



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. D
DENGAN KOLELITIASIS DI KAMAR 1301
LANTAI 13 GEDUNG D RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

ALSEFIA FADIYANI

2011079

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. D
DENGAN KOLELITIASIS DI KAMAR 1301
LANTAI 13 GEDUNG D RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

ALSEFIA FADIYANI

2011079

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
Jakarta, 2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Laporan tugas akhir ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuktelah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Alsefia Fadiyani

NIM 2011079

Tanda tangan : 

Tanggal : 21 Juni 2023

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. D
DENGAN KOLELITIASIS DI KAMAR 1301
LANTAI 13 GEDUNG D RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Jakarta, 21 Juni 2023
Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Enni Juliani', with a horizontal line drawn underneath the signature.

(Enni Juliani, M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. D Dengan
Kolelitiasis Ruang Penyakit Dalam Lantai 13
Kamar 1304 RSUD Koja
Jakarta Utara**

Pembimbing,



Ibu Enni Juliani, M. Kep.

Penguji I



Ns. Ulfa Nur Rohmah, M. Kep.

Penguji II



Ns. Hotmarina Purba, S. Kep.

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



Ellynia, S. E., M. M.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT atas berkat dan kasih karunia-Nya , saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini disusun untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada Prodi D3 Keperawatan. Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini saya mengalami banyak hambatan dan kesulitan, namun berkat bimbingan dan pengarahan serta motivasi dari berbagai pihak akhirnya saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini saya ingin mengucapkan terimakasih kepada :

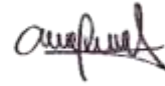
1. Ellynia, SE., MM selaku Ketua STIKes RS Husada Jakarta
2. Enni Juliani, M.Kep selaku dosen pembimbing Laporan Tugas Akhir yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
3. Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku penguji umum pertama dalam Laporan Tugas Akhir yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
4. Ns. Hotmarina Purba, S.Kep selaku penguji umum kedua dalam Laporan Tugas Akhir yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Yarwin Yari, M.Biomed selaku wali kelas 3C yang selalu memberi motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

6. Dosen berserta staf STIKes RS Husada yang telah membimbing dari semester pertama sampai semester akhir
7. Keluarga Tn D yang telah menerima kedatangan penulis dan kooperatif dalam menjalankan asuhan keperawatan dari awal sampai akhir
8. Kepada diri saya sendiri yang telah usaha semaksimal mungkin begadang, tidak makan bahkan sampai sakit dan dapat melawan rasa malas saya demi menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini
9. Kedua orang tua saya, Bapak dan Ibu yang selalu mendoakan serta memberikan dukungan secara materi maupun moril, dan motivasi yang tidak pernah henti-henti selalu memuji setiap hasil yang saya dapatkan dibangku kuliah.
10. STRONG Adinda Salsabila, Ayu Ratna Nurhalifah, Caroline Angellyca yang selalu mendengarkan keluh kesah saya baik Karya Tulis Ilmiah dan percintaan sayaa hahaha, yang selalu mau saya ganggu untuk mengerjakan tugas selama tiga tahun belakangan ini, yang selalu mau menemani saya main ketika saya stres mengerjakan tugas kuliah saya. Terima kasih sudah mau berteman dengan baik.
11. Kepada kamu yang selalu menjadi penghilang stress dikala penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, terima kasih banyak sudah selalu mendengarkan keluh kesah penulis dan membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teman saya Iren Adela dan Imelda Widiya Ningsih yang telah menemani saya dari SMP sampai ke bangku kuliah dan selalu mensupport saya dalam menulis Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Teman-teman seperjuangan Kelompok Dinas KTI, Ayu Ratna Nurhalifah, Caroline Angellyca, Dea Aditya Paramita, Dewi Alfrida yang selalu mendukung satu sama lain dan bekerja sama dengan baik

14. Teman- teman seangkatan 3C yang telah berjuang bersama-sama selama tiga tahun ini

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Alsefia Fadiyani', with a stylized flourish at the end.

(Alsefia Fadiyani)

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
D. Metode Penulisan	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI	6
A. Pengertian	6
B. Patofisiologi	6
C. Penatalaksanaan	12
1. Terapi	12
2. Tindakan medis	13
D. Pengkajian Keperawatan	14
E. Diagnosa Keperawatan	18
E. Perencanaan Keperawatan	19
F. Pelaksanaan Keperawatan	26
G. Evaluasi Keperawatan	27
BAB III TINJAUAN KASUS	29
A. Pengkajian Keperawatan	29
B. Diagnosa Keperawatan	48
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	48
BAB IV PEMBAHASAN	63
A. Pengkajian keperawatan	63
B. Diagnosa keperawatan	66
C. Perencanaan keperawatan	67
D. Pelaksanaan keperawatan	69
E. Evaluasi keperawatan	70
BAB V PENUTUP	72
A. Kesimpulan	72
B. Saran	75
DAFTAR PUSTAKA	77

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: *Pathway*

Lampiran 2: Analisa obat

Lampiran 3: Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 4: Lembar Balik

Lampiran 5: *Leaflet*

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kolelitiasis penyakit batu empedu yang dikenal oleh masyarakat saat ini menjadi masalah yang sering terjadi disekitar masyarakat. Kandung empedu merupakan organ yang terletak dibawah hati. Kolelitiasis merupakan adanya endapan batu didalam kandung empedu yang berisikan bilirubin, garam empedu, kalsium, protein, asam lemak dan fosfolipid. Kolelitiasis terjadi karena adanya endapan dalam cairan sistem pencernaan yang mengeras dan membentuk batu didalam kandung empedu (Amran et al., 2021).

Menurut penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat pada penyakit kolelitiasis terjadi pada sekitar 10% penderita orang dewasa. Umumnya di Amerika Serikat paling banyak ditemukan kasus kolelitiasis kolesterol dengan sejumlah 70% kasus yang ditemukan dan sisanya batu pigmen dan jenis batu lainnya. Sekitar 6-44% dari populasi kolelitiasis terjadi tidak menimbulkan gejala asmtomatik.(Dewa et al., 2020).

