



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
CHOLELITIASIS DI RUANG STA. BERNADETH II
RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH :

**PASKALINA NATALIA RUTH LELIMARNA (NS2214901127)
PEBRIANI ANTAURI (NS2214901128)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2023



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
CHOLELITIASIS DI RUANG STA. BERNADETH II
RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

OLEH :

**PASKALINA NATALIA RUTH LELIMARNA (NS2214901127)
PEBRIANI ANTAURI (NS2214901128)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2023

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Paskalina N. R. Lelimarna (NS2214901127)
2. Pebriani Antauri (NS2214901128)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan publikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenarnya.

Makassar, 23 Mei 2023

Yang Menyatakan,



Paskalina N. R. Lelimarna



Pebriani Antauri

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Cholelithiasis di Ruang Bernadeth Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Paskalina N. R. Lelimarna (NS2214901127)
2. Pebriani Antauri (NS2214901128)

Disetujui oleh

Pembimbing 1



(Fitriyanti Patarru, Ns., M.Kep)
NIDN: 0907049202

Pembimbing 2



(Matilda M. Paseno., Ns., M.Kes)
NIDN: 0925107502

**Menyetujui,
Wakil Ketua Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar**



Fransiska Anita E.R.Sa'pang.,Ns.,Sp.Kep.MB
NIDN: 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ini diajukan oleh :

Nama : 1. Paskalina N. R. Lelimarna (NIM : NS2214901127)
2. Pebriani Antauri (NIM : NS2214901128)
Program studi : Profesi Ners
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan
Cholelithiasis di Ruang Sta. Bernadeth II Rumah Sakit
Stella Maris Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Fitriyanti Patarru, Ns., M.Kep (*Fitriyanti*)
Pembimbing 2 : Matilda M. Paseno, Ns., M.Kes (*Matilda*)
Penguji 1 : Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes (*Elmiana*)
Penguji 2 : Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep (*Fransisco*)
Ditetapkan di : Makassar
Tanggal : 12 Juni 2023

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus Abdu, S.Si. S.Kep.,Ns. M.Kes

NIDN: 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Paskalina N. R. Lelimarna (NS2214901127)

Pebriani Antauri (NS2214901128)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan , merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 12 Juni 2023

Yang menyatakan



Paskalina N. R. Lelimarna



Pebriani Antauri

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaanya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Cholelithiasis* di Ruang Sta. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini kami mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak kami tidak mungkin dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini kami menyampaikan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu., S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda M. Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan sekaligus sebagai pembimbing II yang telah memberikan banyak masukan dan meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan kami menyusun Karya Ilmiah Akhir kami.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kep selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep Selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes selaku Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat STIK Stella Maris Makassar.
7. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku Ketua Unit Penjamin Mutu STIK Stella Maris Makassar.

8. Fitriyanti Patarru, Ns.,M.Kep selaku pembimbing I yang dengan penuh kesabaran dan pengertian dalam membimbing, mengarahkan dan membantu penulis menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
9. Bapak dan Ibu dosen beserta seluruh staf pegawai Stik Stella Maris Makassar yang telah mendidik dan mengarahkan selama kami menepuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
10. Kepala bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pegawai di Ruang perawatan Sta. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu kami dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
11. Kepada pasien Tn. R dan keluarga yang telah meluangkan waktu dan bersedia bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
12. Teristimewa orang tua dari Paskalina yaitu Hendrik Amscar Lelimarna (Ayah), Maria Paula Helena Ohoiwutun (Ibu) dan kedua orang tua dari Pebriani yaitu Paitin Pasorong (Ayah), Agustina Nari (Ibu) yang selalu mendoakan, memberi dukungan, semangat, nasehat, dan yang paling utama adalah cinta kasih sayang serta bantuan berupa moral dan juga material sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
13. Seluruh teman-teman Program Profesi Ners Angkatan 2022 yang telah memberikan doa dan dukungan selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

Akhir kata, kami berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Kami menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan untuk itu kami mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.

Makassar, 12 Juni

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
Lampiran daftar	xi
Halaman daftar gambar	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan penulisan	4
1. Tujuan umum	4
2. Tujuan khusus.....	4
C. Manfaat penulisan	4
1. Bagi instansi Rumah Sakit	4
2. Bagi profesi keperawatan	4
3. Bagi institusi Pendidikan	4
D. Metode penulisan	5
1. Studi kepustakaan	5
2. Internet	5
3. Studi kasus	5
E. Sistematika penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi dan fisiologi	8
3. Etiologi	11
4. Patofisiologi	13

5. Manifestasi klinik	14
6. Tes Diagnostik	15
7. Penatalaksanaan medik	17
8. Komplikasi	20
B. Konsep Dasar Keperawatan	20
1. Pengkajian	20
2. Diagnosis keperawatan	22
3. Luaran dan intervensi keperawatan	23
4. Perencanaan pulang (<i>Discharge planning</i>)	30
BAB III PENGAMATAN KASUS	35
A. Ilustrasi kasus	35
B. Pengkajian	36
C. Diagnosis keperawatan	58
D. Rencana keperawatan	59
E. Pelaksanaan keperawatan	62
F. Evaluasi keperawatan	75
G. Daftar obat	85
BAB IV PEMBAHASAN KASUS	93
A. Pembahasan askep	93
B. Pembahasan penerapa <i>Evidence based nursing</i>	100
BAB V SIMPULAN	107
A. Simpulan	107
B. Saran	110
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan darah lengkap	52
Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan bilirubin	54
Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan AI Hemotasis	54
Tabel 3.4 Hasil Pemeriksaan Imuno-Serologi	54
Tabel 3.5 Hasil Pemeriksaan Kimia Darah	54
Tabel 3.6 Identifikasi Masalah	55
Tabel 3.7 Diagnosis Keperawatan	58
Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan	59
Tabel 3.9 Pelaksanaan Keperawatan	62
Tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan	75
Tabel 4.1 EBN	103

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kandung Empedu	8
---------------------------------	---

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

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

Saat ini dengan semakin meningkatnya tuntutan pekerjaan dan kebutuhan hidup setiap orang, membuat masyarakat Indonesia melakukan gaya hidup yang tidak sehat. Mereka banyak mengkonsumsi makanan yang cepat saji (yang tinggi kalori dan tinggi lemak), waktu untuk melakukan latihan fisik yang sangat terbatas, serta kemajuan teknologi yang membuat gaya hidup masyarakat yang santai karena dapat melakukan pekerjaan dengan lebih mudah sehingga kurang aktifitas fisik dan adanya stress akibat dari pekerjaan serta permasalahan hidup yang mereka alami menjadi permasalahan yang sulit mereka hindari. Semua kondisi tersebut dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit *cholelitis* dan jumlah penderita *cholelitis* meningkat karena perubahan gaya hidup, seperti misalnya banyaknya makanan cepat saji yang dapat menyebabkan kegemukan dan kegemukan merupakan faktor terjadinya batu empedu karena ketika makan, kandung empedu akan

berkontraksi dan mengeluarkan cairan empedu di dalam usus halus dan cairan empedu tersebut berguna untuk menyerap lemak dan beberapa vitamin diantaranya vitamin A, D, E, K (Tjokropawiro, 2015).

Penyakit *cholelithiasis* sering di temui di berbagai negara termasuk Indonesia. Angka prevalensi *cholelithiasis* di negara maju sekitar 10–15% dari populasi dewasa, dengan prevalensi jenis *cholelithiasis* kolesterol. Sedangkan di negara Asia epidemiologi *cholelithiasis* berkisar 3–10%. Stinton (2019) menjelaskan penyakit ini selalu meningkat karena faktor gaya hidup. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi *cholelithiasis* pada dewasa adalah sebesar 15,4%, dan prevalensi tersebut meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2016 yaitu 11,7%.

Di Indonesia, *cholelithiasis* baru mendapat perhatian setelah di klinis, publikasi penelitian tentang *cholelithiasis* masih terbatas. Berdasarkan studi kolesitografi oral di dapatkan laporan angka insidensi *cholelithiasis* terjadi pada wanita sebesar 76% dan pada laki-laki 36% dengan usia lebih dari 40 tahun. Sebagian besar pasien dengan batu empedu tidak mempunyai keluhan, Risiko penyandang batu empedu untuk mengalami gejala dan komplikasi relatif kecil. Walaupun demikian, sekali batu empedu mulai menimbulkan serangan nyeri kolik yang spesifik maka resiko untuk mengalami masalah dan penyulit akan terus meningkat (Cahyono, 2020)

Cholelithiasis merupakan endapan satu atau lebih komponen diantaranya empedu kolesterol, billirubin, garam, empedu, kalsium, protein, asam lemak, dan fosfolipid. Batu empedu biasanya terbentuk dalam kantung empedu terdiri dari unsur-unsur padat yang membentuk cairan empedu, batu empedu memiliki ukuran, bentuk dan komposisi yang sangat bervariasi. Batu empedu yang tidak lazim dijumpai pada anak-anak dan dewasa muda tetapi insidennya semakin sering pada individu yang memiliki usia lebih diatas 40 tahun. setelah itu insiden *cholelithiasis* atau batu empedu semakin meningkat hingga

sampai pada suatu tingkat yang diperkirakan bahwa pada usia 75 tahun satu dari 3 orang akan memiliki penyakit batu empedu, etiologi secara pastinya belum diketahuikan tetapi ada faktor predisposisi yang penting diantaranya gangguan metabolisme, yang menyebabkan terjadinya perubahan komposisi empedu, adanya statis empedu, dan infeksi atau radang pada empedu. Perubahan yang terjadi pada komposisi empedu sangat mungkin menjadi faktor terpenting dalam terjadinya pembentukan batu empedu karena hati penderita *cholelithiasis* kolesterol mengekskresi empedu yang sangat jenuh dengan kolesterol.

Kolesterol yang berlebihan tersebut mengendap di dalam kandung empedu (dengan cara yang belum diketahui secara pasti) untuk membentuk batu empedu, gangguan kontraksi kandung empedu, atau mungkin keduanya dapat menyebabkan statis empedu dalam kandung empedu. Faktor hormon (hormon kolesistokinin dan sekretin) dapat dikaitkan dengan keterlambatan pengosongan kandung empedu, infeksi bakteri atau radang empedu dapat menjadi penyebab terbentuknya batu empedu. Mukus dapat meningkatkan viskositas empedu dan unsur selatau bakteri dapat berperan sebagai pusat pengendapan. Infeksi lebih timbul akibat dari terbentuknya batu, dibanding penyebab terbentuknya *cholelithiasis* (Haryono, 2019).

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

Sehubungan dengan hal itu, penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas dalam bentuk karya ilmiah akhir dengan judul asuhan keperawatan pada pasien *cholelithiasis* diruang perawatan Sta.Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *cholelithiasis*.

2. Tujuan khusus

- a) Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dengan *cholelithiasis*
- b) Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan *cholelithiasis*
- c) Menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan *cholelithiasis*
- d) Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan *cholelithiasis* dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN)
- e) Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *cholelithiasis*

C. Manfaat penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat di dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *cholelithiasis*, sehingga perawat dapat menerapkan standar asuhan keperawatan dengan optimal dan menunjang mutu pelayanan yang pelayanan yang berpusat pada pasien maupun pada keluarga pasien.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat selama pendidikan khususnya merawat pasien dengan *cholelithiasis*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menambah bahan referensi dan sebagai salah satu sumber informasi dalam menambah ilmu pengetahuan bagi mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan *cholelithiasis*.

D. Metode penulisan

1. Studi kepustakaan

Penulis mengumpulkan data dari beberapa referensi seperti buku

2. Internet

Penulis mengumpulkan data melalui *website* dan jurnal

3. Studi kasus

a) Wawancara

Melakukan tanya jawab dengan pasien dan keluarga pasien berkaitan dengan penyakit

b) Pemeriksaan fisik

Dengan melakukan pemeriksaan langsung oleh perawat mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi

c) Studi dokumentasi

Dengan menggunakan catatan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang yang berhubungan dengan pasien

E. Sistematika penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini disusun secara sistematika yang di mulai dari penyusunan BAB I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan, BAB II tinjauan teoritis yang disusun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi, fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, dan komplikasi. Kemudian konsep dasar keperawatan yang terdiri dari

pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan dan *discharge planning* setelah itu pada akhir BAB ini dibuat patoflowdiagram.

BAB III pengamatan kasus yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan dan evaluasi keperawatan, BAB IV pembahasan kasus berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat, pembahasan penerapan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN) pada Tindakan keperawatan.

BAB V sebagai akhir dari Karya Ilmiah Akhir yaitu penutup yang berisi tentang uraian kesimpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dengan penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Cholelithiasis atau yang lebih dikenal sebagai penyakit batu empedu, merupakan keadaan dimana terdapat batu empedu berjumlah satu atau lebih yang menyumbat saluran biliaris (Terrie & Pharm, 2020).

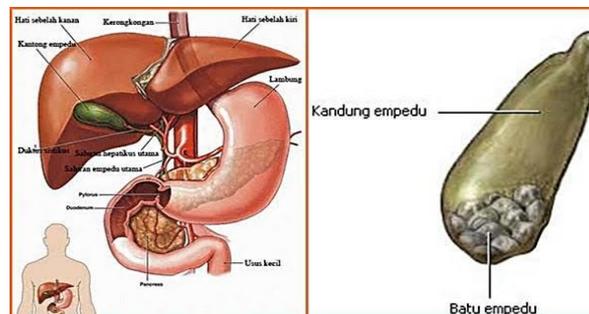
Cholelithiasis adalah timbunan batu kristal dalam kandung empedu atau didalam saluran empedu. Batu yang ditemukan didalam kandung empedu disebut kolelitiasis, sedangkan batu didalam saluran empedu disebut koledokolitiasis. Batu empedu juga dapat didefenisikan sebagai endapan satu atau lebih komponen empedu, seperti kolestrol, bilirubin, garam empedu, kalsium, dan protein (Student et al., 2021).

Cholelithiasis atau dikenal sebagai penyakit batu empedu merupakan penyakit yang di dalamnya terdapat batu empedu yang dapat ditemukan di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu atau pada kedua-duanya (Andriyan, 2019).

Berdasarkan beberapa defenisi di atas dapat disimpulkan bahwa cholelithiasis adalah endapan, timbunan batu kristal yang terdapat pada kandung empedu atau di saluran empedu dan bisa juga terdapat pada keduanya.

2. Anatomi Fisiologi

a) Anatomi kandung empedu



Gambar 2.1: Kandung empedu yang terdapat batu empedu

Sumber: Syaifuddin, 2020

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

Empedu yang disekresi secara terus-menerus oleh hati masuk ke saluran empedu yang kecil dalam hati. Saluran empedu yang kecil bersatu membentuk dua saluran lebih besar yang keluar dari permukaan bawah hati sebagai duktus hepatikus kanan dan kiri yang segera bersatu membentuk duktus hepatikus komunis. Duktus hepatikus bergabung dengan duktus sistikus membentuk duktus koledokus (Syaifuddin, 2020)

1) Struktur Empedu

Kandung empedu adalah kantong yang berbentuk bush pir yang terlerak pada permukaan visceral. Kandung empedu

diliputi oleh peritoneum kecuali bagian yang melekat pada hepar, terletak pada permukaan bawah hati diantara lobus dekstra dan lobus quadratus hati.

2) Empedu terdiri dari:

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

3) Cairan Empedu

Cairan empedu merupakan cairan yang kental berwarna kuning keemasan (kuning kehijauan) yang dihasilkan terus menerus oleh sel hepar lebih kurang 500-1000ml sehari. Empedu merupakan zat esensial yang diperlukan dalam pencernaan dan penyerapan lemak.

4) Unsur-unsur Cairan Empedu

- a. Garam-garam empedu: disintesis oleh hepar dari kolesterol, suatu alcohol steroid yang banyak dihasilkan hati. Garam empedu berfungsi membantu pencernaan lemak, mengemulsi lemak dengan kelenjar lipase dari pankreas.
- b. Sirkulasi enterohepatik: garam empedu (pigmen empedu) diresorpsi dari usus halus ke dalam vena portae, dialirkan kembali ke hepar untuk digunakan ulang.
- c. Pigmen-pigmen empedu: merupakan hasil utama dari pemecahan hemo globin. Sel hepar mengangkut hemoglobin dari plasma dan menyekresinya ke dalam empedu. Pigmen empedu tidak mempunyai fungsi dalam proses pencernaan.

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

5) Saluran Empedu

Saluran empedu berkumpul menjadi duktus hepatikus kemudian bersatu dengan duktus sistikus, karena akan tersimpan dalam kandung empedu. Empedu mengalami pengentalan 5-10 kali, dikeluarkan dari kandung empedu oleh aksi kolesistektomi, suatu hormon yang dihasilkan dalam membran mukosa dari bagian atas usus halus tempat masuknya lemak. Kolesistokinin menyebabkan kontraksi otot kandung empedu. Pada waktu bersamaan terjadi relaksasi sehingga empedu mengalir ke dalam duktus sistikus dan duktus koledokus (Syarifuddin, 2020).

b) Fisiologi kandung empedu

Kandung empedu bekerja sebagai tempat persediaan getah empedu, juga melakukan fungsi penting yaitu getah empedu yang tersimpan didalamnya dibuat pekat. Cairan empedu dibentuk oleh hepatosit, sekitar 600 ml per hari, terdiri dari air, elektrolit, garam empedu, kolesterol, fosfolipid, bilirubin, dan senyawa organik terlarut lainnya. Kandung empedu bertugas menyimpan dan mengkonsentrasikan empedu pada saat puasa, kira-kira 90% air dan elektrolit diresorpsi oleh epitel kandung empedu, yang menyebabkan empedu kaya akan konstituen organik

Kandung empedu dapat menyimpan 40-60 ml empedu. Empedu disimpan dalam kantung empedu selama periode interdigestif dan diantarkan ke duodenum setelah rangsangan makanan. Aliran cairan empedu diatur oleh 3 faktor, yaitu sekresi empedu oleh hati, kontraksi kandung empedu, dan

tahanan juga sfingter koledokus. Empedu memiliki fungsi, yaitu membantu pencernaan dan penyerapan lemak, juga berperan membantu pembuangan limbah tubuh, salah satunya ialah hemoglobin yang berasal dari penghancuran eritrosit dan kolesterol yang berlebih. Garam empedu meningkatkan kelarutan kolesterol, lemak, dan vitamin yang larut didalam lemak untuk membantu proses penyerapan, garam empedu melepas pelepasan air oleh usus besar untuk menggerakkan billirubin (pigmen utama dari empedu) dibuang kedalam empedu sebagai limbah dari eritrosit yang dihancurkan, serta obat dan limbah lainnya dibuang dalam empedu dan selanjutnya dibuang dari tubuh. Garam empedu kembali diserap kedalam usus halus, disuling oleh hati dan dialirkan kembali ke dalam empedu (Alessandra, 2022).

2. Etiologi

Penyebab pasti dari kolelitiasis atau batu empedu belum diketahui. Satu teori menyatakan bahwa kolestrol dapat menyebabkan supersaturasi empedu dikandung empedu. Setelah beberapa lama, empedu yang telah megalami supersaturasi menjadi mengkristal dan mulai membentuk batu. Tipe lain batu empedu adalah batu pigmen, batu pigmen tersusun oleh kalsium bilirubin, yang terjadi ketika bilirubin bebas berkombinasi dengan kalsium.

Penyebab yang jelas belum diketahui, tetapi beberapa faktor etiologi dapat diidentifikasi, antara lain:

a. Faktor Presipitasi (faktor yang tidak dapat diubah):

1) Keturunan

Sekitar 25% dari batu empedu kolesterol faktor predisposisinya adalah turun temurun seperti dinilai dari penelitian terhadap kembar identik.

2) Peningkatan usia

Peningkatan usia baik pada pria dan wanita, keduanya meningkatkan risiko terbentuknya batu pada empedu.

3) Jenis Kelamin Perempuan

Perempuan lebih cenderung untuk mengembangkan batu empedu kolestrol dari pada laki-laki, khususnya pada masa reproduksi. Peningkatan batu empedu disebabkan oleh faktor estrogen dan progesteron sehingga meningkatkan sekresi kolestrol bilier.

b. Faktor Predisposisi (faktor yang dapat diubah):

1) Faktor Metabolik

Cairan empedu mengandung air, HCO_3 , pigmen empedu, garam empedu, dan kolestrol. Kandungan kolestrol yang tinggi dalam cairan empedu memungkinkan terbentuknya batu. Tidak dijumpai korelasi antara kolestrol darah dan kolestrol empedu.

