



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. J DENGAN
KOLELITIASIS DI RUANG CEMPAKA
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH :
KARIN SALSABILLA WIBOWO
201701003**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. J DENGAN
KOLELITIASIS DI RUANG CEMPAKA
RUMAH SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH :
KARIN SALASABILLA WIBOWO
201701003**

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

**LEMBAR ORISINALITAS
MAKALAH ILMIAH**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Karin Salsabilla Wibowo

NIM : 201701003

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Menyatakan bahwa Makalah Ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. J dengan Kolelitiasis di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” adalah benar hasil karya sendiri dan semua sumber baik dalam aspek substansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini dengan sebenar-benarnya. Bila di kemudian hari ditemukan kekeliruan maka saya bersedia menanggung semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 25 Mei 2020

Yang membuat pernyataan



Karin Salsabilla Wibowo

(201701003)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan Kolelitiasis di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 25 Mei 2020
Pembimbing Makalah



(Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep)

Mengetahui,
Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



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

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Tn.J dengan Kolelitiasis di Ruang Cempaka RS Mitra Keluarga Bekasi Barat" yang disusun oleh Karin Salsabilla Wibowo (201701003) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 10 Juni 2020

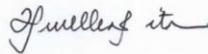
Bekasi, 10 Juni 2020

Penguji 1



(Ns. Latriyanti, S.Kep., M.Kep)

Penguji 2



(Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep)

Nama mahasiswa : Karin Salsabilla Wibowo
NIM : 201701003
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul karya tulis : Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan Kolelitiasis di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat
Halaman : ix+78 Halaman+3 Lampiran
Pembimbing : Aprillia Veranita

ABSTRAK

Latar Belakang : Kolelitiasis adalah pembentukan batu didalam kandung empedu atau saluran bilier. Prevalensi pasien kolelitiasis di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat sebanyak 131 orang dengan jenis kelamin laki-laki 55 orang dan perempuan 76 orang. Pasien dengan kolelitiasis memiliki usia rata-rata 37 tahun sampai 61 tahun pada laki-laki, dan perempuan dengan usia rata-rata 30 sampai 42 tahun.

Tujuan Umum : Laporan kasus ini untuk memperoleh gambaran nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan kolelitiasis melalui pendekatan proses keperawatan secara komperhensif.

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

Hasil : Hasil dari pengkajian ditemukan 2 diagnosa keperawatan, yaitu gangguan rasa nyaman : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Intervensi pada diagnosa prioritas adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi. Identifikasi skala nyeri. Monitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah). Berikan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam). Fasilitasi istirahat dan tidur. Kolaborasi pemberian analgetik, antibiotic. Setelah dievaluasi didapatkan hasil nyeri berkurang dari skala 6 ke 5.

Kesimpulan Saran : Pada kasus Tn. J perlu melakukan penelitian lanjut, dan kejadian pada kolelitiasis dapat menyebabkan risiko atau komplikasi seperti *Kolangitis* (radang saluran empedu), *Kolesistitis* (radang kandung empedu), *Pankreatitis*, *Kanker kandung empedu*. Untuk kedepannya diharapkan perawat dapat mengedepankan penerapan tindakan keperawatan secara mandiri.

Keyword : asuhan keperawatan, kolelitiasis

Daftar pustaka : 21 (2010-2020)

Name : Karin Salsabilla Wibowo
Student Number : 201701003
Study Program : Diploma of Nursing
Title : Nursing Care for Mr. J with Cholelithiasis in Cempaka Room, Mitra Keluarga Hospital, West Bekasi
Pages : ix+78 pages+3 officers
Advisor : Aprillia Veranita

ABSTRACT

Background: Colelithiasis is a collection of stones in the gall bladder or biliary tract. The prevalence of cholelithiasis patients at Mitra Keluarga Hospital in West Bekasi numbered 131 people with 55 male and 76 female. Patients with a mean age of 37 years to 61 years in men, and women with an average age of 30 to 42 years.

General Objectives: This case report is to obtain a real picture in applying nursing care to patients with cholelithiasis through a comprehensive approach to the nursing process.

Writing Method: In this case report using a descriptive method that is by revealing facts in accordance with the data obtained.

Results: The results of the study found 2 nursing diagnoses, namely discomfort: acute pain associated with biological injury agents, knowledge deficit related to lack of information exposure. Interventions in priority diagnosis are identification of location, characteristics, duration, frequency. Pain scale identification. Monitor vital signs (pulse, respiration, blood pressure). Give non-pharmacological techniques (deep breathing relaxation techniques). Facilitate rest and sleep. Collaborative administration of analgesics, antibiotics. After being evaluated, the pain results were reduced from a scale of 6 to 5.

Conclusion Suggestions: In the case of Mr. J need to do further research, and the incidence of cholelithiasis can lead to risks or complications such as cholangitis (inflammation of the bile duct), cholecystitis (inflammation of the gallbladder), pancreatitis, gallbladder cancer. In the future, it is expected that nurses can prioritize the application of nursing actions independently.

Keyword: nursing care, cholelithiasis

Bibliography: 21 (2010-2020)

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, saya panjatkan puja dan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan Kolelitiasis Di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini dengan baik dan dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah ini telah saya tulis dengan semaksimal mungkin. Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga dapat memperlancar penulisan karya tulis ilmiah ini. Maka, dalam kesempatan ini kelompok mengucapkan terima kasih dengan rasa hormat kepada:

1. Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep., selaku penguji II (kedua) dan sekaligus dosen pembimbing KTI yang telah meluangkan waktu untuk membimbing, memberikan saran serta memotivasi penulis dalam menyelesaikan makalah ini
2. Dr. Susi Hartati, SKp, M.Kep., Sp.Kep.,An., selaku ketua STIKes Mitra Keluarga
3. Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep., selaku penguji I (pertama)
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.MB selaku Ketua Prodi DIII. Keperawatan dan selaku dosen pembimbing akademik yang selalu memberikan semangat kepada anak-anaknya
5. Seluruh dosen dan staf STIKes Mitra Keluarga, yang telah memberikan semangat dan membantu dalam pembuatan makalah ini
6. Orang tua yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan moril maupun materil kepada penulis selama menempuh pendidikan dan penyusunan makalah ini
7. Kepala ruangan, CM, dan staf perawat ruangan, petugas rekam medik Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang telah banyak membantu penulis dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien

8. Tn. J dan isteri selaku pasien yang telah diberikan asuhan keperawatan, sehingga penulis dapat melakukan pembuatan makalah ini
9. Ns. Eliya Febrita, S.Kep selaku tante (bekerja di UGD Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat) yang ikut membantu memberikan informasi pasien kepada penulis
10. Wikal Pratama selaku pasangan 8 tahun yang selalu meluangkan waktu, memberikan dukungan moril maupun materil kepada penulis selama menjalani pendidikan
11. Sahabat-sahabat tersayang, terngeselin, temen rebut, Seruni Sekar Kirana, Safina Almeyda, Anggi Srikurniawati yang telah memberikan semangat, doa serta kebahagiaan selama dikampus
12. Terimakasih kepada Tsania Fitri Nabilla, manusia terkuat di kampus yang selalu memberikan contoh semangatnya untuk kuliah dengan pressure yang tinggi
13. Terimakasih kepada team KMB, Safina Almeyda, Andika, Nurul Hanifah, Pita Evi, Siti Rismaya yang telah memberikan semangat dan bantuannya
14. Rekan-rekan mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga khususnya kelas IIIA yang saling mendukung dalam pembuatan makalah ini dan seluruh pihak yang terlibat yang tidak dapat disebutkan satu-persatu

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari bahwa masih ada kekurangan baik dari segi isi maupun penulisan dalam karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, dengan kebesaran hati penulis mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan karya tulis ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap semoga karya tulis ilmiah “Asuhan Keperawatan pada Tn. J dengan Kolelitiasis Di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini dapat memberikan manfaat maupun inspirasi terhadap pembaca.

Bekasi, 10 Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Ruang Lingkup	5
D. Metode Penulisan	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II	6
TINJAUAN TEORITIS.....	6
A. Pengertian	6
B. Etiologi	7
C. Faktor Risiko	8
D. Patofisiologi.....	8
1. Perjalanan penyakit.....	8
2. Manifestasi klinik	9
3. Komplikasi.....	10
4. Pencegahan	10
5. Pemeriksaan Diagnostik	11
E. Penatalaksanaan Medis	11
F. Pengkajian Keperawatan (Doenges, 2012)	12
G. Diagnosa dan Rencana Keperawatan	13
H. Pelaksanaan Keperawatan	16

I. Evaluasi Keperawatan	16
BAB III.....	17
TINJAUAN KASUS.....	17
A. Pengkajian	17
1. Pengkajian Keperawatan.....	17
2. Analisa Data.....	29
B. Diagnosa Keperawatan	31
C. Perencanaan keperawatan	31
BAB IV	45
PEMBAHASAN	45
A. Pengkajian Keperawatan	45
B. Diagnosa Keperawatan	49
C. Perencanaan Keperawatan	51
D. Pelaksanaan Keperawatan	53
E. Evaluasi Keperawatan.....	54
BAB V.....	55
PENUTUP.....	55
A. Kesimpulan.....	55
B. Saran	56
Daftar Pustaka.....	57

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1 Patoflowdiagram
2. Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan
3. Lampiran 3 Media Leaflet Penyuluhan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kolelitiasis adalah pembentukan batu didalam kandung empedu atau saluran bilier. Batu terbentuk dari unsur-unsur padat yang membentuk cairan empedu (Suratun, 2010). Batu kandung empedu merupakan gabungan beberapa unsur yang membentuk suatu material mirip batu yang terbentuk didalam kandung empedu (Nuari, 2015)

Faktor resiko terjadinya batu empedu adalah usia, jenis kelamin (terutama pada perempuan), riwayat batu empedu dalam keluarga, ras atau suku (terbanyak di Amerika, Eropa Utara), obesitas, hyperlipidemia, penurunan berat badan secara cepat (misalkan setelah pembedahan bariatrik), penyakit atau kondisi seperti diabetes mellitus dan sirosis (LeMone, 2017).

Prevalensi kolelitiasis berdasarkan *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease* (2018) menyatakan bahwa batu empedu mempengaruhi 10 hingga 15 persen pada orang Amerika (Marks, 2018).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Bansal (2014) dikatakan bahwa lebih dari 20 juta orang Amerika menderita penyakit batu empedu, dan 80.000 pasien dirawat di rumah sakit karena penyakit batu empedu setiap tahun.

Menurut *The Third National Health and Nutrition Examination Survey* (2010) dikatakan bahwa kejadian kolelitiasis di Amerika Serikat sekitar 700.000 kasus, sedangkan yang di operasi (kolesistektomi) sebanyak 1 juta orang. Indikasi dilakukan operasi (kolesistektomi) biasanya disebabkan oleh kolesistitis (radang kandung empedu), pankreatitis.

Prevalensi kolelitiasis di Asia sebanyak 3 - 5 %. Angka kejadian ini lebih rendah dibandingkan di negara barat (Rizky, 2010)

Kejadian kolelitiasis di Indonesia terjadi di beberapa Rumah Sakit, khususnya RSI Siti Rahmah yang terletak di kota Padang Sumatera Barat dengan penderita yang mengalami kolelitiasis sebanyak 271 kasus selama periode tahun 2014 sampai 2016 (Rizky, 2010).

Angka kejadian kolelitiasis dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin. Kejadian kolelitiasis terjadi pada orang Indian Amerika Utara yang menyerang wanita sebanyak 64,1% dan pria sebanyak 29,5% (Stinton, 2012).

Berdasarkan data yang diperoleh dari *Medical Record* Rumah Sakit Swasta di Bekasi jumlah pasien yang mengalami batu empedu sebanyak 131 orang yang terdiri dari 55 laki-laki dan 76 perempuan. Serta berdasarkan buku register Ruang Cempaka RS Mitra Keluarga Bekasi Barat dalam periode Januari 2019 sampai Desember 2019 tercatat jumlah pasien rawat inap dengan Kolelitiasis sebanyak 11 penderita, dengan usia rata-rata 37 tahun sampai 61 tahun laki-laki, dan perempuan dengan usia rata-rata 30 sampai 42 tahun. Secara keseluruhan pada periode tersebut pasien keluar hidup.

Seperti yang kita ketahui, empedu berfungsi sebagai tempat melepaskan cairan empedu yang dihasilkan dari organ hati. Penyebab terjadinya batu empedu adalah terlalu banyak kolesterol, banyaknya kadar bilirubin didalam empedu dan empedu tidak sepenuhnya kosong. Dikatakan tidak sepenuhnya kosong apabila cairan empedu tersebut mengeras yang kemudian akan menjadi batu (Aprilia, 2020).

Tanda dan gejala kolelitiasis adalah mual, muntah, rasa nyeri pada abdomen kuadran kanan atas, ikterus, perubahan warna urin dan feses, defisiensi vitamin (Suratun, 2010). Oleh karena itu perlu penanganan segera untuk mengatasi keluhan tersebut.

Pengobatan kolelitiasis dibagi menjadi 2 yaitu non bedah dan bedah. Pengobatan non bedah yaitu dengan cara mengistirahatkan kandung empedu (bedrest, terapi oksigen, dll), terapi farmakologis yaitu dengan pemberian analgesic, antibiotic, antacid atau obat-obatan antikolinergik.

Sedangkan pengobatan yang kedua dengan cara pembedahan (ISWL atau ESWL (*Intracorporeal or Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy*)), pembedahan dilakukan jika terdapat deteriorasi (perburukan) pada pasien. Pengobatan kolelitiasis harus dilakukan dengan tepat untuk menghindari terjadinya komplikasi lanjut (Suratun, 2010).

