungan perdarahan (kekurangan vitamin K).

h. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala : Kecenderungan keluarga untuk terjadi batu empedu.

Adanya kehamilan/melahirkan, riwayat DM, penyakit inflamasi usus, diskreasias darah.

Pertimbangan rencana : Memerlukan dukungan dalam perubahan diet/penurunan berat badan.

2.2.2 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 klinis 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).

Menurut Muttaqin (2013), Diagnosa Keperawatan yang biasa muncul pada klien *Cholelithiasis* dan mengalami pembedahan adalah :
Masalah keperawatan pada Post operatif :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen fisiologis.
2. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
3. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

Masalah keperawatan pada Post operatif :

1. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik.
4. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
5. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

2.2.3 Intervensi

Menurut Budiono (2015) Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Komponen dalam menyusun rencana keperawatan ada dua yaitu:

1. Diagnosa yang di prioritaskan, prioritas berdasarkan kebutuhan maslow (fisiologis, rasa aman, cinta dan mencintai, harga diri dan aktualisasi diri).
2. Tujuan merupakan hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah diagnose keperawatan, komponen dari tujuan yaitu : subjek, kata

kerja yang dapat di ukur, hasil, kriteria dan target waktu hidayat (2001).

Berikut adalah tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa menurut Dongoes (2014), dengan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Intervensi *Pre Operasi Cholelithiasis*

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Nyeri akut	<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 	<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> <ul style="list-style-type: none"> a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri c) Fasilitasi istirahat dan tidur d) Pertimbangkan jenis dan

		<ul style="list-style-type: none"> t) Tekanan darah membaik u) Proses berfikir membaik v) Fungsi berkemih membaik w) Prilaku membaik 	<p>sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <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	Ansietas	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... pasien tidak mengalami tingkat ansietas dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Verbalisasi kebingungan menurun b) Perilaku gelisah menurun c) Perilaku tegang menurun d) Keluhan pusing menurun e) Konstentrasi membaik f) Pola tidur membaik g) Kontak mata membaik h) Pola berkemih membaik i) Orientasi membaik 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan c) Monitor tanda-tanda ansietas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan c) Pahami situasi yang membuat ansietas d) Dengarkan dengan penuh perhatian e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan g) Motivasi

			<p>mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>h) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>Edukasi</p> <p>a) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosa, pengobatan dan prognosis</p> <p>c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif</p> <p>e) Anjurkan mengucapkan perasaan dan persepsi</p> <p>f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>h) Latih teknik relaksasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>
3	Hipovolemia	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... pasien tidak mengalami status cairan membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>a) Kekuatan nadi meningkat</p> <p>b) Turgor kulit meningkat</p> <p>c) Output urine meningkat</p> <p>d) Perasaan lemah menurun</p> <p>e) Keluhan haus menurun</p> <p>f) Berat badan menurun</p> <p>g) Frekuensi nadi</p>	<p>Observasi</p> <p>a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia</p> <p>b) Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Hitung kebutuhan cairan</p> <p>b) Berikan posisi modified trendelenburg</p> <p>c) Berikan asupan cairan oral</p> <p>Edukasi</p> <p>a) Anjurkan memperbanyak asupan</p>

		membaik h) Tekanan darah membaik i) Tekanan nadi membaik j) Membran mukosa membaik	cairan oral b) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi a) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis b) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis c) Kolaborasi pemberian cairan koloid d) Kolaborasi pemberian produk darah
--	--	---	--

Intervensi *Post Operasi Cholelithiasis*

No	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Gangguan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... pasien tidak mengalami Integritas kulit dan jaringan dengan kriteria hasil: a) Elastisitas meningkat b) Hidrasi meningkat c) Perfusi jaringan meningkat d) Kerusakan jaringan menurun e) Kerusakan jaringan menurun f) Nyeri menurun g) Perdarahan menurun h) Kemerahan menurun i) Hematoma menurun j) Pigmentasi abnormal menurun k) Jaringan parut menurun l) Nekrosis menurun m) Abrasi kornea menurun n) Suhu kulit membaik o) Sensasi membaik p) Tekstur membaik q) Tekstur membaik r) Pertumbuhan rambut membaik	Observasi a) Monitor karakteristik luka b) Monitor tanda –tanda infeksi Terapeutik a) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b) Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu c) Bersihkan dengan cairan NACL atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan d) Bersihkan jaringan nekrotik e) Berikan salep yang sesuai di kulit /lesi, jika perlu f) Pasang balutan sesuai jenis luka g) Pertahankan teknik seteril saat perawatan luka h) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase i) Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien

			<p>j) Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari</p> <p>k) Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis vitamin A, vitamin C, Zinc, Asam amino), sesuai indikasi</p> <p>l) Berikan terapi TENS (Stimulasi syaraf transkutaneous), <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi</p> <p>a) Jelaskan tandan dan gejala infeksi</p> <p>b) Anjurkan mengonsumsi makan tinggi kalium dan protein</p> <p>c) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a) Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatis biologis mekanis, autolitik), <i>jika perlu</i></p> <p>b) Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i></p>
2	Nyeri akut	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama Pasien menyatakan nyeri hilang berkurang atau menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a) Keluhan nyeri menurun</p> <p>b) Meringis menurun</p> <p>c) Sikap protektif menurun</p> <p>d) Gelisah menurun</p> <p>e) Kesulitan tidur menurun</p> <p>f) Menarik diri menurun</p> <p>g) Berfokus pada diri sendiri menurun</p>	<p>Observasi :</p> <p>a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b) Identifikasi skala nyeri</p> <p>c) Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p>

		<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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> <ul style="list-style-type: none"> a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri c) Fasilitasi istirahat dan tidur d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <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
3	Gangguan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... pasien tidak mengalami mobilitas fisik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pergerakan ekstremitas meningkat b) Kekuatan otot 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. c) Monitor frekuensi

		<p>meningkat</p> <p>c) ROM meningkat</p> <p>d) Nyeri menurun</p> <p>e) Kecemasan menurun</p> <p>f) Kaku sendi menurun</p> <p>g) Gerakan tidak terkoordinasi menurun</p> <p>h) Gerakan terbatas menurun</p> <p>i) Kelemahan fisik menurun</p>	<p>jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>d) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu</p> <p>b) Fasilitasi melakukan mobilitas fisik</p> <p>c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi</p> <p>a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>b) Anjurkan melakukan ambulasi diri</p> <p>c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</p>
4	Resiko Infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil:</p> <p>a) Demam menurun</p> <p>b) Kemerahan menurun</p> <p>c) Nyeri menurun</p> <p>d) Bengkak menurun</p> <p>e) Vesikel menurun</p> <p>f) Cairan berbau busuk menurun</p> <p>g) Letargi</p> <p>h) Kebersihan tangan meningkat</p> <p>i) Kebersihan badan meningkat</p> <p>j) Kadar sel darah putih membaik</p> <p>k) Kultur area luka membaik</p> <p>Kadar sel darah putih membaik</p>	<p>Observasi :</p> <p>a) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Batasi jumlah pengunjung</p> <p>b) Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>d) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Edukasi :</p> <p>a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>c) Ajarkan etika batuk</p> <p>d) Ajarkan cara memeriksa</p>

			kondisi luka atau luka operasi e) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi f) Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi : a) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	--	--

2.2.4 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 di tetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Harahap, 2019).

2.2.5 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 (Harahap, 2019).

2.3 Konsep Integritas kulit

2.3.1 Gangguan Integritas Kulit

Kerusakan integritas kulit adalah kerusakan yang terjadi pada jaringan membrane mukosa, kornea, integumen, atau subkutan. Kerusakan jaringan kulit terjadi ketika tekanan mengenai kapiler yang cukup besar dan menutup kapiler tersebut. Tekanan pada kapiler merupakan tekanan yang dibutuhkan untuk menutup kapiler misalnya jika tekanan melebihi tekanan kapiler normal yang berada pada rentang 16 sampai 32 mmHg (Potter dan perry, 2015).

2.3.2 Konsep Luka

1. Pengertian luka

Menurut Sunarsi (2016), luka adalah rusak atau terputusnya kontinuitas jaringan kulit atau jaringan di bawahnya.

2. Mekanisme Terjadinya Luka

Menurut Sunarsi (2016), mekanisme terjadinya luka terdiri atas:

- a. Luka insisi (*Incised wounds*) Luka insisi terjadi karena teriris oleh instrumen yang tajam. Misal, yang terjadi akibat pembedahan. Luka bersih (aseptik) biasanya tertutup oleh sutura setelah seluruh pembuluh darah yang luka diikat (*Ligasi*).
- b. Luka memar (*Contusion Wound*)
- c. Luka lecet (*Abraded Wound*)
- d. Luka tusuk (*Punctured Wound*)
- e. Luka gores (*Lacerated Wound*)

f. Luka tembus (*Penetrating Wound*)

g. Luka Bakar (*Combustio*)

3. Klasifikasi Luka

Menurut Sunarsi (2016), klasifikasi luka berdasarkan sifat nya adalah sebagai berikut:

a. Luka Akut Luka akut adalah luka yang sembuh sesuai dengan periode waktu yang diharapkan. Luka akut dapat dikategorikan sebagai:

1) Luka akut pembedahan, contoh: insisi, eksisi, dan skin graft. Luka akut bukan pembedahan, contoh: Luka bakar.

2) Luka akut akibat faktor lain, contoh: abrasi, laserasi, atau injuri pada lapisan kulit superfisial.

b. Luka Kronis Luka kronis adalah luka yang proses penyembuhannya mengalami keterlambatan atau bahkan kegagalan. Contoh: Luka decubitus, luka diabetes, dan leg ulcer.

4. Komplikasi Dari Luka

Menurut Sunarsi (2016), walaupun luka dapat sembuh secara fisiologis, tetapi luka harus tetap dirawat dengan baik untuk mencegah komplikasi-komplikasi.

Adapun komplikasi dari luka adalah:

a. *Hematoma (Hemorrhage)* Perawat harus mengetahui lokasi insisi pada klien, sehingga balutan dapat diinspeksi terhadap

perdarahan dalam interval 24 jam pertama setelah pembedahan.

- b. Infeksi (*Wounds Sepsis*) Merupakan infeksi luka yang sering timbul akibat infeksi nosokomial di rumah sakit. Proses peradangan biasanya muncul dalam 36 – 48 jam, denyut nadi dan temperatur tubuh klien biasanya meningkat, sel darah putih meningkat, luka biasanya menjadi bengkak, hangat dan nyeri.

