

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST
OPERASI *CHOLESICTOMY* DENGAN
NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV
RSUD Dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar
Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) pada Prodi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

DENI. Z

AKX.16.109



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Deni. Z

NIM : AKX.16.109

Prodi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi
Cholesistectomy Dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV
RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau saya dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 15 April 2019
Yang membuat pernyataan



Deni. Z
AKX.16.109

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST
OPERASI *CHOLESICTOMY* DENGAN
NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV
RSUD Dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

OLEH

**DENI. Z
AKX.16.109**

Karya tulis ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera
dibawah ini

Menyetujui,

Pembimbing Utama



**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
NIK : 1011603**

Pembimbing Pendamping



**Hi. Kusrandi, BSc.An
NIK : 10115179**

**Mengetahui,
Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
NIK : 1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
CHOLESISTECTOMY DENGAN NYERI AKUT DI
RUANGAN MELATI IV RSUD Dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

OLEH:

DEN I. Z

AKX.16.109

Telah berhasil di pertahankan dan di uji diharapkan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal Mei 2019

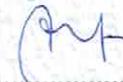
PANITIA PENGUJI

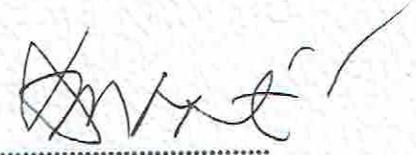
Ketua: Tuti Suprapti, S.kp.,M.Kep

(Pembimbing Utama)

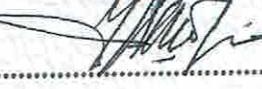
Anggota:

1. Agus M. D, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes
2. Rizki Muliani, S. Kep., Ners
3. Hi. Kusnadi, BSc.An


.....


.....


.....


.....

**Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua**


**Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep
NIK: 10107064**

ABSTRAK

Latar Belakang : Cholelithiasis adalah batu yang terdapat dalam kantung empedu dan sepanjang saluran empedu yang faktor predisposisinya dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, pola hidup tidak sehat, infeksi dan beberapa penyakit sistem pencernaan. *Cholesistectomy* adalah pengangkatan kandung empedu. Nyeri merupakan keluhan yang paling sering diungkapkan pasien post operasi *cholesistectomy*. Post Operasi *Cholesistectomy* perlu penanganan yang komprehensif supaya tidak terjadi gangguan terhadap kebutuhan dasar manusia seperti nyeri akut. **Metode:** Metode yang dipakai yaitu studi kasus dengan cara pengumpulan data, observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi yang dilakukan pada dua klien Post Operasi *Cholesistectomy* dengan nyeri akut. Masalah yang terdapat pada dua klien diantaranya : Nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, resiko infeksi. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 dan 2 dapat teratasi pada hari ke 4 (POD3). **Diskusi :** Klien dengan masalah keperawatan nyeri akut terjadi penurunan nyeri pada klien 1 dan 2. Hal ini disebabkan karena nyeri tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien post operasi *cholesistectomy* hal ini di pengaruhi oleh tehnik operasi dan kondisi serta status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata Kunci : Cholelithiasis, *Cholesistectomy*, Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 19 Buku (2009-2018), 3 Jurnal (2011-2017).

ABSTRACT

Background: Cholelithiasis is a stone found in the gallbladder and along the bile duct whose predisposed factors are influenced by age, sex, unhealthy lifestyle, infection and some digestive system diseases. *Cholesistectomy* is the removal of the stomach. Pain is a complaint that is most often expressed by patients postoperative *cholesistectomy*. Post Surgery *Cholesistectomy* requires comprehensive treatment so that there is no disruption to basic human needs such as acute pain. **Method:** The method used is a case study by collecting data, observations, interviews, physical examinations and documentation studies conducted on two clients of Post Surgery *Cholesistectomy* with acute pain. Problems found in two clients include: Acute pain, physical mobility barriers, risk of infection. **Results:** After nursing care by providing nursing intervention, nursing problems of acute pain in clients 1 and 2 can be resolved on day 4 (POD3). **Discussion:** Clients with nursing problems with acute pain have decreased pain in clients 1 and 2. This is because pain does not always have the same response in each postoperative *cholesistectomy* client, this is influenced by the operating technique and the condition and previous health status of the client. So that nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems for each client.

Keywords: Cholelithiasis, *Cholesistectomy*, Acute Pain, Nursing Care
References: 19 Books (2009-2018), 3 Journals (2011-2017).

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI *CHOLESISTEKTOMY* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA" dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH,M,Pd, MH.Kes selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Hj.Tuti Suprapti,S,Kp.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Staf Dosen dan Prodi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.
5. Hj.Tuti Suprapti,S,Kp.,M.kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Hi. Kusnadi, BSc.An selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan tugas akhir perkuliahan ini
7. dr.Hi.Wasisto Hidayat,M.Kes. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Soekardjo Tasikmalaya yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

8. Roni S.Kep. Ners. selaku CI Ruang Mawar, beserta Staf yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya .
9. Kepada Ayahanda tercinta Zaiban dan Ibunda tercinta Asmaniar, yang selalu memberikan semangat, motivasi dan dukungan baik secara moril maupun materil, pengorbanan, pengertian, kesabaran, kasih sayang yang sangat tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Kepada Alm. Bella Anggraini, Fazrul, Aisa, Artha, Alvi, Fadhlu, Naufal, Yudi, Teguh, Tauhid, Faisal, Andre, Tama, Padil, Aslam, Pram, Anggara, Nurin, dan teman-teman seperjuangan Anestesi angkatan XII yang telah memberi kenangan tak terlupakan selama masa perkuliahan serta dukungan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan dan kelemahan sehingga penulis sangat mengharapkan segala kritik dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 15 April 2019

Penulis

Deni z

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstract.....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Bagan.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Daftar Lambang, Singkatan, Istilah.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan.....	4
1.3.1. Tujuan Umum.....	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	5
1.4. Manfaat.....	5
1.4.1. Bagi Penulis.....	5
1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan.....	6
1.4.3. Bagi Rumah Sakit.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Penyakit Cholelithiasis.....	7
2.1.1. Definisi.....	7
2.1.2. Anatomi dan Fisiologi Kandung Empedu.....	8
2.1.3. Etiologi.....	10
2.1.4. Manifestasi Klinis.....	11
2.1.5. Patofisiologi.....	12
2.1.6. Klasifikasi Cholelithiasis.....	16
2.1.7. Komplikasi.....	17
2.1.8. Penatalaksanaan.....	17
2.1.9. Pemeriksaan Penunjang.....	18
2.2. Konsep <i>Cholesistektomy</i>	18
2.2.1. Pengertian.....	18
2.2.2. Macam-macam <i>Cholesistektomy</i>	19
2.2.3. Indikasi.....	19
2.2.4. Dampak.....	20
2.3. Konsep Nyeri.....	21
2.3.1. Definisi.....	21
2.3.2. Sifat Nyeri.....	21