Data yang diambil dari jurnal kedokteran di Amerika Serikat sekitar wanita 9% dan laki-laki 6% namun pada wanita sering sekali ditemukan kejadian tanpa gejala penyakit ditemukan secara kebetulan. Kemungkinan besar perkembangan gejala dan komplikasi 1% sampai 2% per tahun. Penyakit kolelitiasis tanpa gejala 20% akan menunjukan gejala selama 15 tahun masa lanjutan (Mark W et al., 2023).

Data yang ditemukan pada negara barat sebanyak kasus kolelitiasis dengan sejumlah 10 – 15% dinegara asia lebih rendah sekitar 3 – 15% dibandingkan angka kejadian 3.2 % di Jepang, 10,7 % di Tiongkok, 7,1 % di India Utara dan 5 % di *Taiwan* (Rafilia Adhata et al., 2022).

Didapatkan data dari jurnal kesehatan penderita kolelitiasis di Indonesia belum diketahui secara pasti karenakan belum adanya publikasi secara resmi yang diteliti tentang angka kejadian penyakit kolelitiasis, namun dapat diduga angka kejadian tidak jauhberbeda dengan negara asia yang lainnya (Rafilia et al., 2022).

Berdasarkan data dari rekam medis pasien di Rumah Sakit Umum Daerah KojaJakarta Utara pada bulan Januari 2022 sampai dengan Maret 2023, jumlah pasien kolelitiasis sebanyak 129 orang dari jumlah pasien yang dirawat yaitu sebanyak 29.938 orang.

Penyakit kolelitiasis jika seseorang tidak melakukan pengobatan maka dampakdari penyakit ini cukup berbahaya yang bisa menyebabkan komplikasi penyakit kolangitis dan pankreatitis akut bahkan bisa menyebabkan kematian karena adanya penimbunan batu kristal pada kandung empedu. Kolangitis salah satu komplikasi jika kolelitiasis tidak dilakukan pengobatan. Kolangitis merupakan penyakit peradangan saluran empedu, sedangkan pankreatitis akut adalah peradangan radang pancreas (Kaunang et al., 2019).

Melihat kejadian penyakit kolelitiasis yang mempunyai dampak berbahaya maka peran perawat berpengaruh dalam memberikan asuhan keperawatan yang dilihat dari aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative terhadap masalah kolelitiasis. Peran perawat dalam melakukan upayah promotif yang dapat

dilakukan perawat dalam melalui pemberian pendidikan kesehatan mengenai penyakit kolelitiasis meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi bahkan bagaimana cara pencegahan serta penanganan.

Peran perawat dalam upaya preventif yang dapat dilakukan perawat adalah dengan cara mengurangi faktor resiko yang akan terjadi pada penyakit kolelitiasis. Upaya kuratif yaitu memberikan penanganan pada pasien kolelitiasis seperti mengontrol pola makanan pasien, dan melakukan medikal cek up jika sudah terkena penyakit, upaya rehabilitatif yaitu mengontrol pola hidup yang sehat, istirahat yang cukup, dan menjaga pola makan yang sehat. Sehingga muncul pentingnya asuhan keperawatan dalam penanggulangan kolelitiasis yang dirawat dirumah sakit.

Berdasarkan uraian diatas, penting bagi penulis untuk memberikan “Asuhan keperawatan pada pasien Tn. D dengan kolelitiasis dikamar 1301 lantai 13 gedung D RSUD Koja Jakarta Utara” secara komprehensif agar mendapatkan gambaran nyata bagaimana konsep asuhan keperawatan yang baik dan benar.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kolelitiasis.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Kolelitiasis
- b. Mampu menemukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Kolelitiasis

- c. Mampu membuat perencanaan keperawatan pada pasien dengan Kolelitiasis
- d. Mampu membuat implementasi keperawatan pada pasien dengan Kolelitiasis
- e. Mampu membuat evaluasi keperawatan pada pasien dengan Kolelitiasis
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang didapatkan antara teori dan kasus pada pasien dengan Kolelitiasis
- g. Mampu mengidentifikasi faktor - faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah
- h. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien sesuai dengan masalah Kolelitiasis

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya ilmiah ini penulis hanya membahas satu kasus yaitu “Asuhan Keperawatan Tn. D dengan Kolelitiasis di Ruang Penyakit Dalam lantai 13 RSUD Koja Jakarta Utara selama “3 x 24 jam dari tanggal 13 – 15 Maret 2023”. Dengan menggunakan tahap proses keperawatan melalui pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

D. Metode Penulisan

Penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dan studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus, dimana penulis mengelola satu kasus dengan menggunakan teknik yaitu dengan membaca dan mempelajari buku – buku keperawatan sebagai literatur acuan yang berhubungan dengan kasus pasien.

Studi kasus yaitu secara langsung melihat pasien serta berpartisipasi aktif dalam memberikan asuhan keperawatan. Studi dokumentasi dengan mengumpulkan data dengan mempelajari rekam medis dan catatan yang berkaitan dengan penyakit pasien. Wawancara langsung dengan pasien dan keluarga pasien serta petugas kesehatan yang mengetahui tentang keadaan pasien. Pemeriksaan fisik pada pasien meliputi : inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

E. Sistematika Penulisan

Makalah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari lima BAB, yaitu : BAB 1 adalah pendahuluan yang meliputi latar belakang masalah, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan BAB II adalah tinjauan teoritis yang menguraikan pengertian, patofisiologi (etiologi, proses perjalanan penyakit, manifestasi klinik, dan komplikasi) penatalaksanaan dan evaluasi keperawatan BAB III adalah tinjauan kasus yang membahas tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV adalah pembahasan tentang kesenjangan antara teori dengan praktek termasuk faktor – faktor pendukung dan penghambat serta pemecahan masalah dari hasil pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, evaluasi keperawatan. BAB V adalah penutup meliputi kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Kolelitiasis atau yang dikenal sebagai batu empedu merupakan batu yang mengendap didalam kandung empedu pada kedua saluran empedu Menurut Amran et al., (2021) kolelitiasis juga merupakan penumpukan kristal kolesterol terjadi ketika empedu dan kandung empedu menjadi jenuh akibat kelebihan kolesterol maka terjadi dimana proses kristal kolesterol memadat dan mengendap pada kandung empedu. Namun berbeda halnya batu yang mengendap pada kandung empedu bisa berpindah ke saluran empedu tergantung ukuran batu yang mengendappada kandung empedu. Menurut Dewa et al., (2020) jika batu yang ada pada kandung empedu padat maka batu akan tetap berada pada kandung empedu jika batunya kecil maka batu akan bisa berpindah – pindah. Kolelitiasis merupakan kondisi timbulnya penimbunan kristal padat.

