



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
KOLESISTITIS DI RUANG MAWAR RUMAH
SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**Disusun Oleh:
BUNGA AZIZA NURSAPUTRI
201701044**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. D DENGAN
KOLESISTITIS DI RUANG MAWAR RUMAH
SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**Disusun Oleh:
BUNGA AZIZA NURSAPUTRI
201701044**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

**LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS
KARYA TULIS ILMIAH**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Bunga Aziza Nursaputri
NIM : 201701044
Institusi : STIKes Mitra Keluarga Prodi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan diagnosa kolesistitis di Ruang Mawar RS Mitra Keluarga Bekasi Barat" yang dilaksanakan tanggal 14-16 Desember 2019 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini, tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia bertanggung jawab atas semua resiko yang saya perbuat sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 30 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



(Bunga Aziza Nursaputri)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan kolesistitis di Ruang Mawar RS Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 30 Mei 2020

Pembimbing Makalah



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B)

Mengetahui,
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan Kolesistitis di Ruang Mawar RS Mitra Keluarga Bekasi Barat" yang disusun oleh Bunga Aziza Nursaputri (201701044) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 10 Juni 2020.

Bekasi, 10 Juni 2020

Penguji I



(Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep)

Penguji II



(Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., SP.Kep.M.B)

Nama : Bunga Aziza Nursaputri
NIM : 201701044
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada pasien Tn.D dengan Kolesistitis di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
Halaman : Xiii+ 58 halaman+1 tabel+4 lampiran
Pembimbing : Devi Susanti

ABSTRAK

Latar Belakang: kolesistitis adalah radang pada kandung empedu, yang biasanya penyebab utamanya ialah 90% batu empedu. Angka kejadian kolelitiasis di Indonesia berdasarkan diagnosis disalah satu rumah sakit di Provinsi Jawa Barat sendiri angka kejadian berdasarkan jenis kelamin sebanyak 64 pasien (63 %) adalah perempuan, umur (> 40 tahun) sebanyak 88 pasien (86 %). Menurut data yang diperoleh dari hasil rawat di salah satu Rumah Sakit Swasta di Bekasi dalam satu tahun terakhir didapatkan 45 kasus atau 0,010% dari total 4.276 pasien yang dirawat di rumah sakit tersebut.

Tujuan Umum: Laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhankeperawatan pada pasien dengan kolesistitis melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan tiga diagnosa keperawatan yaitu risiko perluasan infeksi, nyeri akut, kurang pengetahuan. Diagnosa prioritas yang diangkat adalah risiko perluasan infeksi. Intervensi pada diagnosa keperawatan prioritas adalah kaji TTV pasien (Suhu) setiap 8 jam, observasi hasil lab (bilirubin direk, total dan mri mrcp) setiap kali pemeriksaan, berikan obat – obatan sesuai program medis. Semua tindakan dilakukan sesuai dengan rencana. Setelah dilakukan tindakan pemberian antibiotik dan kaji TTV (suhu) diharapkan tidak terjadi komplikasi lain pada pasien.

Kesimpulan dan Saran: Evaluasi keperawatan pada diagnosa keperawatan prioritas yang perlu diperhatikan adalah tidak ada tanda tanda infeksi dan tidak terjadi komplikasi. Saran perawat diharapkan dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien kolesistitis secara komperhensif. Pada saat memilih prioritas diagnosa harus didasarkan pada masalah yang paling menonjol pada pasien.

Keyword: Asuhan Keperawatan, Kolesistitis.

Daftar Pustaka: 14 (2012 – 2020)

Name : **Bunga Aziza Nursaputri**
Student Number : **201701044**
Study Program : **Diploma of Nursing**
Title : **Nurding Care on Mr. D
With *cholecystitis* at Mawar Room in
Mitra Keluarga West Bekasi Hospital**
Page : **Xiii+58 page+1 table+4 attachment**
Pembimbing : **Devi Susanti**

ABSTRACT

Background: Cholecystitis is inflammation of the gallbladder which usually causes 90% of gallstones. Cholelithiasis prevalence in Indonesia based on one of the local hospital in West java showed based on the gander there are 64 cases (63%) is female aged (>40 years old) and 88 case (86 %). Based on a data from a private hospital in Bekasi showed in the past one year there are 45 cases or 0,010% from 4.276 patients in total.

Main objective: the general purpose of this case report is to obtain a real illustration of treatment on patients with cholecystitis through a comprehensive nursing process.

Method in writing: this report case is using descriptive method that is by reveal the fact of the data that is obtained.

Result: Result from assesment there are three nursing diagnose that is found they are infection expansion risk, acute pain and knowledge definicency. The priority diagnose that has been choosen is infection risk. Intervention from the priority diagnose is monitor vital sign (temperature) every 8 hours, monitor lab result (bilirubin, total direct, mrii mrcp) every check up, give medicine therapy based on medical plan. All actions are carried out according to plan. After taking antibiotics and assessing the symptoms of infection, it is hoped that other complications will not occur in the patient.

Conclusions and Suggestions: Priority nursing evaluation that needs attention is there is no complication from the infection sign. Advive for the nurses is nurses are expected can give a comprehensive nursing care to patient with cholecystitis. When it comes to decided the diagnose priority should be based on the real condition of the patient.

Keyword: Nursing care of cholecystitis

References: 14 (2012 – 2020)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, karena dengan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. D dengan kolesistitis di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat”. Adapun tujuan dari makalah ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan ujian mata kuliah pada semester VI program pendidikan diploma DIII Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Dalam penyusunan makalah ilmiah ini, penulis telah banyak diberikan doa dan motivasi dari berbagai pihak terutama oleh pembimbing makalah ilmiah yang telah memberikan masukan dan pengarahan bagi penulis untuk dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku penguji II, serta dosen pembimbing KTI yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing, memberi saran, serta memotivasi penulis dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
2. Ns. Lisbeth Pardede, M.Kep selaku penguji yang telah bersedia menguji penulis mengenai makalah ilmiah ini.
3. Ns. Aprillia Veranita., M.Kep selaku Pembimbing Akademik penulis yang selalu memberikan dorongan dan dukungan serta motivasi kepada penulis dalam membuat makalah ilmiah ini.
4. Dr.Susi Hartati, SKp., M.Kep., Sp.Kep.An. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah bersedia memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini.
5. Keluarga tercinta mamah, papah, dan kakakku tersayang yang selalu mendoakan setiap waktu serta memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama menjalankan studi 3 tahun di STIKes Mitra Keluarga.

6. Seluruh dosen pengajar dan staf STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam proses belajar selama 3 tahun.
7. Suster Dian selaku koordinator Ruang Mawar dan Suster Tuti selaku CM serta seluruh perawat di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang telah banyak membimbing penulis di tempat praktik.
8. Tn. D dan keluarga selaku pasien yang telah senantiasa bersedia memberikan informasi dan menerima keberadaan penulis untuk menerapkan dan melakukan Asuhan Keperawatan.
9. Teman seperjuangan karya tulis ilmiah KMB khususnya anak bimbingan Ibu Devi yaitu Niken, juli, ka irma dan frendi yang telah memberikan motivasi, dukungan serta bantuan dalam pembuatan makalah ini.
10. Kucing yang terdiri dari Yuly, Ayu, Inez, Nadia dan Alycia yang sudah memberi semangat dan dukungan kepada penulis.
11. Sobat Kaya yang terdiri dari Sari, Dheana, Marwati, Febi, Niken, Gysella, Evita, Sabilla, Yulia dan Suci yang sudah menemani penulis selama 3 tahun ini serta memberi dukungan, semangat kepada penulis.
12. Kaka tingkat yang sudah wisuda terlebih dahulu yaitu ka Vina, ka Dita, ka Amalina, ka Riska, ka Ali, dan ka Delfia serta kaka tingkat lainnya yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.
13. Lisda Nursyah'bani adik tingkat yang sudah memberi semangat kepada penulis.
14. UKM Volly Stikes Mitra Keluarga yang sudah memberi dukungan kepada penulis.
15. Pihak-pihak yang terlibat dalam mendukung dan mendoakan penulis dalam penyusunan makalah ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.
16. Seluruh teman-teman seperjuangan angkatan VII STIKes Mitra Keluarga khususnya kelas B yang telah berjuang bersama-sama dalam menyelesaikan makalah ilmiah.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih ada kekurangan baik dari segi susunan kalimat maupun tata bahasanya. Oleh karena itu dengan tangan terbuka kami menerima segala saran dan kritik dari pembaca agar kami dapat memperbaiki makalah ini. Akhir kata kami berharap semoga ini bermanfaat untuk masyarakat dan dapat memberikan pengetahuan bagi pembaca.

Bekasi, 22 Desember 2019

Bunga Aziza Nursaputri

DAFTAR ISI

COVER DALAM	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACK	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Balakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Metode Penulisan	3
D. Ruang Lingkup	4
E. Sistematika Penulisan	4
BAB II TINJAUAN TEORI.....	6
A. Pengertian	6
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi.....	7
1. Proses perjalanan penyakit.....	7

2.	Manifestasi klinik.....	8
3.	Klasifikasi	9
4.	Komplikasi.....	10
D.	Penatalaksanaan Medis	11
E.	Pengkajian Keperawatan.....	13
F.	Diagnosa Keperawatan	16
G.	Perencanaan Keperawatan.....	16
H.	Pelaksanaan Keperawatan	22
I.	Evaluasi Keperawatan.....	23
BAB III TINJAUAN KASUS.....		24
A.	Pengkajian.....	24
B.	Diagnosa Keperawatan	36
C.	Rencana, pelaksanaan dan evaluasi Keperawatan	36
BAB IV PEMBAHASAN.....		50
A.	Pengkajian Keperawatan.....	50
B.	Diagnosa Keperawatan	51
C.	Perencanaan Keperawatan.....	52
D.	Pelaksanaan Keperawatan	54
E.	Evaluasi Keperawatan	55
BAB V PENUTUP.....		57
A.	Kesimpulan	57
B.	Saran.....	58

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	35
-------------------------------------	-----------

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1 (patoflowdiagram kolesistitis)
2. Lampiran 2 (SAP kolesistitis)
3. Lampiran 3 (leaflet kolesistitis)
4. Lampiran 4 (flipchart kolesistitis)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit batu kandung empedu (kolelitiasis) saat ini merupakan masalah saluran cerna yang paling sering terjadi di dunia. Insiden kolesistitis akut akibat batu kandung empedu ialah komplikasi yang paling sering timbul pada pasien-pasien dengan kolelitiasis (Kereh & dkk, 2015). Kolesistitis adalah radang pada kandung empedu, yang biasanya penyebab utamanya ialah 90% batu empedu (Difusi, 2020).

Kejadian kolelitiasis di Amerika Serikat, beberapa penelitian memperlihatkan bahwa batu empedu dijumpai pada paling sedikit 20% perempuan dan 8% laki-laki berusia >40 tahun dan hampir 40% perempuan berusia >65 tahun (Tuuk & dkk, 2016). Di Indonesia, walaupun belum ada data epidemiologis penduduk, angka kejadian kolesistitis dan kolelitiasis umumnya relatif lebih rendah dibandingkan dengan negara – negara barat. Meskipun dikatakan bahwa pasien kolesistitis akut umumnya perempuan, gemuk dan berusia di atas 40 tahun. Berdasarkan angka kejadian kolelitiasis di Indonesia menurut angka kejadian di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado bahwa dari 113 kasus yang di diagnosis batu empedu, sebanyak 62 kasus perempuan (55%) dan 51 kasus laki-laki (45%) (Tuuk & dkk, 2016). Menurut (Febyan & dkk, 2017) angka kejadian kolelitiasis berdasarkan diagnosis disalah satu rumah sakit di Provinsi Jawa Barat sendiri angka kejadian berdasarkan jenis kelamin sebanyak 64 pasien (63 %) adalah perempuan, umur (> 40 tahun) sebanyak 88 pasien (86 %). Menurut data

yang diperoleh dari hasil rawat di salah satu Rumah Sakit Swasta di Bekasi dalam satu tahun terakhir didapatkan 45 kasus atau 0,010% dari total 4.276 pasien yang dirawat di rumah sakit tersebut.

Menurut (LeMone & dkk, 2016) apabila kolesistitis tidak diatasi maka akan menyebabkan komplikasi mencakup empiema, yaitu pengumpulan cairan yang terinfeksi di dalam kandung empedu. Perubahan patologik di dalam kandung empedu mengikuti pola yang khas. Proses awal berupa edema subserosa, perdarahan mukosa dan bercak-bercak nekrosis dan akhirnya fibrosis. Gangren dan perforasi dapat terjadi pada hari ketiga setelah serangan penyakit, tetapi kebanyakan pada minggu kedua (Sjamsuhidajat, 2017)

Perawat memiliki peran penting sebagai promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk mencegah terjadinya peningkatan angka kejadian penderita kolesistitis. Untuk mengurangi jumlah penderita kolesistitis peran perawat dalam aspek preventif dengan memotivasi pasien agar tidak mengkonsumsi makanan tinggi kolesterol dan lemak. Aspek promotif dengan memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait penyakit kolesistitis, penyebab kolesistitis, tanda dan gejala kolesistitis, komplikasi kolesistitis serta penanganan kolesistitis. Peran perawat sebagai kuratif dengan cara pengobatan, mengkonsumsi obat yang telah diberikan oleh dokter. Peran perawat sebagai rehabilitatif dengan memberikan motivasi dan membantu untuk memulihkan pasien agar mampu melakukan aktivitas kembali secara optimal.

Perawat memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan kemudian data-data yang ditemukan dan akibat yang disebabkan oleh penyakit tersebut, maka penulis tertarik untuk membahas mengenai asuhan keperawatan dengan kolesistitis.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kolesistitis.

2. Tujuan Khusus

Penulis diharapkan mampu :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan kolesistitis.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan kolesistitis.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan kolesistitis.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan kolesistitis.
- e. Melaksanakan evaluasi pada pasien dengan masalah kesehatan kolesistitis.
- f. Mengidentifikasi kesejangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalahnya.
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan kolesistitis.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode deskriptif dengan studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis mengelola satu kasus dengan menggunakan proses asuhan keperawatan. Adapun metode yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Studi kasus yaitu pemberian asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan melakukan pengkajian terlebih dahulu dengan cara

wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik hingga berlangsungnya proses keperawatan.