2) Statis Biler

Stagnasi cairan empedu menyebabkan air ditarik ke kapiler, sehingga garam empedu menjadi lebih banyak yang akan mengubah kelarutan kolestrol.

3) Peradangan

Oleh karena proses peradangan, kandungan cairan empedu menjadi berubah sehingga keasaman cairan empedu bertambah dan daya larut kolestrol menjadi menurun.

4) Obesitas

Kondisi obesitas akan meningkatkan metabolisme umum, resistensi insulin, diabetes mellitus tipe II, hipertensi, dan hiperlipidemia berhubungan dengan peningkatan sekresi kolestrol hepatika dan merupakan faktor resiko utama untuk pengembangan batu empedu.

5) Kehamilan

Sering terjadi pada wanita yang sering mengalami kehamilan multiple. Hal ini disebabkan oleh tingkat progesteron pada saat kehamilan tinggi. Progesteron mengurangi kontraktilitas kandung empedu, menyebabkan resistensi berkepanjangan dan konsentrasi lebih besar empedu dikandung empedu.

6) Gangguan intestinal

Gangguan pencernaan, misalnya pasien pasca reseksi usus dan penyakit chron memiliki resiko kehilangan garam empedu dari intestinal.

7) Obat-obatan dan pola hidup

Estrogen yang diberikan untuk kontrasepsi dan pengobatan kanker prostat meningkatkan risiko peningkatan batu empedu kolestrol (Andriyan, 2019).

3. Patofisiologi

Batu empedu terjadi karena adanya zat tertentu dalam empedu yang hadir dalam konsentrasi. Bila empedu terkonsentrasi di kandung empedu, larutan akan menjadi jenuh dengan bahan-bahan tersebut, kemudian endapan dari larutan akan membentuk kristal mikroskopis terperangkap dalam mukosa bilier, akan menghasilkan suatu endapan. Oklusi dari saluran oleh endapan dan batu kolesterol menghasilkan komplikasi penyakit batu empedu. Pada kondisi normal kolesterol tidak mengendap di empedu karena mengandung garam empedu terkonjugasi dan fosfatidikolin (lesitin) dalam jumlah cukup agar kolesterol berada di dalam larutan misel, jika rasio konsentrasi kolesterol berbanding garam empedu dan lesitin meningkat, maka larutan misel menjadi sangat jenuh. Kondisi yang sangat jenuh ini mungkin karena hati memproduksi kolesterol dalam bentuk konsentrasi tinggi. Zat ini kemudian

mengendap pada lingkungan cairan dalam bentuk kristal kolesterol kristal ini merupakan prekursor batu empedu.

Bilirubin pigmen kuning yang berasal dari pemecahan heme secara aktif disekresikan ke dalam empedu oleh sel hati. Sebagian besar bilirubin dalam empedu adalah berada dalam bentuk konjugat glukoronida yang larut dalam air dan stabil, tetapi sebagian kecil terdiri atas bilirubin tak terkonjugasi. Bilirubin tak terkonjugasi, seperti asam lemak, fosfat, karbonat, dan anion lain, cenderung untuk membentuk presipitat tak larut dengan kalsium. Kalsium memasuki empedu secara pasif bersama dengan elektrolit lain. Dalam situasi pergantian heme tinggi, seperti hemolisis kronis atau sirosis, bilirubin tak terkonjugasi mungkin berada dalam empedu pada konsentrasi yang lebih tinggi dari biasanya. Kalsium bilirubinat kemudian mengkristal dari larutan dan akhirnya membentuk batu. Seiring waktu berbagai oksidasi menyebabkan bilirubin presipitat untuk mengambil jet warna hitam. Batu yang terbentuk dengan cara ini yang disebut batu pigmen hitam, empedu biasanya steril tetapi dalam beberapa kondisi yang tidak biasa (misalnya diatas struktur bilier), mungkin terkolonisasi dengan bakteri. Bakteri menghidrolisis bilirubin terkonjugasi dan hasil peningkatan bilirubin tak terkonjugasi dapat menyebabkan presipitasi terbentuknya kristal kalsium bilirubinat. Bakteri hidrolisis lestini menyebabkan pelepasan asam lemak yang kompleks dengan kalsium dan endapan dari larutan. Konkresi yang dihasilkan memiliki konsistensi disebut batu pigmen coklat. Tidak seperti kolesterol atau pigmen hitam batu, yang membentuk hampir secara eksklusif di kandung empedu, batu pigmen coklat sering disebut *denovo* dalam saluran empedu.

Jika terdapat batu yang menyumbat duktus sistikus atau duktus biliaris komunis untuk sementara waktu, tekanan di duktus biliaris akan meningkat dan peningkatan kontraksi peristaltik di tempat

penyumbatan mengakibatkan nyeri visera di daerah epigastrium, mungkin dengan perjalanan ke punggung (Alessandra, 2022).

4. Manifestasi klinik

Secara umum, tanda dan gejala kolelitiasis dapat diuraikan sebagai berikut :

- a. Sebagian besar bersifat asimtomatik (tidak ada gejala apapun).
- b. Nyeri tekan pada abdomen kuadran kanan atas atau midepigastrik samar yang menjalar ke punggung atau region bahu kanan.
- c. Sebagian penderita merasakan nyeri bukan bersifat kolik melainkan persisten.
- d. Mual, muntah serta demam.
- e. Ikterus obstruksi pengaliran getah empedu kedalam duodenum akan menimbulkan gejala yang khas, yaitu : getah empedu yang tidak lagi dibawa kedalam duodenum akan diserap oleh darah dan penyerapan empedu ini membuat kulit dan membrane mukosa berwarna kuning. Keadaan ini sering disertai dengan gejala gatal – gatal pada kulit.
- f. Perubahan warna urine dan feses. Ekskresi pigmen empedu oleh ginjal akan membuat urine berwarna sangat gelap. Feses yang tidak lagi diwarnai oleh pigmen empedu akan tampak kelabu, dan biasanya pekat yang disebut "*clay-colored*".
- g. Defisiensi vitamin obstruksi aliran empedu juga akan mengganggu absorpsi vitamin A,D,E,K yang larut lemak, karena pasien dapat memperlihatkan gejala.
- h. Terjadi regurgitasi gas : sering flatus dan sendawa (Andriyan, 2019).

5. Test diagnostik

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

a. Radiologi

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

b. Radiografi : kolesistografi

Kolesistografi digunakan bila USG tidak tersedia atau bila hasil USG meragukan. Kolesistografi oral dapat dilakukan untuk mendeteksi batu empedu dan mengkaji kemampuan kandung empedu untuk melakukan pengisian, memekatkan isinya, berkontraksi serta mengosongkan isinya. Oral kolesistografi tidak digunakan bila pasien jaundice karena liver tidak dapat menghantarkan media kontras ke kandung empedu yang mengalami obstruksi.

c. Sonogram

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

d. Endoscopic Retrograde Colangiopancreatografi (ERCP)

Pemeriksaan ini memungkinkan visualisasi struktur secara langsung yang hanya dapat dilihat pada saat laparotomi. Pemeriksaan ini meliputi insersi endoskop serat optik yang fleksibel ke dalam esofagus hingga mencapai duodenum pars

desendens. Sebuah kanula dimasukan ke dalam duktus koleduktus serta duktus pankreatikus, kemudian bahan kontras disuntikan ke dalam duktus tersebut untuk menentukan keberadaan batu di ductus dan memungkinkan visualisassi serta evaluasi percabangan bilier.

- e. Pemeriksaan laboratorium yang terdiri dari : kenaikan serum kolesterol, kenaikan fosfolipid, penurunan ester kolesterol, kenaikan protrombin serum time, kenaikan bilirubin total, transaminase (normal < 0,4 mg/dl), penurunan urobilirubin, peningkatan sel darah putih: 12.000-15.000/iu (normal : 5000-10.000/iu), peningkatan serum amilase, bila pankreas terlibat atau bila ada batu di duktus utama (normal: 17 - 115 unit/100ml) (Zahara, 2022).

6. Penatalaksanaan Medik

Menurut Nabu (2019) penanganan kolelitiasis dibedakan menjadi dua yaitu penatalaksanaan non bedah dan bedah.

a. Penatalaksanaan non bedah

1) Penatalaksanaan pendukung dan diet

Kurang lebih 80% dari pasien inflamasi akut kandung empedu sembuh dengan istirahat, cairan infus, penghisapan nasogastrik, analgesik dan antibiotik. Intervensi bedah harus ditunda sampai gejala akut mereda dan evaluasi yang lengkap dapat dilaksanakan, kecuali jika kondisi pasien memburuk. Manajemen terapi yang bisa diberikan yaitu : diet rendah lemak, tinggi kalori, tinggi protein, pemasangan pipa lambung bila terjadi distensi perut, observasi keadaan umum dan pemeriksaan vital sign, dipasang infus program cairan elektrolit dan glukosa untuk mengatasi syok, pemberian antibiotik sistemik dan vitamin K (anti koagulopati).

2) Disolusi medis

Oral dissolution therapy adalah cara penghancuran batu dengan pemberian obat-obatan oral. Ursodeoxycholic acid lebih dipilih dalam pengobatan dari pada chenodeoxycholic karena efek samping yang lebih banyak pada penggunaan chenodeoxycholic seperti terjadinya diare, peningkatan aminotransfrase dan hiperkolesterolemia sedang. Pemberian obat-obatan ini dapat menghancurkan batu pada 60% pasien dengan kolelitiasis, terutama batu yang kecil. Angka kekambuhan mencapai lebih kurang 10%, terjadi dalam 3-5 tahun setelah terapi. Disolusi medis sebelumnya harus memenuhi kriteria terapi non operatif diantaranya batu kolesterol diameternya < 20 mm, batu kurang dari 4 batu, fungsi kandung empedu baik dan duktus sistik paten. Pada anak-anak terapi ini tidak dianjurkan, kecuali pada anak-anak dengan risiko tinggi untuk menjalani operasi.

3) Disolusi kontak

Terapi *contact dissolution* adalah suatu cara untuk menghancurkan batu kolesterol dengan memasukan suatu cairan pelarut ke dalam kandung empedu melalui kateter perkutaneus melalui hepar atau alternatif lain melalui kateter nasobilier. Larutan yang dipakai adalah methyl terbutyl eter. Larutan ini dimasukkan dengan suatu alat khusus ke dalam kandung empedu dan biasanya mampu menghancurkan batu kandung empedu dalam 24 jam. Kelemahan teknik ini hanya mampu digunakan untuk kasus dengan batu yang kolesterol yang radiolusen. Larutan yang digunakan dapat menyebabkan iritasi mukosa sedasi ringan dan adanya kekambuhan terbentuknya kembali batu kandung empedu.

4) Litotripsi gelombang elektrosyok (ESWL)

Prosedur non invasive ini menggunakan gelombang kejut berulang (*repeated shock wave*) yang diarahkan pada batu empedu didalam kandung empedu atau duktus koledokus dengan maksud memecah batu tersebut menjadi beberapa sejumlah fragmen.

5) Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP)

Pada ERCP suatu endoskop dimasukkan melalui mulut, kerongkongan, lambung dan ke dalam usus halus. Zat kontras radioopak masuk ke dalam saluran empedu melalui sebuah selang di dalam sfingterotomi. Pada sfingterotomi otot sfingter dibuka agak lebar sehingga batu empedu yang menyumbat saluran akan berpindah ke usus halus. ERCP dan sfingterotomi telah berhasil dilakukan pada 90% kasus. Kurang dari 4 dari setiap 1.000 penderita yang meninggal dan 3-7% mengalami komplikasi, sehingga prosedur ini lebih aman dibandingkan pembedahan perut. ERCP saja biasanya efektif dilakukan pada penderita batu saluran empedu yang lebih tua, yang kandung empedunya telah diangkat.

b. Penatalaksanaan bedah

1) Kolesistektomi terbuka

Operasi ini merupakan standar terbaik untuk penanganan pasien dengan kolelitiasis simtomatik. Komplikasi yang paling bermakna yang dapat terjadi adalah cedera duktus biliaris yang terjadi pada 0,2% pasien. Angka mortalitas yang dilaporkan untuk prosedur ini kurang dari 0,5%. Indikasi yang paling umum untuk kolesistektomi adalah kolik biliaris rekuren, diikuti oleh kolesistitis akut.

2) Kolesistektomi laparaskopi

Kolesistektomi laparoskopik mulai diperkenalkan pada tahun 1990 dan sekarang ini sekitar 90% kolesistektomi dilakukan secara laparoskopik. 80-90% batu empedu di Inggris dibuang dengan cara ini karena memperkecil resiko kematian dibanding operasi normal (0,1- 0,5% untuk operasi normal) dengan mengurangi komplikasi pada jantung dan paru. Kandung empedu diangkat melalui selang yang dimasukkan lewat sayatan kecil di dinding perut.

Indikasi awal hanya pasien dengan kolelitiasis simtomatik tanpa adanya kolesistitis akut. Karena semakin bertambahnya pengalaman, banyak ahli bedah mulai melakukan prosedur ini pada pasien dengan kolesistitis akut dan pasien dengan batu duktus koledokus. Secara teoritis keuntungan tindakan ini dibandingkan prosedur konvensional adalah dapat mengurangi perawatan di rumah sakit dan biaya yang dikeluarkan, pasien dapat cepat kembali bekerja, nyeri menurun dan perbaikan kosmetik. Masalah yang belum terpecahkan adalah keamanan dari prosedur ini, berhubungan dengan insiden komplikasi seperti cedera duktus biliaris yang mungkin dapat terjadi lebih sering selama kolesistektomi laparoskopik.

7. Komplikasi

Menurut Student et al., (2021) komplikasi batu empedu terdiri dari:

- a. Dalam kolelitiasis: gangguan apapun yang berkaitan dengan pembentukan batu empedu (kolangitis, kolesistitis, koledolitiasis, atau ilues batu empedu)
- b. Dalam kolesistitis: komplikasi kantung empedu (epiema, hidrops mukokel, atau gangren) : gangren bisa menyebabkan perforasi, pembentukan fistula, pankreatitis, empedu seperti air lemon dan kantung empedu porselen.

- c. Dalam koledolitiasis: kolangitis, sakit kuning obstruktif, pankreatitis, dan sirosis bilier sekunder.
- d. Dalam kolangitis : syok septik dan kematian.

B. Konsep Dasar Keperawatan Cholelithiasis

1. Pengkajian

a. Riwayat kesehatan sekarang

Data subjektif :

Nyeri pada perut kuadran kanan atas, mual, merasa lemah dan kelelahan sehingga sebagian aktivitas dibantu oleh keluarga.

Data objektif :

Mengalami peningkatan kadar bilirubin, peningkatan dan penurunan hematologi, usg abdomen : cholelithiasis, terjadi ikterus, mata cekung.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Data subjektif :

Klien pernah mengalami riwayat penyakit jantung dan maag.

Data objektif :

Klien tampak lemah.

c. Pola nutrisi dan metabolik

Data subjektif :

Mual, dan jika banyak makanan yang dikonsumsi pasien akan seperti ingin muntah.

Data objektif :

Hasil laboratorium SGOT dan SGPT mengalami peningkatan dan penurunan, mata cekung.

d. Pola eliminasi

Data subjektif :

BAB 1x sehari dan BAK 5-7 kali

Data objektif :

Urin berwarna pekat.

e. Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif :

Klien mengatakan lemas dan aktivitas pasien sebagian dibantu oleh keluarga.

Data objektif :

Tampak pasien berjalan bungkuk.

f. Pola tidur dan istirahat

Data subjektif :

Jumlah jam tidur pasien baik dan tidak mengalami gangguan.

g. Pola persepsi kognitif

Data subjektif :

Penglihatan klien masih baik tetapi pada saat membaca harus menggunakan kacamata.

Data objektif :

Tampak pasien mampu berorientasi dengan waktu, tempat hari dan tanggal.

h. Pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif :

Klien mengatakan ingin cepat sehat.

Data objektif :

Tampak postur tubuh klien bungkuk.

i. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data subjektif :

Klien bersama dengan keluarga.

Data objektif :

Tampak klien didampingi oleh keluarga.

j. Pola reproduksi dan seksualitas

Data subjektif :

Tidak ada masalah dengan organ reproduksinya.

Data objektif :

Tampak tidak ada perilaku menyimpang .

k. Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stress

Data subjektif :

Klien merasa khawatir terhadap penyakitnya.

Data objektif :

Tampak pasien murung.

l. Pola system nilai kepercayaan

Data subjektif :

Klien beribadah di rumah sakit.

Data objektif :

Tampak pasien sedang berdoa dan mendengarkan lagu rohani.

2. Diagnosis keperawatan

Menurut (Nabu, 2019) diagnosis keperawatan yang muncul pada kasus cholelithiasis adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) di buktikan dengan tampak meringis, gelisah, tekanan darah meningkat, nafsu makan berubah, bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri).
- b. Risiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan asites.
- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan di buktikan dengan berat badan menurun 10% dibawah rentang ideal, bising usus hiperaktif, membrane mukosa pucat, sariawan, otot pengunyah lemah, rambut rontok berlebih, diare.
- d. Nausea berhubungan dengan gangguan pankreas dibuktikan dengan mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan, pucat, sering menelan, saliva meningkat.
- e. Defisit pengetahuan tentang cholelithiasis berhubungan dengan kurang terpapar informasi di buktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi keliru terhadap masalah.

3. Luaran keperawatan dan intervensi keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)

Setelah dilakukan intervensi selama ... jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri cukup menurun
- 2) Meringis cukup menurun
- 3) Gelisah cukup menurun
- 4) Kesulitan tidur cukup menurun
- 5) Tekanan darah cukup menurun

Manajemen nyeri :

Observasi :

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional : nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus di gambarkan oleh klien untuk merencanakan penanganan yang efektif.

- 2) Identifikasi skala nyeri

Rasional : penelitian tentang kompetensi perawat dalam mengkaji nyeri dihubungkan dengan penggunaan skala ukur dan ditunjukkan dengan keefektifan kemampuan perawat adalah sangat signifikan

- 3) Identifikasi nyeri non verbal

Rasional : untuk mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul

- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional :

Teraupetik :

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : penggunaan upaya pereda nyeri non invasif dapat meningkatkan pelepasan endorfin

2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Rasional : lingkungan mempengaruhi kualitas nyeri, ciptakan lingkungan yang tenang untuk mengurangi peningkatan dan mampu menurunkan reaksi terhadap stimulus dari luar sehingga istirahat atau relaksasi dapat tercukupi.

Edukasi :

1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

Rasional : memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan klien dan keluarga.

2) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan bagi klien .

Kolaborasi :

1) Kolaborasi pemberian analgetik (ketorolac 1 ampul /8jam /IV
Rasional : untuk meredakan rasa nyeri

2) Kolaborasi pemberian cairan isotonis (mis: Nacl , RL)

Rasional : untuk mencukupi kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh

b. Risiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan asites

Setelah dilakukan intervensi selama ... jam keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Asupan cairan meningkat
- 2) Haluaran urin meningkat
- 3) Kelembapan membran mukosa meningkat
- 4) Asupan makanan meningkat
- 5) Asites menurun
- 6) Tekanan darah membaik
- 7) Membran mukosa membaik
- 8) Mata cekung membaik

Manajemen cairan :

Observasi :

- 1) Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah)

Rasional :

- 2) Monitor berat badan harian

Rasional : penimbang berat badan harian merupakan pemantauan status cairan terbaik.

- 3) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN)

Rasional :

- 4) Monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, PAP, PCWP jika tersedia)

Rasional :

Teraupetik :

- 1) Catat intake - output dan hitung balance cairan 24 jam

Rasional : untuk memberikan pembatasan cairan pada pasien jika terlalu berlebihan begitupun sebaliknya

- 2) Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan

Rasional : manajemen cairan biasanya untuk menghentikan dari semua sumber dan memperkirakan kehilangan cairan yang tidak diketahui.