2.3.3.	Klasifikasi Nyeri.....	22
2.3.4.	Batasan Karakteristik Nyeri.....	22
2.3.5.	Penanganan Nyeri.....	23
2.3.6.	Pengkajian Skala Nyeri.....	25
2.4.	Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi <i>Cholesistektomy</i>	27
2.4.1.	Pengkajian.....	17
2.4.2.	Diagnosa Keperawatan.....	38
2.4.3.	Rencana Keperawatan.....	39
2.4.4.	Implementasi.....	51
2.4.5.	Evaluasi.....	52
BAB III METODE PENULISAN KTI		
3.1.	Desain Penelitian.....	55
3.2.	Batasan Istilah.....	55
3.3.	Partisipan/Responden/Subjek/Penelitian.....	56
3.4.	Lokasi dan waktu penelitian.....	57
3.5.	Pengumpulan Data.....	57
3.6.	Uji Keabsahan Data.....	58
3.7.	Analisa Data.....	59
3.8.	Etik Penelitian.....	60
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1.	Hasil.....	64
4.1.1.	Gambaran Lokasi Pengembalian Data.....	64
4.1.2.	Pengkajian.....	65
4.1.3.	Diagnosa Keperawatan.....	77
4.1.4.	Perencanaan.....	78
4.1.5.	Implementasi.....	80
4.1.6.	Evaluasi.....	85
4.2.	Pembahasan.....	86
4.2.1.	Pengkajian.....	86
4.2.2.	Diagnosa Keperawatan.....	88
4.2.3.	Perencanaan.....	90
4.2.4.	Implementasi.....	90
4.2.5.	Evaluasi.....	93
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		
5.1.	Kesimpulan.....	94
5.1.1.	Pengkajian.....	94
5.1.2.	Diagnosa.....	94
5.1.3.	Perencanaan.....	95
5.1.4.	Implementasi.....	95
5.1.5.	Evaluasi.....	95
5.2.	Saran.....	96
5.2.1.	Untuk Institusi Pendidikan.....	96
5.2.2.	Untuk Rumah Sakit.....	96
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Nyeri akut b.d respon tubuh kerusakan jaringan lunak pasca bedah.....	39
Tabel 2.2	Ketidakefektifan pola nafas b.d nyeri, kerusakan muskular, kelelahan.....	40
Tabel 2.3	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake makanan yang kurang adekuat.....	42
Tabel 2.4	Kerusakan integritas kulit/jaringan b.d substansi kimia empedu, obesitas, gangguan status metabolic.....	43
Tabel 2.5	Defisiensi pengetahuan b.d kurang paparan informasi,tidak familier dengan sumber informasi,kurang mengingat kembali.....	46
Tabel 2.6	Resiko kekurangan volume cairan b.d kehilangan drainase kandung empedu, intake, gangguan koagulasi.....	48
Tabel 2.7	Resiko tinggi infeksi b.d adanya <i>port de entee</i> luka pasca bedah.....	50
Tabel 4.1	Identitas dan Riwayat Penyakit.....	65
Tabel 4.2	Perubahan Aktivitas Sehari-hari.....	67
Tabel 4.3	Pemeriksaan Fisik (Pendekatan Sistem).....	68
Tabel 4.4	Pemeriksaan Psikologi.....	72
Tabel 4.5	Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	73
Tabel 4.6	Pemberian Therapy.....	74
Tabel 4.7	Analisa Data.....	74

Tabel 4.8	Diagnosa Keperawatan.....	77
Tabel 4.9	Perencanaan Keperawatan.....	78
Tabel 4.10	Implementasi.....	80
Tabel 4.11	Evaluasi.....	85

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Patofisiologi.....	15
-----------	--------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Anatomi Kandung Empedu.....	8
Gambar 2.2	Skala Wajah.....	26

DAFTAR SINGKATAN

b.d	: Berhubungan Dengan
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BHP	: <i>Benign Prostatic Hyperplasia</i>
C	: Celsius
CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
Cm	: Centimeter
dl	: Desiliter
dr.	: Dokter
ERCP	: <i>Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
Gr	: Gram
IMT	: Indeks Masa Tubuh
IRT	: Ibu Rumah Tangga
IV	: Intravena
L	: Liter
ml	: Mililiter
mm	: Milimeter

N : Nervus

NANDA: *North American Nursing Diagnosis*

Ny : Nyonya

POD : *Post-Operative Days*

RL : Ringer Laktat

RS : Rumah Sakit

RSCM : Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo

RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah

RSUP : Rumah Sakit Umum Pusat

RT : Rukun Tetangga

RW : Rukun Warga

SC : *Cection Cesareae*

TENS : *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*

Tn : Tuan

TTL : Tempat Tanggal Lahir

ttpm : Tetesan Infus Per Menit

TTV : Tanda-tanda Vital

U : Unit

USG : *Ultrasonography*

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Konsul KTI
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Lembar Observasi
- Lampiran 4 : SOP Relaksasi Genggam Jari
- Lampiran 5 : Lembar Justifikasi
- Lampiran 6 : Format Review Artikel
- Lampiran 7 : Jurnal Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Adaptasi masyarakat terhadap kondisi dan lingkungan membuat masyarakat mengubah perilaku dan gaya hidup mereka salah satunya perubahan perilaku dan gaya hidup yang dilakukan masyarakat adalah terkait kebiasaan dalam mengonsumsi makanan cepat saji, berlemak, dan berkolesterol. Makanan yang berlemak dan berkolesterol dapat menimbulkan berbagai macam penyakit seperti hipertensi, jantung koroner, dan salah satunya penyakit cholelithiasis (Muttaqin & Sari, 2013).

Cholelithiasis adalah penyakit batu empedu yang di temukan di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu atau pada kedua – duannya (Diyono, 2013). Adapun faktor resiko yang menyebabkan seseorang terkena cholelithiasis adalah usia, jenis kelamin perempuan, berat badan, makanan, kehamilan, statis bilier, obat-obatan, keturunan, infeksi bilier, gangguan intersinal. Orang dengan usia lebih dari 40 tahun lebih cenderung untuk terkena cholelithiasis dibandingkan dengan orang usia lebih muda, orang dengan indikasi masa tumbuh (IMT) tinggi, mempunyai resiko lebih tinggi untuk terjadi cholelithiasis (Muttaqin & Sari, 2013).

Menurut *World Health Organization* (WHO) menyebutkan prevalensi batu empedu pada wanita Amerika Serikat meningkat sekitar 1% per tahun, sedangkan pada pria sekitar 0,5% per tahun. Batu empedu yang ditemukan 80% batu adalah kolestrol dan 20% pigmen yang setiap tahun sekitar 500.000 orang mengalami gejala atau komplikasi dari batu empedu yang membutuhkan penanganan bedah yaitu *cholesistektomy*. Sekitar 7000 kematian di sebabkan oleh komplikasi dari cholelithiasis seperti pankreatitis akut (Muttaqim & Sari, 2013).

Penelitian di RSCM Jakarta dari 51 pasien di bagian Hepatologi ditemukan 73% pasien yang menderita penyakit batu empedu pigmen dan batu kolestrol. Sedangkan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menyatakan bahwa insiden batu empedu lebih banyak terjadi pada perempuan di bandingkan laki-laki (Nurhadi, 2011).

Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya periode Januari - Desember 2018 Cholelithiasis merupakan 10 penyakit terbanyak. Urutan pertama dari 10 penyakit terbanyak diantaranya urutan pertama adalah Soft Tissue Tumor (STT) dengan jumlah 237 kasus (30,8%), Hernia inguinalis lateral dengan jumlah 201 kasus (22,5%), Tumor Mammae dengan jumlah 173 kasus (19,5%), Limfadenopati dengan jumlah 59 kasus (6,6%), Struma Nontoksik (SNNT) dengan jumlah 446 kasus (5,1%), Benigna Prostat Hiperplasi dengan jumlah 44 kasus (4,9%), Appendiksitis dengan jumlah 39 kasus (4,4%),

Cholelithiasis dengan jumlah 39 kasus (4,4%), Union fraktur dengan jumlah 28 kasus (3,2%) dan Impacted dengan jumlah 20 kasus (2,3%).

Cholelithiasis atau batu dalam kandung empedu bisa menyumbat aliran empedu dari kandung empedu, Hal ini akan menyebabkan nyeri (Kolik bilier) atau peradangan kandung empedu (Cholesistitis). Batu ini bisa berpindah dari kandung empedu ke dalam saluran empedu sehingga terjadi jaundice (sakit kuning), karena menyumbat aliran empedu yang normal ke usus sehingga memerlukan tindakan pembedahan *cholesistektomy* yaitu pengangkatan kandung empedu (Brunner & Suddarth, 2013).