Komplikasi kolelitiasis adalah dapat terjadinya pankreatitis, kolesistitis akut, empyema kandung empedu, kanker kandung empedu (Tanaja, 2019). Oleh karena itu perlu melakukan pencegahan agar tidak terjadi kondisi lebih lanjut.

Pencegahan kolelitiasis yaitu dengan cara mengkonsumsi makanan yang tinggi serat, minum 6 sampai 8 gelas perhari, menghindari makan yang berlemak tinggi (makanan bersantan, makanan berbumbu kacang, dll) (Tjin, 2019). Oleh karena itu peran perawat sangat dibutuhkan dalam memberikan penatalaksanaan pasien dengan kolelitiasis.

Peran perawat adalah 1) Peran perawat sebagai promotif, yaitu perawat mempromosikan kesehatan supaya gaya hidup masyarakat menjadi sehat dan optimal, 2) Peran perawat sebagai preventif, yaitu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit, 3) Peran perawat sebagai kuratif, yaitu kegiatan pengobatan untuk mengurangi rasa sakit, 4) Peran perawat sebagai rehabilitatif, yaitu kegiatan pelayanan untuk mengembalikan kondisi pasien sehingga dapat berfungsi sebagaimana mestinya (Sulistomo, 2013).

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa/i mampu memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan kolelitiasis serta mendapatkan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien tersebut.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa/i mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien dengan Kolelitiasis
- b. Mahasiswa/i mampu merumuskan masalah keperawatan pada klien dengan Kolelitiasis
- c. Mahasiswa/i mampu merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan Kolelitiasis
- d. Mahasiswa/i mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan Kolelitiasis
- e. Mahasiswa/i mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan Kolelitiasis
- f. Mahasiswa/i mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan praktik
- g. Mahasiswa/i mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah
- h. Mahasiswa/i mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan Kolelitiasis

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah "Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.J Dengan Kolelitiasis Di Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat" yang dilaksanakan selama 3 hari pada tanggal 10 Februari 2020 sampai 12 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif yaitu menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan Kolelitiasis dengan cara mengumpulkan data, menganalisa, dan menarik kesimpulan yang disajikan dalam bentuk narasi.

Metode narasi yaitu teknik penulisan yang menceritakan suatu peristiwa atau kejadian secara runtut. Adapun teknik yang digunakan dalam pengumpulan data melalui studi kasus yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien secara langsung dengan melakukan pemeriksaan fisik pada klien, mengobservasi, wawancara dengan klien dan isteri klien serta menerapkan asuhan keperawatan.

Studi kepustakaan diperoleh dengan cara membaca buku-buku, artikel dan jurnal yang berkaitan dengan penyakit Kolelitiasis.

E. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari lima Bab yang disusun secara sistematis, yaitu Bab I pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II tinjauan teori yang terdiri atas pengertian, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, pemeriksaan diagnostik, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. Bab III tinjauan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV pembahasan mengenai perbandingan teori dan kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Bab V penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran, daftar pustaka, lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Pengertian

Kolelitiasis adalah adanya satu atau lebih batu (batu empedu) di kantong empedu (Shiddiqui, 2018).

Kolelitiasis atau batu empedu merupakan gabungan beberapa unsur yang membentuk satu material mirip batu yang terbentuk dalam kandung empedu (Corwin, 2007 dalam buku (Nuari, 2015)

Kolelitiasis atau batu empedu adalah endapan cairan pencernaan yang mengeras yang dapat terbentuk di kantong empedu (Tanaja, 2019).

Menurut (Suratun, 2010) Batu empedu terdiri dari 3 jenis, yaitu batu kolesterol, batu pigmen, dan batu campuran

1. Batu kolesterol, berukuran besar, berstruktur bulat atau oval, berwarna kuning pucat dan mengandung kalsium serta pigmen. Kolesterol yang merupakan unsur normal pembentuk empedu sifatnya tidak larut air. Pada pasien cenderung akan terjadi penurunan sintesis asam empedu dan peningkatan sintesis kolesterol dalam hati.
2. Batu pigmen, terdiri dari kalsium bilirubinat murni. Batu ini berukuran kecil, multiple, berwarna hitam kecokelatan. Batu pigmen akan terbentuk bila pigmen tak terkonjugasi dalam empedu yang mengalami pengendapan.
3. Batu campuran, batu ini merupakan batu campuran antara batu kolesterol dengan batu pigmen. Biasanya batu ini berwarna coklat tua.

Menurut (Nuari, 2015) batu empedu terdiri dari 3 golongan, yaitu :

1. Batu kolesterol, berbentuk oval dan mengandung lebih dari 70% kolesterol
2. Batu kalsium bilirubina (pigmen coklat), berwarna coklat atau coklat tua, lunak, mudah dihancurkan dan mengandung kalsium-bilirubin.
3. Batu pigmen hitam, berwarna hitam atau hitam kecokelatan, tidak berbentuk (seperti bubuk).

B. Etiologi

Penyebab kolelitiasis atau batu empedu adalah :

1. Supersaturasi kolesterol
Empedu dapat melarutkan kolesterol yang dikeluarkan oleh hati. Tetapi jika hati memproduksi lebih banyak kolesterol daripada yang bisa dilarutkan oleh empedu, maka kelebihan kolesterol bisa mengendap sebagai Kristal. Kristal terjebak didalam lender kandung empedu, kemudian menghasilkan lumpur kandung empedu. Lama-kelamaan kristal dapat menyumbat saluran yang akhirnya menghasilkan penyakit batu empedu.
2. Kelebihan bilirubin
Bilirubin merupakan pigmen kuning yang berasal dari penguraian sel darah merah, dikeluarkan kedalam empedu oleh sel-sel hati. Dalam kondisi hematologis tertentu dapat menyebabkan hati membuat terlalu banyak bilirubin melalui proses pemecahan hemoglobin. Bilirubin yang berlebihan juga dapat menyebabkan pembentukan batu empedu.
3. Hipomotilitas empedu atau gangguan kontraktilitas
Jika kandung empedu tidak kosong secara efektif, maka empedu dapat menjadi pekat dan dapat membentuk batu (Tanaja, 2019)

C. Faktor Risiko

Faktor resiko pada penyakit batu empedu adalah

1. Usia

Risiko terkena batu empedu bertambah seiring bertambahnya usia. Biasanya terjadi pada usia 40 tahun ke atas

2. Riwayat batu empedu dalam keluarga

3. Ras atau suku (Amerika asli, Eropa Utara)

4. Obesitas

Obesitas terjadi karena peningkatan sekresi empedu kolesterol

5. Jenis kelamin perempuan

Perempuan mempunyai hormone estrogen. Estrogen dapat menghasilkan peningkatan kolesterol empedu dan dapat menurunkan kontraktilitas kandung empedu

6. Penyakit atau kondisi seperti diabetes mellitus, sirosis hati

Pada sirosis hati dapat dinyatakan bahwa disfungsi metabolik hati dan lesi saluran empedu menjadi kemungkinan penyebabnya. Sedangkan pada pasien dengan diabetes mellitus disebabkan terkait dengan hiperkolesterolemia (LeMone, 2017).

D. Patofisiologi

1. Perjalanan penyakit

Kantung empedu adalah bagian dari sistem empedu. Sistem empedu melibatkan hati, dengan suplai darah yang luas, kantong empedu, dan saluran hati dan empedu. Ada komponen intrahepatik dan ekstrahepatik dari sistem bilier. Kandung empedu adalah bagian dari sistem empedu ekstrahepatik dimana empedu disimpan dan dipekatkan. Empedu sangat penting untuk mencerna lemak. Kandung empedu terletak di kuadran kanan atas perut yang ditempelkan pada permukaan hati di fossa kandung empedu. Empedu terbentuk di hati. Empedu kemudian disimpan di kantong empedu melalui saluran kistik.

Ketika kantong empedu dirangsang untuk mengosongkan oleh makanan di lambung dan duodenum, empedu berkontraksi dan mengosongkan kembali melalui saluran kistik, menuju saluran empedu melalui ampula vater kemudian ke dalam bagian kedua dari duodenum. Aliran empedu juga dikendalikan oleh pembukaan dan penutupan sfingter oddi di ampula vater (Jones, 2017).

Batu empedu kolesterol terbentuk karena sekresi kolesterol berlebihan oleh sel-sel hati dan hipomotilitas (gangguan pengosongan kandung empedu). Pada batu berpigmen, bilirubin dalam hati mempunyai konsentrasi bilirubin yang lebih tinggi dari ukuran normal. Kemudian bilirubin dapat mengkristal dan akhirnya membentuk batu. Gejala dan komplikasi akibat kolelitiasis terjadi ketika batu menghalangi saluran kistik, saluran empedu atau keduanya. Obstruksi pada ductus kistik menghasilkan nyeri empedu, tetapi biasanya hanya sementara. Hal ini disebut juga dengan kolelitiasis. Tetapi pada obstruksi saluran kistik yang persisten, akan mengakibatkan kolesistitis akut (Tanaja, 2019).

2. Manifestasi klinik

Manifestasi klinik kolelitiasis adalah :

1. Rasa nyeri dan kolik bilier

Jika ductus sistikus tersumbat oleh batu empedu, maka kandung empedu akan mengalami distensi yang kemudian menjadi infeksi. Pasien akan mengalami panas dan mungkin teraba masa padat pada abdomen. Pasien akan mengalami kolik bilier dengan nyeri hebat pada abdomen kuadran kanan atas yang menjalar ke punggung atau bahu kanan atau kekakuan perut saat RUQ (*Right Upper Quadrant*) dipalpasi (Abraham, 2014). Rasa nyeri juga disertai dengan mual muntah dan bertambah hebat dalam waktu beberapa jam sesudah makan. Nyeri perut biasanya berlangsung selama 20 menit sampai 12 jam. Terdapat tanda murphy (*murphy sign*), dikatakan positif saat pasien merasakan nyeri di tempat yang ditekan saat pasien menarik napas dalam.

2. Ikterus

Ikterus biasanya terjadi pada obstruksi ductus koleduktus akibat dari obstruksi pengaliran getah empedu kedalam duodenum. Maka akan terjadi peningkatan kadar empedu dalam darah, kemudian kulit dan membrane mukosa berwarna kuning.

3. Perubahan warna urin dan feses

Ekskresi atau pengeluaran pigmen empedu oleh ginjal akan membuat urin dan feses berwarna sangat gelap.

4. Defisiensi vitamin

Obstruksi aliran empedu juga mengganggu absorpsi vitamin yang larut dalam lemak (vitamin A, D, E, K). Defisiensi vitamin K dapat mengganggu pembekuan darah yang normal (Suratun, 2010).

3. Komplikasi

Komplikasi kolelitiasis adalah dapat terjadinya *Kolangitis* (radang saluran empedu) dapat terjadi jika saluran empedu tersumbat dan kemudian terinfeksi bakteri dari usus kecil. *Kolesistitis* (*radang kandung empedu*) merupakan hasil dari batu empedu yang berada di leher kandung empedu atau saluran kistik (salah satu saluran empedu). *Pankreatitis* terjadi pada orang-orang yang memiliki banyak batu kecil dan terjadi ketika batu empedu menghalangi saluran pancreas. *Kanker kandung empedu*, memiliki batu empedu dapat meningkatkan risiko terkena kanker kandung empedu (Tanaja, 2019).

4. Pencegahan

Menurut (National Institute of Diabetes and Digestive Kidney Disease, 2017) berikut adalah cara untuk membantu mencegah terjadinya batu empedu :

- a. Konsumsi makanan yang tinggi serat, seperti buah-buahan, sayuran, kacang-kacangan, kacang polong, beras merah, dan gandum
- b. Kurangi karbohidrat dan gula
- c. Konsumsi lemak sehat, seperti minyak ikan dan minyak zaitun, untuk membantu kandung empedu mengosongkan secara teratur

- d. Hindari lemak yang tidak sehat, seperti yang sering ditemukan pada gorengan dan lain-lain.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada pasien kolelitiasis meliputi :

1. Bilirubin serum, peningkatan bilirubin direk (terkonjugasi) dapat mengindikasikan obstruksi aliran empedu dalam system ductus empedu
2. Hitung darah lengkap, kenaikan sel darah putih dapat mengindikasikan adanya inflamasi dan infeksi
3. Amilase dan lipase serum diperiksa untuk mengidentifikasi kemungkinan pankreatitis
4. Ultrasonografi pada kandung empedu, merupakan pemeriksaan noninvasif yang keakuratannya lebih dari 95% dapat mendiagnosis kolelitiasis
5. Rontgen abdomen dapat menunjukkan batu empedu yang memiliki kandungan kalsium yang tinggi
6. Scan kandung empedu (scan HIDA, DISIDA) digunakan untuk mendiagnosis obstruksi saluran sistik dan kolesistitis akut atau kronik (LeMone, 2017).

E. Penatalaksanaan Medis

1. Pengobatan kolelitiasis dibagi menjadi 2 yaitu non bedah dan bedah. Pengobatan non bedah yaitu dengan cara mengistirahatkan kandung empedu (bedrest, terapi oksigen, dll), terapi farmakologis yaitu dengan pemberian analgesik, antibiotik, antasid atau obat-obatan antikolinergik. Kemudian pengobatan yang kedua dengan cara pembedahan, pembedahan dilakukan jika terdapat deteriorasi (perburukan) pada pasien atau kolesistitis emphysema. Yang termasuk terapi pembedahan yaitu kolesistektomi (mengangkat kandung empedu pada kolesistitis akut atau kronik), kolesistostomi (pembukaan kandung empedu untuk mendrainase dan mengangkat batu), ERCP (eksplorasi ductus koledokus), *percutaneous transhepatic placement of a cholecystostomy tube*.