2.4 Konsep Perawatan Luka

2.4.1 Hasil Publikasi Implementasi Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Sri Lestari 2016 tentang “Efektifitas Antara Perawatan Luka Dengan Menggunakan NaCl 0,9% Dan Betadin Terhadap Proses Penyembuhan Luka Post Operasi Di Ruang Anggrek Pada Rumah Sakit Ciremai Kota Cirebon” dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh perawatan luka dengan menggunakan NaCl terhadap proses penyembuhan pasien Post Operasi di ruang Anggrek Rumah sakit Ciremai Kota Cirebon. Hasil penelitian yang dilakukan pada 13 responden pemberian perawatan luka menggunakan NaCl 0,9 % rata-rata 7,07 proses penyembuhan luka luka \leq 3 hari yang menggunakan NaCl 0,9% (100%) dengan nilai p value = 0,000 < ($\alpha=0,05$). Dan pada perawatan luka dengan menggunakan betadin pada 13 responden, proses penyembuhan luka > 3 hari yang menggunakan betadin yaitu sebanyak 13 responden (100%).

Menurut Nursalam (2010), Sodium klorida tersedia dalam beberapa konsentrasi, yang paling sering adalah sodium klorida 0,9 %. Ini adalah konsentrasi normal dari sodium klorida dan untuk antiseptik ini sodium klorida disebut juga normal saline. Merupakan larutan isotonis aman untuk tubuh, tidak iritan, melindungi granulasi jaringan dari kondisi kering, menjaga kelembaban sekitar luka dan membantu luka menjalani proses penyembuhan serta mudah didapat dan harga antiseptik lebih murah.

2.4.2 Pengertian

Menurut Delmafildasari (2015), salah satu penanganan gangguan integritas kulit adalah dengan melakukan perawatan luka. Perawatan luka adalah tindakan untuk merawat luka dan melakukan pembalut dengan tujuan mencegah infeksi silang (masuk melalui luka) dan mempercepat proses penyembuhan luka pada gangguan keutuhan jaringan (luka).

Menurut Farista (2015), perawatan luka merupakan suatu teknik aseptik yang bertujuan membersihkan luka dari debris untuk mempercepat proses penyembuhan luka. Prosedur mengganti balut luka adalah dengan mengganti balutan yang telah kotor atau sudah waktunya untuk diganti yang baru. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah infeksi, mempercepat proses penyembuhan dan memberikan rasa aman nyaman pada pasien.

2.4.3 Tujuan

Menurut Farista dan Sandi (2015), tindakan perawatan luka harus dilakukan dengan teknik steril sesuai dengan standar operasional prosedur. Peranan perawat dalam perawatan luka merupakan ujung tombak di ruang perawatan pasca operasi, maka perawatan luka dengan teknik steril dan sesuai dengan SOP akan membantu penyembuhan luka post apendiktomi. Tujuannya perawatan luka adalah sebagai berikut :

- 1) Untuk mengetahui pengertian tentang luka
- 2) Untuk mengetahui mekanisme terjadinya luka
- 3) Untuk mengetahui tujuan melakukan perawatan luka
- 4) Untuk mengetahui fase penyembuhan luka
- 5) Untuk mengetahui cara penatalaksanaan perawatan luka

2.4.4 Manfaat

Menurut Farista dan Sandi (2015), manfaat perawatan luka adalah dengan menjaga kebersihan dapat mencegah infeksi, memberikan rasa aman & nyaman untuk pasien. Mempercepat proses penyembuhan luka, mencegah bertambahnya kerusakan jaringan, membersihkan luka dari benda asing/kotoran, memudahkan pengeluaran cairan yang keluar dari luka, mencegah masuknya kuman dan kotoran ke dalam luka serta mencegah perdarahan maupun munculnya jaringan parut sekitar luka.

2.4.5 SOP Tindakan

Menurut Farista dan Sandi (2015), cara perawatan luka, alat yang digunakan seperti kassa steril, plester, larutan NaCl, kantong tahan air

untuk tempat balutan dan alat-alat lain: ekstra balutan, salep dan gunting.

Langkah-langkah perawatan luka:

1. Cuci tangan 6 langkah (Hand Hygiene)
2. Lepaskan kassa/balutan dengan cara menyentuh bagian luarnya saja.
3. Jika kassa/balutan menempel pada luka, basahi dengan larutan NaCl, buka jika sudah longgar
4. Buang kassa/balutan yang kotor ke dalam kantong
5. Buka kassa steril tanpa menyentuh bagian dalam, lalu siram/basahi dengan larutan NaCl
6. Gunakan sarung tangan steril
7. Bersihkan luka dengan hati-hati, mulai dari bagian terdekat luka sampai terluar luka dengan sekali usapan saja
8. Tekan pinggir luka untuk mengeluarkan nanah
9. Buang kassa yang digunakan setiap sekali membersihkan luka
10. Setelah selesai, keringkan luka dengan kassa kering
11. Tutup luka dengan kassa/balutan
12. Eratkan dengan plester
13. Cuci tangan

Dengan melakukan perawatan luka yang benar, mengikuti terapi dokter serta mengkonsumsi makanan yang bergizi sesuai diet/ anjuran diharapkan akan mempercepat proses penyembuhan luka.

BAB III

TINJUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.M DENGAN *PRE DAN*

POST CHOLELITHIASIS DIRUANGAN ANGGREK

RSUD CURUP TAHUN 2022

Tanggal Masuk RS : 24 Mei 2022	Jam : 10.00 WIB
Tanggal Pengkajian : 24 Mei 2022	Jam : 15.00 WIB
Tanggal Keluar RS : 28 Mei 2022	Jam : 12.00 WIB
Ruangan Kelas : Kelas 2 Anggrek	Nomor Register : 236242
Diagnosa Medis : <i>Cholelithiasis</i>	

3.1 Pre Operasi

Pengkajian

3.1.1 Biodata

1. Identitas klien

- a. Nama klien : Ny.M
- b. Usia : 45 Tahun
- c. Jenis kelamin : Perempuan
- d. Alamat : Duku Ilir
- e. Golongan darah : A
- f. Status perkawinan : Kawin
- g. Agama : Islam
- h. Suku bangsa : Jawa

- i. Pendidikan : SD Sederajat
- j. Pekerjaan : Petani
- k. Sumber informasi : Anak
- l. Tanggal MRS : 24 Mei 2022 pada jam 10.00 WIB
- m. Tanggal pengkajian : 24 Mei 2022 pada jam 15.00 WIB
- n. Diagnosa medis : *Cholelithiasis* (Batu Empedu)

2. Identitas Penanggung Jawab

- a. Nama : Ny. W
- b. Usia : 19 Tahun
- c. Pendidikan : SMA
- d. Pekerjaan : Mahasiswa
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Duku Ilir

3.1.2 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

- a. Keluhan utama MRS : Klien datang ke poli RSUD Curup pukul 10.00 WIB dengan keluhan nyeri ulu hati sudah seminggu yang lalu, klien berpikir itu penyakit magh. Klien mengatakan pergi ke klinik assalam dan anjurkan untuk ke Poli RSUD curup. Dan saat di poli dinyatakan klien mengalami batu empedu dengan hasil USG. Dan pada pukul 13.00 klien masuk ruangan Anggrek. Klien mengatakan sebelumnya pernah mengalami penyakit batu empedu tapi tidak di operasi, klien hanya minum obat 4 tahun yang lalu.

b. Keluhan saat ini :

Pada saat pengkajian tanggal 24 Mei 2022 pada pukul 15.00 WIB klien mengeluh nyeri perut bagian kanan atas. Klien tampak meringis, sianosis dan gelisah. Klien mengatakan khawatir tentang operasinya walaupun klien sebelumnya pernah melakukan operasi SC.

P : Klien mengeluh nyeri perut bagian kanan atas

Q : Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat

R : dibagian perut

S : 4

T : Hilang timbul

c. Keluhan kronologis

a) Factor pencetus : Klien mengatakan tidak mengetahui penyebab klien sampai mengalami batu empedu lagi.

b) Timbulnya keluhan : Seminggu sebelum masuk rumah sakit.

c) Lamanya : Seminggu.

d) Upaya mengatasi : Klien mengatakan tidak mengetahui cara mengatasinya, sehingga klien ke RS untuk mengetahui tentang penyakitnya.

2. Riwayat Keluhan Masa Lalu

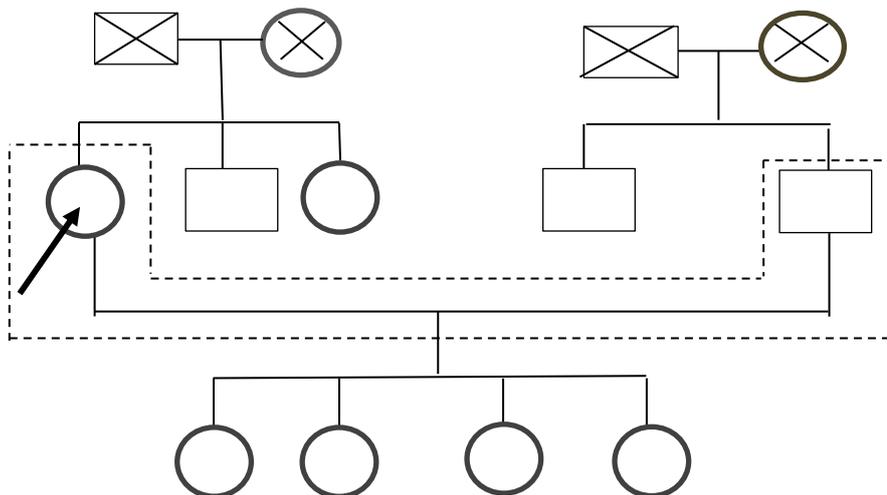
a. Riwayat alergi : Tidak ada

b. Riwayat kecelakaan : Tidak ada

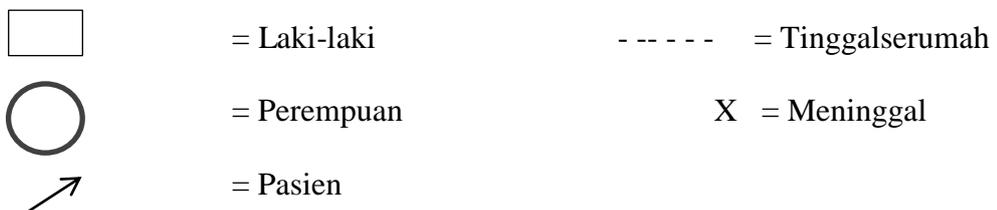
c. Riwayat dirawat diris : Tidak ada

- d. Riwayat operasi : Klien mengatakan pernah menjalani operasi SC dulu saat hamil anak ke 4.
- e. Riwayat pemakaian obat : Keluarga klien mengatakan biasanya menggunakan obat herbal. Klien mengatakan saat mengalami batu empedu dulu minum obat dari dokter tanpa operasi.
- f. Riwayat merokok : Tidak ada

3. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram)



Keterangan :



4. Penyakit yang pernah diderita : Batu empedu dan Magh.

5. Riwayat Psikososial dan Spiritual

- a. Pola komunikasi : Keluarga klien mengatakan klien berinteraksi dengan baik dengan keluarga dan orang lain.