- 3) Berikan cairan intravena jika perlu

Rasional :

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu

Rasional : untuk menambah kecepatan pembentukan urine

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Setelah dilakukan intervensi selama ... jam status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Berat badan membaik
- 2) Indeks massa tubuh atau IMT membaik

Manajemen nutrisi

Observasi :

- 1) Identifikasi status nutrisi
Rasional : informasi dasar untuk perencanaan awal dan validasi data untuk memenuhi kebutuhan nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
Rasional : untuk mencegah terjadinya alergi
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
Rasional : untuk meningkatkan nafsu makan dan meningkatkan status nutrisi
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
Rasional : untuk memberikan nutrisi yang tepat
- 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang *nasogatrik*
Rasional : membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi
- 6) Monitor asupan makanan
Rasional : untuk mengetahui kandungan nutrisi dan kalori yang dibutuhkan
- 7) Monitor berat badan
Rasional : untuk mengontrol penurunan atau peningkatan berat badan serta untuk mengetahui efektivitas terapi yang diberikan
- 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
Rasional : monitor status nutrisi

Teraupetik :

- 1) Lakukan *oral hygiene* sebelum makan, jika perlu

Rasioanl : mulut yang bersih dapat meningkatkan selera makan dan mencegah rasa mual

- 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)

Rasional : untuk memberikan informasi kebutuhan nutrisi yang diperlukan

- 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

Rasional : makanan kesukaan yang tersajikan dalam keadaan hangat akan meningkatkan keinginan untuk makan

- 4) Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi

Rasional : untuk membantu penyerapan nutrisi dan mencegah konstipasi

- 5) Berikan makanan yang tinggi kalori, dan tinggi protein

Rasional : protein berperan penting dalam pembentukan massa otot

- 6) Berikan suplemen makanan, jika perlu

Rasional : untuk meningkatkan nafsu makan

- 7) Hentikan pemberian makanan melalui selang *nasogatrik* jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi :

- 1) Anjurkan posisi duduk, jika mampu

Rasional : untuk mencerna makanan dengan baik dan mencegah terjadinya muntah

- 2) Ajarkan diet yang di programkan

Rasional : untuk meningkatkan informasi dan kebutuhan nutrisi terpenuhi

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik) jika perlu

Rasional : Pemberian antiemetik untuk mengurangi mual dan muntah dan makanan dapat ditoleransi lebih baik

- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis yang dibutuhkan, jika perlu

Rasional : Jumlah kalori dan nutrisi yang tepat dapat memenuhi kebutuhan tubuh akan nutrisi

d. Nausea berhubungan dengan gangguan pankreas

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama... jam tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan mual cukup menurun
- 2) Perasaan ingin muntah cukup menurun
- 3) Nafsu makan sedang

Manajemen mual

Observasi :

- 1) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan)

Rasional : mengidentifikasi pengaruh mual terhadap kualitas hidup pasien.

- 2) Monitor mual (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)

Rasional : mengetahui tingkat mual yang di alami pasien.

- 3) Monitor asupan nutrisi dan kalori

Rasional : menjaga nutrisi tetap terpenuhi dan mencegah terjadinya mual dan muntah yang berlanjut

Teraupetik :

- 1) Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual

Rasional : meminimalkan dampak yang mengakibatkan mual

- 2) Kurangi atau hilangkan penyebab mual (mis. kecemasan, ketakutan, kelelahan)

Rasional : mempertahankan saturasi oksigen pada pasien agar tetap stabil

3) Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik

Rasional : agar perlahan-lahan meningkatkan nafsu makan

Edukasi :

1) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup

Rasional : untuk membuat tubuh dapat berfungsi secara optimal

2) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual

Rasional : dapat membuat klien jadi lebih baik dan rileks.

Kolaborasi :

1) Kolaborasi pemberian omeprazole 1 flc /24 jam /IV

Rasional : untuk mengatasi asam lambung berlebih

2) Kolaborasi pemberian ondansetron 4mg /8jam /IV

Rasional : untuk mencegah serta mengobati mual dan muntah

e. Defisit pengetahuan tentang cholelithiasis berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :

1) Perilaku sesuai anjuran cukup meningkat

2) Perilaku sesuai dengan pengetahuan cukup meningkat

3) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi cukup menurun

Edukasi Kesehatan

Observasi :

1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : memberikan informasi ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam persiapan informasi.

Teraupetik :

1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional : agar lebih mudah dalam memahami

2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional : untuk mempersiapkan diri dalam menerima informasi terkait penyakit yang dialami

3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional : menghargai klien/pasien, dan keluarga

Edukasi :

1) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

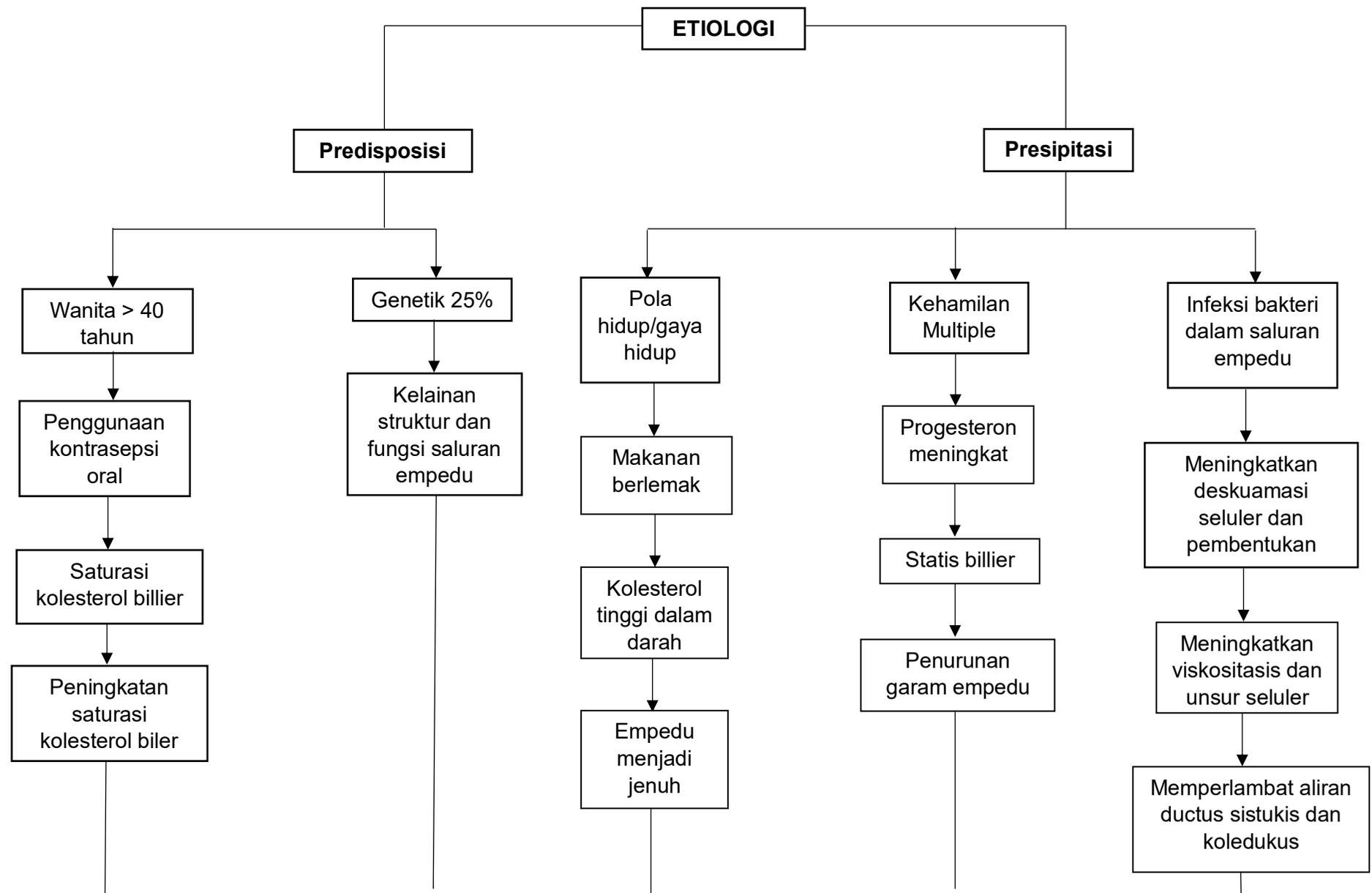
Rasional: untuk menciptakan keluarga yang sehat dan mampu meminimalisir masalah Kesehatan

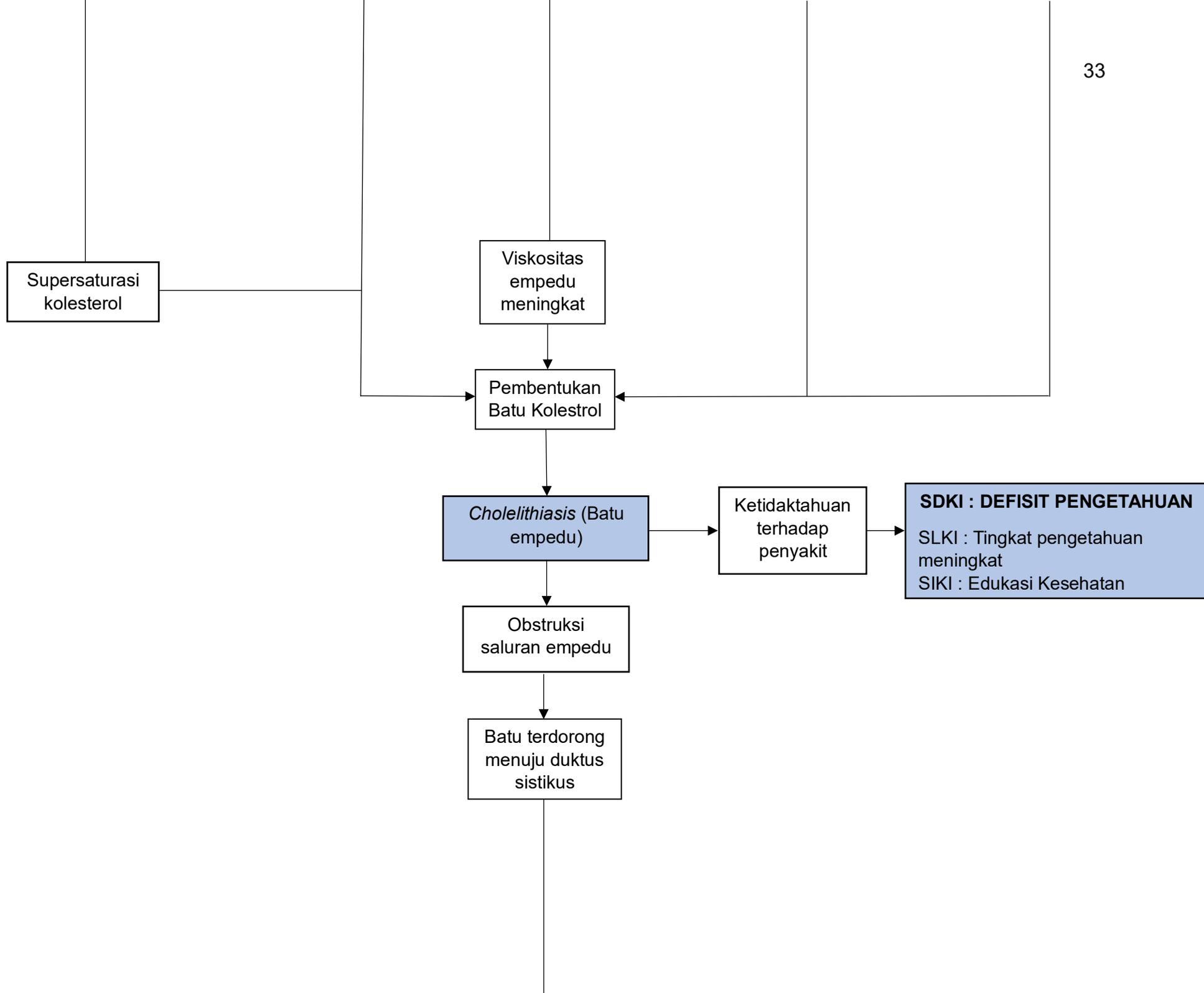
4. *Discharge planning*

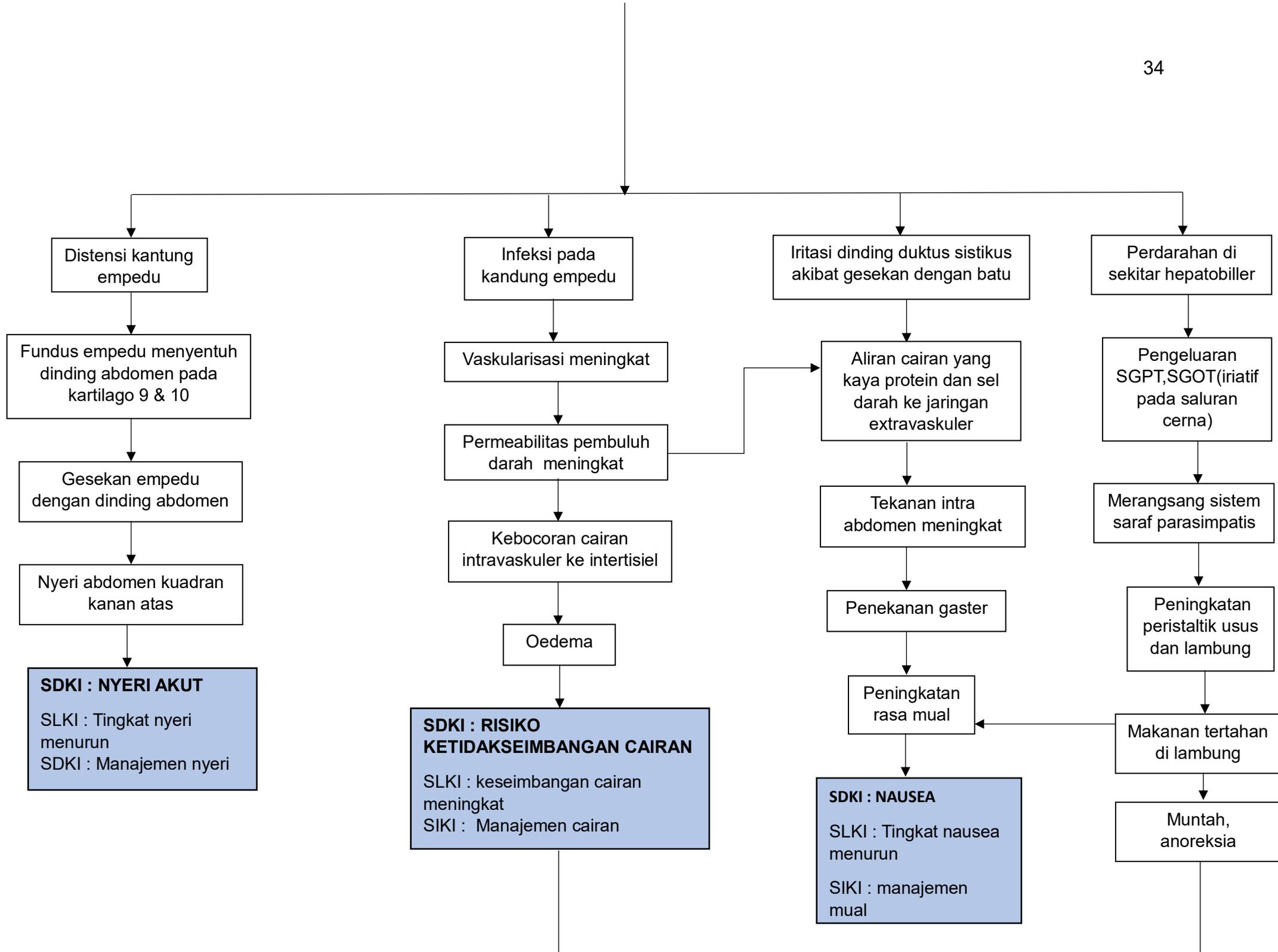
Menurut Fogel EL (2020) perencanaan pulang pada pasien cholelithiasis adalah :

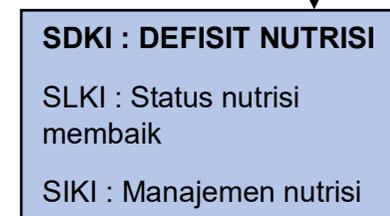
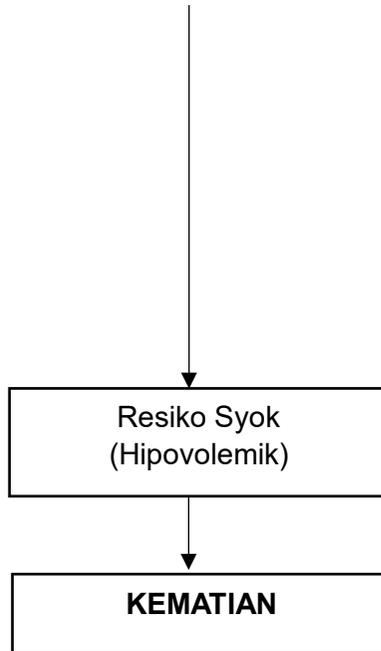
- 1) Melakukan perawatan diri seperti menjalani diet cair selama beberapa waktu untuk mengistirahatkan kandung empedu.
- 2) Saat mengonsumsi makanan usahakan menghindari makan makanan secara berlebihan.
- 3) Meminum obat acetaminophen (tylenol) untuk meredakan nyeri.
- 4) Meminum obat yang telah di berikan oleh rumah sakit seperti yang telah disampaikan atau yang diedukasikan .

C. Patoflowdiagram









BAB III

PENGAMATAN KASUS

A. Ilustrasi kasus

Pasien inisial Tn.R umur 71 tahun, jenis kelamin laki-laki, bekerja sebagai wirausaha, agama kristen protestan, alamat Jl. Pontiku, di rawat di ruangan Sta.Bernadeth II tanggal 01 Mei 2023 dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* dengan keluhan nyeri pada perut kanan atas (P : pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri dirasakan bertambah saat beraktivitas dan nyeri berkurang pada saat pasien berbaring/tidak melakukan aktivitas. Q: nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti terusuk-tusuk benda tajam. R : nyeri pada bagian perut kanan atas. S: Skala nyeri 7 (nyeri berat), T : nyeri berlangsung \pm 3-5 menit). Keluhan lain juga dirasakan seperti demam, lemas, nafsu makan menurun, mual dan merasa ingin muntah. Pengkajian dilakukan pada tanggal 03 Mei 2023, pemeriksaan fisik didapatkan TD: 150/80 mmHg, N: 78x/menit, P: 20x/menit, S: 36,3⁰ c. Hasil pemeriksaan laboratorium yaitu : WBC : 13.82 10^3 /uL, RBC : 4.60 10^6 /uL, HCT : 41.5 %, PDW : 13.1 fL, P-LCR : 28.4 %, NEUT# 12.04 10^3 /uL, NEUT% : 87.1 %, LYMPH% : 9.8 %, chloride : 99 mmol/L, SGOT : 465 U/L, SGPT : 218 U/L, bilirubin total : 7.80 mg/dL, bilirubin direk : 5.50 mg/dL, bilirubin indirek : 2.36 mg/dL. Pemeriksaan USG abdomen : *Cholelithiasis*. Pemeriksaan Thorax: *Broncopneumonia dextra* dan *efusi pleura inistra*. Pemeriksaan Echocardiografi 63%. Berdasarkan data yang diperoleh maka diagnosa keperawatan yang diangkat adalah nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (inflamasi), nausea b/d gangguan pankreas, defisit pengetahuan tentang penyakit cholelithiasis b/d kurang terpapar informasi. Selanjutnya uraian lengkap dipaparkan secara terperinci pada bab ini.

