

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU S DENGAN  
CHOLELITHIASIS *POST OP* HARI KE 2 DI RUANG  
BAITUSSALAM 2  
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Dibuat untuk salah satu persyaratan mendapatkan  
gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh

Sakti Ilham Alfadhil

40901800090

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS SULTAN AGUNG**

**2021**

**HALAMAN JUDUL**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU S DENGAN  
CHOLELITHIASIS DI RUANG BAITUS SALAM 2  
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**



Disusun Oleh  
Sakti Ilham Alfadhil  
40901800090

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS SULTAN AGUNG  
2021**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Pemalang, 1 Maret 2021



Sakti Ilham Alfadhil

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH DENGAN JUDUL :  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU S DENGAN CHOLELITHIASIS  
DI RUANG BAITUS SALAM 2  
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

disusun oleh :

Sakti Ilham Alfadhil

40901800090

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan  
Agung pada :

Hari : Senin

Tanggal : 1 Maret 2021

Pembimbing

  
(Ns, Dyah Wiji Puspita Sari, M. Kep)

NIDN : 0622078602

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung pada Hari Senin Tanggal 21 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 21 Juni 2021

Penguji I

Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN. 0604038901

(.....)

Penguji II

Ns. Retno Setyawati, M.Kep, Sp.KMB

NIDN. 0613067403

(.....)

Penguji III

Ns. Dyah Wiji Puspitasari, M.Kep

NIDN. 0622078602

(.....)

Mengetahui,  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
UNISSULA

  
Iwan Ardian, SKM, M.Kep.  
NIDN. 0622087403

## HALAMAN MOTTO

“If I try my best and fail, well, I’ve tried my best”

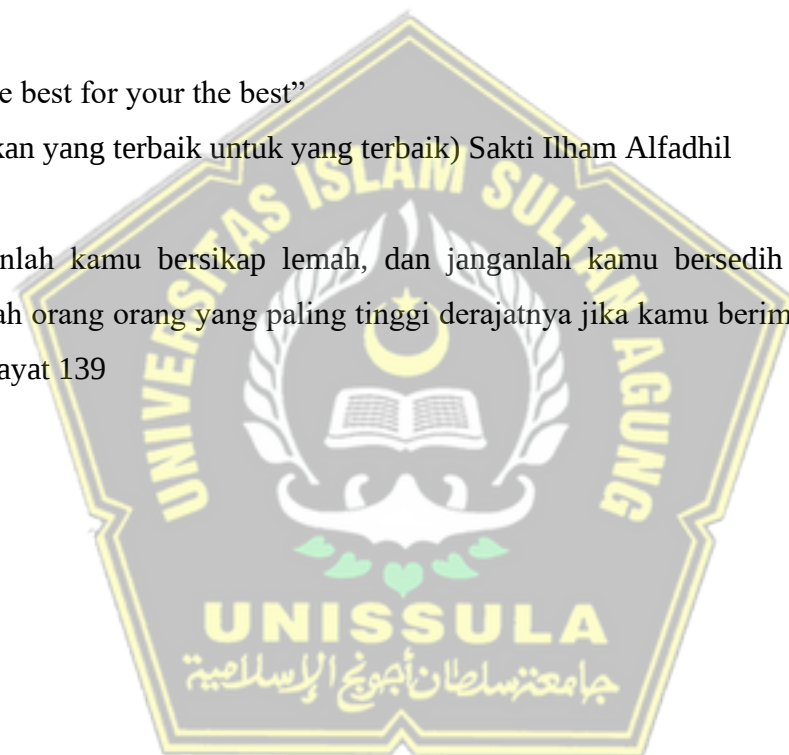
(Jika saya mencoba yang terbaik, dan gagal, setidaknya saya telah melakukan yang terbaik) Steve Jobs

“Terkadang kesulitan harus kamu rasakan terlebih dahulu, sebelum kebahagiaan yang sempurna datang kepadamu” R.A. Kartini

“Do the best for your the best”

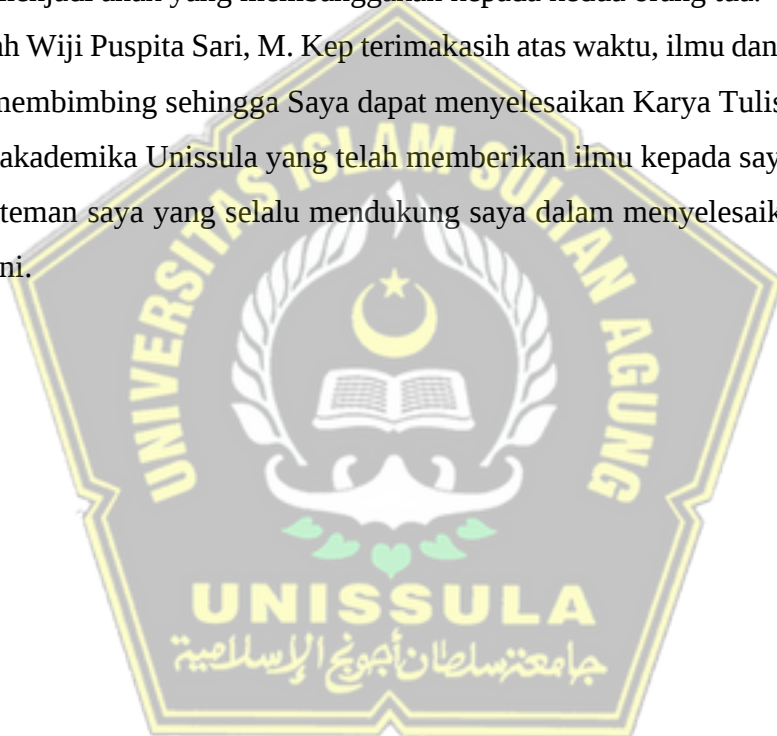
(Lakukan yang terbaik untuk yang terbaik) Sakti Ilham Alfadhil

“Janganlah kamu bersikap lemah, dan janganlah kamu bersedih hati, padahal kamulah orang-orang yang paling tinggi derajatnya jika kamu beriman” Surah Ali Imran ayat 139



## HALAMAN PERSEMBAHAN

1. Allah SWT yang telah memberikan kemudahan, kelancaran, serta kesehatan sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Kedua orang tua saya, yang telah memberikan dukungan dan senantiasa memberikan semangat serta do'a.
3. Kakak saya yang telah memberikan semangat, dan dukungan serta semoga kita semua menjadi anak yang membanggakan kepada kedua orang tua.
4. Ns, Dyah Wiji Puspita Sari, M. Kep terimakasih atas waktu, ilmu dan kesabarannya dalam membimbing sehingga Saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Civitas akademika Unissula yang telah memberikan ilmu kepada saya.
6. Teman-teman saya yang selalu mendukung saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.



## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum warahmatullah wabarakatuh

Alhamdulillahirabbil'alamin, atas puja, dan puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU S DENGAN CHOLELITHIASIS DI RUANG BAITUS SALAM 2 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG”

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma 3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung, maka penulis mengerjakannya dengan sungguh-sungguh, dan sebaik-baiknya

Adapun berbagai hambatan yang penulis alami dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, namun semuanya dapat selesai berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, S.KM, M.Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
4. Bapak Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep. selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
5. Ibu Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, bimbingan dan pengarahan pada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak, dan Ibu Dosen yang telah memberikan ilmu kepada penulis selama kurang lebih tiga tahun.

7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Orang tua saya yang telah memberikan saya semangat kekuatan, *menyupport*, dan senantiasa tak lupa memberikan doa kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Kakak saya yang telah membantu, memotivasi, dan pemberi kekuatan, sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman seperjuanganku DIII Keperawatan 2018 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini membutuhkan banyak kritik, dan saran yang membangun. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis, pembaca, dapat berguna di masa yang akan mendatang

Pemalang, 1 Maret 2021



Sakti Ilham Alfadhil

## DAFTAR ISI

|                                                       |                                     |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>HALAMAN JUDUL .....</b>                            | <b>i</b>                            |
| <b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>                      | <b>iii</b>                          |
| <b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>                       | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |
| <b>HALAMAN MOTTO .....</b>                            | <b>iv</b>                           |
| <b>HALAMAN PERSEMBAHAN .....</b>                      | <b>vi</b>                           |
| <b>KATA PENGANTAR.....</b>                            | <b>vii</b>                          |
| <b>DAFTAR ISI.....</b>                                | <b>ix</b>                           |
| <b>DAFTAR TABEL .....</b>                             | <b>xi</b>                           |
| <b>DAFTAR GAMBAR.....</b>                             | <b>xii</b>                          |
| <b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>                          | <b>xiii</b>                         |
| <b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>                         | <b>1</b>                            |
| A. Latar Belakang.....                                | 1                                   |
| B. Tujuan Penulisan .....                             | 3                                   |
| C. Manfaat Penulisan .....                            | 4                                   |
| <b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>                     | <b>5</b>                            |
| A. Konsep Dasar Penyakit .....                        | 5                                   |
| B. Konsep dasar keperawatan.....                      | 11                                  |
| C. Clinical Pathways.....                             | 16                                  |
| <b>BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN .....</b>       | <b>17</b>                           |
| A. Pengkajian .....                                   | 17                                  |
| B. Pemeriksaan fisik (Head to toe).....               | 21                                  |
| C. Data Penunjang.....                                | 22                                  |
| D. Analisis Data.....                                 | 24                                  |
| E. Diagnosa Keperawatan & Prioritas Keperawatan ..... | 24                                  |
| F. Planning/Intervensi.....                           | 25                                  |
| G. Implementasi .....                                 | 26                                  |
| H. Evaluasi .....                                     | 28                                  |
| <b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>                         | <b>31</b>                           |
| <b>BAB V PENUTUP .....</b>                            | <b>36</b>                           |

|                      |    |
|----------------------|----|
| A. Simpulan .....    | 36 |
| B. Saran .....       | 37 |
| DAFTAR PUSTAKA ..... | 38 |
| LAMPIRAN .....       | 41 |



## DAFTAR TABEL

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| Tabel 1 Pemeriksaan laboratorium .....        | 25 |
| Tabel 2 Pemeriksaan radiologi .....           | 25 |
| Tabel 3 Pemeriksaan mikrobiologi klinik ..... | 26 |



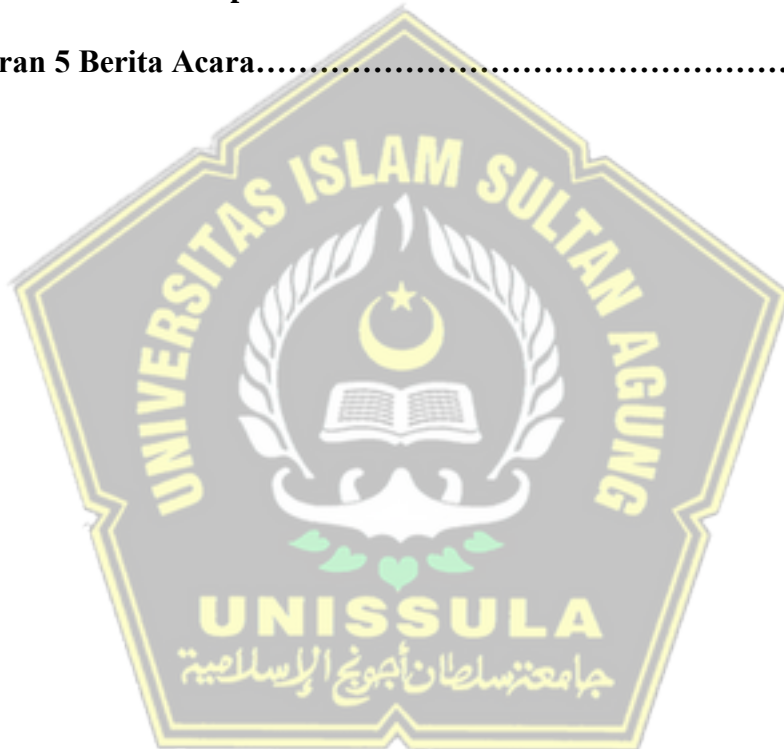
## DAFTAR GAMBAR

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Pathways 2.1 Kolelitiasis ..... | 18 |
|---------------------------------|----|



## DAFTAR LAMPIRAN

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| Lampiran 1 Surat Kesediaan Membimbing.....  | 42 |
| Lampiran 2 Surat Keterangan Konsultasi..... | 43 |
| Lampiran 3 Lembar Konsultasi Bimbingan..... | 44 |
| Lampiran 4 Asuhan Keperawatan Tertulis..... | 45 |
| Lampiran 5 Berita Acara.....                | 66 |



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit kolelitiasis merupakan salah satu masalah kesehatan yang sering terjadi di negara barat, dan sedangkan untuk di Indonesia sendiri, kini baru mendapatkan perhatian, sementara itu penelitian tentang kolelitiasis di Indonesia masih terbilang sangat terbatas. Sehingga data jumlah pasien kolelitiasis di Indonesia belum diketahui (Lesmana LA, 2010).

Kolelitiasis juga banyak ditemukan pada populasi umum, dari sekitar 13% laki-laki, dan sekitar 33% dari perempuan 11.840 orang, telah teridentifikasi memiliki penyakit kolelitiasis. Dari sekitar 20 juta orang di negara barat, 8% adalah laki-laki, dan 20% diantaranya perempuan berusia diatas 40 tahun menderita kolelitiasis. Orang dewasa yang rentang usianya 20 sampai 50 tahun lebih rentan terkena kolelitiasis, dan dari sekitar 20% penderita kolelitiasis yang berusia di atas 40 tahun, ternyata wanitalah yang lebih berisiko untuk terkena penyakit ini, karena disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen, dan orang diabetes mellitus lebih berisiko karena memiliki kolesterol (Sudarto, 2015).

Prevalensi kolelitiasis di setiap negara berbeda. Letak geografi suatu negara dan etnis memiliki peran besar dalam prevalensi penyakit kolelitiasis (Stinton, 2012). Di negara Amerika Serikat tahun 2017, dari sekitar 20 juta orangnya (10 sampai 20 % dari populasi orang dewasa) mempunyai penyakit kolelitiasis. Penyakit Kolelitiasis memiliki potensi yang timbul pada manusia setiap tahun, sekitar 1 sampai 3 % orang akan memiliki kolelitiasis dan kira-kira sekitar dari 1 sampai 3 % orang muncul keluhan. Setiap tahunnya, ada sekitar 500.000 pasien kolelitiasis muncul keluhan, dan komplikasi sehingga diperlukan penanganan lebih lanjut dengan kolesistektomi (Heuman, 2017). Prevalensi kolelitiasis di Eropa sendiri, yaitu sekitar 5 sampai 15% berdasarkan dari beberapa survey yang dilakukan melalui pemeriksaan

ultrasonografi. Di Asia sendiri tahun 2013, prevalensi kolelitiasis berkisar antara 3 sampai 10%. Berdasar data terakhir yang diperoleh, prevalensi kolelitiasis di tiap- tiap, seperti di negara Jepang, yaitu sekitar 3%, di negara China, yaitu sekitar 10%, di India, yaitu sekitar 7%, dan di Taiwan, yaitu sekitar 5% (Chang et al., 2013).

Di Indonesia sendiri angka kejadian kolelitiasis tidak jauh berbeda dibandingkan angka negara-negara, yang berada Asia Tenggara (Wibowo et al., 2010).

Penderita cholelithiasis di Indonesia sendiri cenderung meningkat, hal ini disebabkan oleh perubahan gaya hidup mereka, yang cenderung mengikuti gaya hidup orang barat yang suka mengonsumsi makanan *junks food* (makanan cepat saji). Tetapi jumlah penderita kolelitiasis di Indonesia sendiri belum diketahui, karena sampai saat ini belum ada studi, dan penelitian lebih lanjut mengenai kolelitiasis (Djumhana, 2010).

