

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
CHOLESISTEKTOMI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RSUD
dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

KARYA TULIS IMIAH

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

PUJI RAHAYU

AKX.16.095



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

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Puji Rahayu
NPM : AKX.16.095
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi
Cholesistektomi Dengan Masalah Keperawatan
Nyeri Akut Di RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan:

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh atau sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 24 Juni 2019

Yang Membuat Pernyataan



Puji Rahayu

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

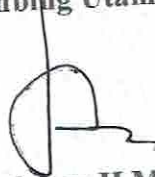
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
CHOLESISTEKTOMI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RSUD dr. SOEKARDJO
KOTA TASIKMALAYA**

**PUJI RAHAYU
AKX.16.095**

Karya tulis ilmiah ini telah di setujui oleh Panitia Penguji pada tanggal 21 juni
2019 seperti tertera di bawah ini

Menyetujui

Pembimbing Utama



Drs.H. Rachwan H M.Kes

NIK:10115175

Pembimbing Pendamping



Anggi Jamiyanti.,S.Kep.,Ners

NIK: 10114149

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

NIK: 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI*
CHOLESISTEKTOMI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT
DI RSUD dr. SOEKARDJO
KOTA TASIKMALAYA**

Oleh:

Nama : PUJI RAHAYU

NIM : AKX.16.095

Telah berhasil di pertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan di terima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Telah diuji

Pada tanggal 24 Juni 2019

Panitia Penguji

Ketua : Drs. H. Rachwan H, M.Kes

(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

(Penguji I)

2. Lia Nurlianawati, S.kep.,Ners.,M.Kep

(Penguji II)

3. Anggi Jamiyanti, S.Kep.,Ners

(Pembimbing Pendamping)

Mengetahui

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua,



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

NIK 10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat 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 *Cholesistektomi* dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di 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 terima kasih 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 Bhakti 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. Drs H. Rachwan Herawan, M.Kes selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan tugas akhir perkuliahan ini
5. Anggi Jamiyanti selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan

memotivasi selama penulis menyelesaikan tugas akhir perkuliahan ini

6. Staf Dosen dan Karyawan Prodi Diploma III Keperawatan Konsetrasi Anestesi Dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung
7. dr. H. 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. Ny. L beserta keluarga dan Ny. N beserta keluarga yang telah bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan keperawatan
9. Ayahanda H.M.Genung S.P. , Ibunda Hj.Sayup S.Pd. , dan kakak ku Yayat Wrehaspathy yang telah memberikan semangat dan motivasi
10. Pramudita Medica Riadi yang telah memberikan semangat dan motivasi
11. Teman-teman seperjuangan angkatan XII 2016 yang berjuang bersama-sama dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

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

Bandung, Juni 2019

Puji Rahayu

ABSTRAK

Latar Belakang: *Cholelithiasis* dikenal sebagai penyakit batu empedu, batu empedu dapat ditemukan didalam kandung empedu atau didalam saluran empedu atau pada kedua-duanya. Angka kejadian *cholelithiasis* berdasarkan data yang di peroleh dari catatan rekam medis RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya pada hasil rekapitulasi periode Januari – Desember 2018 terdapat 43 kasus. Pelaksanaan medis pada *cholelithiasis* yaitu cholesistektomi. Pelaksanaan medis pada *cholelithiasis* yaitu dengan *cholesistektomi*, tindakan pembedahan yang dilakukan mengakibatkan timbulnya luka pada bagian tubuh pasien sehingga menimbulkan nyeri. Jika tidak segera ditangani nyeri dapat menyebabkan pasien sangat menderita, keadaan seperti ini sangat mengganggu kehidupan normal penderita sehari-hari. Mutu kehidupannya sangat rendah, bahkan tidak mampu hidup mandiri seperti orang sehat. **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang klien *post cholesistektomi* dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada klien 1 dan 2, masalah keperawatan berupa nyeri akut dapat teratasi. **Diskusi :** Pasien dengan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama, karena nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Sehingga disarankan kepada perawat dapat memberikan edukasi kepada setiap pasien post operasi yang mengalami masalah nyeri akut, tentang cara mengontrol nyeri dengan menggunakan tehnik non farmakologi seperti relaksasi nafas dalam, serta tentang manfaat dan keefektivitasan tehnik non farmakologi tersebut.

Keyword: *Asuhan Keperawatan, Cholelithiasis, Nyeri Akut*

Daftar pustaka: 17 Buku (2009-2015), 2 Jurnal (2013-2014)

ABSTRACT

ABSTRACT Background: Cholelithiasis is known as gallstone disease, gallstones can be found in the gallbladder or in the bile duct or both. The incidence of cholelithiasis is based on the data obtained from the medical records of RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya on the results of the recapitulation for the period January - December 2018, there were 43 cases. Medical implementation of cholelithiasis is cholesistectomy. The medical implementation of cholelithiasis is by cholesistectomy, the surgical procedure that is carried out results in injury to the body part of the patient resulting in pain. If the pain is not immediately treated, it can cause the patient to suffer a lot, this condition is very disturbing to the normal life of the sufferer everyday. The quality of life is very low, even unable to live independently like a healthy person. Method: Case studies are to explore a problem with detailed limits, have in-depth data collection and include various sources of information. This case study was conducted in two post-cholesistectomy clients with acute pain nursing problems. Results: After nursing care for 3 days for clients 1 and 2, nursing problems in the form of acute pain can be overcome. Discussion: Patients with acute pain do not always have the same response, because pain is a sensation that is complex, unique, universal and individual in nature. So it is advisable to nurses to provide education to each postoperative patient who has acute pain problems, about how to control pain by using non-pharmacological techniques such as deep breathing relaxation, and about the benefits and effectiveness of the non-pharmacological techniques.