Masalah keperawatan yang muncul pada post operasi *cholesistektomy* adalah nyeri akut, masalah nyeri mengganggu kebutuhan dasar yaitu aktifitas sehari-hari. Sehingga memerlukan tindakan keperawatan yang dapat mengurangi masalah tersebut.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah penelitian karya tulis ilmiah dengan judul : **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi *Cholesistektomy* Dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV RSUD Dr. Soekarjdo Tasikmalaya 2019”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan rumusan masalah di atas maka diangkat rumusan masalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi *Cholesistektomy* dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penulis mampu mengaplikasikan ilmu dan peroleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah Nyeri Akut pada Post Operasi *Cholesistektomy* Di Ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien Post Operasi *Cholesistektomy* Dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2.1 Merumuskan diagnosa keperawatan yang diperoleh pada klien Post Operasi *Cholesistektomy* Dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

1.3.2.2. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Post Operasi *Cholesistektomy* Dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2.3. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, berikut dengan tujuan yang diharapkan pada klien Post

Post Operasi *Cholesistektomy* Dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV
RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

- 1.3.2.4. Mengevaluasi asuhan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada klien Post Post Operasi *Cholesistektomy* Dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

1.4. Manfaat

1.4.1. Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan wawasan dalam membuktikan apakah jurnal yang telah diteliti benar setelah dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan jurnal khususnya pada klien dengan Nyeri Akut akibat Post Operasi *Cholesistektomy*

1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan

1.4.2.1. Karya tulis ini dapat dipakai sebagai salah satu bahan bacaan kepustakaan.

1.4.2.2. Dapat sebagai wacana bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan yang akan datang.

1.4.2.3. Sebagai masukan dalam kegiatan belajar mengajar tentang asuhan keperawatan pada klien dengan masalah Nyeri Akut pada Post Operasi *Cholesistektomy* yang dapat digunakan sebagai acuan bagi praktek mahasiswa keperawatan.

1.4.3. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai bahan masukan perawat untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama pada klien dengan Nyeri Akut pada Post Operasi *Cholesistektomy*.

1.4.4. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan acuan untuk meningkatkan pelayanan pada klien dengan Nyeri Akut pada Post Operasi *Cholesistektomy*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Cholelithiasis

2.1.1. Definisi

Cholelithiasis adalah 90% batu kolesterol dengan komposisi kolesterol lebih dari 50%, atau bentuk campuran 20-50% berunsurkan kolesterol dan predisposisi dari batu kolesterol adalah orang dengan usia yang lebih dari 40 tahun, wanita, obesitas, kehamilan, serta penurunan berat badan yang terlalu cepat (Cahyono, 2014).

Cholelithiasis adalah batu empedu yang terdapat disepanjang saluran empedu. Lebih dari 90% klien dengan penyakit radang empedu akan menyebabkan terjadinya penyakit cholelithiasis (Diyono, 2013).

Cholesistectomy adalah pengangkatan kantung empedu melalui proses bedah. Tindakan ini adalah metode yang paling lazim dilakukan untuk mengatasi gejala batu empedu apa bila pengobatan melalui mulut melalui mulut tidak mungkin lagi dikerjakan (Haryono, 2012).

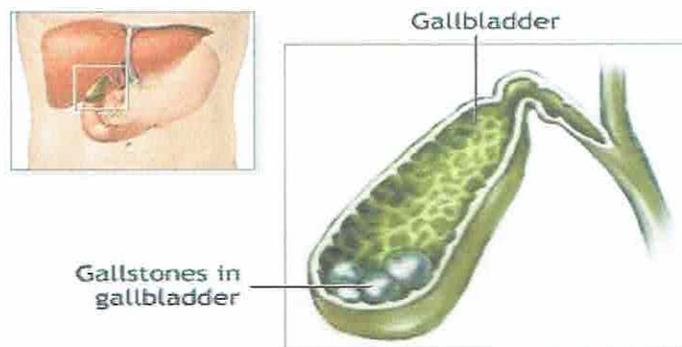
Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa cholelithiasis ialah batu yang terdapat dalam kantung empedu dan sepanjang saluran empedu yang

memerlukan tindakan pembedahan yaitu *cholesistectomy* atau pengangkatan kandung empedu.

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Kandung Empedu

1) Anatomi kandung empedu

Gambar 2.1 Anatomi Kandung Empedu (Muttaqin & Sari, 2013)



Saluran pencernaan makanan merupakan saluran yang menerima makanan dari luar dan mempersiapkan untuk di serap oleh tubuh dengan jalan proses pencernaan (pengunyahan, penelanan, dan pencampuran) dengan enzim dan zat yang terbentang mulai dari mulut sampai anus.

Susunan saluran pencernaan terdiri dari mulut, faring, esofagus, lambung, intestinum minor, intestinum mayor, rectum, dan anus. Alat-alat penghasil getah cerna antara lain kelenjar ludah, kelenjar getah lambung, kelenjar hati, kelenjar pankreas, kelenjar getah usus.

Kandung empedu adalah sebuah kantong berbentuk terong dan merupakan membran berotot. Letaknya di dalam sebuah lekukan di sebelah permukaan bawah hati, sampai di pinggiran depannya.

Panjangnya 8-1 cm dan dapat berisi kira-kira 60 cm. Kandung empedu terbagi dalam sebuah fundus, badan, dan leher serta terdiri atas tiga pembungkus:

- a) Disebelah luar pembungkus serosa peritoneal
- b) Disebelah tengah jaringan berotot tak bergaris
- c) Disebelah dalam membrane mukosa, yang bersambung dengan lapisan saluran empedu/ membran mukosanya memuat sel epitel silinder yang mengeluarkan secret musin dan cepat mengabsorpsi air dan elektrolit tetapi tidak garam empedu atau pigmen, karena itu empedunya menjadi pekat.

Duktus sistikus kira-kira 3,5 cm panjangnya. Berjalan dari leher kandung empedu dan bersambung dengan duktus hepatikus sambil membentuk saluran empedu ke duodenum (Mutaqqin & Sari, 2013).

2) Fisiologi kandung empedu

Kandung empedu dapat menyimpan 40-60 ml empedu. Empedu disimpan dalam kantong empedu selama periode interdigestif dan diantarkan ke duodenum setelah rangsangan makanan. Aliran cairan empedu diatur 3 faktor, yaitu sekresi empedu oleh hati, kontraksi kandung empedu, dan tahanan juga sfingter koledokus. Empedu memiliki fungsi, yaitu membantu pencernaan dan penyerapan lemak,

juga berperan membantu pembuangan limbah tubuh, salah satunya ialah haemoglobin yang berasal dari penghancuran eritrosit dan kolesterol yang berlebih, garam empedu meningkatkan kelarutan kolesterol, lemak, dan vitamin yang larut didalam lemak untuk membantu proses penyerapan, garam empedu melepas pelepasan air oleh usus besar untuk menggerakkan billirubin (pigmen utama dari empedu) dibuang kedalam empedu sebagai limbah dari eritrosit yang dihancurkan, serta obat dan limbah lainnya dibuang dalam empedu dan selanjutnya dibuang dari tubuh. Garam empedu kembali diserap kedalam usus halus, disuling oleh hati dan dialirkan kembali kedalam empedu (Cahyono, 2014).

2.1.3 Etiologi

Secara umum, menurut Sholeh (2012) etiologi cholelithiasis masih belum diketahui secara pasti. Namun, sejauh dari banyak riset yang dilakukan, faktor predisposisi yang menjadi paling penting untuk diketahui. Faktor predisposisi tersebut antara lain:

- 1) Usia lebih dari 60 tahun
- 2) Genetik
- 3) Jenis kelamin (wanita lebih sering, dikarenakan hormon estrogen meningkatkan saturasi kolesterol kandung empedu)
- 4) Kegemukan (maka kadar kolesterol dalam kandung empedu pun tinggi)
- 5) Infeksi saluran pencernaan

- 6) Dan kondisi klinis seperti diabetes, sirosis hati, pankreatitis, kangker kandung empedu, dan juga reseksi ileum).

2.1.4. Manifestasi Klinis

Menurut Brunner & Suddarth (2013) manifestasi klinis cholelithiasis yaitu:

- 1) Mungkin tersembunyi, tidak menimbulkan nyeri dan hanya dimanifestasikan dengan gejala gastroenteritis ringan seperti nyeri perut atau kram perut, diare, mual dan muntah, penurunan berat badan, demam dan menggigil atau sakit kepala.
- 2) Mungkin bersifat akut atau kronis dengan distres epigastrik (penuh, distensi abdomen, dan nyeri samar pada kuadran kanan atas) dapat terjadi setelah banyak memakan makanan gorengan atau berlemak.
- 3) Jika duktus sistikus terobstruksi, kantung empedu menjadi terdistensi, meradang, dan pada akhirnya terinfeksi; demam dan massa abdomen kanan atas yang menyiksa, menyebar ke punggung atau bahu kanan dengan mual dan muntah beberapa jam setelah makan makanan berat; gelisah, dan nyeri konstan atau nyeri kolik.
- 4) Ikterik yang disertai oleh gatal-gatal, pada kasus obstruksi duktus bilieris komunis, pada sebagian kecil pasien.
- 5) Urine bewarna sangat gelap, feses bewarna abu-abu atau seperti tanah liat.
- 6) Defisiensi vitamin A,D,E,K (vitamin larut lemak)

2.1.5. Patofisiologi

Cholelithiasis 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.