ERCP (*endoscopic retrograde cholangiopancreatography*) digunakan untuk mendiagnosis gangguan yang terjadi pada pancreas, saluran empedu dan kandung empedu (Suratun, 2010)

2. Menurut (Nuraini, 2017) strategi intervensi gizi pada pasien dengan gangguan kandung empedu adalah:
 - a. Menurunkan berat badan
 - b. Membatasi makanan yang menyebabkan kembung atau nyeri abdomen
 - c. Mengatasi absorpsi lemak

F. Pengkajian Keperawatan (Doenges, 2012)

1. Aktivitas/istirahat

Gejala: kelemahan

Tanda: gelisah
2. Sirkulasi

Tanda: takikardia, berkeringat
3. Eliminasi

Gejala: warna urine dan feses

Tanda: distensi abdomen, teraba massa pada kuadran kanan atas, urine gelap dan pekat, feses berwarna tanah liat
4. Makanan/cairan

Gejala: anoreksia, mual/muntah

Tanda: tidak toleran terhadap lemak dan makanan “pembentuk gas”, regurgitasi berulang, nyeri epigastrium, tidak dapat makan, flatus, dyspepsia
5. Nyeri/kenyamanan

Gejala: nyeri abdomen atas berat, dapat menyebar ke punggung atau bahu kanan, nyeri mulai tiba-tiba dan biasanya memuncak dalam 30 menit

Tanda: nyeri lepas, otot tegang atau kaku bila kuadran kanan atas ditekan : tanda murphy positif, dikatakan positif saat pasien merasakan nyeri di tempat yang ditekan saat pasien menarik napas dalam

6. Pernafasan

Tanda: peningkatan frekuensi pernafasan, pernafasan tertekan ditandai oleh nafas pendek, dangkal

7. Keamanan

Tanda: demam, menggigil, ikterik dengan kulit berkeriat dan gatal (pruritus), kecenderungan perdarahan (kekurangan vitamin K)

8. Penyuluhan atau pembelajaran

Gejala: kecenderungan keluarga untuk terjadi batu empedu, riwayat Diabetes Mellitus, penyakit inflamasi usus

G. Diagnosa dan Rencana Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (obstruksi atau spasme ductus, proses inflamasi, iskemia jaringan atau nekrosis)

Tanda: nyeri, wajah menahan nyeri, perubahan TD, nadi

Kriteria hasil: nyeri hilang atau terkontrol, menunjukkan penggunaan keterampilan relaksasi dan aktivitas hiburan sesuai indikasi untuk situasi individual

Perencanaan :

1) Observasi dan catat lokasi, beratnya (skala 0-10) dan karakter nyeri (menetap, hilang timbul, kolik)

Rasional: membantu membedakan penyebab nyeri dan memberikan informasi tentang kemajuan atau perbaikan penyakit, terjadinya komplikasi, dan keefektifan intervensi

2) Tingkatkan tirah baring, biarkan pasien melakukan posisi yang nyaman

Rasional: tirah baring pada posisi fowler menurunkan tekanan intraabdomen

3) Dorong menggunakan teknik relaksasi, contoh bimbingan imajinasi, latihan napas dalam

Rasional: meningkatkan istirahat, memusatkan kembali perhatian, dapat meningkatkan koping

- 4) Kolaborasi pemberian terapi obat (golongan antikolinergik, narkotik, antibiotic)

Rasional: antikolinergik untuk menghilangkan reflex spasme atau kontraksi otot halus dan membantu dalam manajemen nyeri, narkotik untuk memberikan penurunan nyeri hebat, antibiotic untuk mengobati proses infeksi, menurunkan inflamasi.

- 5) Kolaborasi tindakan prosedur (ESWL, endoskopi sfingterotomi, intervensi bedah)

Rasional: intervensi bedah atau kolesistektomi dapat diindikasikan sehubungan dengan ukuran batu dan derajat kerusakan jaringan atau adanya nekrosis.

2. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah
Kriteria hasil: membrane mukosa lembab, turgor kulit baik, pengisian kapiler baik, mengeluarkan urine cukup, tidak ada muntah

Perencanaan :

- 1) Kaji membrane mukosa, nadi perifer, dan pengisian kapiler
Rasional: memberikan informasi tentang status cairan atau volume sirkulasi dan kebutuhan penggantian
- 2) Awasi tanda atau gejala peningkatan mual atau muntah
Rasional: muntah berkepanjangan dapat menimbulkan deficit natrium, kalium, dan klorida
- 3) Hindarkan dari lingkungan yang berbau
Rasional: menurunkan rangsangan pada pusat muntah
- 4) Kaji perdarahan, contoh perdarahan gusi, ekimosis, ptekie, mimisan
Rasional: protombin darah menurun dan waktu koagulasi memanjang bila aliran empedu terhambat, meningkatkan resiko perdarahan
- 5) Kolaborasi pemberian terapi obat antiemetic
Rasional: menurunkan mual dan mencegah muntah

3. Risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah

Kriteria hasil: mual atau muntah hilang, mempertahankan berat badan

Perencanaan:

- 1) Kaji distensi abdomen

Rasional: tanda nonverbal ketidaknyamanan berhubungan dengan gangguan pencernaan

- 2) Berikan suasana menyenangkan pada saat makan, hilangkan rangsangan berbau

Rasional: untuk meningkatkan nafsu makan atau menurunkan mual

- 3) Berikan kebersihan oral sebelum makan

Rasional: mulut yang bersih meningkatkan nafsu makan

- 4) Kolaborasi pemberian diet sesuai toleransi, biasanya rendah lemak, tinggi serat

Rasional: memenuhi nutrisi dan meminimalkan rangsangan pada batu empedu

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

Kriteria hasil: menyatakan pemahaman proses penyakit, pengobatan, prognosis, melakukan perubahan pola hidup

Perencanaan:

- 1) Kaji ulang proses penyakit atau prognosis

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

- 2) Kaji ulang tanda atau gejala yang memerlukan intervensi medik, contoh demam berulang, mual atau muntah menetap, nyeri, ikterik pada kulit atau mata, urine gelap, feses berwarna seperti tanah liat, perdarahan dari membrane mukosa

Rasional: menunjukkan kemajuan proses penyakit atau terjadinya komplikasi yang memerlukan intervensi lanjut

- 3) Anjurkan pasien untuk membatasi merokok

Rasional: meningkatkan pembentukan gas yang dapat meningkatkan distensi atau ketidaknyamanan gaster

H. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri dan kolaborasi perawat

I. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien dengan kolelitiasis meliputi evaluasi atau catatan perkembangan yang dialami oleh pasien setelah diberikan implementasi keperawatan

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Pasien

Tn. J berusia 49 tahun, status perkawinan menikah, agama islam, suku bangsa Sunda, pendidikan terakhir SMA, Bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, pekerjaan karyawan swasta, alamat Jakasetia-Bekasi Selatan. Sumber biaya adalah dari asuransi perusahaan, sumber informasi adalah dari pasien, isteri pasien, perawat ruangan dan rekam medis. Pasien dirawat di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat di Ruang Cempaka sejak tanggal 08 Februari 2020 dengan diagnosa medis Kolelitiasis

b. Resume

Tn. J datang ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat melalui UGD pada tanggal 08 Februari 2020 pukul 10:30 WIB. Pasien datang dengan keluhan nyeri perut kanan atas dari semalam pukul 00:00 saat klien pulang kerja. Skala nyeri 6, nyeri di perut kanan atas dan menjalar ke punggung, nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri terus menerus selama 30 menit. Pasien memiliki riwayat batu empedu. Keadaan umum sakit sedang, kesadaran Composmentis. Diagnosa medis pasien adalah Kolelitiasis. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 165/105mmHg, nadi 101x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,7°C, memasang infus di vena cevalika kanan. Memberikan cairan infus Tutofusin/12jam, diberikan obat onetik (Intravena), prazotec 4mg (intravena), remopain 30mg (intravena).

Hasil pemeriksaan laboratorium hemoglobin 13.4g/dl*, LED 20mm/jam*, leukosit 13640/ul*, hematokrit 39vol%*, trombosit 228/ul, eritrosit 4.58juta/ul*, bilirubin indirek 1.6mg/dl*, bilirubin direk 2.5mg/dl*, bilirubin

total 4.1mg/dl*, SGOT 211u/l*, SGPT 120u/l*, ureum 27mg/dl*, creatinine 1.5mg/dl*, kalium 2.77mmol/l*. Pasien dipindahkan ke ruang Cempaka.

Pasien dipindahkan ke ruang Cempaka pada tanggal 08 Februari 2020 pukul 11:00 WIB penampilan umum tampak sakit sedang, kesadaran composmentis, pasien mengatakan nyeri skala 6 diarea perut kanan atas. Hasil pengukuran tanda-tanda vital adalah tekanan darah 152/100mmHg, nadi 102x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut, tindakan keperawatan yang telah dilakukan adalah pemberian remopain 30mg (drip) dalam Tutofusin OPS 8 jam/kolf per 24jam. Evaluasi tindakan pada tanggal 08 Februari 2020 didapatkan data kesadaran pasien composmentis, pasien mengeluh nyeri diarea perut kuadran kanan atas, tekanan darah 150/100mmHg, nadi 100x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36°C.

c. Riwayat Keperawatan

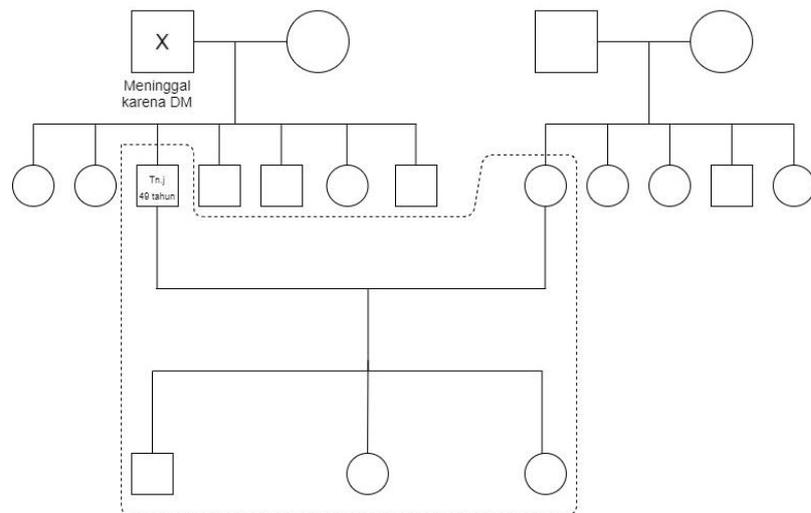
1) Riwayat kesehatan sekarang

Tn. J mengalami nyeri skala 6 diarea perut seluruhnya. Gejala timbul mendadak pada saat pasien pulang kerja. Faktor pencetus pasien sakit karena pola makan yang tidak sehat (mengkonsumsi makanan yang bersantan). Upaya yang dilakukan adalah minum tolak angin dan minum antibiotik amoxicillin (obat yang biasa dikonsumsi saat merasa sakit dan atas resep dokter).

2) Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan ada riwayat darah tinggi, riwayat batu empedu pada tahun 2019. Pasien pernah dirawat di Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 20 April 2019 dengan keluhan nyeri uluhati dan pegal-pegal dipunggung dengan skala nyeri 3.

3) Riwayat keluarga :



Keterangan :

○ Perempuan

□ Laki-laki

□ X Ayah klien meninggal karena Diabetes Mellitus

□ ↗ Tn. J usia 49 tahun

----- Tinggal serumah

4) Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan tidak mempunyai orang terdekat termasuk untuk bercerita masalah kepada isteri dan anak-anaknya. Pasien mengatakan semua sudah mandiri.

Pola komunikasi yang digunakan oleh keluarga Tn. J adalah komunikasi terbuka, setiap anggota keluarga yang mempunyai masalah bisa membicarakan dengan anggota keluarga yang lain. Isteri pasien mengatakan setiap pengambilan keputusan di keluarga dilakukan dengan cara demokratis dan musyawarah. Isteri pasien mengatakan pasien tidak pernah mengikuti kerja bakti dilingkungan rumahnya, dikarenakan setiap *weekend* pasien selalu beristirahat di rumah ataupun mengurus pekerjaan dengan temannya. Pasien mengatakan dampak dari penyakitnya yaitu tidak dapat bekerja. Pasien mengatakan setiap menemukan masalah pasien pasrah pada Tuhan dan pasien mengatakan setiap masalah tidak harus selalu dibawa fikiran.

5) Pola kebiasaan

a) Pola Nutrisi

Pasien mengatakan sebelum sakit makan 5x sehari, nafsu makan baik, pasien dapat menghabiskan 1 porsi jumbo makan, pasien suka makanan yang gurih dan bersantan. Setelah di rumah sakit nafsu makan pasien menurun, frekuensi makan 3 kali sehari, makanan hanya menghabiskan 3 sendok, diit lunak dengan 1900 kalori (rendah lemak)

b) Pola eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan BAK lebih dari 5 kali sehari, warna urin kuning jernih, tidak ada keluhan selama BAK.

Setelah di rumah sakit pasien BAK sebanyak 5 kali sehari, warna urin kuning pekat, tidak ada keluhan selama BAK.

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 2 kali sehari, BAB tidak menentu (terkadang pagi, siang ataupun sore), warna feses kecoklatan, konsistensi padat, tidak ada keluhan selama BAB.