2. Studi kepustakaan yaitu dengan cara mempelajari buku yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien dengan kolesistitis untuk memperoleh konsep teoritis yang bersifat ilmiah.
3. Studi dokumentasi yaitu pengumpulan data melalui rekam medis yang tersedia di rumah sakit untuk memperoleh data yang lengkap dan lebih akurat.

D. Ruang Lingkup

Penulisan makalah ini merupakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. D dengan kolesistitis di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat selama 3 hari dari tanggal 14 Desember 2019 sampai dengan tanggal 16 Desember 2019.

E. Sistematika Penulisan

Secara garis besar makalah ilmiah ini tersusun dari lima BAB yang disusun secara sistematis, yaitu: BAB I yang berisi tentang pendahuluan, latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II terdiri dari tinjauan teori yaitu pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinik, klasifikasi, komplikasi), penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan (pemeriksaan diagnostik), perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB III berisi tentang tinjauan kasus yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. BAB IV yaitu pembahasan yang menjelaskan kesenjangan antara teori dan kasus dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V adalah penutup yang berisi tentang kesimpulan dan saran. Daftar pustaka yang mencantumkan beberapa buku referensi yang

digunakan. Bagian akhir dari makalah ilmiah ini adalah lampiran yang berupa patoflowdiagram Kolesistitis.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Kolesistitis adalah inflamasi kandung empedu. Kolesistitis akut biasanya terjadi setelah obstruksi saluran sistik oleh batu. Obstruksi akan meningkatkan tekanan di dalam kandung empedu, menyebabkan iskemia dinding dan mukosa kantong empedu (LeMone & dkk, 2016).

Menurut Hurst (2016) Kolesistitis adalah inflamasi kandung empedu. Sekitar 90% kasus terjadi akibat batu empedu yang menyumbat/mengobstruksi duktus sistik.

B. Etiologi

Menurut Black (2014) faktor yang dapat terjadi pada pasien dengan kolesistitis adalah :

Obstruksi duktus sistik oleh batu biasanya menyebabkan terjadinya kolesistitis akut. Faktor risiko utama yang dapat dicegah gaya hidup yang menetap dan obesitas. Jika pasien meningkatkan tingkat aktivitas dan menjaga diet rendah lemak, risiko kolesistitis dapat dikurangi. Mendorong pasien untuk ikut olahraga dan mengikuti kebiasaan diet sehat.

1. Kolesistisis lebih dari 80%
2. Infeksi bakterial dapat terjadi karena adanya obstruksi.
3. Proses inflamasi berkembang relatif lambat tetapi dapat berkembang menjadi empiema, gangren dan perforasi.
4. Penyakit kronik sering terjadi setelah serangan inflamasi akut yang berulang-ulang secara terpisah tetapi mungkin berkembang berangsur-angsur.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Menurut Sjamsuhidajat (2017) hampir semua kolesistitis akut terjadi akibat sumbatan duktus sistikus oleh batu yang terjebak di dalam kantong empedu. Komplikasi ini terdapat pada lima persen penderita kolelitiasis. Pada kolesistitis akut, faktor trauma mukosa kandung empedu oleh batu menyebabkan pelepasan fosfolipase yang mengubah lesitin di dalam kantong empedu menjadi lisolesitin, yaitu senyawa toksik yang memperberat proses peradangan. Pada awal penyakit, peran bakteri kecil kemudian dapat terjadi supurasi. Komplikasi kolesistitis adalah empiema, gangren, dan perforasi.

Perjalanan kolesistitis akut bergantung pada apakah obstruksi dapat hilang sendiri atau tidak, derajat infeksi sekunder, usia penderita, dan penyakit lain yang memperberat keadaan, seperti diabetes melitus. Perubahan patologik di dalam kantong empedu mengikuti pola yang khas. Proses awal berupa edema subserosa, lalu perdarahan mukosa dan bercak-bercak nekrosis, dan akhirnya fibrosis. Gangren dan perforasi dapat terjadi pada hari ketiga setelah serangan penyakit, tetapi kebanyakan pada minggu kedua. Pada penderita yang mengalami resolusi spontan, tanda radang akut baru menghilang setelah empat minggu, tetapi sampai berbulan-bulan kemudian sisa peradangan dan nanah masih tetap ada.

Sekitar 95% kolesistitis akut disertai kolelitiasis dan bila batu tersebut menutup saluran keluar duktus sistikus, akan terjadi stasis bilier, pembengkakkan, radang akut, yang dapat berlanjut menjadi empiema dan perforasi kandung empedu. Keluhan utama ialah nyeri akut di perut kuadran kanan atas, yang kadang-kadang menjalar ke belakang di daerah skapula. Biasanya ditemukan riwayat serangan kolik di masa lalu, yang pada mulanya sulit dibedakan dengan nyeri kolik yang sekarang, gejala yang khas adalah rangsangan peritonitis lokal yaitu

ketika inspirasi dalam, penderita merasa nyeri pada hipokondrium kanan sehingga berhenti menarik napas (tanda murphy).

Kantung empedu yang membesar dapat diraba. Pada separuh penderita, nyeri disertai mual dan muntah. Ikterus yang ringan jarang ditemukan. Suhu badan sekita 38°C , apabila timbul demam dan menggigil, harus dicurigai adanya komplikasi atau penyakit yang lain. Pada laboratorium, jumlah leukosit dapat meningkat atau dalam batas normal, apabila jumlah leukosit melebihi 15.000 harus dicurigai komplikasi yang berat. Terdapat juga kenaikan protein reaktif C. Kadar bilirubin meningkat sedang, mungkin karena sindrom mirizzi atau penjalaran radang ke duktus koledokus. Fosfatase alkali sering mengalami kenaikan sedang, demikian juga kadar amilase darah. Pada sindrom mirizzi, ikterus obstruktif disebabkan tekanan pada duktus koledokus oleh batu di dalam kandung empedu.

2. Manifestasi klinik

Tanda & gejala menurut Hurst (2016), dan Suddart (2018) adalah :

- a. Nyeri akut dan parah pada kuadran kanan atas dan nyeri epigastrik (4-6 jam setelah memakan makanan berlemak) yang menyebar ke bahu dan skapula kanan serta diperburuk oleh pergerakan pernapasan. Penderita akan merasa nyeri karena kandung empedu akan menyentuh peritoneum parietalis.

Nyeri biasanya berlangsung >12 jam dan otot abdomen menjadi kaku dalam beberapa jam setelah awitan nyeri.

Rasional : nyeri terjadi akibat obstruksi duktus sistik pada kandung empedu atau spasme ketika batu berpindah di sepanjang duktus.

- b. Mual dan muntah.

Rasional: karena keparahan nyeri yang terjadi selama serangan dan terjadi muntah karena impuls yang dihantarkan ke pusat muntah dari distensi duktus empedu.

- c. Demam.

Rasional: peningkatan suhu tubuh dapat terjadi sebagai respons terhadap inflamasi.

- d. Indigesti (dispepsia), gas (*flatulens*) dan sendawa.

Rasional: kekurangan empedu menurunkan kemampuan saluran gastrointestinal untuk memecahkan makanan yang mengandung lemak yang tinggi, mengganggu proses pencernaan normal.

- e. Steatorea (feses berlemak).

Rasional: kekurangan empedu memicu penurunan absorpsi lemak dan steatorea.

- f. Ikterus obstruksi pengaliran getah empedu ke dalam duodenum akan menimbulkan gejala yang khas, yaitu getah empedu yang tidak lagi dibawa ke dalam duodenum akan diserap oleh darah dan penyerapan empedu ini membuat kulit dan membran mukosa berwarna kuning. Keadaan ini sering disertai gatal-gatal pada kulit.

- g. 95% pasien kolesistitis akan menderita kolelitiasis.

- h. Tidak menimbulkan nyeri.

- i. Perubahan warna urine dan feses. Ekskresi pigmen empedu oleh ginjal akan membuat urine berwarna sangat gelap. Feses yang tidak lagi diwarnai oleh pigmen empedu akan tampak kelabu, dan biasanya pekat yang disebut "*Claycolored*"

- j. Defisiensi vitamin obstruksi aliran empedu juga akan mengganggu absorpsi vitamin A, D, E, K yang larut lemak. Karena itu pasien dapat memperlihatkan gejala defisiensi vitamin - vitamin ini jika obstruksi atau sumbatan bilier berlangsung lama. Penurunan jumlah vitamin K dapat mengganggu pembekuan darah yang normal.

3. Klasifikasi

Klasifikasi menurut Sjamsuhidajat (2017), Suddart (2018), Black & dkk, (2014) adalah :

- a. Kolesistitis akut : umumnya diawali serangan kolik empedu. Nyeri meliputi seluruh kuadran kanan atas dan dapat menjalar ke punggung, skapula kanan atau bahu. Pergerakan atau nafas

dalam dapat memperburuk nyeri. Nyeri biasanya bertahan lebih lama dibanding kolik empedu, berlanjut selama 12-18 jam. Anoreksia, mual, dan muntah biasa terjadi. Demam sering kali terjadi dan dapat disertai oleh menggigil. Kuadran kanan atas mengalami nyeri tekan saat dilakukan palpasi.

b. Kolesistitis kronik : dapat disebabkan oleh serangan kolesistitis berulang atau dari iritasi persisten pada dinding kandung empedu akibat batu. Bakteri juga terdapat juga di empedu. Kolesistitis kronik sering kali bersifat asimtomatik.

c. Kolesistitis Kalkulus

Kolesistitis kalkulus adalah batu kandung empedu menyumbat saluran keluar empedu akan menimbulkan suatu reaksi kimia, terjadi otolisis serta edema dan pembuluh darah dalam kandung empedu akan terkompensasi sehingga suplai vaskulernya terganggu.

d. Kolesistitis Akalkulus

Kolesistitis akalkulus merupakan inflamasi kandung empedu akut tanpa adanya obstruksi oleh batu empedu. Kolesistitis akalkulus timbul sesudah tindakan bedah mayor, trauma berat atau luka bakar. Faktor lain yang berkaitan dengan tipe ini mencakup: obstruksi duktus sistikus akibat torsi, infeksi primer bacterial pada kandung empedu dan transfusi darah yang dilakukan berkali-kali. kolesistitis akalkulus terjadi akibat berupa cairan dan elektrolit serta aliran darah regional dalam sirkulasi visceral.

4. Komplikasi

Menurut LeMone & dkk (2016) dan Hurst (2016) komplikasi kolesistitis yaitu:

a. Gangren dan perforasi disertai peritonitis karena pelekatan perikolesistitis yang membentuk flegmon yang akhirnya dapat terjadi fistel bilionterik ke usus ataupun ke duodenum.

- b. Kolesistitis kronik yaitu dapat disebabkan oleh serangan kolesistitis berulang atau dari iritasi persisten pada dinding kandung empedu akibat batu.
- c. Empiema yaitu pengumpulan cairan yang terinfeksi di dalam kandung empedu.
- d. Pembentukan fistula yaitu peradangan kolesistitis dapat menyebabkan perlengketan antara kandung empedu dan bagian-bagian lain dari saluran pencernaan. Biasanya duodenum, maka dapat menyebabkan pembentukan langsung antara kandung empedu dan saluran pencernaan.
- e. Ileus batu empedu yaitu ketika batu empedu terperangkap, bisa menyebabkan obstruksi usus atau biasa disebut ileus batu empedu.
- f. Abses, terbentuknya abses yaitu dikarenakan gangren dan perforasi.
- g. Pankreatitis yaitu batu empedu yang tersumbat di dalam pankreas dan pankreas membengkak.

D. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis kolesistitis menurut Suddart (2018) adalah :

Sasaran utama terapi medis adalah untuk mengurangi insidensi nyeri akut kantung empedu dan kolesistitis dengan penatalaksanaanya, diet dan jika memungkinkan menghilangkan penyebab dengan menggunakan farmakoterapi, prosedur endoskopik atau intervensi bedah.

1. Farmakologi

a. Antibiotik

Pemberian antibiotik berfungsi untuk membunuh bakteri yang menginfeksi kandung empedu.

b. Antiemetik

Pemberian antiemetik dapat mengatasi rasa mual yang disebabkan oleh distensi kandung empedu.

c. Analgesik

Pemberian obat analgesik untuk mengatasi nyeri yang dirasakan pasien dari proses inflamasi.

- d. Asamursoddeosikolat (undafalk) dan kenodeosikolat (chenodiol, chenofalk).

Pemberian obat-obatan ini bertujuan untuk melarutkan batu empeduradiolusen yang berukuran kecil dan terutama tersusun dari kolesterol.

2. Terapi nutrisi dan suportif

- a. Capai remisi dengan istirahat, cairan iv, pengisapan nasogastrik, analgesik dan antibiotik.
- b. Diet berupa cairan rendah lemak dengan protein dan karbohidrat tinggi dan dilanjutkan makanan padat yang lembek. Hindari makanan yang berlemak dan berminyak.
- c. Asupan lemak dalam makanan dapat dibatasi, terutama pasien yang mengalami obesitas.
- d. Jika aliran empedu terobstruksi, vitamin larut lemak (A,D,E,K) dan garam empedu mungkin perlu diberikan.

3. Terapi pembedahan

- a. Disolusi medis.

Harus memenuhi kriteria terapi non operatif, seperti batu kolestrol diameternya < 20 mm dan batu < 4 batu, fungsi kandung empedu baik, dan duktus sistik pasien.

- b. *Endoskopik retrograde cholangio pancreatography (ERCP)*.

Batu di dalam saluran empedu dikeluarkan dengan ekstrasi melalui muara yang sudah besar menuju lumen duodenum terjepit di saluran empedu atau batu yang terletak di atas saluran empedu yang sempit di perlukan prosedur endoskopi tambahan sesudah sfingtotertomi seperti pemecahan batu dengan litotripsi mekanik dan litotripsi laser.

Metode ERCP digunakan untuk memastikan keberadaan batu, terutama pada duktus koledokus. Prosedurnya dilakukan dengan memasukan pipa lentur melalui mulut menuju lambung dan usus dua belas jari.

Setelah mencapai usus dua belas jari, pipa kecil (kanula) dimasukkan menuju duktus koledokus setelah sebelumnya, zat kontras iodium disemprotkan ketika pipa berada di pintu masuk duktus koledokus.

c. *Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL)*.