Beberapa studi kasus-kontrol (*case-control*) yang membandingkan pasien yang memiliki kolelitiasis dan tidak memiliki kolelitiasis menunjukkan bahwa pembentukan kolelitiasis bersifat multifaktorial (Stinton, 2012). Kolelitiasis seringkali dikaitkan dengan faktor resiko “5F” (Fat, Female, Forty/Family history, Fair, Fertile) (Bass G, 2013). Walaupun demikian, kolelitiasis juga memiliki faktor resiko lain seperti sekresi bilirubin yang berlebihan, kelainan genetik, diabetes mellitus tipe 2, pemberian nutrisi parenteral total, sindrom metabolik, obat-obatan, dan faktor lainnya (Heuman, 2017).

Seiring dengan bertambahnya usia, risiko orang untuk terkena kolelitiasis akan meningkat. Orang yang memiliki usia diatas 40 tahun, lebih rentan untuk terkena penyakit ini, dibandingkan dengan orang yang memiliki usia yang lebih muda (Stinton, 2012). Pasien kolelitiasis paling sering di jumpai pada usia antara 40 sampai 50 tahun (Wibowo et al., 2010).

Kolelitiasis dapat menyebabkan berbagai komplikasi, yang berupa antara lain kolesistitis akut yang dapat menimbulkan perforasi, peritonitis, ikterus obstruktif, kolangitis, pankreatitis, dan perubahan keganasan.

(Wibowo et al., 2010). Respons komplikasi akut penyakit kolelitiasis mulai dari peradangan, akan menyebabkan suhu meningkat. Respon kolik bilier yang kronis akan meningkatkan kebutuhan metabolisme tubuh sehingga pasien akan mengalami kelelahan. Akan dilakukan metode pembedahan, intervensi litotripsi, atau intervensi endoskopik yang memberikan respon psikologis kecemasan dan pemenuhan informasi pada pasien kolelitiasis, jika ditemukan respon adanya batu (Muttaqin & Sari 2013).

Penatalaksanaan penyakit Kolelitiasis dapat dilakukan secara non bedah melalui ESWL maupun secara bedah melalui kolesistektomi, dengan teknik laparotomi atau laparaskopi. Karena sebagian besar penderita kolelitiasis bersifat asimtomatik, sehingga ketika dilakukan pemeriksaan biasanya sudah dalam stadium lanjut dan harus segera dilakukan pembedahan. Standar terbaik untuk penanganan pasien dengan kolelitiasis asimtomatik adalah kolesistektomi per laparotomi, dengan indikasi batu besar, berdiameter lebih dari 5 mm dengan jumlah yang banyak, yang secara keseluruhan sudah menyumbat aliran empedu ke saluran cerna. Setiap tahunnya ada sekitar 1 juta orang yang harus dirawat dengan penyakit kolelitiasis, dan ada yang lebih dari 600.000 orang, dan harus menjalani kolesistektomi (Diyono, 2013). Selama periode pasca operasi ini peran perawat sangat diperlukan dalam upaya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman pasien dengan mengurangi/menghilangkan rasa nyeri pasca operasi.

Berdasarkan dari uraian latar belakang tersebut, saya tertarik untuk melakukan penulisan mengenai gambaran Asuhan Keperawatan Kolelitiasis di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tahun 2021

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk menjelaskan asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien kolelitiasis di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang 2021

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien kolelitiasis

- b. Menyusun analisa data pasien kolelitiasis
- c. Menegakkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kolelitiasis
- d. Melaksanakan intervensi pada pasien kolelitiasis
- e. Mengimplementasikan rencana keperawatan pada pasien kolelitiasis
- f. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien kolelitiasis

### **C. Manfaat Penulisan**

#### **1. Institusi Pendidikan**

Untuk mengetahui konsep dasar, pengertian, penyebab, tanda, dan gejala, komplikasi, serta bagaimana penatalaksanaan dari kolelitiasis, dan dapat mengaplikasikannya.

#### **2. Profesi Keperawatan**

Untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan, dalam menangani kasus kolelitiasis.

#### **3. Lahan Praktik**

Untuk memberikan pelayanan yang komprehensif guna mengoptimalkan mutu pelayanan menangani kasus kolelitiasis.

#### **4. Masyarakat**

Untuk meningkatkan wawasan, dan pengetahuan masyarakat tentang kolelitiasis, sehingga masyarakat dapat mengetahui tata laksana, dan apa yang harus di lakukan jika ada salah satu anggota dari keluarganya terkena penyakit kolelitiasis.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit**

##### **1. Definisi**

Kolelitiasis, yakni susunan dari 90% batu kolesterol dengan komposisi kolesterolnya lebih dari 50%, atau bentuk campuran antara 20 sampai 50%nya mengandung unsur kolesterol, dan predisposisi sering terjadi pada orang yang memiliki usia diatas 40 tahun, dengan karakteristik kebanyakan dari penderita kolelitiasis itu berjenis kelamin perempuan, obesitas, kehamilan, serta mengalami penurunan berat badan (Cahyono, 2014).

Adanya batu di area kandung empedu, atau di saluran kandung empedu, yang komposisi utamanya,kolesterol adalah Kolelitiasis atau bisa disebut juga dengan koledokolitiasis (Nuratif & Kusuma 2015).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, penulis dapat menyimpulkan, bahwa kolelitiasis ialah terdapatnya batu pada area kandung empedu, saluran empedu atau pada kedua-duanya, komposisi utamanya merupakan kolesterol.

##### **2. Etiologi**

Penyebab penyakit kolelitiasis inipun belum diketahui secara pasti apa penyebabnya. Tetapi ada suatu teori mengatakan bahwa yang menyebabkan supersaturasi empedu di dalam area kandung empedu adalah kolesterol. Setelah beberapa lama, empedu yang telah mengalami supersaturasi tersebut, kemudian mengkristal dan lalu terbentuklah batu (Nurarif & Kusuma 2015).

Meskipun penyebab dari kolelitiasis belum jelas diketahui, tetapi ada beberapa factor yang dapat di identifikasi:

- a. Faktor metabolic

Cairan empedu mengandung air,  $\text{HCO}_3$ , pigmen empedu, garam empedu, dan kolesterol. Kandungan kolesterol yang tinggi dalam cairan empedu memungkinkan terbentuknya batu

b. Peradangan

Karena proses peradangan, kandungan cairan empedu berubah, yang mengakibatkan keasaman cairan empedu bertambah, dan daya larut kolesterol menjadi menurun (Diyono & Mulyanti, 2013).

Semakin banyak factor risiko yang dimiliki oleh seseorang, maka semakin besar juga kemungkinan untuk terkena kolelitiasis. Kolelitiasis dapat terjadi dengan, atau tanpa faktor resiko. Sebuah penelitian menyebutkan faktor risiko kolelitiasis mencakup 5F :

- a. Fat (Obesitas)
- b. Forty (Umur)
- c. Female (Wanita)
- d. Ferile (Hormon Esterogen)
- e. Fair (Etnik)

Sedangkan menurut Muttaqin & Sari (2013), factor terjadinya kolelitiasis adalah sebagai berikut:

- a. Jenis kelamin perempuan
- b. Peningkatan usia
- c. Obesitas
- d. Kehamilan

Karena saat kehamilan hormon progesteron tinggi. Progesteron mengurangi kontraktilitas kandung empedu, menyebabkan resistensi berkepanjangan dan konsentrasi lebih besar empedu dikandung empedu.

- e. Statis bilier
- f. Keturunan
- g. Gangguan intestinal

Gangguan pencernaan, misalnya pasien pasca reseksi usus dan penyakit crohn.

h. Obat-obatan dan Pola hidup

### 3. Patofisiologi

Apabila empedu yang terkonsentrasi pada kandung empedu, maka larutan akan menjadi jenuh, kemudian endapan larutan tersebut akan membentuk kristal mikroskopis. Kristal terperangkap dalam mukosa bilier, akan menghasilkan suatu endapan. Oklusi dari saluran oleh endapan dan batu kolesterol menghasilkan komplikasi penyakit kolelitiasis. Kolelitiasis dapat terjadi akibat adanya suatu zat tertentu dalam empedu yang konsentrasinya mendekati batas kelarutan.

Jika rasio konsentrasi kolesterolnya sebanding dengan garam empedu, dan lesitin yang meningkat, maka larutan misel akan menjadi sangat jenuh. Saat kondisi yang normal, kolesterol yang tidak mengendap pada empedu, dikarenakan mengandung garam empedu yang terkonjugasi, dan fosfatidikolin (lesitin) dalam jumlah yang cukup, atau normal, agar kolesterol berada di dalam larutan misel,

Empedu sebenarnya steril, tetapi ada dalam beberapa kondisi yang tidak biasa akhirnya empedu, mungkin terkolonisasi dengan bakteri. Bakteri hidrolisis lesitin menyebabkan pelepasan asam lemak yang kompleks dengan kalsium dan endapan dari larutan.

Respon adanya batu akan dilakukan pembedahan, intervensi litotripsi, atau intervensi endoskopik, untuk memberikan respon psikologis kecemasan dan pemenuhan informasi. Respon dari komplikasi akut peradangan, yakni suhu tubuh meningkat. Respon kolik bilier akan meningkatkan metabolisme, sehingga pasien akan mudah kelelahan. (Muttaqin & Sari, 2013)

### 4. Manifestasi Klinis

- a. Sebagian bersifat Asimptomatik (tanpa tanda, dan gejala)
- b. Terdapat nyeri tekan di abdomen
- c. Mual, muntah, dan demam.
- d. Terjadi perubahan warna urine dan feses

- e. Kekurangan vitamin. Obstruksi aliran empedu juga akan mengganggu absorpsi vitamin A,D,E,K yang larut lemak
  - f. Terjadi regurgitasi gas : sering flatulensi dan sendawa.
- (Nurarif & Kusuma 2015).

## 5. Pemeriksaan diagnostik

Menurut (Sandra 2013) pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien kolelitiasis adalah sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan sinar-X abdomen, dilakukan jika terdapat kecurigaan akan timbulnya penyakit kandung empedu dan untuk menyingkirkan penyebab gejala yang lain.
- b. Pemeriksaan laboratorium (darah lengkap).  
Batu kandung empedu yang bersifat asimtomatik tidak menunjukkan kelainan pada pemeriksaan laboratorium.
- c. Pemeriksaan radiologi.  
Kandung empedu yang mengandung cairan empedu berkadar kalsium tinggi dapat dilihat melalui foto polos. Pada peradangan akut kandung empedu yang membesar, kandung empedu kadang terlihat sebagai massa jaringan lunak pada kuadran kanan atas yang menekan gambaran udara dalam usus besar, di fleksura hepatica. Foto polos abdomen biasanya tidak memberikan gambaran yang khas, karena hanya sekitar 10-15% dari batu kandung empedu yang bersifat *radioopak*.
- d. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)  
Dengan USG dapat melihat dinding kandung empedu yang menebal karena fibrosis atau oedema yang diakibatkan oleh peradangan. Batu yang terdapat pada duktus koledokus distal kadang sulit dideteksi karena terhalang oleh udara di dalam usus. Ultrasonografi memiliki spesifik, dan sensitifitas yang tinggi untuk mendeteksi batu kandung empedu dan pelebaran saluran empedu.
- e. Kolesistografi  
Kolesistografi memiliki kontras cukup baik karena relatif murah, sederhana, dan cukup akurat untuk melihat batu radiolusen sehingga

dapat dihitung jumlah dan ukuran batu. Pemeriksaan melalui kolesistografi oral gagal pada saat keadaan ileus paralitik, muntah, okstruksi pilorus, dan hepatitis, karena pada keadaan-keadaan tersebut kontras tidak dapat mencapai *hepar*.

f. *Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERC)*

Lebih efektif untuk mendeteksi batu pada saluran empedu.

g. Foto polos abdomen

Menyatakan gambaran radiologi (klasifikasi) batu empedu, klasifikasi dinding, atau untuk pembesaran kandung empedu.

## 6. Komplikasi

Komplikasi dari penyakit kolesistiasis adalah colecystitis akut dan kronik, choledokolitiasis, peritonitis, kolangitis, abses kandung empedu, sirosis bilier, dan ikterus obstruktif (Naga, 2012).

Beberapa komplikasi akibat penyakit kolesistiasis, menurut (Tanto, et.all 2014) :

a. Kolesistitis Akut

Pada 90-95% kasus kolesistiasis akut berhubungan dengan batu empedu ditandai dengan adanya *kolik bilier* akibat dari obstruksi duktus sistikus. Apabila obstruksi berlanjut, maka kandung empedu akan mengalami distensi, inflamasi dan edema. Gejalanya, yaitu adanya nyeri pada abdomen.

b. Kolesistitis Kronik

Kolesistitis kronik adalah inflamasi dengan adanya *kolik bilier* atau nyeri dari obstruksi duktus sistikus berulang. Gejalanya, yaitu berupa adanya nyeri konstan yang berlangsung 1 hingga 5 jam, dan biasanya diikuti mual, muntah, dan kembung.

c. Koledokolitiasis

Batu pada saluran empedu atau *common bile ductus (CBD)*, asimtomatis dengan obstruksi transien dan pemeriksaan laboratorium yang normal. Gejalanya, yaitu kolik bilier, ikterus, dan urin berwarna gelap.

d. Kolangitis

Kolangitis merupakan infeksi bakteri ascenden disertai dengan obstruksi duktus bilier. Gejalanya, yaitu dapat berupa demam, nyeri epigastrium atau nyeri kuadran kanan atas, dan ikterik yang disebut *trias charcot*.

e. Nanah Kantong Empedu

Nanah dapat muncul dalam kandung empedu akibat dari adanya suatu infeksi yang parah.

f. Pankreatitis Akut

Pankreatitis akut adalah komplikasi yang terjadi jika batu empedu keluar, dan kemudian menyumbat saluran pankreas. Peradangan pada pankreas inilah yang akan menyebabkan sakit pada bagian tengah perut.

g. Kanker Kantong Empedu

Penderita batu empedu biasanya memiliki risiko tinggi untuk terkena kanker kantong empedu. Walaupun demikian, kemungkinan terjadinya itu sangat jarang. Gejalanya hampir sama dengan penyakit kolelitiasis, yaitu dapat berupa rasa sakit perut, demam yang tinggi, serta sakit *ikterus* (Muttaqin & Sari 2013).

## 7. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Non Bedah

1) Disolusi Medis

2) *Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography* (ERC)

Batu yang ada pada saluran empedu akan dikeluarkan menggunakan basket kawat atau balon ekstraksi melalui muara besar, kemudian menuju lumen duodenum, sehingga batu dapat keluar. Untuk batu berukuran besar, batu yang terjepit pada saluran empedu, ataupun batu yang terletak diatas saluran empedu yang sempit, maka dapat dikeluarkan melalui prosedur endoskopik.

3) *Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy* (ESWL)

Adalah salah satu prosedur pemecahan batu yang dilakukan melalui gelombang suara.

b. Penatalaksanaan Bedah

### 1) Kolesistektomi per Laparoskopik

Digunakan untuk Indikasi pembedahan lanjut, atau kandung empedu yang di dalamnya terdapat batu besar, berdiameter lebih dari 2cm. Kelebihan dari metode ini adalah luka operasi yang kecil 2 sampai 10mm, sehingga nyeri dirasakan pasca bedah ini bisa di minimalisir.

### 2) Kolesistektomi per Laparatomi

Indikasi dilakukan kolesistektomi adalah kolik billiaris rekuren, kemudian diikuti oleh kolesistitis akut. Operasi ini adalah standar terbaik operasi untuk menangani pasien dengan kolelitiasis simtomatik. (Nurarif & Kusuma 2015).

## **B. Konsep dasar keperawatan**

### **1. Pengkajian**

#### **a. Identitas pasien, dan identitas penanggung jawab**

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, tempat tinggal, tempat tanggal lahir, pekerjaan dan pendidikan.