B. Pengkajian Keperawatan

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Paskalina & Pebriani NIM: NS2214901127 & NS2214901128

Unit : Sta. Bernadeth II Autoanamnese : √
Kamar: 519 (Bed 2) Alloanamnese :
Tanggal masuk RS : 01 Mei 2023
Tanggal pengkajian : 03 Mei 2023

1. Identifikasi

a. Pasien

Nama initial : Tn. R
Umur : 71 Tahun
Jenis kelamin : Laki-Laki
Status perkawinan : Menikah
Jumlah anak : 4 orang
Agama/ suku : Kristen Protestan/China
Warga negara : Indonesia
Bahasa yang digunakan : Indonesia/China
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Wirausaha
Alamat rumah : Jl. Pontiku Lr. 16 No. 3

b. Penanggung jawab

Nama : Ny. S
Umur : 60 Tahun
Alamat : Jl. Pontiku Lr. 16 No. 3
Hubungan dengan pasien : Suami

2. Data medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Dyspepsia + Muntah + Intake tidak adekuat

Saat pengkajian : Cholelithiasis

3. Keadaan umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit ringan/ sedang / berat / ~~tidak tampak sakit~~

Alasan: Tampak keadaan umum pasien lemah, pasien terpasang cairan infus RL 500 cc dengan jumlah tetesan 20 tpm, tampak pasien ikterik pada daerah wajah dan mata. Tampak aktivitas pasien sebagian dibantu oleh keluarga dan perawat.

b. Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif): Composmentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a. Respon motorik : 6

b. Respon bicara : 5

c. Respon membuka mata : 4

Jumlah: 15

Kesimpulan : Tampak pasien orientasi penuh

2) Tekanan darah : 150/80 mmHg

MAP : 103,33 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadai

3) Suhu : 36,6 °C di Oral Axilla Rectal

4) Pernapasan: 20x/menit

Irama : Teratur Bradipnea Takipnea KusmauCheynes-stokes Jenis : Dada Perut

5) Nadi : 75x/menit

Irama : Teratur Bradikardi Takikardi

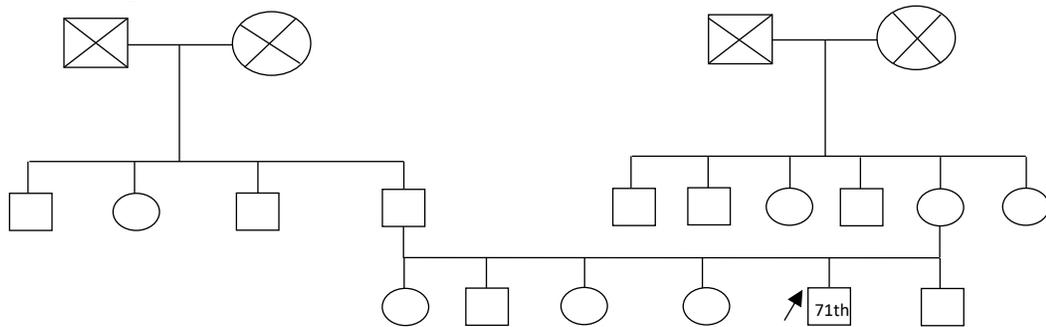
■ Kuat □ Lemah

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : Tidak dikaji
2. Tinggi badan : 158 cm
3. Berat badan : 65 kg
4. IMT (Indeks Massa Tubuh) : 26 kg

Kesimpulan : Tampak berat badan pasien kategori gemuk

d. Genogram



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊠ ⊡ : Meninggal
- ┌──┐ : Garis Keturunan
- ↗ : Pasien
- : Tinggal serumah

4. Pengkajian pola kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit:

Pasien mengatakan kesehatan adalah sesuatu hal yang sangat penting, bagaimana agar selalu tetap sehat sepanjang waktu.

Pasien mengatakan hanya sesekali menderita flu maupun demam, pasien jarang memeriksakan dirinya ke pelayanan kesehatan dan selalu bertanya-tanya tentang penyakitnya. Pasien seorang perokok tetapi untuk saat ini sudah berhenti, pasien sesekali mengonsumsi minuman beralkohol, Pasien mengatakan pasien tidak mengetahui tentang penyakit yang di deritanya namun sering mengonsumsi makanan yang berlemak seperti coto dan daging babi. Pasien mengatakan tinggal di lingkungan yang bersih dan tenang, pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan, pasien mengatakan melakukan check up kesehatan di rumah sakit terkait penyakit jantungnya.

2) Riwayat penyakit saat ini :

a) Keluhan utama : Nyeri pada perut kanan atas

b) Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan nyeri dirasakan sudah 2 hari (P : pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri dirasakan bertambah saat beraktivitas dan nyeri berkurang pada saat pasien berbaring/tidak melakukan aktivitas. Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti tusuk-tusuk benda tajam. R : pasien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan atas. S: Skala nyeri 7 (nyeri berat), T : pasien mengatakan nyeri berlangsung \pm 3-5 menit). Pasien mengatakan penyebab sakit saat ini adalah nyeri pada bagian perut kanan atas yang muncul secara tiba-tiba dan berlangsung selama 2 hari sebelum pasien masuk rumah sakit, pasien mengatakan setelah mengalami nyeri pasien juga mengalami demam, mual , kurang nafsu makan sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke IGD rumah sakit.

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan menderita penyakit jantung \pm 5 tahun, menderita maag \pm 3 tahun.

d) Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit dalam keluarga yaitu jantung .

Pemeriksaan fisik :

e) Kebersihan rambut : Tampak bersih.

f) Kulit kepala : Tampak bersih.

g) Kebersihan kulit : Tampak bersih dan tampak ikterik

h) Higiene rongga mulut : Tampak bersih.

i) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji.

j) Kebersihan anus : Tidak dikaji.

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x sehari namun hanya sedikit, makanan yang dimakan seperti nasi, sayur, sup ikan, makanan yang berkuah-kuah, coto, daging babi. Pasien mengatakan sangat menyukai makanan berlemak, sup ikan bercampur dengan nasi, jumlah air minum yang dikonsumsi \pm 5 gelas perhari (gelas royalex). Pasien mengatakan setiap pagi mengonsumsi teh manis dan kue.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien makan 3x dalam sehari (bubur), tetapi ia hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi yang disediakan rumah sakit, pasien mengatakan nafsu makan berkurang dikarenakan jika banyak makanan yang dikonsumsi pasien merasa mual dan rasa seperti ingin muntah, pasien mengatakan minum air putih \pm 1,5 liter/hari, pasien juga mengatakan mengonsumsi

makanan ringan seperti biscuit (hatari, roma kelapa) mengonsumsi kue basah (panada) pasien juga minum teh kotak. Tetapi pasien tidak mengalami penurunan berat badan.

Observasi :

Pasien mengatakan dari jam 06:00 pagi – sekarang makanan yang dikonsumsi bubur tetapi yang dihabiskan hanya setengah porsi, air putih ± 1000 ml, biscuit dan kue basah.

3) Pemeriksaan fisik :

- a) Keadaan rambut : Tampak rambut beruban, kulit kepala bersih, tidak terdapat lesi.
- b) Hidrasi kulit : Finger print < 3 detik.
- c) Palpebra/conjungtiva : Tampak tidak edema/tidak anemis.
- d) Sclera : Tampak ikterik
- e) Hidung :Tampak septum hidung ada di tengah, tidak terdapat polip, tidak terdapat secret.
- f) Rongga mulut : Tampak tidak ada sariawan, stomatitis dan mulut tidak berbau.
- g) gusi : Tampak tidak ada peradangan
- h) Gigi : Tampak karang gigi, terdapat gigi yang tanggal.
- i) Gigi palsu : Tampak tidak menggunakan gigi palsu.
- j) Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien mampu mengunyah dengan keras .
- k) Lidah : Tampak lidah bersih.
- l) Pharing : Tampak tidak ada peradangan.
- m) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran.
- n) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
- o) Abdomen :
 - Inspeksi : Tampak abdomen membuncit/membusung.
 - Auskultasi : Terdengar bunyi peristaltik 18x/menit.

- Palpasi : Teraba adanya nyeri tekan pada abdomen kuadran kanan atas.
- Perkusi : Terdengar bunyi tympani di semua kuadran.

p) Kulit :

- Edema : Positif Negatif
- Icteric : Positif Negatif
- Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada tanda-tanda peradangan.

q) Lesi : Tampak tidak ada lesi pada kulit.

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi BAB normal (1x dalam sehari) konsistensi padat, berwarna abu-abu, sedangkan frekuensi BAK 5-7 kali perhari, berwarna kuning jernih.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak pasien belum BAB, frekuensi BAB normal (1x dalam sehari) konsistensi padat, berwarna abu-abu, BAK hari ini 3 kali berwarna kuning pekat.

3) Observasi :

Pasien mengatakan urin berwarna kuning pekat.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Peristaltik usus : 18x/menit

b) Palpasi kandung kemih : Penuh Kosongc) Nyeri ketuk ginjal : Positif Negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji.

e) Anus :

- Peradangan : Tampak tidak ada peradangan.
- Hemoroid : Tampak tidak ada hemoroid.
- Fistula : Tampak tidak ada fistula.

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit aktivitas sehari-hari yang dilakukan dirumah yaitu menjaga kios karena pasien penjual gas, pasien mengatakan jarang berolahraga. Kegiatan yang dilakukan di waktu senggang yaitu kumpul bersama anak dan istri sambil mengobrol dan nonton TV bersama.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mengalami keluhan pada pernapasan maupun nyeri dada, tetapi pasien mengeluh nyeri pada perut kanan atas yang biasanya hilang timbul sehingga pasien hanya terbaring di tempat tidur dan sesekali duduk di kursi, pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi :

Tampak postur tubuh pasien sedikit membungkuk.

a) Aktivitas harian :

- Makan : 2
- Mandi : 0
- Pakaian : 0
- Kerapihan : 2
- Buang air besar : 0
- Buang air kecil : 0
- Mobilisasi di tempat tidur : 0

0 : mandiri 1 : bantuan dengan alat 2 : bantuan orang 3 : bantuan alat dan orang 4 : bantuan penuh
--

b) Postur tubuh : Tampak bungkuk.

c) Gaya jalan : Tampak normal.

d) Anggota gerak yang cacat : Tampak tidak ada yang cacat.

e) Fiksasi : Tampak tidak ada fiksasi.

f) Tracheostomi : Tampak tidak ada tracheostomi.

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

 Berbaring : 150/80 mmHg.

 Duduk : Tidak dikaji.

 Berdiri : Tidak dikaji.

 Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : Positif Negatif

b) HR : 75 x/menit

c) Kulit :

 Keringat dingin : Tampak tidak ada.

 Basah : Tampak tidak ada.

d) JVP : 5-2 cmH₂O

 Kesimpulan : Nilai JVP normal.

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Normal.

f) Thorax dan pernapasan

▪ Inspeksi:

 Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan.

 Retraksi interkostal : Tampak tidak ada.

 Sianosis : Tampak tidak ada

▪ Palpasi :

 Vocal premitus: Teraba getaran sama kiri kanan.

 Krepitasi : Tampak tidak ada.

▪ Perkusi :

Sonor Redup Pekak

 Lokasi : Di semua lapang paru.

▪ Auskultasi :

 Suara napas : Vesicular.

 Suara ucapan : Terdengar di semua lapang paru.

 Suara tambahan : Tidak ada.

g) Jantung

▪ Inspeksi :

Ictus cordis : Tampak pada ICS V.

▪ Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS V Mid Clavicularis Sinistra

▪ Perkusi :

Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra.

Batas bawah jantung: ICS V midclavicularis dextra.

Batas kanan jantung : ICS III linea sternalis dextra.

Batas kiri jantung : ICS IV axilaris anterior sinistra

Bunyi jantung II A : Tunggal

Bunyi jantung II P : Tunggal

Bunyi jantung I T : Tunggal

Bunyi jantung I M : Tunggal

Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada.

Murmur : Tidak tersengar suara murmur

Bruit : Aorta : Tidak ada.

A. Renalis : Tidak ada.

A. Femoralis : Tidak ada.

h) Lengan dan tungkai

▪ Atrofi otot : Positif Negatif

▪ Rentang gerak : Tampak normal.

▪ Kaku sendi : Tampak tidak ada.

▪ Nyeri sendi : Tampak tidak ada.

▪ Fraktur : Tampak tidak ada.

▪ Parese : Tampak tidak ada.

▪ Paralisis : Tampak tidak ada.

- Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5: kekuatan penuh

Nilai 4: kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3: mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2: mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1: tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi : Normal.
- Refleks patologi : Normal.

Babinski,Kiri : Positif Negatif

Kanan :Positif Negatif

- Clubing jari-jari : Tampak tidak ada.
- Varises tungkai : Tampak tidak ada.

i) Columna vetebralis:

- Inspeksi : Lordosis Kiposi Skoliosis
- Palpasi : Normal.

Kaku kuduk : Tampak tidak ada.

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak ada gangguan saat tidur.

Pasien mengatakan tidur malam \pm 8 jam dari pukul 21.00 – 05.00

WITA. Pasien jarang tidur siang. Pasien lebih suka tidur dalam keadaan lampu dimatikan. Pasien juga tidak pernah mengonsumsi obat tidur.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien susah tidur, sering terbangun karena nyeri dan sakit kepala, pasien tidur malam \pm 6 jam dari jam 22.00 – 05.30 WITA dan tidur siang \pm 2 jam 12.00 – 14.00 WITA.

Observasi :

Tampak pasien banyak menguap pada saat di kaji

Ekspresi wajah mengantuk: Positif Negatif

Banyak menguap : Positif Negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : Positif Negatif

f. Pola persepsi kognitif

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien mampu mendengar dengan baik, mampu melihat dengan baik, tetapi pada saat membaca pasien harus menggunakan kacamata, untuk aktivitas lainnya pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan. pasien mengatakan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit penglihatan baik tetapi pada saat membaca harus menggunakan kaca mata, dan untuk aktivitas lainnya pasien tidak perlu menggunakan alat bantu penglihatan kacamata. Pasien tampak mampu untuk berorientasi waktu, tempat, hari dan tanggal.

3) Observasi :

Pasien mampu membaca papan nama perawat pada jarak \pm 30 cm dengan menggunakan alat bantu penglihatan (kaca mata), pasien

mampu berorientasi waktu, tempat, hari dan tanggal. Tampak pasien saat berjalan sikap tubuh membungkuk sambil memengangi tiang infus sebagai penopang.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

- Kornea : Tampak bersih
- Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan
- Lensa mata : Tidak tampak jernih
- Tekanan intra okuler (TIO) : Teraba kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : Tampak simetris kiri dan kanan
- Kanalis : Tampak bersih dan tidak ada serumen
- Membran timpani : Tampak utuh dan ada cahaya

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai

Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai.

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien sebagai kepala keluarga yang memiliki istri dan 4 orang anak. Pekerjaan sehari-hari menjual gas. Pasien mengatakan merasa puas dengan dirinya. Pasien mengatakan jika pasien merasa putus asa terhadap suatu hal maka pasien bertukar pikiran bersama dengan anak dan istrinya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien ingin segera cepat sembuh dari penyakitnya agar bisa melakukan aktivitasnya seperti biasa, serta dapat berkumpul bersama keluarganya.

3) Observasi :

Tampak postur tubuh pasien membungkuk.

- a) Kontak mata : Tampak fokus
- b) Rentang perhatian : Tampak fokus
- c) Suara dan cara bicara : Jelas
- d) Postur tubuh : Tampak bungkuk

4) Pemeriksaan fisik :

- a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak terdapat kelainan
- b) Bentuk/postur tubuh : Tampak bungkuk
- c) Kulit : Tampak bersih dan tidak ada lesi

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien sebagai kepala keluarga, tinggal bersama istri dan anak keempatnya, hubungan pasien dengan istri dan anaknya baik dan harmonis serta hubungan dengan tetangga juga baik.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien selalu di temani oleh saudara ipar, anak serta istrinya. Pasien juga mengatakan sering dikunjungi oleh kerabat dan tetangga.

3) Observasi :

Tampak keluarga menemani pasien serta di kunjungi oleh kerabat dan tetangga.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien adalah seorang laki-laki dan memiliki 4 orang anak, anak pertama kedua ketiga sudah menikah dan yang anak terakhir belum menikah masih duduk di

bangku sekolah SMA. Pasien mampu untuk merawat dan mendampingi istri, anak, serta cucu-cucunya. Pasien mengatakan tidak ada masalah mengenai alat-alat reproduksinya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada masalah dengan organ reproduksinya.

3) Observasi :

Tampak tidak ada masalah dengan organ reproduksi pasien.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya selalu banyak pikiran dan khawatir tentang kondisi kesehatannya. Pasien mengatakan bila ada masalah ia selalu menceritakan kepada istrinya agar mereka bisa mengambil solusi bersama-sama. Jika pasien banyak pikiran, pasien akan mengalihkan pikirannya dengan melakukan pekerjaan yang bisa ia lakukan sehari-hari.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien selalu merasa khawatir tentang kondisi kesehatannya. Pasien merasa panik mengenai penyakitnya. Pasien selalu bertanya-tanya mengapa sampai sekarang belum dilakukan tindakan operasi.

3) Observasi :

Tampak pasien murung.

k. Pola sistem nilai kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien mengatakan beragama kristen dan selalu pergi ke gereja setiap hari minggu untuk beribadah, pasien selalu mengikuti ibadah rukun yang dilakukan setiap minggu.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien belum sempat beribadah di gereja karena kondisi kesehatannya yang kurang baik, tetapi pasien selalu berdoa di rumah sakit.

3) Observasi

Tampak pasien sedang berdoa dan mendengarkan lagu rohani.

5. Uji saraf kranial

a. Nervus I : Olfactorius

Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih yang diberikan perawat.

b. Nervus II : Optikus

Pasien mampu membaca tulisan dengan jarak ± 30 cm.

c. Nervus III, IV, VI : Oculomotorius, Trochlearis, Abducens

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah dan pupil isokor kiri dan kanan.

d. Nervus V : Trigeminus

Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan kapas pada wajahnya dengan mata tertutup.

Motorik : Pasien mampu menggit.

e. Nervus VII : Fascialis

Sensorik : Pasien mampu merasakan asin dan manis.