Merupakan pemecahan batu dengan gelombang suara.

d. Kolesistektomi terbuka.

Operasi ini merupakan standar terbaik untuk penanganan pasien dengan kolelitiasis simtomatik. Indikasi yang paling umum untuk kolesistektomi adalah kolik biliaris rekuren diikuti oleh kolesistitis akut.

e. Kolesistektomi laparoskopik.

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

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut Doenges & dkk (2012) pengkajian keperawatan meliputi :

1. Aktivitas/istirahat

Gejala: kelemahan

Tanda : gelisah

2. Sirkulasi

Tanda: Takikardia, berkeringat

3. Eliminasi

Gejala: perubahan warna urin dan feses

Tanda: Distensi abdomen, teraba massa pada kuadran atas, urin gelap pekat, feses warna tanah liat, dan steatorea.

4. Makanan/Cairan

Gejala: Mual/muntah, tidak toleran terhadap lemak dan makanan “pembentuk gas” regurgitasi berulang, nyeri epigastrium, tidak dapat makan, flatulensi, dan dispepsia.

Tanda: kegemukan, adanya penurunan berat badan.

5. Nyeri/Kenyamanan

Gejala: Nyeri Abdomen atas berat, dapat menyebar ke punggung bahu kanan. Nyeri mulai tiba-tiba dan biasanya memuncak 30 menit.

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

6. Pernafasan

Tanda: Peningkatan frekuensi pernafasan, pernafasan tertekan ditandai oleh nafas pendek, dangkal.

7. Keamanan

Tanda: Demam, menggigil, ikterik dengan kulit berkeringat dan gatal. Kecenderungan perdarahan (kekurangan vitamin K)

8. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala: kecenderungan keluarga untuk terjadi batu empedu, adanya kehamilan/melahirkan, riwayat diabetes melitus, penyakit inflamasi usus, dan diskrasiasis darah.

Pertimbangan: menunjukkan rata-rata lama rawat 3-4 hari.

9. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut LeMone & dkk (2016) dan Hurst (2016) pemeriksaan diagnostik kolesistitis adalah :

- a. Bilirubin serum diperiksa, peningkatan bilirubin direk (terkonjugasi) : dapat mengindikasikan obstruksi aliran empedu dalam sistem duktus empedu. Apabila kadar bilirubin meningkat sedang, mungkin karena sindrom mirizzi atau penjalaran radang ke duktus koledokus.

Ketika kadar bilirubin serum diperoleh, hasilnya biasanya dilaporkan sebagai kadar bilirubin total, bilirubin direk, dan bilirubin indirek.

- 1) Bilirubin total (serum) mencakup bentuk indirek dan direk. Bilirubin total meningkat ketika metabolisme atau eksresinya terganggu misalnya penyakit liver atau obstruksi empedu.

- 2) Kadar bilirubin direk (terkonjugasi) meningkat ketika ekskresinya terganggu oleh obstruksi didalam empedu.
- b. Hitung darah lengkap : dapat menunjukkan kenaikan hitung sel darah putih ketika terjadi inflamasi dan infeksi. Apabila terjadi peningkatan pada leukosit melebihi 15.000, harus dicurigai komplikasi yang lebih berat.
 - c. Amilase dan lipase serum diperiksa : untuk mendeteksi terjadinya peningkatan yang terjadi ketika terdapat batu pada duktus komunis empedu atau keterlibatan pankreas.
 - d. *Ultrasonografi* pada kandung empedu : memeriksa batu empedu dikandung empedu dan penebalan dinding kandung empedu (akibat inflamasi kronis).
 - e. *Rontgen abdomen* (bagian abdomen yang datar) dapat menunjukan batu empedu yang memiliki kandungan kalsium yang tinggi.
 - f. *Scan* kandung empedu (misalnya *scan HIDA, DIDA* atau *DISIDA*) menggunakan larutan radioaktif via intravena yang secara cepat diekstrasi dari darah dan dieksresi ke dalam percabangan empedu untuk mendiagnosis obstruksi saluran sistik dan kolesistitis akut atau kronik dan mendeteksi keberadaan batu empedu, namun hanya digunakan untuk memastikan apakah terjadi penyumbatan peradangan di duktus sistikus atau tidak, baik itu karena adanya batu.
 - g. Kadar *aspartate transaminase (AST)* dan *alanin amino transferase(ALT)* untuk mengkaji cedera pada hati sebagai akibat dari obstruksi duktus empedu.
 - h. *Sinar-X* untuk mengidentifikasi batu empedu apakah berasal dari kalsium atau kolesterol.
 - i. *ERCP (endoscopic retrograde cholangiopancreatography)* untuk memvisualisasi pankreas dan duktus niliaris guna mendeteksi adanya batu.
 - j. *Magnetic Resonance Cholangio-Pancreatography (MRCP)*.

Merupakan pemeriksaan pencitraan yang menggunakan resonansi gelombang elektromagnetik. Pemeriksaan ini bisa mendeteksi batu di kandung empedu dan saluran empedu dengan sangat baik, bahkan apabila ada kanker pada saluran empedu.

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges & dkk (2012) diagnosa keperawatan terhadap kolesistitis meliputi:

1. Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis, obstruksi/spasme duktus, proses inflamasi, dan iskemia jaringan/nekrosis.
2. Resiko tinggi kekurangan volume cairan, terhadap berhubungan dengan kehilangan melalui penghisapan gaster berlebihan, muntah, distensi, dan hipermortalitas gaster.
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pembatasan berat badan sesuai aturan, mual/muntah, dispepsia, dan nyeri.
4. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan atau mengingat, salah interpretasi informasi dan tidak mengenal sumber informasi.

Menurut Herdman (2016) diagnosa keperawatan terhadap kolesistitis:

1. Risiko perluasan infeksi berhubungan dengan inflamasi.

G. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan terhadap kolesistitis menurut Doenges & dkk (2012) adalah sebagai berikut :

1. Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis, obstruksi/spasmeduktus, proses inflamasi dan iskemia jaringan/nekrosis.

Tujuan dan Kriteria Hasil: melaporkan nyeri hilang/terkontrol. Menunjukkan penggunaan keterampilan relaksasi dan aktivitas hiburan sesuai indikasi untuk situasi individual.

Intervensi:

a. Mandiri

- 1) Observasi dan catat lokasi, beratnya skala (1-10) dan karakter nyeri (menetap, hilang timbul kolik).

Rasional: Membantu membedakan penyebab nyeri dan memberikan informasi tentang kemajuan/pembaikan penyakit, terjadinya komplikasi, dan keefektifan intervensi.

- 2) Catat respon terhadap obat dan laporkan pada dokter bila nyeri hilang.

Rasional: nyeri berat yang tidak hilang dengan tindakan rutin dapat menunjukkan terjadinya komplikasi atau kebutuhan terhadap intervensi lebih lanjut.

- 3) Tingkatkan tirah baring biarkan pasien melakukan posisi nyaman.

Rasional: tirah baring pada posisi semi fowler rendah menurunkan tekanan intra abdomen, namun pasien akan melakukan posisi yang menghilangkan nyeri secara alamiah.

- 4) Kontrol suhu lingkungan

Rasional: dingin pada sekitar ruangan membantu meminimalkan ketidaknyamanan kulit.

- 5) Dorong menggunakan teknik relaksasi, contoh bimbingan imajinasi, visualisasi, latihan napas dalam, berikan aktivitas senggang.

Rasional: meningkatkan istirahat, memusatkan kembali perhatian dapat meningkatkan coping.

b. Kolaborasi

1. Berikan obat sesuai indikasi.

Rasional: Menghilangkan reflex spasme/kontraksi otot halus dan dapat membantu dalam manajemen nyeri.

2. Resiko tinggi kekurangan volume cairan, terhadap berhubungan dengan kehilangan melalui penghisapan gaster berlebihan, muntah, distensi, dan hipermortalitas gaster.

Tujuan dan Kriteria hasil: menunjukkan keseimbangan cairan adekuat dibuktikan oleh tanda-tanda vital stabil, membran mukosa lembab, turgor kulit baik, pengisian kapiler baik, secara individu mengeluarkan urin cukup, dan tidak ada muntah.

Intervensi :

a. Mandiri

1) Pertahankan masukan dan haluaran akurat, perhatikan haluaran kurang dari masukan, peningkatan berat jenis urin. Kaji membran mukosa/kulit, nadi, perifer, dan pengisian kapiler.

Rasional: memberikan informasi tentang status cairan atau volume sirkulasi dan kebutuhan penggantian.

2) Awasi tanda atau gejala peningkatan atau berlanjutnya mual atau muntah, kram abdomen, kelemahan, kejang-kejang ringan, kecepatan jantung takteratur, paratesia, hipoaktif, atau tak adanya bising usus, depresi pernapasan.

Rasional: muntah berkepanjangan, aspirasi gaster, dan pembatasan pemasukan oral dapat menimbulkan defisit natrium, kalium, dan klorida.

3) Hindarkan dari lingkungan yang berbau.

Rasional : menurunkan rangsangan muntah.

- 4) lakukan kebersihan oral dengan pencuci mulut, berikan minyak.

Rasional: menurunkan kekeringan membran mukosa, menurunkan risiko pendarahan oral.

b. Kolaborasi

- 1) Pertahankan pasien puasa sesuai keperluan.

Rasional: menurunkan sekresi dan motilitas gaster.

- 2) Kaji ulang pemeriksaan laboratorium contoh Hb, Ht, elektrolit, waktu pembekuan.

Rasional: membantu dalam evaluasi volume sirkulasi, mengidentifikasi defisit dan mempengaruhi pilihan intervensi atau penggantian/ koreksi.

- 3) Berikan cairan IV, elektrolit, dan vitamin K.

Rasional: mempertahankan volume sirkulasi dan memperbaiki ketidakseimbangan.

3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pembatasan berat badan sesuai aturan, mual/muntah, dispepsia, nyeri.

Tujuan dan kriteria hasil: menunjukkan kemajuan mencapai berat badan atau mempertahankan berat badan individu yang tepat.

Intervensi :

a. Mandiri

- 1) Kaji distensi abdomen, sering sendawa, berhati-hati menolak bergerak.

Rasional: tanda non verbal ketidaknyamanan berhubungan dengan gangguan pencernaan, nyeri gas.

- 2) Perkirakan atau hitung pemasukan kalori jaga komentar tentang nafsu makan sampai minimal.

Rasional: mengidentifikasi kekurangan/kebutuhan nutrisi. Berfokus pada masalah membuat suasana negative dan mempengaruhi masukan.

3) Timbang sesuai indikasi

Rasional: mengawasi keefektifan rencana diet.

4) Konsul tentang kesukaan atau ketidaksukaan pasien, makanan yang menyebabkan disstres dan jadwal makanan yang disukai.

Rasional: melibatkan pasien dalam perencanaan, memampukan pasien memiliki rasa control dan mendorong untuk makan.

5) Berikan suasana menyenangkan pada saat makan, hilangkan rangsangan berbau.

Rasional: untuk meningkatkan nafsu makan atau menurunkan mual.

6) Berikan kebersihan oral sebelum makan.

Rasional : mulut yang bersih meningkatkan napsu makan.

b. Kolaborasi

1) Konsul dengan ahli gizi nutrisi pendukung sesuai indikasi.

Rasional: berguna dalam membuat kebutuhan nutrisi individual melalui rute yang paling tepat.

2) Tambahkan diet sesuai toleransi biasanya rendah lemak, tinggi serat, batasi makanan penghasil gas, dan makanan/minuman tinggi lemak contoh mentega, makanan gorengan, kacang.

Rasional: memenuhi kebutuhan nutrisi dan memindahkan rangsangan pada kandung empedu.

4. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatanberhubungan dengan kurang pengetahuan/ mengingat, salah interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi.

Tujuan dan kriteria hasil: melakukan perubahan pola hidup dan berpartisipasi dalam program pengobatan.

Intervensi :

a. Mandiri

1) Berikan penjelasan tes dan persiapannya.

Rasional: informasi menurunkan cemas, dan rangsangan simpatis.

2) Kaji ulang program obat, kemungkinan efek samping.

Rasional: memberikan dasar pengetahuan dimana pasien dapat membuat pilihan berdasarkan informasi. Komunikasi efektif dan dukungan dapat menurunkan cemas dan tingkatkan penyembuhan.

3) Anjurkan pasien untuk menghindari makanan/minuman tinggi lemak (contoh, susu, segar, kacang, polong, es krim, mentega, makanan gorengan, bawang, minuman karbonat) atau zat iritan gaster (contoh, makanan pedas, kafein, sitrun)

Rasional: mencegah/membatasi terulangnya serangan kandung empedu.

4) Anjurkan istirahat pada posisi semi-fowler setelah makan.

Rasional: Meningkatkan aliran empedu dan relaksasi umum selama proses perencanaan awal.

5) Anjurkan pasien membatasi merokok.

Rasional: Meningkatkan pembentukan gas, yang dapat meningkatkan distensi/ketidak nyamanan gaster.

Perencanaan keperawatan terhadap kolesistitis menurut Herdman (2016) adalah sebagai berikut:

1. Risiko perluasan infeksi berhubungan dengan inflmasi

Tujuan dan kriteria hasil: menunjukkan infeksi tidak terjadi. Dibuktikan oleh tidak terjadi pembekkan pada daerah abdomen, suhu dalam batas normal, bilirubin dalam batas normal.

Intervensi :

a. Mandiri

- 1) Memonitor tanda-tanda vital suhu.

Rasional: adanya peningkatan suhu menunjukkan adanya tanda-tanda infeksi.

- 2) Observasi hasil laboratorium (leukosit, bilirubin).

Rasional: untuk melihat terdapatnya peningkatan infeksi.

- 3) Anjurkan posisi nyaman untuk pasien.

Rasional: mengurangi rasa sakit pasien ketika mengalami nyeri

b. Kolaborasi

- 1) Berikan obat sesuai indikasi

Rasional: menghilangkan bakteri yang menyebabkan infeksi

H. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Asmadi (2015) implementasi tindakan keperawatan dibedakan menjadi tiga kategori sebagai berikut :

1. *Independent*

Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya antara lain :

- a. Mengkaji pasien melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan untuk memerlukan intervensi pasien.
- c. Mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk memulihkan kesehatan pasien.
- d. Mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan medis.