Keyword: *Nursing Care, Cholelithiasis, Acute Pain*

Bibliography: 17 Books (2009-2015), 2 Journals (2013-2014)

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, dan istilah.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6

1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Dasar Penyakit <i>Cholelithiasis</i>	8
2.1.1 Definisi Penyakit	8
2.1.2 Anatomi fisiologi kandung empedu	9
2.1.3 Etiologi.....	11
2.1.4 Manifestasi Klinis	12
2.1.5 Patofisiologi	13
2.1.6 Klasifikasi	17
2.1.7 Komplikasi	17
2.1.8 Penatalaksanaan	18
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang	19
2.1.10 <i>Cholesistektomi</i>	19
2.2 Konsep askep	22
2.2.1 Pengkajian	22
2.2.1.1 Pengumpulan data	23
2.2.1.2 Tehnik pengumpulan data	25
2.2.1.3 Riwayat Kesehatan.....	26
2.2.1.4 Pola Aktivitas sehari-hari	28
2.2.1.4 Pemeriksaan fisik	29
2.2.1.5 Data penunjang.....	31
2.2.1.6 Analisa data.....	31
2.2.2 Diagnosa keperawatan	32

2.2.3 Intervensi dan rasionalisasi	33
2.2.4 Implementasi	41
2.2.5 Evaluasi	44
BAB III METODE PENELITIAN.....	48
3.1 Desain Penelitian.....	48
3.2 Batasan istilah	48
3.3 Subyek penelitian	49
3.4 Lokasi dan waktu penelitian.....	50
3.5 Uji keabsahan.....	51
3.6 Analisa.....	52
3.7 Etik penelitian	53
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	57
4.1 Hasil	57
4.1.1 Gambaran lokasi pengambilan data	57
4.1.2 Pengkajian	58
4.1.3 Analisa data.....	67
4.1.4 Diagnosa keperawatan	70
4.1.5 Intervensi.....	73
4.1.6 Implementasi	75
4.1.7 Evaluasi	80
4.2 Pembahasan.....	81
4.2.1 Pengkajian	81
4.2.2 Diagnosa keperawatan	84

4.2.3 Intervensi.....	87
4.2.4 Implementasi.....	89
4.2.5 Evaluasi.....	95
BAB 5 KESIMPULAN.....	97
5.1 Kesimpulan.....	97
5.1.1 Pengkajian.....	97
5.1.2 Diagnosa.....	97
5.1.3 Intervensi.....	98
5.1.4 Implementasi.....	99
5.1.5 Evaluasi.....	99
5.2 Saran.....	99

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Kandung empedu.....	9
--	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan I	33
Tabel 2.2 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan II	34
Tabel 2.3 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan III.....	36
Tabel 2.4 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan IV	38
Tabel 2.5 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan V.....	39
Tabel 2.6 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan VI	41
Tabel 2.7 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan VII.....	42
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	57
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	57
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan.....	58
Tabel 4.4 Pola Aktivitas Sehari-hari	59
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	60
Tabel 4.6 Data Psikologi.....	64
Tabel 4.7 Data Sosial	65
Tabel 4.8 Data Spiritual	65
Tabel 4.9 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	65
Tabel 4.10 Program dan Rencana Pengobatan.....	66
Tabel 4.11 Analisa data.....	66
Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan	69

Tabel 4.13 Intervensi.....	72
Tabel 4.14 Implementasi.....	74
Tabel 4.15 Evaluasi.....	79

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway <i>Cholelitis</i>	16
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Bimbingan
- Lampiran 2 Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran 3 Jurnal
- Lampiran 4 SAP
- Lampiran 5 Leaflet

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
Hb	: Hemoglobin
HIHt	: Hematokrit
IASP	: <i>International Association for the Study of</i>
ICS	: <i>Intercosta</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IV	: Intravena
JVP	: <i>Jugulari Vena Preassure</i>
Kg	: Kilogram
Kp	: Kampung
PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan
RI	: Republik Indonesia
RR	: <i>Respirasi Rate</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah

SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: Sekolah Menengah Atas
TD	: Tekanan Darah
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
TTV	: Tanda Tanda Vital
WHO	: <i>Worl Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kandung empedu merupakan sebuah kantung yang terletak di bawah hati yang mengonsentrasikan dan menyimpan empedu sampai dilepaskan dalam usus. Fungsi dari empedu sendiri sebagai ekskretorik seperti ekskresi bilirubin dan sebagai pembantu proses pencernaan melalui emulsifikasi lemak oleh garam-garam empedu. Selain membantu metabolisme dan pembuangan limbah dari tubuh, seperti pembuangan hemoglobin yang berasal dari penghancuran sel darah merah dan kelebihan kolesterol. Garam empedu bersifat digestif dan memperlancar kerja enzim lipase dalam memecah lemak yang telah di cernakan (gliseril dan asam lemak) dengan cara menurunkan tegangan permukaan endothelium yang menutupi vili (Muttaqin & Sari 2013)

Cholelithiasis dikenal sebagai penyakit batu empedu, merupakan penyakit yang didalamnya terdapat batu empedu yang dapat ditemukan didalam kandung empedu atau didalam saluran empedu atau pada keduanya (Nurarif dan Kusuma 2015). Diperkirakan lebih dari 95% penyakit yang mengenai kandung empedu dan salurannya adalah penyakit cholelithiasis (Diyono,2013)

Faktor resiko yang menyebabkan seseorang terkena *cholelithiasis* adalah usia, jenis kelamin perempuan, berat badan, makanan, kehamilan,

statis bilier, obat-obatan, keturunan, infeksi bilier, gangguan intestinal. Orang dengan usia lebih dari 40 tahun lebih cenderung untuk terkena *cholelithiasis* dibandingkan dengan orang usia lebih muda, orang dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) tinggi, mempunyai resiko lebih tinggi untuk terjadi *cholelithiasis* (Muttaqin & Sari. 2013)

Prevalensi *cholelithiasis* berbeda-beda di setiap negara dan berbeda antar setiap etnik di suatu negara. Prevalensi *cholelithiasis* tertinggi yaitu pada orang-orang Pima indians di Amerika Utara, Cili, dan ras Kaukasia di Amerika Serikat. Sedangkan di Singapura dan Thailand prevalensi penyakit *cholelithiasis* termasuk yang terendah (Cahyono,2014).

Prevalensi batu empedu pada wanita Amerika Serikat meningkat sekitar 1% per tahun, sedangkan pada pria sekitar 0,5% per tahun. Insiden pada wanita menurun setelah menopause. Di Amerika Serikat 80 % batu adalah kolesterol dan 20% pigmen. Setiap tahun di Amerika Serikat sekitar 500.000 orang mengalami gejala atau komplikasi dari batu empedu yang membutuhkan *Cholesistektomi*. Sekitar 7000 kematian di sebabkan komplikasi batu empedu, seperti pankreatitis akut (Muttaqin & Sari. 2013).