Setelah dirumah sakit pasien BAB 1 kali sehari, BAB tidak menentu, warna feses kehitaman, konsistensi padat, tidak ada keluhan selama BAB.

c) Pola personal hygiene

Sebelum sakit pasien mandi 2 kali sehari, waktu mandi setiap pagi dan malam. Pasien menggosok gigi 2 kali sehari setiap pagi dan malam, pasien cuci rambut setiap 2 kali perminggu. Selama dirumah sakit pasien belum pernah mandi (hanya di lap saja), tidak mencuci rambut, tidak menggosok gigi.

d) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan tidak pernah tidur siang karena pasien bekerja, dan saat malam hari pasien tidur selama 7 jam mulai pukul 22:00-05:00 WIB. Istri pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien tidur tidak tentu, dikarenakan pasien merasakan nyeri dan juga perawat yang lalulalang diruangan.

e) Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan bekerja setiap pagi (pukul 07:00 WIB) sampai malam hari (pukul 22:00 atau tidak menentu). Pasien tidak pernah berolahraga. Pasien tidak aktif dalam lingkungan rumahnya. Pasien tidak ada keluhan saat menjalani aktivitas.

f) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan suka mengonsumsi makanan yang bersantan. Pasien mengatakan merokok sejak umur 21 tahun, pasien merokok sebanyak 1 sampai 2 bungkus (1 bungkus yang berisi 16 batang) sehari. Selain itu pasien juga selalu mengonsumsi kopi 1 cangkir sebanyak 3 kali sehari atau lebih. Pasien tidak mengonsumsi NAPZA.

d. Pengkajian Fisik

1) Pengkajian umum

Keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran composmentis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Berat badan Tn. J sebelum sakit 80kg, setelah sakit berat badannya 80kg. Tinggi badan pasien 170kg. IMT pasien 27,68 (obesitas 1)

2) Sistem penglihatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal, sklera ikterik, pupil isokor +2/+2, tidak teraba massa pada mata, fungsi penglihatan baik, pasien menggunakan kacamata (mata kanan -1, mata kiri +2. Kedua matanya terdapat silinder), ada rangsangan terhadap cahaya dengan baik, tidak ada tanda-tanda radang pada mata.

3) Sistem pendengaran

Saat dikaji daun telinga pasien normal, tidak ada kelainan pada telinga kanan dan kiri, kondisi telinga bersih, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, fungsi pendengaran pasien normal, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

4) Sistem pernafasan

Irama nafas teratur, bentuk dada simetris, pasien bernafas tidak menggunakan otot bantu nafas, akral teraba hangat, saat diperkusi bunyinya pekak, jalan nafas pasien bersih, pernafasan tidak sesak, frekuensi nafas 18x/menit, jenis pernafasan spontan, pasien mengatakan tidak ada batuk, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat bernafas, pasien juga tidak menggunakan alat bantu nafas.

5) Sistem kardiovaskuler

Nadi 92x/menit, irama teratur, TD 154/100mmHg, tidak ada distensi kulervena jugularis, temperature kulit hangat, pengisian kapiler <2detik, tidak terdapat edema pada tubuh pasien.

6) Sistem hematologic

Pasien tampak pucat, tidak ada perdarahan seperti petekie, mimisan atau perdarahan gusi.

7) Sistem saraf pusat

Pasien mengatakan sakit kepala, tingkat kesadaran composmentis, GCS E4M6V5, tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK (tekanan intra cranial), pasien tidak mengalami gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologis (reflek patella) normal, reflek patologis (reflek babinski) ada

8) Sistem pencernaan

Inspeksi : keadaan mulut terdapat gigi yang karies, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, salifa normal, pasien tidak ada muntah, kulit normal

Perkusi : bunyi timpani pada seluruh lapang abdomen

Palpasi : distensi abdomen ada, terdapat nyeri tekan pada kuadran kanan atas, hepar dan lien tidak teraba, tanda murphy positif.

Murphy's sign (tanda murphy) dikatakan positif saat pasien merasakan nyeri di tempat yang ditekan saat pasien menarik napas dalam. Kekakuan perut saat RUQ (*Right Upper Quadrant*) dipalpasi.

P : nyeri tekan

Q : nyeri seperti tertusuk

R : nyeri di perut kanan atas, menyebar ke punggung

S : skala nyeri 6

T : nyeri terus-menerus selama 30 menit

Auskultasi: bising usus 35 kali permenit

9) Sistem endokrin

Pasien tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, tidak terdapat luka gangrene.

10) Sistem urogenital

Balance : Cairan masuk (oral 1800cc + infus 800 = +2600cc), Cairan keluar (urin 2100cc + IWL 800 = +2900cc), keseimbangan cairan -300. Pasien tidak mengalami pola berkemih, warna BAK kuning pekat, tidak ada distensi atau ketegangan kandung kemih, keluhan sakit pinggang tidak ada.

11) Sistem integument

Turgor kulit elastis, temperature kulit hangat, suhu 36°C, warna kulit kuning (jaundice), keadaan kulit baik tidak ada lesi, kondisi kulit didaerah pemasangan infus tidak ada tanda-tanda phlebitis (kemerahan dan bengkak), keadaan rambut tekstur baik, kebersihannya bersih.

12) Sistem musculoskeletal

Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam pergerakan, tidak sakit pada tulang dan sendi, tidak ada kelainan bentuk tulang sendi, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot

$$\begin{array}{c|c} 5555 & 5555 \\ \hline 5555 & 5555 \end{array}$$

e. Data Tambahan (pemahaman tentang penyakit)

Pasien hanya mengerti kolelitiasis itu batu empedu. Selebihnya pasien tidak mengerti penyebab batu empedu, penyebab, tanda dan gejala, faktor resiko, komplikasi, pencegahan, serta pengobatan batu empedu.

f. Data Penunjang

Hasil Laboratorium tanggal 08 Februari 2020

	Hasil	Nilai rujukan
Hemoglobin	13.4*	13.5-18g/dl
LED	20*	6-10mm/jam
Leukosit	13,640*	4,000-10,500/ul
Hematokrit	39*	42-52vol%
Trombosit	228	150,000-450,000/ul
Eritrosit	4.58*	4.70-6.00juta/ul

Hitung jenis	Hasil	Nilai Rujukan
Basophil	0	0-1%
Eosinophil	0*	2-4%
Batang	0*	3-5%
Segmen	92*	50-70%
Limfosit	5*	25-40%
Monosit	3*	2-8%
	Hasil	Nilai Rujukan
MCV	86	78-100fl
MCH	29	27-31pg
MCHC	34	32-36%
	Hasil	Nilai Rujukan
Bilirubin indirek	1.6*	0.1-1.0mg/dl
Bilirubin direk	2.5*	0.0-0.4mg/dl
Bilirubin total	4.1*	0.0-1.2mg/dl
SGOT	211*	0-40u/l
SGPT	120*	0-41u/l
Ureum	27*	0-4mg/dl
Kreatinin	1.5*	0.7-1.2mg/dl
Gula darah sewaktu	109	60-140mg/dl
Natrium	137	135-146mmol/l
Kalium	2.77*	3.50-5.50mmol/l
Klorida	102	95-112mmol/l

Hasil lab tanggal 10 februari 2020

	Hasil	Nilai Rujukan
Hemoglobin	12.9*	13.5-18.0g/dl
LED	52*	6-10mm/jam
Leukosit	12,040*	4,000-10,500u/l
Hematokrit	39*	42-52vol%
Trombosit	185,000	150,000-450,000/ul
Eritrosit	4.39	4.70-6.00juta/ul

Hitung jenis

	Hasil	Nilai Rujukan
Basofil	0	0-1%
Eosinofil	0*	2-4%
Batang	2*	3-5%
Segmen	76*	50-70%
Limfosit	17*	25-40%
Monosit	5	2-8%

	Hasil	Nilai Rujukan
MCV	88	78-100fl
MCH	29	27-31pg
MCHC	33	32-36%

	Hasil	Nilai Rujukan
Bilirubin indirek	1.8*	0.1-1.0mg/dl
Bilirubin direk	3.8*	0.0-0.4mg/dl
Bilirubin total	5.6*	0.0-1.2mg/dl
Kalium	3.63	3.50-5.50mmol/l
Amilase	27	13-53U/l
Lipase	37	13-60U/l

Hasil MRCP (*Magnetic Resonance Cholangio Pancreatography*) tanggal 11 Februari 2020

Kesan :

Dilated intra-extra hepatic biledutes oleh obstructing

Gallstone/choledocholithiasis, minimal 3 buah (diameter 0.5cm-1cm'an) di distal CBD (*common bile duct*) diatas muara pancreatic duct

Gallbladder kecil, hypoplastic atau contracted gallbladder, tidak nyata gallstone dalam gallbladder.

g. Penatalaksanaan

Tutofusin OPS per 8jam

Obat-obatan :

- 1) KSR 600mg (2x1 Tab) oral
- 2) Plantacid syr 1C extra oral
- 3) Tramal sup 1supp
- 4) Thidim 1 gram (2x1 gr) Intravena
- 5) Pranza 40mg (1x1amp) Intravena
- 6) Granon 3mg (1x1amp) Intravena
- 7) Remopain 30mg (3x1amp) Intravena = K/p
- 8) Narfoz 4mg (Extra)
- 9) Captopril 25mg (Extra, Oral)

Diit lunak 1900 kalori (rendah lemak)

h. Data Fokus

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, Nadi 92x/menit, RR18x/menit, TD 154/100mmHg, Suhu 36°C.

1) Oksigenasi

Data subjektif : pasien mengatakan tidak ada sesak

Data objektif : RR 18x/menit, irama nafas pasien tampak teratur, bentuk dada simetris, pasien bernafas tidak menggunakan otot bantu nafas, akral teraba hangat, saat diperkusi bunyinya pekak, jalan nafas pasien bersih, pernafasan tidak sesak, jenis pernafasan spontan, pasien mengatakan tidak ada batuk, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat bernafas, pasien juga tidak menggunakan alat bantu nafas.

2) Nutrisi

Data subjektif : klien mengatakan ada mual, klien mengatakan nafsu makan klien menurun, frekuensi makan 3 kali sehari, makanan hanya dihabiskan 3 sendok

Data objektif : klien tampak tidak menghabiskan makanan, pasien hanya makan 3 sendok, BB 80kg, TB 170cm, IMT 27,68 (obesitas 1)

3) Eliminasi

Data subjektif : pasien mengatakan klien BAB 1 kali perhari, warna feses kehitaman

Data objektif : distensi abdomen ada, bising usus 35kali permenit.

4) Aman-nyaman

Data subjektif : pasien mengatakan nyeri diperut kanan atas tiba-tiba, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar ke punggung, skala nyeri 6, frekuensi terus-menerus, durasi 30 menit.

Data objektif : nadi 92x/menit, RR 18x/menit, TD 154/100mmHg, Suhu 36°C, pasien tampak sesekali diam sambil memejamkan mata untuk menahan sakit, terdapat nyeri tekan pada kuadran kanan atas, hepar dan lien tidak teraba, tanda murphy positif.

Murphy's sign (tanda murphy) dikatakan positif saat pasien merasakan nyeri di tempat yang ditekan saat pasien menarik napas dalam. Kekakuan perut saat RUQ (*Right Upper Quadrant*) dipalpasi.

P : nyeri tekan, Q : nyeri seperti tertusuk, R : nyeri di perut kanan atas dan menjalar ke punggung, S : skala nyeri 6, T : nyeri terus-menerus selama 30 menit

2. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data subjektif : pasien mengatakan nyeri diperut kanan atas tiba-tiba,</p> <p>P : nyeri tekan</p> <p>Q : nyeri seperti tertusuk</p> <p>R : nyeri di perut kanan atas dan menjalar ke punggung</p> <p>S : skala nyeri 6</p> <p>T : nyeri terus-menerus selama 30 menit</p> <p>Data objektif : nadi 92x/menit, RR18x/menit, TD 154/100mmHg, Suhu 36°C, klien tampak sesekali diam sambil memejamkan mata untuk menahan sakit.</p> <p><i>Murphy's sign</i> (tanda murphy) dikatakan positif saat pasien merasakan nyeri di tempat yang ditekan saat pasien menarik napas dalam. Kekakuan perut saat RUQ (<i>Right Upper Quadrant</i>) dipalpasi.</p> <p>Hasil laboratorium tanggal 10 februari Leukosit 12,040u/l.</p>	Nyeri akut	Agen pencedera biologis

	<p>Hasil MRCP (<i>Magnetic Resonance Cholangio Pancreatography</i>) tanggal 11 Februari 2020</p> <p>Kesan :</p> <p>Dilated intra-extra hepatic biledutes oleh obstructing Gallstone/choledocholithiasis, minimal 3 buah (diameter 0.5cm-1cm'an) di distal CBD diatas muara pancreatic duct</p> <p>Gallbladder kecil, hypoplastic atau contracted gallbladder, tidak nyata gallstone dalam gallbladder.</p>		
2.	<p>Data subjektif : Pasien hanya mengerti kolelitiasis itu batu empedu. Selebihnya pasien tidak mengerti penyebab batu empedu, penyebab, tanda dan gejala, faktor resiko, komplikasi, pencegahan, serta pengobatan batu empedu.</p> <p>Data objektif : pasien dan isteri tampak belum paham tentang cara penjegahan, komplikasi, dan pencegahan batu empedu (kolelitiasis)</p> <p>Data subjektif : pasien mengatakan hanya makan 3</p>	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi

3.	sendok saja, nafsu makan berkurang, mual ada, muntah tidak ada. Data objektif : pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, Hb 12.9g/dl, diit 1900 kalori (rendah lemak), BB 80kg, TB 170cm, IMT 27,68 (obesitas 1)	Risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Mual muntah
----	---	--	-------------

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis
2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
3. Risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah

C. Perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keprawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis
Data Subjektif : pasien mengatakan nyeri diperut kanan atas tiba-tiba,
P : nyeri tekan
Q : nyeri seperti tertusuk
R : nyeri di perut kanan atas dan menjalar ke punggung
S : skala nyeri 6
T : nyeri terus-menerus selama 30 menit
Data Objektif : nadi 92x/menit, RR18x/menit, TD 154/100mmHg, Suhu 36°C, pasien tampak sesekali diam sambil memejamkan mata untuk menahan sakit. *Murphy's sign* (tanda murphy) dikatakan positif saat pasien merasakan nyeri di tempat yang ditekan saat pasien menarik napas dalam. Kekakuan perut saat RUQ (*Right Upper Quadrant*) dipalpasi. Hasil laboratorium tanggal 10 februari Leukosit 12,040u/l.