- b. Pembuatan keputusan : Klien dan keluarga saling bermusyawarah dalam pengambil keputusan.
- c. Kegiatan kemasyarakatan : Klien bersosialisasi dengan orang-orang sekitarnya.
- d. Dampak penyakit pasien : Keluarga klien cemas dengan penyakit yang diderita ibunya.
- e. Presepsi pasien terhadap penyakitnya
- a) Hal yang sangat dipikirkan : Keluarga klien merasa khawatir dengan penyakit yang diderita oleh ibunya dan takut terjadi apa-apa.
 - b) Harapan telah menjalani : Keluarga berharap klien cepat sembuh dan cepat pulang kerumah.
- f. Sistem nilai kepercayaan : Klien sering melakukan shalat 5 waktu. Keluarga selalu berdoa dan yakin kepada Allah SWT bahwa penyakit ibunya akan sembuh.

Pola kebiasaan sehari-hari

No	Hal yang dikaji	Sebelum sakit	Saat sakit
1.	Pola nutrisi : 1. Frekuensi makan 3x/hari 2. Nafsu makan baik/tidak 3. Porsi makan yang dihabiskan 4. Makanan yang tidak disukai 5. Makanan yang membuat alergi 6. Makanan pantangan	3 kali Baik 1 porsi Tidak ada Tidak ada Klien mengatakan semenjak terkena penyakit batu empedu 2 tahun yang lalu. Klien tidak makan makanan yang pedas, dan makan makanan yang	3 kali tidak baik ¼ porsi Tidak ada Tidak ada Klien mengatakan semenjak terkena penyakit batu empedu 2 tahun yang lalu. Klien tidak makan makanan yang pedas, dan

	7. Penggunaan obat-obatan sebelum makan 8. Penggunaan alat bantu	lembek . Tidak ada Tidak ada	makan makanan yang lembek . Tidak ada Tidak ada
2.	Pola eliminasi BAK a. frekuensi b. warna c. penggunaan alat bantu BAB a. frekuensi b. waktu c. konsistensi	5 kali Jernih Tidak ada 1 kali Pagi hari Lembut	3 kali Jernih Tidak ada Klien belum BAB sejak di RS
3.	Personal hygiene 1. Mandi a. Frekuensi b. Waktu 2. Oral hygiene a. Frekuensi b. Waktu 3. Cuci rambut a. Frekuensi b. Waktu	2 kali pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore 1 kali Pagi	1 kali Pagi 2 kali Pagi dan sore Klien tidak mencuci rambut
4.	Pola istirahat dan tidur 1. Lama tidur siang 2. Lama tidur malam 3. Kebiasaan sebelum tidur	Klien jarang tidur siang 6-8 jam Menonton tv	2 jam 8 jam Berbicara dengan anaknya
5.	Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan 1. Merokok 2. Minuman keras	Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

No	Pemeriksaan Fisik	Pre Operasi
1	Pemeriksaan Fisik Umum a. Keadaan umum b. Tingkat kesadaran c. GCS d. Berat badan e. Tinggi badan	Lemah, Sianosis Composmentis 15 (E4V5M6) 49 kg 154 cm

	f. Tekanan darah g. Nadi h. Frekuensi nafas i. Suhu tubuh	100/80 mmHg 67 x/m 22 x/m 36,2 c
2	Sistem penglihatan a. Posisi mata b. Kelopak mata c. Pergerakan bola mata d. Konjungtiva e. Sclera f. Pupil g. Fungsi penglihatan h. Pemakaian lensa kontak	Simetris Antara Kiri Dan Kanan Tidak Terdapat Edema Normal Anemis Ikterik Isokor Normal Tidak Ada
4	Sistem pendengaran a. Daun telinga b. Kondisi telinga tengah c. Cairan dari telinga d. Fungsi Pendengaran e. Pemakaian alat bantu	Simetris, tidak terdapat lesi Bersih Tidak terdapat cairan Baik Tidak ada
5	Sistem pernafasaan a. Jalan nafas b. Penggunaan otot bantu c. Frekuensi d. Irama e. Jenis pernafasan f. Batuk g. Sputum h. Terdapat darah i. Suara nafas	Tidak terdapat secret dan sputum Tidak ada 22 x/m Teratur Reguler Tidak ada Tidak ada Tidak ada Vesikuler
6	Sistem kardiovaskular a. Vena jungularis b. Warna kulit c. Edema d. CRT	Tidak ada pembesaran vena jungularis Jvp : 5+2 cmH ₂ o Sawo matang Tidak ada -2 detik
7	Sistem pencernaan a. Keadaan mulut b. Mukosa bibir c. Muntah d. Nyeri daerah perut e. Bising usus f. Konsistensi feses g. Konstipasi h. Hepar dan limfa i. Abdomen	Bersih Kering Tidak ada Nyeri abdomen kanan atas 7 x/m Lembek Tidak ada Tidak ada pembesaran Terdapat nyeri abdomen
8	Sistem endokrin	

	a. Pembesaran kelenjar tyroid b. Nafas berbau keton c. Luka ganggren	Tidak ada kelenjar tyroid Tidak ada Tidak ada
9	Sistem Urogenital a. Perubahan pola kemih b. Keluhan sakit pinggang	3 kali/hari Bening Tidak ada
10	Sistem integumen a. Turgor kulit b. Warna kulit c. Keadaan kulit 1) Luka 2) Insisi Operasi 3) Kondisi 4) Gatal-gatal 5) Kelainan pigmen 6) Dekubitus d. Kelainan kulit e. Kondisi kulit daerah	Baik, elastis Sawo matang Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Normal
11	Sistem muskuloskeletal a. Kesulitan dalam pergerakan b. Sakit tulang, sendi, kulit c. Fraktur d. Keadaan tonus e. Kekuatan otot	Klien kesulitan bergerak karena nyeri. Tidak ada Tidak ada Baik $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$
12	Ektremitas a. Atas b. Bawah	Tidak terdapat edema, jejas dan lesi. Terpasang iv line di sinistra. Tidak terdapat edema, jejas dan lesi.

Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan pada pada hari selasa tanggal 24 Mei 2022

No	Jenis pemeriksaan	Hasil
1	USG	Terdapat batu diempedu, Hepar tidak ada pembesaran intensitas gema parenkim normal. Gallbladder tampak hiperechoic dengan diameter terbesar 0,8 cm. Ginjal kanan dan kiri besar dan kontur normal, vesica urinaria dalam batas normal
2	Thoraks PA	Corakan bronchovascular normal, sinus

		costophrenicus lancip, kedua diafragma licin, tidak mendatar, trachea ditengah, Cor, COR <0,5, sistema tulang yang tervisualisasi intak. Pulmotaktampak kelainan, cor dalam batas normal
3	EKG	Tidak ada
4	Pemeriksaan urine	Tidak ada

Pemeriksaan Laboratorium (Darah)

No	Pemeriksaan	Hasil
1	WBC	14.010 / μ L
2	Hematokrit	42,2 %
3	Ureum	19 U/L
4	Creatinine	21 mg/dl

6. Penatalaksanaan (pemberian terapi obat)

Terapi hari Selasa tanggal 24 Mei 2022

No	Obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1.	IVPD NaCl	Untuk mengatur jumlah air dalam tubuh	IV line	20 tetes per menit

Terapi hari Rabu tanggal 25 Mei 2022

No	Nama obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1	IVPD NaCl	Untuk mengatur jumlah air dalam tubuh	IV line	20 tetes per menit
2	Ceftriaxone	Untuk membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Ceftriaxone digunakan juga untuk mencegah infeksi pada saat operasi.	IV line	500 mg 2x1
3	Esomax	untuk mengobati penyakit asam lambung atau gastroesophageal reflux disease(GERD). Obat ini juga dapat digunakan untuk mengobati sindrom Zollinger-	IV line	40 mg 1x1

		Ellison, esofagitis erosif, atau tukak lambung.		
4	Dexprofen	Untuk meredakan rasa nyeri.	IV line	25 mg 3x1

		membaik u) Proses berfikir membaik v) Fungsi berkemih membaik w) Prilaku membaik	secara mandiri d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Selasa, 24 Mei 2022	2	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... pasien tidak mengalami tingkat ansietas dengan kriteria hasil: a) Verbalisasi kebingungan menurun b) Perilaku gelisah menurun c) Perilaku tegang menurun d) Keluhan pusing menurun e) Konstentrasi membaik f) Pola tidur membaik g) Kontak mata membaik h) Pola berkemih membaik Orientasi membaik	Observasi a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan c) Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan c) Pahami situasi yang membuat ansietas d) Dengarkan dengan penuh perhatian e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan g) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan h) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi a) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosa, pengobatan dan prognosis c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif

			<ul style="list-style-type: none">e) Anjurkan mengucapkan perasaan dan persepsif) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangang) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepath) Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
--	--	--	--

			<p>RH : Klien tampak mengerti</p> <p>9. Mengajarkan untuk mengulangi terapi relaksasi ketika merasa cemas atau saat nyeri terasa</p> <p>RH : klien tampak mengikuti arahan perawat</p>	
--	--	--	--	--

Resume Operan Dinas Malam

Tanggal 24 Mei 2022

Klien tenang tidak ada keluhan

Klien mengatakan mengulangi teknik nafas dalam jika nyeri terasa dan cemas

Klien mengatakan BAK pada jam 20.00 dan 05.00 sedikit \pm 20 cc

Klien tidak BAB

Klien masih tampak pucat

Klien mengatakan sudah mulai puasa jam 04.00 WIB

P : Klien mengeluh nyeri perut bagian kanan atas

Q: Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat

R: di bagian Perut kanan atas

S: 3

T: Hilang timbul

TTV :

TD : 100/80 mmHg

RR : 20 x/m

HR : 70 x/m

S : 36,2 c

Resume Laporan Operasi

- a) Dilakukan tindakan operasi *Open Cholecystectomy*
- b) Dilakukan tindakan operasi pada tanggal 25 Mei 2022 pada pukul 12.00 - 13.00 WIB. Lama operasi yang dilakukan adalah 60 menit.
- c) Indikasi operasi pada klien didapatkan batu empedu dengan diameter > 0,8 cm.
- d) Panjang luka post operasi 12 cm dan 9 jahitan luar.
- e) Klien diberikan jenis anestesi berupa general anestesi.