Di Negara Asia prevalensi *cholelithiasis* berkisar antara 3% sampai 10% . Berdasarkan data terakhir prevalensi *cholelithiasis* di Negara Jepang sekitar 3,2%, China 10,7%, India Utara 7,1%, dan Taiwan 5,0% (cahyono,2014). Angka kejadian *cholelithiasis* dan penyakit saluran empedu di Indonesia diduga tidak berbeda jauh dengan angka negara lain

di Asia Tenggara. Di Indonesia sekitar 1 juta pasien baru terdiagnosis mengidap batu empedu pertahun, dengan dua pertiganya menjalani pembedahan (Nimas,2012)

Di Jawa Barat insiden batu empedu belum di ketahui dengan pasti karena belum ada penelitian. Banyak penderita batu kandung empedu tanpa gejala dan di temukan secara kebetulan pada waktu di lakukan foto polos abdomen, USG, atau saat operasi untuk tujuan lain. Kebiasaan makan (peningkatan asupan kalori, kolesterol tinggi atau lemak) dan perubahan gaya hidup masyarakat, terutama peningkatan konsumsi lemak dan gula terus menerus akan meningkatkan angka kejadian *cholelitis*.

Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya periode Januari 2018 sampai Desember 2018 *Cholelitis* bukan merupakan 10 penyakit terbesar. Angka kejadian *cholelitis* berdasarkan data yang di peroleh dari catatan rekam medis RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya pada hasil rekapitulasi periode Januari – Desember 2018 terdapat 43 kasus.

Pelaksanaan medis pada *cholelitis* yaitu *cholesistektomi*, tindakan *cholesistektomi* sendiri terbagi menjadi dua yaitu *cholesistektomi* laparaskopi dan *cholesistektomi* terbuka (laparatomi).

Tindakan *cholesistektomi* yang dilakukan mengakibatkan timbulnya luka pada bagian tubuh pasien sehingga menimbulkan nyeri, resiko infeksi, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, resiko kekurangan volume cairan, resiko syok. Pada pasca tindakan pembedahan umumnya

pasien akan merasakan nyeri pasca operasi yang hebat pada 2 jam pasca operasi di karenakan pengaruh obat anestesi mulai hilang. Sehingga selama periode pasca operasi peran perawat sangat di perlukan dalam upaya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pasien dengan mengurangi/menghilangkan rasa nyeri pasca operasi. Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial (Nuratif dan kusuma,2015) Jika tidak segera ditangani nyeri dapat menyebabkan pasien sangat menderita, tidak mampu bergerak, tidak mampu bernafas dan batuk dengan baik, susah tidur, tidak enak makan dan minum, cemas, gelisah, perasaan tidak akan tertolong dan putus asa. Keadaan seperti ini sangat mengganggu kehidupan normal penderita sehari-hari. Mutu kehidupannya sangat rendah, bahkan tidak mampu hidup mandiri seperti orang sehat (Mangku&Senapathi,2010).

Hal tersebut yang menjadikan dasar bagi perawat untuk memberikan intervensi keperawatan dalam mengatasi nyeri. Kesadaran dari penyedia layanan kesehatan, khususnya perawat di harapkan mampu mengelola masalah yang timbul secara komprehensif, yang terdiri dari biologis, psikologis, sosial, dan spiritual melalui proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Dari uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah penelitian karya tulis ilmiah dengan judul : **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Cholesistektomi Dengan**

Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Melati 4 RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya Tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post* Operasi *Cholesistektomi* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Melati 4 RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu mengaplikasikan ilmu dan memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *Post* Operasi *Cholesistektomi* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penulisan karya tulis ini, penulis berharap dapat melaksanakan hal sebagai berikut :

1.3.2.1 Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien *Post* operasi *Cholesistektomi* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut.

1.3.2.2 Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang diperoleh pada klien *Post* operasi *Cholesistektomi* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut

1.3.2.3 Penulis mampu menyusun perencanaan keperawatan pada klien *Post* operasi *Cholesistektomi* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut.

1.3.2.4 Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, berikut dengan tujuan yang diharapkan pada klien *Post* operasi *Cholesistektomi* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut.

1.3.2.5 Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada klien *Post* operasi *Cholesistektomi* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar mengetahui asuhan keperawatan pada klien *cholelithiasis* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

Penulisan karya tulis ini juga berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan sesuai atau tidak, karena dalam teori yang sudah ada tidak selalu sama dengan kasus yang terjadi. Sehingga disusunlah karya tulis ilmiah ini.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi perawat

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi menangani manajemen nyeri khususnya dalam penanganan nyeri pada klien *Post* operasi *cholesistektomi*.

1.4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Untuk memberikan masukan perencanaan dan pengembangan pelayanan kesehatan pada pasien dalam peningkatan kualitas pelayanan, khususnya untuk penurunan tingkat nyeri pada pasien *Post* operasi *Cholesistektomi*.

1.4.2.3 Bagi Institusi

Sebagai bahan referensi dan sumber informasi penelitian berikutnya yang terkait dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien *Post* operasi *Cholesistektomi* Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Pengertian

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 terdapatnya batu di dalam kandung empedu yang penyebab secara pasti belum diketahui sampai saat ini, akan tetapi beberapa faktor predisposisi yang paling penting tampaknya adalah gangguan metabolisme yang disebabkan oleh perubahan susunan empedu dan infeksi yang terjadi pada kandung empedu serta kolesterol yang berlebihan yang mengendap di dalam kandung empedu tetapi mekanismenya belum diketahui secara pasti, faktor hormonal selama proses kehamilan, dapat dikaitkan dengan lambatnya pengosongan kandung empedu dan merupakan salah satu penyebab insiden kolelitiasis yang tinggi, serta terjadinya infeksi atau radang empedu memberikan peran dalam pembentukan batu empedu (Rendi, 2012).