**Hasil MRCP (*Magnetic Resonance Cholangio Pancreatography*)
tanggal 11 Februari 2020**

Kesan :

Dilated intra-extra hepatic biledutcs oleh obstructing

Gallstone/choledocholithiasis, minimal 3 buah (diameter 0.5cm-1cm'an)
di distal CBD diatas muara pancreatic duct

Gallbladder kecil, hypoplastic atau contracted gallbladder, tidak nyata
gallstone dalam gallbladder.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24
jam nyeri dapat berkurang

Kriteria hasil : skala nyeri 3 (nyeri ringan), nadi 60-80x/menit, RR
12-20x/menit, TD dalam rentang normal
(120/80mmHg), suhu dalam rentang normal (36°C-
37,5 °C)

Rencana tindakan :

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Monitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah)
- 4) Berikan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam)
- 5) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 6) Berikan obat analgetik, antibiotik

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 08:00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi nyeri,
dengan hasil lokasi nyeri di perut kanan atas dan menjalar ke punggung,
karakteristik seperti ditusuk-tusuk, frekuensi terus-menerus, durasi 30
menit. Mengidentifikasi skala nyeri, dengan hasil skala nyeri 6, pukul
08:05 WIB memonitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah,
suhu), dengan hasil Nadi 92x/menit, RR 18x/menit, tekanan darah :
154/100mmHg, suhu 36°C, pukul 08:15 WIB mengajarkan teknik
nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) dengan hasil pasien
tampak bisa mengikuti instruksi perawat, memberikan obat analgetik

remopain 30mg (Intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan, pukul 08:30 wib memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil klien mengatakan ingin tidur. Pukul 12:00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi nyeri, dengan hasil lokasi nyeri di perut kanan atas dan menjalar ke punggung, karakteristik seperti ditusuk-tusuk, durasi terus-menerus selama 30 menit. Mengidentifikasi skala nyeri , dengan hasil skala nyeri 6. Memonitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah), dengan hasil nadi 82x/menit, RR 20x/menit, tekanan darah 150/90mmHg suhu 36,5°C. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) dengan hasil pasien tampak bisa mengikuti instruksi perawat, ketika nyeri pasien masih jarang melakukan relaksasi nafas dalam. Pukul 19:00 WIB perawat ruangan memberikan obat thidim 1 gram (intravena), dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020 pukul 15:00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan masih nyeri diperut kanan atas dan menjalar ke punggung, skala nyeri 5, rasa masih seperti ditusuk-tusuk, frekuensi terus-menerus, durasi 30 menit, klien mengatakan ingin tidur

Objektif: Nadi 80x/menit, RR 18x/menit, TD : 154/100mmHg, suhu 36,5°C pasien tampak sesekali memejamkan mata untuk menahan sakit, tanda murphy positif (nyeri lepas)

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi
- 2) Identifikasi skala nyeri

- 3) Monitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah)
- 4) Berikan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam)
- 5) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 6) Berikan obat analgetik, antibiotic

Pelaksanaan Keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 15:00 WIB

Pukul 08:00 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi nyeri, dengan hasil pasien mengatakan nyeri masih sama seperti kemarin, lokasi nyeri di perut kanan atas dan menjalar ke punggung, karakteristik seperti ditusuk-tusuk, frekuensi terus-menerus, durasi 30 menit. Mengidentifikasi skala nyeri, dengan hasil pasien mengatakan skala nyeri juga masih sama seperti kemarin, skala nyeri 6.

Pukul 08:05 WIB memonitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah) dengan hasil nadi 84x/menit, RR 20x/menit, tekanan darah 158/100mmHg, suhu 36,3°C.

Mengkolaborasikan pemberian analgetik Pranza 40mg (Intravena), Captopril 25mg (Extra, Oral) dengan hasil obat berhasil diberikan. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam), dengan hasil pasien tampak bisa mengikuti instruksi perawat, tetapi ketika nyeri klien mengatakan masih jarang untuk melakukan relaksasi nafas dalam. Pukul 08:30 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, dengan hasil klien mengatakan belum ingin tidur lagi. Pukul 10:00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi nyeri dengan hasil lokasi nyeri di perut kanan atas dan menjalar ke punggung, karakteristik seperti ditusuk-tusuk, durasi terus-menerus selama 30 menit. Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil skala nyeri 5. Memonitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah, suhu) sebelum pasien dilakukan pemeriksaan MRCP, dengan hasil nadi 73x/menit, RR 20x/menit, tekanan darah : 187/100mmHg suhu 36,7 °C. Perawat ruangan memberikan obat Captropil 25mg tab (extra, oral). Pukul 11:00 pasien ke Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur untuk dilakukan tindakan MRCP. Pukul 18:40 WIB perawat ruangan memberikan obat thidim 1 gram (intravena), dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi Keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 15:00 WIB

Subjektif:	pasien mengatakan masih nyeri diarea perut kanan atas dan menjalar ke punggung, skala nyeri 5, rasa masih seperti ditusuk-tusuk, frekuensi terus-menerus, durasi 30 menit, pasien mengatakan ingin tidur
Objektif:	Nadi 86x/menit, RR 20x/menit, tekanan darah 153/98mmHg, klien tampak sesekali memejamkan mata untuk menahan sakit, tanda murphy positif
Analisa:	Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai
Planning:	Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6 <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi 2) Identifikasi skala nyeri 3) Monitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah) 4) Berikan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) 5) Fasilitasi istirahat dan tidur 6) Berikan obat analgetik, antibiotic

Pelaksanaan Keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pada pukul 01:00 WIB perawat ruangan mengatakan pasien mengeluh nyeri di perut bagian kanan atas dengan skala nyeri 9, frekuensi terus menerus, durasi 30menit. Kemudian perawat mengkolaborasikan pemberian obat remopain 30mg (intravena), pukul 05:00 WIB perawat ruangan memberikan obat thidim 1 gram (intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 08:00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi nyeri, dengan hasil pasien mengatakan nyeri masih sama seperti kemarin, belum ada perubahan, lokasi nyeri di bagian perut kanan atas dan menjalar ke punggung, karakteristik seperti ditusuk-tusuk, frekuensi terus-menerus, durasi 30 menit. Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan skala nyeri 7.

Memonitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah, suhu) dengan hasil nadi 84x/menit, RR 22x/menit, tekanan darah : 200/100mmHg, suhu 36,5°C.

Pukul 08:15 WIB mengkolaborasikan pemberian analgetik Tramal supp dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 08:30 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil pasien mengatakan belum ingin tidur lagi. Pukul 12:00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi nyeri, dengan hasil lokasi nyeri di bagian perut kanan atas dan menjalar ke punggung, karakteristik seperti ditusuk-tusuk, frekuensi terus-menerus, durasi 30 menit. Mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil skala nyeri 6. Memonitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah, suhu) dengan hasil nadi 85x/menit, RR 18x/menit, TD : 155/100mmHg, suhu 36,7°C. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) dengan hasil pasien tampak bisa mengikuti instruksi perawat, ketika nyeri pasien sudah mulai melakukan relaksasi nafas dalam. Memberikan obat analgetik Remopain 30mg (Intravena) dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi Keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 15:00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan masih nyeri diarea perut kanan atas dan menjalar ke punggung, skala nyeri 6, rasa masih seperti ditusuk-tusuk, frekuensi terus-menerus, durasi 30 menit.

Objektif : Nadi 80x/menit, RR 18x/menit, TD : 150/90mmHg. Klien tampak sesekali memejamkan mata dan tarik nafas dalam untuk menahan sakit, tanda murphy positif

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Monitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah)

- 4) Berikan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam)
- 5) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 6) Berikan obat analgetik, antibiotic

2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Data subjektif : Pasien mengatakan hanya mengerti kolelitiasis itu batu empedu. Selebihnya pasien tidak mengerti penyebab batu empedu, penyebab, tanda dan gejala, faktor resiko, komplikasi, pencegahan, serta pengobatan batu empedu.

Data objektif : pasien tampak belum paham tentang cara pencegahan, komplikasi, dan pencegahan batu empedu (kolelitiasis)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pengetahuan pasien

Kriteria hasil : pasien dapat menyebutkan definisi batu empedu, dapat menyebutkan 3 dari 3 penyebab, dapat menyebutkan 3 dari 3 tanda dan gejala, dapat menyebutkan 5 dari 6 faktor resiko, dapat menyebutkan 5 dari 5 komplikasi, dapat menjelaskan 4 dari 4 cara pencegahan, serta dapat menyebutkan 1 dari 2 pengobatan batu empedu

Rencana tindakan:

1. Edukasi kesehatan (definisi batu empedu, penyebab, tanda dan gejala, faktor resiko, komplikasi, pencegahan, serta pengobatan batu empedu)

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 12:00 WIB mengedukasi kesehatan pasien (definisi batu empedu, penyebab, tanda dan gejala, faktor resiko, komplikasi, pencegahan, serta

pengobatan batu empedu), dengan hasil pasien dapat menjelaskan definisi batu empedu, dapat menyebutkan 3 dari 3 penyebab, dapat menyebutkan 3 dari 3 tanda dan gejala, dapat menyebutkan 5 dari 6 faktor resiko, dapat menyebutkan 5 dari 5 komplikasi, dapat menjelaskan 4 dari 4 cara pencegahan, serta dapat menyebutkan 1 dari 2 pengobatan batu empedu.

Evaluasi keperawatan tanggal 10 Februari 2020 pukul 15:00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan sudah menjadi paham tentang definisi, penyebab, tanda dan gejala, faktor resiko, komplikasi, pencegahan, serta pengobatan batu empedu.

Objektif : pasien tampak mampu menjelaskan definisi batu empedu, pasien dapat menyebutkan 3 dari 3 penyebab, dapat menyebutkan 3 dari 3 tanda dan gejala, dapat menyebutkan 5 dari 6 faktor resiko, dapat menyebutkan 5 dari 5 komplikasi, dapat menjelaskan 4 dari 4 cara pencegahan, serta dapat menyebutkan 1 dari 2 pengobatan batu empedu

Analisa : Masalah teratasi tujuan tercapai

Planning : Evaluasi intervensi 1, edukasi kesehatan (definisi batu empedu, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta pengobatan batu empedu).

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08:00 WIB mengevaluasi pengetahuan pasien (definisi batu empedu, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta pengobatan batu empedu), dengan hasil pasien dapat menjelaskan definisi batu empedu, dapat menyebutkan 3 dari 3 penyebab, dapat menyebutkan 3 dari 3 tanda dan

gejala, dapat menyebutkan 5 dari 6 faktor resiko, dapat menyebutkan 5 dari 5 komplikasi, dapat menjelaskan 4 dari 4 cara pencegahan, serta dapat menyebutkan 1 dari 2 pengobatan batu empedu.

Evaluasi keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 15:00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan sudah menjadi paham tentang definisi, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta pengobatan batu empedu.

Objektif : pasien tampak mampu menjelaskan definisi batu empedu, dapat menyebutkan 3 dari 3 penyebab, dapat menyebutkan 3 dari 3 tanda dan gejala, dapat menyebutkan 5 dari 6 faktor resiko, dapat menyebutkan 5 dari 5 komplikasi, dapat menjelaskan 4 dari 4 cara pencegahan, serta dapat menyebutkan 1 dari 2 pengobatan batu empedu.

Analisa : Masalah teratasi tujuan tercapai

Planning : Evaluasi intervensi 1, edukasi kesehatan (definisi batu empedu, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta pengobatan batu empedu).

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 14:00 WIB mengevaluasi pengetahuan pasien (definisi batu empedu, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta pengobatan batu empedu), dengan hasil pasien dapat menjelaskan definisi batu empedu, dapat menyebutkan 3 dari 3 penyebab, dapat menyebutkan 3 dari 3 tanda dan gejala, dapat menyebutkan 5 dari 6 faktor resiko, dapat menyebutkan 5 dari 5 komplikasi, dapat menjelaskan 4 dari 4 cara pencegahan, serta dapat menyebutkan 1 dari 2 pengobatan batu empedu.

Evaluasi keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 15:00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan sudah menjadi paham tentang definisi, dapat menyebutkan 3 dari 3 penyebab, dapat menyebutkan 3 dari 3 tanda dan gejala, dapat menyebutkan 5 dari 6 faktor resiko, dapat menyebutkan 5 dari 5 komplikasi, dapat menjelaskan 4 dari 4 cara pencegahan, serta dapat menyebutkan 1 dari 2 pengobatan batu empedu

Objektif : pasien tampak mampu menjelaskan definisi batu empedu, dapat menyebutkan 3 dari 3 penyebab, dapat menyebutkan 3 dari 3 tanda dan gejala, dapat menyebutkan 5 dari 6 faktor resiko, dapat menyebutkan 5 dari 5 komplikasi, dapat menjelaskan 4 dari 4 cara pencegahan, serta dapat menyebutkan 1 dari 2 pengobatan batu empedu

Analisa : Masalah teratasi tujuan tercapai

Planning : hentikan intervensi 1, edukasi kesehatan (definisi batu empedu, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi serta pengobatan batu empedu).

3. Risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah

Data subjektif : pasien mengatakan hanya makan 3 sendok saja, nafsu makan berkurang, mual ada, muntah tidak ada.

Data objektif : pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, Hb 12.9g/dl, diit 1900 kalori (rendah lemak), BB 80kg, TB 170cm, IMT 27,68 (obesitas 1).