2. *Interdependent*

Suatu kegiatan yang memerlukan kerjasama dari tenaga kesehatan yang lain.

3. *Dependent*

Berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis.

I. Evaluasi Keperawatan

Menurut Asmadi (2015) Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan yaitu sebagai berikut :

1. Tujuan tercapai

Jika pasien menunjukkan perubahan sesuai standar yang telah ditentukan.

2. Tujuan sebagian tercapai

Jika pasien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

3. Tujuan tidak tercapai

Jika pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali serta dapat timbul masalah baru.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Desember 2019. Pasien masuk pada tanggal 13 Desember 2019 di Ruang Mawar kelas IIA, nomor register 107-35-23 dengan diagnosa medis kolesistitis.

1. Identitas Pasien

Pasien Tn. D dengan usia 43 tahun. Pasien sudah menikah, beragama Islam, pasien bersuku sunda, pendidikan terakhir SLTA. Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Indonesia. Pasien seorang karyawan swasta di salah satu PT (jam bekerja pasien pukul 07.00-16.00 WIB dari senin - jumat) pasien bertempat tinggal di Mekar Jaya Bekasi. Sumber data diperoleh dari pasien, keluarga, rekam medik dan perawat ruangan.

2. Resume

Pasien Tn. D berusia 43 tahun datang ke poli spesialis penyakit dalam di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 13 Desember 2019 pukul 10.20 WIB dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis. Hasil pengukuran TTV TD: 140/80mmhg, N: 87x/mnt, RR: 20x/mnt, S: 37,9⁰C dengan keluhan pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas 1 hari yang lalu, pasien mengatakan penyebab nyeri setiap berpindah posisi, karakteristik nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala 7, frekuensi 2 kali nyeri hilang timbul, durasi nyeri sekitar 20 menit, keluhan disertai mual, perut kembung dan muntah 1x dirumah berisi sisa makanan dan berwarna kuning. Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit ataupun alergi.

Masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan rasa nyaman: nyeri. Tindakan keperawatan yang dilakukan memberikan posisi semi fowler, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memonitor TTV, dan mengkaji skala nyeri.

Pasien tiba diruang mawar pukul 10.55 WIB. Perawat ruangan mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan hasil Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis. Hasil pengukuran TTV TD: 109/62mmhg, N: 86x/mnt, S: 37,9⁰C. Saat dilakukan pengkajian oleh perawat ruangan pasien masih mengeluh nyeri sekitar perut kanan atas, pasien mengatakan penyebab nyeri setiap berpindah posisi, karakteristik nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala 7, frekuensi 2 kali nyeri hilang timbul, durasi nyeri sekitar 20 menit. Masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan rasa nyaman: nyeri. Tindakan keperawatan yang sudah diberikan yaitu memberikan posisi semi fowler, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memonitor TTV dan mengkaji skala nyeri. Tindakan kolaboratis yang dilakukan yaitu pasien diberikan infus tutofusin 500ml 8jam/24jam, obat tamoliv 500ml 3x500ml(drip), torasic 30mg 3x30mg (drip), ezomeb 40mg 1x40mg (iv), merofen 1gr 3x1gr (iv) sesuai dengan program medis. Pasien dilakukan pemeriksaan usg abdomen dengan kesan : *fatty liver, cholelithisis kecil multipel* dan *cholecystitis akut* serta *pericholecystic fluid, splenomegali* ringan, tak tampak cairan bebas *intraabdominal/ascites*. Evaluasi secara umum masalah nyeri pada perut kanan atas belum teratasi.

3. Riwayat Keperawatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

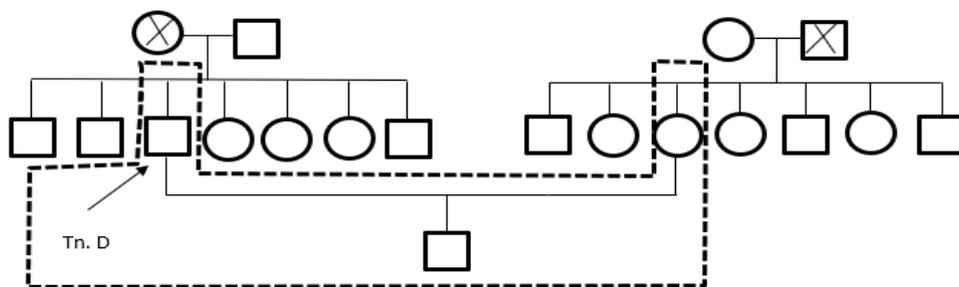
Pasien mengatakan keluhan utama saat ini adalah nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 20 menit. Upaya dilakukan saat

keluhan muncul yaitu dengan istirahat dan tidur. Pasien mengatakan demam 1 hari yang lalu.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit sebelumnya, pasien tidak memiliki riwayat alergi, dan pasien mengatakan tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya.

c. Riwayat kesehatan keluarga



d. Penyakit Yang Pernah Diderita Oleh Anggota Keluarga Yang Menjadi Faktor Resiko

Tn. D (43 tahun) adalah seorang kepala rumah tangga, pasien memiliki 1 orang anak yang terdiri dari 1 laki-laki. Pasien mengatakan tidak ada di dalam anggota ada yang menjadi faktor resiko terjadinya penyakit.

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual

1) Pasien mengatakan orang yang dekat dengan pasien adalah istri dan satu anak pasien yang saat ini tinggal bersama pasien.

- 2) Interaksi dengan keluarga yaitu pasien mengatakan pola komunikasi dalam keluarga terbuka, pembuat keputusan adalah pasien merundingkan dengan keluarga. Pasien mengatakan aktif mengikuti kegiatan di lingkungan.
 - 3) Dampak penyakit pasien terhadap keluarga yaitu pasien mengatakan keluarga menjadi khawatir terhadap penyakit yang sedang di derita pasien.
 - 4) Masalah yang mempengaruhi pasien
Pasien mengatakan saat ini pasien memikirkan pekerjaannya.
 - 5) Mekanisme koping terhadap stress.
Pasien mengatakan jika sedang stress mekanisme kopingnya adalah pemecahan masalah.
 - 6) Persepsi pasien terhadap penyakitnya.
Pasien mengatakan hal yang saat ini dipikirkan adalah mengenai penyakitnya, pasien berharap setelah menjalani perawatan pasien dapat kembali sehat dan ingin cepat pulang.
- f. Pola Kebiasaan Pasien
- 1) Pola Nutrisi
Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi makannya 3x/hari, nafsu makan baik mual muntah tidak ada, pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan. Pasien mengatakan suka makan-makanan yang berkolesterol dan berlemak seperti nasi padang, pete, udang, ati ampela. Pasien Tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan di rumah. Tidak ada makanan diet sebelumnya, pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan, dan tidak menggunakan alat bantu sebelum sakit.

Selama di rumah sakit pasien makan 3x sehari, pasien menghabiskan hanya ½ porsi makan, pasien mengatakan merasa perutnya tidak enak saat makan dan sedikit mual, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan.

Pasien mendapat diet lunak rendah lemak rendah serat 1700kal. Pasien tidak ada mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan. Pasien tidak menggunakan alat bantu makan. Pasien memiliki Berat badan 94kg, Tinggi badan 174cm dan IMT pasien 29,01kg/m² (obesitas grade 1).

2) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum dirawat frekuensi BAK lebih 8 x/hari, warna urine kuning pekat, tidak ada keluhan saat BAK, tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan BAB 1 x/hari, waktu pagi hari, warna BAB dempul dan bau khas, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan Laxatif.

Saat pengkajian, pasien mengatakan BAK lebih dari 8x/hari, warna BAK kuning pekat, tidak ada keluhan ketika BAK, tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan belum BAB saat ini.

3) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit, pasien mengatakan mandi 2x/hari saat pagi dan sore. Sikat gigi 2x/hari waktunya pagi dan sore, pasien mencuci rambut 7x/minggu.

Sejak sakit, pasien mengatakan mandi hanya 1x/hari dan mandi sendiri karena pasien masih bisa aktivitas sendiri. Sikat gigi 2x/hari pagi dan sore, pada saat pengkajian pasien baru mencuci rambut 2x sejak dirumah sakit.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Tidur siang Sebelum sakit, pasien mengatakan tidur siang 2 jam. Tidur malam 6 jam, pola kebiasaan sebelum tidur menonton tv. Sejak sakit, pasien mengatakan lebih banyak tidur saat berada di RS, pasien tidur tidak tentu. Pada malam hari pasien tidur tidak menentu juga. Sebelum tidur seperti biasa pasien menonton tv.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit, pasien mengatakan olahraga bersepeda 1x/minggu.

Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat beraktivitas.

Setelah sakit, pasien mengatakan tidak mengerjakan pekerjaan apapun selain istirahat, pada saat beraktivitas pasien merasakan nyeri.

6) Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan Sebelum di rumah sakit pasien mengkonsumsi rokok setiap hari dan pasien merokok 6 batang dalam sehari.

Pasien mengatakan tidak menggunakan napza.

7) Sistem Nilai Kepercayaan.

Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan dan kepercayaan yang dilakukan adalah sholat 5 waktu secara teratur dan membaca al-quran.

8) Kondisi Lingkungan Rumah.

Pasien mengatakan kondisi lingkungan rumah baik jauh dari jalan raya, didepan rumah ada selokan keadaan bersih tidak ada sampah yang menumpuk, di halaman depan rumah terdapat taman kecil, ventilasi dalam rumah cukup dan cahaya matahari dapat masuk ke dalam rumah.

g. Pengkajian Fisik

1) Pemeriksaan Fisik Umum

Berat badan sebelum sakit adalah 94 kg berat badan saat ini 94 kg tidak terjadi penurunan berat badan selama di rawat di RS, tinggi badan 174cm, IMT pasien 29,01kg/m² (obesitas grade 1). Keadaan umum pasien sakit sedang, tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening.

2) Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris, kelopak mata pada pasien normal, pergerakan bola mata pasien normal, konjungtiva ananemis, kornea kanan dan kiri pasien normal, sklera kedua mata pasien tampak ikterik, pupil isokor (reaksi terhadap cahaya kanan +2

mata kiri +2), tidak ada kelainan pada otot-otot mata pasien, fungsi penglihatan mata kanan kiri normal dan tidak ada tanda-tanda radang. Pasien mengatakan tidak menggunakan kacamata ataupun lensa kontak.

3) Sistem Pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien normal, karakteristik serumen pasien kuning, cair, khas, pasien mengatakan tidak ada perasaan penuh di telinga, tinnitus tidak ada, fungsi pendengaran masih normal. Tidak ada gangguan keseimbangan pada pasien, dan pasien tampak tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

4) Sistem Wicara

Sistem wicara pasien normal.

5) Sistem Pernafasan

Jalan nafas pasien tidak ada sumbatan, pasien mengatakan tidak sesak, pasien tampak tidak menggunakan otot bantu pernafasan, frekuensi pernafasan 17 x/menit, irama pernafasan teratur, jenis pernafasan seponatan, kedalaman jalan nafas tampak dalam, tidak ada batuk dan tidak ada sputum, tidak ada darah yang keluar dari pernafasan, palpasi dada getaran paru kanan dan kiri sama besar, suara nafas terdengar vesikuler, pasien mengatakan saat bernafas mengeluh nyeri dan pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

6) Sistem Kardiovaskuler

Nadi 95 x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah 124/60mmHg. Tidak ada distensi vena jugularis kanan dan kiri, kulit teraba hangat, warna kulit pasien kemerahan, suhu 38,5 °C, pengisian kapiler < 3 detik, tidak ada edema, Kecepatan denyut apical 95x/menit, irama terdengar teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan pasien tidak mengeluh sakit dada.

7) Sistem Hematologi

Gangguan hematologi: pasien tidak pucat dan tidak ada perdarahan pada pasien.

8) Sistem Saraf Pusat

Pasien tidak ada mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran composmetis dengan nilai GCS (E4M6V5). Tidak ada peningkatan TIK, tidak ada gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologi pasien normal, dan reflex patologis tidak ada.

9) Sistem Pencernaan

Terdapat gigi yang caries, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah pasien tampak bersih, mukosa bibir tampak lembab, pengeluaran saliva normal. Mual ada, muntah tidak ada, pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 20 menit. Bising usus 10x/menit, tidak ada diare, hepar tidak teraba, saat palpasi abdomen pasien tampak meringis dan menahan nyeri dengan tarik nafas saat di palpasi abdomen dan abdomen tidak asites.

10) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan nafas tidak bau keton. Pasien tidak mengalami poliuria, polidipsi, polifagi dan tidak ada luka gangren.

11) Sistem Urogenital

Pasien mengatakan minum 1,6 liter. Balance cairan : intake: infus 1500ml, oral 1600ml, total 3100ml. output: urine 2000ml, IWL 940ml, total 2940ml. Balance cairan: 3100ml-2940ml= +160/24jam. Pasien tidak mengalami pola kemih, warna BAK pasien kuning pekat, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

12) Sistem Integumen

Turgor kulit elastis, tidak terdapat luka bekas garukan, temperatur kulit teraba hangat, warna kulit pasien tampak kemerahan, keadaan kulit tidak terdapat insisi operasi, tidak ada kelaian kulit, pasien tampak tidak ada tanda- tanda kemerahan pada abdomen, pasien tampak tidak ada pembengkakkan pada abdomen, tidak

ada tanda-tanda peblitis pada daerah pemasangan infus, keadaan rambut baik dan rambut tampak bersih.

13) Sistem Musculoskeletal

Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam bergerak, tidak mengeluh sakit pada tulang dan sendi. Pasien tidak ada fraktur. Kekuatan otot ekstremitas atas bawah, kanan dan kiri dalam rentang 5.

5555	5555
5555	5555

h. Data Tambahan

Pasien mengatakan suka makan-makanan yang berkolesterol dan berlemak seperti nasi padang, pete, udang, ati ampela, dan seafood. Pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit peradangan empedu. Pasien mengatakan peradangan empedu disebabkan karena mempunyai batu empedu. Pasien tampak lama menjawab pertanyaan dari perawat dan tampak bingung saat di tanya penyebab batu empedu.

i. Data Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium tanggal 13 Desember 2019

Hematologi : hemoglobin 15.5 (13.5-18.0 g/dl), Leukosit 25.970* (4000-10.500/ul), hematokrit 44 (42-52 vol%), trombosit 1.350.000* (150.000-450.000/ul), eritrosit 5.04 (4.70-6.00 juta/ul).
 Nilai Eritrosit: MCV 87 (78-100 fl), MCH 31 (27-31pg), MCHC 35(32-36%).