#### **b. Keluhan utama**

Keluhan yang paling utama dirasakan oleh pasien pada saat pengkajian.

#### **c. Riwayat kesehatan**

##### **1) Riwayat kesehatan sekarang**

Pengembangan dari keluhan utama yang didapatkan melalui metode pengkajian PQRST, Paliatif, atau provokatif (P) adalah focus utama dari keluhan pasien, Quality, atau kualitas (Q) adalah bagaimana nyeri yang dirasakan oleh pasien, Regional, tempat (R) adalah tempat nyeri dirasakan, Severety, atau skala (S) adalah seperti apa nyeri yang dirasakan, dituliskan dalam skala 1-10 semakin besar angkanya maka nyeri yang dirasakan juga semakin parah, dan Time, atau waktunya (T) adalah sejak kapan pasien merasakan nyeri.

##### **2) Riwayat kesehatan dahulu**

Lakukan pengkajian pasien, apakah pasien dulu pernah menderita penyakit sama, atau tidak, terus pernah memiliki riwayat penyakit sebelumnya, atau tidak.

3) Riwayat kesehatan keluarga (genogram)

Lakukan pengkajian ada atau tidaknya keluarga pasien pernah menderita penyakit yang sama, atau tidak.

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

- a) Penampilan umum.
- b) Kesadaran.
- c) Tanda-tanda vital.

2) Sistem Endokrin

Lakukan pengkajian tentang bagaimana keadaan abdomennya, dan kandung empedu.

e. Pola aktivitas

1) Nutrisi

Dilakukan pengkajian terhadap porsi makan pasien, dan nafsu makan pasien.

2) Aktivitas

Dilakukan pengkajian terhadap aktivitas sehari-hari, kesulitan melakukan aktivitas, dan anjuran untuk bedrest.

3) Aspek psikologis

Dilakukan pengkajian terhadap emosi pasien, pengetahuan terhadap penyakit, dan suasana hati.

4) Aspek penunjang

- a) Hasil pemeriksaan Laboratorium.
- b) Obat-obatan terapi sesuai dengan anjuran dokter.

**2. Diagnosa Keperawatan**

a. Diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI

- 1) Nyeri akut.
- 2) Risiko ketidakseimbangan cairan.

- 3) Risiko deficit nutrisi.
  - 4) Gangguan integritas kulit/jaringan.
  - 5) Defisit pengetahuan.
- b. Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI
- 1) Nyeri akut

Tujuan & kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah dapat teratasi, kriteria hasil :

    - a) Keluhan nyeri berkurang.
    - b) Kemampuan mengontrol nyeri meningkat.

Intervensi :

    - a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.
    - b) Identifikasi skala nyeri.
    - c) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
    - d) Fasilitasi istirahat dan tidur.
    - e) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.
    - f) Kolaborasi pemberian analgetik.
  - 2) Risiko ketidakseimbangan cairan

Tujuan & kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah dapat teratasi, kriteria hasil :

    - a) Seimbangnya cairan dalam tubuh.
    - b) Cairan dalam tubuh tidak mengalami kekurangan serta kelebihan.

Intervensi :

    - a) Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi.
    - b) Memonitor frekuensi napas.
    - c) Memonitor berat badan.
    - d) Memonitor tekanan darah.
    - e) Memonitor jumlah, warna, dan berat jenis urine.

- f) Memonitor intake, dan output cairan.
- g) Identifikasi factor risiko ketidakseimbangan cairan.

3) Risiko defisit nutrisi

Tujuan & kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah dapat teratasi, kriteria hasil :

- a) Asupan nutrisi, dan gizi dalam tubuh seimbang.

Intervensi :

- a) Mengidentifikasi tentang status nutrisi.
- b) Mengidentifikasi apakah ada alergi, dan intoleransi makanan.
- c) Mengidentifikasi makanan apa yang disukai.
- d) Memonitor asupan nutrisi makanan.
- e) Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah adanya konstipasi.
- f) Berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein.

4) Gangguan integritas kulit

Tujuan & kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah dapat teratasi, kriteria hasil :

- a) Merawat kulit dari perkembangan mikroorganisme.
- b) Menjaga keutuhan kulit.
- c) Merawat kelembaban kulit.

Intervensi :

- a) Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit.
- b) Bersihkan perineal dengan air hangat.
- c) Hindari produk yang menggunakan bahan dasar alkohol pada kulit kering.
- d) Menganjurkan untuk minum air yang cukup.
- e) Menganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi.
- f) Menganjurkan untuk meningkatkan asupan buah, dan sayur.

5) Defisit pengetahuan

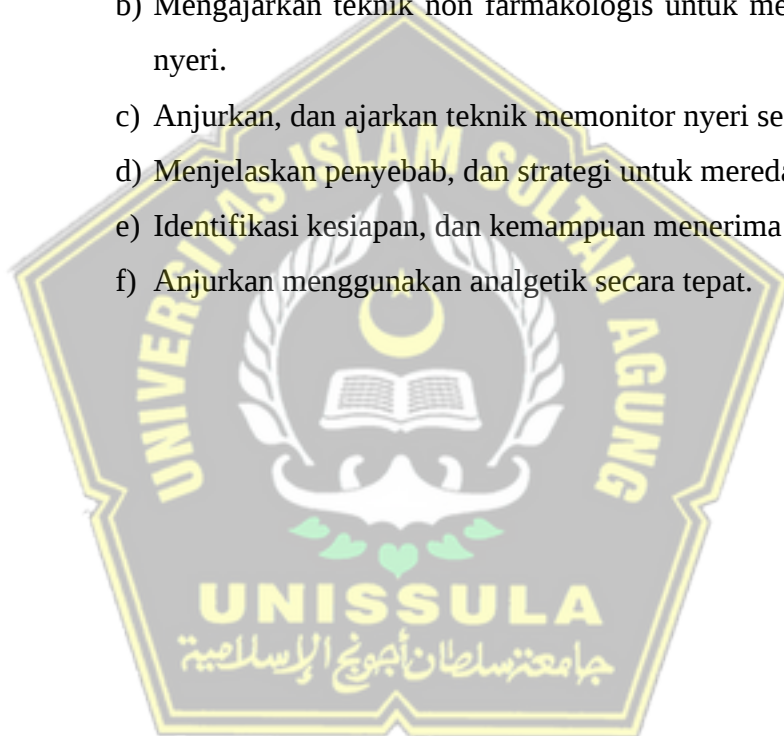
### Tujuan & Kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah dapat teratasi, kriteria hasil :

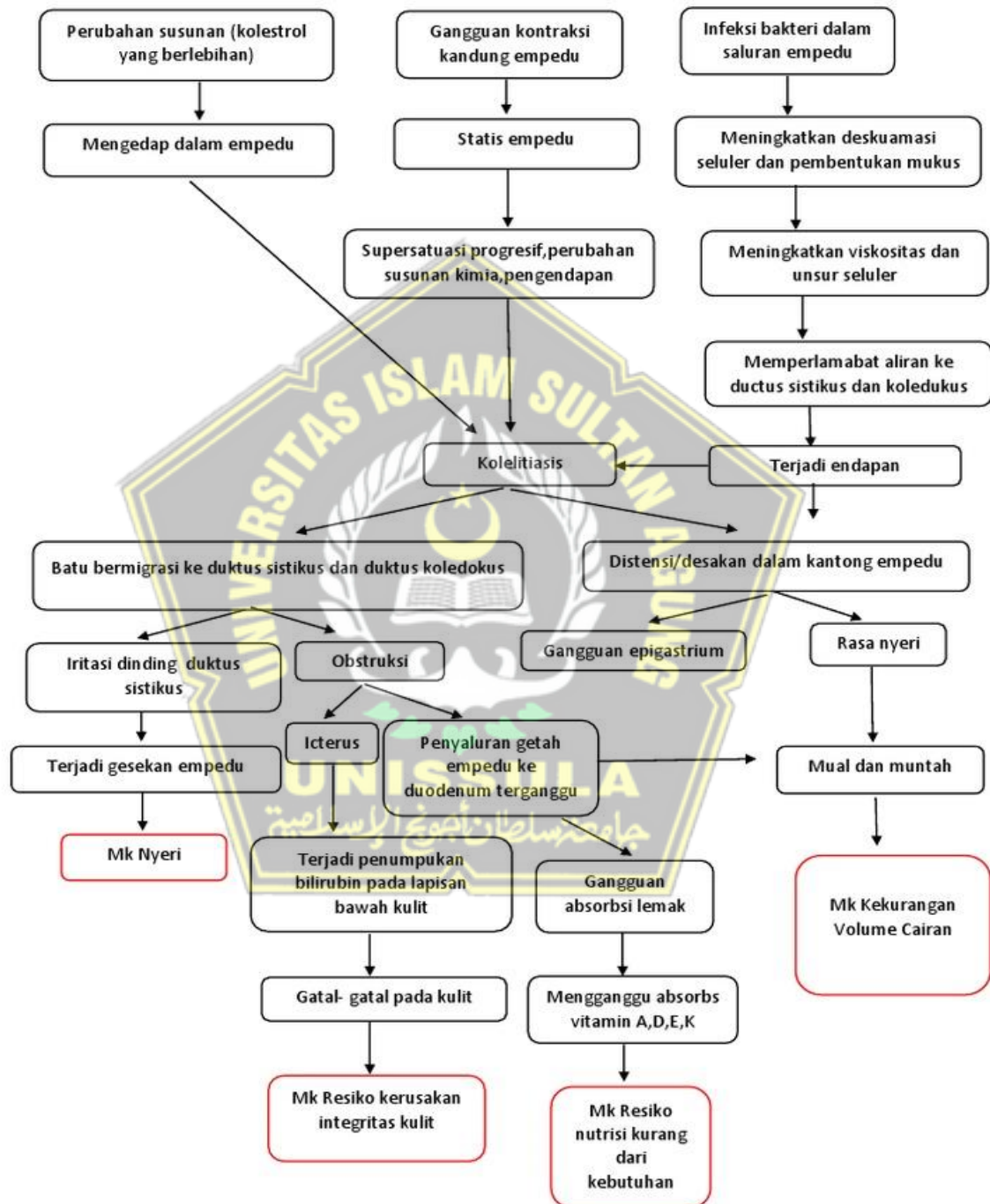
- a) Pasien mengerti tentang apa penyakitnya.
- b) Pasien mengerti tentang apa penyebab penyakitnya.
- c) Pasien mengerti tentang penanggulangan penyakitnya.

### Intervensi :

- a) Menjelaskan penyebab, dan strategi untuk meredakan nyeri.
- b) Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
- c) Anjurkan, dan ajarkan teknik memonitor nyeri secara mandiri.
- d) Menjelaskan penyebab, dan strategi untuk meredakan nyeri.
- e) Identifikasi kesiapan, dan kemampuan menerima informasi.
- f) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.



### C. Clinical Pathways



Pathways 2.1 Kolelitiasis

### **BAB III**

## **LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Identitas**

###### **a. Identitas pasien**

Pasien bernama : Ibu S, umurnya 51 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, suku/bangsa Jawa/Indonesia, beralamat di Taruman RT 001 RW 002 Taruman Klambu Grobogan, dengan diagnosa medisnya Kolelitiasis, tanggal, dan jam masuk di rumah sakit islam sultan agung adalah 24 Januari 2021, dan 8:27, dengan nomor RM 01424932.

###### **b. Identitas penanggung jawab**

Penanggung jawab pasien selama di rumah sakit ialah bernama Nn A yang merupakan anak dari pasien, berumur 30 tahun, berjenis kelamin Perempuan, beragama Islam, suku/bangsa Jawa/Indonesia, pendidikan terakhir Sarjana, pekerjaan sebagai Guru, yang beralamat di Taruman RT 001 RW 002 Taruman Klambu Grobogan.

##### **2. Keluhan Utama**

Pasien mengatakan merasakan nyeri pada perutnya.

##### **3. Riwayat penyakit sekarang**

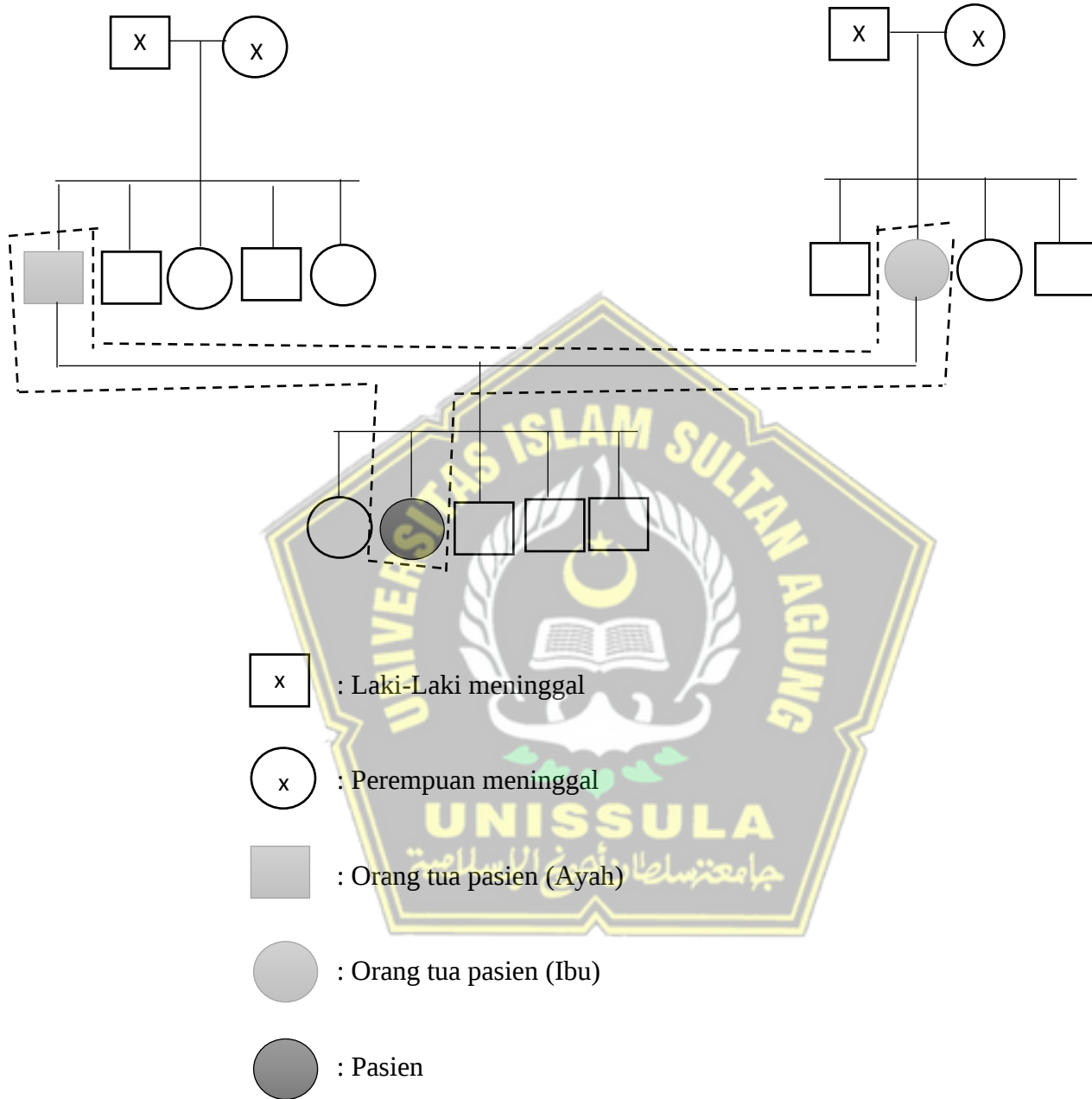
Pasien mengatakan merasakan nyeri pada perutnya seperti ditusuk-tusuk, sudah 2 hari merasakan nyeri tersebut,

##### **4. Riwayat Kesehatan lalu**

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami sakit yang harus membuatnya ke rumah sakit baru kali ini ia harus sampai menjalani perawatan di rumah sakit.