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam mual dapat berkurang dan nafsu makan bertambah

Kriteria hasil : nafsu makan bertambah menjadi ½ porsi, Hb dalam rentang normal (13.5-18g/dl), mual tidak ada

Rencana tindakan :

- 1) Monitor asupan nutrisi
- 2) Lakukan oral hygiene sebelum makan
- 3) Anjurkan makan sedikit tapi sering
- 4) Berikan medikasi sebelum makan (antiemetik)

Pelaksanaan Keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 08:00 WIB memonitor asupan nutrisi, dengan hasil pasien mengatakan hanya makan 3 sendok. Melakukan oral hygiene sebelum makan, pasien mengatakan mau berkumur-kumur. Menganjurkan makan sedikit tapi sering, dengan hasil pasien mengerti, pasien mengatakan lebih suka menghabiskan buah untuk menetralsir mual. Pukul 12: 00 WIB memonitor asupan nutrisi, dengan hasil pasien mengatakan hanya makan 3 sendok. Menganjurkan makan sedikit tapi sering, dengan hasil pasien mengerti, pasien mengatakan lebih suka menghabiskan buah untuk menetralsir mual.

Evaluasi Keperawatan tanggal 10 Februari 2020 pukul 15:00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan masih mual

Objektif: Nadi 80x/menit, sesekali pasien tampak diam karena menahan mual, pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, Hb 12.9g/dl, diit 1900 kalori (rendah lemak), BB 80kg, TB 170cm, IMT 27,68 (obesitas 1)

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4

- 1) Monitor asupan nutrisi
- 2) Lakukan oral hygiene sebelum makan
- 3) Anjurkan makan sedikit tapi sering
- 4) Berikan medikasi sebelum makan (antiemetik)

Pelaksanaan Keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08:00 WIB memonitor asupan nutrisi, dengan hasil pasien mengatakan hanya makan 3 sendok. Melakukan oral hygiene sebelum makan, pasien mengatakan mau berkumur-kumur. Menganjurkan makan sedikit tapi sering, dengan hasil pasien mengerti, pasien mengatakan lebih suka menghabiskan buah untuk menetralsir mual. Pukul 11:00 WIB pasien dipuaskan karena mau dilakukan tindakan MRCP pukul 13:00 WIB.

Evaluasi Keperawatan tanggal 11 Februari 2020 pukul 15:00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan mual sedikit

Objektif: Nadi 86x/menit, sesekali pasien tampak diam karena menahan mual, pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, Hb 12.9g/dl, diit 1900 kalori (rendah lemak), BB 80kg, TB 170cm, IMT 27,68 (obesitas 1)

Analisa : Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4

- 1) Monitor asupan nutrisi
- 2) Lakukan oral hygiene sebelum makan
- 3) Anjurkan makan sedikit tapi sering
- 4) Berikan medikasi sebelum makan (antiemetik)

Pelaksanaan Keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 10:00 WIB memonitor asupan nutrisi, dengan hasil pasien mengatakan baru makan pukul 10:00 WIB dikarenakan pukul 08:00 WIB pasien masih tidur, pasien makan hanya 3 sendok, buah habis 1 porsi (4 potong). Melakukan oral hygiene sebelum makan, pasien mengatakan mau berkumur-kumur. Menganjurkan makan sedikit tapi sering, dengan hasil pasien mengerti, pasien mengatakan lebih suka menghabiskan buah untuk menetralsir mual. Pukul 12:00 WIB memonitor asupan nutrisi dengan hasil pasien makan sebanyak 3 sendok. Melakukan oral hygiene sebelum makan, pasien mengatakan mau berkumur-kumur. Menganjurkan makan sedikit tapi sering, dengan hasil pasien mengerti dan pasien mengatakan lebih suka menghabiskan buah untuk menetralsir mual. Memberikan obat antiemetik plantacid syr 1C (extra, oral), dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi Keperawatan tanggal 12 Februari 2020 pukul 15:00 WIB

- Subjektif:** pasien mengatakan mual berkurang sedikit
- Objektif:** Nadi 80x/menit, sesekali pasien tampak diam karena menahan mual, pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, Hb 12.9g/dl, diit 1900 kalori (rendah lemak), BB 80kg, TB 170cm, IMT 27,68 (obesitas 1). Memberikan obat antiemetik plantacid syr 1C (Extra, Oral), dengan hasil obat berhasil diberikan.
- Analisa:** Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai
- Planning:** Lanjutkan intervensi 1,2,3,4
- 1) Monitor asupan nutrisi
 - 2) Lakukan oral hygiene sebelum makan
 - 3) Anjurkan makan sedikit tapi sering
 - 4) Berikan medikasi sebelum makan (antiemetik)

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini merupakan pembahasan dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan terhadap Tn.J dengan Kolelitiasis di ruang Cempaka RS Mitra Keluarga Bekasi Barat. Dalam bab ini penulis akan membahas dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan dimulai dari tahap melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Setelah penulis melihat pada beberapa literatur dan asuhan keperawatan yang diberikaan, maka penulis melihat adanya kesenjangan dan kesesuaian antar teori dengan kenyataan yang terjadi di lapangan, yaitu :

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap yang dilakukan dalam proses keperawatan. Pengkajian dilakukan menggunakan format pengkajian, melakukan pemeriksaan fisik head to toe, dan mengumpulkan informasi atau data pasien yang penulis peroleh melalui wawancara dengan pasien dan keluarga, Melakukan observasi, serta melihat catatan keperawatan. Menurut (Abraham, 2014) tanda dan gejala yang muncul pada pasien dengan kolelitiasis yaitu rasa nyeri dan kolik bilier (*Right Upper Quadrant dan Murphy sign positif*), ikterus, perubahan warna urin dan feses, dan defisiensi vitamin.

Berdasarkan hal tersebut penulis melakukan pengkajian sesuai dengan tinjauan teori yang ada.

Pada tahap ini penulis menemukan adanya ketidaksesuaian yaitu dalam teori disebutkan bahwa wanita lebih tinggi terjadi kolelitiasis, sedangkan jenis kelamin pasien adalah laki-laki. Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Stinton, 2012) dikatakan bahwa angka kejadian kolelitiasis dipengaruhi oleh jenis kelamin. Hal tersebut dikarenakan wanita selama masa subur hampir dua kali lebih mungkin dibandingkan pria untuk mengalami kolelitiasis. Peningkatan kadar hormon estrogen sebagai terapi hormon atau sebagai akibat dari kehamilan akan meningkatkan kadar kolesterol di dalam empedu dan dapat mengurangi pergerakan kandung empedu, sehingga membentuk batu empedu. Batu empedu yang terjadi pada pasien diakibatkan karena pasien sering mengkonsumsi makanan yang bersantan serta kurang berolahraga.

Usia Tn. J 49 tahun. Dalam teori (Harrison, 2013) dikatakan bahwa risiko terkena batu empedu bertambah seiring bertambahnya usia. Biasanya terjadi pada usia 40 tahun ke atas. Hal ini disebabkan karena jumlah kolesterol akan meningkat seiring bertambahnya usia, penurunan sekresi garam empedu, dan penurunan asam empedu.

Tingkat pendidikan Tn. J adalah sekolah menengah atas (SMA). Menurut teori tingkat pendidikan merupakan suatu faktor penting untuk menentukan kepahaman seseorang terhadap penyakit atau informasi yang di dapat, semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan semakin tinggi pula pemahaman seseorang.

Berdasarkan teori dalam (Suratun, 2010) dikatakan bahwa manifestasi klinis yang terjadi pada pasien kolelitiasis yaitu adanya rasa nyeri dan kolik bilier, ikterus, perubahan warna urin dan feses, dan defisiensi vitamin. Hal ini juga terjadi pada Tn.J, dimana terjadi manifestasi klinik seperti rasa nyeri di abdomen kanan atas, ikterus pada kedua mata, serta perubahan warna urin dan feses. Menurut (Abraham, 2014) rasa nyeri disebabkan karena impaksi batu empedu di leher kantung empedu. Eksresi pigmen empedu oleh ginjal membuat

urin berwarna sangat gelap, dan feses biasanya digambarkan sebagai tanah liat (berwarna gelap).

Tn. J mengalami ikterik pada kedua mata dan kulitnya. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Suratun, 2010) dikatakan bahwa terjadinya ikterik atau *jaundice* diakibatkan karena terjadi obstruksi ductus koleduktus akibat dari obstruksi pengaliran getah empedu kedalam duodenum. Maka akan terjadi peningkatan kadar empedu dalam darah, kemudian kulit dan membrane mukosa berwarna kuning.

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (AACC, 2019) dijelaskan bahwa hasil laboratorium pada pasien dengan kolelitiasis adalah :

- 1) Hitung darah lengkap (CBC) untuk mengevaluasi sel darah. Jumlah sel darah putih yang tinggi dapat mengindikasikan peradangan, infeksi, abses, atau kandung empedu yang pecah.
- 2).CRP (protein C-reaktif) atau ESR (laju sedimentasi eritrosit) untuk hasil yang dievaluasi menunjukkan peradangan.
- 3).Lipase atau amilase, enzim pankreas ini dapat meningkat jika penyakit kandung empedu juga menyebabkan pankreatitis.

Menurut teori dalam (University of Michigan , 2014) hasil laboratorium pada pasien dengan kolelitiasis adalah peningkatan bilirubin (bilirubin total >2,0 mg/dL). Amilase atau lipase menunjukkan hasil yang normal, kecuali jika ada pankreatitis. Studi laboratorium yang direkomendasikan untuk pasien dengan dugaan batu empedu, yaitu hitung darah lengkap, bilirubin total, alkali fosfatase, amilase, dan kadar lipase. Meskipun pasien sering memiliki leukositosis ringan, ketika tidak adanya leukositosis maka tidak menyingkirkan diagnosis ini. Peningkatan kadar amilase dan lipase meningkatkan kecurigaan untuk pankreatitis. Jumlah sel darah putih yang tinggi dapat menunjukkan kandung empedu gangren atau berlubang, atau adanya patologi lainnya (Abraham,2014)

Penulis melihat ada kesamaan terhadap kasus Tn.J dimana hasil pemeriksaan Pada tanggal 10 Februari ditemukan hasil hemoglobin 12.9g/dl*, LED 52mm/jam*, leukosit 12,040/ul*, hematokrit 39vol%*, bilirubin indirek 1.8mg/dl*, bilirubin direk 3.8mg/dl*, bilirubin total 5.6mg/dl*, amilase 27 U/l, lipase 37 U/l.

Berdasarkan teori yang di kemukakan oleh (Medical, 2018) dijelaskan bahwa pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan pada pasien dengan kolelitiasis, yaitu CBC (*Complete Blood Count*), MRCP (*Magnetic resonance cholangiopancreatography*), dan ERCP (*Endoscopic retrograde cholangiopancreatography*) . Penulis melihat Tn. J dilakukan pemeriksaan MRCP (*Magnetic resonance cholangiopancreatography*). Tujuan dilakukan MRCP untuk melihat saluran empedu, melihat tanda-tanda batu yang telah keluar dari kantong empedu dan menghalangi saluran empedu yang dapat menyebabkan penyakit kuning (*jaundice*).

Tn. J dilakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 10 Februari 2020 adalah hemoglobin 12.9g/dl*, LED 52mm/jam*, leukosit 12,040/ul*, hematokrit 39vol%*, bilirubin indirek 1.8mg/dl*, bilirubin direk 3.8mg/dl*, bilirubin total 5.6mg/dl*, Hal ini akibat dari terganggunya proses pemecahan gugus heme pada hemoglobin dan metabolisme protein.

Menurut (Surg, 2013) nutrisi pada diet barat yaitu meningkatkan asupan lemak, karbohidrat, dan penurunan kadar serat adalah faktor risiko yang kuat untuk pengembangan batu empedu. Kalsium berfungsi untuk menurunkan kolesterol pada empedu dengan mencegah reabsorpsi asam empedu di usus besar. Menurut (Reshetnyak, 2012) Komponen kopi merangsang pelepasan cholecystokinin, meningkatkan motilitas kandung empedu, menghambat penyerapan cairan kandung empedu, menurunkan kristalisasi kolesterol dalam empedu dan meningkatkan motilitas usus. Studi epidemiologis di Amerika menunjukkan bahwa mengkonsumsi 2-3 cangkir kopi setiap hari dapat mengurangi risiko pembentukan batu empedu.

Menurut (Nuraini, 2017) strategi intervensi gizi pada pasien dengan gangguan kandung empedu adalah: a) Menurunkan berat badan, b) Membatasi makanan yang menyebabkan kembung atau nyeri abdomen, c) Mengatasi absorpsi lemak

Faktor penghambat yang dialami penulis adalah keterbatasan waktu yang dimiliki penulis dalam melakukan asuhan keperawatan dan sulitnya menemui pasien karena pasien sering ditemui dalam keadaan tertidur.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016).

1. Diagnosa Yang Muncul

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh, penulis menemukan 2 (dua) diagnose keperawatan yang muncul yaitu 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis, 2) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, 3) Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

a. Diagnosa pertama : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis.

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat, dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2016). Penulis menegakkan diagnosa ini dikarenakan pasien mengatakan nyeri diperut kanan atas tiba-tiba, [P : nyeri tekan, Q : nyeri seperti tertusuk, R : nyeri di perut kanan atas dan menjalar

ke punggung, S : skala nyeri 6, T : nyeri terus-menerus selama 30 menit], pasien tampak sesekali diam sambil memejamkan mata untuk menahan sakit. *Murphy's sign* (tanda murphy) dikatakan positif saat pasien merasakan nyeri di tempat yang ditekan saat pasien menarik napas dalam. Kekakuan perut saat RUQ (*Right Upper Quadrant*) dipalpasi

- b. Diagnosa kedua : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Defisit pengetahuan yaitu ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (PPNI, 2016). Alasan penulis menegakkan diagnosa defisit pengetahuan karena bisa menyebabkan berulangnya penyakit, informasi juga dapat mengurangi kecemasan, memberikan pengetahuan, serta dapat meningkatkan penyembuhan. Untuk mengatasi defisit pengetahuan tersebut maka dilakukan pendidikan kesehatan. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Doenges M. E., 2014).