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Kolelitiasis belum bisa dipastikan penyebab utama terjadinya kolelitiasis namun ada beberapa faktor penimbunan batu kristal yang terjadi pada kandung empedu biasanya terjadi dalam pembentukan batu (Meylinda, 2020).

Terjadinya kolesterol penumpukan kolesterol pada kandung empedu *supersaturasi*. Empedu dapat mencairkan jumlah kolesterol yang dikeluarkan oleh hati. Jika hati menghasilkan kelebihan kolesterol maka akan mengendap pada empedu dan akan menjadi kristal. Kristal yang mengendap berada dalam lendir kandung empedu, yang akan menghasilkan segumpalan lumpur pada kandung empedu. Semakin menumpuk kristal akan membentuk batu jika jumlah kolesterol yang dikeluarkan oleh hati berlebihan dan akan menyumbat saluran empedu akibatnya akan menghasilkan penyakit kolelitiasis.

Kelebihan bilirubin merupakan pemecahan sel darah merah yang akan menjadi pigmen kuning empedu akan mengsekresi bilirubin oleh sel hati. Pada penyakit kolelitiasis hati akan mengeluarkan bilirubin yang berlebih biasanya terjadi karena kondisi hematologik pada hati yang menyebabkan keluarnya kadar bilirubin berlebih. Kelebihan bilirubin biasanya terjadi karena pemecahan proses hemoglobin pada sel darah merah.

Gangguan kontraktilitas pada kandung empedu pada kandung empedu biasanya terdapat cairan kandung empedu namun terjadinya hipokotilitas kandung empedu yang menyebabkan kandung empedu menjadi kosong.

Eksresi garam empedu pada garam empedu atau fosfolipid dalam empedu yang menurunkan konsentrasi akan membuat asam empedu dihidroksi akan menguranginya dari pada asam trihidroksi dengan adanya penambahan pada kadar asam dihidroksi dapat menyebabkan terbantuknya kolelitiasis.

Substansi mucus adanya perubahan pada substansi mucus dalam komposisi substansi mucus dalam kandung empedu dapat menyebabkan terjadinya pembentukan kolelitiasis.

Pigmen empedu pada pigmen empedu biasanya terjadi paling banyak pada anak muda karena bertambahnya pigmen empedu menyebabkan pembentukan kolelitiasis. Pigmen empedu bisa meningkat karena adanya perubahan hemolisi yang kronis yang menyebabkan ekresi bilirubin terjadinya kelebihan bilirubin yang menyebabkan terjadinya perubahan pigmen.

2. Proses

Kolelitiasis biasanya diakibatkan oleh penumpukan cairan empedu yang mengendap sehingga menyebabkan konsentrasi yang lebih tinggi daripada pelarut biasanya. Cairan empedu yang terkonsentrasi bisa terjadi karena supersaturasi dan presipitasi sebagai kristal. Kristal yang mengendap dalam mucus kandung empedu akan membentuk lumpur bilier (*biliary sludge*). Penumpukan kristal ini akan terus mengendap saling menyatu dan akan membentuk batu. Namun pada pembentukan batu bisa bedakan tergantung jenis dari batu (Dwindi, 2021).

Batu yang biasanya terjadi merupakan batu kolesterol, batu kolesterol dapat terbentuk karena adanya sekresi kolesterol yang berlebih. Kolesterol akan disekresi oleh sel-sel hati atau hipomotilitas Menurut Tanaja et al., (2022) kolesterol yang disekresi akan bersama enzim lesitin dalam pembentukan vesikel unilamellaris. Sel – sel hati juga akan mengsekresi

garam pada empedu sebagai kondimen kuat yang dibutuhkan oleh pencernaan dan sel hati juga akan mengabsorpsi lemak.

Pembentukan vesikel unilamellaris yang dicairkan oleh garam empedu akan membentuk larutan air yang bernama *mixed micelle*. *Mixed micelle* menampung kapasitas peningkatan kadar kolesterol yang sangat rendah sehingga kadar kolesterol mengalami peningkatan dan akan membentuk terjadinya kristal monohidrat. Kolelitiasis pada kolesterol dipercaya akan menimbulkan kondisi ketidakseimbangan kadar satu atau lebih lipid dalam darah (Dwinda, 2021).

Kelebihan kolesterol yang menumpuk dan menjadi batu kolesterol mengalami tidak larut air namun kolesterol dibuat larut air oleh agregasi garam empedu yang dikeluarkan bersama empedu. Jika kadar kolesterol menumpuk dan melebihi kapasitas maka kolesterol akan menumpuk dan mengumpal menjadi kristal kolesterol namun kristal kolesterol akan terus bertambah ukuran, beragresi bahkan bisa juga melebur dan membentuk batu (Rafilia et al., 2022).

Jenis batu dari kelebihan kalsium oleh bilirubin pada batu yang terjadi karena kelebihan kalsium bilirubin dapat membentuk jenis, warna batu yang berbeda-beda tetapi biasanya pada kelebihan kalsium bilirubin batu akan berwarna batu pigmen coklat tua, lunak, dan mudah dihancurkan karena pada batu ini mengandung kalsium bilirubin sebagai kondimen utama tidak semua batu berwarna pigmen coklat tua hanya karena kalsium bilirubin bisa juga terjadi karena infeksi saluran empedu biasanya batu ini sering terjadi pada pasien sirosis hati (Rafilia et al., 2022).