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.

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*.

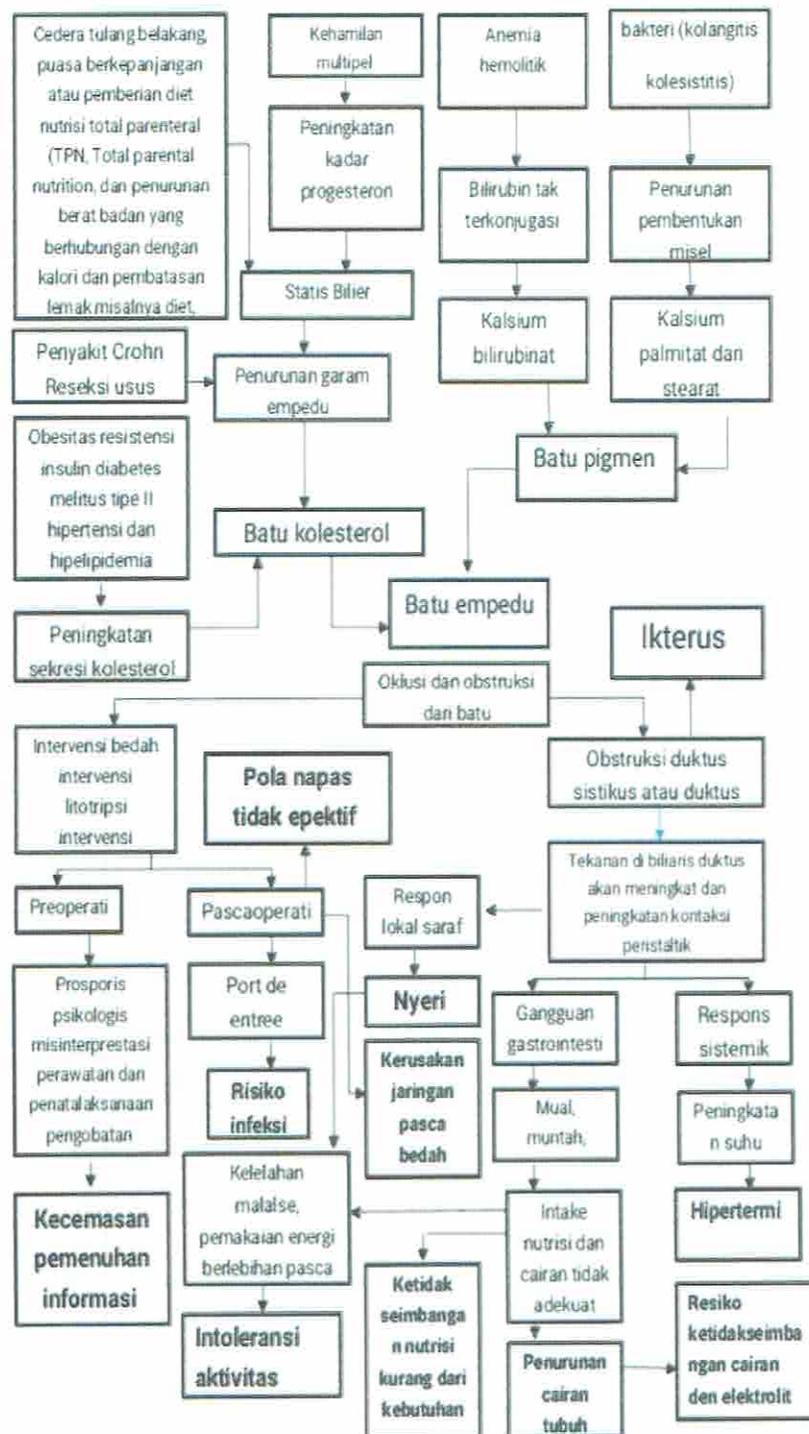
Empedu biasanya steril, tetapi dalam beberapa kondisi yang tidak biasa (misalnya diatas struktur bilier), mungkin terkolonisasi dengan bakteri. Bakteri menghidrolisis bilirubin terkonjugasi dan hasil peningkatan bilirubin tak terkonjugasi dapat menyebabkan presipitasi terbentuknya kristal kalsium bilirubinate. 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

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 tempat penyumbatan mengakibatkan nyeri visera di daerah epigastrium, mungkin dengan perjalanan ke punggung. Keluhan muntah dapat memberikan masalah keperawatan nyeri dan resiko ketidak seimbangan cairan. Respons nyeri dan gangguan gastrointestinal akan meningkatkan penurunan intake nutrisi, sedangkan anoreksia memberikan masalah keperawatan resiko ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan.

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 kecemasan dan pemenuhan informasi. (Muttaqin & Sari, 2013).

Bagan 2.1 Patofisiologi Cholelithiasis (Muttaqin & Sari, 2013).



2.1.6. Klasifikasi Cholelithiasis

Menurut Sholeh (2012) gambaran makroskopis dan komposisi kimianya cholelithiasis di golongkan atas 3 golongan :

1) Batu kolesterol

Mengandung 70% kristal kolesterol, sedangkan sisanya kalsium karbonat dan kalsium bikarbonat. Bentuknya bervariasi dan hampir selalu berbentuk di dalam kandung empedu. Permukaannya licin atau multifaset, bulat, dan berduri. Proses pembentukan batu ini melalui empat tahap yaitu penjejukan empedu oleh kolesterol, pembentukan nidus atau sarang, kristalisasi, dan pertumbuhan batu.

2) Batu kalsium bilirubinan (pigmen coklat)

Batu ini mengandung 25 % kolesterol. Batu yang tidak banyak variasi ini sering ditemukan dalam bentuk tidak teratur, kecil-kecil, berjumlah banyak, dan warnanya bervariasi antara coklat, kemerahan, sampai hitam. Batu ini berbentuk seperti lumpur atau tanah yang rapuh 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 virtikula oleh makanan akan menyebabkan obstruksi intermiten duktus koledokus dan bendungan ini memudahkan timbulnya infeksi dan pembentukan batu.

2.1.7. Komplikasi

Menurut Sholeh (2012) komplikasi cholelithiasis adalah :

- 1) Colecystitis akut dan kronis
- 2) Peritonitis
- 3) Rupture dinding kandung empedu
- 4) Kolangitis
- 5) Abses hati
- 6) Sirosis bilier
- 7) Ikterus obstruktif

2.1.8. Penatalaksanaan

Tindakan medis dibawah ini biasanya dilaksanakan sebelum tindakan defenitif seperti pembedahan dikerjakan :

- 1) Penanganan non bedah
 - a) Analgesik yang mengandung narkotik untuk menangani kolik bilier (seperti Pethidine, Demarol)
 - b) Pasien dipuasakan; selang nagogastrik sebagai dekompresi (pengisapan) untuk mengurangi muntah
 - c) Terapi cairan perinfus
 - d) Antibiotik
 - e) Vitamin K. (Muttaqin & Sari, 2013)
 - f) Perubahan pola makan dengan menghindari atau mengurangi makanan berlekam
 - g) Lisis batu, peraluran batu dengan menggunakan metil butir eter

- h) Litotripsi batu empedu.
- i) Endoscopy (Sholeh, 2012).

2) Penanganan bedah

Pembedahan yang sering dilakukan menurut Haryono (2012) yaitu :

- a) *Cholesistostomy* (insisi dan drainase pada kandung empedu)
- b) *Cholesistektomy* (pengangkatan dari kandung empedu)
- c) *Choledokolitotomy* (pengambilan batu dari duktus koleduktus komunis)
- d) *Cholelitotomy* (pengambilan batu dari traktus bilie)

2.1.9. Pemeriksaan Penunjang

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

- 1) Pemeriksaan laboratorium (darah lengkap)
- 2) Pemeriksaan radiologi
- 3) USG, Kolesistografi oral, ERC
- 4) Foto polos abdomen.