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis dan tersenyum.

f. Nervus VIII : Vestibulo-acusticus

Vestibularis : Tidak di kaji

Auskustikus : Pasien dapat mendengar gesekan jari tangan perawat pada kedua telinganya.

g. Nervus IX : Glossopharyngeus

Tampak ovula berada di tengah.

h. Nervus X : Vagus

Tampak pasien mampu menelan.

i. Nervus XI : Accessorius

Tampak pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan.

j. Nervus XII : Hypoglossus

Tampak pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

6. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan USG Abdomen: Tanggal 02 Mei 2023

Kesan: Cholelithiasis

b. Pemeriksaan Thorax: Tanggal 03 Mei 2023

Kesan: Bronchopneumonia dextra, efusi pleura sinistra

c. Pemeriksaan Echocardiography 03 Mei 2023

EF: 63%

d. Pemeriksaan Laboratorium (Hematologi): Tanggal 01 Mei 2023

Tabel 31 hasil pemeriksaan darah lengkap

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	13.82 +	[10 ³ /uL]	(4.60 – 10.20)
RBC	4.60 -	[10 ⁶ /uL]	(4.70 – 6.10)
HGB	14.2	[g/dL]	(14.1 – 18.1)
HCT	41.5 -	[%]	(43.5 - 53.7)
MCV	90.2	[fL]	(80.0 – 97.0)
MCH	30.9	[p/g]	(27.0 – 31.2)
MCHC	34.2	[g/dL]	(31.8 – 35.4)
PLT	184	[10 ³ /uL]	(150 - 450)
RDW-SD	41.4	[fL]	(37.0 – 54.0)
RDW-CV	12.4	[%]	(11.5 – 14.5)

PDW	13.1 +	[fL]	(9.0 – 13.0)
MPV	10.4	[fL]	(7.2 – 11.1)
P-LCR	28.4 +	[%]	(15.0 – 25.0)
PCT	0.19	[%]	(0.17 – 0.35)
NEUT#	12.04 +	[10 ³ /uL]	(1.50 – 7.00)
LYMPH#	1.35	[10 ³ /uL]	(1.00 – 3.70)
MONO#	0.35	[10 ³ /uL]	(0.00 – 0.70)
EO#	0.05	[10 ³ /uL]	(0.00 – 0.40)
BASO#	0.03	[10 ³ /uL]	(0.00 – 0.10)
IG#	0.12	[10 ³ /uL]	(0.00 – 7.00)
NEUT%	87.1 +	[%]	(37.0 – 80.0)
LYMPH%	9.8 -	[%]	(10.0 – 50.0)
MONO%	2.5	[%]	(0.0 – 14.0)
EO%	0.4	[%]	(0.0 – 1.0)
BASO%	0.2	[%]	(0.0 – 1.0)
IG%	0.9	[%]	(0.0 – 72.0)

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
SGOT	465	< 38	U/L
SGPT	218	< 41	U/L
UREUM	23.2	10 – 50	mg/gL
CREATININE	0.96	< 1.4	mg/dL
GLU SEWAKTU	160	< 160	mg/dL

e. Pemeriksaan kadar bilirubin : Tanggal 03 Mei 2023

Tabel 3.2 hasil pemeriksaan bilirubin

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
BILIRUBIN TOTAL	7.80	< 1.1	mg/dL
BILIRUBIN DIREK	5.50	< 0.3	mg/dL
BILIRUDIN INDIREK	2.36	0.1 - 1	mg/dL

f. Pemeriksaan al hemostatis : Tanggal 03 Mei 2023

Tabel 3.3 hasil pemeriksaan al hemostatis

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
BT/ WAKTU PENDARAHAN	2	1-6	menit
CT/WKTU PEMEBEKUAN	12	9-15	menit

Spesimen : -

Catatan : -

IMUNO-SEROLOGI

Tabel 3.4 hasil pemeriksaan imuno-serologi

HbsAg	Negatif	Negatif	Negatif
-------	---------	---------	---------

g. Pemeriksaan kimia darah : Tanggal 1 Mei 2023

Tabel 3.5 hasil pemeriksaan kimia darah

Test	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
NATRIUM	137	136-145	mmol/L N
KALIUM	3.9	3,4-4.5	mmol/L N
CHLORIDA	99	100-108	mmol/L L

B. Identifikasi Masalah

Nama/umur : Tn. R/71 tahun

Ruang/kamar : Bernadeth II/519²

Tabel 3.6 identifikasi Masalah

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri dirasakan sudah 2 hari pada bagian perut kanan atas b. Pengkajian nyeri (PQRST): <ul style="list-style-type: none"> P: Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri memburuk pada saat pasien mobilisasi atau menekan area yang nyeri Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri di bagian perut kanan atas. S: Skala nyeri 7 T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul ± 3-5 menit <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak keadaan umum pasien lemah b. Tampak Pasien meringis c. Hasil USG: Cholelithiasis d. TTV: <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah : 150/80 mmHg 	<p>Agen pencedera fisiologis (inflamasi)</p>	<p>Nyeri akut</p>

	<p>Nadi : 75x/menit</p> <p>Pernapasan : 20x/menit</p> <p>Suhu : 36,6°C</p> <p>SpO2 : 99%</p> <p>e. Terapi obat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketorolac 1amp/8jam/IV <p>f. Pemeriksaan penunjang : (pemeriksaan kadar bilirubin : bilirubin total 7,80 mg/dL, bilirubin direk 5,50 mg/dL dan bilirubin indirek 2,36 mg/dL)</p>		
2.	<p>Data subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan merasa mual, apabila mengonsumsi makanan yang terlalu banyak dan bisa menyebabkan perasaan ingin muntah</p> <p>b. Pasien mengatakan makan 3x sehari (bubur), namun pasien hanya mampu menghabiskan ½ porsi makanan yang telah disediakan oleh rumah sakit</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Tampak keadaan umum pasien lemah</p> <p>b. Tampak pasien menghabiskan ½ makanan yang disediakan rumah sakit (bubur)</p> <p>c. Hasil USG: Cholelithiasis</p> <p>d. TTV:</p> <p>Tekanan darah: 150/80 mmHg</p> <p>Nadi: 75 x/menit</p> <p>Suhu: 36,6 °C</p> <p>Pernapasan: 20 x/menit</p> <p>e. Terapi obat :</p>	Gangguan pankreas	Nausea

	<ul style="list-style-type: none"> - Omeprazole 1flc /24jam /IV - Ondansentron 4mg /8jam /IV <p>f. Pemeriksaan penunjang : (SGOT : 465 U/L, SGPT : 218 U/L)</p>		
3.	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien jarang memeriksakan dirinya ke pelayanan kesehatan dan selalu bertanya-tanya tentang penyakitnya b. Pasien mengatakan pasien sering mengonsumsi makanan yang berlemak c. Pasien mengatakan ia tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak pasien tidak paham tentang masalah kesehatan yang dideritanya b. Tampak pasien sering bertanya mengenai makanan yang bisa di konsumsi 	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan tentang penyakit kolelitiasis

C. Diagnosa keperawatan

Nama/ Umur : Tn. R/71 Tahun

Ruang/ Kamar: Bernadeth II /519²

Tabel 3. 7 diagnosis Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) (D.0077)
2.	Nausea b.d gangguan pankreas (D.0076)
3.	Defisit pengetahuan tentang penyakit kolelitiasis (D.0111)

D. Rencana keperawatan

Nama/ umur : Tn. R/71 Tahun

Ruang/ kamar : Bernadeth II/519²

tabel 3.8 intervensi keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Hasil Yang Diharapkan (SLKI)	Rencana Tindakan (SIKI)
			Meliputi: Tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi
02 Mei 2023	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) d.d tampak meringis, mengeluh nyeri, gelisah, tekanan darah meningkat, sulit tidur (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil: 1) Keluhan nyeri cukup menurun (4) 2) Meringis cukup menurun (4) 3) Gelisah cukup menurun (4) 4) Kesulitan tidur menurun (4) 5) Tekanan darah cukup membaik (4)	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat, memperingan nyeri Terapeutik: 1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

	<p>Nausea b.d gangguan pankreas d.d mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berniat makan (D.0076)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat nausea menurun (L.08065) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan mual cukup menurun (4) 2) Perasaan ingin muntah cukup menurun (4) 3) Napsu makan sedang (3) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik <p>Manajemen Mual (I.03117)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (napsu makan) 2. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 3. Monitor asupan nutrisi dan kalori <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) 3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual
--	--	---	--

	<p>Defisit pengetahuan tentang penyakit kolelitiasis b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang di hadapi, menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran (D.0111)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x2 4jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat (L.12111) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran cukup meningkat (4) 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan cukup meningkat (4) 3. Pertanyaan tentang masalah yang di hadapi cukup menurun (4) 	<p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu <p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	---	---	--

E. Pelaksanaan keperawatan

Nama/ Umur : Tn. R/71 tahun

Ruang/ Kamar: Bernadeth II/519²

Tabel 3.9 pelaksanaan keperawatan

Tgl	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
03/05/23	I	07.15	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. H/: PQRST: P : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri bertambah saat melakukan mobilisasi dan berkurang saat pasien bersitirahat Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas S : Skala nyeri 7 (nyeri berat) T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul \pm 3-5 menit	Pebriani
	I,II,III	07.20	Mengobservasi tanda-tanda vital: H/: TD: 150/80 mmHg N: 75 x/menit S: 36,6 ^o C P: 20 x/menit	Pebriani
	I	07.25	Mengidentifikasi nyeri non verbal. H/: Tampak wajah pasien meringis sambil menunjukkan daerah nyeri serta mengusapnya.	Pebriani
	I	07.25	Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri H/: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika suhu ruangan dingin, tampak nyeri belum berkurang	Pebriani

	I	07.30	Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (napas dalam) H/: Pasien mampu dan paham terkait penggunaan teknik napas dalam ketika pasien merasa nyeri	Pebriani
	I	08.00	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. (teknik relaksasi napas dalam) H/: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mempraktekkan teknik yang diajarkan oleh perawat. - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam - Tampak pasien masih merasa nyeri 	Pebriani
	I	08.20	Kolaborasi pemberian analgesik H/: Ketorolac 1amp/8jam/IV	Pebriani
	II	08.36	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (napsu makan) H/: Tampak napsu makan pasien menurun karena ia merasa mual dan ingin muntah	Pebriani
	II	09.30	Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) H/: Tampak pasien merasa mual durasi 5 detik	Pebriani
	II	09.46	Monitor asupan nutrisi dan kalori H/: Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanannya	Pebriani
	II	10.25	Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (kecemasan) H/: Memberikan dukungan kepada pasien	Pebriani

	II	10.30	Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik H/: - Perawat menjelaskan kepada keluarga untuk memberikan pasien biskuit atau makanan kesukaan pasien. - Tampak pasien mengonsumsi hatari dan roma kelapa	Pebriani
	II	11.40	Menganjurkan perbanyak istirahat H/: Tampak perawat mengedukasi kepada pasien untuk perbanyak istirahat	Pebriani
	II	12.00	Kolaborasi pemberian antiemetik H/: Ondansentron 4mg/8jam/IV Omeprazole 1flc/24jam/IV	Pebriani
	III	12.26	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi H/: Tampak pasien tidak mengetahui informasi tentang penyakitnya dan pasien tidak mampu mengingat informasi dalam jangka waktu yang lama	Pebriani
	III	12.30	Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan H/: Tampak perawat menyiapkan leaflet tentang <i>cholelitis</i> dan EBP tentang penurunan nyeri	Pebriani
	III	12.45	Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan H/: Kontrak waktu dengan pasien jam 10.00 WITA tanggal 04 Mei 2023	Pebriani
	I	14.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. H/: PQRST: P : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri bertambah	Paskalina

			<p>saat melakukan mobilisasi dan berkurang saat pasien bersitirahat</p> <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas</p> <p>S : Skala nyeri 7 (nyeri berat)</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul \pm3-5 menit</p>	
	I	14.29	<p>Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>H/: Pasien mengatakan skala nyeri 7</p>	Paskalina
	I	14.40	<p>Mengidentifikasi nyeri non verbal.</p> <p>H/: Tampak wajah pasien meringis sambil menunjukkan daerah nyeri serta mengusapnya.</p>	Paskalina
	I,II,III	15.00	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital:</p> <p>H/: TD: 145/84 mmHg</p> <p>N: 76 x/menit</p> <p>S: 36,3^oC</p> <p>P: 20 x/menit</p>	Paskalina
	I	15.14	<p>Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>H/: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika suhu ruangan dingin, tampak nyeri belum berkurang</p>	Paskalina
	I	15.28	<p>Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. (Teknik relaksasi napas dalam)</p> <p>H/:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam - Tampak pasien masih merasa nyeri 	Paskalina
	II	15.36	<p>Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (napsu makan)</p>	Paskalina

			H/: Tampak napsu makan pasien menurun karena ia merasa mual dan ingin muntah	
	II	15.45	Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) H/: Tampak pasien merasa mual durasi 5 detik	Paskalina
	II	16.00	Monitor asupan nutrisi dan kalori H/: Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanannya	Paskalina
	II	16.02	Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (kecemasan) H/: Memberikan dukungan kepada pasien	Paskalina
	II	18.00	Melakukan pemberian terapi obat: H/: UDCA 2x1/oral Hyobine 10mg/3x1/oral Curcuma 3x1/oral	Paskalina
	II	19.00	Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik H/: - Perawat menjelaskan kembali kepada keluarga untuk memberikan pasien biskuit atau makanan kesukaan pasien. - Tampak pasien mengonsumsi roma kelapa	Paskalina
	III	19.22	Jadwalkan kembali pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan H/: Kontrak waktu dengan pasien jam 10.00 WITA tanggal 04 Mei 2023	Paskalina
	II	19.25	Kolaborasi pemberian antiemetik H/: Ondansentron 4mg/8jam/IV Omeprazole 1flc/24jam/IV	Paskalina
	I,II,III	21.15	Mengobservasi tanda-tanda vital:	Paskalina

04/05/2023	I	07.00	<p>H/: TD: 130/79 mmHg N: 86 x/menit S: 36,1°C P: 20 x/menit</p> <p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. H/: PQRST: P : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri bertambah saat melakukan mobilisasi dan berkurang saat pasien bersitirahat Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas S : Skala nyeri 6 (nyeri sedang) T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul \pm3-5 menit</p>	Pebriani
	I,II,III	07.20	<p>Mengobservasi tanda-tanda vital: H/: TD: 147/90 mmHg N: 102 x/menit S: 36,2°C P: 20 x/menit</p>	Pebriani
	I	07.25	<p>Mengidentifikasi nyeri non verbal. H/: Tampak wajah pasien meringis sambil menunjukkan daerah nyeri serta mengusapnya.</p>	Pebriani
	I	07.28	<p>Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri H/: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika suhu ruangan dingin, tampak nyeri belum berkurang</p>	Pebriani
	I	07.30	<p>Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (napas dalam) H/: Pasien mampu dan paham terkait penggunaan teknik napas</p>	Pebriani

	I	08.00	dalam ketika pasien merasa nyeri Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. (Teknik relaksasi napas dalam) H/: Tampak pasien masih merasa nyeri	Pebriani
	I	08.20	Kolaborasi pemberian analgesik H/: Ketorolac 1amp/8jam/IV	Pebriani
	II	08.36	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (napsu makan) H/: Tampak napsu makan pasien menurun karena ia merasa mual dan ingin muntah	Pebriani
	II	09.30	Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) H/: Tampak pasien merasa mual durasi 5 detik	Pebriani
	II	09.46	Monitor asupan nutrisi dan kalori H/: Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanannya kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (kecemasan) H/: Memberikan dukungan kepada pasien	Pebriani
	II	10.25	Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik H/: - Perawat menjelaskan kepada keluarga untuk memberikan pasien biskuit atau makanan kesukaan pasien. - Tampak pasien mengonsumsi hatari	Pebriani
	III	10.30	Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga terkait penyakit yang dialami pasien H/:	Pebriani & Paskalina

			<ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien dan keluarga mendapatkan leaflet yang diberikan oleh perawat - Tampak pasien dan keluarga mengerti apa yang di jelaskan oleh perawat - Pasien memberikan sanggahan atau pertanyaan, makanan atau minuman apa yang bisa di konsumsi pasien 	
	II	11.40	Menganjurkan perbanyak istirahat H/: Tampak perawat mengedukasi kepada pasien untuk perbanyak istirahat	Pebriani
	II	12.00	Kolaborasi pemberian antiemetik H/: Ondansentron 4mg/8jam/IV Omeprazole 1flc/24jam/IV	Pebriani
	I	14.13	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. H/: PQRST: P : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri bertambah saat melakukan mobilisasi dan berkurang saat pasien bersitirahat Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas S : Skala nyeri 5 (nyeri sedang) T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul \pm 3-5 menit	Paskalina
	I	14.29	Mengidentifikasi skala nyeri H/: Pasien mengatakan skala nyeri 5	Paskalina
	I	14.40	Mengidentifikasi nyeri non verbal. H/: Tampak wajah pasien meringis sambil menunjukkan daerah nyeri serta mengusapnya.	Paskalina

	I,II,III	15.00	Mengobservasi tanda-tanda vital: H/: TD: 136/79 mmHg N: 100 x/menit S: 36,2°C P: 20 x/menit	Paskalina
	I	15.14	Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri H/: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika suhu ruangan dingin, mulai berkurang	Paskalina
	I	15.28	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. (Teknik relaksasi napas dalam) H/: Tampak pasien masih merasa nyeri	Paskalina
	II	15.36	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (napsu makan) H/: Tampak napsu makan pasien menurun karena ia merasa mual dan ingin muntah	Paskalina
	II	15.45	Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) H/: Tampak pasien merasa mual durasi 5 detik	Paskalina
	II	16.00	Monitor asupan nutrisi dan kalori H/: Tampak pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanannya	Paskalina
	II	16.02	Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (kecemasan) H/: Memberikan dukungan kepada pasien	Paskalina
	II	18.00	Melakukan pemberian terapi obat: H/: UDCA 2x1/oral Hyobine 10mg/3x1/oral Curcuma 3x1/oral	Paskalina

05/05/2023	II	19.00	Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik H/: Tampak pasien mengonsumsi roma kelapa	Paskalina
	II	19.22	Kolaborasi pemberian antiemetik H/: Ondansentron 4mg/8jam/IV Omeprazole 1f1c/24jam/IV	Paskalina
	I,II,III	21.00	Mengobservasi tanda-tanda vital: H/: TD: 130/78 mmHg N: 94 x/menit S: 36°C P: 20 x/menit	Paskalina
	I,II	22.00	Pemberian terapi obat: H/: Ceftriaxone 1gr/24jam/IV	Kaka Amel
	I	07.48	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. H/: PQRST: P : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan, pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas S : Skala nyeri 3 (nyeri ringan) T: Pasien mengatakan nyeri kadang-kadang dirasakan	Paskalina
	I,II,III	08.00	Mengobservasi tanda-tanda vital: H/: TD: 127/90 mmHg N: 92 x/menit S: 36°C P: 18 x/menit	Paskalina
	I	08.20	Mengidentifikasi nyeri non verbal. H/: Tampak wajah pasien tidak terlalu merasakan nyeri Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.	Paskalina

	I	08.36	(Teknik relaksasi napas dalam) H/: Tampak pasien tidak terlalu merasakan nyeri	Paskalina
	II	09.30	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (napsu makan) H/: Tampak napsu makan pasien sudah membaik	Paskalina
	II	09.46	Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) H/: Tampak pasien sudah tidak terlalu merasa mual	Paskalina
	II	10.25	Monitor asupan nutrisi dan kalori H/: Tampak pasien menghabiskan makanannya bubur dan telur rebus	Paskalina
	II	10.30	Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik H/: Tampak pasien mengonsumsi hatari dan roma kelapa	Paskalina
	II	11.40	Mengajukan perbanyak istirahat H/: Tampak perawat mengedukasi kepada pasien untuk perbanyak istirahat	Paskalina
	II	12.00	Kolaborasi pemberian antiemetik H/: Ondansentron 4mg/8jam/IV Omeprazole 1flc/24jam/IV	Paskalina
	I	14.29	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. H/: PQRST: P : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Pasien mengatakan nyeri pada	Pebriani

			perut kanan atas S : Skala nyeri 3 (nyeri ringan) T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul \pm 3-5 menit	
	I	14.40	Mengidentifikasi Skalanya Nyeri H/: Pasien mengatakan skala nyeri 3 (nyeri sedang)	Pebriani
	I	15.00	Mengidentifikasi nyeri non verbal. H/: Tampak pasien tenang	Pebriani
	I,II,III	15.14	Mengobservasi tanda-tanda vital: H/: TD: 129/89 mmHg N: 76 x/menit S: 36,3 ^o C P: 20 x/menit	Pebriani
	I	15.28	Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri H/: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika suhu ruangan dingin, tampak nyeri sudah berkurang	Pebriani
	I	15.36	Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. (Teknik relaksasi napas dalam) H/: Tampak pasien tidak terlalu merasakan nyeri	Pebriani
	II	15.45	Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (napsu makan) H/: Tampak napsu makan pasien baik	Pebriani
	II	16.00	Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) H/: Tampak pasien tidak terlalu merasa mual	Pebriani
	II	16.02	Monitor asupan nutrisi dan kalori H/: Tampak pasien hanya	Pebriani

			menghabiskan 1 porsi makanannya	
	II	18.00	Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (kecemasan) H/: Memberikan dukungan kepada pasien	Pebriani
	II	19.00	Melakukan pemberian terapi obat: H/: UDCA 2x1/oral Hyobine 10mg/3x1/oral Curcuma 3x1/oral	Pebriani
	II	19.22	Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik H/: Tampak pasien mengonsumsi roma kelapa	Pebriani
	II	19.25	Kolaborasi pemberian antiemetik H/: Ondansentron 4mg/8jam/IV Omeprazole 1flc/24jam/IV	Pebriani
	I,II,III	21.15	Mengobservasi tanda-tanda vital: H/: TD: 130/78 mmHg N: 94 x/menit S: 36°C P: 20 x/menit	Pebriani
	I,II	22.00	Pemberian terapi obat: H/: Ceftriaxone 1gr/24jam/IV	Kaka Natalia
	I,II	06.00	Pemberian terapi obat: H/: UDCA/2x1/oral Hyosin 10mg/3x1/oral	Kaka Natalia