- c. Diagnosa ketiga : Risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah

Alasan penulis menegakkan diagnosa ini karena pasien mengatakan pasien mengatakan hanya makan 3 sendok saja, nafsu makan berkurang, mual ada, muntah tidak ada, pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, Hb 12.9g/dl, diit 1900 kalori (rendah lemak), BB 80kg, TB 170cm, IMT 27,68 (obesitas 1).

2. Diagnosa yang tidak muncul

Diagnosa yang tidak muncul pada kasus Tn.J antara lain:

- 1) Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah (Doenges, 2012)

Diagnosa ini tidak penulis tegakkan dikarenakan membran mukosa lembab, turgor kulit elastis, pengisian kapiler baik (<2detik), tidak ada muntah, kalium 3.63mmol/l (normalnya

3.50-5.50mmol/l), cairan masuk (oral 1800cc + infus 800 = +2600cc), cairan keluar (urin 2100cc + IWL 800 = +2900cc), keseimbangan cairan -300.

Selama membuat proses keperawatan, penulis tidak menemukan hambatan di dalam merumuskan diagnosa keperawatan, hal ini dikarenakan literatur dan artikel yang dipergunakan sangat membantu penulis dalam menegakkan diagnosa keperawatan. Faktor penghambat tidak ditemukan dalam perumusan diagnosa karena adanya sumber-sumber buku yang digunakan untuk referensi penegakkan diagnosa keperawatan pada Tn. J dengan Kolelitiasis.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan merupakan semua rencana tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Menurut (Doenges, 2012) pada kasus kolelitiasis asuhan keperawatan dilakukan perdiagnosa. Diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis.

Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosa pertama yaitu :

1. Observasi dan catat lokasi, beratnya (skala 0-10) dan karakter nyeri (menetap, hilang timbul, kolik), Rasional: membantu membedakan penyebab nyeri dan memberikan informasi tentang kemajuan atau perbaikan penyakit, terjadinya komplikasi, dan keefektifan intervensi.
2. Tingkatkan tirah baring, biarkan pasien melakukan posisi yang nyaman, Rasional: tirah baring pada posisi fowler menurunkan tekanan intraabdomen.
3. Dorong menggunakan teknik relaksasi, contoh bimbingan imajinasi, latihan napas dalam, Rasional: meningkatkan istirahat, memusatkan kembali perhatian, dapat meningkatkan koping.
4. Kolaborasi pemberian terapi obat (golongan antikolinergik, narkotik, antibiotic), Rasional: antikolinergik untuk menghilangkan reflex spasme atau kontraksi otot halus dan membantu dalam manajemen nyeri, narkotik untuk memberikan penurunan nyeri hebat, antibiotik untuk mengobati proses infeksi, menurunkan

inflamasi. 5. Kolaborasi tindakan prosedur (ESWL, endoskopi sfingterotomi, intervensi bedah), Rasional: intervensi bedah atau kolesistektomi dapat diindikasikan sehubungan dengan ukuran batu dan derajat kerusakan jaringan atau adanya nekrosis.

Berdasarkan perencanaan tersebut penulis melakukan perencanaan sesuai berdasarkan tinjauan teori yang tersebut :1). Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi 2).Identifikasi skala nyeri, 3).Monitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah), 4).Berikan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam), 5).Fasilitasi istirahat dan tidur ,6).Berikan obat analgetik, antibiotik (PPNI, 2016).

Diagnosa kedua, menurut (Doenges, 2012) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosa kedua adalah :

- 1) Kaji ulang proses penyakit atau prognosis, Rasional: memberikan dasar pengetahuan dimana pasien dapat membuat pilihan berdasarkan informasi. Komunikasi efektif dan dukungan turunkan cemas dan tingkatkan penyembuhan. 2. Kaji ulang tanda atau gejala yang memerlukan intervensi medik, contoh demam berulang, mual atau muntah menetap, nyeri, ikterik pada kulit atau mata, urine gelap, feses berwarna seperti tanah liat, perdarahan dari membrane mukosa, Rasional: menunjukkan kemajuan proses penyakit atau terjadinya komplikasi yang memerlukan intervensi lanjut. 3. Anjurkan pasien untuk membatasi merokok, Rasional: meningkatkan pembentukan gas yang dapat meningkatkan distensi atau ketidaknyamanan gaster.

Berdasarkan perencanaan tersebut penulis melakukan perencanaan sesuai berdasarkan tinjauan teori yang tersebut Edukasi kesehatan (definisi batu empedu, penyebab, tanda dan gejala, faktor resiko, komplikasi, pencegahan, serta pengobatan batu empedu) (PPNI, 2016).

Diagnosa ketiga, menurut (Doenges, 2012) Risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah.

Perencanaan yang dilakukan untuk diagnosa ketiga adalah :

- 1) Berikan kebersihan oral sebelum makan, Rasional : mulut yang bersih meningkatkan nafsu makan.
- 2) Timbang sesuai indikasi, Rasional : mengawasi keefektifan rencana diet.
- 3) Ambulansi dan tingkatkan aktivitas sesuai toleransi, Rasional : membantu dalam mengeluarkan flatus, penurunan distensi abdomen.

Berdasarkan perencanaan tersebut penulis melakukan perencanaan sesuai tinjauan teori yaitu 1) Monitor asupan nutrisi, 2) Lakukan oral hygiene sebelum makan, 3) Anjurkan makan sedikit tapi sering, 4) Berikan medikasi sebelum makan (antiemetik) (PPNI, 2016).

D. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan

yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Dinarti, 2017)

Berdasarkan hal tersebut penulis dalam mengelola pasien dalam implementasi per masing-masing diagnosa (PPNI, 2016).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis

Pada diagnosa ini penulis selama 3x24 jam melakukan pengkajian nyeri. Respon pasien secara subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri diperut kanan atas tiba-tiba [P : nyeri tekan, Q : nyeri seperti tertusuk, R : nyeri di perut kanan atas dan menjalar ke punggung,

S : skala nyeri 6, T : nyeri terus-menerus selama 30 menit]. Respon pasien secara objektif yaitu nadi 92x/menit, RR18x/menit, TD 154/100mmHg, Suhu 36°C, pasien tampak sesekali diam sambil memejamkan mata untuk menahan sakit. *Murphy's sign* (tanda murphy) dikatakan positif saat pasien merasakan nyeri di tempat yang

ditekan saat pasien menarik napas dalam. Kekakuan perut saat RUQ (*Right Upper Quadrant*) dipalpasi. Hasil laboratorium tanggal 10 februari Leukosit 12,040u/l.

2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
Pada diagnosa ini penulis selama 3x24 jam melakukan pengkajian defisit pengetahuan. Respon pasien secara subjektif yaitu pasien mengatakan hanya mengerti kolelitiasis itu batu empedu. Selebihnya pasien tidak mengerti penyebab batu empedu, tanda dan gejala, faktor resiko, komplikasi, pencegahan, serta pengobatan batu empedu. Respon pasien secara objektifnya yaitu pasien tampak belum paham tentang cara pencegahan, komplikasi dan pengobatan batu empedu (kolelitiasis).
3. Risiko tinggi terhadap perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah
Pada diagnosa ini penulis selama 3x24jam melakukan pengkajian risiko tinggi terhadap nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Respon pasien secara subjektif yaitu pasien mengatakan hanya makan 3 sendok saja, nafsu makan berkurang, mual ada, muntah tidak ada. Respon pasien secara objektif yaitu pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, Hb 12.9g/dl, diit 1900 kalori (rendah lemak), BB 80kg, TB 170cm, IMT 27,68 (obesitas 1).

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti, 2017). Pada kasus Tn.J evaluasi keseluruhan pada hari terakhir penulis melakukan asuhan keperawatan adalah masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai secara keseluruhan. Pasien ada rencana untuk konsul ke dokter bedah.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pasien kolelitiasis dapat disebabkan karena adanya batu dikandung empedu. Tanda dan gejala yang ditemukan adalah mual, muntah, rasa nyeri pada abdomen kanan atas (*Murphy Sign positif*), ikterus, perubahan warna urin dan feses, serta defisiensi vitamin (A, D, E, K). Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan laboratorium yaitu pemeriksaan darah lengkap dan MRC (*Magnetic resonance cholangiopancreatography*). Tujuan dilakukan MRCP untuk melihat saluran empedu, melihat tanda-tanda batu yang telah keluar dari kantong empedu dan menghalangi saluran empedu yang dapat menyebabkan penyakit kuning (*jaundice*).

Diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas pada Kolelitiasis adalah gangguan rasa nyaman : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis.

Perencanaan keperawatan yang menjadi prioritas pada pasien Kolelitiasis adalah Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi. Identifikasi skala nyeri. Monitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah, suhu). Berikan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam). Fasilitasi istirahat dan tidur. Berikan obat analgetik, antibiotik.

Pelaksanaan keperawatan yang perlu diperhatikan pada pasien Kolelitiasis adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi. Mengidentifikasi skala nyeri. Memonitor tanda-tanda vital (nadi, RR, tekanan darah, suhu). Berikan Teknik nonfarmakologis (Teknik relaksasi nafas dalam). Memfasilitasi istirahat dan tidur. Memberikan obat analgetik, antibiotik.

B. Saran

Saran bagi penulis dalam pengumpulan data dan pengolahan data adalah:

1. Untuk mahasiswa keperawatan diharapkan mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara holistik, khususnya pada pasien dengan kolelitiasis dengan menerapkan ilmu keperawatan yang sesuai dengan teori
2. Untuk institusi diharapkan mampu menambahkan referensi yang baru agar mahasiswa/i mudah untuk mencari informasi.

Daftar Pustaka

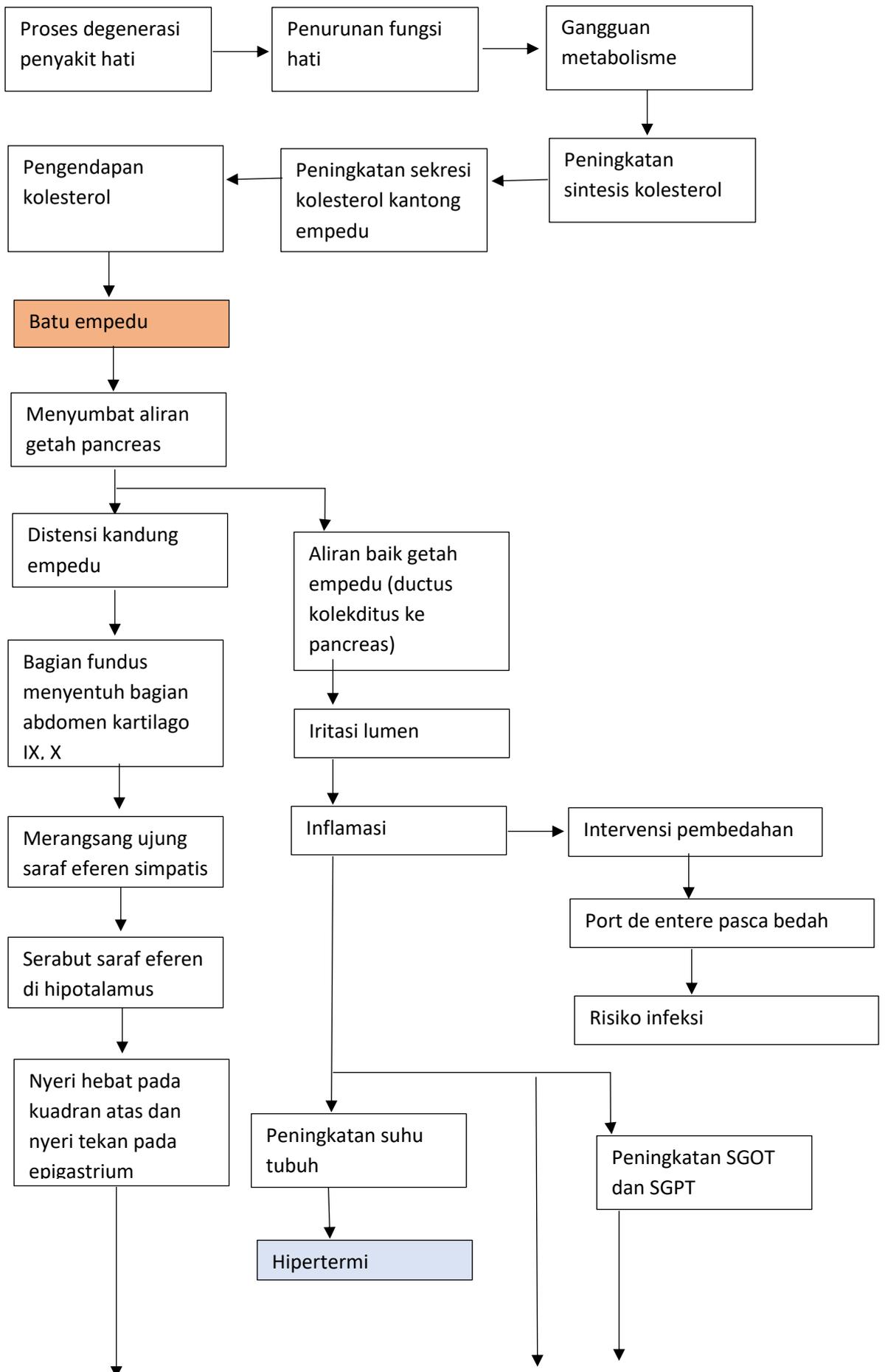
- AACC. (2019, Oktober 29). *Gallstones and Gallbladder Disease*. Retrieved Mei 06, 2020, from Lab Test Online: <https://labtestsonline.org/conditions/gallstones-and-gallbladder-disease>
- Abraham, S. (2014, May 15). Surgical and Nonsurgical Management of Gallstones. *American Family Physician*, 795-802. Retrieved April 16, 2020, from <https://www.aafp.org/afp/2014/0515/p795.html>
- Aprilia, d. F. (2020, Januari 23). Retrieved from Batu Empedu : <https://www.halodoc.com/kesehatan/batu-empedu>
- Dinarti. (2017). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta Selatan: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Retrieved Mei 05, 2020, from <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/PRAKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-DAFIS.pdf>
- Doenges. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien* (3 ed.). (Y. A. Monica Ester, Ed., & N. M. I Made Kariasa, Trans.) Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E. (2014). *Nursing Care Plans* (9 ed.). United States of America: F.A. Davis Company . Retrieved April 16, 2020
- Harrison. (2013). *Gastroenterologi & Hepatologi*. Jakarta: EGC.
- Jones, M. W. (2017, Januari 17). Physiology, Gallbladder. *The American Journal of Surgery* . Retrieved Februari 25, 2020, from <http://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.06.011>Get rights and content
- LeMone, P. d. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Gastrointestinal*. (M. T. Iskandar, Ed., & B. Angelina, Trans.) Jakarta, Indonesia: EGC.
- Marks, H. (2018, December 03). 4 Ways to Prevent Gallstones. *EveryDay Health* .
- Medical, C. C. (2018, Januari 01). *Tests to Diagnose Gallstone Disease*. Retrieved April 16, 2020, from Cleveland Clinic: <https://my.clevelandclinic.org/health/diagnostics/12026-tests-to-diagnose-gallstone-disease>