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

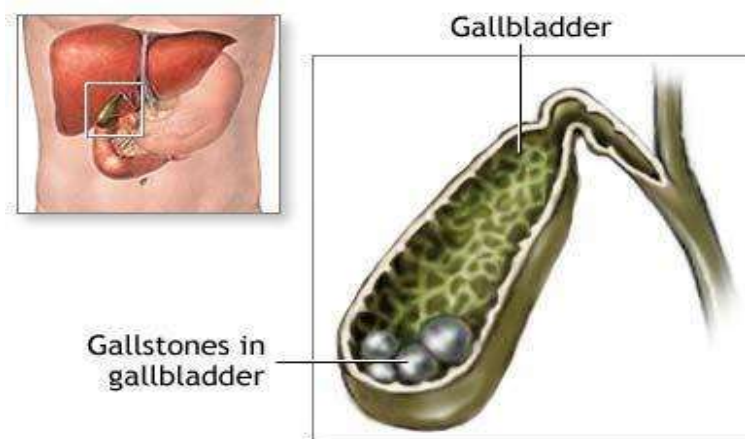
Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa Cholelithiasis ialah batu yang terdapat dalam kantung empedu yang disebabkan gangguan metabolisme oleh perubahan susunan empedu dan infeksi yang terjadi pada kantung empedu serta kolesterol yang berlebihan yang mengendap di dalam kantung empedu tetapi mekanismenya belum diketahui secara pasti

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Kandung Empedu

2.1.2.1 Anatomi Kandung Empedu

Gambar 1.1

Anatomi Kandung Empedu



(Sumber : 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 pinggirannya. Panjangnya 8-12 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 hepaticus sambil membentuk saluran empedu ke duodenum.(Nuratif & Kusuma.2015)

2.1.2.2 Fisiologi Kandung Empedu

Kandung empedu dapat menyimpan 40-60 ml empedu. Empedu disimpan dalam kantung 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, etiologi batu empedu 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, kanker kandung empedu, dan juga reseksi ileum).

(Sholeh.2012)

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 distress 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

Batu empedu terjadi karenan 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, kemudia 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 kolestrol 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 empeduoleh sel hati. Sebagian besar bilirubin dalam

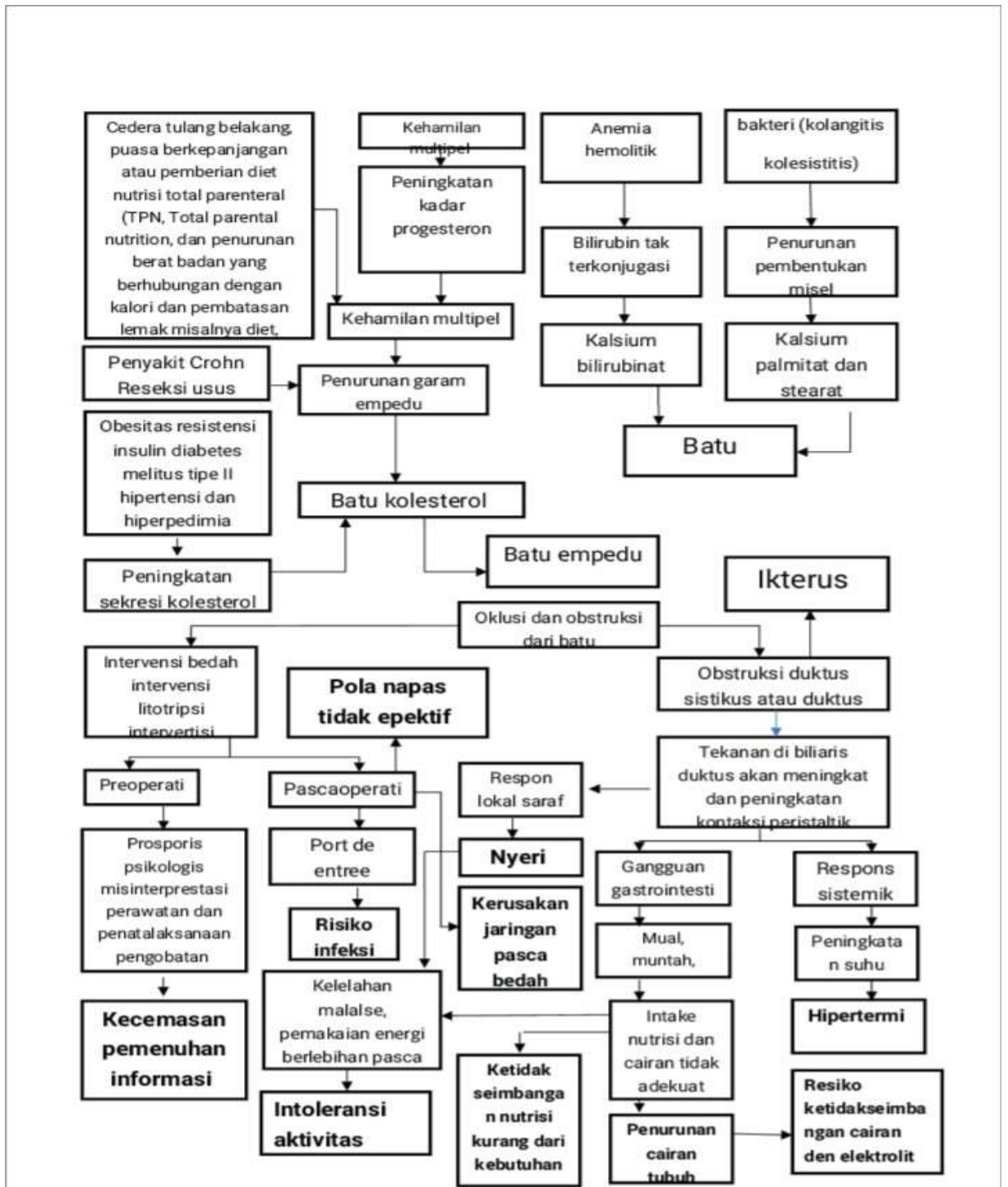
empedu adalah berada dalam bentuk konjugat glukoronida yang larut dalam air dan stabil, tetapi sebagian kecil terdiri atas bilirubin tak terkonjugasi. Bilirubin tak terkonjugasi, seperti asam lemak, fosfat, karbonat, dan anion lain, cenderung untuk membentuk presipitat tak larut dengan kalsium. Kalsium 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 lestin 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 perjalaran 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 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

Bagan 2.1

Patofisiologi Cholelithiasis



(Longo, Dan L, dkk.2013)

2.1.6 Klasifikasi Batu Empedu

Menurut Amin & Hardi (2015) gambaran makroskopis dan komposisi kimianya batu empedu di golongkan atas 3 golongan :

1) Batu kolesterol

Berbentuk oval, multifocal atau mulberry dan mengandung lebih dari 70% kolesterol.