Batu campuran batu campuran ini batu yang terjadi karena adanya kelebihan kalsium bilirubin, kelebihan kadar kolesterol dan kelebihan kalsium. batu ini akan terkolonosasi oleh bakteri yang dapat menyebabkan peradangan mukosa kandung empedu. Bakteri dan leukosit ini akan menghidrolisis asam lemak dan akan menjadi batu campuran (Mark W et al., 2023).

3. Manifestasi Klinik

Kolelitiasis berlokasi pada kandung empedu namun jika batu mengalami impaksi dileher ductus sistikus yang akan menyebabkan kolik bilier ini merupakan salah satu gejala kolelitiasis namun ada beberapa gejala lain yaitu (Makmun, 2020).

a. Rasa nyeri dan kolik bilier

Ketika terjadinya kolelitiasis yang menyumbat saluran empedu maka kantong empedu akan mengalami peradangan yang menyebabkan infeksi pada saluran empedu hal ini membuat rasa nyeri yang hebat pada kuadran kanan atas perut yang menjalar ke punggung hingga keseluruh tubuh. Nyeri yang hebat ini biasanya disertai dengan mual dan muntah dan akan memperburuk keadaan setelah makan. Pasien akan mengalami gelisah dan tidak dapat menemukan posisi yang nyaman. Rasa nyeri yang muncul sakitnya tidak kolik tetapi konstan.

b. Ikterus

Kolelitiasis salah satu gejalanya penyakit kuning karena adanya penyumbatan pada saluran empedu yang membuat obstruksi aliran empedu ke duodenum yang menyebabkan gejala khas. Gejala yang timbul karena penyumbatan saluran empedu yang membuat tidak ada lagi aliran masuk ke duodenum diserap ke dalam darah dan penyerapan empedu ini membuat kulit dan selaput lendir menguning. Keadaan menguning ini sering kali disertai dengan gejala gatal pada kulit.

c. Perubahan warna urin dan feses

Penderita kolelitiasis akan mengakibatkan kelebihan bilirubin dalam darah yang mengendap di empedu dan menyebabkan warna kuning pada mata dan kulit. Tetapi ginjal juga mengeluarkan perubahan pada warna urin menjadi gelap tepatnya coklat atau merah tua. Pada feses juga akan mengalami perubahan warna pucat karena adanya batu yang menghalangi aliran empedu membuat warna feses berubah.

d. Defisiensi vitamin

Penyumbatan aliran empedu akan mengganggu defisiensi vitamin yang larut dalam lemak vitamin A,D,E, dan K. jika tidak adanya sumbatan pada kandung empedu dan tidak menyumbat guktus sistikus kandung empedu akan mengalirkan vitamin A,D,E dan K dan tidak adanya proses peradangan pada kolelitiasis.

b. Regurgitasi gas

Adanya flatus dan sendawa pada penyakit kolelitiasis seseorang yang mengalami akan lebih sering kentut ataupun sendawa.

4. Komplikasi

Komplikasi pada penyakit kolelitiasis dapat terjadi kolesistitis, pankreatitis, kolangitis, empyema kandung empedu, dan fistel kolesistoentrik (Agus, 2018).

- a. Kolesistitis merupakan peradangan yang terjadi pada dinding empedu
- b. Pankreatitis peradangan yang terjadi dalam pancreas secara tiba-tiba
- c. Kolangitis jika batu menghalangi aliran normal dari empedu, cairan yang dibuat hati untuk membantu mencerna lemak maka cairan akan menumpuk dan akan menyebabkan infeksi saluran empedu
- d. Empyema kandung empedu situasi yang terjadi dalam lumen kandung empedu berisi nanah
- e. Fistel kolesistoentrik pendarahan yang terjadi pada sistem gastrointestinal yang parah

C. Penatalaksanaan

1. Terapi

- a. Melakukan diet
- b. Pada pasien kolelitiasis 80% sembuh dengan istirahat. Jadi sangat dianjurkan pasien kolelitiasis harus melakukan istirahat yang cukup.
- c. Melakukan pemberian cairan infus

- d. Melakukan pemberian obat oral *dissolution therapy* pemberian obat ini dapat menghancurkan kolelitiasis.
- e. Memberikan disolusi kontak pada terapi ini memasukan cairan pelarut kedalam kandung empedu melalui kateter perkutaneus melalui hati. Larutan yang dipakai *methyl terbutyl eter* yang dimasukan ke dalam kandung empedu dan dapat menghancurkan batu selama 24 jam.
- f. *Extracorporeal shock wave lithotripsy* (ESWL) metode ini menggunakan gelombang suara amplitudo yang tinggi untuk dapat menghancurkan batu.

2. Tindakan medis

- a. Pemeriksaan foto polos abdomen pada pemeriksaan ini tidak terlalu meyakinkan yang khusus dikarenakan hanya sekitar 10 – 15% pada kandung kolelitiasis yang bersifat radiopak (Angraeni, 2022).
- b. Pemeriksaan usg pada pemeriksaan ini jauh lebih diketahui karena sensitifitas sekitar 96% untuk melihat keberadaan batu pada kandung empedu. Biasanya pemeriksaan usg ini jauh dapat mendeteksi ukuran batubahkan hingga batu berukuran 2mm dan pemeriksaan ini juga dapat memperlihatkan adanya penebalan dinding pada kandung empedu karena proses peradangan (Angraeni, 2022).
- c. Pemeriksaan kolesistografi oral pada pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan yang sangat terbaik karena untuk mengetahui

adanya jenis batu akan tetapi pemeriksaan ini akan gagal jika pada pemeriksaan ini pasien mengalami ileus paralitik, muntah, kadar bilirubin serum diatas 2 mg/dl, dan hepatitis dikarenakan pada kondisi seperti ini kontras tidak bisamencapai hati (Nabu, 2019).

- d. Pemeriksaan sonogram pada pemeriksaan ini sonogram dapat menentukan apakah dinding kandung empedu menebal atau tidak *Cholangiopancreatography retrograde* endoskopi (ERCP) memungkinkan visualisasi langsung dari stuktur dan hanya terlihat selama laparatomi. Dalam pemeriksaan ini endoskopi serat optic yang fleksibel dimasukan ke dalam kerongkongan hingga mencapai duodenum yang turun. Kanula akandimasukan ke dalam saluran ductus koleduktus dan kemudian ke saluran pencernaan (Kaunang et al., 2019).

D. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan pertama dalam proses keperawatan. Pada pengkajian data – data akan dikumpulkan guna untuk meneggakan diagnosa keperawata untuk menentukan status kesehatan kepada pasien dengan berbagai aspek biologis, psikologis, sosial maupun spiritual pasien. Pada pengkajian memiliki tujuan untuk mengumpulkan data pasien untuk meneggakan diagnose keperawatan pasien dengan metode wawancara, observasi serta pemeriksaan fisik pasien (Nabu, 2019).

1. Identitas pasien

Pada identitas pasien perawat akan melakukan wawancara baik ke pasien maupun keluarga pasien yang terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, alamat, tempat tinggal, tempat tanggal lahir, pekerjaan, pendidikan, sumber biaya kesehatan.

2. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan kondisi atau keluhan yang dirasakan pasien sekarang pada saat pasien dilakukan pengkajian oleh perawat yang sering terjadi pada pasien kolelitiasis adalah nyeri perut yang menjalar ke punggung, disertai dengan mual dan muntah.

3. Riwayat kesehatan sekarang

Kondisi ini pasien akan dikaji yang berfokus pada keluhan utama pasien jika pasien mengalami rasa nyeri maka pasien akan dikaji menggunakan metode PQRST yaitu P adalah penyebab timbulnya rasa nyeri biasanya dikarenakan dengan apa Q adalah kualitas nyeri yang dirasakan seperti apa R nyeri yang dirasakan pasien menjalar tidak ke bagian tubuh yang lain S skala nyeri yang dirasakan pasien 1 sampai 10 berapa T sudah berapa lama pasien mengalami nyeri.

4. Riwayat kesehatan dahulu

Kesehatan dahulu apakah pasien memiliki riwayat penyakit sebelumnya atau sudah pernah memiliki penyakit sebelumnya.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Dari segi keluarga pasien apakah keluarga pasien memiliki riwayat penyakit lain atau apakah keluarga pasien pernah mengalami penyakit kolelitiasis namun pada kolelitiasis tidak terjadi penyakit turunan karena penyakit ini menyerang pasien dengan pola hidup atau gaya makanan yang kurang sehat. Namun orang dengan keluarga yang pernah memiliki penyakit kolelitiasis lebih besar memiliki risiko ketimbang yang belum pernah atau tanpa riwayat.

6. Pemeriksaan fisik

- a. Pemeriksaan umum, pengkajian fisik secara umum dimulai dari mengukur tanda – tanda vital, tingkat kesadaran, suhu, nadi, pernapasan dan saturasi oksigen.
- b. Pemeriksaan fisik dari kepala hingga kaki (*head to toe*)
- c. Kulit : dilihat dari warna kulit, lesi pada kulit, bintik - bintik, kelembapan kulit, turgor kulit dan ada cairan dikulit atau tidak.
- d. Kepala : simetris atau tidak, kebersihan kepala, ada benjolan dikepala atau tidak, dilihat rambut kering apa tidak.
- e. Wajah : simetris
- f. Mata : sisi mata, klopak mata, pergerakan bola mata, konjungtiva, kornea, sklera, pupil, otot mata, fungsi mata, tanda – tanda radang, pemakaian kaca mata.
- g. Telinga : daun telinga, bentuk telinga, kondisi telinga tengah, kesimetrisan telinga, ada serumen atau tidak, tanda infeksi, adanya nyeri tekan atau tidak.

- h. Hidung : batuk, posisi, lesi, sumbatan, perdarahan, tanda infeksi, lender.
- i. Mulut : mukosa bibir, langit – langit keras dan lunak, tekstur, lesi, tenggorokan, secret, tanda sianosis, bentuk dan ukuran lidah, bibir.
- j. Dada : adanya retraksi dinding dada, kesimetrisan dada, adanya bunyi napas tambahan, kedalaman napas, takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi napas.
- k. Abdomen : palpasi ginjal adanya nyeri tekan, palpasi kuadran abdomen, palpasihepar, bunyi bising usus, inspeksi perut tampak membesar, adakah sistensi, massa perut.
- l. Genitalia dan rectum : pada laki -laki dilihat genitalia apakah pada uretra, adanya edema skrotum, terjadinya hernia serta kebersihan, testis apakah adanya hipospadia atau epispadias sedangkan pada wanita dilihat lubang vagina, labia mayora menutupi labia minora, inspeksi labia, adanya edema pada klitoris, adanya secret atau bercak darah.

E. Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI, (2017) diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang akan mereka alami baik langsung maupun potensial. Diagnosis keperawatan memiliki tujuan untuk mengidentifikasi respons pasien terhadap masalah kesehatan. Berikut diagnosa yang telah ditentukan (Doenges, 2019).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
4. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

E. Perencanaan Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi

Tujuan : tingkat nyeri menurun setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun gelisah menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, kualitas tidur menurun

Perencanaan keperawatan

Observasi

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional : mengindikasikan kebutuhan untuk intervensi contohnya gelisah, takikardi, dan meringis (Doenges, 2019).

- b. Identifikasi skala nyeri

Rasional : mengetahui skala nyeri yang dirasakan oleh pasien

- c. Identifikasi respon nyeri non verbal

Rasional : melihat adanya respon nyeri non verbal pada pasien

- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan meperingan rasa nyeri

Rasional : mengindikasikan adanya faktor yang memperngaruhi rasa nyeri

Terapeutik

- a. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : memberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Rasional : memberikan lingkungan yang nyaman yang dapat mengurangi rasa nyeri

c. Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional : memberikan kenyamanan pasien saat melakukan istirahat dan tidur

Edukasi

a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional : memberikan informasi terhadap pasien tentang penyebab nyeri

b. Jelaskan strategi meredakan nyeri

Rasional : memberikan edukasi tentang cara meredakan nyeri secara mandiri

c. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : mengajarkan pasien untuk menerapkan teknik nonfarmakologis secara mandiri

Kolaborasi

a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional : mengkolaborasikan dengan dokter untuk pemberian analgetik pada pasien

2. Hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tujuan: keseimbangan cairan meningkat setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: Asupan cairan meningkat, kelembaban membran mukosa meningkat, asupan makan meningkat, dehidrasi menurun, berat badan membaik

Perencanaan keperawatan

Observasi

a. Periksa tanda dan gejala hypovolemia

Rasional : mengindikasi tanda dan gejala hypovolemia yang dialami pasien (Doenges, 2019).

b. Monitor intake dan output cairan

Rasional : mengetahui kebutuhan cairan pasien

Terapeutik

a. Hitung kebutuhan cairan

Rasional : menghitung kebutuhan cairan yang dibutuhkan pasien

b. Berikan posisi modifield trandelenburg

Rasional : memberikan posisi yang nyaman kepada pasien

c. Berikan asupan cairan oral

Rasional : memenuhi kebutuhan cairan pasien

Edukasi

a. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

Rasional : menghindari pasien mengalami kekurangan cairan atau dehidrasi

Kolaborasi

a. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis

Rasional : mengkolaborasi dengan dokter pemberian injeksi yang diberikan kepada pasien

3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Tujuan: status cairan membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: kekuatan otot menelan meningkat, nafsu makan membaik, frekuensi makan membaik, dan membran mukosa membaik

Perencanaan Keperawatan

Observasi

a. Identifikasi status nutrisi

Rasional : memonitor nutrisi yang dibutuhkan pasien (Doenges, 2019).

b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasional : mengidentifikasi jenis alergi makanan yang dialami pasien

c. Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : menanyakan makanan yang disukai pasien

Terapeutik

a. Lakukan oral *hygiene* sebelum makan, jika perlu

Rasional : menganjurkan pasien untuk melakukan oral *hygiene*

b. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

Rasional : untuk mengurangi terjadinya gejala konstipasi pada pasien

c. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

Rasional : memberikan asupan makanan sesuai kalori pasien

d. Berikan suplemen makanan jika perlu

Rasional: memberikan suplemen makanan untuk menambah nafsu makan

Edukasi

a. Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional: untuk memberikan informasi kepada pasien terkait infeksi yang terjadi pada jaringan luka pasien

Kolaborasi

a. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu

Rasional : mengkolaborasikan jumlah kalori yang dibutuhkan pasien untuk memenuhi asupan nutrisi pasien

4. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi

Tujuan: termogulasi membaik setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: suhu tubuh membaik, takikardi menurun, tekanan darah membaik, ventilasi membaik, dan takipnea menurun

Perencanaan Keperawatan

Observasi

a. Monitor suhu tubuh

Rasional: mengidentifikasi adanya kenaikan suhu tubuh pada pasien
(Doenges, 2019)

b. Monitor komplikasi akibat hipertermia

Rasional: mengidentifikasi apakah ada komplikasi akibat hipertermia

Terapeutik

a. Sediakan lingkungan yang dingin

Rasional: memberikan lingkungan yang dingin untuk mengurangi terjadinya kenaikan suhu tubuh

b. Longgarkan atau lepaskan pakaian

Rasional: melonggarkan pakaian pasien untuk mengurangi kenaikan suhu tubuh

c. Basahi dan kipasi permukaan tubuh

Rasional: memberikan kompres air dingin untuk menurunkan suhu tubuh pada pasien

d. Berikan cairan oral

Rasional: memberikan asupan cairan oral untuk menghindari terjadinya dehidrasi

Edukasi :

a. Anjurkan tirah baring

Rasional : memberikan informasi untuk melakukan istirahat total

Kolaborasi :

a. Pemberian cairan elektrolit intravena

Rasional : mengkolaborasikan kepada dokter memberikan obat melalui cairan elektrolit untuk menurunkan suhu tubuh

5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan: tingkat pengetahuan meningkat setelah diberikan tindakan keperawatan

Kriteria Hasil: verbalisasi minat dalam belajar meningkat, menjelaskan kemampuan suatu topik meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun, dan persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Perencanaan Keperawatan

Observasi

a. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional: mengindikasikan kesiapan pasien dan kemampuan pasien dalam menerima informasi mengenai penyakit yang diderita pasien (Doenges, 2019).

b. Mengidentifikasi faktor - faktor yang dapat meningkatkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional: memberikan informasi mengenai perilaku hidup bersih dan sehat kepada pasien

Terapeutik

a. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional: memberikan informasi kepada pasien mengenai pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan komplikasi pada penyakit kolelitiasis

b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kemampuan

Rasional: memberikan kontrak waktu dalam pemberian informasi yang akan diberikan kepada pasien

c. Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional: menanyakan kepada pasien apakah pemberian materi yang disampaikan kepada pasien dapat dipahami dan dimengerti

Edukasi

a. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

Rasional: memberikan informasi kepada faktor risiko yang dapat memperngaruhi penyakit

b. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional: menganjurkan pasien menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat untuk menghindari terjadinya penyakit

c. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional: memberikan informasi mengenai perilaku hidup bersih dan sehat

F. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan suatu pemecahan dalam proses keperawatan masalah yang harus diatasi kepada pasien tentang keputusan awalatau tentang apa yang harus dilakukan, kapan dilakukan, bagaimana dilakukan dan dengan siapa yang melakukan. Namun proses keperawatan terkadang tidak sesuai antara tindakan keperawatan dilapangan dengan rencana awal tindakan (Angraeni, 2022).

G. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan pengevaluasian tindakan yang dilakukan perawat kepada pasien atau penilaian tindakan dan perbandingan dengan rencana tindakan dalam memenuhi keberhasilan dari tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien. Menurut Novia, (2021) terdapat 2 jenis evaluasi :

a. Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi keperawatan dapat dilakukan setelah perawat melakukan tindakan dan melakukan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Pada perumusan formatif ini meliputi beberapa komponen yang dikenal dengan SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan pasien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisa data (perbandingan antara data dan teori). Komponen catatan keperawatan, antara lain sebagai berikut : komponen SOAP (data subjektif, data objektif, analisa dan perencanaan) dapat dilakukan untuk mendokumentasikan evaluasi dan pengkajian ulang

- 1) S (subjektif) : data subjektif yang diambil dari keluhan pasien kecuali pada pasien penderita afasia
- 2) O (objektif) : data objektif yang diperoleh dari hasil pengkajian misalnya tanda – tanda akibat penyimpangan fungsi fisik yang terjadi, tindakan keperawatan atau akibat pengobatan
- 3) A (analisa) : berdasarkan data yang dikumpulkan kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosa, masalah potensial, dimana

analisa data 3 yaitu (teratasi, tidak teratasi, dan sebagian teratasi) sehingga perlu tidaknya dilakukan segera

- 4) P (perencanaan) perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan pasien

b. Evaluasi Summatif (Hasil)

Evaluasi summatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi summatif ini bertujuan untuk menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat dilakukan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terhadap pelayanan. Adapun tiga kemungkinan hasil evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan pada tahap evaluasi meliputi :

- 1) Tujuan tercapai/masalah tertasi : jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan
- 2) Tujuan tercapai sebagian/masalah sebagian teratasi : jika pasien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan
- 3) Tujuan tidak tercapai/masalah yang tidak tertasi : jika pasien menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengantujuan dan kriteri hasil yang telah ditetapkan bahkan timbul

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan membahas asuhan keperawatan yang diberikan kepada Tn. D dengan kolelitiasis diruang penyakit dalam 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara. Asuhan keperawatan ini dilaksanakan pada tanggal 13 Maret 2023 sampai 15 Maret 2023. Dalam penyusunan laporan penulis menggunakan pendekatan pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah penulis lakukan maka diperoleh data antara lain, Pasien Bernama Tn. D laki – laki dengan usia 29 tahun, belum menikah, suku jawa, agama islam, pendidikan SMA, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan sebagai karyawan swasta, alamat Jl. Karang Anyar Tengah RT 04 RW 011 No. 52, sumber BPJS, sumber informasi berasal dari pasien, pasien masuk pada tanggal 12 Maret 2023, diruang penyakit dalam kamar 1301 dengan nomor register 00543057 dengan diagnosa medis Kolelitiasis

2. Resume

Pasien bernama Tn D masuk ke Rumah Sakit Umum Daerah Koja pada tanggal 12 Maret 2023 pukul 09.00 WIB diantar oleh keluarga ke IGD dengan keluhan nyeri bagian lambung kanan dan kiri yang menjalar ke punggung, perut pasien kembung, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul, nyeri timbul akibat minum kopi dan merokok, nafsu makan menurun, mual dan muntah setelah makan sebanyak 2x dalam sehari, muntah sebanyak 300 – 200 ml, muntahnya berwarna hijau, namun pasien tetap memaksa makan meskipun mual habis 3-5 sendok makan

Pasien tampak pucat, pasien penurunan berat badan sebelum sakit 65 kg setelah sakit 55 kg, pasien cepat kenyang ketika makan, tampak meringis, tampak gelisah, sulit tidur dan hanya tidur 3 jam. Pasien memiliki riwayat asam lambung karena pola makan yang tidak dijaga namun pasien menyepelekan penyakitnya, pasien tidak paham terhadap penyakit yang diderita, tampak apatis terhadap penyakit, ketika nyeri dirumah pasien hanya minum obat warung promagh. Keadaan umum pasien GCS : E4M6V5, Tekanan darah : 111/82 mmHg, frekuensi napas : 20x/menit, Suhu : 36,5° c, frekuensi nadi : 61x/menit, SpO2 : 99 %

Masalah keperawatan yang telah muncul pada pasien berdasarkan data diatas nyeri akut dan nausea tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu mengkaji pengkajian umum, mengkaji tanda – tanda vital pasien, mengkaji pengkajian fisik nyeri pada

perut pasien, memberikan teknik non farmakologis rileksasi napas dalam, memberikan kenyamanan selama muntah

Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan : pada tanggal 12 Maret 2023 pasien terpasang infus Asering 500 cc/ 12 jam, memonitor tanda-tanda vital pasien, melakukan pengkajian fisik terutama pada bagian perut. Dengan diagnosa pasien nyeri akut memberikan Teknik non farmakologis rileksasi napas dalam dan memberikan kenyamanan selama muntah, mendapatkan injeksi intravena ketorolac 300 mg/12 jam, mendapatkan injeksi intravena omeprazole 40 mg/8 jam, mendapatkan injeksi intravena ondansetron 4mg/12 jam, mendapatkan obat oral lonide 40mg/ 8 jam, mendapatkan obat oral ursodeoxycholic acid 250 mg/8jam.

Pasien melakukan pemeriksaan usg abdomen pada tanggal 08 Maret 2023 dengan hasil hepar : normal, GB : tampak batu ukuran diameter 1.46 cm dineck GB disertai dengan *sludge* dan batu kecil – kecil tampak penebalan dinding,lien : normal, pancreas : normal, ginjal kanan : normal, ginjal kiri : normal, buli : normal, tampak lesi solid/kistik diintraabdominal, tak tampak intensitas echo bebas ektraluminal dicavum abdomen, pasien melakukan pemeriksaan hasil laboratorium pada tanggal 12 Maret 2023 swab sars cov-2 hasil negatif, pasien melakukan hasil pemerikssan darah lengkap hemoglobin 13,9 g/dL (13.5 – 18.0), jumlah leukosit $7,55 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.00 – 10.50), hematokrit *40.0 % (42.0 - 52.0), jumlah trombosit $266 \times 10^3/\mu\text{L}$ (163 – 337), jumlah eritrosit *4.53 juta/Ul (4.70 – 6.00), MCV 88 fL (78 – 100), MCH 31 pg (27 – 31), MCHC 35 g/dl (32-36), RDW – cv 12.1 % (11.5 – 14.0) basophil 0.5 % (0.2 – 1.2)

eosinophil 3.3 % (0.8 – 7.0) neutrophil 58.4 % (34.0 – 67.9) monosit 6.9 % (5.3 – 12.2) NLR 1.89, ALC 2333 /uL ureum *0.83 mg/dL (16.6 – 48.5), kreatinin 121.5 mg/dL (0.67 – 1.17), FR (CKD – EPI) 121.5 Ml/min/1.73 m², pasien juga melakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 14 Maret 2023 dengan hasil SGOT 17 U/L (<40), SPGT 12 U/L (<41).