##### **5. Riwayat Kesehatan keluarga**

a. Susunan Kesehatan Keluarga



— : Garis keturunan

-----: Tinggal serumah

b. Penyakit yang pernah diderita : Pasien mengatakan bahwa tidak pernah mengidap penyakit apapun yang berhubungan dengan penyakitnya sekarang

- c. Penyakit yang sedang diderita : Pasien mengatakan bahwa keluarganya sehat-sehat saja, tidak sedang sakit.

6. Riwayat Kesehatan lingkungan

Pasien mengatakan bahwa rumahnya bersih, dan lingkungannya juga bersih, keadaan lingkungan tempat tinggalnya bersih, banyak pepohonan disamping rumah, rumah, dan lingkungan tempat tinggalnya aman, dan tidak ada kemungkinan terjadinya bahaya

7. Pola Kesehatan Fungsional

a. Pola persepsi dan pemeliharaan Kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan paham tentang kesehatannya, tetapi tidak tahu soal makanan yang bisa menyebabkan suatu penyakit, dan selalu menjaga kebersihan, dan kesehatan, dan selama dirawat pasien harus mengikuti apa yang diatur oleh perawat, baik itu kebersihan diri, kesehatan, dan pola makanannya.

b. Pola nutrisi metabolic

Sebelum sakit pasien mengatakan makan-makanan yang banyak mengandung kolesterol, seperti daging, dan makanan yang banyak mengandung minyak, tetapi disamping mengonsumsi makanan tadi juga mengonsumsi sayuran juga, dan selama dirawat pasien mengatakan bahwa sekarang dalam hal mengonsumsi makanan, diatur oleh perawat.

c. Pola eliminasi

BAB 2X sehari, warna kuning, konsistensi padat, tidak menggunakan pencahar, tidak adanya keluhan diare maupun konstipasi baik itu sebelum sakit, dan selama dirawat.

d. Pola istirahat, dan tidur

Sebelum sakit, dan selama dirawat pasien mengatakan tidur siang pada pukul 13:40-15:00, dan tidur malam pada pukul 21:00-04:00. Jadi lama tidur pasien dalam sehari adalah sekitar 10 jam.

e. Pola aktivitas, dan Latihan

Sebelum sakit pasien mengatakan setiap dirumah melakukan kegiatan yang umumnya dikerjakan oleh Ibu Rumah Tangga, seperti menyapu, memasak, bersih-bersih rumah, dan selama dirawat pasien mengatakan hanya bisa berbaring di ruangan.

f. Pola kognitif perseptuan sensori

Pasien mengatakan tidak mempunyai keluhan, atau gangguan pada kemampuan sensasi (penglihatan, pendengaran ), dan kesulitan yang dialami (sering pusing, menurunnya sensitivitas terhadap nyeri, dan panas, dingin), tetapi pasien mengatakan nyeri P : Pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri saat perutnya digerakkan, di sentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya tidak sering, nyerinya itu seperti di tusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 3 (moderate), Time :Waktu Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, nyeri dirasakan pada waktu pagi, dan malam.

g. Pola persepsi, dan konsep diri

Pasien mengatakan bahwa semua penyakit itu datangnya dari Tuhan, dan pasien hanya bisa berusaha sembuh, dengan cara melakukan pengobatan, bersabar, dan selalu beribadah, dan berdoa memohon kesembuhan dari Tuhan. Karena kesembuhan, kesehatan berasal dari Tuhan, jika Tuhan berkehendak sembuh, maka sembuhlah, kita hanya bisa berusaha yang terbaik.

h. Pola mekanisme koping

Sebelum sakit pasien mengatakan apabila ada masalah biasanya meminta bantuan pada temannya, dan suaminya, dan selama dirawat pasien mengatakan apabila ada masalah meminta bantuan, dan pertolongan pada anaknya, karena anaknya yang mendampingi.

i. Pola seksual reproduksi

Pasien mengatakan fungsi seksual, yaitu hubungan suami istri, dan kemampuan seorang istri untuk mengandung anak, menjaganya, sampai melahirkan.

j. Pola peran berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan sebelum sakit, dan selama dirawat adalah orang yang baik, akrab dengan keluarganya, tetap menjaga hubungan baik, baik itu dengan keluarga, tenaga kesehatan, ataupun pasien lain selama dirawat, dan keadaannya saat ini tidak menjadi penghambat.

k. Pola nilai, dan kepercayaan

Sebelum sakit pasien mengatakan orang yang taat dalam beribadah, tidak pernah meninggalkan sholatnya, dan mengaji, dan selama dirawat Pasien mengatakan walaupun keadaannya sakit, tidak meninggalkan sholat meskipun sholatnya dengan berbaring.

**B. Pemeriksaan fisik (Head to toe)**

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 1 Februari 2021, didapatkan data bahwa tingkat kesadaran pasien composmentis, keadaan penampilan pasien lemah, tanda-tanda vital pasien suhu tubuh : 36,7°C, tekanan darah : 170/102 mmHg, Respirasi : 20x/menit, Nadi : 109x/menit, terdapat luka  $\pm$  3cm, luka bagus tidak keluar pus.

Pada pemeriksaan kepala ditemukan bentuk kepala Bentuk bulat , rambut sehat, bersih, warna hitam tapi ada rambut yang berwarna putih. Pada pemeriksaan mata Kemampuan penglihatannya Baik, normal, ukuran pupilnya normal, reaksi terhadap cahayanya + Baik, bagus, konjungtivanya tidak anemis, skleranya tidak ikterik, tidak menggunakan alat bantu, dan tidak ditemukannya adanya secret. Pada pemeriksaan hidung bersih, tidak ada secret, tidak epistaksis, tidak ada polip, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak memakai oksigen. Pada pemeriksaan telinga bentuknya agak besar, tidak hilang pendengaran, tidak memakai alat bantu dengar, tidak ada infeksi. Pada pemeriksaan mulut, leher, dan tenggorokannya tidak mengalami gangguan bicara, gigi sehat walaupun berwarna kuning, tidak ada nyeri telan, tidak mengalami kesulitan mengunyah, tidak oedema dileher, keadaan vena jugularis tampak setinggi leher, tidak ada pembesaran tonsil

Pada pemeriksaan dada ditemukan bahwa dada pasien simetris kanan kiri Jantung setelah di inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, tidak terdapat

kelainan, tidak ada oedema paru-paru setelah di inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi normal, tidak terdapat kelainan.

Pada pemeriksaan abdomennya setelah di inspeksi, palpasi, perkuasi, dan auskultasi normal, tidak terdapat kelaianan, akan tetapi ibunya merasakan nyeri pada area perutnya. Pada pemeriksaan genetaliaanya tidak terpasang kateter, tidak ada kelainan, tidak adanya infeksi. Pada pemeriksaan kulit bersih, warna sawo matang, turgor cepat, tidak adanya oedema, tidak ada luka

### C. Data Penunjang

#### 1. Hasil pemeriksaan laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium tertanggal 1 Februari 2021

| Pemeriksaan           | Hasil      | Nilai rujukan | Satuan        | Keterangan |
|-----------------------|------------|---------------|---------------|------------|
| Hematologi            |            |               |               |            |
| Darah rutin I         |            |               |               |            |
| Hemoglobin            | 12,2       | 11,7-15,5     | g/dL          |            |
| Hematokrit            | 38,1       | 33,0-45,0     | %             |            |
| Leukosit              | 6,38       | 3,60-11,00    | ribu- $\mu$ L |            |
| Trombosit             | 240        | 150-440       | ribu- $\mu$ L |            |
| Golongan darah        | AB/Positif |               |               |            |
| PTT                   | H 11,5     | 9,3-11,4      | Detik         |            |
| PT                    | 11,2       | 9,4-12,8      | Detik         |            |
| PT (Kontrol)          |            |               |               |            |
| APTT                  | 24,8       | 21,8-28,4     | Detik         |            |
| APTT (Kontrol)        | 26         | 21,2-28,6     | Detik         |            |
| Kimia klinik          |            |               |               |            |
| Glukosa darah sewaktu | 109        | 75-110        | mg/Dl         |            |
| Ureum                 | 18         | 10-50         | mg/Dl         |            |

|                 |      |           |       |
|-----------------|------|-----------|-------|
| Kreatinin       | 0,76 | 0,60-1,10 | mg/dL |
| SGOT (AST)      | H 73 | 0-35      | U/L   |
| SGPT (ALT)      | 31   | 0-35      | U/L   |
| Bilirubin total | 0,67 | 0,1-1,0   | mg/Dl |

**Tabel 1 Pemeriksaan laboratorium**

## 2. Pemeriksaan radiologi

### 1) CT Scan abdomen (CT Scan kontras)

#### CT ABDOMEN DENGAN KONTRAS

Hepar ukuran besar parenkim heterogeny, tampak lesi heterogeny dilobus kanan hepar meluas sampai kearah paraorta kanan ukuran sekitar 6,8x12,1x10,8 cm *post* injeksi kontras tampak penyangatan heterogeny, tak tampak thrombus pada Vena Porta, Vena Hepatika, dan Vena Porta tak lebar Ductus Biliabis tak lebar.

Vesika Fellea sulit dievaluasi.

Lien ukuran normal, Vena Lienalis tak lebar.

Pankreas ukuran normal, parenkim normal, ductus pankreaticus tak lebar.

Ginjal kanan kiri ukuran, letak, dan aksis normal, parenkim normal, Pcs tak tampak batu/massa.

Vesika Urinaria dinding tak tebal, tak tampak batu/massa.

Uterus ukuran normal, parenkim normal, tak tampak massa.

Tak tampak cairan bebas intraabdominal.

Tak tampak efusi pleura.

Tak tampak destruksi tulang.

Kesan :

Hepatomegali dengan massa dilobus kanan hepar meluas sampai keparaorta, ukuran sekitar 6,8x12,1x10,8 cenderung hepatoma.

Ginjal, Lien, dan Pankreas dalam batas normal.

**Tabel 2 Pemeriksaan radiologi**

### 3. Hasil Pemeriksaan Mikrobiologi klinik

| Pemeriksaan                        | Hasil   | Nilai rujukan | Reagen                                         |
|------------------------------------|---------|---------------|------------------------------------------------|
| Mikrobiologi<br>Antigen Rapid Test | Negatif | Negatif       | SD Biosensor<br>(sesuai<br>rekomendasi<br>WHO) |

**Tabel 3 Pemeriksaan mikrobiologi klinik**

#### **D. Analisis Data**

Hasil pengkajian hari senin tanggal 1 Februari ditemukan Data subjektif, pasien mengatakan merasakan nyeri pada bagian perutnya P : Pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri saat perutnya digerakkan, di sentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya tidak sering, nyerinya itu seperti di tusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 3 (moderate), Time : Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, nyeri dirasakan pada waktu pagi, dan malam, data objektif pasien tampak meringis sakit. Berdasar pengkajian diatas didapatkan diagnosa nyeri akut *post op* hari kedua berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Kedua, data subjektif, pasien mengatakan bahwa tidak mengerti tentang penyakitnya, dan tidak mengerti apa penyebabnya, dan data objektif, pasien tampak kebingungan, dan tidak tahu apa penyakitnya, dan apa yang menyebabkan penyakitnya. Berdasar pengkajian diatas didapatkan diagnosa defisit pengetahuan tentang Kolelitiasis berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

#### **E. Diagnosa Keperawatan & Prioritas Keperawatan**

Diagnosa pertamanya diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik *post op* hari kedua ditandai dengan P : Pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri saat perutnya digerakkan, di sentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya tidak sering, nyerinya itu seperti di tusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala

nyerinya berada diskala 3 (moderate), Time : Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, nyeri dirasakan pada waktu pagi, dan malam, data objektif pasien tampak meringis sakit.

Diagnosa keduanya defisit pengetahuan tentang Kolelitiasis berhubungan dengan kurang terpapar informasi, ditandai dengan data subjektif, pasien mengatakan bahwa tidak mengerti tentang penyakitnya, dan tidak mengerti apa penyebabnya, dan data objektif, pasien tampak kebingungan, dan tidak tahu apa penyakitnya, dan apa yang menyebabkan penyakitnya

#### **F. Planning/Intervensi**

Pada hari Senin 1 Februari 2021 penulis menyusun planning/intervensi masing-masing dari setiap diagnosa yang muncul.

Diagnosa pertamanya nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik *post op* hari kedua, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam diharapkan nyeri pasien hilang dengan kriteria hasil nyeri terkontrol & hilang, mampu mengenali penyebab nyeri, dukungan orang terdekat. Dengan intervensinya, antara lain mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, monitor efek samping penggunaan analgesik, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, berikan teknik non farmakologis berupa teknik distraksi relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri, anjurkan, dan ajarkan memonitor nyeri secara mandiri, dan anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri.

Diagnosa keduanya defisit pengetahuan tentang Kolelitiasis berhubungan dengan kurang terpapar informasi, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam, diharapkan pasien bisa mengerti tentang apa penyakitnya dan apa penyebabnya dengan kriteria hasil pasien mengerti tentang apa penyakitnya, Pasien mengerti tentang apa penyebab penyakitnya, pasien mengerti tentang penanggulangan penyakitnya. Dengan intervensinya, antara lain jelaskan penyebab, periode, dan dilakukan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan

analgetik secara tepat, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri berupa dilakukan latihan distraksi relaksasi.

#### **G. Implementasi**

Hari senin tanggal 1 februari 2021 jam 08:00, melakukan implementasi diagnosa pertama, meliputi mengecek KU, mengidentifikasi lokasi, skala nyeri, memberikan obat analgesik, data subjektif pasien mengatakan P : Pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri saat perutnya digerakkan, di sentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya tidak sering, nyerinya itu seperti di tusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 3 (moderate), Time : Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, nyeri dirasakan pada waktu pagi, dan malam, dan data objektif pasien tampak meringis sakit. Selanjutnya pada jam 12:00 mengecek KU, mengidentifikasi lokasi, skala nyeri, memberikan obat analgesik, data subjektif mengatakan P : Pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri saat perutnya digerakkan, di sentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya tidak sering, nyerinya itu seperti di tusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 3 (moderate), Time : Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, nyeri dirasakan pada waktu pagi, dan malam, dan data objektif pasien tampak meringis sakit.

Pada jam 08:00, melakukan implementasi diagnosa kedua juga, meliputi menjelaskan penyebab, dan strategi untuk meredakan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, anjurkan, dan ajarkan teknik memonitor nyeri secara mandiri, data subjektif pasien bertanya apa penyebab dari nyeri yang diderita, dan cara untuk meredakannya, dan data objektif pasien tampak kebingungan dan tidak tahu, pasien tampak mengeluhkan nyeri. Selanjutnya pada jam 12:00 menjelaskan penyebab, dan strategi untuk meredakan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, anjurkan, dan ajarkan teknik memonitor nyeri secara mandiri, data subjektif pasien mengatakan masih bingung dengan bagaimana cara mengurangi nyerinya, dan data objektif

pasien tampak bingung, pasien mengikuti anjuran, dan ajaran dari perawat untuk memonitor nyeri.

Pada hari selasa, 2 Februari 2021 jam 08:00, melakukan implementasi diagnosa pertama, meliputi meliputi mengecek KU, mengidentifikasi lokasi, skala nyeri, memberikan obat analgesik, data subjektif P : Pasien mengatakan bahwa masih merasakan nyeri saat perutnya digerakkan, di sentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya tidak sering, nyerinya itu seperti di tusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 3 (moderate), Time : Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, nyeri dirasakan pada waktu pagi, dan malam, dan data objektif pasien tampak meringis sakit. Selanjutnya pada jam 12:00 mengecek KU, mengidentifikasi lokasi, skala nyeri, memberikan obat analgesik, data subjektif P : Pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri sedikit saat perutnya digerakkan, di sentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya tidak sering, nyerinya itu seperti di tusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 2 , Time : Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, nyeri dirasakan pada waktu pagi, dan malam, dan data objektif pasien tampak meringis sakit.