2) Batu kalsium bilirubinan (pigmen coklat)

Berwarna coklat atau coklat tua, lunak, mudah dihancurkan dan mengandung kalsium bilirubinat sebagai komponen utama.

3) Batu pigmen hitam

Berwarna hitam atau hitam kecoklatan, tidak berbentuk, seperti bubuk dan kaya akan sisa zat hitam yang tak terekstrasi

2.1.7 Komplikasi

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

(Sholeh.2012).

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. (Ananda,Widya.2015)
 - f) Perubahan pola makan dengan menghindari atau mengurangi makanan berlemak
 - g) Litotripsi, pemecahan batu empedu fengan menggunakan gelombang kejut dari perangkat elektromagnetik, yaitu ESWL (extraporal Shock Wave Litotripsy)
 - h) Endoscopy ERCP (Sholeh.2012)

- 2) Penanganan bedah

Pembedahan yang sering dilakukan

- a) Cholesistostomi (insisi dan drainase pada kandung empedu)
- b) Cholesistektomi (pengangkatan dari kandung empedu)
- c) Choledokolitotomi (pengambilan batu dari duktus koleduktus komunis)
- d) Cholelitotomi (pengambilan batu dari traktus bilier)

e) Litotripsi batu empedu. (Haryono,Rudi.2012)..

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

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

(Nuratif & Kusuma)

2.1.10 Cholesistektomi

a. Pengertian

Cholesistektomi adalah pengangkatan kandung empedu melalui proses pembedahan, yang tekniknya dapat dilakukan dengan laparoskopi atau bedah terbuka (Ananda,Widya.2015)

Cholesistektomi adalah pengangkatan secara bedah kandung empedu untuk Cholecystitis akut dan kronis (Diyono & Mulyadi. 2013)

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa Cholesistektomi ialah pengangkatan kandung empedu melalui proses pembedahan yang disebabkan oleh cholecystitis.

b. Macam-macam *cholesistektomi*

Cholesistektomi dibagi 2 yaitu :

1) Cholesistektomi laparaskopi

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

2) Cholesistektomi terbuka

Tindakan pengangkatan kandung empedu dan saluran dengan cara pembedahan (membuka dinding perut). (Ananda,Widya.2015)

c. Indikasi

Indikasi cholesistektomi 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. (Ananda,Widya.2015)

d. Dampak

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. Biasanya terpasang kateter

5) Sistem persyarafan

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

6) 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.

7) Sistem Pendengaran

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

8) Sistem muskuloskeletal

Ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri

9) 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.

10) 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

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

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)

2.2.1 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)

2.2.1.1 Pengumpulan data

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

1) Macam dan Sumber Data

Adapun macam data yang dikaji ada empat macam yaitu : (Rohmah, 2012).

a) Data Dasar

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

b) 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.

(1) 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.

(2) Data Objektif

Data yang diperoleh oleh perawat secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada klien. Data objektif harus

dapat diukur dan diobservasi, bukan merupakan interpretasi atau asumsi perawat.

2) Sumber data yang perlu dikaji ada dua yaitu

a) 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.

b) 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.

2.2.1.2 Tehnik pengumpulan data

1) 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.

2) Observasi

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

3) Identitas

a) Biodata

(1) Identitas Klien

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

(2) Identitas penanggung jawab

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

2.2.1.3 Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian pada riwayat kesehatan sekarang meliputi 2 hal yaitu :

1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Keluhan utama pada pasien dengan *cholelithiasis* adalah nyeri kolik abdominal. Keluhan nyeri seperti terbakar. Rasa sakit yang paling hebat sering terletak di abdomen kanan atas dan dapat menyebar ke bahu kanan atau daerah punggung. Skala nyeri pada klien dengan *cholelithiasis* bervariasi pada rentang 2-4 (dari 0-4) yaitu nyeri berat sampai nyeri tak tertahankan/berat sekali. Onset nyeri bervariasi sesuai dengan derajat okulasi atau obstruksi duktus dan keterlibatan saraf lokal akibat peningkatan kontraksi bilier. Lama nyeri biasanya berkisar 30-90 menit sampai relaksasi peristaltik terjadi. Kondisi nyeri juga biasanya disertai demam sampai menggigil dan di sertai dengan gangguan gastrointestinal seperti sakit perut, rasa seperti terbakar di epigastik, mual, muntah, anoreksia, dan malaise (Muttaqin & Sari,2013)

2) Keluhan saat dikaji

Pada klien *cholelithiasis* yang telah menjalani operasi akan akan mengeluh nyeri pada luka operasi. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk pada area operasi dan sangat jarang terjadi penyebaran kecuali jika ada komplikasi. Skala nyeri sangat hebat pada 2 jam pertama pasca operasi di karenakan Pengaruh obat anestesi mulai hilang. Nyeri dapat hilang timbul maupun menetap sepanjang hari (Sandra,2013)

b. Riwayat kesehatan dahulu

Di seuaikan dengan predisposisi penyebab *cholelithiasis*. Seperti kondisi obesitas, penyakit DM, hipertensi, hiperlipidemia berhubungan dengan peningkatan sekresi kolestrol hepatica merupakan faktor resiko utama untuk pengembangan batu empedu kolesterol. Kondisi kehamilan mulipara, pasca bedah reseksi usus, penyakit crohn, reseksi lambung dan penggunaan obat-obatan hormonal merupakan kejadian masalalu yang harus di pertimbangkan. Serta riwayat sirosis hepatis yang menyebabkan splenomegali menjadi predisposisi utama gangguan *heme* yang bisa meningkatkan batu kalsium (Muttaqin & Sari,2013)

c. Riwayat kesehatan keluarga

Beberapa pasien cenderung memiliki kondisi penyakit herediter, sehingga perlu mengkaji kondisi sakit dari generasi terdahulu (Muttaqin & Sari,2013)

d. Pola Aktivitas sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Pada klien *cholelithiasis* muncul gejala anoreksia, mual/muntah, regurgitasi berulang, nyeri eigastrium, flatus dan sendawa, tidak dapat makan, dyspepsia, dan tidak toleran terhadap lemak dan makanan pembentukan gas (Dongoes,2010)

2) Pola Eliminasi

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

3) Istirahat tidur

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

4) Pola personal hygiene

Membahas mengenai frekuensi mandi, keramas, gosok gigi dan menggunting kuku.