Intruksi pasca operasi

- 1) Kontrol TTV : Tiap jam
- 2) Antibiotika : Floxaris
- 3) Puasa : Sampai sadar
- 4) DII : Tidak ada

3.2 Post Operasi

Pengkajian

3.2.1 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan saat ini :

Klien diantar keruangan Anggrek kembali pada pukul 13.00 WIB. Klien mengeluh nyeri pada bagian Post Operasi. Klien mengeluh perasaan mual, klien mengatakan tidak muntah. Terdapat luka Post Operasi sepanjang 12 cm dengan 9 jahitan luar. Klien mengatakan takut luka bekas operasinya terbuka. Klien mengatakan nyeri saat bergerak. Klien mengatakan takut bergerak karena operasi. Klien tampak lemah. Klien tampak gelisah. Klien tampak meringis.

P : Klien mengeluh nyeri pada bagian post operasi

Q : Klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat

R : Dibagian abdomen tengah

S : 5

T : Saat bergerak, 2 menit

3.2.2 Pemeriksaan Fisik

No	Pemeriksaan Fisik	Post Operasi
1	Pemeriksaan Fisik Umum	
	a. Keadaan umum	Lemah, Sianosis
	b. Tingkat kesadaran	Composmentis
	c. GCS	15 (E4V5M6)
	d. Berat badan	47 kg
	e. Tinggi badan	154 cm
	f. Tekanan darah	110/90 mmHg

	g. Nadi h. Frekuensi nafas i. Suhu tubuh	80 x/m 22 x/m 36,1 c
2	Sistem pencernaan a. Keadaan mulut b. Moksusa bibir c. Muntah d. Nyeri daerah perut e. Bising usus f. Konsistensi feses g. Konstipasi h. Hepar dan limfa i. Abdomen	Bersih Kering Tidak ada Nyeri bagian post op di bagian abdomen 8 x/m Tidak ada Tidak ada Tidak ada pembesaran Terdapat nyeri post operasi
3	Sistem integumen a. Turgor kulit b. Warna kulit c. Keadaan kulit 1) Luka 2) Insisi Operasi 3) Kondisi 4) Gatal-gatal 5) Kelainan pigmen 6) Dekubitus d. Kelainan kulit e. Kondisi kulit daerah	Baik, elastis Sawo mateng Terdapat luka post operasi Terdapat luka post operasi sepanjang 12 cm Terdapat cairan keluar dari luka post operasi Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Terdapat cairan keluar dari luka
4	Sistem muskuloskeletal a. Kesulitan dalam pergerakan b. Sakit tulang, sendi, kulit c. Fraktur d. Keadaan tonus e. Kekuatan otot	Klien kesulitan bergerak karena nyeri. Klien sakit pada bagian post operasi Tidak ada Baik 4 4 — — 4 4
5	Ektremitas a. Atas b. Bawah	Tidak terdapat edema, jejas dan lesi. Terpasang iv line di sinistra. Tidak terdapat edema, jejas dan lesi.

7. Pola Aktivitas Dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum	√				
Mandi			√		
Toileting			√		
Berpakaian			√		
Mobilitas di tempat tidur			√		
Berpindah/berjalan			√		

Keterangan

0 : Mandiri

1 : Alat bantu

2 : Dibantu orang lain

3 : Alat bantu dan di bantu orang lain

4 : Tergantung total

8. Penatalaksanaan (pemberian terapi obat)

Terapi hari Rabu tanggal 25 Mei 2022

No	Nama obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1	IVPD NaCl	Untuk mengatur jumlah air dalam tubuh	IV line	20 tetes per menit
2	Cefriaxone	Untuk membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Ceftriaxone digunakan juga untuk mencegah infeksi pada saat operasi.	IV line	500 mg 2x1
3	Esomax	untuk mengobati penyakit asam lambung atau gastroesophageal reflux disease(GERD). Obat ini juga dapat digunakan untuk mengobati sindrom Zollinger-Ellison, esofagitis erosif, atau	IV line	40 mg 1x1

		tukak lambung.		
4	Dexprofen	Untuk meredakan rasa nyeri.	IV line	25 mg 3x1

Terapi hari tanggal 26 Mei 2022

No	Nama obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1	IVPD NaCl	Untuk mengatur jumlah air dalam tubuh.	IV line	20 tetes per menit
2	Cefriaxone	Untuk membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Ceftriaxone dapat digunakan juga untuk mencegah infeksi pada saat operasi.	IV line	500 mg 2x1
3	Esomax	Untuk mengobati penyakit asam lambung atau gastroesophageal reflux disease(GERD). Obat ini juga dapat digunakan untuk mengobati sindrom Zollinger-Ellison, esofagitis erosif, atau tukak lambung.	IV line	40 mg 1x1
4	Dexprofen	Untuk meredakan rasa nyeri.	IV line	75 mg 3x1

Terapi hari tanggal 27 Mei 2022

No	Nama obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1	IVPD NaCl	Untuk mengatur jumlah air dalam tubuh.	IV line	20 tetes per menit
2	Cefriaxone	Untuk membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Ceftriaxone dapat digunakan juga untuk mencegah infeksi pada saat operasi.	IV line	500 mg 2x1
3	Esomax	Untuk mengobati penyakit asam lambung atau gastroesophageal reflux disease(GERD). Obat ini	IV line	40 mg 1x1

		juga dapat digunakan untuk mengobati sindrom Zollinger-Ellison, esofagitis erosif, atau tukak lambung.		
4	Dexprofen	Untuk meredakan rasa nyeri.	IV line	75 mg 3x1

Terapi hari tanggal 28 Mei 2022

No	Nama obat	Fungsi obat	Pemberian obat	Dosis
1	IVPD NaCl	Untuk mengatur jumlah air dalam tubuh.	IV line	20 tetes per menit
2	Ceftriaxone	Untuk membunuh dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi di dalam tubuh. Ceftriaxone dapat digunakan juga untuk mencegah infeksi pada saat operasi.	IV line	500 mg
3	Esomax	Untuk mengobati penyakit asam lambung atau gastroesophageal reflux disease(GERD). Obat ini juga dapat digunakan untuk mengobati sindrom Zollinger-Ellison, esofagitis erosif, atau tukak lambung.	IV line	40 mg
4	Dexprofen	Untuk meredakan rasa nyeri.	IV line	75 mg

3.	Rabu, 25 Mei 2022	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri saat bergerak - Klien mengeluh takut bergerak karena ada luka operasi pada bagian perut - Klien mengatakan enggan bergerak <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis saat bergerak - Klien tampak lemah - Klien tampak terbatas dalam bergerak - Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas atau melakukan pergerakan - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Kekuatan otot <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> <td style="padding: 0 10px;">4</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4</td> <td style="padding: 0 10px;">4</td> </tr> </table> </div>	4	4			4	4	Keenggantan melakukan pergerakan	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
4	4									
4	4									

			<p>d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>e) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Rabu, 25 Mei 2022	2	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... pasien tidak mengalami Integritas kulit dan jaringan dengan kriteria hasil:</p> <p>a) Elastisitas meningkat</p> <p>b) Hidrasi meningkat</p> <p>c) Perfusi jaringa meningkat</p> <p>d) Kerusakan jaringan menurun</p> <p>e) Kerusakan jaringan menurun</p> <p>f) Nyeri menurun</p> <p>g) Perdarahan menurun</p> <p>h) Kemerahan menurun</p> <p>i) Hematoma menurun</p> <p>j) Pigmentasi abnormal menurun</p> <p>k) Jaringan parut menurun</p> <p>l) Nekrosis menurun</p> <p>m) Abrasi kornea menurun</p> <p>n) Suhu kulit membaik</p> <p>o) Sensasi membaik</p> <p>p) Tekstur membaik</p> <p>q) Tekstur membaik</p> <p>r) Pertumbuhan rambut membaik</p>	<p>Observasi</p> <p>a) Monitor karakteristik luka</p> <p>b) Monitor tanda –tanda inveksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>b) Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</p> <p>c) Bersihkan dengan cairan NACL atau pembersih non toksik,sesuai kebutuhan</p> <p>d) Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>e) Berikan salep yang sesuai di kulit /lesi, jika perlu</p> <p>f) Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>g) Pertahan kan teknik seteril saaat perawatan luka</p> <p>h) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>i) Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>j) Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari</p> <p>k) Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis vitamin A, vitamin C, Zinc, Asam amino),sesuai indikasi</p> <p>l) Berikan terapi TENS(Stimulasi syaraf transkutaneous), <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi</p> <p>a) Jelaskan tandan dan gejala infeksi</p> <p>b) Anjurkan mengonsumsi makan tinggi kalium dan protein</p>

			<p>c) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a) Kolaborasi prosedur debridement(mis: enzimatis biologis mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i></p>
Rabu, 25 Mei 2022	3	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... pasien tidak mengalami mobilitas fisik dengan kriteria hasil:</p> <p>a) Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>b) Kekuatan otot meningkat</p> <p>c) ROM meningkat</p> <p>d) Nyeri menurun</p> <p>e) Kecemasan menurun</p> <p>f) Kaku sendi menurun</p> <p>g) Gerakan tidak terkoordinasi menurun</p> <p>h) Gerakan terbatas menurun</p> <p>i) Kelemahan fisik menurun</p>	<p>Observasi</p> <p>a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</p> <p>b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.</p> <p>c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>d) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu</p> <p>b) Fasilitasi melakukan mobilitas fisik</p> <p>c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi</p> <p>a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>b) Anjurkan melakukan ambulasi diri</p> <p>c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</p>