Pada jam 08:00, melakukan implementasi diagnosa kedua juga, meliputi menjelaskan penyebab, dan strategi untuk meredakan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, anjurkan, dan ajarkan teknik memonitor nyeri secara mandiri, data objektif pasien tampak sudah mulai paham, pasien masih mengeluhkan nyeri, pasien mengikuti arahan dari perawat untuk mengurangi nyeri. Selanjutnya pada jam 12:00 menjelaskan penyebab, dan strategi untuk meredakan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, anjurkan, dan ajarkan teknik memonitor nyeri secara mandiri pasien tampak sudah mulai paham, pasien masih mengeluhkan nyeri, pasien mengikuti arahan dari perawat untuk mengurangi nyeri.

Pada hari Rabu, 3 Februari 2021 jam 08:00, melakukan implementasi diagnosa pertama, meliputi mengecek KU, mengidentifikasi lokasi, skala nyeri, memberikan obat analgesik, data subjektif pasien mengatakan P : Pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri sedikit pada saat perutnya digerakkan, di sentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya sudah agak mendingan, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 1, Time : Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama. Selanjutnya pada jam 12:00 mengecek KU, mengidentifikasi lokasi, skala nyeri, memberikan obat analgesik, data subjektif pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri lagi, nyeri diskala 0.

Pada jam 08:00 melakukan implementasi diagnosa kedua juga, meliputi menjelaskan penyebab, dan strategi untuk meredakan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, anjurkan, dan ajarkan teknik memonitor nyeri secara mandiri, data subjektif pasien mengatakan sudah paham tentang bagaimana teknik untuk mengurangi rasa nyeri, dan sudah tahu tentang apa itu penyakit kolelititasis, dan penyebabnya.

#### **H. Evaluasi**

Pada hari senin, 1 Februari 2021 jam 08:00 dilakukan evaluasi pada diagnosa pertama ditemukan, data subjektif P : Pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri saat perutnya digerakkan, disentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya tidak sering, nyerinya itu seperti di tusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 3 (moderate), Time : Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, nyeri dirasakan pada waktu pagi, dan malam, dan data objektif pasien tampak meringis sakit, assessment masalah belum teratasi, planning/intervensi lanjutkan semua intervensi. Selanjutnya pada jam 12:00 mengatakan P : Pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri saat perutnya digerakkan, di sentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya tidak sering, nyerinya itu seperti di tusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 3, Time : Pasien

mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, nyeri dirasakan pada waktu pagi, dan malam, dan data objektif pasien tampak meringis sakit.

Pada jam 08:00 juga dilakukan evaluasi untuk diagnosa kedua data subjektif pasien mengatakan tidak tahu tentang yang menyebabkan kolelitiasis, dan cara untuk mengurangi, data objektif, pasien tampak bingung, pasien mengeluhkan nyeri, pasien mengikuti arahan dari perawat untuk mengurangi nyeri, assessment masalah belum teratasi, planning/intervensi lanjutkan semua intervensi. Selanjutnya pada jam 12:00, data subjektif pasien mengatakan tidak tahu tentang yang menyebabkan kolelitiasis, dan cara untuk mengurangi, data objektif, pasien tampak masih bingung, pasien mengeluhkan nyeri, pasien mengikuti arahan dari perawat untuk mengurangi nyeri, assessment masalah belum teratasi, planning lanjutkan semua intervensi.

Pada hari selasa, 2 Februari 2021 jam 08:00, data subjektif , data subjektif P : Pasien mengatakan bahwa masih merasakan nyeri saat perutnya digerakkan, di sentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya tidak sering, nyerinya itu seperti di tusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 3 (moderate) Time : Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, nyeri dirasakan pada waktu pagi, dan malam, dan data objektif pasien tampak meringis sakit, assessment masalah belum teratasi planning lanjutkan semua intervensi. Selanjutnya pada jam 12:00, data subjektif P : Pasien mengatakan bahwa masih merasakan nyeri saat perutnya digerakkan, di sentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya tidak sering, nyerinya itu seperti di tusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 2 Time : Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, nyeri dirasakan pada waktu pagi, dan malam, dan data objektif pasien tampak meringis sakit, assessment masalah belum teratasi, planning lanjutkan semua intervensi.

Pada jam 08:00 juga dilakukan evaluasi untuk diagnosa kedua, data Pasien mengatakan tidak tahu tentang yang menyebabkan kolelitiasis, dan

cara untuk mengurangi, data objektif, pasien tampak masih bingung, pasien mengeluhkan nyeri, pasien mengikuti arahan dari perawat untuk mengurangi nyeri, assessment masalah belum teratasi, planning lanjutkan semua intervensi. Selanjutnya pada jam 12:00, data subjektif pasien mengatakan sudah tahu yang menyebabkan kolelitiasis, dan cara untuk menguranginya, data objektif pasien tampak sudah mulai paham, dan mengerti, pasien mengikuti arahan dari perawat untuk mengurangi nyeri, pasien mengeluh masih terasa nyeri, assessment masalah teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi 2,3,4

Pada hari Rabu, 3 Februari 2021 jam 08:00, data subjektif data subjektif pasien mengatakan P : Pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri sedikit pada saat perutnya digerakkan, di sentuh, Q : Pasien mengatakan nyerinya sudah agak mendingan, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 1, Time : Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, assessment nyeri, planning/intervensi lanjutkan semua intervensi. Selanjutnya pada jam 12:00 data subjektif pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri lagi, nyeri diskala 0, data objektif pasien sudah tidak tampak meringis sakit, assessment masalah teratasi, planning hentikan intervensi.

Pada jam 08:00, juga dilakukan evaluasi untuk diagnosa kedua, data subjektif pasien mengatakan sudah tahu, dan paham tentang yang menyebabkan kolelitiasis, dan cara untuk mengurangi, data objektif pasien tampak sudah paham, pasien sudah tidak merasakan nyeri, skala nyeri 0, assessment masalah teratasi, planning hentikan intervensi.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis membahas tentang hasil asuhan keperawatan pada Ibu S dengan Kolelithiasis *post op* hari kedua di Ruang Baitus Salam 2 RSI Sultan Agung Semarang yang dikelola 3 hari 1 Februari 2021 sampai dengan 3 Februari 2021. Pada bagian ini penulis akan membahas tentang permasalahan atau kekurangan yang didapatkan selama dalam pemberian asuhan keperawatan pada Ibu S dengan Kolelithiasis, beserta memperhatikan aspek-aspek dalam proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, planning, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan penulis, pada tanggal 1 Februari 2021 didapatkan pasien Ibu S dengan diagnosa kolelithiasis. Adapun definisi, etiologi, tanda, dan gejala, dan komplikasi dari penyakit kolelithiasis adalah sebagai berikut. Definisi dari kolelithiasis atau bisa disebut dengan koledokolithiasis, yakni adanya batu di area sekitar kandung empedu, atau saluran kandung empedu, yang komposisi utamanya merupakan kolesterol (Nurarif & Kusuma 2015). Etiologi dari penyakit kolelithiasis ini belum diketahui secara pasti apa penyebabnya. Tetapi ada suatu teori mengatakan bahwa yang menyebabkan supersaturasi empedu di dalam area kandung empedu adalah kolesterol. Setelah beberapa lama, empedu yang telah mengalami supersaturasi tersebut, kemudian mengkristal dan lalu terbentuklah batu (Nurarif & Kusuma 2015).

Kolelithiasis dapat menyebabkan berbagai komplikasi, yang berupa antara lain kolesistitis akut yang menimbulkan perforasi, peritonitis, ikterus obstruktif, kolangitis, pankreatitis, dan perubahan keganasan. (Wibowo et al., 2010). Respons komplikasi akut penyakit kolelithiasis mulai dari peradangan, akan menyebabkan suhu meningkat. Respon kolik bilier yang kronis akan meningkatkan kebutuhan metabolisme tubuh sehingga pasien akan mengalami kelelahan. Akan dilakukan metode pembedahan, intervensi litotripsi, atau intervensi endoskopik yang

memberikan respon psikologis kecemasan dan pemenuhan informasi pada pasien kolelitiasis, jika ditemukan respon adanya batu (Muttaqin & Sari 2013).

Pada saat pengkajian didapatkan data pasien, bahwa pasien merasakan nyeri pada bagian perutnya, kemudian pasien mengatakan bahwa tidak tahu penyebab dari nyeri tersebut. Berdasarkan hasil pengkajian yang telah didapatkan tersebut penulis mengambil 2 diagnosa, adalah

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik *post op* hari kedua dibuktikan dengan nyeri pada bagian perut, pasien tampak meringis, dan gelisah

Definisi menurut SDKI (PPNI, 2016) Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penulis mengangkat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik karena saat pengkajian didapatkan data pasien mengeluh nyeri pada perutnya, pasien tampak meringis, gelisah, dan tidak mau perutnya di pegang. Batasan karakteristik dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) sudah sesuai, yaitu tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif.

Diagnosa nyeri akut menjadi prioritas pertama, karena terdapat data mayor yang mendukung, adalah perasaan terkait nyeri, dan data minor, terdapat napsu makan yang berubah, terdapat peningkatan tekanan darah, dan pola pikir yang terganggu akibat perasaan terkait sensasi nyeri yang dirasakan. Penulis memprioritaskan diagnosa ini karena keluhan atau masalah yang sedang di rasakan oleh pasien, jika tidak segera di tangani dengan cepat, maka dapat mengakibatkan rasa ketidaknyamanan serta dapat menghambat proses aktivitas sehari-hari pasien.

Intervensi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang dilakukan selama 3x7 jam, adalah mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri, berikan teknik nonfarmakologis, ajarkan teknik nonfarmakologis, dan kolaborasi pemberian analgetic.

Implementasi yang dilakukan penulis, sesuai dengan intervensi keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya, dan dapat dilakukan secara keseluruhan tidak ada hambatan ataupun kendala yang ditemukan, karena pasien mampu mengikuti semua intruksi yang telah diberikan oleh penulis, dan pasien kooperatif.

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis, setelah melakukan tindakan keperawatan didapatkan data : Pasien mengatakan masih terasa nyeri berdasarkan pengkajian yang sudah dilakukan dengan metode P,Q,R,S,T didapatkan data sebagai berikut P : nyeri saat digerakan, dan disentuh, Q : nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut, S : Skala nyerinya berada diskala 3 (moderate), T : Pasien mengatakan nyerinya tidak berlangsung lama, nyeri dirasakan pada waktu pagi, dan malam, TD : 170/102mmHg, N : 109x/m, S : 36,7°C, dan RR : 20x/m. Berdasarkan capaian kriteria hasil yang sudah ditetapkan, ada kriteria hasil yang belum tercapai, yaitu pasien masih merasakan nyeri di bagian perutnya, di tinjau dari skala nyeri (moderate) di dapatkan hasil 3 dimana ini termasuk dalam kategory nyeri sedang, dan masalah ini masih belum teratasi.

## 2. Defisit pengetahuan tentang kolelitiasis berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Definisi menurut SDKI (PPNI, 2016) Defisit pengetahuan adalah ketiadaan, atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Penulis mengangkat diagnosa defisit pengetahuan tentang kolelitiasis berhubungan dengan kurang terpapar informasi karena saat pengkajian didapatkan, data subjektif, pasien tidak mengerti tentang penyakitnya, dan kemudian pasien bertanya kepada perawat tentang penyakitnya, data objektif pasien tampak kebingungan, dan perilaku pasien memakan-makanan yang banyak mengandung kolesterol sebelum sakit.

Penulis mengambil diagnosa ini karena terdapat tanda mayor, yang pertama dari subjeknya pasien menanyakan masalah yang dihadapi, yang kedua dari objeknya menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah yang dihadapi, dan data minor menunjukkan perilaku yang berlebihan.

Intervensi diagnosa defisit pengetahuan tentang kolelitiasis berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang dilakukan 3x7 jam, adalah Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan, dan ajarkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri.

Implementasi yang dilakukan penulis, sesuai dengan intervensi keperawatan yang sudah ditentukan sebelumnya, dan dapat dilakukan secara keseluruhan tidak ada hambatan ataupun kendala yang ditemukan, karena pasien mampu mengikuti semua intruksi yang telah diberikan oleh penulis, dan pasien kooperatif.

Evaluasi yang dilakukan oleh penulis, setelah melakukan tindakan keperawatan didapatkan data : S : Pasien mengatakan tidak tahu tentang yang menyebabkan kolelitiasis, dan cara untuk mengurangi. O : Pasien tampak bingung, pasien mengeluhkan nyeri, pasien mengikuti arahan dari perawat untuk mengurangi nyeri. A : Defisit pengetahuan. P : Menjelaskan penyebab, dan strategi untuk meredakan nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, anjurkan, dan ajarkan teknik memonitor nyeri secara mandiri, menjelaskan penyebab, dan strategi untuk meredakan nyeri. Kekurangan penulis dalam karya tulis ini adalah :

Data yang tercantum pada analisa data di bab III masih kurang tepat, data yang seharusnya di tuliskan adalah data subjektif, pasien tidak mengerti tentang penyakitnya, dan kemudian pasien bertanya kepada perawat tentang penyakitnya, data objektif pasien tampak kebingungan, dan perilaku pasien memakan-makanan yang banyak mengandung kolesterol sebelum sakit.

Pada karya tulis ilmiah ini penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan diagnosa defisit perawatan diri. Seharusnya penulis mengangkat diagnosa keperawatan defisit perawatan diri dikarenakan berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data : pasien dalam hal toileting, makan, dan minum tidak dibantu, tetapi ketika mandi, berpakaian, dan berhias dibantu oleh anaknya.

Pada karya tulis ilmiah ini penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik. Seharusnya penulis mengangkat diagnosa

keperawatan gangguan mobilitas fisik dikarenakan berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data : pasien dalam bermobilisasi harus dibantu oleh anaknya.

Pada karya tulis ilmiah ini penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan diagnosa risiko infeksi. Seharusnya penulis mengangkat diagnosa keperawatan diagnosa risiko infeksi dikarenakan berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data : Pasien mengeluh nyeri pada daerah perutnya, dan luka berwarna kemerahan.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

Penulis mengambil kesimpulan dari asuhan keperawatan pada Ibu S dengan kolelitiasis adalah sebagai berikut :

1. Kolelitiasis adalah terdapatnya batu pada area kandung empedu, saluran empedu atau pada kedua-duanya pada umumnya komposisi utamanya merupakan kolesterol.
2. Pengkajian pada Ibu S dilakukan pada tanggal 1 Februari 2021. Berdasarkan pengkajian didapatkan data bahwa Ibu S mengalami nyeri pada bagian perutnya.
3. Masalah keperawatan yang muncul pada Ibu S yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik *post op* hari kedua ditandai dengan adanya nyeri seperti di tusuk-tusuk pada bagian perutnya, dan yang kedua defisit pengetahuan tentang kolelitiasis berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan pasien mengatakan bahwa tidak mengerti tentang penyakitnya dan tidak mengerti apa penyebabnya.
4. Rencana tindakan yang ditetapkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia , sedangkan untuk fokus intervensi yang diberikan pada Ibu S dengan diagnosa prioritas utama adalah teknik distraksi relaksasi adalah teknik pengalihan rasa nyeri, sakit, dan teknik tarik napas dalam.
5. Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari sesuai dengan intervensi sebelumnya pada masing-masing diagnosa.
6. Hasil evaluasi yang setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari yang didapatkan pada diagnosa pertama, yaitu tujuan tercapai dan masalah teratasi, dan pada diagnosa kedua tujuan tercapai dan masalah teratasi.