Fungsi hati : SGOT 34 (0-40U/L), SGPT 60* (0-41 U/L)

Fungsi ginjal : creatinin 0.9 (0.7-1.2) mg/dl, eLFG (CKD-EPI) 104 ml/min/1.7 3m2

GDS :131 mg/dl (60-140 mg/dl)

2) Usg Abdomen tanggal 13 Desember 2019

Kesan: *fatty liver*, *cholelithisis* kecil *multipel* dan *cholecystitis akut* serta *pericholecystic fluid*, *splenomegali* ringan, tak tampak cairan bebas *intraabdominal/ascites*.

j. Penatalaksanaan Medis

Ezomeb 1x40mg via (iv), merofen 3x1gr via (iv), tamoliv 3x500mg via (drip), torasic 3x30mg via (drip) sesuai program medis, terapi cairan infus tutofusin 500ml/8jam sesuai program medis, diit lunak rendah lemak rendah serat 1700kal.

Cek bilirubin direk dan total pada tanggal 14 desember 2019

Pemeriksaan MRI MRCP pada tanggal 16 desember 2019

k. Data Fokus

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: composmentis, GCS: E: 4 V: 5 M:6, tanda-tanda vital: Frekuensi nadi 95 x/menit, irama teratur dan teraba kuat. TD 124/60 mmHg mmHg, frekuensi nafas: 17 x/menit, suhu: 38,5°C.

1) Kebutuhan fisiologis: Cairan

Data subjektif: pasien mengatakan minum 1,6 liter, pasien mengatakan BAK lebih dari 8x/hari.

Data objektif: Balance cairan : intake: infus 1500ml, oral 1600ml, total 3100ml. output: urine 2000ml, IWL 940ml, total 2940ml. Balance cairan: 3100ml-2940ml= +160/24jam. Pasien tidak mengalami pola kemih, warna BAK pasien kuning pekat, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

2) Kebutuhan Fisiologis: Nutrisi

Data subjektif: pasien menghabiskan hanya ½ porsi makan, pasien mengatakan merasa perutnya tidak enak saat makan dan sedikit mual, pasien mengatakan suka makan-makanan yang berkolesterol dan berlemak seperti udang, ati ampela, nasi padang, pete dan seafood.

Data objektif: pasien tampak menghabiskan hanya ½ porsi makan, pasien memiliki berat badan 94kg dan tinggi badan 174cm dan IMT

Pasien 29,01kg/m² (obesitas grade 1). SGOT 34 (0-40U/L),SGPT 60* (0-41 U/L), hemoglobin 15.5 (13.5-18.0 g/dl). Pasien mendapat diit lunak rendah lemak rendah serat 1700kal.

3) Kebutuhan Fisiologis : Eliminasi

Data subjektif: pasien mengatakan BAK lebih dari 8x/hari, warna BAK kuning pekat, tidak ada keluhan ketika BAK, tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan belum BAB saat ini.

Data objektif: pasien tidak tampak terdapat distensi kandung kemih dan abdomen, bising usus 10x/menit.

4) Kebutuhan Rasa Aman

Data subjektif: pasien mengatakan demam 1 hari yang lalu.

Data objektif: pasien tampak tidak ada pembengkakan pada abdomen, suhu pasien 38,5°C. Pasien tampak warna BAK kuning pekat, sklera pasien tampak ikterik. *Leukosit* : 25.970* (4000-10.500 /ul). *SGOT* 34 (0-40U/L),*SGPT* 60* (0-41 U/L). Hasil usg abdomen kesan: *fatty liver*, *cholelithisis* kecil *multipel* dan *cholecystitis akut* serta *pericholecystic fluid*, *splenomegali* ringan, tak tampak cairan bebas *intraabdominal/ascites*.

5) Kebutuhan Rasa Nyaman

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 20 menit.

Data objektif: pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegang area abdomen. TD:124/60mmHg, N: 95x/mnt Hasil usg abdomen kesan: *fatty liver*,*cholelithisis* kecil *multipel* dan *cholecystitis akut* serta *pericholecystic fluid*, *splenomegali* ringan, tak tampak cairan bebas *intraabdominal/ascites*.

6) Kebutuhan Aktualisasi Diri

Data subjektif: pasien mengatakan suka makan-makanan yang berkolesterol dan berlemak seperti udang, ati ampela, nasi padang,

pete dan seafood. Pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit peradangan empedu. Menurut pasien peradangan empedu yaitu adanya luka di kandung empedu.

Data objektif: pasien tampak hanya sedikit menjawab pertanyaan, pasien tampak bingung ditanya penyebab penyakitnya, pasien tampak lama menjawab pertanyaan dari perawat.

L. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif: pasien mengatakan demam 1 hari yang lalu.</p> <p>Data Objektif: pasien tampak tidak ada pembengkakan pada abdomen, suhu pasien 38,5°C. Pasien tampak warna BAK kuning pekat, sklera pasien tampak ikterik.</p> <p><i>Leukosit</i> : 25.970* (4000-10.500 /ul).</p> <p><i>SGOT</i> 34 (0-40U/L), <i>SGPT</i>60* (0-41 U/L).</p> <p>Hasil usg abdomen kesan: <i>fatty liver,cholelithisis kecil multipel</i> dan <i>cholecystitis akut</i> serta <i>pericholecystic fluid, splenomegali</i> ringan, tak tampak cairan bebas <i>intraabdominal/ascites</i>.</p>	<p>Risiko perluasan</p> <p>Infeksi</p>	Inflamasi
2.	<p>Data Subjektif: pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 20 menit.</p> <p>Data Objektif: pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegang area</p>	Nyeri akut	Obstruksi duktus

No	Data	Masalah	Etiologi
	abdomen. TD:124/60mmHg, N: 95x/mnt Hasil usg abdomen kesan: <i>fatty liver,cholelithisis</i> kecil <i>multipel</i> dan <i>cholecystitis akut</i> serta <i>pericholecystic fluid, splenomegali ringan</i> , tak tampak cairan bebas <i>intraabdominal/ascites</i> .		
3.	Data Subjektif: pasien mengatakan suka makan-makanan yang berkolesterol dan berlemak seperti udang, ati ampela, nasi padang, pete dan seafood. Pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit peradangan empedu. Menurut pasien peradangan empedu yaitu adanya luka di kandung empedu. Data Objektif: pasien tampak hanya sedikit menjawab pertanyaan, pasien tampak bingung ditanya penyebab penyakitnya, pasien tampak lama menjawab pertanyaan dari perawat.	Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan	Kurang pengetahuan

B. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko perluasan infeksi berhubungan dengan Inflmasi
2. Nyeri akut berhubungan dengan Obstruksi duktus
3. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan Kurang pengetahuan

C. Rencana, pelaksanaan dan evaluasi Keperawatan

1. Risiko perluasan infeksi berhubungan dengan inflamasi.
 Data subjektif: pasien mengatakan demam 1 hari yang lalu.
 Data objektif : pasien tampak tidak ada pembengkakkan pada abdomen, suhu pasien 38,5°C. Pasien tampak warna BAK kuning pekat, sklera

pasien tampak ikterik. *Leukosit* : 25.970* (4000-10.500 /ul). *SGOT* 34 (0-40U/L), *SGPT* 60* (0-41 U/L). Hasil usg abdomen kesan: *fatty liver*, *cholelithisis* kecil *multipel* dan *cholecystitis* akut serta *pericholecystic fluid*, *splenomegali* ringan, tak tampak cairan bebas *intraabdominal/ascites*.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.

Kriteria hasil : tidak ada pembengkakan pada daerah abdomen, suhu dalam batas normal (36,5-37,5°C). bilirubin dalam batas normal (0.0-0.4 mg/dl)

Rencana tindakan:

Mandiri

- a. Kaji TTV pasien (Suhu) setiap 8 jam.
- b. Berikan posisi supine untuk pasien.
- c. Observasi hasil bilirubin direk, total dan hasil MRI MRCP.
- d. Berikan terapi obat merofen 3x1gr (iv), torasic 3x30mg (drip), ezomeb 1x40mg (iv) dan tamoliv 3x500mg (drip) sesuai program medis.

Pelaksanaan tanggal 14 Desember 2019

Pada pukul 08.00 mengkaji TTV pasien dengan hasil S: 38,5°C. **Pada pukul 08.10** menganjurkan pasien untuk posisi supine (pasien mengatakan mau mengikuti anjuran perawat) **Pada pukul 12.00** memberikan obat merofen 1gr melalui iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 12.05** memberikan obat tamoliv 500mg dan torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 15.00** perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil S: 37,3°C. Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi supine (pasien tampak mau dan mengikuti anjuran perawat). **Pada pukul 15.45** hasil lab pasien Fungsi Hati : Bilirubin Direk 1.3* (0.0-0.4 mg/dl), Bilirubin Total 1.8* (0.0-1.2mg/dl). **Pada**

pukul 20.00 perawat ruangan memberikan obat merofen 1gr melalui iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 20.05** perawat ruangan memberikan obat ezomeb 40mg melalui iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 20.10** perawat ruangan memberikan obat tamoliv 500mg dan torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 21.00** perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil S: 36,5°C. Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi supine (pasien tampak mau dan mengikuti anjuran perawat). **Pada pukul 03.00** perawat ruangan mengobservasi keadaan pasien (pasien tenang, tetesan infus lancar). **Pada pukul 05.00** perawat ruangan memberikan memberikan obat merofen 1gr melalui iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 05.05** memberikan obat tamoliv 500mg dan torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 15 desember 2019 pukul 06.00

Subjektif : pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang dianjurkan perawat.

Objektif : pasien tampak rileks, pasien tampak nyaman dengan posisi yang dianjurkan perawat, suhu: 36,5°C.

Analisa : resiko perluasan infeksi tidak terjadi, tujuan tercapai sebagian.

Perencanaan : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan tanggal 15 Desember 2019

Pada pukul 08.00 mengkaji TTV pasien dengan hasil S: 36,5°C . **Pada pukul 08.05** menganjurkan pasien untuk posisi supine (pasien tampak

mau dan mengikuti anjuran perawat) **Pada pukul 12.00** memberikan obat merofen 1gr melalui iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 12.05** memberikan obat tamoliv 500mg dan torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 15.00** perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil S: 37,4°C. Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi supine (pasien tampak mau dan mengikuti anjuran perawat) **Pada pukul 15.05** perawat memberitahu pasien akan puasa 10 jam mulai pukul 24.00-10.00 untuk dilakukan pemeriksaan MRI MRCP. **Pada pukul 20.00** perawat ruangan memberikan obat merofen 1gr melalui iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 20.05** perawat ruangan memberikan obat ezomeb 40mg melalui iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 20.10** perawat ruangan memberikan obat tamoliv 500mg dan torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 21.00** perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil S: 36,5°C. Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi supine dan perawat memberitahu pasien akan puasa 10 jam dimulai pukul 24.00-10.00. **Pada pukul 03.00** perawat ruangan mengobservasi keadaan pasien (pasien tenang, tetesan infus lancar). **Pada pukul 05.00** perawat ruangan tidak memberikan obat merofen dikarenakan pasien puasa persiapan tindakan MRI MRCP. **Pada pukul 05.05** perawat ruangan tidak memberikan obat tamoliv dan torasic dikarenakan pasien puasa persiapan tindakan MRI MRCP.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 16 desember 2019 pukul 06.00

Subjektif : pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang dianjurkan perawat.

Objektif : pasien tampak rileks, pasien tampak nyaman dengan posisi yang dianjurkan perawat, suhu: 36,5°C.

Analisa : resiko perluasan infeksi tidak terjadi, tujuan tercapai sebagian.

Perencanaan : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan tanggal 16 Desember 2019

Pada pukul 08.00 perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil S: 36,6°C. Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi supine dan memberitahu bahwa jam 10.00 akan dilakukan tindakan MRI MRCP.

Pada pukul 10.00 mengkaji TTV pasien dengan hasil TD: S: 36,5°C.

Pada pukul 13.00 memberikan obat merofen 1gr melalui iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran

infus lancar. **Pada pukul 13.05** memberikan obat tamoliv 500mg dan torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil

obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 15.00** perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil S: 38,5°C Perawat

ruangan menganjurkan pasien untuk posisi semi fowler dan istirahat. (pasien tampak mau dan mengikuti anjuran perawat) **Pada pukul 20.00**

Hasil MRI MRCP kesan : tidak tampak pelebaran *intra-extrahepatic bile duct*, tidak tampak tanda-tanda manifestasi bendungan bilier saat ini. *Acute calculous cholecystitis*, terlihat dengan *hydrops gallbladder*,

oedematous gallbladder wall, *pericholecystic inflammation*, *multiple gallstones* kecil-kecil dalam *gallbladder*, >50buah, diameter rata-rata

<0,5cm, satu terbesar berdiameter 1,5cm-an. **Pada pukul 20.30** perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil S: 36,6°C. Perawat

ruangan menganjurkan pasien untuk posisi supine (pasien tampak mau dan mengikuti anjuran perawat).

Pada pukul 21.00 perawat ruangan memberikan obat merofen 1gr melalui iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada**

pukul 21.05 perawat ruangan memberikan obat ezomeb 40mg melalui

iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 21.10** perawat ruangan memberikan obat tamoliv 500mg dan torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 03.00** perawat ruangan mengobservasi keadaan pasien (pasien tenang, tetesan infus lancar). **Pada pukul 05.00** perawat ruangan memberikan memberikan obat merofen 1gr melalui iv sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 05.05** memberikan obat tamoliv 500mg dan torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 17 desember 2019 pukul 06.00

Subjektif : pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang dianjurkan perawat.

Objektif : pasien tampak rileks, pasien tampak nyaman dengan posisi yang dianjurkan perawat, suhu: 36,5°C.

Analisa : resiko perluasan infeksi tidak terjadi, tujuan tercapai.

Perencanaan : hentikan semua intervensi pasien pulang.

2. Nyeri akut berhubungan dengan obstruksi duktus.

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 20 menit.