2.2 Konsep *Cholesistektomy*

2.2.1 Pengertian

Cholesistektomy adalah pengangkatan kandung empedu melalui proses pembedahan, yang tekniknya dapat dilakukan dengan laparaskopi atau bedah terbuka (Yasmara, 2016).

Cholesistektomy adalah pengangkatan secara bedah kandung empedu untuk Cholecystitis akut dan kronis (Diyono, 2013).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa *cholesistektomy* ialah pengangkatan kandung empedu melalui proses pembedahan baik terbuka ataupun laparaskopi.

2.2.2 Macam-Macam *Cholesistektomy*

Menurut Yasmara (2016) *cholesistektomy* dibagi 2 yaitu :

1) *Cholesistektomy* laparaskopi

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

2) *Cholesistektomy* terbuka

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

2.2.3. Indikasi

Indikasi *cholesistektomy* menurut Yasmara (2016) ada 3 yaitu :

- 1) Penderita dengan batu empedu dibuktikan melalui pencitraan diagnostik melalui USG abdomen
- 2) Penderita kolesterolisis simtomatik yang dibuktikan melalui USG abdomen
- 3) Adenomatosis kandung empedu simtomatik.

2.2.4. Dampak

Menurut Bararah & Jauhar (2013) dampak pada sistem tubuh yang terjadi pada pasien post *cholesistektomy* yaitu :

1) Sistem pernafasan

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

2) Sistem kardiovaskuler

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

3) Sistem pencernaan

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

4) Sistem perkemihan

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

5) Sistem muskuloskeletal

Ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri

6) Sistem Integumen

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

2.3. Konsep Nyeri

2.3.1. Definisi

Nyeri di definisikan sebagai salah satu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya di ketahui bila seseorang pernah mengalaminya. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang. Nyeri terjadi bersama proses penyakit, pemeriksaan diagnostik dan proses pengobatan (Andarmayo, 2013).

2.3.2. Sifat Nyeri

Nyeri bersifat subjektif dan individual. Nyeri adalah segala sesuatu tentang yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan nyeri. Ada 4 atribut pasti untuk pengalaman nyeri antara lain : nyeri bersifat individual, tidak menyenangkan, merupakan kekuatan yang mendominasi dan bersifat tidak berkesudahan (Andarmayo, 2013).

2.3.3. Klasifikasi Nyeri

Menurut Andarmayo (2013) nyeri diklasifikasikan sebagai berikut :

1) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang timbul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau di gambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik.

2.3.4. Batasan Karakteristik Nyeri

Menurut NANDA (2018) karakteristik nyeri sebagai berikut

- 1) Perubahan selera makan
- 2) Perubahan tekanan darah
- 3) Perubahan frekuensi jantung
- 4) Perubahan frekuensi pernafasan
- 5) Mengekspresikan perilaku (misalnya gelisah, merengek, menangis)
- 6) Melaporkan nyeri secara verbal
- 7) Gangguan tidur

2.3.5. Penanganan Nyeri

1) Management Nyeri Farmakologi

Management Nyeri Farmakologi dimana therapy menggunakan obat analgetik yang diberikan guna mengganggu atau memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri (Andarmayo, 2013).

2) Management Nyeri Non Farmakologi

Menurut Prasetyo (2010) management nyeri Nonfarmakologi dibagi menjadi :

a) Stimulasi kulit.

Massase kulit memberikan efek penurunan kecemasan dan ketegangan otot. Rangsangan masase otot ini dipercaya akan merangsang serabut berdiameter besar, sehingga mampu mampu memblok atau menurunkan impuls nyeri.

b) Stimulasi electric (TENS).

Cara kerja dari sistem ini masih belum jelas, salah satu pemikiran adalah cara ini bisa melepaskan endorfin, sehingga bisa memblok stimulasi nyeri. Bisa dilakukan dengan massase, mandi air hangat, kompres dengan kantong es dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS/ transcutaneous electrical nerve stimulation). TENS merupakan stimulasi pada kulit dengan menggunakan arus listrik ringan yang dihantarkan melalui elektroda luar.

c) Akupuntur.

Akupuntur merupakan pengobatan yang sudah sejak lama digunakan untuk mengobati nyeri. Jarum – jarum kecil yang dimasukkan pada kulit, bertujuan menyentuh titik-titik tertentu, tergantung pada lokasi nyeri, yang dapat memblokir transmisi nyeri ke otak.

d) Relaksasi.

Relaksasi otot rangka dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri. Teknik relaksasi mungkin perlu diajarkan beberapa kali agar mencapai hasil optimal. Dengan relaksasi pasien dapat mengubah persepsi terhadap nyeri.

e) Distraksi.

Distraksi, yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri, dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab pada teknik kognitif efektif lainnya (Imajinasi Terbimbing).

Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Jika imajinasi terpadu diharapkan agar efektif, di butuhkan waktu yang banyak untuk menjelaskan tekniknya dan waktu untuk pasien mempraktekkannya.

f) Hipnosis.

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Teknik ini mungkin membantu dalam memberikan peredaan pada nyeri terutama dalam situasi sulit.

g) Relaksasi genggam jari

Relaksasi genggam jari dapat menurunkan skala nyeri karena dengan melakukan tehnik relaksasi genggam jari apa bila sering dilakukan di saat merasakan nyeri maka nyeri pun akan berkurang (Aini at all 2017)

2.3.6. Pengkajian Skala Nyeri

Pengkajian nyeri menurut Potter & Perry (2014) yaitu :

1) *Numeric Rating Scale*

Lebih digunakan sebagai pengganti alat pengganti dan pendeskripsi kata. Dalam hal ini klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala penting efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : Secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

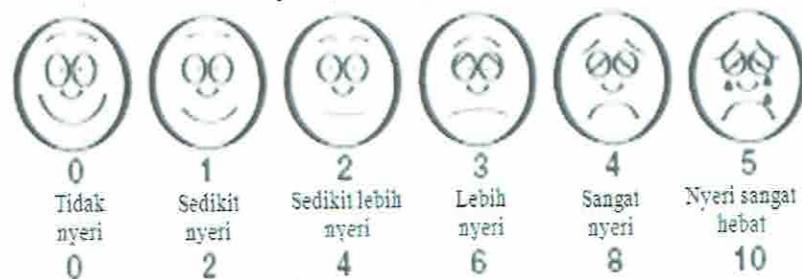
4-6 : Nyeri sedang : Secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat

- mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik
- 7-9 : Nyeri berat : Secara objektif terkadang klien tidak dapat mengikuti perintah, tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi
- 10 :Nyeri sangat berat : pasien sudah tidak mampulagi berkomunikasi, memukul.

2) Skala analog visual

Merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setia ujungnya. Skala ini memberikan klien kebebasan penuh mengidentifikasi keparahan nyeri.

Gambar 2.2 Skala Wajah (Potter & Perry, 2014).



2.4. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Cholesistektomi

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

2.4.1. Pengkajian

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

Kaji pengaruh gangguan fisik pada respon psikologis dan perencanaan pembedahan. Pada pengkajian sering didapatkan adanya kecemasan, gangguan konsep diri (gambaran diri) yang merupakan respon dari adanya penyakit dan rencana untuk

dilakukan pembedahan. Pada pengkajian post operasi keluhan yang mungkin dirasakan setelah operasi diantaranya nyeri pada luka post operasi, kemungkinan terjadinya perdarahan, cemas, dan resiko tinggi terjadinya infeksi (Bruner & Suddart, 2013).