## **B. Saran**

### **1. Institusi Pendidikan**

Untuk mengetahui konsep dasar, pengertian, penyebab, tanda, dan gejala, komplikasi, serta bagaimana penatalaksanaan dari kolelitiasis, dan dapat mengaplikasikannya.

### **2. Profesi Keperawatan**

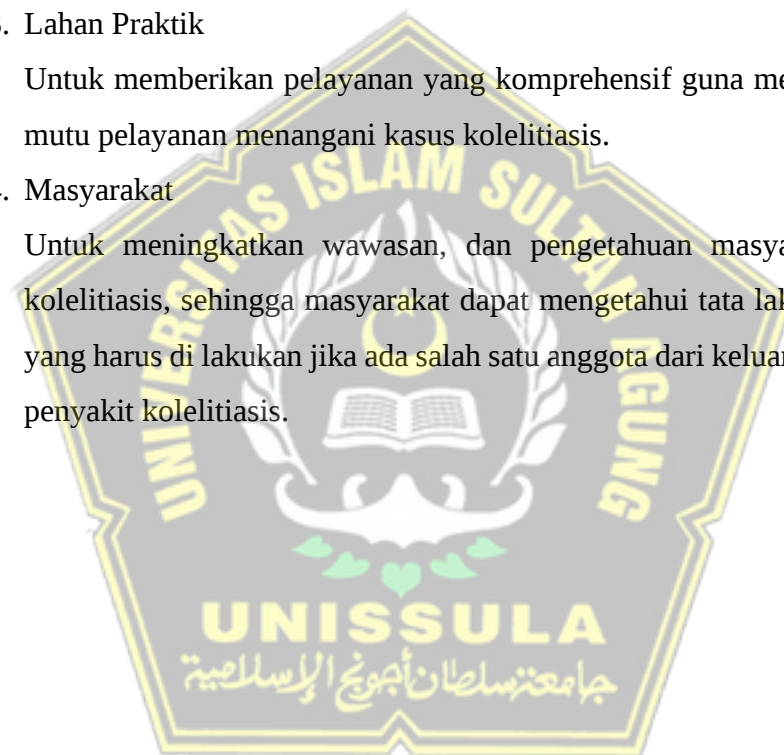
Untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan, dalam menangani kasus kolelitiasis.

### **3. Lahan Praktik**

Untuk memberikan pelayanan yang komprehensif guna mengoptimalkan mutu pelayanan menangani kasus kolelitiasis.

### **4. Masyarakat**

Untuk meningkatkan wawasan, dan pengetahuan masyarakat tentang kolelitiasis, sehingga masyarakat dapat mengetahui tata laksana, dan apa yang harus di lakukan jika ada salah satu anggota dari keluarganya terkena penyakit kolelitiasis.



## DAFTAR PUSTAKA

- Bloom, A. (2017). Cholecystitis: Practice Essentials, Background, Pathophysiology.<https://emedicine.medscape.com/article/171886-overview>
- Bass, G., Gilani, S. N. S., & Walsh, T. N. (2013). Validating the 5Fs mnemonic for cholelithiasis: Time to include family history. *Postgraduate Medical Journal*. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131341>
- Cahyono, B. S. (2014). *Tatalaksana Klinis di Bidang Gastro dan Hepatologi*. Jakarta : Sugeng Seto..
- Chang, Y. R., Jang, J. Y., Kwon, W., Park, J. W. (2013). *Changes in demographic features of gallstone disease: 30 years of surgically treated patients*. *Gut and Liver*. <https://doi.org/10.5009/gnl.2013.7.6.719>
- Diyono., Mulyanti Sri. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan (Dilengkapi Contoh Studi Kasus Dengan Aplikasi NANDA NOC NIC)*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group Nurarif & Kusuma, (2016). *Journal of Chemical Information and Modeling*. <https://doi.org/10.1017/CB09781107415324.004>
- Djumhana, A. (2010), *Jurnal Kedokteran Batu Empedu pada Wanita Lebih Besar*, Fakultas Kedokteran Unpad-Rumah Sakit Hasan Sadikin, Bandung.
- Fauzi A. (2011) *Kolangitis Akut*. Dalam : Rani A, Simadibrata M, Syam AF, Editor. *Buku ajar Gastroenterohepatologi*. Edisi-1. Internal Publishing; 2011:579-90.
- Heuman, D. (2017). Gallstones (Cholelithiasis) : Practice Essentials, Background, Patophysiology.<https://emedicine.medscape.com/article/175667-overview>
- Lesmana, L.A., Sulaiman, A., Akbar, N.& Noer, M.S. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Hati*, Jayabadi, Jakarta.

- Lesmana, L.A. (2010), Penyakit Batu Empedu dalam *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid I* Edisi 4, Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Muttaqin, A. & Sari (2013) Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Gastrointestinal. Jakarta: Salemba Medika.
- Naga,S.,Soleh. (2013). *Buku Panduan Lengkap Penyakit Dalam*. Jogjakarta: DIVA Press.
- Nurarif, H.,A & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda Nic-Noc*. Jogjakarta: Mediaaction Jogja.
- Rendy, M. Clevo &TH, Margareth. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*.Yogjakarta : Nuha Medika.
- Sandra, A. 2013. *Analisis Praktik Klinik Keperawatan Kesehatan pada Wanita Lebih Besar*.Bandung : Fakultas kedokteran Unpad-Rumah Sakit Hasan Sadikin.
- Stinton, L. M., & Shaffer, E. A. (2012). *Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer*. *Gut and Liver*, 6(2), 172–187.  
<http://doi.org/10.5009/gnl.2012.6.2.172>
- Rekam Medik / Medical Record RSI Sultan Agung Semarang tanggal 1 Februari 2021
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2016). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2016). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Wibowo, (2010). *Journal of Chemical Information and Modeling*.  
<https://doi.org/10.1017/CB09781107415324.004>

Wibowo S, Kanadihardja W, Sjamsuhidajat R, Syukur A (2010). *Saluran empedu dan hati. Dalam: Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi ke 3.* Jakarta: EGC, pp: 674-82.



## LAMPIRAN

### Lampiran 1

#### Surat Kesiediaan Membimbing

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN : 0622078602

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia untuk menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang sebagai berikut:

Nama : Sakti Ilham Alfadhil

NIM : 40901800090

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ibu S Dengan Cholelithiasis Post Op Hari Ke 2 Di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 9 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN : 0622078602

## Lampiran 2

### Surat Keterangan Konsultasi

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN : 0622078602

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia untuk menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang sebagai berikut:

Nama : Sakti Ilham Alfadhil

NIM : 40901800090

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ibu S Dengan Cholelithiasis *Post Op* Hari Ke 2 Di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 23 Februari 2020 sampai dengan 9 Mei 2020 bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 9 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

NIDN : 0622078602

### Lampiran 3

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH  
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN  
FIK UNISSULA**

NAMA MAHASISWA : SAKTI ILHAM ALFADHIL

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU S DENGAN  
CHOLELITHIASIS *POST OP* HARI KE 2 DI RUANG  
BAITUSSALAM 2 RSI SULTAN AGUNG  
SEMARANG

PEMBIMBING : NS. DYAH WIJI PUSPITA SARI, M.KEP

| Hari/Tanggal                | Materi Pembimbing                   | Saran Pembimbing                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | TTD Pembimbing                                                                        |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Selasa, 23<br>Februari 2021 | Pengajuan judul KTI                 | Acc, Lanjutkan ke BAB<br>berikutnya.                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| Sabtu, 27<br>Februari 2021  | Konsul BAB I, dan II                | <ul style="list-style-type: none"><li>- Ukuran kertas, font, paragraph di perbaiki sesuai dengan buku panduan.</li><li>- Tujuan umum, dan tujuan khusus di perbaiki.</li><li>- Latar belakang di tambahkan peran perawat.</li><li>- Penulisan sistematika BAB II diperbaiki sesuai dengan buku panduan.</li></ul> |  |
| Kamis, 29<br>April 2021     | Konsul BAB I, sampai daftar pustaka | <ul style="list-style-type: none"><li>- Acc BAB II.</li><li>- Pada BAB I di tambahkan peran perawat.</li></ul>                                                                                                                                                                                                    |  |

|                        |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                       |
|------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                        |                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada BAB III Implementasi Assessment di perbaiki.</li> <li>- Pada BAB IV di tambahkan kekurangan penulis tentang masalah keperawatan.</li> <li>- Tambahkan keterangan di lembar lampiran, berupa surat kesediaan membimbing, surat keterangan konsultasi, lembar konsultasi, dan askep tertulis asli.</li> </ul> |                                                                                       |
| Sabtu, 8 Februari 2021 | Konsul BAB I, sampai daftar pustaka | Acc KTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |
| Rabu, 19 Mei 2021      | Uji Turnitin KTI                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Kamis, 27 Mei 2021     | Hasil Turnitin 38%                  | Perbaiki Turnitin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Jumat, 28 Mei 2021     | Hasil Turnitin 28%                  | Perbaiki Turnitin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Sabtu, 29 Mei 2021     | Hasil Turnitin 24%                  | Lanjutkan, dan persiap                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |

## Lampiran 4

### Asuhan Keperawatan Tertulis



A. Pengkajian Keperawatan

I. Data Umum

1. Identitas

a. Identitas Klien

Nama: Ny. S

Umur: 51 tahun

Jenis Kelamin: Perempuan

Agama: Islam

Pendidikan: SMA

Pekerjaan: Ibu Rumah Tangga

Suku/Bangsa: Jawa/Indonesia

Alamat: Taruman RT 001 RW 002 Taruman Klambu Grubogan

Diagnosa medis: cholelithiasis

Tanggal dan jam masuk: 24 Januari 2021, dan 8.37

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama: Ma. A

Umur: 30 tahun

Jenis Kelamin: Perempuan

Agama: Islam

Suku/Bangsa: Jawa/Indonesia

Pendidikan terakhir: Sarjana

Pekerjaan: Guru

Alamat: Taruman RT 001 RW 002 Taruman Klambu Grubogan

Hubungan dengan Klien: Anak

2. Status Kesehatan saat ini

Keluhan Utama: Klien mengatakan dirinya merasakan nyeri pada perut

Alasan masuk Rumah sakit: Klien mengatakan dirinya merasakan nyeri pada perut

Faktor pencetus: Klien mengatakan dirinya sering mengonsumsi makanan-makanan yang tidak sehat, yang banyak mengandung kolesterol

lamanya keluhan: Klien mengatakan dirinya merasakan nyeri selama 2 hari

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi: Klien mengatakan upaya untuk mengatasinya pergi berobat, pergi ke rumah sakit

3. Riwayat kesehatan lalu

a. Penyakit yang pernah dialami: Klien mengatakan dirinya tidak pernah mengalami sakit, baru ini dirinya sakit, dan masuk rumah sakit

b. Kecelakaan: Klien tidak pernah mengalami kecelakaan

c. Pernah dirawat: Klien mengatakan dirinya tidak pernah dirawat sebelumnya, baru sekarang

d. Alergi: Klien mengatakan dirinya tidak mempunyai alergi apapun

e. Imunisasi: Klien mengatakan dirinya tidak diimunisasi karena pada orang-orang dulu tidak ada imunisasi

SDU

4. Riwayat Kesehatan keluarga

a. Susunan kesehatan keluarga (genogram)

X : Laki-laki meninggal  
 X : Perempuan meninggal  
 / : orang tua klien (Ayah)  
 \ : orang tua klien (Ibu)  
 • : klien

b. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga (Dx medis yang berhubungan dengan penyakit klien)  
 Klien menyatakan bahwa anggota keluarganya tidak menyidap penyakit keturunan

c. Penyakit yang sedang diderita keluarga (Dx medis yang berhubungan dengan penyakit klien)  
 Klien menyatakan bahwa keluarganya sehat-sehat saja tidak sedang sakit.

5. Riwayat kesehatan lingkungan

a. Kebersihan rumah, dan lingkungan: Klien mengatakan bahwa rumahnya bersih, dan lingkungan juga bersih.

b. Keamanan lingkungan: Klien menyatakan bahwa rumah dan lingkungannya aman

II Pola Kesehatan fungsional

1. Pola persepsi, dan pemeliharaan kesehatan

a. Menjelaskan tentang pola yang dipahami pasien tentang kesehatan, & bagaimana kesehatannya dikelola

Sebelum sakit: klien mengatakan dirinya paham tentang kesehatannya, tetapi dirinya tidak tahu soal makanan yang bisa menimbulkan suatu penyakit, dirinya selalu menjaga kebersihan, kesehatan

Setelah selama dirawat: klien menyatakan bahwa pola kesehatan dirinya diatur oleh perawat, baik

dari mandi kebersihan diri, kesehatan, dan pola makannya

b. Persepsi klien tentang kesehatan diri

sebelum sakit: klien mengatakan bahwa dirinya menjaga betul kesehatan dirinya, akan tetapi dirinya tidak tahu tentang makanan yang bisa menyebabkan suatu penyakit

selama sakit: klien mengatakan bahwa dirinya ~~tidak~~ membatasi makanan, dan kesehatan dirinya diatur oleh perawat, dan anaknya disempinya yang menjaga

c. Pengetahuan, dan persepsi klien tentang penyakit, dan perawatannya

sebelum sakit: klien mengatakan bahwa dirinya tahu tentang penyakit, dan perawatannya, tapi dirinya tidak tahu yang menyebabkan timbulnya penyakit

setelah ~~sebelum~~ selama sakit: klien mengatakan bahwa sekarang ia mengetahui, tentang timbul yang menyebabkan timbulnya suatu penyakit

d. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

sebelum sakit: klien mengatakan bahwa dirinya ~~sebelum~~ dalam mempertahankan kesehatannya makan yang teratur apabila merasa tidak enak badan, terus minum obat apabila sakit, dan dirinya juga selalu menjaga kebersihan dirinya

selama sakit: klien mengatakan bahwa dirinya selama sakit upaya yang dilakukan untuk ~~untuk~~ kembali sehat minum obat dari perawat, melakukan segala perintah apa yang diperintah oleh perawat

e. Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan:

sebelum sakit: klien mengatakan bahwa apabila dirinya merasa sakit, tidak enak badan pergi berobat, terus makan yang teratur

selama dirawat: klien mengatakan bahwa yang mengontrol kesehatan dirinya <sup>adalah</sup> perawat, dan dokter

f. Kebiasaan hidup

sebelum sakit: klien mengatakan dirinya tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, dirinya tiap hari Sabtu, Minggu biasa bersepeda, lori-lori kecil, boteng, tetangga

selama dirawat: klien mengatakan bahwa kehidupannya bergantung pada perawat, dan dirinya pun tidak boleh sembarangan melakukan aktivitas apapun, dan dibatasi

g. Faktor sosioekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

sebelum sakit: klien mengatakan dirinya tidak berpenghasilan, akan tetapi penghasilan dari suami cukup untuk menghidupi keluarga mereka, keadaan lingkungan tempat tinggal bersih banyak pepohonan samping rumah

selama dirawat: klien mengatakan bahwa penghasilan suami cukup untuk berobat dirinya, dan ditambah adanya jaminan kesehatan

2. Pola nutrisi, dan metabolisme

a. Pola makan

sebelum sakit: klien mengatakan dirinya makan-makanan yang banyak mengandung kolesterol, seperti daging, dan makanan yang banyak mengandung minyak, tetapi dirinya tidak sering mengonsumsinya, dirinya juga mengonsumsi makan sayuran juga.