Resume Operan Dinas malam

Tanggal 25 Mei 2022

Klien tenang

Klien mengeluh nyeri pada bagian post operasi

Klien tampak meringis

Obat yang diberikan

- a) Inj. Cefriaxone 250 mg jam 18.00 WIB
- b) Inj. Esomax 40 mg jam 18.00 WIB
- c) Inj. Dexprofen 25 mg jam 18.00 WIB
- d) Inj. Dexprofen 25 mg jam 02.00 WIB

TTV :

TD : 100/80 mmHg

RR : 20 x/m

HR : 70 x/m

S : 36,2 c

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama : Ny. M Umur : 45 tahun

Ruangan : Anggrek No RM : 236242

Post operasi hari ke 2

Tanggal	No	Jam	Implementasi	Paraf
Kamis, 26 Mei 2022	2	08.00 WIB	1. Menanyakan keluhan pasien RH : Klien mengeluh nyeri pada bagian post operasi	Novi 
	1	08.10 WIB	2. Menanyakan skala nyeri RH : Klien mengatakan 5	
	2	08.15 WIB	3. Memeriksa TTV RH : TD : 110/90 mmHg HR : 80 x/m RR : 22 x/m T : 36,1 c	
	2	08.20 WIB	4. Mengganti perban RH : Tampak luka post operasi pada bagian abdomen	
	2	09.00 WIB	5. Memonitor karakteristik luka RH : Luka tampak bersih dan terdapat cairan yang keluar dari luka, cairan berupa darah dan cairan bening	
	2	09.00 WIB	6. Membersihkan luka dengan Nacl 0,9 % RH : Klien tampak meringis ketika luka dibersihkan	
	3	09.15 WIB	7. Menganjurkan untuk mengganti posisi setiap 2 jam RH : Klien mengeluh perut masih sakit, sehingga enggan untuk bergerak	
	2	09.30 WIB	8. Memonitor tanda dan gejala infeksi RH : Klien tampak meringis pada luka post operasi, terdapat cairan yang keluar dari luka post op..	
	2	09.30 WIB	9. Memberikan injeksi dexprofen RH : Klien tampak tenang	
	3	10.00 WIB	10. Memonitor mobilitas pada klien RH : Klien masih belum berani untuk bergerak banyak, hanya bergerak sedikit-sedikit.	
	1	11.00 WIB	11. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi, teknik tarik nafas dalam RH : Klien mengikuti arahan yang di berikan perawat	
	1	11.00	12. Memonitor respon pada teknik relaksasi	

		WIB	yang dilakukan RH : Klien masih mengeluh nyeri pada bagian post operasi	
--	--	-----	---	--

Resume Operan Dinas Sore

Tanggal 26 Mei 2022

Klien tenang

Klien mengeluh masih merasakan nyeri

klien mulai melakukan mobilisasi dini, miring kanan dan miring kiri

Obat yang diberikan

- a) Inj. Cefriaxone 250 mg jam 18.00 WIB
- b) Inj. Cefriaxone 250 mg jam 18.00 WIB
- c) Inj. Esomax 40 mg jam 18.00 WIB
- d) Inj. Dexprofen 25 mg jam 18.00 WIB

TTV :

TD : 100/80 mmHg

RR : 20 x/m

HR : 70 x/m

S : 36,2 c

Resume Operan Dinas Malam

Tanggal 26 Mei 2022

Klien tenang

Klien mengeluh masih merasakan nyeri

Klien mulai melakukan mobilisasi dini, miring kanan dan miring kiri

Obat yang diberikan

- a) Inj. Dexprofen 25 mg jam 02.00 WIB

TTV :

TD : 100/80 mmHg

RR : 20 x/m

HR : 70 x/m

S : 36,2 c

	1	13.45 WIB	tarik nafas dalam RH : Klien mengikuti arahan yang di berikan perawat. Klien mengatakan nyeri sudah berkurang 12. Memonitor respon pada teknik relaksasi yang dilakukan RH : Klien masih mengeluh nyeri pada bagian post operasi	
--	---	--------------	---	--

Resume Operan Dinas Sore

Tanggal 27 Mei 2022

Klien tampak tenang

Klien mengatakan nyeri berkurang setelah di beri obat dan melakukan teknik tarik nafas dalam

Klien mulai belajar duduk sendiri

Obat yang diberikan

- a) Inj. Cefriaxone 250 mg jam 18.00 WIB
- b) Inj. Cefriaxone 250 mg jam 18.00 WIB
- c) Inj. Esomax 40 mg jam 18.00 WIB
- d) Inj. Dexprofen 25 mg jam 18.00 WIB

TTV :

TD : 110/80 mmHg

RR : 22 x/m

HR : 78 x/m

S : 36,2 c

Resume Operan Dinas Sore Dan Malam

Tanggal 27 Mei 2022

Klien tampak tenang

Klien mengatakan nyeri berkurang setelah di beri obat dan melakukan teknik tarik nafas dalam

Klien mulai belajar duduk sendiri

Obat yang diberikan

a) Inj. Dexprofen 25 mg jam 02.00 WIB

TTV :

TD : 110/80 mmHg

RR : 22 x/m

HR : 68 x/m

S : 36,2 c

		WIB	8. Memonitor tanda dan gejala infeksi RH :tampak kondisi luka sudah kering	
	3	10.00		
		WIB	9. Memberikan injeksi dexprofen RH : Memberikan inj. Dexprofen pada jam 10.00 WIB	
	1	11.00		
		WIB	10. Memonitor mobilitas pada klien RH : Klien tampak mulai berjalan dibantu oleh keluarga	
			11. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi, teknik tarik nafas dalam RH : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang	
	2	11.00		
		WIB		
			12. Persiapan pulang RH : Menganjurkan jaga pola nutrisi dan cairan. Minum obat teratur dan kontrol poli pada tanggal 1 juni 2022	
	3	12.00		
		WIB	13. Membantu mengantarkan klien ke mobil RH : mengantar pasien dengan menggunakan kursi roda	

3	Kamis, 26 Mei 2022	08.00 WIB	<p>S : Klien mengatakan enggan untuk bergerak karena nyeri O : Klien tampak meringis Klien tampak kesulitan bergerak A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="683 488 1187 788"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pergerakan Ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kekuatan otot</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Nyeri</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kecemasan</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Kelemahan</td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi 1,2,3,4,5,8,10</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	Pergerakan Ekstremitas				√		2	Kekuatan otot			√			3	Nyeri	√					4	Kecemasan	√					5	Kelemahan	√					Novi 
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																								
1	Pergerakan Ekstremitas				√																																									
2	Kekuatan otot			√																																										
3	Nyeri	√																																												
4	Kecemasan	√																																												
5	Kelemahan	√																																												

3	Jumat, 27 Mei 2022	08.00 WIB	<p>S : Klien mengatakan enggan untuk bergerak karena nyeri O : Klien tampak meringis Klien tampak kesulitan bergerak A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="679 488 1187 824"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteri hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pergerakan Ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kekuatan otot</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Kelemahan</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi 1,2,3,4,5,8,10</p>	No	Kriteri hasil	1	2	3	4	5	1	Pergerakan Ekstremitas				√		2	Kekuatan otot			√			3	Nyeri		√				4	Kecemasan		√				5	Kelemahan		√				Novi 
No	Kriteri hasil	1	2	3	4	5																																								
1	Pergerakan Ekstremitas				√																																									
2	Kekuatan otot			√																																										
3	Nyeri		√																																											
4	Kecemasan		√																																											
5	Kelemahan		√																																											

			<p>Klien tampak kesulitan bergerak Klien tampak belajar duduk dibantu dengan keluarga</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pergerakan Ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kekuatan otot</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Kelemahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi 1,2,3,4,5,8,10</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1	Pergerakan Ekstremitas				√		2	Kekuatan otot			√			3	Nyeri			√			4	Kecemasan			√			5	Kelemahan				√		
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																																								
1	Pergerakan Ekstremitas				√																																									
2	Kekuatan otot			√																																										
3	Nyeri			√																																										
4	Kecemasan			√																																										
5	Kelemahan				√																																									

			5	Kelemahan				√		
P : Intervensi dihentikan, pasien pulang										

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN PULANG

Catatan pasien pulang pada hari Sabtu tanggal 28 Mei 2022 di Ruang Anggrek

RSUD Curup:

Nama Pasien : Ny. M

No. MR : 236242

Hari, Tanggal Pulang : Sabtu, 28 Mei 2022

Waktu Pulang : 12.00 WIB

Pasien pulang pada tanggal 28 Mei 2022, semua masalah keperawatan yang timbul teratasi, ditandai dengan nyeri yang dapat terkontrol, Gangguan integritas kulit yang membaik, mobilitas fisik meningkat.

a. Keadaan umum : baik

Tanda-tanda vital:

TD: 100/80 mmHg

RR: 20 x/menit

P: 70 x/menit

T: 36,1°C

b. Obat yang diresep

1. Cefriaxone 2x1

2. Esomeprazol 1x1

3. Dexketoprofen 3x1

c. Jadwal kontrol ulang

3 hari sesudah obat habis, pasien harus kontrol ulang ke poli bagian bedah pada tanggal 1 Juni 2022

d. Anjuran pada pasien pulang Ny. M

1. Menganjurkan pasien untuk membatasi aktivitas sehari-hari terutama untuk mengangkat barang barang berat
2. Menganjurkan pasien menjaga pola makan dan cairan
3. Menganjurkan meminum obat yang telah di berikan dengan teratur
4. Menedukasi tentang perawatan luka (mengganti perban)
5. Menganjurkan pasien untuk kontrol ulang ke poli bedah pada tanggal 1 juni 2022

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan perawatan pada Ny.M dengan diagnosa medis Post *Cholelithiasis*. Penerapan asuhan keperawatan diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, analisa data, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan khususnya penerapan perawatan luka dengan NaCl 0,9%, dan evaluasi keperawatan pada Ny.M yang dilaksanakan pada tanggal 24 Mei 2022 sampai dengan 28 Mei 2022, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah. Maka penulis akan membandingkan antara teori dan praktik hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.M dengan Post *Cholelithiasis* di ruang Anggrek RSUD Curup sebagai berikut :

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan proses awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Dimana pengkajian yang terdapat dalam tinjauan kepustakaan pada umumnya tidak begitu jauh berbeda dengan yang penulis temukan. Pengkajian pada Ny. M dengan penyakit post operasi *Cholelithiasis* dilakukan pada tanggal 25 Mei 2022, dalam mengumpulkan data penyusun menggunakan wawancara dengan pasien dan keluarga, dan mengobservasi keadaan pasien, meliputi pemeriksaan fisik, karena penulis menganggap lebih akurat, serta didukung oleh sumber catatan perawat, catatan medis, dan hasil pemeriksaan penunjang sehingga didapatkan data yang diperlukan.