5) Pola mobilitas fisik

Kegiatan dalam pekerjaan, mobilisasi olahraga, kegiatan diwaktu luang dan apakah keluhan yang diraskan klien mengganggu aktivitas klien tersebut

2.2.1.4 Pemeriksaan Fisik

1) 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.

2) Sistem Pernafasan

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

3) 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

4) 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.

5) Sistem perkemihan

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

6) Sistem persyarafan

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

7) 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.

8) 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

9) Sistem muskuloskeletal

Ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri

10) 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

11) Sistem Endokrin

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

2.2.1.5

2.2.1.6 Data penunjang

Pemeriksaan laboratorium:

- 1) Elektrolit : Dapat ditemukan adanya kadar elektrolit akibat kehilangan cairan tubuh berlebihan.
- 2) Hemoglobin : Dapat menurun akibat kehilangan darah

- 3) Leukosit : Dapat meningkat jika terjadi infeksi
(Haryono,Rudi.2012)

2.2.1.7 Analisa Data

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

2.2.2 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,dkk.2014)

- a) Nyeri b.d respon tubuh kerusakan jaringan lunak pasca bedah.
- b) Kekurangan volume cairan b.d kehilangan drainase kandung empedu, intake, gangguan koagulasi.
- c) Actual/resiko pola nafas tidak efektif b.d nyeri pasca Cholesistektomi pada saat ekspansi paru.

- d) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake makanan yang kurang adekua.
- e) Kerusakan integritas kulit/jaringan b.d substansi kimia empedu, menetapnya secret, invasi pada tubuh (selang T)
- f) Pemenuhan informasi b.d adanya evaluasi diagnostik, rencana pembedahan.
- g) Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya *port de entee* luka pasca bedah.

2.2.3 Intervensi dan Rasionalisasi

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 dengan Post Operasi Cholesistektomi berdasarkan buku (Doenges,dkk.2010) ditinjau dari NANDA 2018 sebagai berikut:

- a. Nyeri b.d respon tubuh kerusakan jaringan lunak pasca bedah.

Tujuan : dalam waktu 3 jam pasca intervensi non bedah dan 7x24 jam pasca bedahnyeri berkurang atau teradaptasi.

Kriteria hasil :

- 1) Secara subjektif pernyataan nyeri berkurang atau teradaptasi.
- 2) Skala nyeri 0-1 (rentang 0-10)

3) TTV dalam batas normal, wajah rileks

Tabel 2.1
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Kaji nyeri dengan pendekatan PQRST	1. Apabila pasien mengalami skala nyeri 3 (0 – 10) hal ini merupakan pengertian dan perawat perlu mewaspadai menandakan komplikasi pasca bedah.
2. Atur posisi fisiologis	2. Lokasi insisi di daerah subkotal pada pembedahan kandung empedu cenderung membuat pasien tidak ingin mengerakan tubuh untuk mencegah nyeri.
3. Bantu aktifitas penurunan respon nyeri	3. Pasien harus di bantu untuk mengembalikan tubuhnya dan bergerak jika di perlukan penggunaan bantal pada luka insisi dapat mengurangi rasa nyeri.
4. Beri oksigen 3 L/Menit	4. Pemberian oksigen sebagai pemeliharaan untuk intake oksigen optimal dan menurunkan respon akibat kekurangan oksigen pascabedah.
5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik	5. Analgetik memblok lintasan nyeri sehingga nyeri akan berkurang.

b. Kekurangan volume cairan b.d kehilangan dari drainase kandung empedu, muntah gangguan koagulasi.

Tujuan: menunjukkan keseimbangan cairan yang adekuat dibuktikan

dengan :

- 1) Tanda-tanda vital stabil
- 2) Membran mukosa lembab

- 3) Turgor kulit atau pengisian kapiler baik
- 4) Haluran urien individu adekuat.

Tabel 2.2
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Awasi masukan dan halura, termasuk drenase dari kandung empedu, selang T, timbang pasien secara periodis	1. Memberikan informasi tentang penggantian kebutuhan, 200- 500 ml drainase empedu diharapkan, penurunan karena lebih banyak masuk ke usus, jumlah yang banyak terus menerus dari drainase empedu dapat mengidentifikasi obstruksi atau kadang- kadang fistula biliar
2. Awasi tanda-tanda vital, kaji membrane mukosa, turgor kulit, nadi perifer, dan pengisian kapiler	2. Indikator keadekuatan volume sirkulasi/ perfusi
3. Observasi tanda perdarahan, contoh hematemesis, melena petekie, ekimosis.	3. Protobin menurun dan waktu koagulasi memanjang bila aliran empedu terhambat, peningkatan resiko perdarahan.
4. Gunakan jarum kecil untuk injeksi, dan lakukan penekanan lebih lama dari biasanya pada bekas suntikan.	4. Menurunkan trauma, resiko perdarahan/hematoma.
5. Anjurkan pasien memiliki pembersihan darikatun/spon dan pembersihan mulut untuk sikat gigi.	5. Menghindari trauma dan perdarahan pada gusi.
6. Kolaborasi dalam pemeriksaan laboratorium, contoh HB/Ht, elektrolit, kadar protrombin/waktu pembekuan	6. Memberikan informasi tentang volume sirkulasi, keseimbangan elektrolit dan keadekuatan faktor pembekuan
7. Berikan cairan IV, produk darah, sesuai indikasi	7. Mempertahankan volume sirkulasi adekuat dan membantu dalam penggantian faktor pembekuan
8. Elektrolit	8. Memperbaiki ketidak seimbangan akibat kehilangan dari gaster/luka berlebihan
9. Vitamin K	9. Memberikan penggantian faktor yang diperlukan untuk proses pembekuan

c. Aktual/resiko pola nafas tidak efektif b.d nyeri pasca cholelistektomy pada saat ekspansi paru

Tujuan : Dalam waktu 1 x 24 jam tidak terjadi perubahan pola nafas.