F. Evaluasi keperawatan

Nama/ Umur : Tn. R/71 tahun

Ruang/ Kamar: Bernadeth II/519²

Tabel 3.10 evaluasi keperawatan

TANGGAL	Evaluasi S O A P	Nama Perawat
03/05/2023 (Shift pagi 14.00 WITA)	<p>DK.I. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) d.d tampak meringis, mengeluh nyeri, gelisah, tekanan darah meningkat, sulit tidur (D.0077)</p> <p>S: PQRST:</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri bertambah saat melakukan mobilisasi dan berkurang saat pasien bersitirahat</p> <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas</p> <p>S : Skala nyeri 7 (nyeri berat)</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul ±3-5 menit</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak Pasien meringis - Hasil UsSG: Cholelithiasis - Observasi tanda-tanda vital: TD: 150/80 mmHg N: 75 x/menit S: 36,6⁰C P: 20 x/menit <p>A: Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Nyeri <p>DK.II. Nausea b.d gangguan pankreas d.d mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berniat makan (D.0076)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia masih merasa mual dan masih merasa ingin muntah - Pasien mengatakan ia hanya mampu 	Pebriani

	<p>menghabiskan ½ porsi dari makananya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan napsu makannya masih menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien menghabiskan ½ makanan yang disediakan rumah sakit (bubur) - Hasil USG: Cholelithiasis - Observasi tanda-tanda vital: TD: 130/79 mmHg N: 86 x/menit S: 36,1°C P: 20 x/menit <p>A: Nausea belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Mual <p>DK.III. Defisit pengetahuan tentang penyakit kolelitiasis b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang di hadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran (D.0111)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia dan keluarga belum paham mengenai penyakit yang di deritanya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tidak paham tentang masalah kesehatan yang dideritanya - Tampak pasien sering bertanya mengenai makanan yang bisa di konsumsi <p>A: Defisit Pengetahuan belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p>	
(Shift sore 21.00 WITA)	<p>DK.I. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) d.d tampak meringis, mengeluh nyeri, gelisah, tekanan darah meningkat, sulit tidur (D.0077)</p> <p>S: PQRST:</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri bertambah saat melakukan mobilisasi dan berkurang saat</p>	Paskalina

	<p>pasien bersitirahat</p> <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas</p> <p>S : Skala nyeri 7 (nyeri berat)</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul ±3-5 menit</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak Pasien meringis - Hasil USG: Cholelithiasis - Observasi tanda-tanda vital: <ul style="list-style-type: none"> TD: 130/79 mmHg N: 86 x/menit S: 36,1°C P: 20 x/menit <p>A: Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Nyeri <p>DK.II. Nausea b.d gangguan pankreas d.d mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berniat makan (D.0076)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia masih merasa mual dan masih merasa ingin muntah - Pasien mengatakan ia hanya mampu menghabiskan ½ porsi dari makanannya - Pasien mengatakan napsu makannya masih menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien menghabiskan ½ makanan yang disediakan rumah sakit (bubur) - Hasil USG: Cholelithiasis - Observasi tanda-tanda vital: <ul style="list-style-type: none"> TD: 130/79 mmHg N: 86 x/menit S: 36,1°C P: 20 x/menit <p>A: Nausea belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
--	---	--

<p>04/05/2023 (Shift pagi 14.00 WITA)</p>	<p>- Manajemen Mual</p> <p>DK.III. Defisit pengetahuan tentang penyakit kolelitiasis b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang di hadapi, menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran (D.0111)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia dan keluarga belum paham mengenai penyakit yang di deritanya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien tidak paham tentang masalah kesehatan yang dideritanya - Tampak pasien sering bertanya mengenai makanan yang bisa di konsumsi <p>A: Defisit Pengetahuan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>DK.I. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) d.d tampak meringis, mengeluh nyeri, gelisah, tekanan darah meningkat, sulit tidur (D.0077)</p> <p>S: PQRST:</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri yang dirasakan mulai berkurang</p> <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas</p> <p>S : Skala nyeri 6 (nyeri sedang)</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul ±3-5 menit</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak Pasien meringis - Hasil USG: Cholelitiasis - Observasi tanda-tanda vital: TD: 147/90 mmHg N: 102 x/menit S: 36,2°C P: 20 x/menit 	<p>Pebriani</p>
---	--	-----------------

	<p>A: Nyeri Akut belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Nyeri <p>DK.II. Nausea b.d gangguan pankreas d.d mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berniat makan (D.0076)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia masih merasa mual dan masih merasa ingin muntah - Pasien mengatakan ia hanya mampu menghabiskan ½ porsi dari makanannya - Pasien mengatakan napsu makannya masih menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien menghabiskan ½ makanan yang disediakan rumah sakit (bubur) dan mengonsumsi roma kelapa - Hasil USG: Cholelithiasis - Observasi tanda-tanda vital: TD: 147/90 mmHg N: 102 x/menit S: 36,2°C P: 20 x/menit <p>A: Nausea belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Mual <p>DK.III. Defisit pengetahuan tentang penyakit kolelitiasis b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang di hadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran (D.0111)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia dan keluarga mulai mengerti akan penyakit yang di deritanya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien paham tentang masalah kesehatan yang dideritanya - Tampak pasien masih sering bertanya mengenai makanan yang bisa di konsumsi 	
--	--	--

<p>(Shift sore 21.00 WITA)</p>	<p>A: Defisit Pengetahuan belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>DK.I. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) d.d tampak meringis, mengeluh nyeri, gelisah, tekanan darah meningkat, sulit tidur (D.0077)</p> <p>S: PQRST:</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri yang dirasakan mulai berkurang</p> <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas</p> <p>S : Skala nyeri 5 (nyeri sedang)</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul ±3-5 menit</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak Pasien meringis - Hasil USG: Cholelithiasis - Observasi tanda-tanda vital: TD: 130/78 mmHg N: 94 x/menit S: 36°C P: 20 x/menit <p>A: Nyeri Akut belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Nyeri <p>DK.II. Nausea b.d gangguan pankreas d.d mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berniat makan (D.0076)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia masih merasa mual dan masih merasa ingin muntah - Pasien mengatakan ia hanya mampu menghabiskan ½ porsi dari makannya - Pasien mengatakan napsu makannya masih menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien menghabiskan ½ 	<p>Paskalina</p>
--	---	------------------

	<p>makanan yang disediakan rumah sakit (bubur) dan mengonsumsi roma kelapa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil USG: Cholelithiasis - Observasi tanda-tanda vital: <ul style="list-style-type: none"> TD: 130/78 mmHg N: 94 x/menit S: 36°C P: 20 x/menit <p>A: Nausea belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Mual <p>DK.III. Defisit pengetahuan tentang penyakit kolelitiasis b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang di hadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran (D.0111)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia dan keluarga mulai mengerti akan penyakit yang di deritanya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien paham tentang masalah kesehatan yang dideritanya - Tampak pasien masih sering bertanya mengenai makanan yang bisa di konsumsi <p>A: Defisit Pengetahuan belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p>	
05/05/2023 (Shift pagi 14.00)	<p>DK.I. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) d.d tampak meringis, mengeluh nyeri, gelisah, tekanan darah meningkat, sulit tidur (D.0077)</p> <p>S: PQRST:</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri sudah tidak terlalu dirasakan</p> <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas</p> <p>S : Skala nyeri 3 (nyeri ringan)</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p>	Pebriani

	<p>±3-5 menit</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak Pasien tidak terlalu merasakan nyeri - Hasil USG: Cholelitis - Observasi tanda-tanda vital: TD: 127/90 mmHg N: 92 x/menit S: 36°C P: 18 x/menit <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Nyeri <p>DK.II. Nausea b.d gangguan pankreas d.d mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berniat makan (D.0076)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia sudah tidak terlalu merasakan mual - Pasien mengatakan mampu menghabiskan bubur dan telur rebus yang disediakan oleh rumah sakit - Pasien mengatakan napsu makannya mulai membaik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien menghabiskan makanan yang disediakan rumah sakit - Tampak napsu makan pasien membaik - Hasil USG: Cholelitis - Observasi tanda-tanda vital: TD: 130/78 mmHg N: 94 x/menit S: 36°C P: 20 x/menit <p>A: Nausea teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Mual <p>DK.III. Defisit pengetahuan tentang penyakit kolelitiasis b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang di hadapi,</p>	
--	---	--

<p>(Shift sore 21.00 WITA)</p>	<p>menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran (D.0111)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia dan keluarga mengerti akan penyakit yang di deritanya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien paham tentang masalah kesehatan yang dideritanya - Tampak pasien mengonsumsi makanan yang disediakan rumah sakit bubur dan telur rebus <p>A: Defisit Pengetahuan teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>DK.I. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) d.d tampak meringis, mengeluh nyeri, gelisah, tekanan darah meningkat, sulit tidur (D.0077)</p> <p>S: PQRST:</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri sudah tidak terlalu dirasakan</p> <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas</p> <p>S : Skala nyeri 3 (nyeri ringan)</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul ±3-5 menit</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak Pasien tidak terlalu merasakan nyeri - Hasil USG: Cholelithiasis - Observasi tanda-tanda vital: TD: 136/79 mmHg N: 100 x/menit S: 36,2°C P: 20 x/menit <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Nyeri 	<p>Paskalina</p>
--	--	------------------

	<p>DK.II. Nausea b.d gangguan pankreas d.d mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berniat makan (D.0076)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia sudah tidak terlalu merasakan mual - Pasien mengatakan mampu menghabiskan bubur dan telur rebus yang disediakan oleh rumah sakit - Pasien mengatakan napsu makannya mulai membaik <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak keadaan umum pasien lemah - Tampak pasien menghabiskan makanan yang disediakan rumah sakit - Tampak napsu makan pasien membaik - Hasil USG: Cholelithiasis - Observasi tanda-tanda vital: TD: 136/79 mmHg N: 100 x/menit S: 36,2°C P: 20 x/menit <p>A: Nausea teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Mual <p>DK.III. Defisit pengetahuan tentang penyakit koleslitiasis b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang di hadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran (D.0111)</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ia dan keluarga mengerti akan penyakit yang di deritanya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien paham tentang masalah kesehatan yang dideritanya - Tampak pasien mengonsumsi makanan yang disediakan rumah sakit bubur dan telur rebus <p>A: Defisit Pengetahuan teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi</p>	
--	---	--

G. Daftar obat

1. Bisoprolol

- a. Nama obat : Bisoprolol
- b. Dosis umum : untuk kondisi angina pektoris, hipertensi, aritmia : dosis awal 5 mg sekali sehari, disesuaikan dengan respon pasien, dosis umum 10 mg, sekali sehari, maksimal 20 mg per hari. Untuk kondisi gagal jantung kronis : dosis awal 1,25 mg, sekali sehari. Dosis ditingkatkan secara bertahap dengan interval 1-4 minggu, dengan dosis maksimal 10 mg per hari.
- c. Dosis pasien bersangkutan : 2,5 mg /1x1 /oral
- d. Cara pemberian : oral
- e. Mekanisme kerja obat : bekerja dengan cara memperlambat detak jantung dan menurunkan tekanan otot jantung saat berdetak. Bisoprolol juga memiliki efek melebarkan pembuluh darah.
- f. Alasan pemberian obat : untuk mengobati hipertensi, angina, aritmia, dan gagal jantung
- g. Kontraindikasi : kondisi denyut jantung <50 kali/menit dan hipotensi seperti pada kondisi syok hipovolemik dan kardiogenik.
- h. Efek samping : pusing, sakit kepala, kelelahan, mual atau muntah, diare, sulit tidur.

2. Curcuma

- a. Nama obat: Curcuma
- b. Dosis umum: Suplemen herbal ini aman untuk dikonsumsi baik anak-anak maupun dewasa. Adapun dosis yang dianjurkan sebagai berikut: Pasien dengan gangguan selera makan: 1-2 tablet setiap hari

- Penderita gangguan ikterus akibat sumbatan: dosis awal 1-2 tablet per hari. Jika diperlukan, dosis bisa ditambahkan menjadi 3 tablet sehari
 - Penderita gejala amenore: 1-2 tablet setiap hari, dimulai pada hari pertama siklus menstruasi
 - c. Dosis pasien bersangkutan: 1 tablet/3x1/oral
 - d. Cara pemberian: Oral
 - e. Mekanisme kerja obat: Untuk membantu memelihara kesehatan fungsi hati, membantu menjaga daya tahan tubuh, serta membantu memperbaiki nafsu makan.
 - f. Alasan pemberian obat: Membantu mengobati nafsu makan pasien yang menurun akibat rasa mual yang dialami
 - g. Kontraindikasi: Banyak sekali manfaat curcuma FCT, namun tidak semua orang bisa menggunakan suplemen ini. Curcuma FCT tidak boleh digunakan oleh orang dengan kondisi seperti: memiliki hipersensitif atau alergi terhadap kandungan suplemen ini, tidak ditemukan data bahwa suplemen ini tidak baik dikonsumsi oleh wanita hamil atau menyusui.
 - h. Efek samping: Seperti halnya dengan suplemen yang lainnya, suplemen ini juga berpotensi menyebabkan efek samping. Efek samping curcuma FCT yang umum terjadi ketika digunakan berlebihan diantaranya: mual ringan, iritasi lambung atau nyeri ulu hati.
3. Ambacin
- a. Nama obat: Ambacin
 - b. Dosis umum:
 - Dewasa: 750mg – 1,5g melalui injeksi intramuskular (melalui otot) atau intravena (melalui pembuluh darah), disuntikkan setiap 8 jam selama 5-10hari. Jika perlu, dosis dapat di tingkatkan menjadi 3-6g/hari setiap 6 jam

- Anak dan bayi usia > 3 bulan: 50-100mg/kg berat badan/hari setiap 6-8jam
 - c. Dosis pasien bersangkutan: 1gr/premedika/IV
 - d. Cara pemberian: Injeksi intravena
 - e. Mekanisme kerja obat: Ambacim digunakan untuk mengobati infeksi saluran napas atas dan bawah, saluran kemih dan kelamin, kulit dan jaringan lunak. Anbacim mengandung cefuroxime yang digunakan untuk mengobati berbagai infeksi bakteri.
 - f. Alasan pemberian obat: Untuk mengobati infeksi pada paru-paru (bronkus) karena hasil thorax pasien mengalami broncopneumonia
 - g. Kontraindikasi: Jangan diberikan pada pasien yang hipersensitifitas terhadap cefuroxim dan antibiotik golongan sefalosporin
 - h. Efek samping: Efek samping yang mungkin timbul yaitu gangguan saluran pencernaan dan reaksi alergi
4. Ondansentron
- a. Nama obat: Ondansentron HCL
 - b. Dosis umum:
 - Dewasa: Ondansentron injeksi diberikan sebagai dosis tunggal 4mg secara intramuskular atau melalui injeksi intravena lambat tidak kurang dari 30 detik (sebaiknya antara 2-5menit), segera sebelum induksi anastesi atau diberikan segera pasca-operasi apabila pasien mengalami mual dan/atau muntah.
 - Anak: Untuk pasien pediatrik (usia 1 bulan hingga 12 tahun) dengan berat badan < 40 kg adalah dalam dosis tunggal 0,1 mg/kgBB sedangkan untuk berat badan > 40kg diberikan dosis tunggal 4mg.
 - c. Dosis pasien bersangkutan: 4mg/8jam/IV

- d. Cara pemberian: Injeksi intravena
 - e. Mekanisme kerja obat: Penanganan mual dan/atau muntah yang disebabkan oleh kemoterapi dan radioterapi yang emetogenik dan dapat juga digunakan untuk pencegahan mual/atau muntah pasca-operasi
 - f. Alasan pemberian obat: Digunakan untuk mengurangi perasaan ingin muntah pada pasien
 - g. Kontraindikasi: Hipersensitif
 - h. Efek samping: Efek samping yang mungkin terjadi adalah sakit kepala, demam, menggigil, konstipasi, sensasi panas pada daerah kepala, nyeri epigastrium, nyeri muskuloskeletal, nyeri dada, rasa lemas, ansietas, hipotensi, gatal, parestesia, sedasi dan diare.
5. Omeprazole
- a. Nama obat: Omeprazole
 - b. Dosis umum:
 - Dewasa: 40mg, 1 kali sehari yang diberikan melalui infus selama 20-30 menit sampai pemberian obat dalam bentuk minum memungkinkan
 - c. Dosis pasien bersangkutan: 1 flacon/24jam/IV
 - d. Cara pemberian: Injeksi intravena
 - e. Mekanisme kerja obat: Omeprazole membantu proses penyembuhan jaringan lambung atau kerongkongan yang rusak akibat isritasi dari asam lambung yang berlebih. Obat ini juga dapat meningkatkan efektivitas antibiotik untuk melawan infeksi *helicobacter pylori* yang menyebabkan tukak lambung.
 - f. Alasan pemberian obat: Untuk mengurangi rasa mual dan ingin muntah terhadap pasien
 - g. Kontraindikasi: Omeprazole dikontraindikasikan untuk pasien yang diketahui hipersensitifitas terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi

- h. Efek samping: Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan omeprazole antara lain, gangguan pencernaan seperti diare, sakit perut, mual, kembung, dan juga konstipasi, sakit kepala atau pusing, pandangan kabur, anemia, gatal-gatal dan ruam, gangguan tidur.

6. UDCA

- a. Nama obat: Ursodeoxycholic Acid
- b. Dosis umum: Untuk orang dewasa 6-12 mg/kg per hari dalam satu dosis pada waktu tidur atau terbagi dalam 2-3 dosis dilanjutkan selama 3-4bulan setelah hilangnya batu empedu.
- c. Dosis pasien yang bersangkutan: 2x1/oral
- d. Cara pemberian: Oral
- e. Mekanisme kerja obat: Urdafolk mengandung Ursodeoxycholic Acid yang bekerja dengan cara mengubah "precipitate" koletrol menjadi koletrol yang mudah larut sehingga mengalami disolusi (mencair) dengan jalan merangsang pembentukan lapisan cair lecithinkoletrol (a lecithin cholesterol liquid layer) pada permukaan batu.
- f. Alasan pemberian obat: Untuk mengurangi tingkat kejenuhan asam empedu, sehingga akan menekan pembentukan batu koletrol dan memperbaiki gangguan pada aliran asam empedu
- g. Kontraindikasi: Hipersensitifitas atau alergi terhadap asam ursodeosikolat, asam empedu atau eksipen, batu koletrol terkalsifikasi, batu radiopak, atau batu pigmen empedu radiolusen, kolesistitis akut, wanita hamil, kalsifikasi batu empedu, kandung empedu tidak berfungsi, penyakit radang dan kondisi lain dari usus kecil, usus besar dan hati yang mengganggu sirkulasi garam empedu enterohepatik
- h. Efek samping: Infeksi virus, sakit kepala, infeksi saluran kemih (ISK), gangguan pencernaan: mual, muntah, diare, gangguan

gastrointestinal lainnya, infeksi saluran pernapasan atas: sinusitis, faringitis, artalgia, nyeri punggung, batuk, bronkitis. Radang sendi, nyeri otot, dan penurunan fungsi hati.