Setelah melakukan pemeriksaan didapatkan hasil yaitu tingkat kesadaran klien pada saat diperiksa composmentis serta keadaan umum klien lemah, tekanan darah 110/90 mmHg, heart rate 80x/m, pernapasan 22x/m dan suhu klien 36,1°C. Pada saat pengkajian klien mengeluh nyeri pada bagian post operasi, penulis juga mendapatkan data berupa klien tampak gelisah, meringis, terdapat luka post operasi 12 cm, serta terdapat cairan darah pada luka post operasi klien, penulis mengambil diagnosa gangguan integritas kulit dan ingin melakukan perawatan luka dengan melakukan ganti perban menggunakan NaCl 0,9% untuk menjaga kebersihan luka, dapat mencegah infeksi, serta mempercepat proses penyembuhan luka. Didalam teori disebutkan bahwa akan ada perubahan warna urine ataupun feses tapi saat pengkajian didapatkan tidak ada perubahan feses ataupun urine pada klien. Dari data pengkajian yang didapatkan penulis dapat menegakkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan situasi dan kondisi klien. Hal ini sesuai dengan tanda dan gejala pada teori Post Operasi Cholelithiasis.hanya reaksi alergi dan demam yang tidak ada pada pasien.

Batu kantung empedu merupakan gabungan beberapa unsur yang membentuk suatu material mirip batu yang terbentuk di dalam kandung empedu. *Cholelithiasis* biasanya terbentuk dalam kandung empedu dari unsur-unsur padat yang membentuk cairan empedu, batu empedu memiliki ukuran, bentuk dan komposisi yang sangat bervariasi (Nuari, 2015).

Menurut (Doenges, 2000) pengkajian : dapatkan data dasar tentang status terkini pasien sebagai pembanding dengan status yang kini sedang

dialami. Meliputi riwayat nyeri pada abdomen atau ketidaknyamanan, dan berkeringat. Lakukan pengkajian fisik lengkap, karena pengkajian ini penting untuk mendeteksi komplikasi dan perubahan status pasien.

Faktor resiko pada Ny. M adalah gender pasien yang merupakan perempuan serta pasien yang merupakan pasien rawat jalan yang telah mengalami cholelithiasis 4 tahun yang lalu. Data-data penunjang yaitu dengan melakukan USG pada pasien yang di dapatkan batu diempedu, Hepar tidak ada pembesaran intensitas gema parenkim normal. Gallbladder tampak hiperechoic dengan diameter terbesar 0,8 cm. Ginjal kanan dan kiri besar dan kontur normal, vesica urinaria dalam batas normal. Data-data bermasalah yang ditemukan pada Ny. R sudah sesuai dengan yang ada di teori. Walaupun tidak semua data bermasalah yang ada di teori muncul pada Ny. R seperti reaksi alergi serta demam.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin timbul pada pasien post operasi *Cholelithiasis* yaitu (SDKI DPP PPNI 2017):

1. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik.
4. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
5. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Dari diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan

Post Op *Cholelithiasis* yaitu (SDKI DPP PPNI 2017), terdapat 3 diagnosa keperawatan pada teori dan sesuai dengan kondisi yang dialami oleh klien. Berikut ini diagnosa yang bisa diangkat sesuai dengan kondisi klien kelolaan penulis di lapangan, yaitu :

1. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas. Diagnosa ini dianggap perlu diangkat oleh penulis karena didapatkan tanda dan gejala pada klien yang menunjukkan kearah gangguan integritas kulit yaitu nyeri, terdapat luka post operasi dengan panjang luka 12 cm. Terdapat cairan yang keluar pada luka berupa darah. Maka dari itu didapatkan pengkajian data seperti disebutkan perlu menganggap penulis sebelumnya maka penulis mengangkat diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik , diagnosa ini diangkat oleh penulis karena pada saat pengkajian di dapatkan data berupa keluhan klien tentang nyeri pada luka post operasi, skala nyeri 5 , nyeri terasa pada bagian Post Operasi terasa seperti di tusuk-tusuk dengan waktu saat bergerak 2 menit.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidak bugaran fisik. Diagnosa ini diangkat karena pada saat pengkajian didapatkan keluhan klien tidak bisa bergerak karena nyeri dan takut jaitan pada luka terbuka.

4.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Setelah pengkajian, menganalisa data, merumuskan diagnosa keperawatan maka langkah selanjutnya adalah intervensi keperawatan

merupakan langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan didalam asuhan keperawatan yang akan dilakukan menyusun rencana.

Rencana keperawatan yang terdapat dilaporan pendahuluan tidak semua penulis angkat pada rencana asuhan keperawatan, dikarenakan penulis sesuaikan dengan kondisi klien dan di angkat sesuai dengan apa yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit tersebut dan keterbatasan kami sebagai seorang mahasiswa.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan perwujudan dari dari perencanaan keperawatan yang telah disusun, dilaksanakan bekerja sama dengan kepala ruangan, perawat ruangan, dokter yang bertugas, serta klien dan keluarganya.

Sebelum melaksanakan rencana tindakan keperawatan dilakukan pada satu shif setiap harinya. Saat penulis tidak berada di ruangan, penulis mengikuti perkembangan klien melalui catatan perkembangan klien dan melihat catatan ruangan, catatan dokter dan bertanya dengan perawat yang sedang jaga.

Dalam Pelaksanaan penulis melakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun yaitu pada diagnosa gangguan integritas kulit. Penulis melakukan tindakan keperawatan monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, perawatan luka. Pada perawatan luka penulis mengambil tindakan perawatan luka dengan menggunakan cairan NaCl 0,9% yaitu tindakan membersihkan luka klien

untuk mempercepat proses penyembuhan serta menjaga kebersihan pada luka klien, penulis mendapatkan dukungan dari perawat ruangan untuk melakukan tindakan perawatan luka karena saat pemeriksaan terdapat luka Post Operasi dengan panjang 12 cm, klien mengeluh nyeri, terdapat cairan pada luka post operasi berupa darah dan penulis mendapatkan dukungan dari keluarga untuk melakukan tindakan perawatan luka setelah dijelaskan prosedur dan manfaat dari tindakan perawatan luka menggunakan NaCl 0,9% itu sendiri, namun dalam tindakan penulis ada beberapa hal yang tidak sesuai dengan Sop perawatan luka yaitu persiapan alat yang tidak menggunakan gunting heating up, duk bolong, perlak dan alas.

Dalam pelaksanaan pada Ny.M selama 4 hari penulis sudah melakukan Perawatan luka sebanyak 3 kali, yaitu dilakukan pada saat dinas pagi . Hari pertama pada tanggal 25 mei 2022 klien mengalami gangguan integritas kulit dengan luka post operasi sepanjang 12 cm dengan 9 jaitan luar, terdapat cairan yang keluar pada luka post operasi jadi penulis melakukan tindakan perawatan luka dengan menggunakan NaCl 0,9 % pada post operasi hari ke 2, 3 dan 4 pukul 09.00 pada shift pagi dengan menggunakan alat yang tersedia dari ruangan tetapi ada yang tidak sesuai sop seperti gunting heating up, duk bolong, perlak dan alas, tindakan dikerjakan sesuai sop. Setelah dilakukan tindakan evaluasi didapatkan luka masih menguarkan cairan berupa darah. Perawatan luka hanya dilakukan satu kali perhari dinass, hasil dari tindakan dilaporkan penulis pada perawat ruangan, dan dilanjutkan observasi ttv dan pemberian obat cefriaxone

sebanyak 500mg untuk menghambat pertumbuhan bakteri pada luka. Pada hari kedua penulis dinas pagi pada tanggal 26 Mei 2022 pada jam 08:15 melakukan monitor ttv pada Ny. M nyeri pada luka post operasi pada, penulis kembali melakukan perawatan luka post operasi pada klien atas dukungan perawat ruangan dan persetujuan keluarga, penulis melakukan sesuai SOP tetapi banyak memodifikasi alat-alat yang digunakan untuk perawatan luka didapatkan hasil evaluasi Ny. M luka Post Operasi sudah mulai kering dan cairan sudah tidak keluar lagi. Di hari ketiga tanggal 27 Mei 2022 penulis memonitor ttv kembali pada jam 08:15 klien masih dengan nyeri tapi tidak terlalu, penulis kemudian melakukan kembali perawatan luka dengan NaCl 0,95 dan didukung oleh perawat ruangan dan keluarga ikut membantu dalam kegiatan tindakan di hari ketiga ini alat tetap dimodifikasi. Didapatkan hasil evaluasi dari tindakan keperawatan perawatan luka dengan NaCl 0,9 % yaitu luka sudah kering tanpa ada cairan yang keluar serta kemerahan tidak ada. Pada hari ke empat tanggal 28 Mei 2022 penulis juga melakukan tindakan yang sama yaitu perawatan luka dengan menggunakan NaCl 0,9 % didapatkan hasil luka bersih dan kering. Klien mendapatkan anjuran untuk pulang dan melanjutkan rawat jalan dengan kontrol poli pada tanggal 1 Juni 2022 sehingga penulis memberikan edukasi tentang perawatan luka di rumah, nutrisi yang dibutuhkan serta anjuran untuk ke poli.

Tindakan keperawatan perawatan luka dilakukan pada Ny.M keluarga sudah sangat kooperatif. Keluarga klien juga mendengarkan arahan penulis

tentang tanda dan gejala infeksi pada klien serta perawatan luka saat klien sudah pulang nanti.

Selanjutnya diagnosa nyeri akut penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu identifikasi nyeri pada klien, dan mengajarkan teknik relaksasi pada klien berupa teknik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri pada klien. Setelah pelaksanaan tindakan keperawatan penulis langsung mendokumentasikan tindakan yang diberikan yang dapat dilihat sebagai catatan perkembangan keadaan klien setiap harinya walaupun mungkin tidak menggambarkan keadaan pasien secara lengkap.