Data objektif: pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegang area abdomen. TD:124/60mmHg, N: 95x/mnt Hasil usg abdomen kesan: *fatty liver, cholelithisis kecil multipel dan cholecystitis akut serta pericholecystic fluid, splenomegali ringan*, tak tampak cairan bebas *intraabdominal/ascites*.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam rasa nyeri berkurang sampai dengan hilang.

Kriteria hasil: melaporkan bahwa skala nyeri berkurang, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, tekanan darah dalam batas normal (sistol <120 dan diastole <80 mmHg), Nadi tetap dalam batas normal (60-100 x/menit), nyeri pasien hilang dengan skala 0 dan wajah tampak rileks.

Rencana Tindakan:

- a. Kaji TTV (TD, N) setiap 8 jam
- b. Observasi dan catat lokasi, beratnya skala, dan karakter nyeri setiap 8 jam.
- c. Berikan posisi yang nyaman (semi fowler).
- d. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam ketika merasakan nyeri
- e. Berikan terapi obat torasic 3x30mg (drip) dan tamoliv 3x500mg (drip) sesuai program medis

Pelaksanaan tanggal 14 Desember 2019

Pada pukul 08.00 perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil TD: 120/60mmhg N: 95x/menit, RR: 17x/menit. **Pada pukul 08.10** Mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 6, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 20 menit (pasien tampak meringis dan memegang perutnya saat nyeri timbul). Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam dan istirahat (pasien tampak mau dan mengikuti anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman). **Pada pukul 12.05** memberikan obat torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 12.05** memberikan obat tamoliv 500mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 15.00** perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil TD: 120/77mmhg N: 90x/menit.

Pada pukul 15.05 Mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 10 menit (pasien tampak meringis dan memegang perutnya saat nyeri timbul). Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam dan istirahat. (pasien dapat melakukan anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman). **Pada pukul 20.10** perawat ruangan memberikan obat torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 20.10** perawat ruangan memberikan obat tamoliv 500mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar.

Pada pukul 21.00 perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil TD: 110/72mmhg N: 82x/menit. **Pada pukul 21.05** Mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap mengubah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 10 menit (pasien tampak meringis dan memegang perutnya saat nyeri timbul). Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam dan istirahat (pasien dapat melakukan anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman) **Pada pukul 03.00** perawat ruangan mengobservasi keadaan pasien (pasien tenang, tetesan infus lancar). **Pada pukul 05.05** perawat ruangan memberikan memberikan obat torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 05.05** memberikan obat tamoliv 500mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 15 desember 2019 pukul 06.00

Subjektif : pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 10 menit. Pasien mengatakan mengerti dan mau mengikuti apa yang dianjurkan oleh perawat untuk melakukan posisi semi fowler, teknik relaksasi nafas dalam dan istirahat.

Objektif :TD: 110/80mmHg N: 80x/menit. pasien tampak meringis dan memegangi perutnya saat nyeri timbul, pasien tampak rileks dan nyaman saat diberikan posisi semi fowler.

Analisa : masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai .

Perencanaan : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan tanggal 15 Desember 2019

Pada pukul 08.00 perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil TD: 113/67mmhg N: 93x/menit. **Pada pukul 08.05** Mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 10 menit (pasien tampak meringis dan memegangi perutnya saat nyeri timbul). Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam dan istirahat (pasien dapat melakukan anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman. **Pada pukul 12.05** memberikan obat torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 12.05** memberikan obat tamoliv 500mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 15.00** perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil TD: 131/75mmhg N: 86x/menit. **Pada pukul 15.05** Mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan

atas, skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 10 menit. (pasien tampak meringis dan memegang perutnya saat nyeri timbul). Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam dan istirahat (pasien dapat melakukan anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman) dan perawat memberitahu pasien akan puasa 10 jam mulai pukul 24.00-10.00 untuk dilakukan pemeriksaan MRI MRCP. **Pada pukul 20.10** perawat ruangan memberikan obat torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 20.10** perawat ruangan memberikan obat tamoliv 500mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 21.00** perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil TD: 100/75mmhg N: 85x/menit dan perawat memberitahu pasien akan puasa 10 jam mulai pukul 24.00-10.00 untuk dilakukan pemeriksaan MRI MRCP.

Pada pukul 21.05 Mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 3, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 5 menit. (pasien tampak meringis dan memegang perutnya saat nyeri timbul). Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam dan istirahat. (pasien dapat melakukan anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman) **Pada pukul 03.00** perawat ruangan mengobservasi keadaan pasien (pasien tenang, tetesan infus lancar). **Pada pukul 05.05** perawat ruangan tidak memberikan obat merofen dikarenakan pasien puasa. **Pada pukul 05.05** perawat ruangan tidak memberikan obat torasic dikarenakan pasien puasa. **Pada pukul 05.05** tidak memberikan obat tamoliv dikarenakan pasien puasa.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 16 desember 2019 pukul 06.00

Subjektif : pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 3, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 5 menit.

Objektif : TD: 120/86mmHg N: 80x/menit. pasien tampak meringis dan memegang perutnya saat nyeri timbul, pasien tampak rileks dan nyaman saat diberikan posisi semi fowler.

Analisa : masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Planning : lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan tanggal 16 Desember 2019

Pada pukul 08.00 perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil TD: 110/80mmhg N: 88x/menit. **Pada pukul 08.00** Mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 3, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 5 menit (pasien tampak meringis dan memegang perutnya saat nyeri timbul). Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam dan istirahat (pasien dapat melakukan anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman) **Pada pukul 10.00** mengkaji TTV pasien dengan hasil TD:100/87 N: 85x/menit. **Pada pukul 12.10** memposisikan pasien semifowler dan anjurkan teknik relaksasi nafas dalam dengan hasil pasien tampak rileks. **Pada pukul 13.05** memberikan obat torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 13.05** memberikan obat tamoliv 500mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 15.00** perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil TD: 120/66mmhg N: 80x/menit. **Pada pukul 15.05** Mengkaji keluhan

nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 3, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 5 menit (pasien tampak meringis dan memegang perutnya saat nyeri timbul). Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam dan istirahat (pasien dapat melakukan anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman) **Pada pukul 20.30** perawat ruangan mengukur TTV dengan hasil TD: 110/80mmhg N: 80x/menit. **Pada pukul 20.35** Mengkaji keluhan nyeri pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri sekitar perut kanan atas, skala nyeri 2, nyeri seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap berpindah posisi dan saat nyeri muncul waktunya kurang lebih 2 menit (pasien tampak tidak meringis dan memegang perutnya saat nyeri timbul). Perawat ruangan menganjurkan pasien untuk posisi semi fowler, relaksasi nafas dalam dan istirahat (pasien dapat melakukan anjuran perawat, pasien tampak rileks dan nyaman).

Pada pukul 21.10 perawat ruangan memberikan obat torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 21.10** perawat ruangan memberikan obat tamoliv 500mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 03.00** perawat ruangan mengobservasi keadaan pasien (pasien tenang, tetesan infus lancar). **Pada pukul 05.05** perawat ruangan memberikan memberikan obat torasic 30mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar. **Pada pukul 05.05** memberikan obat tamoliv 500mg melalui drip sesuai dengan program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan aliran infus lancar.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 17 desember 2019 pukul 06.00

Subjektif : pasien mengatakan nyeri perut kanan atas sudah tidak ada.

Objektif : TD: 120/80mmHg N: 82x/menit. pasien tampak rileks.

Analisa : masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning : hentikan intervensi pasien pulang.

3. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan

Data subjektif: pasien mengatakan suka makan-makanan yang berkolesterol dan berlemak seperti udang, ati ampela, nasi padang, pete dan seafood. Pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit peradangan empedu. Menurut pasien peradangan empedu yaitu adanya luka di kandung empedu.

Data objektif: pasien tampak hanya sedikit menjawab pertanyaan, pasien tampak bingung ditanya penyebab penyakitnya, pasien tampak lama menjawab pertanyaan dari perawat.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit pengetahuan pasien meningkat.

Kriteria hasil: pasien mampu menjelaskan definisi kolesistitis, menyebutkan 2 dari 4 penyebab kolesistitis, menyebutkan 5 dari 10 tanda dan gejala kolesistitis, menyebutkan 4 dari 7 komplikasi kolesistitis dan terapi tindakan kolesistitis.

Rencana tindakan:

- a. Kaji ulang tingkat pengetahuan pasien tentang kolesistitis.
- b. Siapkan alat dan bahan untuk melakukan penyuluhan kesehatan.
- c. Berikan penjelasan terkait definisi, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, pencegahan dan terapi yang dapat dilakukan oleh pasien.
- d. Motivasi pasien untuk menghindari makanan/minuman tinggi lemak dan melakukan pola hidup sehat.

- e. Berikan kesempatan pasien untuk bertanya.
- f. Evaluasi hasil penyuluhan yang telah dilakukan.

Pelaksanaan tanggal 15 Desember 2019

Pada pukul 09.30 mengkaji kembali tingkat pengetahuan pasien mengenai penyakit kolesistitis dengan hasil pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit peradangan empedu. Menurut pasien peradangan empedu yaitu adanya luka peradangan di kandung empedu. **Pada pukul 10.00** menyiapkan alat dan bahan untuk melakukan penyuluhan kesehatan dan melakukan kontrak waktu untuk selama 30 menit dengan hasil pasien menyetujui dan mau mendapatkan informasi. **Pada pukul 10.30** memberikan penyuluhan kesehatan mengenai penyakit kolesistitis dengan hasil pasien tampak memperhatikan saat perawat menjelaskan. **Pada pukul 10.45** memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dengan hasil pasien menanyakan jenis makanan apa yang harusnya dikonsumsi.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 15 desember 2019 pukul 11.00

Subjektif: pasien mampu menjelaskan kembali definisi, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, pencegahan, terapi yang dilakukan oleh pasien. Pasien mengatakan sudah memahami mengenai penyakit kolesistitis.

Objektif: pasien tampak memperhatikan dengan fokus dan aktif bertanya.

Analisa: masalah tercapai, tujuan teratasi.

Planning: hentikan semua intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Hurst (2016), Suddart (2018) menyebutkan tanda ikterik disertai gatal-gatal. Ikterik terjadi pada tubuh dikarenakan bilirubin yang seharusnya mengalir ke dalam usus tetapi tertahan di kandung empedu, dan diserap kembali oleh darah mengikuti aliran darah lalu terjadi sumbatan yang mengakibatkan gatal di tubuh. Oleh karena itu ikterik disertai gatal terjadi pada pasien kolesistitis. Namun pada kasus tidak ditemukan ikterik disertai gatal-gatal hal ini dikarenakan bilirubin di dalam pembuluh darah belum terjadi sumbatan total. Hal ini dibuktikan dengan tidak terdapat luka bekas garukan pada tubuh pasien.

Menurut LeMone & dkk (2016), Hurst (2016) pada pemeriksaan diagnostik ada 10 diantaranya bilirubin serum, amilase dan lipase serum, hitung darah lengkap, *ultrasonografi*, *rontgen abdomen*, *scan* kandung empedu, kadar AST dan ALT, sinar X, ERCP, MRCP pada kasus, pasien hanya di indikasikan untuk dilakukan pemeriksaan hitung darah lengkap, cek bilirubin serum, *usg*, amilase dan lipase, MRCP hal ini dikarenakan data yang sudah cukup dan hasilnya sudah menunjukkan penyakitnya. Hal ini dibuktikan karena terdapat lampiran hasil lab berupa hitung darah lengkap dengan hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 13 Desember 2019, pemeriksaan bilirubin laboratorium tanggal 14 Desember 2019, Usg abdomen tanggal 13 Desember 2019.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu pasien Tn. D dan keluarga pasien sangat kooperatif dan terbuka mengenai keluhan untuk data-data yang dibutuhkan oleh penulis mengenai penyakit yang di alami oleh pasien untuk pemberian asuhan keperawatan. Faktor pendukung lainnya yaitu adanya status *medical record* dan perawat ruang mawar yang

membantu dalam proses pengumpulan data yang dibutuhkan untuk pemberian asuhan keperawatan yang baik dan benar.

Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu penulis sulit dalam membaca tulisan tangan dokter serta beberapa perawat ruangan, sehingga dalam melakukan pelengkapan data pengkajian pasien penulis sedikit mengalami kesulitan.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges (2012) yang tidak terdapat pada kasus antara lain :

1. Resiko tinggi kekurangan volume cairan terhadap berhubungan dengan kehilangan melalui penghisapan gaster berlebihan, muntah, distensi, dan hipermortalitas gaster. Pada kasus penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut hal ini dikarenakan pasien tidak ditemukan keluhan tanda-tanda dehidrasi hal ini dibuktikan pada saat pengkajian pasien, tidak muntah-muntah, diare serta tidak mengalami keluhan tanda-tanda dehidrasi seperti mata cekung, mukosa lembab, kulit elastis dan balance cairan pasien : intake: infus 1500ml, oral 1600ml, total 3100ml. output: urine 2000ml, IWL 940ml, total 2940ml. Balance cairan: 3100ml-2940ml= +160/24jam.
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pembatasan berat badan sesuai aturan, mual/muntah, dispepsia, dan nyeri. Pada kasus penulis tidak merumuskan diagnosa tersebut, hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami muntah berlebihan, walaupun mual terjadi tetapi dapat teratasi dan nafsu makan dapat diatasi. Hal ini dibuktikan karena pasien memiliki berat badan 94kg tinggi badan 174cm dan pasien memiliki IMT $29,01\text{kg/m}^2$ (obesitas grade 1) pasien mengalami mual dan tidak nafsu makan pada hari 1 masuk rumah sakit saja. Hal itu dikarenakan, mual nya pasien disebabkan adanya infeksi pada kandung empedunya. Sehingga perubahan nutrisi tidak terjadi dan pasien mendapatkan terapi ezomeb 1x40mg melalui intravena.