Kriteria evaluasi:

- 1) Laporan secara subjektif tidak sesak nafas, bisa bernafas optimal tanpa di sertai nyeri pada insisi luka
- 2) RR dalam batas normal 16-20x/menit.
- 3) Pemeriksaan gas arteri pH $7,40 \pm 0,005$, HCO_3 24 ± 2 mEq/L, dan PaCO_2 40 mmHg.
- 4) Kadar elektrolit normal

Tabel 2.3
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Kaji faktor pola napas tidak efektif	1. Mengidentifikasi untuk mengatasi penyebab dasar dari penurunan ekspansi pascabedah cholelistektomi
2. Istirahatkan pasien dengan posisi fowler	2. Posisi fowler akan meningkatkan ekspansi paru optimal, istirahat akan mengurangi kerja jantung
3. Manajemen lingkungan tenang dan batasi pengunjung	3. Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi oksigen ruangan akan berkurang apabila
4. Beri oksigen 3 L/menit	
5. Ajarkan dan bantu penyangga sekitar luka pasien pada saat latihan napas dalam	
6. Ajarkan mengatur posisi atau menggunakan bantal apabila pasien	

mengalami nyeri saat melakukan pernapasan dalam.	banyak pengunjung yang berada di ruangan.
7. Kolaborasi dalam memantau data laboratorium analisis gas darah berkelanjutan.	<p>4. Terapi pemeliharaan untuk pemenuhan oksigenasi.</p> <p>5. Menurunkan tarikan pada kulit akibat peningkatan intra abdomen sekunder dari batukmakan menurunkan stimulus nyeri dan pasien mendapatkan dukungan, serta kepercayaan diri untuk melakukan pernapasan diafragma.</p> <p>6. Posisi di sesuaikan dengan toleransi pasien pascabedah, biasanya posisi fowler atau miring ke sisi yang sehat atau duduk menggunakan bantal dapat meningkatkan kepercayaan diri dan menurunkan respon nyeri pada pasien</p> <p>7. Tujuan intervensi keperawatan pada alkalosis adalah mengurangi pH sistemik sampai ke batas yang aman dan menanggulangi sebab-sebab alkalosis yang mendasarinya, dengan monitoring, perubahan dan analisa gas darah berguna untuk menghindari komplikasi yang tidak di harapkan.</p>

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

Tujuan : dalam waktu 3 x 24 jam pada pasien non bedah dan 5 x 24 jam pada pasien pasca bedah colesistektomi akan mempertahankan kebutuhan nutrisi yang adekuat.

Kriteria Evaluasi: Membuat pilihan diet untuk memenuhi

kebutuhan nutrisi dalam situasi individu.

Menunjukkan peningkatan BB

Tabel 2.4

Intervensi dan rasional

I	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 social ekonomi pasien , dengan mengetahui tingkat pengetahuan perawat dapat memberikantingkat pendidikan
3.	Pertahankan kebersihan mulut	3. yang sesuai dengan pengetahuan [pasien secara efisien dan efektif.
4.	Beri diet pascabedah Cholesistektomi.	4. Akumulasi partikel makanan di dalam mulut dapat menambah bau dan rasa tak sedap yang menurunkan nafsu makan.
5.	Berikan makan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang	5. Diet pasien dapat berupa diet rendah lemak dan tinggi karbohidrat dan protein.
6.	Kolaborasi dengan ahli diet untuk menurunkan komposisi dan jenis diet yang tepat	6. Pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makan tanpa adanya gangguan dari luar
7.	Monitor perkembangan berat badan	7. Merencanakan diet dengan kandungan nutrisi yang adekuat untuk memenuhi peningkatan kebutuhan energy ndan kalori sehubungan dengan perubahan metabolisme pasien.

e. Kerusakan integritas kulit/ jaringan b.d substansi kimia empedu, menetapnya secret, intervensi pada tubuh (selang T).

Tujuan:

- 1) Meningkatkan penyembuhann luka tanpa komplikasi
- 2) Menunjukkan prilaku untuk meningkatkan penyembuhan atau mencegah kerusakan kulit.

Tabel 2.5

Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Periksa selang T dan drain insisi yakinkan aliran bebas.	1. Selang T dapat di masukan pada duktus koledokus selama 7-10 hari untuk membuang batu yang tertahan, drain sisi insisi digunakan untuk membuang cairan yang terkumpul, memperbaiki posisi mencegah aliran balik empedu ke area operasi
2. Pertahankan selang T pada sistem penampungan tertutup.	2. Mencegah iritasi kulit dan memudahkan pengukuran haluran, menurunkan resiko kontaminasi
3. Observasi warna dan kateter	3. Pada awalnya drainase mengandung darah dan campuran darah dengan air secara normal berubah menjadi coklat kehijauan (warna empedu) setelah berjam jam pertama.kantong ostomi di gunakan untuk menampung drainase besar untuk pengukuran lebih akurat tentang haluran dan melindungi kulit
4. Observasi adanya cegukan, distensi abdomen,tanda peritonitis.	4. Perubahan posisi selang T dapat mengakibatkan iritasi diagrama atau komplikasi serius bila empedu mengalir ke dalam abdomen atau duktus pankreas terhambat.
5. Ganti balutan sesering mungkin bila perlu dibersihkan kulit dengan sabun dan air	
6. Observasi kulit, sklera, urine terhadap perubahan warna	
7. Catat warna dan konsistensi feses	
8. Selidiki laporan pengkatan atau tindakan hilangnya nyerit dada kaudran kanan atas, terjadi demam, takitardi, kebocoran drainase dari sekitar selang atau luka.	
9. Berikan antibiotik sesuai induksi	

10. Awasin pemberian laboratorium,
contoh darah lengkap

5. Mempertahankan kulit sekitar insisi bersih dan memberikan pertahanan untuk melindungi kulit
 6. Terjaidnya ikterik mengidentifikasi adanya obstruksi aliran empedu
 7. Feses tanah liat terjadi bila empedu tidak ada dalam usus.
 8. Tanda dugaan adanya abses dan pembentukan fistula yang memerlukan intervensi medik.
 9. Perlu untuk pengobatan abses/infeksi
 10. Leukositosis menunjukkan adanya proses inflementasi, contoh pembentukan abses atau terjadinya peritonitis
-

f. Pemenuhan informasi b.d adanya rencana pembedahan dan rencana perawat di rumah

Tujuan : Dalam waktu 1 x 24 jam informasi kesehatan terpenuhi

Kriteria hasil:

- 1) Pasien mempu menjelaskan kembali pendidikan kesehatahn yang di berikan.
- 2) Pasien termotivasi untuk melaksanakan penjelasan yang telah di berikan.