A berdasarkan SK. Rektor  
ogram, Khatam Al-Qur'an

sebelum sakit: klien mengatakan bahwa dirinya sekarang dalam hal mengonsumsi makanan diatur oleh perawat

b. Apakah keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan/minum

sebelum sakit: klien mengatakan sebelum sakit dirinya bebas mengonsumsi makanan dan minuman

selama dirawat: klien mengatakan setelah sakit ini pola makan/minumnya tidak bebas sewaktu sebelum sakit. Pola makan/minumnya diatur oleh perawat

c. Makanan yang disukai pasien, adakah makanan pantangan / makanan tertentu yang menyebabkan alergi, adakah makanan yang dibatasi

sebelum sakit: klien mengatakan bahwa dirinya sangat menyukai makanan yang banyak mengandung lemak.

selama dirawat: klien mengatakan bahwa dirinya sekarang tidak boleh mengonsumsi makanan yang banyak mengandung lemak dulu.

d. Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut yang mempengaruhi diet: Tidak ada

e. Kebiasaan mengonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan: Tidak ada

f. Keluhan dalam makan

sebelum sakit: Tidak ada

selama dirawat: Klien mengatakan bahwa dirinya pas makan sering merasakan nyeri pada perutnya

g. Adakah keluhan anoreksia nervosa, bulimia: Tidak ada

h. Adakah keluhan mual / muntah: Tidak ada

i. Bagaimana kemampuan mengunyah, dan menelan

sebelum sakit: klien mengatakan kemampuan mengunyah, dan menelan makanan tidak ada masalah baik sebelum sakit, dan selama sakit

j. Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir

sebelum sakit: Klien mengatakan dirinya berat badannya 48 kg, dan tinggi badannya 153 cm

selama dirawat: Klien mengatakan bahwa berat badannya masih sama, tidak mengalami perubahan

k. Pola minum

sebelum sakit: Klien mengatakan bahwa dirinya sewaktu pagi, dan malam minum teh yang tidak terlalu manis dan habis itu dirinya sering minum air putih 8 gelas perhari

selama dirawat: Klien mengatakan bahwa dirinya sekarang hanya minum air putih

l. Bila pasien terpasang infuse berapa cairan yang masuk dalam sehari

selama dirawat: Dalam sehari pasien mendapatkan sekitar 1450 cairan infus perhari  
60x24=1440

m. Adanya keluhan demam: Tidak ada

Klien mendapatkan cairan infus yang masuk sebanyak  $(500 \times 100) / (60 \times 3) = 20000 / 180 = 111,67$   
Jadi artinya, cairan yang didapatkan klien, adalah 110-111 liter dalam sehari

### 3. Pola eliminasi

#### B. Eliminasi feses

##### 1) Pola BAB

sebelum sakit: BAB 2x sehari, warna kuning, konsistensi padat, tidak menggunakan pencakar, tidak adanya keluhan diare maupun konstipasi

selama dirawat: Klien mengatakan dirinya BAB 1x sehari, warna kuning kechoklatan konsistensi padat, tidak ada keluhan diare maupun konstipasi

2) Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB (terpasang kolostomi/ileostomy)? Pasien tidak terpasang kolostomi/ileostomy, tidak ada perubahan kebiasaan BAB

#### C. Pola aktivitas dan latihan

##### a. Kegiatan dalam pekerjaan

sebelum sakit: Klien mengatakan dirinya, setiap di rumah melakukan kegiatan yang umumnya dikerjakan ibu rumah tangga, seperti mencuci, memasak, bersih-bersih rumah  
setelah sakit: Klien mengatakan dirinya, ketika sakit hanya bisa tidur, dan sesekali berjalan menggunakan kursi roda di ruangan

##### b. Olahraga yang dilakukan

sebelum sakit: Klien mengatakan dirinya setiap weekend Sabtu, Minggu pagi bersepeda, lari-lari kecil di lingkungan sekitar rumah

selama dirawat: Klien mengatakan dirinya ketika selama dirawat hanya bisa berbaring, dan jalan menggunakan kursi roda di ruangan

##### c. Kesulitan/keluhan dalam aktivitas

sebelum sakit: Klien mengatakan dirinya tidak mengalami kesulitan/keluhan dalam melakukan aktivitas apapun

selama dirawat: Klien mengatakan dirinya, selama dirawat kegiatannya dibatasi, dan saat melakukan kegiatan seperti makan, minum, BAB, BAK dibantu

##### d. Perawatan diri pergerakan tubuh

sebelum sakit: Klien mengatakan dirinya sanggup dan leluasa dalam pergerakan tubuhnya

selama dirawat: Klien mengatakan dirinya selama dirawat tubuhnya susah untuk digerakkan dan pergerakan tubuhnya juga dibatasi

##### e. Perawatan diri (mandi, mengenakan pakaian, bersolek, makan, dll)

sebelum sakit: Klien mengatakan dirinya tidak ada masalah dalam perawatan diri

selama dirawat: Klien mengatakan mandi, BAB, BAK, makan dibantu, tapi saat bersolek, mengenakan pakaian dirinya tidak dibantu

##### f. Berhajat (BAB/BAK)

sebelum sakit: Klien mengatakan dirinya sebelum sakit berhajat tidak dibantu, akan tetapi selama dirawat dirinya dibantu

g. Keluhan sesak napas setelah melakukan aktivitas: tidak ada

h. Mudah merasa kelelahan: tidak ada

dasarkan SK. Rektu  
n Khatam Al-Quran

##### 5. Pola istirahat, dan tidur

###### a. Kebiasaan tidur (waktu tidur, lama tidur dalam sehari)

sebelum sakit: Klien mengatakan dirinya tidur siang jam 13.40-15.00, dan tidur malam jam 21.00-04.00 lama tidur dalam sehari adalah sekitar 10 jam  
selama dirawat: kebiasaan tidur klien tidak berubah masih sama ketika sebelum sakit

###### b. Kesulitan tidur: Klien mengatakan dirinya tidak mengalami kesulitan tidur, baik sebelum sakit, dan selama dirawat

##### 6. Pola kognitif, perseptual sensori

###### a. Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensori (penglihatan, pendengaran): Tidak ada

###### b. Kemampuan kognitif: Klien mengatakan dirinya tidak mengalami gangguan kognitif

###### c. Kesulitan yang dialami (sering pusing, menurunnya sensitivitas terhadap nyeri, dan panas, dingin) Tidak ada

###### d. Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan P, Q, R, S, T

sebelum sakit: Klien mengatakan dirinya tidak mengalami nyeri  
selama dirawat:

###### P: patif/provokatif

Klien mengatakan dirinya ketika merasakan nyeri untuk mengurangi dirinya tidur dan minum obat anti nyeri dari perawat

###### Q: Qualita/kuantitas

Klien mengatakan nyerinya itu tidak sering, nyerinya itu seperti dibusuk-busuk

###### R: Regional/tempat

Klien mengatakan tempat nyerinya itu berada di bagian perut

###### S: skala

Klien mengatakan skala nyeri klien berada di skala 4 (moderate)

###### T: time

Klien mengatakan nyerinya itu tidak berlangsung lama, keluhan dirasakan biasanya, waktu Pagi, dan malam

##### 7. Pola persepsi dan konsepsi diri seksual - Reproduksi

###### a. Bagaimana pemahaman klien tentang fungsi seksual

Klien mengatakan fungsi seksual, yaitu hubungan suami istri yang dan kemampuan seorang istri untuk mengandung anak, menganganya sampai melahirkan

###### b. Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan oleh berbagai kondisi: Tidak ada

###### c. Adakah permasalahan selama melakukan aktivitas seksual terutama terkait dengan penyakit yang diderita: Tidak ada

###### d. Hambatan pengkajian pada perempuan terutama pada klien dengan masalah tumor/keganasan pada sistem reproduksi

###### e. Riwayat menstruasi: Klien mengatakan bahwa dirinya seorang di umur yang si tahun ini sudah tidak menstruasi lagi sudah menopause

###### f. Riwayat pemeriksaan ginekologi: Klien mengatakan tidak ada kelainan pada organ genitalnya

### 8. Pola peran berhubungan dengan orang lain

a. Mengkaji bagaimana hubungan pasien dengan orang lain (keluarga, tenaga kesehatan, pasien lain)  
Apakah keadaan pengadanya mempengaruhi hubungan

sebelum sakit: klien mengatakan dirinya orang yang baik, dan suka terhadap keluarganya, dan tetangganya

selama dirawat: klien mengatakan bahwa dirinya tetap menjaga hubungan baik, baik itu kekeluargaan, tenaga kesehatan maupun pasien lain keadaannya saat ini tidak menjadi penghambat

b. Kemampuan pasien dalam berkomunikasi: klien dalam berkomunikasi baik, relevan, kooperatif, dan mampu mengerti orang lain

c. Siapa orang terdekat, dan lebih berpengaruh: klien mengatakan orang terdekat adalah anaknya dan suami, yang lebih berpengaruh pada dirinya adalah suaminya, karena suami itu orang yang paling dekat dan berpengaruh suaminya itu ia tempat menyalakan kepala keluarga semua masalah tanggung jawab ada pada suami

d. Kepada siapa klien meminta bantuan bila mempunyai masalah:

sebelum sakit: klien mengatakan bahwa dirinya apabila ada masalah biasanya meminta bantuan pada kerennya, dan suaminya

selama dirawat: klien mengatakan bahwa dirinya apabila ada masalah selama dirawat meminta bantuan, pertolongan pada anaknya, karena anaknya yang mendampingi

e. Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, hubungan dengan saudara, hubungan perkawinan): klien mengatakan dirinya tidak mempunyai kesulitan dalam keluarga hubungan dengan orang tua, saudara, perkawinan baik semua

### 9. Pola nilai dan kepercayaan

a. Bagaimana klien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan

sebelum sakit: klien mengatakan dirinya orang yang taat, tidak pernah meninggalkan sholatnya dan mengaji

selama dirawat: klien mengatakan dirinya walaupun dalam keadaan sakit, dirinya tidak meninggalkan sholatnya

b. Masalah yang berkaitan dengan aktivitasnya selama dirawat: tidak ada

c. Adakah keyakinan atau kebudayaan yang bertentangan dengan kesehatan: tidak ada

d. Adakah pertentangan nilai/kepercayaan/kebudayaan terhadap tindakan yang dijalani: tidak ada

### III. Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

a. Kesadaran: composmentis

b. Vital Sign

1) Suhu tubuh:  $36,7^{\circ}\text{C}$

2) Tekanan:  $130/80$  mmHg

3) Respirasi:  $20 \times$  /menit

4) Nadi:  $80 \times$  /menit

SDU

c. Penampilan: Lemah

d. Kepala:

Bentuk normal bulat tidak pegang, segitiga, maupun kurak, Rambut sehat, bersih, warna hitam tapi ada rambut putihnya

e. Mata

Kemampuan penglihatan: Baik, normal

ukuran pupil: normal, tidak terlalu besar, maupun terlalu kecil

reaksi terhadap cahaya: + (positif) baik, bagus

konjungtiva: tidak anemis

sklera: ~~tidak~~ tidak ikterik

alat bantu: tidak

adanya sekret: tidak

f. hidung

Bersih, tidak ada sekret, tidak epistaksis, tidak ada polip, tidak ada cuping hidung, tidak memekar oksigen

g. Telinga

Bentuk agak besar, tidak hilang pendengaran, tidak memakai alat bantu dengar tidak adanya infeksi

h. Mulut, dan tenggorokan

Tidak mengalami gangguan bicara, gigi sehat walaupun warna kuning, tidak bau, tidak adanya nyeri, tidak mengalami kesulitan mengunyah, tidak ada benjolan di leher, tidak ada pembesaran tonsil, keadaan vena jugularis tampak setinggi leher.

i. Dada

Jantung: Setelah diinspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi normal, tidak terdapat kelainan tidak adanya benjolan

Paru-paru: setelah diinspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi normal, tidak terdapat kelainan tidak adanya benjolan

j. Abdomen: setelah diinspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi normal, tidak terdapat kelainan, akan tetapi ibu merasa nyeri pada perutnya

k. Genitalia: tidak terpasang kateter, tidak ada kelainan, tidak adanya infeksi

l. Ekstremitas atas dan bawah

1) Inspeksi kulit: warna segar, tidak pucat, maupun biru, bersih, turgor cepat, tidak ada edema.

2) capillary refill: < 2 detik

3) Kemampuan berfungsi: koordinasi gerak bagus, dan keseimbangan kekuatan otot normal, tidak menggunakan alat bantu

4) Bila terpasang infus: Daerah tusukan tidak adanya tanda-tanda infeksi, tidak adanya nyeri tekan yang berlebihan pada daerah tusukan

o. Kulit: Kulit bersih, warna sawo matang, turgor cepat, tidak adanya edema, tidak ada luka

#### IV Data penunjang

##### 1. Hasil pemeriksaan penunjang

Tuliskan data-data terkait dengan penyakit klien beserta analisisnya

##### 2. Pemeriksaan Laboratorium

| Pemeriksaan           | Hasil      | Nilai Rujukan | Satuan        | Keterangan |
|-----------------------|------------|---------------|---------------|------------|
| <b>Hematologi</b>     |            |               |               |            |
| <b>Darah rutin 1</b>  |            |               |               |            |
| Hemoglobin            | 12,2       | 11,7-15,5     | g/dL          |            |
| Hematokrit            | 38,1       | 33,0-45,0     | %             |            |
| Leukosit              | 6,38       | 3,60-11,00    | ribu/ $\mu$ L |            |
| Trombosit             | 240        | 150-400       | ribu/ $\mu$ L |            |
| <b>Saluran darah</b>  |            |               |               |            |
|                       | AB/Positif |               |               |            |
| PPT                   | 11,5       | 9,3-11,4      | detik         |            |
| PT                    | 11,2       | 9,4-12,8      | detik         |            |
| PT (kontrol)          |            |               |               |            |
| APTT                  | 24,8       | 21,8-28,4     | detik         |            |
| APTT (kontrol)        | 26,0       | 21,2-28,6     | detik         |            |
| <b>Kimia klinik</b>   |            |               |               |            |
| Glukosa darah sewaktu | 109        | 75-110        | mg/dL         |            |
| Ureum                 | 18         | 10-50         | mg/dL         |            |
| Kreatinin             | 0,76       | 0,60-1,10     | mg/dL         |            |
| SGOT (AST)            | 473        | 0-35          | U/L           |            |
| SGPT (ALT)            | 31         | 0-35          | U/L           |            |
| Bilirubin total       | 0,67       | 0,1-1,0       | mg/dL         |            |

##### 3. Pemeriksaan radiologi

##### 1. CT scan Abdomen (CT scan kontras)

##### CT ABDOMEN DENGAN KONTRAS

- Hepar ukuran besar, parenkim heterogen, tampak lesi heterogen hilus kanan besar hepar meluas sampai kearah paraorta kanan ukuran sekitar 6,8 x 12,1 x 10,8 cm post injeksi kontras, tampak penyngatan heterogen, tak tampak trombus pada v. porta, v. hepatica, dan v. porta tak lebar
- Ductus Biliabis tak lebar
- Vesika Fellea sulit dievaluasi
- Lien ukuran normal, v. Lienalis tak lebar
- Pankreas ukuran normal, parenkim normal ductus pankreaticus tak lebar
- Ginjal kanan-kiri ukuran, letak, dan aksis normal, parenkim normal, Pcs tak lebar, tak



C. Diagnosa Keperawatan & Prioritas Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis
2. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

d. Planning / Intervensi

| Tanggal/jam     | Diagnosa Keperawatan | Tujuan & kriteria hasil                                                                                                                                                                                                                                                                 | Planning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | TTD |
|-----------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 Februari 2021 | Dx 1                 | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dihorapkan nyeri pada klien hilang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri terkontrol dan hilang</li> <li>2. Mampu mengenali penyebab nyeri</li> <li>3. Dukungan orang terdekat</li> </ol> | <p>Tindakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>3. Monitor etek samping penggunaan analgesik</li> <li>4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperburuk rasa nyeri</li> <li>3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> |     |
| 1 Februari 2021 | Dx 2                 | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dihorapkan klien bisa mengerti tentang apa penyakitnya, dan apa penyebabnya, dengan K.H:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengerti penyakitnya</li> <li>2. Klien mengerti penyebabnya</li> </ol>                  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan penyebab, penyakit, dan strategi untuk meredakan nyeri</li> <li>2. Menjadikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>3. Anjurkan, dan anjurkan teknik memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |

# E. Implementasi

| Tanggal/jam              | Diagnosa Keperawatan | Implementasi                           | Respon pasien                                                                                                                                | TTD |
|--------------------------|----------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 Februari<br>2021/08.00 | Diagnosa Dx 1        | - Mengukur TTV                         | S: -<br>O:<br>TD: 170/120/102<br>S: 36,7°C<br>RR: 20<br>N: 109                                                                               |     |
|                          |                      | - Mengecek KU                          | S: Klien mengatakan dirinya merasakan nyeri<br>O:<br>TD: 170/120/102<br>S: 36,7°C<br>RR: 20<br>N: 109                                        |     |
|                          |                      | - Mengidentifikasi lokasi skala nyeri  | S: Klien mengatakan dirinya merasakan nyeri pada bagian perutnya<br>O:<br>TD: 170/120/102<br>S: 36,7°C<br>RR: 20<br>N: 109<br>skala nyeri: 3 |     |
| 12.00<br>12.00           |                      | - Mengukur TTV                         | S: -<br>O:<br>TD: 170/90<br>S: 36,7°C<br>RR: 20x/m<br>N: 109x/m                                                                              |     |
|                          |                      | - Mengecek KU                          | S: Klien mengatakan dirinya merasakan nyeri<br>O:<br>TD: 170/90<br>S: 36,7°C<br>RR: 20x/m<br>N: 109x/m                                       |     |
|                          |                      | - Mengidentifikasi lokasi, skala nyeri | S: Klien mengatakan dirinya merasakan nyeri pada bagian perutnya<br>O:<br>TD: 170/90<br>S: 36,7°C<br>RR: 20x/m<br>N: 109x/m                  |     |

| Tanggal / Jam            | Diagnosa keperawatan | Implementasi                                                          | Respon pasien                                                                                                                                                                  | TTD |
|--------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|                          |                      |                                                                       | O:<br>TD: 170/90<br>S: 36,7°C<br>PR: 20x/m<br>N: 109x/m<br>skala nyeri 3                                                                                                       |     |
|                          |                      | Memberikan obat analgetik                                             | S: -<br>O: <del>36</del><br>S: 36,7°C<br>PR: 20x/m<br>N: 109x/m<br>TD: 170/90<br>skala nyeri 3                                                                                 |     |
| 1 Februari 2021<br>08:00 | Dx 2                 | menjelaskan penyebab, dan<br>strategi untuk meredakan<br>nyeri        | S: klien bertanya apa<br>penyebab dari nyeri yang<br>diderita, dan cara untuk<br>meredakannya<br>O:<br>-klien tampak kebingungan<br>dan tidak tahu<br>-klien mengeluhkan nyeri |     |
|                          |                      | Mengajarkan teknik non<br>farmakologis untuk mengurangi<br>rasa nyeri | S: Klien bertanya bagaimana<br>cara untuk mengurangi<br>nyeri<br>O: Klien tampak bingung<br>Klien mengikuti arahan<br>dari perawat untuk<br>mengurangi rasa nyeri              |     |
|                          |                      | Anjuran, dan ajarkan teknik<br>memonitor nyeri secara<br>mandiri      | S: -<br>O:<br>-klien tampak bingung<br>-klien mengikuti anjuran,<br>dan arahan dari perawat<br>untuk memonitor nyeri                                                           |     |
| 12.00                    |                      | menjelaskan penyebab, dan<br>strategi untuk meredakan<br>nyeri        | S: -<br>O:<br>-klien tampak masih bingung<br>-klien mengikuti arahan<br>dari perawat                                                                                           |     |

|                 |     |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyarankan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> | S: -<br>O: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengikuti arahan dari perawat</li> <li>• Klien tampak masih bingung</li> </ul>                                                            |
|                 |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan, ajarkan teknik memonitor nyeri secara mandiri</li> </ul>         | S: -<br>O: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak masih bingung</li> <li>• Klien mengikuti anjuran dan arahan dari perawat untuk memonitor nyeri</li> </ul>                          |
| 2 Februari 2021 | Du1 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengukur ITU</li> </ul>                                                    | S: -<br>O: <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 158/97</li> <li>S: 36,5°C</li> <li>PR: 20x/m</li> <li>N: 109 x/m</li> </ul>                                                                   |
| 08:00           |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengukur TV</li> </ul>                                                     | S: Klien mengatakan dirinya masih merasakan nyeri<br>O: <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 158/97</li> <li>S: 36,5°C</li> <li>PR: 20x/m</li> <li>N: 109 x/m</li> </ul>                      |
|                 |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi lokasi skala nyeri</li> </ul>                             | S: Klien mengatakan dirinya masih merasakan nyeri pada bagian perutnya<br>O: <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 158/97</li> <li>S: 36,5°C</li> <li>PR: 20x/m</li> <li>N: 109 x/m</li> </ul> |
|                 |     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan obat analgesik</li> </ul>                                       | S: -<br>O: <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 158/97</li> <li>S: 36,5°C</li> <li>PR: 20x/m</li> <li>N: 109 x/m</li> </ul>                                                                   |
|                 |     |                                                                                                                     | skala nyeri 3<br>S: -<br>O: <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 158/97</li> <li>S: 36,5°C</li> <li>PR: 20x/m</li> <li>N: 109 x/m</li> </ul>                                                  |
|                 |     |                                                                                                                     | skala nyeri 3                                                                                                                                                                                       |

|                          |                                                                 |                                                                                                                                                            |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12:00                    | Mengukur TTV                                                    | S: -<br>O:<br>TD: 158/97<br>S: 36,5°C<br>RR: 20x/m<br>N: 109x/m                                                                                            |
|                          | mengecek KU                                                     | S: Klien mengatakan dirinya masih merasakan nyeri sedikit<br>O:<br>TD: 158/97<br>S: 36,5°C<br>RR: 20x/m<br>N: 109x/m                                       |
|                          | Identifikasi lokasi, skala nyeri                                | S: Klien mengatakan dirinya masih merasakan nyeri sedikit pada bagian perutnya<br>O:<br>TD: 158/97<br>S: 36,5°C<br>RR: 20x/m<br>N: 109x/m<br>skala nyeri 2 |
|                          | memberikan obat analgesik                                       | S: -<br>O:<br>TD: 158/97<br>S: 36,5°C<br>RR: 20x/m<br>N: 109x/m<br>skala nyeri 2                                                                           |
| 2 Februari 2021<br>08:00 | menjelaskan penyebab dan strategi untuk meredakan nyeri         | S: -<br>O:<br>• Klien tampak sudah mulai paham<br>• Klien masih mengeluhkan nyeri                                                                          |
|                          | Menjelaskan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri | Klien men S: -<br>O:<br>• Klien mengikuti arahan<br>• Klien tampak mulai paham                                                                             |

|                               |  |                                                                                                                   |                                                                                                                           |
|-------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan, dan ajarkan teknik memonitor nyeri secara mandiri</li> </ul>     | S:-<br>O: klien tampak mulai paham<br>• Klien mengikuti anjuran, dan ajaran dari perawat                                  |
| 02.00                         |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan, penyebab, dan strategi untuk meredakan nyeri</li> </ul>       | S:-<br>O:<br>• Klien tampak mulai paham<br>• Klien masih mengeluhkan nyeri                                                |
|                               |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Menjelaskan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> | S:-<br>O:<br>• Klien mengikuti arahan dari perawat<br>• Klien tampak sudah mulai paham                                    |
|                               |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan, dan ajarkan teknik memonitor nyeri secara mandiri</li> </ul>     | S:-<br>O:<br>• Klien tampak sudah mulai paham<br>• Klien mengikuti anjuran, dan ajaran dari perawat untuk memonitor nyeri |
| 3 Februari 2021 Dx 1<br>08:00 |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengukur TTV</li> </ul>                                                    | S:-<br>O: 140/100<br>S: 36,5°C<br>PR: 20 x/m<br>N: 109 x/m                                                                |
|                               |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengecek KU</li> </ul>                                                     | S: Klien mengatakan dirinya masih merasakan nyeri sedikit<br>O:                                                           |
|                               |  |                                                                                                                   | TD: 140/100<br>S: 36,5°C<br>PR: 20 x/m<br>N: 109 x/m                                                                      |
|                               |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, skala nyeri</li> </ul>                            | S: Klien mengatakan dirinya masih merasakan nyeri sedikit pada bagian perutnya                                            |

| Tanggal/jam              | Diagnosa keperawatan | Implementasi                          | Respon nyeri                                                                                                                            | TTD |
|--------------------------|----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|                          | Dx 1                 |                                       | O:<br>TD: 140/100<br>S: 36,5°C<br>RR: 20 x/m<br>N: 109 x/m<br>skala nyeri 1                                                             |     |
|                          |                      | • Memberikan obat analgesik           | S:-<br>O:<br>TD: 140/100<br>S: 36,5°C<br>RR: 20 x/m<br>N: 109 x/m<br>skala nyeri 1                                                      |     |
| 3 Februari<br>2021/12:00 |                      | • Mengukur TTV                        | S:-<br>O:<br>TD: 130/90<br>S: 36°C<br>RR: 20 x/m<br>N: 100 x/m<br>S: klien mengatakan dirinya sudah tidak merasakan nyeri               |     |
|                          |                      | • Mengecek KD                         | O:<br>TD: 130/90<br>S: 36°C<br>RR: 20 x/m<br>N: 100 x/m<br>S: klien mengatakan dirinya sudah tidak merasakan nyeri pada bagian perutnya |     |
|                          |                      | • Mengidentifikasi lokasi skala nyeri | O:<br>TD: 130/90<br>S: 36°C<br>RR: 20 x/m<br>N: 100 x/m<br>skala nyeri 0                                                                |     |

F. Evaluasi

| Tanggal/Jam              | Diagnosa Keperawatan | Catatan perkembangan                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TTD |
|--------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 Februari 2021<br>08:00 | Dx1                  | <p>S: Klien mengatakan dirinya merasakan nyeri</p> <p>O:</p> <p>TP: 170/102</p> <p>S: 36,7°C</p> <p>PP: 20 x/m</p> <p>N: 109 x/m</p> <p>skala nyeri: 3</p> <p>A: Nyeri</p> <p>P: lanjutkan semua intervensi</p>                                                                                                  |     |
| 12:00                    |                      | <p>S: Klien mengatakan dirinya merasakan nyeri</p> <p>O:</p> <p>TP: 170/90</p> <p>S: 36,7°C</p> <p>PP: 20 x/m</p> <p>N: 109 x/m</p> <p>skala nyeri: 3</p> <p>A: nyeri</p> <p>P: lanjutkan semua intervensi</p>                                                                                                   |     |
| 1 Februari 2021<br>08:00 | Dx2                  | <p>S: Klien mengatakan tidak tahu tentang yang menyebabkan kolesistitis, dan cara untuk mengurangi</p> <p>O:</p> <p>Klien tampak bingung</p> <p>Klien mengeluhkan nyeri</p> <p>Klien mengikuti arahan dari perawat untuk mengurangi nyeri</p> <p>A: Defisit pengetahuan</p> <p>P: Lanjutkan semua intervensi</p> |     |
| 12:00                    |                      | <p>S: -</p> <p>O: 77</p> <p>Klien tampak masih bingung</p> <p>Klien mengeluhkan nyeri</p> <p>Klien mengikuti arahan dari perawat</p> <p>A: lanjutkan semua intervensi</p>                                                                                                                                        |     |



|                          |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 Februari<br>08:00      | Dx 1 | <p>S: klien masih mengatakan dirinya masih merasakan nyeri</p> <p>O:</p> <p>TD: 158/97</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>PR: 20x/m</p> <p>N: 104x/m</p> <p>skala nyeri: 2</p> <p>A: Nyeri</p> <p>P: Lanjutkan semua intervensi</p>                                                                                                                                                |
| 12:00                    |      | <p>S: klien mengatakan dirinya masih merasakan nyeri</p> <p>O:</p> <p>TD: 158/97</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>PR: 20x/m</p> <p>N: 104x/m</p> <p>skala nyeri: 2</p> <p>A: Nyeri</p> <p>P: Lanjutkan semua intervensi</p>                                                                                                                                                      |
| 2 Februari<br>2021/08:00 | Dx 2 | <p>S: klien mengatakan tidak tahu tentang yang menyebabkan kolesistitis, dan cara mengurangnya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak masih bingung</li> <li>• Klien mengeluhkan nyeri</li> <li>• Klien mengikuti arahan dari perawat untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p>A: Defisit pengetahuan</p> <p>P: Lanjutkan semua intervensi</p> |
| 12:00                    |      | <p>S: klien mengatakan sudah tahu yang menyebabkan kolesistitis, dan cara untuk mengurangnya</p> <p>A: Nyeri</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyajikan teknik non</li> </ul>                                                                                                                                                                    |

|                          |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|--------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                          |     | <p>farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan dan ajarkan teknik memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>• Menjelaskan strategi untuk meredakan nyeri</li> </ul>                                                                                                                            |  |
| 3 Februari<br>2021/08:00 | Dx1 | <p>S: klien mengatakan dirinya tidak merasakan nyeri pada bagian perutnya</p> <p>O:</p> <p>TD: 140/100</p> <p>S: 36.5°C</p> <p>PR: 20 x/m</p> <p>IV: 100 x/m</p> <p>skala nyeri 1</p> <p>A: Nyeri</p> <p>P: Lanjutkan semua intervensi</p>                                                                                                     |  |
| 12:00                    |     | <p>S: klien mengatakan dirinya sudah tidak merasakan nyeri pada perutnya</p> <p>O:</p> <p>• TD: 130/90</p> <p>S: 36°C</p> <p>IV: 100 x/m</p> <p>PR: 20 x/m</p> <p>skala nyeri 0</p> <p>A: -</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>                                                                                                                  |  |
| 3 Februari<br>2021/08:00 | Dx2 | <p>S: Klien mengatakan sudah paham dan paham tentang yang menyebabkan konstipasi, dan cara untuk mengurangi nyerinya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak sudah paham</li> <li>• klien sudah tidak merasakan nyeri</li> <li>• skala nyeri 0</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p> |  |

**Lampiran 5**

**BERITA ACARA**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU S DENGAN CHOLELITHIASIS**  
**POST OP HARI KE 2 DI RUANG BAITUSSALAM 2**  
**RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

| No | Nama Penguji                        | Direvisi Pada Bagian                                                                                                                                                                      | Halaman    | Ya | Tidak | Tanda Tangan                                                                          |
|----|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada bagian pemeriksaan fisik ditambahkan lukanya berapa cm, dan kondisi luka bagaimana.</li> <li>- Kata klien diganti dengan pasien.</li> </ul> | 12-35      |    |       |    |
| 2  | Ns. Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penulis belum mencantumkan data pendukung pada diagnosa kedua.</li> <li>- Mengganti diagnosa gangguan perfusi serebral</li> </ul>                | 25, dan 34 |    |       |  |

|   |                                   |                                                                                                                                            |  |  |  |                                                                                      |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                   | menjadi risiko perfusi serebral dikarenakan pasien belum tahu apakah benar-benar pasien tersebut hipertensi atau cuman tekanan darah naik. |  |  |  |                                                                                      |
| 3 | Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep | Saran dari penguji segera diperbaiki, dikonsulkan, dan dikumpulkan.                                                                        |  |  |  |  |