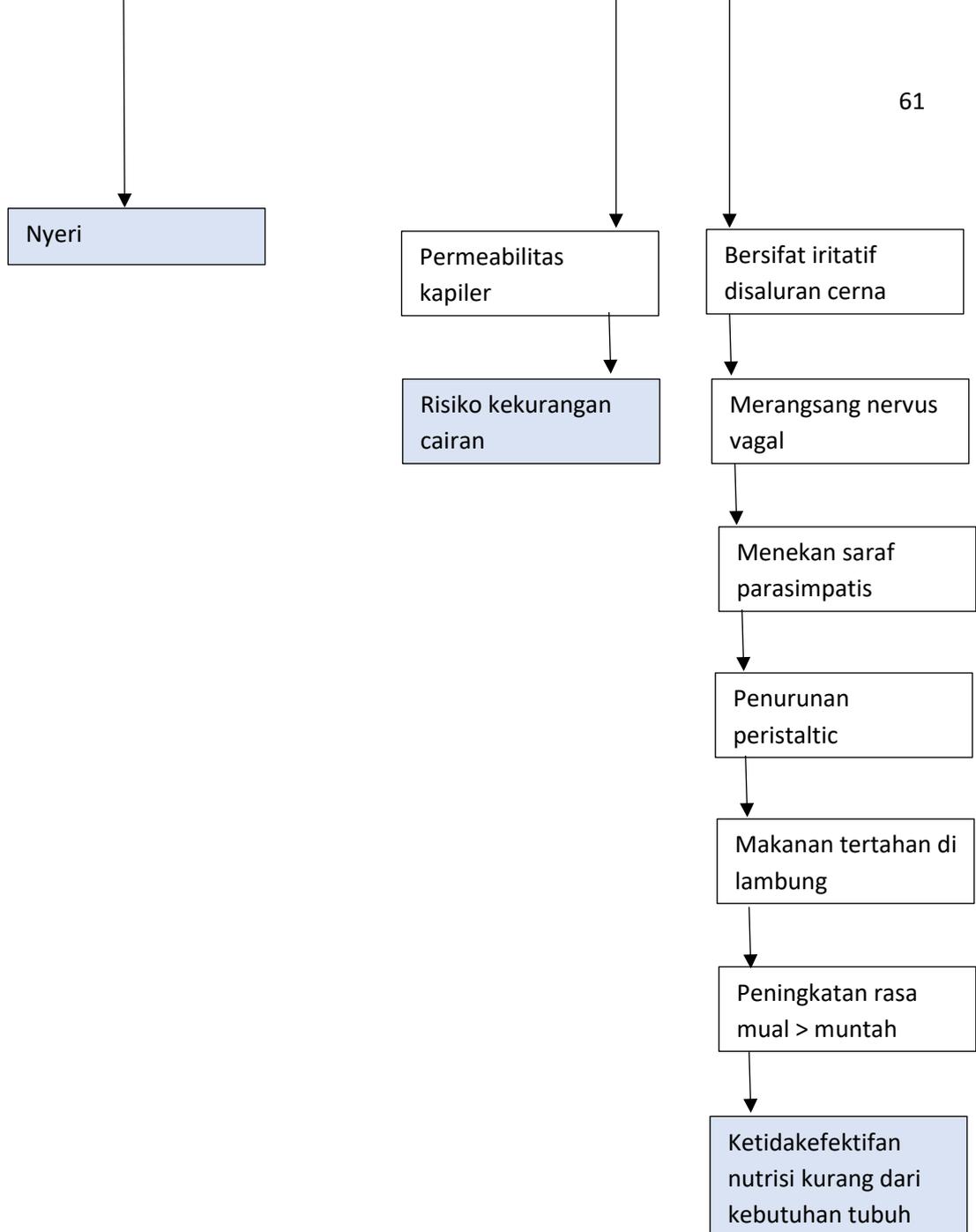
- National Institute of Diabetes and Digestive Kidney Disease. (2017, November). *Eating, Diet, & Nutrition for Gallstones*. Retrieved Maret 04, 2020, from <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/gallstones/eating-diet-nutrition>
- Nuari, N. A. (2015). *Asuhan Keperawatan pada Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta : CV Trans Info Media .
- Nuraini. (2017). *Dietetika Penyakit Infeksi*. Jakarta Selatan: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis* (2 ed.). Yogyakarta: MediAction.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Reshetnyak, V. I. (2012). Concept of The Patigenesis and Treatment of Cholelithiasis . *World Journal of Hepatology*, 8.
- Rizky, N. (2010, Desember). Hubungan Peningkatan IMT dengan Kejadian Kolelitiasis. *Jurnal Kesehatan Sainatika Meditory*, 2(1).
- Shiddiqui, A. A. (2018, Juni). *Cholelithiasis*. Retrieved Maret 04, 2020, from <https://www.msmanuals.com/professional/hepatic-and-biliary-disorders/gallbladder-and-bile-duct-disorders/cholelithiasis>
- Stinton, L. M. (2012, April 17). Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer. *Gut and Liver*.
- Sulistomo, B. (2013, Agustus 20). Retrieved from Penyusunan Rencana Strategis untuk Program Pencegahan dan Promosi: <https://kebijakankesehatanindonesia.net/images/2013/12/PENTINGNYA%20UPAYA%20PROMOTIF-bambang%20kemenkes.pdf>
- Suratun, L. d. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal* (1st edition ed.). Jakarta Timur , Jakarta , Indonesian: Trans Info Media .
- Surg, N. J. (2013, July). Gallstones. *Nigerian Journal of Surgery*, 49-55. Retrieved April 16, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3899548/>
- Tanaja, J. e. (2019, Desember 13). Cholelithiasis. *StatPearls* . Retrieved Februari 25, 2020, from <http://europepmc.org/books/NBK470440>

Tjin, W. (2019, Agustus 30). *Pencegahan Batu Empedu* . Retrieved from <https://www.alodokter.com/batu-empedu/pencegahan>

University of Michigan . (2014, May). *Evaluation and Management of Gallstone-Related Diseases in Non-Pregnant Adults*. Retrieved from UMHS Gallstone Guideline:
<http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/gallstone/Gallstonefinal.pdf>

Lampiran 1 Patoflowdiagram





Sumber :

(Nurarif & Kusuma, 2016)

Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Diagnosa keperawatan : Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang batu empedu
 Topik : Batu Empedu (Kolelitiasis)
 Sasaran : Tn. J
 Waktu : 10 Februari 2020 pukul 12:00-12:30 (30 menit)
 Tempat : Ruang Cempaka Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat

TIU	TIK	MATERI	KBM		METODE	ALAT PERAGA	EVALUASI
			Perawat	Peserta			
Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x30 menit diharapkan Tn.	Setelah dilakukan penyuluhan selama 1x30menit diharapkan Tn. J mampu :	1. Definisi batu empedu 2. Penyebab batu empedu	Pembuka (5 menit) 1. Salam pembuka 2. Perkenalan 3. Kontrak topik, tujuan,	Menjawab salam Menyetujui	Diskusi	1. Lembar balik 2. Leaflet	1. Pasien dapat menjelaskan definisi batu empedu 2. Pasien dapat menyebutkan

<p>J mampu memahami tentang batu empedu</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan definisi batu empedu 2. Menyebutkan penyebab batu empedu 3. Menyebutkan tanda dan gejala 4. Menyebutkan faktor resiko batu empedu 5. Menyebutkan komplikasi batu empedu 6. Menjelaskan pencegahan batu empedu 7. Menyebutkan pengobatan batu empedu 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Tanda dan gejala batu empedu 4. Faktor resiko batu empedu 5. Komplikasi batu empedu 6. Pencegahan batu empedu 7. Pengobatan batu empedu 	<p>waktu, dan tempat</p> <p>Penyuluhan isi (20 menit)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan definisi batu empedu 2. Menyebutkan penyebab batu empedu 3. Menyebutkan tanda dan gejala batu empedu 4. Menyebutkan faktor resiko batu empedu 5. Menyebutkan komplikasi batu empedu 	<p>Mendengarkan, menyimak dan bertanya</p>			<ol style="list-style-type: none"> 3 dari 3 penyebab, 3. dapat menyebutkan 3 dari 3 tanda dan gejala 4. dapat menyebutkan 5 dari 6 faktor resiko 5. dapat menyebutkan 2 dari 4 komplikasi 6. dapat menjelaskan 4 dari 4 cara pencegahan 7. dapat menyebutkan
---	--	--	--	--	--	--	--

			<p>6. Menjelaskan pencegahan batu empedu</p> <p>7. Menyebutkan pengobatan batu empedu</p> <p>Penutup (5menit)</p> <p>1. Mengevaluasi pasien</p> <p>2. Mengakhiri pertemuan dan mengucapkan salam</p>	<p>Memperhatikan, menjawab pertanyaan, dan menjawab salam</p>			<p>1 dari 2 pengobatan batu empedu</p>
--	--	--	--	---	--	--	--

Lampiran 3. Leaflet Penyuluhan Batu Empedu



The infographic is divided into three vertical panels. The left panel, titled 'PENCEGAHAN' (Prevention), features a muscular arm icon and lists four dietary guidelines. The middle panel, titled 'PENGOBATAN' (Treatment), features a heart with a pulse icon and lists three medical treatments. The right panel, titled 'BATU EMPEDU' (Gallstones), features a large illustration of a gallbladder containing stones and identifies the author as 'Mahasiswa STIKes Mitra Keluarga'.

PENCEGAHAN

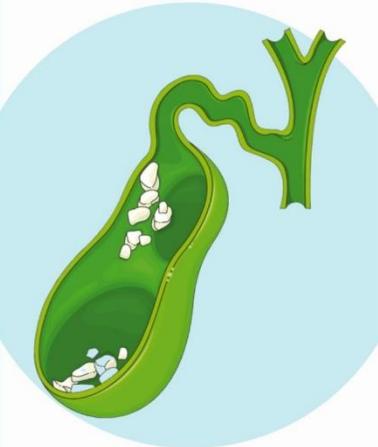
1. Konsumsi makanan tinggi serat, seperti : buah-buahan, sayuran, kacang-kacangan, dan kacang polong, beras merah, gandum.
2. Kurangi makanan yang mengandung karbohidrat dan gula
3. Konsumsi makanan yang mengandung lemak sehat, seperti minyak ikan dan minyak zaitun.
4. Hindari lemak yang tidak sehat, seperti yang sering ditemukan pada gorengan dan lain-lain.

PENGOBATAN

1. ISWL atau ESWL (Intracorporeal or Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)
2. Terapi obat (dengan resep dokter) yaitu dengan pemberian obat antinyeri, antimual, antibiotic
3. Bedah (operasi)

BATU EMPEDU

Mahasiswa STIKes Mitra Keluarga





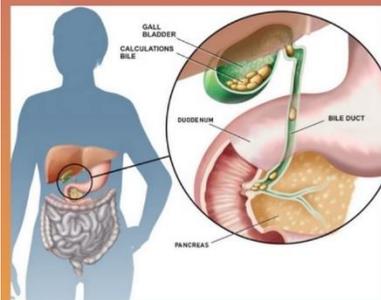
BATU EMPEDU ADALAH . . .

Adanya satu atau lebih batu (batu empedu) dikantong empedu



PENYEBAB BATU EMPEDU

1. Kolesterol
2. Berat badan tidak ideal (kegemukan)
3. Kurang berolahraga



FAKTOR RESIKO

- 1.Usia
- 2.Riwayat batu empedu dalam keluarga
- 3.Ras atau suku
- 4.Obesitas atau kegemukan
- 5.Jenis kelamin perempuan



TANDA & GEJALA

1. Nyeri di perut kanan atas
2. Kuning pada mata dan kulit
3. Perubahan warna urin (BAK) dan feses (BAB)

KOMPLIKASI

1. Radang saluran empedu
2. Radang kandung empedu
3. Radang hati
4. Kanker kandung empedu