7. Norphagen

- a. Nama obat: Stronger Neo-Minophagen C
- b. Dosis umum: Dosis lazim, 40-60 ml via intravena ataupun infus sekali sehari. Dosis dapat disesuaikan tergantung pada usia dan gejala pasien. Dosis harian maksimal: 100ml
- c. Dosis pasien yang bersangkutan: 1amp/8jam/IV
- d. Cara pemberian: Injeksi intravena
- e. Mekanisme kerja obat:
- f. Alasan pemberian obat: Memperbaiki fungsi hati abnormal pada penyakit kronis
- g. Kontraindikasi: Hati-hati atau sebaiknya dihindari penggunaan Stronger Neo-Minophagen C injeksi pada pasien dengan riwayat: aldosteronisme (kelenjar adrenal menghasilkan hormon aldosteron secara berlebih), miopati, hipopotasemia
- h. Efek samping: Hipersensitifitas, syok, pseudoaldosteronisme yaitu hipopotasemia berat, tekanan darah rendah, cairan tubuh dan retensi Na, pembengkakan dan peningkatan berat badan

8. Ramipril

- a. Nama obat: Ramipril
- b. Dosis umum: Penggunaan obat ini harus sesuai dengan resep dokter. Hipertensi: diawali dengan 2.5mg sekali sehari. Pemeliharaan: 2.5-5mg/hari. Maksimal: 10mg/hari. Pasien yang diobati dengan diuretika: jika memungkinkan, diuretika dihentikan 2-3 hari sebelum pengobatan dimulai. Maksimal: 2.5mg/hari. Pengobatan setelah infark miokardial: diawali dengan 1.25 – 2.5mg 2 kali sehari. Maksimal: 10mg/hari
- c. Dosis pasien yang bersangkutan: 5mg/1x1/oral
- d. Cara pemberian: Oral

- e. Mekanisme kerja obat: Ramipril merupakan obat golongan ACE inhibitor yang bekerja dengan cara menghambat perubahan angiotensi I menjadi angiotensi II. Angiotensi berperan dalam menyempitkan pembuluh darah. Cara kerja ini akan membuat pembuluh darah melebar, aliran darah lebih lancar, dan tekanan darah pun menurun.
 - f. Alasan pemberian obat: Digunakan untuk mengobati hipertensi (tekanan darah tinggi), neuropati diabetik, dan beberapa jenis gagal jantung kronis.
 - g. Kontraindikasi: Pasien yang memiliki riwayat hipersensitif terhadap ramipril atau obat-obat yang termasuk ACE inhibitor lain. Ibu hamil atau berencana untuk hamil. Riwayat angioedema (herediter atau idiopatik) atau pernah mengalami angioedema saat menggunakan obat-obat golongan inhibitor ACE. Pasien dengan diabetes mellitus
 - h. Efek samping: Efek samping yang paling umum adalah peningkatan serum kreatinin, pusing, dan sinkop. Batuk juga sering terjadi karena peningkatan kadar bradikinin. Batuk akan segera hilang jika pengobatan dihentikan.
9. Ceftriaxone
- a. Nama obat: Ceftriaxone
 - b. Dosis umum: Dosis ceftriaxone yang diberikan biasanya berkisar antara 1-2 gram per 12 atau 24 jam tergantung pada penyakit dan tingkat keparahan infeksi. Dosis maksimal yang dapat diberikan adalah 4 gram/hari
 - c. Dosis pasien bersangkutan: 1gr/24jam/IV
 - d. Cara pemberian: Injeksi intravena
 - e. Mekanisme kerja obat: Ceftriaxone bekerja membunuh bakteri dengan menginhibisi sintesis dinding sel bakteri. Ceftriaxone memiliki cincin beta laktam yang menyerupai struktur asam amino D-alanyl-D-alanine yang digunakan untuk membuat

peptidoglikan. Tautan silang peptidoglikan dikatalisasi oleh enzim transpeptidase yang merupakan *Penicillin-Binding Proteins (PBP)*

- f. Alasan pemberian obat: Untuk mengobati infeksi pada tubuh oleh virus, bakteri dan jamur
- g. Kontraindikasi: Individu dengan riwayat hipersensitivitas terhadap obat ini atau golongan sefalosporin lainnya. Penggunaan harus hati-hati pada pasien dengan riwayat alergi penisilin karena bisa terjadi reaksi alergi.
- h. Efek samping: Bengkak, kemerahan atau nyeri di tempat suntikan, sakit kepala, pusing, mual atau muntah, diare, gatal pada vagina atau keputihan, ruam kulit, kantuk, sakit perut, keringatan berlebihan.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Asuhan Keperawatan

Pada bab ini penulis akan membahas asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn.R usia 71 tahun dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* yang dirawat di St. Bernadeth II RS Stella Maris Makassar pada 01 – 05 Mei 2023. Adapun pengambilan data melalui pendekatan proses keperawatan yaitu melalui pengkajian, diagnosa, keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Data pengkajian diperoleh melalui wawancara ke keluarga pasien dan hasil observasi langsung oleh perawat, serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung. Dari pengkajian kasus didapatkan data Tn.R usia 71 tahun masuk RS dengan nyeri pada perut kanan atas (P : pasien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, nyeri dirasakan bertambah saat beraktivitas dan nyeri berkurang pada saat pasien berbaring/tidak melakukan aktivitas. Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti tusuk- tusuk benda tajam. R : pasien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan atas. S: Skala nyeri 7 (nyeri berat), T : pasien mengatakan nyeri berlangsung ±3-5 menit). Keluhan lain juga dirasakan seperti demam, lemas, nafsu makan menurun, mual dan merasa ingin muntah. Pengkajian dilakukan pada tanggal 03 Mei 2023, pemeriksaan fisik didapatkan TD: 150/80 mmHg, N: 78x/menit, P: 20x/menit, S: 36,3⁰ c, kesadaran compos mentis. Hal ini sejalan dengan teori yang penulis dapatkan menurut Nian et al., 2015 mengatakan

Bahwa keluhan pasien cholelithiasis adanya nyeri pada abdomen kanan atas yang menjalar ke punggung dan bahu disertai mual muntah. Lokasi nyeri pada abdomen kanan atas menunjukkan lokasi kandung empedu yang berada pada *right lumbar region*. Penulis berasumsi bahwa nyeri yang timbul menandakan respon jika terjadi proses peradangan di organ dalam tubuh. Tanda-tanda infeksi salah satunya adalah nyeri. Nyeri berlangsung lebih dari 30 menit, sering menjalar ke punggung, dan sering disertai mual dan muntah. Namun, cholelithiasis dapat menunjukkan gejala atipikal berupa dispepsia yang menyertai keluhan kolik bilier atau bahkan merupakan keluhan utama. Gejala atipikal ini dapat menyulitkan klinisi untuk membedakan kolelitiasis simtomatik dari dispepsia fungsional. Sindrom dispepsia dapat disebabkan oleh berbagai hal, meliputi ulkus peptikum, penyakit *refluks gastro-esofageal*, *hernia hiatus*, dan dispepsia fungsional (sindrom dispepsia tanpa kelainan organik, sistemik, dan metabolik yang dapat menjelaskan penyebab keluhan tersebut).

Pada Tn.R didapatkan hasil pemeriksaan penunjang USG abdomen: *cholelithiasis*. Pemeriksaan Thorax: *broncopneumonia dextra* dan *efusi pleura inistra*. Pemeriksaan echocardiografi 63%.

Cholelithiasis atau yang lebih dikenal sebagai penyakit batu empedu, merupakan keadaan dimana terdapat batu empedu berjumlah satu atau lebih yang menyumbat saluran biliaris (Terrie & Pharm, 2020). Pada keadaan tersumbatnya bagian *neck* dan *duktus sistikus* oleh batu empedu maka akan terjadi *acute cholecystitis* yang menyebabkan peradangan atau infeksi pada kandung empedu. Proses

tersebut ditandai dengan menebalnya dinding kandung empedu, menurunnya suplai darah, terbentuknya cairan eksudat dan tekanan dalam kandung empedu meningkat (Afamefuna et al., 2013; Jones et al., 2022). Faktor resiko pemicu terjadinya *cholelithiasis* diantaranya adalah faktor usia, wanita hamil, terapi hormon, kontrasepsi oral, faktor genetik, gaya hidup yang mendorong terjadinya obesitas, konsumsi minuman beralkohol, malas melakukan kegiatan olahraga, diet tinggi kalori, pola makan karbohidrat berlebihan dengan rendah serat dan memiliki nilai BMI (body mass index) yang tinggi (Friedrich et al., 2009).

2. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian maka ditentukan 3 diagnosa keperawatan, dimana diagnosa ini memenuhi tanda mayor 80% yaitu:

- a. Diagnosa keperawatan yang diangkat oleh penulis, yaitu:
 - 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) d.d tampak meringis, mengeluh nyeri, gelisah, tekanan darah meningkat, sulit tidur. Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu nyeri akut. Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mengeluh nyeri perut kanan atas, hasil USG abdomen *cholelithiasis*. Hal ini dibuktikan dalam teori bahwa diagnosa ini memiliki batasan karakteristik adanya, tampak meringis, mengeluh nyeri, gelisah, tekanan darah meningkat, sulit tidur. Berdasarkan teori (Sueta & Warsinggih, 2017) keluhan *cholelithiasis* ditunjukkan dengan nyeri pada abdomen kuadran kanan atas yang berlangsung selama 15 menit atau 30-60 menit setelah makan dan menghilang setelah beberapa jam.

Penulis berasumsi munculnya diagnosa keperawatan nyeri akut karena data-data penunjang yang sesuai

dengan batasan karakteristik dalam (SDKI, 2017) antara lain adanya tampak meringis, mengeluh nyeri, gelisah, tekanan darah meningkat, sulit tidur. Gejala utama *cholelithiasis* adalah adanya nyeri pada abdomen kuadran kanan atas terutama saat makan dalam porsi banyak atau mengonsumsi makanan tinggi lemak. Nyeri yang dirasakan penderita *cholelithiasis* menyerupai keluhan pada gastritis. Nyeri pada penderita *cholelithiasis* disebut sebagai kolik billier, yaitu nyeri perut yang timbul akibat obstruksi pada saluran empedu atau kandung empedu sehingga otot disekitar organ tersebut berkontraksi maksimal untuk mengeluarkan batu empedu yang ada.

- 2) Nausea b.d gangguan pankreas d.d mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berniat makan

Hal ini dibuktikan dalam teori bahwa diagnosa ini memiliki batasan karakteristik, adanya mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat (SDKI, 2017). Penulis berasumsi munculnya diagnosa keperawatan nausea karena data-data penunjang yang sesuai dengan batasan karakteristik. Pada penderita *cholelithiasis* timbul akibat obstruksi pada duktus billairis sehingga terjadi proses inflamasi pada dinding duktus karena bergesekan dengan batu empedu. Proses inflamasi tersebut mensekresikan SGOT dan SGPT sehingga merangsang nervus X (Vagus) yang mengakibatkan deperistaltik usus dan lambung sehingga timbul keluhan mual.

- 3) Defisit pengetahuan tentang penyakit kolelithiasis b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang di hadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran.

Tanda dan gejala utama yang ditemukan yaitu ketidaktahuan pasien mengenai penyakit yang ia derita

dan sering mengonsumsi makanan yang berlemak. Hal ini dibuktikan dalam teori bahwa faktor resiko pemicu terjadinya *cholelithiasis* diantaranya berhubungan dengan kebiasaan sehari-hari seperti mengonsumsi makanan tinggi lemak, merokok, makanan berserat rendah, minuman alkohol, program penurunan berat badan yang cepat, dan kurang mengonsumsi makanan berprotein. Kolesterol bersifat tidak larut air sehingga dibuat menjadi larut air melalui agregasi garam empedu yang dikeluarkan bersama-sama ke dalam empedu, jika konsentrasi kolesterol melebihi kapasitas solubilitas empedu atau supersaturasi maka kolesterol akan menggumpal menjadi kristal kolesterol yang padat kemudian kristal tersebut lama kelamaan akan bertambah ukuran, beragregasi, melebur dan membentuk batu.

- b. Diagnosa keperawatan yang ada diteori tetapi tidak diangkat oleh penulis, yaitu:
- 1) Resiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan asites. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak menunjukkan tanda gejala kelebihan volume cairan dan tidak ada tanda-tanda asites dan udem pada kedua tungkai.
 - 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan di buktikan dengan berat badan menurun 10% dibawah rentang ideal, bising usus hiperaktif, membrane mukosa pucat, sariawan, otot pengunyah lemah, rambut rontok berlebih, diare karena pasien pada saat pengkajian penulis tidak menemukan adanya tanda-tanda gejala sesuai dengan batasan karakteristik, pasien mampu untuk mencerna makanan, tidak ada penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir,

pasien tidak mengalami diare dan muntah, pasien hanya mengalami mual dan keengganan untuk makan.

3. Perencanaan Keperawatan

- a. Intervensi utama yang diberikan pada diagnosa pertama yaitu manajemen nyeri yaitu tindakan observasi: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor dan memperingankan nyeri. Terapeutik: berikan teknik non- farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Sejalan dengan *evidence based nursing* teknik relaksasi napas dalam dipercaya mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen atau secara umum sebagai endorphin selain enkefalin yang disintesis oleh sel-sel saraf dan memiliki sifat farmakologis yang hampir identik dengan obat analgetik, dan merupakan neurotransmitter yang terlibat dalam modulasi nyeri. (Smeltzer and Bare, 2019). Teknik relaksasi memiliki beberapa efek fisiologis yang dapat dideteksi, misalnya menurunkan kadar kortisol dan menghambat proses inflamasi. Pernyataan lain mengatakan bahwa penurunan nyeri oleh teknik relaksasi napas dalam disebabkan ketika seseorang melakukan relaksasi napas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara simultan.
- b. Intervensi yang disusun penulis pada diagnosa kedua nausea adalah manajemen mual meliputi observasi: Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (napsu makan), monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan), monitor asupan nutrisi dan kalori, tindakan terapeutik: kendalikan faktor lingkungan penyebab mual,

kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan), berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, tindakan edukasi: anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual, kolaborasi: kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu

- c. Intervensi yang disusun penulis pada diagnosa defisit pengetahuan adalah edukasi kesehatan meliputi observasi: Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, tindakan terapeutik: Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, tindakan edukasi: Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

4. Implementasi Keperawatan

- a. Penulis akan melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari, pada diagnosa nyeri akut dan masalah yang didapatkan yaitu pasien masih merasa nyeri yang kadang-kadang timbul.
- b. Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari berturut-turut pada diagnosa kedua yaitu nausea, dengan bantuan dari perawat ruangan dari hari pertama sampai hari ketiga dan penulis tidak menemukan masalah yang terjadi.
- c. Penulis melakukan implementasi selama 3 hari, semua intervensi telah dilakukan dan penulis tidak menemukan masalah yang terjadi pada diagnosa ini.

5. Evaluasi Keperawatan

- a. Evaluasi yang ditemukan pada pasien setelah pelaksanaan implementasi selama 3 hari yaitu masalah teratasi sebagian, dimana nyeri akut yang dirasakan sudah mulai berkurang.
- b. Evaluasi yang ditemukan penulis melakukan semua tindakan sesuai yang didapatkan yaitu nausea teratasi sebagian dimana pasien sudah tidak terlalu merasa mual dan pasien sudah mampu menghabiskan porsi makanan yang disediakan rumah sakit.
- c. Evaluasi yang ditemukan pada pasien setelah pelaksanaan implementasi selama 3 hari yaitu masalah nausea teratasi.

6. Pembahasan Dan Tindakan Keperawatan Sesuai EBN

a. Judul *Evidence Based Nursing* (EBN)

- 1) Studi kasus: penerapan perioperatif care pada diagnosa *cholelithiasis* dengan tindakan operasi kolesistektomi laparatomi.
- 2) Asuhan keperawatan pada klien post operasi open cholesistektomy perlaparatomy atas indikasi kolelitiasis dengan nyeri akut di ruang bedah rsud dr. Soekardjo kota tasikmalaya
- 3) Pengaruh kombinasi healing touch dan relaksasi terhadap penurunan skala nyeri pasien post operasi laparoscopy cholelithiasis di Primaya Hospital Makassar

b. Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) d.d tampak meringis, mengeluh nyeri, gelisah, tekanan darah meningkat, sulit tidur dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri cukup menurun (4)
- 2) Meringis cukup menurun (4)
- 3) Gelisah cukup menurun (4)
- 4) Kesulitan tidur menurun (4)
- 5) Tekanan darah cukup membaik (4)

c. Intervensi Prioritas Mengacu Pada EBN

Intervensi prioritas yang diberikan oleh penulis adalah pemberian terapi non farmakologi (relaksasi napas dalam) terhadap penurunan skala nyeri dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 03 Mei 2023 – 05 Mei 2023 di berikan 3 kali dalam sehari.

1) Pengertian Tindakan

Teknik pernapasan relaksasi adalah tindakan asuhan keperawatan, yang mengajarkan pasien melakukan teknik nafas dalam atau pernapasan secara perlahan (tahan inspirasi

secara maksimal) dan menghembuskan nafas secara perlahan. Selain mengurangi intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam, juga dapat meningkatkan ventilasi paru-paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Asman, 2019). Relaksasi nafas dalam dilakukan dengan mengajarkan klien untuk mengambil nafas dalam-dalam dan melepaskan rasa sakit dirasakan (Rohyani, 2020).

Ada beberapa posisi relaksasi nafas dalam yang dapat dilakukan menurut Smeltzer & Bare (2012):

1. Posisi relaksasi dengan terlentang

Berbaring terlentang, kedua tungkai kaki lurus dan terbuka sedikit, kedua tangan rileks disamping bawah lutut dan kepala diberi bantal.

2. Posisi relaksasi dengan berbaring miring

Berbaring miring, kedua lutut ditekuk, dibawah kepala diberi bantal dan dibawah perut sebaiknya diberi bantal juga, agar perut tidak menggantung.

3. Posisi relaksasi dalam keadaan berbaring terlentang

Kedua lutut ditekuk, berbaring terlentang, kedua lutut ditekuk, kedua lengan disamping telinga.

4. Posisi relaksasi dengan duduk

Duduk membungkuk, kedua lengan diatas sandaran kursi atau diatas tempat tidur, kedua kaki tidak boleh menggantung.

2) Tujuan *Evidence Based Nursing* (EBN)

Tujuan dari teknik relaksasi napas dalam yaitu untuk menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan

tegangan otot yang menunjang nyeri, ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam meredakan nyeri.

Teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot pernafasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernafasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernafas.

3) Picot *Evidence Based Nursing* (EBN)

1. Studi kasus: penerapan perioperatif care pada diagnosa cholelithiasis dengan tindakan operasi kolesistektomi laparatomi.

Tabel 4.1 picot *evidence based nursing* (EBN)

<i>Population</i>	1 pasien datang ke IBS Rumah sakit swasta type B pukul 17.00 WIB dari bangsal di antar perawat bangsal
<i>Intervensi</i>	Metode dalam penelitian ini adalah studi kasus pada pasien <i>cholelithiasis</i> dengan memberikan intervensi dan perawatan pada tahapan pre operatif, intra-operatif dan post operatif.
<i>Comparison</i>	Hasil dari studi kasus ini setelah dilakukan pengkajian oleh perawat maka didapatkan 3 diagnosa pada pasien yaitu: 1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu tindakan keperawatan dengan menghembuskan napas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah, sehingga menurunkan tingkat kecemasan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurjannah

	<p>(2021) mengenai pengaruh pemberian relaksasi nafas dalam untuk menurunkan kecemasan pada pasien pre pembedahan menunjukkan bahwa pemberian teknik deep breathing exercise (DBE) napas dalam dapat menurunkan kecemasan. Relaksasi nafas dalam juga dapat bermanfaat untuk meningkatkan ventilasi alveoli, mempertahankan pertukaran gas, mengatur frekuensi dan pola nafas, memperbaiki fungsi diafragma, mencegah atelektasis, menurunkan kecemasan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Risiko perdarahan dengan tindakan pembedahan. 3. Risiko infeksi berhubungan dengan faktor risiko efek prosedur invasi. 4. Risiko jatuh berhubungan dengan faktor risiko efek agen farmakologi anestesi. 5. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
<i>Outcome</i>	<p>Penerapan perioperatif care sebagai suatu tindakan yang dilakukan oleh perawat kamar bedah serta dokter bedah dan dokter anestesi dalam rangka mempersiapkan pasien untuk dilakukan tindakan pembedahan dengan tujuan untuk menjamin keselamatan pasien intraoperatif. Bagi tenaga kesehatan baik dokter maupun perawat selalu memberikan edukasi terkait dengan pola hidup yang sehat. Perawat memantau pasien perioperatif, mengedukasi pasien dan memberikan asuhan keperawatan. Selain itu juga menginformasikan tim tentang perubahan status pasien, dan mengevaluasi pasca pembedahan.</p>
<i>Time</i>	April 2013

2. Asuhan keperawatan pada klien post operasi open cholelithotomy per laparotomy atas indikasi kolelitiasis dengan nyeri akut di ruang bedah rsud dr. Soekardjo kota tasikmalaya

<i>Population</i>	2 klien post operasi open cholelithotomy/dengan laparotomy dengan nyeri akut.
<i>Intervensi</i>	Metode: studi kasus, yaitu mengeksplorasi suatu masalah dengan batasan terperinci melalui pengumpulan data serta melibatkan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada 2 klien post operasi open cholelithotomy laparotomy dengan nyeri akut
<i>Comparison</i>	Hasil: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dengan intervensi keperawatan berupa manajemen nyeri non farmakologi: relaksasi nafas dalam, dan kolaborasi pemberian analgesik. Nyeri akut pada kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi pada hari ke 3. Dengan penurunan skala nyeri dari sedang ke ringan.
<i>Outcome</i>	Pasien dengan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama, karena nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Sehingga disarankan kepada perawat dapat memberikan asuhan yang komprehensif dan edukasi kepada setiap pasien post operasi, tentang cara mengontrol nyeri dengan menggunakan tehnik non farmakologi: relaksasi nafas dalam
<i>Time</i>	10 April 2019

3. Pengaruh kombinasi healing touch dan relaksasi terhadap penurunan skala nyeri pasien post operasi laparoscopycholelithiasis di Primaya Hospital Makassar

<i>Population</i>	Jumlah sampel 30 orang ditarik secara simple random sampling dilaksanakan dalam dua fase intervensi.
<i>Intervensi</i>	Jenis penelitian ini menggunakan Quasi experiment pendekatan Pretest Posttest Control Group Design untuk mengetahui pengaruh Healing Touch kombinasi relaksasi dibandingkan dengan relaksasiterhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Operasi Laparoscopy Cholelithiasis di Primaya Hospital Makassar.
<i>Comparison</i>	Hasil analisis post test kelompok tidak berpasangan dengan Mann-Whitney U-test pada C.I 0,95, p.value 0,011<0,05 berarti ada perbedaan nyatahari pertama danuji statistic yang sama pada hari kedua post-test pada C.I 0,95, p.value 0,000<0,05 membuktikan bahwa terdapat perbedaan yang sangat nyata antara intervensi healing touch kombinasi relaksasi dibandingkan dengan kontrol yang diberi relaksasi
<i>Outcome</i>	Intervensi healing touch kombinasi relaksasi berpengaruh secara signifikan dan lebih efektif terhadap penurunan skala nyeri pasien Post Operasi Laparoscopy Cholelithiasis dibandingkan dengan relaksasi pada kelompok kontrol. Disarankan perlunya penelitian lanjut dengan subyek lebih besar, juga perlunya intervensi healing touch dan relaksasi di terapkan sebagai protocol tetap dalam SOP sebagai pendekatan non farmakologis Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit danpelayanan kesehatan lain khususnya di Primaya Hospital Makassar
<i>Times</i>	Januari 2023

d. Kesimpulan jurnal

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada Tn. R memperlihatkan hasil bahwa pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengatasi nyeri terbukti secara signifikan dalam mengurangi gejala nyeri yang dirasakan oleh pasien. Meskipun dalam pembahasan EBN pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri dengan diagnosa keperawatan nyeri akut hanya pada pasien -pasien setelah operasi. Tetapi pemberian teknik relaksasi napas dalam pada pasien *pre cholelithiasis* juga efektif dan terbukti mampu menurunkan nyeri secara perlahan-lahan.