Penulis merumuskan diagnosa keperawatan yang ada pada kasus, tetapi tidak ada pada Doenges (2012) yaitu

1. Risiko perluasan infeksi berhubungan dengan inflamasi. Penulis merumuskan diagnosa tersebut hal ini dikarenakan hasil dari pemeriksaan pasien menunjukkan hasil infeksi pada tubuhnya dan pasien terdapat batu di kandung empedu yang menyebabkan peradangan kandung empedu dan bisa mengalami perluasan peradangan. Hal ini dibuktikan dari pemeriksaan laboratorium leukosit 25.970* dan usg abdomen pasien dengan kesan : *fatty liver, cholelithisis kecil multipel dan cholecystitis akut serta pericholecystic fluid, splenomegali ringan, tak tampak cairan bebas intraabdominal/ascites.*

Faktor pendukung dalam melakukan penegakan diagnosa yaitu adanya referensi media cetak sehingga penulis dapat menggunakan referensi tersebut untuk mengangkat sebagai diagnosa keperawatan sesuai dengan referensi dan kasus yang ada.

Penulis tidak memiliki faktor penghambat dalam pembuatan diagnosa.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas yaitu risiko infeksi berhubungan dengan gangguan fungsi hati sebagai prioritas utama pada kasus. Hal ini dikarenakan penulis mengacu pada hirarki maslow yaitu kebutuhan rasa aman berdasarkan hasil data penunjang.

Pada tujuan dari setiap intervensi terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, dimana pada kasus dalam mencapai tujuan dari setiap intervensi tidak memiliki keterbatasan waktu. Sedangkan, pada kasus penulis di beri batasan waktu selama tiga hari dan selama 3x24 jam.

Rencana keperawatan yang terdapat pada kasus tetapi tidak terdapat pada teori (Doenges & dkk, 2012) yaitu:

1. Risiko perluasan infeksi berhubungan dengan inflamasi. Maka penulis memberikan antibiotik pada pasien untuk mengurangi infeksi pada pasien. Perencanaan diambil sesuai keadaan pada pasien meliputi kaji TTV pasien (suhu), berikan posisi supine, observasi hasil pemeriksaan laboratorium (bilirubin direk, total dan mri mrcp), lakukan pemberian terapi obat sesuai indikasi. Semua intervensi di dapat dari NANDA NIC-NOC dan LeMone & dkk (2016).

Rencana keperawatan yang terdapat pada teori Doenges & dkk (2012) tetapi tidak terdapat pada kasus yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan obstruksi duktus. Didalam teori terdapat enam perencanaan, penulis hanya mengambil empat intervensi dari teori sedangkan yang dua lainnya tidak penulis ambil. Penulis juga mengambil intervensi tambahan dari referensi yang lain. Intervensi yang tidak dicantumkan yaitu
 - a. catat respon terhadap obat dan laporkan pada dokter bila nyeri hilang. Intervensi tersebut tidak penulis ambil karena nyeri pasien sudah membaik.
 - b. kontrol suhu lingkungan. Intervensi tersebut tidak diambil karena pasien masih merasa nyaman dengan suhu lingkungan di ruangnya.
 - c. Intervensi tambahan yang penulis ambil dari referensi lainnya yaitu kaji TTV (TD,N), penulis menambahkan dari intervensi NANDA NIC-NOC karena TTV sangat berpengaruh untuk diagnosa nyeri.
2. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan. Semua intervensi yang penulis ambil terdapat semua pada teori.

Faktor pendukung dalam melakukan penyusunan perencanaan yaitu adanya referensi media cetak sehingga penulis dapat menggunakan media tersebut untuk menyusun rencana keperawatan sesuai dengan referensi kasus yang ada dan peran perawat ruangan serta pasien yang sangat kooperatif.

Faktor penghambat dalam perencanaan diantaranya banyak perencanaan yang ada pada teori tetapi tidak sesuai dengan keadaan pasien, sehingga penulis menambahkan perencanaan dari referensi lain dan membutuhkan waktu lebih untuk mencari perencanaan yang sesuai dengan keadaan pasien.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat pelaksanaan keperawatan pada pasien Tn. D dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 14 Desember 2019 sampai dengan 16 Desember 2019. Pelaksanaan keperawatan berjalan dengan baik dikarenakan adanya sifat kooperatif dari pasien yang membantu untuk melakukan pelaksanaan sesuai dengan perencanaan yang dibuat.

1. Risiko perluasan infeksi berhubungan dengan inflamasi.

Penulis membuat rencana sebanyak 4 rencana keperawatan dan penulis melakukan semua rencana seperti mengkaji TTV pasien (Suhu), memberikan posisi supine, observasi hasil lab (bilirubin direk, total, mri mrcp), memberikan terapi obat sesuai program medis.

2. Nyeri akut berhubungan dengan obstruksi duktus.

Penulis membuat rencana sebanyak 6 rencana keperawatan dan penulis melakukan semua rencana seperti mengkaji TTV pasien (TD,N), mengobservasi dan catat lokasi, berat skala, karakteristik nyeri, memberikan posisi nyaman (semi fowler), mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam ketika merasakan nyeri, memberikan terapi obat sesuai indikasi.

3. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan. Penulis membuat rencana sebanyak 6 rencana dan penulis melakukan semua rencana seperti kaji

ulang tingkat pengetahuan pasien tentang kolesistitis, siapkan alat dan bahan untuk melakukan penyuluhan kesehatan, berikan penjelasan terkait definisi, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, pencegahan dan terapi yang dapat dilakukan oleh pasien, motivasi pasien untuk menghindari makanan/minuman tinggi lemak dan melakukan pola hidup sehat, berikan kesempatan pasien untuk bertanya, evaluasi hasil penyuluhan yang telah dilakukan.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu adanya bantuan dari perawat ruangan dan tim medis lainnya sehingga terlaksananya implementasi sesuai dengan direncanakan serta sikap kooperatif dari pasien.

Faktor penghambat penulis dalam melakukan pelaksanaan adalah adanya keterbatasan waktu yang tersedia sehingga penulis tidak dapat melaksanakan selama 24 jam dikarenakan penulis bekerja secara shift sehingga untuk shift lainnya penulis melihat catatan keperawatan.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi keperawatan pada Tn. D penulis berpacu pada tujuan dan kriteria hasil yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi yang dilakukan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lain yang dilakukan selama tiga hari yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang dibuat :

1. Risiko perluasan infeksi berhubungan dengan inflamasi setelah 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi, tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang dianjurkan perawat, pasien tampak rileks, pasien tampak nyaman dengan posisi supine, S: 36,5°C
2. Nyeri akut berhubungan dengan obstruksi duktus setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam rasa nyeri berkurang sampai dengan hilang. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi, tujuan

tercapai ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas sudah tidak ada, pasien tampak rileks, TD : 120/80mmHg N: 82x/menit.

3. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan. setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit pengetahuan pasien meningkat. Selama 1x30 menit pengetahuan pasien meningkat dengan ditandai pasien mampu menjelaskan kembali definisi, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, pencegahan, terapi yang dilakukan oleh pasien. Pasien mengatakan sudah memahami mengenai penyakit kolesistitis, pasien tampak memperhatikan dengan fokus dan aktif bertanya.

Faktor pendukung dalam melaksanakan evaluasi keperawatan adalah sikap terbuka dan kooperatif pasien kepada penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.

Faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan pada pasien adalah semua masalah tercapai tujuan teratasi dikarenakan dibantu dengan obat-obatan dan obat hanya mengatasi keluhan saja tetapi penyebab belum teratasi. Hal ini dikarenakan batu empedu belum diangkat dan mungkin akan terjadi kembali nyeri dan risiko perluasan infeksinya dikarenakan pasien belum melakukan tindakan pembedahan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan kolesistitis, didapatkan bahwa tidak semua tanda dan gejala yang terdapat pada teori terjadi pada pasien. Hal itu dikarenakan kondisi pasien yang masih mentoleransi dan mekanisme kompensasi tubuh setiap manusia yang berbeda-beda.

Diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada pasien dengan kolesistitis ada 3 diagnosa yaitu risiko perluasan infeksi, nyeri akut, kurang pengetahuan. Namun diagnosa yang menjadi prioritas yaitu risiko infeksi dikarenakan pasien mengalami peradangan pada empedu dan didukung dengan adanya data penunjang hasil laboratorium.

Perencanaan yang perlu diperhatikan pada pasien dengan kolesistitis yaitu kaji TTV pasien terutama suhu, berikan posisi supine, observasi hasil lab (bilirubin direk, total, dan mri mrcp), berikan obat sesuai dengan program medis.

Pelaksanaan keperawatan yang harus ditekankan pada perawat untuk pasien kolesistitis adalah berfokus pada mengatasi resiko perluasan infeksi dan nyeri. Keberhasilan pelaksanaan yang dilakukan tidak akan terjadi apabila tidak ada kerjasama antara pasien dengan perawat. Untuk itu sangat diharapkan kolaborasi antara perawat pasien, dan tim kesehatan lain.

Evaluasi dilakukan pada tahap akhir setelah dilakukan serangkaian implementasi. Evaluasi tersebut didapatkan dari perbandingan antara kriteria evaluasi yang telah direncanakan dengan respon yang diberikan pasien selama implementasi. Pada evaluasi perlu diperhatikan dan dicocokkan antara respon pasien dengan kriteria hasil apakah sudah tercapai dan sesuai dengan kriteria hasil atau belum agar perawat dan tenaga medis lainnya dapat menentukan apakah intervensi tetap dilakukan, dimodifikasi atau dihentikan. Evaluasi yang perlu diperhatikan pada kasus adalah tidak terjadi perluasan infeksi dan kadar leukosit pasien turun hingga normal.

B. Saran

1. Bagi petugas kesehatan

Diharapkan petugas medis kesehatan untuk memperhatikan pendokumentasian hasil tindakan dengan tulisan yang jelas agar mudah dibaca dan dipahami oleh tenaga medis kesehatan yang lain supaya tidak terjadi kesalahan.

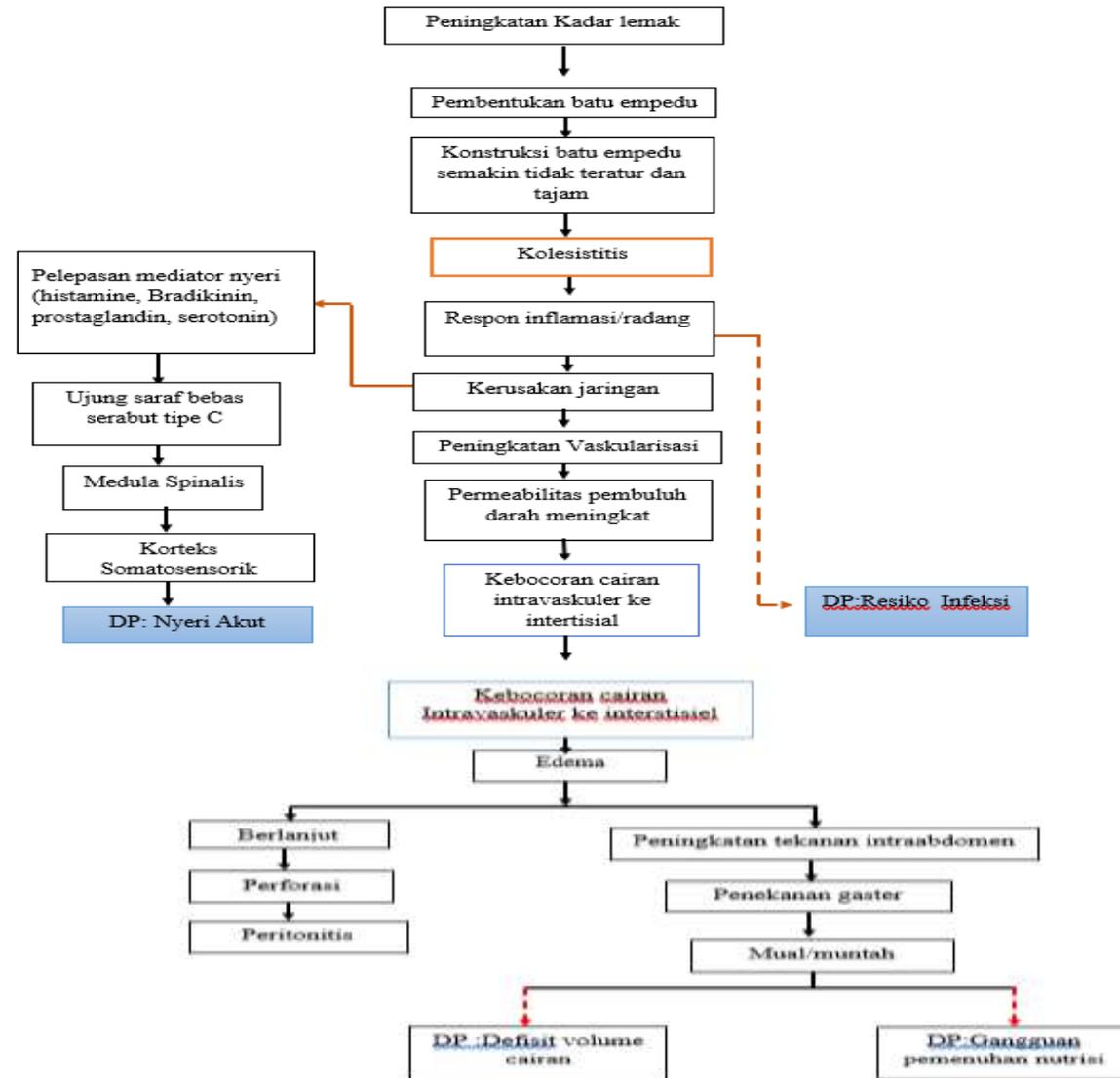
DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Black, J. M., & Haws, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Buku 2*. Singapore: ELSEVIER.
- Difusi. (2020). *Diktat Gastroenterohepatologi*. Difusi.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Febyan, Dhilion, H. R., Ndraha, S., & Tendean, M. (2017). Karakteristik Penderita Kolelitiasis Berdasarkan Faktor Risiko di Rumah Sakit Umum Daerah Koja. *J. Kedokt Meditek Volume 23 No 63*, 1-7. Dipetik Januari 20, 2020, dari <http://ejournal.ukrida.ac.id/ojs/index.php/Meditek/article/view/1565>
- Firmansyah, M. A. (2015). Diagnosis dan Tata Laksana Kolesistitis Akalkulus Akut. *Medicianus Vol 28 No 2*, 30-37. Dipetik Januari 20, 2020, dari <https://docplayer.info/42556421-Diagnosis-dan-tata-laksana-kolesistitis-akalkulus-akut.html>
- Herdman, T. H. (2016). *Nanda International Inc. diagnosis keperawatan: definisi & klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Hurst, M. (2016). *Belajar Mudah Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Kereh, D. S., Lampus, H., Sapan, H. B., & Loho, L. L. (2015). Hubungan Antara Jenis Batu Dan Perubahan Mukosa Kandung Empedu Pada Pasien Batu Kandung Empedu. *Jurnal Biomedik (JBM) Volume 3 Nomor 3*, S41-47. Dipetik Januari 20, 2020, dari <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/biomedik/article/view/10441>
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: Mediacion Publishing Jogjakarta.
- Sjamsuhidajat, R. (2017). *Buku Ajar Ilmu Bedah Vol 2 Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Suddart, B. &. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta: EGC.