Dan pada diagnosa ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik, penulis melakukan tindakan mobilitas ini pada klien mulai mengajarkan miring kiri-kanan, duduk hingga berjalan. Didapatkan hasil klien sudah bisa berjalan ke wc walau dibantu dengan keluarga atau penulis.

Pada tanggal 28 Mei 2022 klien Ny.M diperbolehkan pulang oleh dokter pada jam 12:00 dan penulis melakukan up infus dan perawat ruangan memberikan kartu kontrol untuk klien ke poli bedah RSUD CURUP.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan sebagai alat untuk mengukur tingkat keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien berdasarkan kriteria hasil yang ditentukan. Dalam melaksanakan evaluasi tidak di temukan kesenjangan antara teori dan praktek terbukti sudah teratasi dengan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Planning). Evaluasi keperawatan terbagi

menjadi dua yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi yang dilaksanakan penulis telah sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis susun dalam bentuk SOAP. Dari hasil evaluasi didapatkan : Nyeri menurun, integritas kulit membaik dan mobilitas fisik meningkat. Masalah teratasi semua, tetapi pasien harus tetap kontrol ulang untuk melihat status perkembangan kesehatannya, sebelum pasien pulang penulis telah memberikan penkes tentang tindakan untuk mengganti perban secara mandiri di rumah, dengan memberikan informasi hal-hal yang harus dilakukan untuk pasien post operasi *Cholelithiasis*.

Terkhusus Gangguan integritas kulit setelah dilakukan perawatan luka dengan menggunakan NaCl 0,9%, dimana kulit post operasi yang awalnya mengeluarkan cairan dan setelah 3x melakukan perawatan luka menggunakan NaCl 0,9 % mengalami peningkatan, luka post operasi tampak tidak mengeluarkan cairan, kering dan bersih. Hal ini menunjukkan bahwasannya perawatan luka dengan menggunakan NaCl 0,9 % efektif dalam proses penyembuhan luka pada pasien *Post Operasi Cholelithiasis*. Ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Sri Lestari (2016) bahwasannya perawatan luka dengan menggunakan NaCl 0,9 % yang diberikan pada pasien *Post Operasi Cholelithiasis* efektif diberikan atau ada pengaruh yang signifikan terhadap proses penyembuhan luka.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.M dengan Pre dan Post Operasi *Cholelithiasis* di ruangan Anggrek RSUD Curup yang dilakukan mulai tanggal 24 Mei 2022 sampai dengan 28 Mei 2022, maka dapat disimpulkan :

1. Pengkajian

Pengkajian yang di dapatkan pada Ny.M adalah saat melakukan pengkajian sesuai dengan teori yaitu ditemukan data tentang nyeri meningkat pada daerah luka operasi jika bergerak, adanya bekas luka operasi di abdomen bagian tengah vertikal, klien sulit melakukan pergerakan serta aktivitas klien terganggu dan terdapat luka sepanjang 12 cm dengan 9 jahitan luar.

Pada pemeriksaan keadaan sekarang pasien mengatakan sudah membaik, pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, klien sudah bisa mobilitas dini, klien juga mengatakan sudah tidak takut lagi untuk bergerak, klien mengatakan sudah bisa berjalan secara mandiri ke toilet, tetapi klien mengatakan nyeri kadang masih muncul jika terlalu banyak bergerak. Pada luka klien juga sudah kering tanpa cairan yang keluar dari luka operasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang ditemukan dengan kasus post *Cholelithiasis* pada Ny.M yaitu :

1. Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka insisi)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan intervensi yang dilakukan setelah merumuskan diagnosa keperawatan langkah berikutnya merumuskan rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan ditunjukkan untuk integritas kulit membaik, meredakan nyeri dan meningkatkan mobilitas fisik, klien dan keluarga mematuhi apa yang telah di rencanakan dan melaksanakan anjuran rencana keperawatan dan pengobatan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil dalam rencana keperawatan.

4. Implementasi Keperawatan

Melaksanakan tindakan yang telah direncanakan tidak sepenuhnya penulis dapat melakukan sendiri, pemecahannya penulis bekerja sama dengan perawat ruangan dan keluarga dalam melaksanakan tindakan keperawatan ada beberapa tindakan kolaborasi sesuai dengan intervensi, yaitu kolaborasi dengan perawat ruangan dan kolaborasi dengan keluarga. Telah diperiksa keadaan klien pada saat mau pulang klien mengatakan sudah membaik, klien mengatakan nyeri sudah berkurang dan sudah jarang timbul, klien juga mengatakan sudah tidak takut lagi

untuk bergerak, klien sudah bisa berjalan secara mandiri serta luka post operasi telah kering.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada Ny.M selama 4 hari perawatan, semua rencana tindakan telah teratasi. Klien pulang pada tanggal 28 Mei 2022 pada pukul 12.00 WIB, sebelum pulang klien diberikan pendidikan kesehatan seperti:

1. Mengarahkan klien untuk mengonsumsi obat yang diberikan secara teratur
2. Menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang banyak mengandung protein seperti telur
3. Menganjurkan klien untuk kontrol ke poli pada tanggal 1 Juni 2022

5.2 Saran

Penerapan proses keperawatan pada *Post Cholelithiasis* penulis ingin memberikan saran-saran yang mungkin nantinya dapat berguna bagi klien khususnya dan perawat pada umumnya, yaitu :

1. Klien

Bagi klien diharapkan dapat mengikuti dan bekerja sama dalam proses keperawatan sehingga terapi dan pengobatan pada klien dapat dilaksanakan dengan baik sehingga kesembuhan klien dapat tercapai dengan maksimal.

2. Rumah sakit

Penulis mengharapkan pihak rumah sakit dapat menyediakan dan memfasilitasi apa yang dibutuhkan oleh klien untuk penyembuhan, seperti perlengkapan ADL klien seperti ruang kamar mandi yang bersih sehingga dapat memberikan kenyamanan pada diri klien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi. Kamar mandi yang bersih juga dapat menurunkan resiko jatuh pada pasien karena terpeleset.

3. Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan pada fasilitas perpustakaan agar dapat mempertahankan untuk menyediakan, melengkapi dan memperbanyak buku-buku tentang keperawatan medikal bedah khususnya *Post Cholelithiasis* sebagai landasan teori mahasiswa agar memperoleh pengetahuan yang lebih luas tentang keperawatan pada klien dengan berbagai macam penyakit. Fasilitas internet diharapkan mahasiswa lebih memanfaatkan untuk keperluan pembelajaran dan pendidikan yang menyangkut tentang perkuliahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, K., dkk. (2017). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan pre operasi terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di RSUD Kudus*, 6(2), 139–148.
- A. Nurarif, H. K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC*. (3, Ed.). Jogjakarta: Mediacion publishing.
- Brunner & Suddarth. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta EGC.
- Chang, Y. R., dkk. (2013). *Changes in demographic features of gallstone disease: 30 years of surgically treated patients. Gut and Liver*.
- Delmafildasari. (2015). *Konsep Perawatan Luka*.
- Doenges, M. E., (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Farista&Sandi. (2015). *Karya Tulis Imiah Asuhan Keperawatan Post Operasi dengan Nyeri*. Surakarta
- Febyan., dkk. (2017). *Karakteristik Penderita Kolelitiasis Berdasarkan Faktor Resiko di Rumah Saki Umum Daerah Koja*. J.Kedokt Meditek, 23(63), 50-56.
- Gagola, P., dkk. (2015). *Gambaran ultrasonografi batu empedu pada pria & wanita. Manado : Jurnal e-Clinic (eCl)*. Vol. 3, No. 1: 428- 429.*Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan*.
- Harahap, E. E. (2019). *Melaksanakan Evaluasi Asuhan Keperawatan Untuk Melengkapi Proses Keperawatan*.
- Heuman, D. (2017). *Gallstones (Cholelithiasis): Practice Essentials, Background, Pathophysiology*.
- Inayah, I.(2004). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Jakarta: Salema Medika.
- Lampignano, J.P. dan Kendrick,L.E. (2017). *Bontrager's Radiographic Positioningand Related Anatomy*. Ninth. StLouis: Elsevier.
- Lestari,S. (2016). *Efektifitas Antara Perawatan Luka Dengan Menggunakan Nacl 0,9% Dan Betadin Terhadap Proses Penyembuhan Luka Post Operasi*. Cirebon : Jurnal Kesehatan
- Lukaningsih & Zuyina, L. (2014). *Pengembangan Kepribadian*. Yogyakarta: Mulia Medika.

- Muttaqin, Arif & Kumala Sari. (2013). *Gangguan Gastrointestinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ndraha, S., dkk. (2014). *Profil Kolelitiasis Pada Hail Ultrasonografi*. Jakarta: J. Kedokteran Meditok. Vol. 20, No. 53: 8-10.
- Nuari, N. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta Timur: CV.Trans Info Medika.
- Pearce, E. (2002). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta : Pene Buku Gramedia.
- Potter, & Perry, A. G. 2015. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume.2*. Jakarta: EGC
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Rekam Medik RSUD Curup. (2022). *Cholelithiasis di Ruang Rawat Inap Anggrek RSUD Curup*: Rekam Medik RSUD Curup
- Riskesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2018*. Jakarta: Badan dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Soleh, S. (2013). *Buku Panduan Lengkap Penyakit Dalam*. Jogjakarta: DIVA Press.
- Sunarsih, R. (2016). *Kebutuhan Dasar Manusia II*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Stinton, L., dkk. (2012). *Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer*. *Gut and Liver*, 6(2), 172–187.
- Tuuk, Andreyne., Panelewen, J., & Noersasongko, A. (2016). *Profil Kasus Batu Empedu*. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, Vol. 4, No. 2.
- Uswatun, H. (2015). *Mengenal Penyakit Batu Empedu*. Bandung: *Jurnal Keluarga Sehat Sejahtera* Vol. 13, No.26: 28-30.
- Yeni, B., & Ukur, S. (2019). *Latar Belakang Tujuan Metode Hasil Pembahasan*. 1–5.
- Wibowo, S., dkk. (2010). *Saluran empedu dan hati*. Dalam: *Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi ke 3*. Jakarta: EGC.