Pasien dengan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama, karena nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Sehingga disarankan kepada perawat dapat memberikan asuhan yang komprehensif dan edukasi kepada setiap pasien post operasi, tentang cara mengontrol nyeri dengan menggunakan tehnik non farmakologi: relaksasi nafas dalam.

Teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot pernafasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernafasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernafas.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Dari hasil pengkajian yang penulis lakukan pada kasus Tn. R dengan cholelithiasis, maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pasien dengan inisial Tn.R umur 71 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar melalui IGD, di rawat di ruangan Sta. Bernadeth II tanggal 01 Mei 2023 dengan diagnosa medis *Cholelithiasis* dengan keluhan nyeri pada perut kanan atas (P : nyeri pada perut kanan atas, nyeri dirasakan bertambah saat beraktivitas dan nyeri berkurang pada saat pasien berbaring/tidak melakukan aktivitas. Q: nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti terusuk-tusuk benda tajam. R : pasien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan atas. S: Skala nyeri 7 (nyeri berat), T : nyeri berlangsung $\pm 3-5$ menit). Keluhan lain juga dirasakan seperti demam, lemas, nafsu makan menurun, mual dan merasa ingin muntah. Pengkajian dilakukan pada tanggal 03 Mei 2023, pemeriksaan fisik didapatkan TD: 150/80 mmHg, N: 78x/menit, P: 20x/menit, S: 36,3⁰ c. Hasil pemeriksaan laboratorium yaitu : WBC : 13.82 10³/uL, RBC : 4.60 10⁶/uL, HCT : 41.5 %, PDW : 13.1 fL, P-LCR : 28.4 %, NEUT# 12.04 10³/uL, NEUT% : 87.1 %, LYMPH% : 9.8 %, chloride : 99 mmol/L, SGOT : 465 U/L, SGPT : 218 U/L, bilirubin total : 7.80 mg/dL, bilirubin direk : 5.50 mg/dL, bilirubin indirek : 2.36 mg/dL. Pemeriksaan USG abdomen : *Cholelithiasis*. Pemeriksaan Thorax: *Broncopneumonia dextra* dan *efusi pleura inistra*. Pemeriksaan Echocardiografi 63%.

2. Diagnosa Keperawatan yang diangkat penulis adalah :
 - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)
 - b. Nausea berhubungan dengan gangguan pankreas
 - c. Defisit pengetahuan tentang penyakit cholelithiasis berhubungan dengan kurang terpapar informasi
3. Rencana keperawatan yang penulis susun disesuaikan dengan Intervensi yang dibuat dan sesuai dengan kondisi pasien . rencana keperawatan itu meliputi tindakan observasi, tindakan mandiri perawat berdasarkan *evidence based nursing* (EBN), kolaborasi pemberian obat dan evaluasi keperawatan. Penulis melakukan tindakan rencana keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang terdapat pada pasien yaitu :
 - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi), identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian teknik relaksasi napas dalam), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgesik
 - b. Nausea berhubungan dengan gangguan pankreas, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (napsu makan), monitor mual : (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan), monitor asupan nutrisi dan kalori, kendalikan faktor lingkungan penyebab mual, kurangi atau hilangkan keadaan penyebab

- mual (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan), berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual, kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu
- c. Defisit pengetahuan tentang penyakit cholelithiasis, identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
4. Implementasi yang dilaksanakan pada klien sesuai dengan *nursing* (EBN) dengan pemberian teknik relaksasi napas dalam selama 3 hari dan bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya, pasien dan keluarga sehingga mendapatkan hasil yang maksimal.
5. Hasil evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari dari tiga diagnosa yaitu diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) sudah teratasi, diagnosa kedua nausea berhubungan dengan gangguan pankreas teratasi sebagian, diagnosa ketiga defisit pengetahuan penyakit cholelithiasis berhubungan dengan kurang terpapar informasi sebagian teratasi.

B. Saran

1. Bagi instansi Rumah Sakit

Diharapkan sebagai tambahan informasi dan bahan masukan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *cholelithiasis* dengan menerapkan *evidence based nursing* (EBN) yaitu pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri .

2. Bagi profesi keperawatan

Diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang telah didapatkan selama proses perkuliahan dalam memberikan pelayanan yang *kompherensif* pada pasien dengan *cholelithiasis*.

3. Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan menambah jumlah literatur, buku keperawatan yang berkaitan dengan *cholelithiasis* sehingga mempermudah penulis untuk mencari literatur.

DAFTAR PUSTAKA

- Alessandra, A. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN NYERI PADA PASIEN POST OP KOLELITIASIS DI RSUD DR. M.YUNUS KOTA BENGKULU*.
- Amalia, A. (2020). *BAB II TUJUAN PUSTAKA A. Konsep Teori Penyakit Batu Empedu 1. Pengertian*. 13(26), 4–24.
- Andriyan, J. T. (2019). Post operasi open Cholesistektomy per Laparatomy atas indikasi kolelitiasis dengan nyeri akut. *Jurnal Stikes Bhkasti Kencana Bandung*, 84. [http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1136%0Ahttp://repository.bku.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/1136/JENI TIARA ANDRIYAN AKX16060 %282019%29-1-84.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repository.bku.ac.id/xmlui/handle/123456789/1136%0Ahttp://repository.bku.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/1136/JENI%20TIARA%20ANDRIYAN%20AKX16060%202019%29-1-84.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Biantara, I., Dewi, V. R., Kharomah, L. N., & Dwikijayanti, G. P. (2023). *Studi Kasus: Penerapan Perioperatif Care Pada Diagnosa Cholelithiasis Dengan Tindakan Operasi Kolesistektomi Laparatomi*. 7(1).
- Febyan, F., Singh Dhilion, H. R., Ndraha, S., & Tendean, M. (2017). Karakteristik Penderita Kolelitiasis Berdasarkan Faktor Risiko di Rumah Sakit Umum Daerah Koja. *Jurnal Kedokteran Meditek*, 23(63), 50–56. <http://ejournal.ukrida.ac.id/ojs/index.php/Meditek/article/view/1565>
- Fogel EL, S. S. (2020). *Penyakit kandung empedu dan saluran empedu*. kedokteran Goldman-cecil. https://www-mountsinai-org.translate.goog/health-library/discharge-instructions/gallstones-discharge?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc
- Kirnantoro, H., & Maryana. (2019). *Anatomi Fisiologi* (1st ed.). PUSTAKA BARU PRESS.
- Kombinasi, P., Touch, H., Terhadap, R., Skala, P., Post, P., Laparoscopy, O., Primaya, D. I., Makassar, H., Effect, T. H. E., Combination, O. F., Touch, H., Reducing, O. N., Scale, P., Postoperative, I. N., With, P., Cholelithiasis, L., Primaya, A. T., Makassar, H., Studi, P., ... Hasanuddin, U. (2023). *Fakultas keperawatan*.
- Mathematics, A. (2016). *teori penyakit cholelitiasis*. 1–23.

Nabu, M. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Nn. E.S Dengan Kolelitiasis Di Ruang Cendana. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 63.

Student, M. T., Kumar, R. R., Ommets, R. E. C., Prajapati, A., Blockchain, T.-A., Ml, A. I., Randive, P. S. N., Chaudhari, S., Barde, S., Devices, E., Mittal, S., Schmidt, M. W. M., Id, S. N. A., PREISER, W. F. E., OSTROFF, E., Choudhary, R., Bit-cell, M., In, S. S., Fullfillment, P., ... Fellowship, W. (2021). SUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN CHOLELITIASIS DIRUANG BAITUSSALAM 2 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG. *Frontiers in Neuroscience*, 14(1), 1–13.

Tjokropawiro, 2012. (2015). Analisis Praktik. Juliana Br Sembiring, FIK UI, 2015

Zahara, N. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. M DENGAN PRE DAN POST OPERASI CHOLELITHIASIS DIRUANGAN ANGGREK RSUD CURUP* (1st ed.).

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok pembahasan : Pemberian teknik relaksasi napas
Sub pokok pembahasan : Pemberian teknik relaksasi napas dalam
Sasaran : pasien dengan cholelithiasis
Tempat : Bernadeth II
Waktu : Disesuaikan
Penyuluh : Paskalina & Pebriani

A. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit, sasaran mampu memahami tentang teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri

B. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan selama 20 menit, diharapkan sasaran dapat :

1. Menjelaskan pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
2. Menyebutkan manfaat pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
3. Menyebutkan Langkah-langkah dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam

C. Materi (Terlampir)

1. Pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
2. Tujuan pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri
3. Langkah-langkah dalam melakukan teknik relaksasi napas

dalam

D. Metode

1. Ceramah dan tanya jawab

E. Alat dan Media

1. Leaflet

F. Kegiatan Belajar Mengajar (KMB)

No	waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan peserta
1	5 menit	Pembukaan : <ul style="list-style-type: none">- Memperkenalkan diri- Menjelaskan tujuan dari penyuluhan- Melakukan kontrak waktu- Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan	<ul style="list-style-type: none">- Menyambut salam dan mendengarkan- Mendengarkan- Mendengarkan
2	10 menit	Pelaksanaan : <ul style="list-style-type: none">- Menjelaskan tentang pengertian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri- Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya- Menjelaskan tentang tujuan pemberian teknik relaksasi napas dalam- Memberikan kepada pasien untuk bertanya- Menjelaskan Langkah-langkah dalam pemberian teknik relaksasi napas dalam- Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya	<ul style="list-style-type: none">- Mendengarkan dan memperhatikan- Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan- Mendengarkan dan memperhatikan- Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan- Mendengarkan dan memperhatikan- Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan
3	5 menit	Penutup Evaluasi : <ul style="list-style-type: none">- Menanyakan pada pasien tentang materi yang diberikan dan reinforcement kepada pasien bila dapat menjawab pertanyaan dan menjelaskan Kembali pertanyaan/materi	<ul style="list-style-type: none">- Menjawab dan menjelaskan pertanyaan- Mendengarkan dan membalas salam

		Terminasi - Mengucapkan terimakasih kepada pasien dan keluarga - Mengucapkan salam	
--	--	--	--

G. Pemberian teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri

1. Pengertian

Relaksasi nafas dalam merupakan teknik yang dapat digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan cara menarik napas dalam melalui hidung dan menghembuskan napas melalui mulut.

2. Tujuan

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri yang dapat membuat pasien menjadi merasa nyaman.

3. Langkah-langkah

No	SOP	Rasional
1	Memberikan salam terapeutik	Bina hubungan saling percaya
2	Menjaga privasi pasien	Menghargai pasien
3	Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga	Agar pasien mengerti dan memahami tentang apa yang akan dilakukan
4	Mengatur posisi pasien agar rileks tanpa adanya beban fisik	Agar pasien merasa nyaman
5	Instruksikan pasien untuk menarik napas dalam sehingga rongga paru berisi udara, instruksikan pasien dengan cara perlahan	Mengisi ruang paru kiki dan kanan dengan udara (O_2)
6	Mengembuskan udara membiarkannya keluar dari setiap anggota tubuh, pada saat yang bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmatnya rasanya	Mengeluarkan udara yang ada diparu kiri dan kanan
7	Instruksikan pasien buat bernapas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)	Mengisi ruang paru kiri dan kanan
8	Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam kemudian	Mengeluarkan udara yang ada didalam paru kiri dan kanan

	menghembuskannya dengan cara perlahan	
9	Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki dan rasakan kehangatannya	Agar pasien merasakan ketenangan
10	Instruksikan pasien untuk mengulangi teknik-teknik ini apabila rasa nyeri Kembali lagi	Memaksimalkan teknik relaksasi napas dalam
11	Setelah pasien merasakan ketenangan minta pasien untuk melakukan secara mandiri	Agar klien melakukannya bisa melakukannya sendiri (mandiri)
12	Evaluasi hasil kegiatan	Mengetahui perasaan pasien setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam
13	Akhiri kegiatan dengan baik (mengucapkan salam)	Bina hubungan saling percaya
14	Cuci tangan	Meminimalkan transfer mikroorganisme
15	dokumentasi	

Lampiran 2

PEMBERIAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK PENANGANAN NYERI



OLEH :

PASKALINA NATALIA RUTH LELIMARNA &
PEBRIANI ANTAURI

PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU STELLA MARIS

MAKASSAR

Teknik Relaksasi
Nafas Dalam



Relaksasi nafas dalam merupakan teknik yang dapat digunakan untuk menghilangkan nyeri dengan cara menarik napas dalam melalui hidung, dan menghembuskan napas melalui mulut.



**TUJUAN TEKNIK
RELAKSASI NAFAS DALAM**



MENGURANGI NYERI, MENINGKATKAN
PERTUKARAN UDARA DI PARU-PARU DAN
MELANCARKAN PEREDARAN DARAH

TARIK NAFAS *tahan* **LEPAS NAFAS**



Langkah-langkah
melakukan
teknik relaksasi
napas dalam



1. Memberikan salam terapeutik
2. Menjaga privasi pasien/klien
3. Menjelaskan Tujuan dan Prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga



1) Pastikan anda dalam keadaan selesa

- Anda boleh duduk, baring atau posisi yang ada selesa
- Pastikan keadaan anda betul-betul selesa ketika itu

6) Ulang sebanyak 3 kali

2) Letakkan satu tangan pada perut anda



Teknik Pernafasan
(Deep Breathing)



5) Hembus nafas melalui mulut selama 5 saat

3) Tarik nafas melalui hidung selama 5 saat

- Semasa anda bernafas, rasakan perut anda naik
- Biarkan perut anda penuh dengan udara



4) Tahan nafas selama 5 saat



SEMOGA LEKAS
SEMBUH

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING

Nama : 1. Paskalina N. R. Lelimarna (NS2214901127)
 : 2. Pebriani Antauri (NS2214901128)

Program : Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cholelithiasis Di
 Sta. Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Pembimbing : 1. Fitriyanti Patarru',Ns.,M.Kep
 : 2. Matilda Martha Paseno,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Saran	TTD Pembimbing		TTD Mahasiswa	
				I	II	I	II
1	02/05/2023	Pengajuan judul KIA kepada pembimbing 2	Acc judul KIA tentang asuhan keperawatan dengan cholelithiasis	Am	-	Am	Am
2	03/05/2023	Konsul BAB 3 pengkajian, analisa data, intervensi kepada pembimbing 2	Lengkapi pengkajian, analisa data tambakan data-data, intervensi dan buat implementasi beserta evaluasi	Am	-	Am	Am
3	09/05/2023	Konsul BAB 3 Kepada pembimbing 2	Acc untuk diagnose keperawatan. Lengkapi semua pengkajian sampai evaluasi, serta mencari artikel untuk BAB 4 (buat picot)	Am	-	Am	Am
4	15/05/2023	Konsul BAB 3	Lengkapi pada bagian			Am	Am

		<p>pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi, evaluasi. Kepada pembimbing 2</p>	<p>pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, tambahkan terapi obat pada analisa data , lengkapi pola nutrisi dan metabolik, selesaikan implementasi dan evaluasi serta membuat picot</p>				
5	17/05/2023	<p>Konsul BAB 3 Kepada pembimbing 2</p>	<p>Lengkapi semuanya dan buat pengamatan kasus. Boleh membuat BAB 4</p>	<i>Fad</i>	-	<i>Juf</i>	<i>Furud</i>
6	23/05/2023	<p>Konsul BAB 3 kepada pembimbing 2</p>	<p>Lengkapi pada bagian evaluasi menjadi evaluasi 2 shift, kurangi pada bagian pengamatan kasus menjadi 1 lembar sesuai dengan pedoman</p>	<i>Fad</i>	-	<i>Juf</i>	<i>Furud</i>
7	29/05/2023	<p>Konsul BAB 1 dan BAB 2 kepada pembimbing 1</p>	<p>Lengkapi pada bagian pendahuluan (latar belakang) dan tambahkan patway</p>	-	<i>Nur</i>	<i>Juf</i>	<i>Furud</i>
8	31/05/2023	<p>Konsul BAB 1 dan BAB 2 kepada pembimbing 1</p>	<p>Ubah pada bagian BAB 2 anatomi cholelithiasis dan lengkapi pada bagian etiologi (memisahkan faktor predisposisi dan</p>	-	<i>Nur</i>	<i>Juf</i>	<i>Furud</i>

			presipitasi), pada bagian pathway dilengkapi				
9	03/06/2023	Konsul BAB IV dan V Kepada pembimbing 2	Diagnosa secara teori yang tidak ditegakkan belum ada dijelaskan di BAB 4 dan diagnose teori yang tidak ditegakkan mungkin bisa dijabarkan tiap diagnosanya (dibuat poin-poin)	<i>Fah</i>	<i>Mutab</i>	<i>Jub</i>	<i>Fleusa</i>
10	06/06/2023	Konsul BAB I, BAB II, BAB III kepada Pembimbing 1	Lengkapi bagian bab 3 penomoranya belum tepat. Bab 1 dan 2 tinggal memperhatikan jarak antar kalimat	<i>Jub</i>	<i>Mutab</i>	<i>Jub</i>	<i>Fleusa</i>
11	07/06/2023	Konsul BAB IV dan V kepada pembimbing 2	BAB 4 dan 5 ACC	<i>Fah</i>	<i>Mutab</i>	<i>Jub</i>	<i>Fleusa</i>
12	08/06/2023	Konsul BAB I - V kepada pembimbing 1	BAB I - V ACC	<i>Fah</i>	<i>Mutab</i>	<i>Jub</i>	<i>Fleusa</i>