Tabel 2.6
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Berikan informasi pada pasien yang akan menjalani perawatan rumah pasca kolelitomi, 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 cholisistektomi, beberapa individu mengalami sakit berulang menyerupai kolik bilier dalam usus besar, garam empedu merangsang sekresi mukosa garam dan air sehingga terjadi diaere.
3. Anjurkan untuk membatasi makanan dan cairan yang tinggi lemak.	3. Kerusakan aliran empedu mengakibatkan malabsorpsi lemak.
4. Anjurkan untuk semampunya melakukan manajemen nyeri non farmakologik pada saat nyeri muncul	4. Beberapa agen nyeri farmakologik biasanya memberikan reaksi negative pada gastrointestinal
5. Beri tahu pasien dan keluarga apabila di dapatkan perubahan klinik atau komplikasi untuk segera memeriksakan diri.	5. Pasca kolesistektomi tanpa komplikasi, pasien akan langsung pulang setelah fungsi usus dan kesadaran normal, di rumah pasien dan keluarga di anjurkan untuk memeriksa sendiri tentang memeriksa nadi dan kondisi tetang memeriksa nadi dan kondisi balutan. Apabila perubahan warna pada balutan , maka tanda ini merupakan tanda komplikasi yang harus segera mendapatkan intervensi medis.

g. Resiko infeksi b.d adanya port de entr'ee luka pasca operasi

Tujuan : Tidak terjadinya infeksi, terjadi perbaikan pada integritas kulit yang rusak

Kriteria hasil :

- 1) Resiko infeksi dapat segera teratasi
- 2) 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 makanan dan cairan yang tinggi lemak.	3. Kerusakan aliran empedu mengakibatkan malabsorpsi lemak.
4. Anjurkan untuk semampunya melakukan manajemen nyeri non farmakologik pada saat nyeri muncul	4. Beberapa agen nyeri farmakologik biasanya memberikan reaksi negative pada gastrointestinal
5. Beri tahu pasien dan keluarga apabila di dapatkan perubahan klinik atau komplikasi untuk segera memeriksakan diri.	5. Pasca kolesistektomi tanpa komplikasi, pasien akan langsung pulang setelah fungsi usus dan kesadaran normal, di rumah pasien dan keluarga di anjurkan untuk memeriksa sendiri tentang memeriksa nadi dan kondisi tetang memeriksa nadi dan kondisi balutan. Apabila perubahan warna pada

balutan , maka tanda ini merupakan tanda komplikasi yang harus segera mendapatkan intervensi medis.

2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Focus dari intervensi keperawatan antara lain adalah :

- a. Mempertahankan daya tahan tubuh
- b. Mencegah komplikasi
- c. Menemukan perubahan sistem tubuh
- d. Menetapkan klien dengan lingkungan
- e. Implementasi pesan dokter

(Setiadi, 2012)

Ada tahapan-tahapan tindakan keperawatan dalam tindakan keperawatan yakni sebagai berikut :

- a. Persiapan

Persiapan ini meliputi kegiatan-kegiatan :

- 1) Riview antisipasi tindakan keperawatan.
- 2) Menganalisis pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan .
- 3) Mengetahui yang mungkin timbul.

- 4) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan.
- 5) Mempersiapkan lingkungan yang kondusif.
- 6) Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik.

Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara professional antara lain :

a. Independen

Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dokter atau tenaga kesehatan lainnya.

b. Interdependen

Yaitu suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter.

c. Dependen

Yaitu pelaksanaan rencana tindakan medis .

(Setiadi, 2012)..

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari Diagnosa keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Nursalam, 2009).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan SOAP/SOAPIER. Penggunaan tersebut tergantung dari kebijakan setempat. Pengertian SOAPIER sebagai berikut :

(Setiadi, 2012)

a. Evaluasi Formatif

S : Data Subjektif

Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang didasarkan, dikeluhkan, dikemukakan klien.

O : Data Objektif

Perkembangan yang bisa diamati yang dilakukan oleh perawat atau tim kesehatan lainnya.

A : Analisis

Penelitian dari dua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah perkembangan kearah perbaikan atau kemunduran.

P : Planning

Rencana penanganan klien yang didasarkan oleh hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar di dapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

S : Data Subjektif

Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang didasarkan, dikeluhkan, dikemukakan klien.

O : Data Objektif

Perkembangan yang bisa diamati yang dilakukan oleh perawat atau tim kesehatan lainnya.

A : Analisis

Penelitian dari dua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah perkembangan kearah perbaikan atau kemunduran.

P : Planning

Rencana penanganan klien yang didasarkan oleh hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

I : Implementasi

Tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana.

E : Evaluasi

Yaitu penilaian tentang sejauh mana rencana tindakan dari evaluasi telah dilaksanakan dan sejauh masalah klien teratasi.

R : Reasiment

Bila hasil evaluasi menunjukkan masalah belum teratasi, pengkajian ulang perlu dilakukan kembali melalui proses pengumpulan data subjektif dan proses analisisnya.

a. S : Data Subjektif

Hasil pemeriksaan terakhir yang dikeluhkan oleh pasien biasanya data ini berhubungan dengan kriteria hasil.

b. O : Data objektif

Hasil pemeriksaan terakhir yang dilakukan oleh perawat biasanya data ini juga berhubungan dengan kriteria hasil

c. A : Analisa

Pada tahap ini dijelaskan apakah masalah kebutuhan pasien telah terpenuhi atau tidak

d. P : Rencana asuhan

Dijelaskan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan terhadap pasien.

e. I : Intervensi

Tindakan perawat untuk mengatasi masalah yang ada

f. E : Evaluasi

Evaluasi terhadap tindakan keperawatan

g. R : Reassessment

Melakukan pengumpulan data dan kembali, jika hasil pelaksanaan tindakan tidak sesuai dengan yang diharapkan. Apakah rencana asuhan akan dirubah.