LAMPIRAN 1

Standard Operational Procedure (SOP) PERAWATAN LUKA

NO	BUTIR EVALUASI		
A.	INPUT :		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Alat-alat instrument 1. Pinset anatomi 2 buah 2. Gunting heating up 1 buah 3. Gunting verban 1 buah 4. Kom kecil 3 buah 5. Bak instrument sedang 1 buah 6. Tromol kasa 1 buah 7. Bengkok 2 buah 8. Duk bolong 1 buah 9. Kom kecil 3 buah </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Alat-alat habis pakai a. Handscoon steril 2 pasang b. Larutan normal salin/NaCl c. Sduit 20cc d. Perlak dan pengalask e. Kasa steril f. Hipafix 1gulung g. Kasa gulung h. Obat-obat topical (salpdll) i. Kapas Acetone/alcohol j. Plaster (warna coklat, warna putih dan transparan film) k. Kantong plastic tempat sampah </td> </tr> </table>	Alat-alat instrument 1. Pinset anatomi 2 buah 2. Gunting heating up 1 buah 3. Gunting verban 1 buah 4. Kom kecil 3 buah 5. Bak instrument sedang 1 buah 6. Tromol kasa 1 buah 7. Bengkok 2 buah 8. Duk bolong 1 buah 9. Kom kecil 3 buah	Alat-alat habis pakai a. Handscoon steril 2 pasang b. Larutan normal salin/NaCl c. Sduit 20cc d. Perlak dan pengalask e. Kasa steril f. Hipafix 1gulung g. Kasa gulung h. Obat-obat topical (salpdll) i. Kapas Acetone/alcohol j. Plaster (warna coklat, warna putih dan transparan film) k. Kantong plastic tempat sampah
Alat-alat instrument 1. Pinset anatomi 2 buah 2. Gunting heating up 1 buah 3. Gunting verban 1 buah 4. Kom kecil 3 buah 5. Bak instrument sedang 1 buah 6. Tromol kasa 1 buah 7. Bengkok 2 buah 8. Duk bolong 1 buah 9. Kom kecil 3 buah	Alat-alat habis pakai a. Handscoon steril 2 pasang b. Larutan normal salin/NaCl c. Sduit 20cc d. Perlak dan pengalask e. Kasa steril f. Hipafix 1gulung g. Kasa gulung h. Obat-obat topical (salpdll) i. Kapas Acetone/alcohol j. Plaster (warna coklat, warna putih dan transparan film) k. Kantong plastic tempat sampah		
B	PROSES		
a.	Pesiapan Pasien : Lakukan Informed Conccent Atur posisi pasien sesuai indikasi		
b.	Persiapan Lingkungan Atur Posisi Senyaman Mungkin, cukup cahaya dan terjaga Privacy		
c.	Persiapan Alat Dekatkan alat ke pasien dan perawat		
d.	Pelaksanaan Tindakan Lakukan perawatan luka dengan prinsip steril		
1	Dekatkan alat-alat dan diatur sedemikian rupa sehingga aman dan nyaman menggunakannya		
2	Cuci tangan		
3	Siapkan alat-alat steril dan tidak steril sebelum menggunakan handscoon		

4	Siapkan alat-alat habis pakai sesuai kebutuhan
5	Pasang perlak dan alas
6	Pasang handscoon
7	Pasang duk bolong
8	Lepas plaster dengan cara basahi dengan acetone/alcohol pada plaster lalu plaster dibuka dengan pelan
9	Lepaskan balutan lapis demi lapis, bila lengket basahi/lembabkan dengan NaCl
10	Amati keadaan luka, apakah mulai mengering, amati apakah ada kemerahan, pus, darah dan jahitan terlepas
11	Desinfektan/bersihkan sekitar luka menggunakan antiseptic
12	Kemudian bersihkan dengan larutan normal salin atau NaCl 0,9%
13	Jika luka merapat, tidak ada tanda infeksi dan sudah waktunya diangkat jahitan (sesuai tempat ,jenis dan kondisi luka op)lakukan angkat jahitan
14	Ambil kasa steril 1 lembar dan letakkan didekat luka sebagai tempat benang jahitan yang sudah dibuka
15	Lakukan heating up dengan cara menggunakan pinset jepit simpul luka dan tarik sedikit
16	Lalu gunting benang penjahit dengan menggunakan gunting up heating dibawah simpul
17	Tarik simpul/benang secara perlahan sementara gunting menahan area luka yang ditarik benang penjahitnya, lakukan prosedur pada jahitan secara selang seling (tidak langsung diangkat semua)
18	Bersihkan luka dengan larutan desinfektan
19	Bilas dengan normal salin/NaCl 0,9%
20	dan beri obat topical jika diperlukan
21	Tutup luka dengan kassa steril
22	Pasang hipafik diatas kassa
23	Masukkan alat yang sudah dipakai ke bengkok yang berisi desinfektan
24	Rapikan pasien
25	Lepas hands scond dan cuci tangan
26	Dokumentasikan keadaan luka
27	Berpamitan kepada pasien

LAMPIRAN 2

BIODATA

Nama : Noviarti Zahara

Tempat dan tanggal lahir : Curup, 20 November 2000

Agama : Islam

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Tunas Harapan

Riwayat Pendidikan : 1. TK Pertiwi Rejang Lebong
2. SDN 09 Curup Tengah
3. SMPN 01 Curup Utara
4. SMAN 01 Curup

LAMPIRAN 3

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Noviarti Zahara

NIM : P00320119032

Judul Proposal KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan *Pre dan Post Cholelithiasis* di Ruang Anggrek RSUD Curup

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa proposal ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak di kemudian hari terbukti dalam Karya Tulis Ilmiah ini ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 04 Juli 2022
Yang Menyatakan



Noviarti Zahara
P00320119032

Poltekkes Kemenkes Bengkulu

LAMPIRAN 4

	PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114	
Nomor	: 42/RSUD – DIKLAT/2022	Curup, 24 Mei 2022
Sifat	: Biasa	Kepada Yth :
Lampiran	: -	Karu Anggrek
Perihal	: Pengambilan Kasus Tugas Akhir	Di
		<u>RSUD Curup</u>
<p>Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes Program Diploma Tiga Kemenkes Bengkulu Nomor .KH.03.01/0104/6/V/2022 Tanggal 25 Mei 2022, Perihal Permohonan Izin Pengambilan kasus Tugas akhir Mahasiswa :</p>		
Nama	: Noviarti Zahara	
NIM	: P00320119032	
Prodi	: D.III Keperawatan	
Tanggal	: 24 s d 26 Mei 2022	
Judul	: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan post cholelithiasis diruangan Anggrek RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.	
<p>Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan memberikan informasi Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.</p>		
<p>An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup Kepala Bagian Administrasi Ub Kasubag Umum dan Kepegawaian</p>		
		

LAMPIRAN 5



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 82 /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di RSUD Curup

Curup, 27 Juni 2022
Kepada Yth,
Direktur Prodi Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Di -
Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: KH.03.01/0104/6/N/2022 tanggal 25 Mei 2022, Perihal Surat Pengantar Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : NOVIARTI ZAHARA
NIM : P0 0320119032
Jurusan : Keperawatan Program Diploma Tiga
Waktu Penelitian : 24 s/d 26 Mei 2022
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan *Post Cholelithiasis* diruang Anggrek RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

An. Direktur RSUD Curup
Kepala Bagian Administrasi



DWI PRASETYO, SKM
NIP. 19710071992031003



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Noviarti Zahara
 NIM : P00320119032
 NAMA PEMBIMBING : Chandra Buana, SST, MPH
 JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M Dengan
Pre dan Post Operasi Cholelithiasis Di Ruang
 Rawat Inap Angrek RSUD Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Kamis 6 Januari 2022	1. Judul <i>Cholelithiasis</i> 2. Perbaiki bab 1 3. Lanjutkan bab 2	
2	Jumat 14 Januari 2022	1. Perbaiki latar belakang 2. Tambahkan konsep asuhan keperawatan Cholelithiasis	
3.	Jumat 25 Maret 2022	1. Tambahkan jurnal penelitian	

4.	Rabu 26 Januari 2022	1. Perbaiki penulisan profosal 2. Perbaiki pathway	
5.	Kamis 27 Januari 2022	1. Lengkapi Asuhan Keperawatan batu empedu 2. Perbaiki sesuai dengan panduan	
6.	Jumat 11 Maret 2022	1. Perbaiki daftar pustaka 2. Buat PPT	
7.	Jumat 18 Maret 2022	1. AAC profosal dan PPT	
8.	Kamis 16 Juni 2022	1. Perbaiki bab 3 2. Lanjutkan bab 4 dan 5	
9.	Selasa 21 Juni 2022	1. Perbaiki bab 3 2. Kesimpulan pada bab 5 di persingkat	
10.	Kamis 22 Juni 2022	1. Perbaiki penulisan dan kurangi kesalahan dalam penulisan	

11.	Jumat 23 Juni 2022	1. Tambahkan jurnal pada bab 5	
12.	Senin 27 Juni 2022	1. Perbaiki lembar pengesahan 2. Lengkapi PPT	
13.	Selasa 28 Juni 2022	1. ACC KTI dan PPT 2. Persiapan ujian	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep.
NIP: 197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Noviarti Zahara
 NIM : P00320119032
 NAMAKETUA PENGUJI : Mulyadi, M. Kep
 JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M Dengan *Pre* dan *Post* Operasi *Cholelithiasis* Di Ruang Rawat Inap Anggrek RSUD Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Rabu 18 Mei 2022	1. Perbaiki penulisan	
2.	Kamis 19 Mei 2022	1. Tambahkan konsep teori asuhan keperawatan dari Doenges	
3.	Jumat 20 Mei 2022	1. ACC profosal lanjutkan penelitian	
4.	Kamis 28 Juli 2022	1. ACC KTI	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Noviarti Zahara
 NIM : P00320119032
 NAMA PENGUJI 1 : Eliya Yusnita S,Kep Ners
 JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M Dengan *Pre* dan *Post* Operasi *Cholelithiasis* Di Ruang Rawat Inap Angrek RSUD Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat 13 Mei 2022	1. Perbaiki manifestasi klinis 2. Perbaiki latar belakang (fenomena dan komplikasi) 3. Perbaiki WOC dan patofisiologi 4. Perbaiki penatalaksanaan	
2.	Sabtu 14 Mei 2022	1. Lanjutkan penelitian 2. ACC Profosal	
3.	Rabu 27 Juli 2022	1. Perbaiki terapi obat dan penkes pulang 2. ACC KTI	

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

DOKUMENTASI KEGIATAN