Tuuk, A. L., Panelewen, J., & Noersasongko, A. D. (2016). Profil Kasus Batu Empedu di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Oktober 2015-Oktober 2016. *Jurnal e-Clinic (eCL) Volume 4 Nomor 2*, 1-6. Dipetik Januari 20, 2020, dari <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/view/14454>

Lampiran 1
 Patoflowdiagram
 kolesistitis

LAMPIRAN



Sumber :
 (Sjamsuhidajat, 2017)



**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)
KOLESISTITIS**

**DISUSUN OLEH:
BUNGA AZIZA NURSAPUTRI**

201701044

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA**

BEKASI

2020

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Kolesistitis
Sasaran : Tn. D
Waktu : Minggu, 15 Desember 2019 pukul 10.00-10.30
Tempat : Ruang Mawar lantai 4 kamar 401

ITU	TIK	MATERI	Kegiatan Belajar Mengajar		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			Mahasiswa	Peserta			
Setelah Dilakukan Penyuluhan selama 1x30 Menit Diharapkan Sasaran Mampu memahami tentang kolesistitis	Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x30 menit diharapkan peserta mampu mengetahui : 1. Memahami definisi kolesistitis 2. Mampu menyebutkan penyebab kolesistitis 3. Mampu mengetahui	1. Definisi kolesistitis 2. Penyebab kolesistitis 3. Tanda dan gejala kolesistitis 4. Terapi kolesistitis 5. Pencegahan kolesistitis	Pembukaan (5 menit) 1. Salam 2. Perkenalan 3. Menjelaskan Tujuan Penyuluhan 4. Melakukan kontrak waktu Penyuluhan (15	1. Menjawab salam 2. Mengenali dan menerima kehadiran penyuluh 3. Memperhatikan 4. Menyetujui 5. Memperhatikan	Diskusi Ceramah	1. Flipchart 2. leaflet	1. Sasaran mampu menjelaskan kembali definisi kolesistitis 2. Sasaran mampu menyebutkan 2 dari 4 penyebab kolesistitis 3. Sasaran mampu menyebutkan 5 dari 10 tanda dan gejala kolesistitis 4. Sasaran mampu menyebutkan 4 dari 7 komplikasi kolesistitis 5. Sasaran mampu

	<p>ui tanda dan gejala kolesistitis</p> <p>4. Mampu mengetahui ui komplikasi kolesistitis</p> <p>5. Mampu mengetahui ui terapi tindakan kolesistitis</p> <p>6. Mampu mengetahui ui pencegahan kolesistitis</p>		<p>menit)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menjelaskan definisi kolesistitis 2. menyebutkan penyebab kolesistitis 3. menyebutkan tanda dan gejala kolesistitis 4. menjelaskan komplikasi kolesistitis 5. menjelaskan terapi tindakan kolesistitis 6. menyebutkan pencegahan kolesistitis 	<p>memperhatikan</p>		<p>menyebutkan terapi tindakan kolesistitis</p> <p>6. Sasaran mampu menyebutkan pencegahan kolesistitis</p>
--	--	--	---	----------------------	--	---

			<p>Penutup (10 menit)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Memberi kesempatan bertanya2. Bertanya / evaluasi3. Menyimpulkan4. Penutup	<ol style="list-style-type: none">1. Bertanya2. Menjawab3. Mendengar4. Menjawab salam			
--	--	--	---	--	--	--	--

Materi Kolesistitis

1. Definisi : Kolesistitis adalah inflamasi kandung empedu. Kolesistitis akut biasanya terjadi setelah obstruksi saluran sistik oleh batu.
2. Etiologi

Faktor risiko utama yang dapat dicegah gaya hidup yang menetap dan obesitas. Jika pasien meningkatkan tingkat aktivitas dan menjaga diet rendah lemak, risiko kolesistitis dapat dikurangi. Mendorong pasien untuk ikut olahraga dan mengikuti kebiasaan diet sehat.

 1. Kolesistitis lebih dari 80%
 2. Infeksi bakterial dapat terjadi karena adanya obstruksi.
 3. Proses inflamasi berkembang relatif lambat tetapi dapat berkembang menjadi empiema, gangren dan perforasi.
 4. Penyakit kronik sering terjadi setelah serangan inflamasi akut yang berulang-ulang secara terpisah tetapi mungkin berkembang berangsur-angsur terjadi eksuserkusi akut.
3. Tanda dan gejala
 - a. Nyeri akut dan parah pada kuadran kanan atas
 - b. Mual dan muntah.
 - c. Demam
 - d. *Indigesti* (dispepsia), gas (*flatulens*) dan sendawa
 - e. *Steatorrea* (feses berlemak)
 - f. Ikterus
 - g. 95% pasien kolesistitis akan menderita kolelitiasis
 - h. Tidak menimbulkan nyeri
 - i. Perubahan warna urine dan feses.
 - j. Defisiensi vitamin obstruksi aliran empedu juga akan mengganggu absorpsi vitamin A, D, E, K yang larut lemak.
4. Komplikasi
 - a. Gangren dan perforasi
 - b. Kolesistitis kronik yaitu dapat disebabkan oleh serangan kolesistitis berulang atau dari iritasi persisten pada dinding kandung empedu akibat batu
 - c. Empiema yaitu pengumpulan cairan yang terinfeksi di dalam kandung empedu

- d. Pembentukan fistula yaitu peradangan kolesistitis dapat menyebabkan perlengketan antara kandung empedu dan bagian-bagian lain dari saluran pencernaan
 - e. Ileus batu empedu yaitu ketika batu empedu terperangkap, bisa menyebabkan obstruksi usus atau biasa disebut ileus batu empedu
 - f. Abses, terbentuknya abses yaitu dikarenakan gangren dan perforasi
 - g. Pankreatitis
5. Terapi penanganan kolesistitis
- a. Terapi farmakologi
 - b. Terapi nutrisi
 - c. Terapi pembedahan
6. Pencegahan
- Atur pola makan yang sehat dan hidup sehat

DAFTAR PUSTAKA

Hurst, M. (2016). *Belajar Mudah Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.

LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.

Sjamsuhidajat, R. (2017). *Buku Ajar Ilmu Bedah Vol 2 Edisi 4*. Jakarta: EGC.

Suddart, B. &. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta: EGC.

Komplikasi

- = Gangrene dan perforasi
- = Kolesistitis kronik
- = Empyema
- = Pembentukan fistula
- = Ileus batu empedu
- = Pankreatitis
- = Abses



penanganan

1. terapi farmakologi
2. Terapi nutrisi
3. Terapi pembedahan



PENCEGAHAN

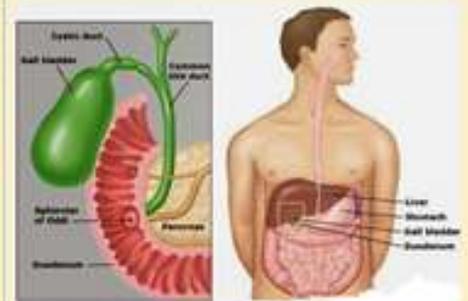
Atur pola makan yang sehat dan hidup sehat



AYO ATUR POLA MAKAN-MU MULAI SEKARANG & CEGAH KOLESISTITIS!!!



KOLESISTITIS



Bunga Aziza Nursaputri
201701044

APA ITU KOLESISTITIS?

Kolesistitis adalah peradangan pada kandung empedu



Penyebab kolesistitis

1. Kolesistitis lebih dari 80%
2. Infeksi bakterial dapat terjadi karena adanya obstruksi.
3. Proses inflamasi berkembang relatif lambat tetapi dapat berkembang menjadi empiema, gangren dan perforasi.
4. Penyakit kronik sering terjadi setelah serangan inflamasi akut yang berulang-ulang

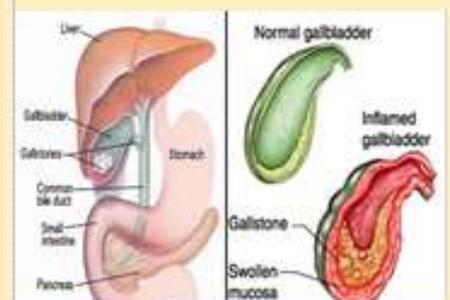
Tanda dan gejala

1. Nyeri akut dan parah pada kuadran kanan atas
2. Mual dan muntah.
3. Demam
4. *Indigesti* (dispepsia), gas (*flatulens*) dan sendawa
5. *Steatorrea* (feses berlemak)



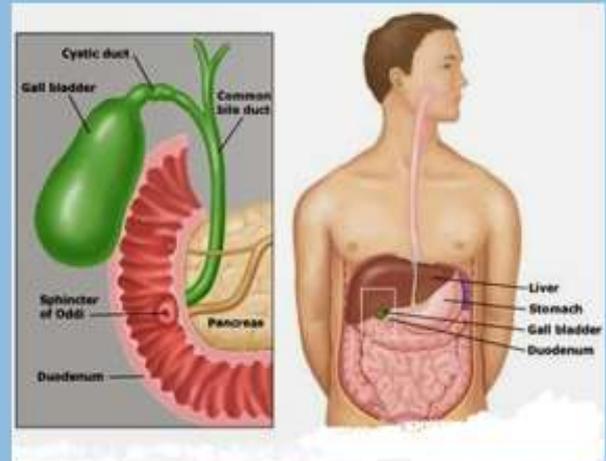
TANDA GEJALA

6. Ikterus
7. 95% pasien kolesistitis akan menderita kolelitiasis
8. Tidak menimbulkan nyeri
9. Perubahan warna urine dan feses.
10. Defisiensi vitamin

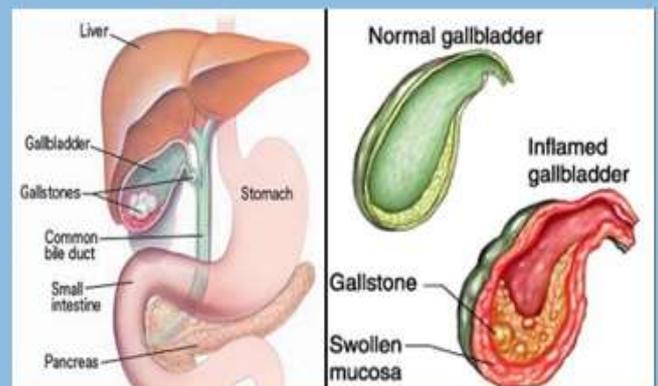


AYO CEGAH KOLESISTITIS

Bunga Aziza Nursaputri
(201701044)
STIKes Mitra Keluarga Bekasi



APA ITU KOLESISTITIS?



inflamasi kandung empedu. Kolesistitis akut biasanya terjadi setelah obstruksi saluran sistik oleh batu.

APA PENYEBAB KOLESISTITIS???

Faktor risiko utama yang dapat dicegah gaya hidup yang menetap dan obesitas. Jika pasien meningkatkan tingkat aktivitas dan menjaga diet rendah lemak, risiko kolesistitis dapat dikurangi. Mendorong pasien untuk ikut olahraga dan mengikuti kebiasaan diet sehat.

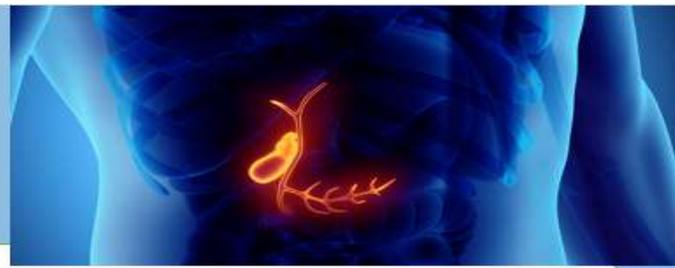
1. Kolesistisis lebih dari 80%
2. Infeksi bakterial dapat terjadi karena adanya obstruksi.
3. Proses inflamasi berkembang relatif lambat tetapi dapat berkembang menjadi empiema, gangren dan perforasi.
4. Penyakit kronik sering terjadi setelah serangan inflamasi akut yang berulang-ulang secara terpisah tetapi mungkin berkembang berangsur-angsur terjadi eksuserkusi akut.

TANDA DAN GEJALA KOLESISTITIS

- a. Nyeri akut dan parah pada kuadran kanan atas
- b. Mual dan muntah.
- c. Demam
- d. Indigesti (dispepsia), gas (flatulens) dan sendawa
- e. *Steatorrea* (feses berlemak)
- f. Ikterus
- g. 95% pasien kolesistitis akan menderita kolelitiasis
- h. Tidak menimbulkan nyeri
- i. Perubahan warna urine dan feses.
- j. Defisiensi vitamin obstruksi aliran empedu juga akan mengganggu absorpsi vitamin A, D, E, K yang larut lemak.



KOMPLIKASI KOLESISTITIS



- a. Gangren dan perforasi
- b. Kolesistitis kronik yaitu dapat disebabkan oleh serangan kolesistitis berulang atau dari iritasi persisten pada dinding kandung empedu akibat batu
- c. Empiema yaitu pengumpulan cairan yang terinfeksi di dalam kandung empedu
- d. Pembentukan fistula yaitu peradangan kolesistitis dapat menyebabkan perlekatan antara kandung empedu dan bagian-bagian lain dari saluran pencernaan
- e. Ileus batu empedu yaitu ketika batu empedu terperangkap, bisa menyebabkan obstruksi usus atau biasa disebut ileus batu empedu
- f. Abses, terbentuknya abses yaitu dikarenakan gangren dan perforasi
- g. Pankreatitis

PENANGANAN KOLESISTITIS



- a. Terapi farmakologi
- b. Terapi nutrisi
- c. Terapi pembedahan



PENCEGAHAN

Atur pola makan dan hidup sehat