1) Pengumpulan Data

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

a) Macam dan Sumber Data

Adapun macam data yang dikaji ada empat macam yaitu :

(1) Data Dasar

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

(2) Data Fokus

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

(a) Data Subjektif

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

(b) Data Objektif

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

(3) Sumber data yang perlu dikaji ada dua yaitu

(1) Sumber data primer

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

(2) Sumber data sekunder

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

a) Anamnesis

Anamnesis adalah tanya jawab atau komunikasi secara langsung dengan klien (*auto anamnesis*) maupun tidak langsung (*allo anamnesis*) dengan keluarga untuk menggali informasi tentang status kesehatan klien. Komunikasi yang digunakan disini adalah komunikasi terapeutik, yaitu suatu pola hubungan interpersonal antara klien dan perawat yang bertujuan untuk menggali informasi mengenai status kesehatan klien dan membantu menyelesaikan masalah yang terjadi.

b) Observasi

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

c) Identitas

(1) Biodata

(a) Identitas Klien

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

(b) Identitas penanggung jawab

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

(2) Riwayat Kesehatan

(a) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang ditemukan pada saat pengkajian yang dijabarkan dari keluhan utama dengan menggunakan tehnik PQRSST, yaitu:

P (Provokatif) : Klien mengeluh nyeri pada luka operasi. Nyeri bertambah pada saat klien bergerak dan nyeri berkurang saat klien tidur atau istirahat.

- Q (Quality)* : Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 5 dan biasanya membuat klien sulit untuk beraktifitas.
- R (Region)* : Nyeri dirasakan di are luka operasi, dan tidak menyebar.
- S (Severity)* : Aktivitas klien terganggu karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri luka post operasi.
- T (Timing)* : Kapan mulai munculnya serangan nyeri dan berapa lama nyeri itu hilang selama periode akut. Nyeri dapat hilang timbul maupun menetap sepanjang hari.

(b) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji apakah klien pernah menderita penyakit sebelumnya dan kapan terjadi. Biasanya klien memiliki riwayat penyakit gastrointestinal.

(c) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji apakah ada anggota keluarga yang memiliki penyakit serupa dengan klien, penyakit turunan maupun penyakit kronis. Mungkin ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit gastrointestinal.

(3) Riwayat psikologi

Klien mengalami perubahan emosi sebagai dampak dari tindakan pembedahan seperti cemas.

(4) Riwayat sosial

Kaji hubungan klien dengan keluarga, klien lain, dan tenaga kesehatan. Biasanya klien tetap dapat berhubungan baik dengan lingkungan sekitar

(5) Riwayat spiritual

Pandangan klien terhadap penyakitnya, dorongan semangat dan keyakinan klien akan kesembuhannya. Aktivitas ibadah klien terganggu karena keterbatasan aktivitas akibat kelemahan dan nyeri luka post operasi.

(6) Kebiasaan sehari-hari

(a) Pola nutrisi

Dikaji tentang frekuensi makan, jenis diit, porsi makan, riwayat alergi terhadap suatu jenis makanan tertentu, pada klien cholelithiasis ada beberapa makanan yang harus di hindari kuning telur, daging berlemak (sapi,kambing, udang, cumi, sarden kaleng), makanan yang berlemak tinggi, susu tinggi lemak (Haryono, 2012).

Di kaji tentang frekuensi dan jenis minum setiap hari.

Minuman yang harus dihindari pada klien cholelithiasis yaitu minuman yang mengandung alkohol dan softdring.

(b) Pola eliminasi

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

(c) Pola istirahat tidur

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

(d) Pola personal hygiene

Di kaji mengenai frekuensi mandi, keramas, gosok gigi dan menggunting kuku.

(e) Pola mobilisasi fisik

Di kaji tentang kegiatan dalam pekerjaan, mobilisasi olahraga, kegiatan diwaktu luang dan apakah keluhan yang dirasakan klien mengganggu aktivitas klien tersebut

(7) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada klien dengan pos operasi *cholesistectomy* dapat dilakukan secara persistem berdasarkan hasil observasi keadaan umum, pemeriksaan persistem meliputi : Sistem Pernafasan, Sistem Kardiovaskular, Sistem Urinaria, Sistem Pencernaan, Sistem Musculoskeletal, Sistem Integumen, Sistem Endokrin, Sistem Limfatik, Sistem Pendengaran, Sistem Pengelihatian dan Pengkajian Sistem Psikososial. Biasanya pemeriksaan berfokus menyeluruh pada sistem Limfatik. (Barara & Jauhar, 2012).

(a) Keadaan umum

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

(b) Sistem pernafasan

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

(c) Sistem Kardiovaskuler

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

(d) Sistem pencernaan

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

(e) Sistem perkemihan

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

(f) Sistem persyarafan

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

(g) Sistem penglihatan

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

(h) Sistem Pendengaran

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

(i) Sistem muskuloskeletal

Ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri

(j) Sistem Integumen

Adanya luka operasi pada abdomen. Turgor kulit menurun akibat kurangnya volume cairan, suhu tubuh dapat meningkat apabila terjadi infeksi. Bilirubin terkonjugasi akan meningkat dalam darah

di akibatkan oleh absorpsi cairan empedu oleh kapiler darah sebagai dampak adanya obstruksi. Ikterus akan timbul.

(k) Sistem Endokrin

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

(8) Data Penunjang

Pemeriksaan laboratorium:

- (a) Elektrolit : Dapat ditemukan adanya kadar elektrolit akibat kehilangan cairan tubuh berlebihan.
 - (b) Hemoglobin : Dapat menurun akibat kehilangan darah
 - (c) Leukosit : Dapat meningkat jika terjadi infeksi
- (Barara & Jauhar, 2012).

2.4.2. Diagnosa Keperawatan

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

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan Post Operasi Cholesistektomi berdasarkan buku (Doenges, Moothouse, Mutt. 2018).

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan respon tubuh kerusakan jaringan lunak pasca bedah.
- 2) Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan nyeri, kerusakan muskular, kelelahan
- 3) Kerusakan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan substansi kimia empedu, obesitas, gangguan status metabolik
- 4) Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhantubuh berhubungan dengan intake makanan yang kurang adekuaat.
- 5) Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan drainasekandung empedu, intake, gangguan koagulasi
- 6) Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya port de entee luka pasca bedah
- 7) Definisi pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan informasi, tidak familier dengan sumber informasi, kurang mengingat kembali

2.4.3. Rencana Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkain tindakan yang dapat mencapai tujuan khusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Bararah & Jauhar, 2013).

Adapun rencana keperawatan yang muncul pada klien Post Operasi *Cholesistektomy* (Doenges, Moorhouse, Mutt, 2018). Sebagai berikut:

1) Nyeri akut b.d agen fisik (insisi bedah).

Tujuan :

- a) Dalam waktu 3 jam pasca intervensi non bedah dan 3x24 jam pasca bedah nyeri berkurang atau teradaptasi.

Kriteria hasil :

- a) Secara subjektif pernyataan nyeri berkurang atau teradaptasi.
 b) Skala nyeri 0-1 (rentang 0-10)
 c) TTV dalam batas normal, wajah rileks

Tabel 2.1 Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Kaji nyeri dengan pendekatan PQRS	1. Apabila pasien mengalami skala nyeri 3 (0 – 10) hal ini merupakan pengertian dan perawat perlu mewaspadaai menandakan komplikasi pasca bedah.
2. Pertahankan beristirahat dalam posisi semi fowler	2. Grafitasi menempatkan eksudat inflamasi ke bagian bawah abdomen atau pelvis, meredakan tekanan abdomen, yang dapat diperjelas dengan posisi supin (terlentang)
3. Bantu aktifitas penurunan resfon nyeri	3. Pasien harus di bantu untuk mengembalikan tubuhnya dan bergerak jika di perlukan penggunaan bantal pada luka insisi dapat mengurangi rasa nyeri.
4. Memberikan tindakan kenyamanan (mis : sentuhan, reposisi, lingkungan yang tenang, bernafas terfokus)	4. Untuk meningkatkan manajemen nyeri non farmakologi
5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik	5. Analgetik memblok lintasan nyeri sehingga nyeri akan

berkurang.

- 2) Ketidakefektifan pola nafas b.d nyeri, kerusakan muskular, kelelahan.

Tujuan :

- a) Dalam waktu 1 x 24 jam tidak terjadi perubahan pola nafas.

Kriteria hasil :

- a) Menunjukkan pola nafas efektif
b) Tidak mengalami tanda-tanda kesulitan atau komplikasi bernafas

Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Observasi frekuensi dan kedalaman nafas	1. Nafas dangkal, <i>splinting</i> pernafasan (berkurang upaya nafas akibat nyeri tajam, ketika menarik nafas), dan menahan nafas dapat mengakibatkan hipoventilasi serta atelektasis
2. Auskultasi suara nafas	2. Area penurunan atau ketiadaan suara nafas menunjukkan atelektasis, yaitu ketika suara adventisius mencerminkan kongesti
3. Bantu klien untuk miring, batuk, dan nafas dalam secara berkala, demonstrasikan bagaimana mengimobilisasi insisi. Instruksikan tehnik bernafas efektif	3. Meningkatkan ventilasi semua segmen paru dan mobilisasi serta pengeluaran sekresi
4. Tinggikan kepala tempat tidur ; pertahankan posisi fowler rendah. Sangga abdomen ketika batuk atau melakukan ambulasi	4. Memfasilitasi ekspansi paru. Imobilisasi memberikan dukungan bagi insisi dan mengurangi ketegangan otot untuk meningkatkan kerja sama dengan regimen terapeutik
5. Bantu dengan terapi pernafasan, seperti spirometer insentif	5. Memaksimalkan ekspansi paru untuk mencegah atau menangani atelektasis
6. Berikan analgesik secara teratur	6. Memfasilitasi pergerakan dan

atau bersinambungan, sesuai indikasi	batuk efektif, nafas dalam, dan aktivitas
--------------------------------------	---

- 3) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake makanan yang kurang adekuat

Tujuan :

- a) Dalam waktu 3 x 24 jam pada pasien non bedah dan 5 x 24 jam pada pasien pasca bedah cholelistektomi akan mempertahankan kebutuhan nutrisi yang adekuat.

Kriteria hasil :

- a) Membuat pilihan diet untuk memenuhi
 b) Kebutuhan nutrisi dalam situasi individu.
 c) Menunjukkan peningkatan Berat badan.

Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Kaji status nutrisi pasien, turgor kulit, berat badan, derajat penurunan berat badan, integritas mukosa oral, kemampuan menelan, riwayat mual /muntah, dan diare.	1. Menvalidasi dan menetapkan derajat masalah untuk menerapkan pilihan intervensi yang tepat.
2. Kaji pengetahuan pasien tentang intake nutrisi	2. Tingkat pengetahuan di pengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi pasien , dengan mengetahui tingkat pengetahuan perawat dapat memberikan tingkat pendidikan yang sesuai dengan pengetahuan pasien secara efisien dan efektif.
3. Pertahankan kebersihan mulut	3. Akumulasi partikel makanan di dalam mulut dapat menambah bau dan rasa tak sedap yang

	menurunkan nafsu makan.
4. Beri diet pasca bedah Cholesistektomi.	4. Diet pasien dapat berupa diet rendah lemak dan tinggi karbohidrat dan protein.
5. Berikan makan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang	5. Pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makan tanpa adanya gangguan dari luar
6. Kolaborasi dengan ahli diet untuk menurunkan komposisi dan jenis diet yang tepat	6. Merencanakan diet dengan kandungan nutrisi yang adekuat untuk memenuhi peningkatan kebutuhan energy ndan kalori sehubungan dengan perubahan metabolisme pasien.
7. Monitor perkembangan berat badan	7. Penimbangan berat badan di lakukan sebagai evaluasi terhadap intervensi yang diberikan

- 4) Kerusakan integritas kulit/jaringan b.d substansi kimia empedu, obesitas, gangguan status metabolik

Tujuan :

- a) Meningkatkan penyembuhann luka tanpa komlikasi
- b) Menunjukkan prilaku untuk meningkatkan penyembuhan atau mencegah kerusakan kulit.

Kreteria hasil :

- a) Mencapai penyembuhan luka tanpa komplikasi pada waktunya
- b) Mendemonstrasikan perilaku yang meningkatkan penyembuhan dan mencegah kerusakan kulit

Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Observasi warna dan karakter slang NG dan slang T (drainase empedu)	1. Awalnya, drainase dapat mengandung darah dan cairan berbercak darah, normalnya berubah warna menjadi coklat kehijauan(warna empedu) setelah beberapa jam pertama.
2. Pertahankan slang T dalam sistem pengumpulan tertutup	2. Mencegah iritasi kulit dan mengurangi risiko kontaminasi.
3. Periksa slang T dan drain insisi pastikan keduanya mengalir dengan baik.	3. Slang T dapat tetap berada dalam duktus biliaris kamunis selama 7 – 10 hari untuk mengeluarkan batu kecil dan butiran yang masih ada Drain tempat insisi digunakan untuk mengeluarkan cairan dan empedu yang terkumpul Pemberian posisi yang benar mencegah jatuhnya empedu di area operasi.
4. Sangkutkan slang drainase, memungkinkan slang yang sesuai agar bebas miring dan hindari tekukan dan lekukan	4. Menghindari tercabutnya slang dan penyumbatan lumen
5. Ganti balutan secara sering pada permulaan, selanjutnya lakukan sesuai kebutuhan. Bersihkan kulit menggunakan sabun dan air. Gunakan kasa jeli petroleum steril, zink oksida, atau pelindung kulit lain disekitar insisi.	5. Menjaga kulit di sekitat insisi bersih dan memberikan barrier untuk melindungi kulit dari ekskoriasi empedu yang keluar akibat kebocoran slang T.
6. Pasang pengikat (<i>strap</i>) Montgomery untuk klien yang memiliki kolesistektomi terbuka.	6. Memfasilitasi penggantian balutan secara sering dan meminimalkan trauma kulit
7. Gunakan kantong ostomi sekali pakai pada drainase luka tusuk.	7. Apliance ostomi dapat digunakan untuk mengumpulkan drainase berat untuk pengukuran haluaran yang lebih akurat dan perlindungan kulit
8. Tempatkan klien dalam posisi	8. Memfasilitasi drainase empedu

- semi Fowler atau Fowler rendah, dan anjurkan ambulasi dini.
9. Pantau tempat pungsi abdomen (13 hingga 5) jika prosedur laparoskopik sudah dilakukan.
 10. Observasi cegukan, distensi abdomen, atau tanda lain peritonitis, seperti abdomen kaku, demam, dan nyeri hebat abdomen kuadran kanan atas yang menunjukkan pankreatitis.
 11. Observasi kulit untuk rasa gatal, sklera untuk ikterik, dan urine untuk perubahan warna menjadi coklat gelap.
 12. Catat warna dan konsentrasi feses
 13. Investigasi laporan peningkatan atau tidak meredanya nyeri untuk perubahan warna menjadi coklat gelap kuadran kanan atas. perkembangan demam dan takikardia, serta kebocoran drainase empedu di sekitar slang dan dari luka
 14. Kolaboratif Berikan antibiotik, sesuai indikasi.
 15. Klem slang T sesuai jadwal.
 16. Persiapkan untuk intervensi bedah, sesuai indikasi
9. Area ini mungkin berdarah, atau stapei dan Steri-Strips dapat menjadi longgar pada tempat luka pungsi
 10. Tercabutnya slang T dapat mengakibatkan iritasi diafragma atau komplikasi yang lebih serius jika empedu mengalir ke abdomen atau duktus pankreas mengalami obstruksi
 11. Dapat mengindikasikan obstruksi aliran empedu dari batu empedu yang tertinggal.
 12. Feses berwarna seperti tanah liat terjadi ketika empedu tidak ada di dalam usus.
 13. Tanda-tanda yang menunjukkan pembentukan abses atau fistula, memerlukan intervensi medis
 14. Penting untuk terapi abses atau infeksi
 15. Menguji kepatenan duktus biliaris komunis sebelum slang dilepaskan Juga, jika slang berada di tempatnya dalam waktu yang lama, klem dapat dilakukan 1 jam sebelum dan sesudah makan, yang memblokir empedu ke duo-denum untuk membantu pencernaan (Antipuesto, 2010).
 16. Drainase pada duktus yang tersumbat atau fistulektomi mungkin dibutuhkan untuk

		menangani abses atau perbaikan bedah jika pemasangan stent tidak berhasil
17. Pantau laboratorium, hitung SDP	pemeriksaan contolnya,	17. Leukositosis mencerminkan proses inflamasi, sebagai contoh pembentukan abses atau perkembangan peritonitis atau pankreatitis

5) Defisiensi pengetahuan b.d kurang paparan informasi,tidak familier dengan sumber informasi,kurang mengingat kembali

Tujuan :

a) Dalam awaktu 1 x 24 jam informasi kesehatan terpenuhi

Kriteria Hasil :

- a) Verbalisasi pernahorman proses penyakit prosedur pembedahan dan prognosisnya, serta potensi komplikasi
- b) Verbalisasi pemahaman kebutuhan lerapeutik
- c) Melakukan prosedur yang diperlukan secara benar dan menjelaskan alasan untuk tindakan tersebut
- d) Memulai perubahain gaya hidup yang diperlukan dan berpatisipasi dalam regimen teraputik.

Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1) Tinjau proses penyakit, prosedur pembedahan, dan prognosisinya.	1) Memberikan dasar pengetahuan sehingga klien dapat membuat pillhan terinformasi.
2) Demonstrasikan perawatan insisi dan balutan serta drain.	2) Meningkatkan kemandirian dalam perawatan dan mengurangi resiko komplikasi, seperti infeksi dan obstruksi empedu.

-
- | | |
|---|---|
| <p>3) Instruksikan drainase berkala dalam kantong pengumpul slang T dan catat haluarannya, jika dindikasikan</p> | <p>3) Mengurangi resiko refluks, tegangan pada slang, dan penutupan aprians,. Memberikan informasi tentang perbaikan edema duktus dan kembalinya fungsi duktus untuk waktu pelepasan slang T yang tepat.</p> |
| <p>4) Tekankan pentingnya mempertahankan diet rendah lemak mengonsumsi makanan porsi kecil, tetapi sering, dan pengenalan kembali secara bertahap pada makanan serta cairan yang mengandung lemak setelah 4 -6 bulan</p> | <p>4) Selama 6 bulan pertama setelah pembedahan, Batasan diet rendah lemak memerlukan empedu dan mengurangi ketidaknyamanan terkait dengan pencernaan lemak yang tidak adekuat</p> |
| <p>5) Diskusikan penggunaan medikasi, seperti asam diehidrokolat (Decholin).</p> | <p>5) Penggantian garam empedu oral mungkin diperlukan pada klien tertentu untuk memfasilitasi pencernaan dan menangani malabsorpsi lemak.</p> |
| <p>6) Diskusikan menghindari atau membatasi konsumsi minuman beralkohol</p> | <p>6) Meminimalkan risiko gangguan pancreas</p> |
| <p>7) Beri tahu klien bahwa feses encer dapat terjadi selama beberapa bulan.</p> | <p>7) Usus memerlukan waktu untuk menyesuaikan terhadap stimulus pada haluaran empedu yang terus-menerus</p> |
| <p>8) Anjurkan klien untuk mencatat dan menghindari makanan yang diduga memperparah diare.</p> | <p>8) Walaupun perubahan diet radikal biasanya tidak diperlukan pembatasan tertentu mungkin bermanfaat, seperti lemak dalam jumlah kecil Setelah periode penyesuaian, klien biasanya akan tidak bermasalah dengan makanan apa pun</p> |
| <p>9) Idenifikasi tanda dan gejala yang memerlukan perhatian penyedia layanan kesehatan, seperti urine berwarna gelap, sklera dan mata ikterik, feses berwarna seperti tanah liat, feses berlebihan, atau nyeri ulu hati kambuhan, dan begah.</p> | <p>9) Indikator obstruksi aliran empedu atau gangguan pencernaan, memerlukan evaluasi dan intervensi lebih lanjut.</p> |
| <p>10) Tinjau pembatasan aktivitas,</p> | <p>10) Pelanjutan kembali aktivitas</p> |
-

bergantung pada situasi yang biasa, normalnya decapai Individual. dalam waktu 4-6 minggu.

6) Resiko kekurangan volume cairan b.d kehilangan drainase kandung empedu, intake, gangguan koagulasi.

Tujuan :

a) Menunjukkan keseimbangan cairan yang adekuat dibuktikan

dengan :

- (1) Tanda-tanda vital stabil
- (2) Membran mukosa lembap
- (3) Turgor kulit baik
- (4) Pengisian kapiler
- (5) Haluaran urine individual baik.

Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Pantau asupan dan haluskan (I&O) termasuk drainase dari silang NG silang T, dan luka Timbang berat badan klien secara berkala.	1. Memberikan Informasi tentang kebutuhan penggantian dan fungsi organ. Awalnya, 200-1.000 ml drainase empedu per 24 jam mungkin dikeluarkan melalui slang T, menurun seiring lebih banyak empedu yang memasuki usus Melanjutkan sejumlah besar drainase empedu mungkin suatu indikasi obstruksi yang taktertangani atau kadang suster fistula empedu. Catatan Penghentian mendadak drainase dapat mengindikasikan sumbatan pada slang

<p>2. Pantau tanda tanda vital kaji membran mukosa, turgor kulit, denyut perifer dan pengisian kapiler.</p>	<p>2. Indikator keadekuatan volume yang bersirkulasi dan perfusi.</p>
<p>3. Observasi tanda- tanda pendarahan seperti hematemesis meterisa ,petekiae,ekimosis,epistaxis, dan merembes dari sisi imisi dan tempat injeksi</p>	<p>3. Protrombin menurun dan waktu koagulasi memanjang ketika aliran empedu terganggu, meningkatkan risiko perdarahan atau hemoragi.</p>
<p>4. Gunakan jarum injeksi berlubang kecil dan berikan tekanan ringan lebih lama dari biasa setelah dari fungsi vena.</p>	<p>4. Mengurangi trauma dan risiko perdarahan atau pembentukan hematoma.</p>
<p>5. Minta klien menggunakan sikat gigi lembut atau <i>swab</i> katun atau <i>sponge</i>, dan obat kumur bebas alkohol dari pada sikat gigi jika pendarahan menjadi masalah</p>	<p>5. Menghindari trauma, kekeringan mukosa, dan perdarahan gusi</p>
<p>6. Pantau pemeriksaan laboratorium, seperti hitung darah lengkap (HDL). elektrolit, protrombin dan waktu pembekuan serta amylase.</p>	<p>6. Memberikan informasi tentang volume yang bersirkulasi keseimbangan elektrolit, dan keadekuatan factor pembekuan Hematokrit (Ht) meningkat ketika volume plasma menurun, seperti pada dehidrasi karena muntah Hemoglobin (Hb) dan Ht yang turun serta waktu pembekuan yang memanjang dapat mnecerminkan perdarahan sebagai komplikasi pada obstruksi aliran empedu, prosedur pembedahan atau gangguan perdarahan yang sudah ada sebelumnya Peningkatan sel darah putih(SDPI)dapat mengindikasikan inflamasi dari pembedahan, peritonitis atau pankreatitis atau infeksi lain. Kerusakan pada</p>

	pancreas diindikasikan oleh peningkatan kadar amylase.
7. Berikan berikut ini sesuai indikasi Cairan intravena (IV) produk darah, dan vitamin K	7. Mempertahankan keadekuatan volume yang bersirkulasi dan membantu penggantian faktor pembekuan
8. Elektrolit (seperti kalsium, natrium, dan klorida)	8. Ketidak seimbangan akibat kehilangan berlebihan cairan lambung atau bedah dapat memerlukan penggantian via oral atau rute parenteral.

7) Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya *port de entee* luka pasca bedah.

Tujuan :

a) Tidak terjadinya infeksi, terjadi perbaikan pada integritas kulit yang rusak

Kriteria hasil :

- a) Resiko infeksi dapat segera teratasi
- b) Diharapkan tidak terjadi infeksi

Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Berikan informasi pada pasien yang akan menjalani perawatan rumah pasca kolelitrektomi, dengan cara hindari rokok	1. Penjelasan bahwa dampak dari asap rokok memperlambat proses dari penyembuhan
2. Jelaskan bahwa setelah di lakukan kolesistektomi, pasien bisa mengalami gejala nyeri seperti kolik bilier atau mengalami diare.	2. Setelah kolisistektomi, beberapa individu mengalami sakit berulang menyerupai kolik bilier dalam usus besar, garam empedu merangsang sekresi mukosa garam dan air sehingga terjadi diare.
3. Anjurkan untuk membatasi	3. Kerusakan aliran empedu