3. Riwayat Keperawatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama pasien adalah nyeri hilang timbul dibagian lambung kanan dan kiri yang menjalar hingga ke punggung, perut kembung, mual dan muntah sebanyak 3x sehari, tidak nafsu makan, muntah sehabis makan, meringis dan gelisah.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

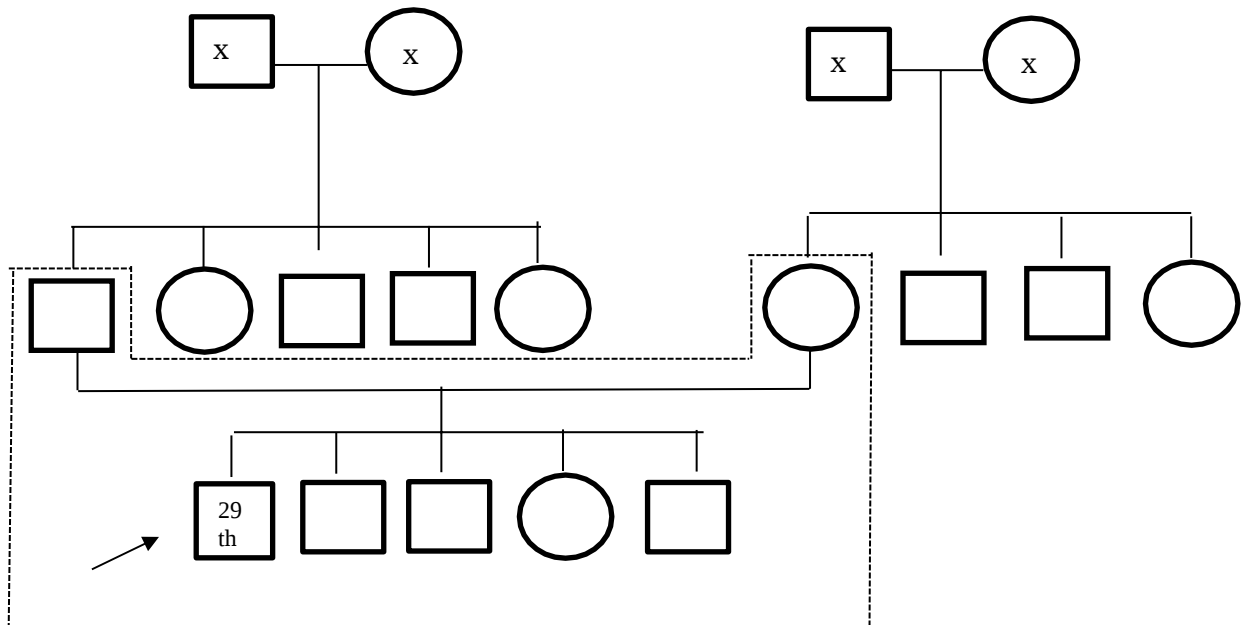
Pasien memiliki riwayat asam lambung sejak 1 tahun yang lalu

1. Riwayat alergi (Obat, makanan, binatang, lingkungan) Pasien memiliki riwayat alergi makanan seafood

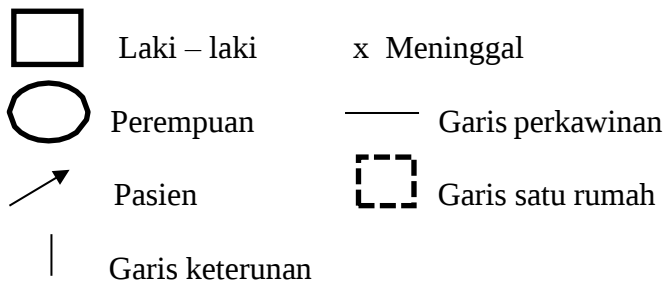
2. Riwayat pemakaian obat

Pasien suka meminum obat warung promag sejak 1 tahun yang lalu

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan :



Pasien belum menikah, pasien berjenis kelamin laki-laki, pasien berusia 29 tahun, pasien anak pertama dari empat saudara. Pasien tinggal serumah dengan kedua orang tua dan empat adiknya, Kakek nenek pasien sudah meninggal.

1. Penyakit yang diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko yaitu keluarga pasien tidak ada yang mengalami penyakit anggota keluarga
2. Riwayat psikososial dan spiritual

Orang terdekat dengan pasien adalah ibunya. Pola komunikasi dalam keluarga adalah dua arah dimana anak pasien anak pertama sebagai pengambil keputusan pasien tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan.

Dampak penyakit pasien terhadap keluarga yaitu pasien tidak bisa bekerja dan menjadi beban keluarga, masalah yang mempengaruhi pasien sendiri adalah pasien tidak dapat bekerja dan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya.

Mekanisme koping yang digunakan pasien bila ada masalah pasien tidur dan istirahat. Hal yang sangat dipikirkan pasien saat ini pasien merasa menjadi beban keluarga harapan setelah menjalani perawatan pasien ingin cepat sembuh, ingin cepat bekerja dan bisa beraktifitas seperti biasanya. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit pasien belum bisa bekerja dan tidak bisa beraktifitas akibat nyeri dilambung. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan pasien, aktifitas keagamaan atau kepercayaan yang dilakukan pasien berdoa dan beribadah, kondisi lingkungan rumah pasien bersih dan rapih.

d. Pola Kebiasaan

1) Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien makan 3x/hari, nafsu makan baik, menghabiskan 1 porsi makanan, pasien alergi makanan seafood, tidak ada makanan yang tidak disukai, pasien pantang makan seafood, tidak ada diit yang dilakukan oleh pasien, pasien menggunakan obat-obatan sebelum makan yaitu promagh, tidak ada penggunaan alat bantu makan.

Dirumah sakit : pasien makan 3x/hari, pasien tidak nafsu makan, pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan, pasien alergi makanan seafood, pasien makan 3- 5 sendok pasien pantang makan makanan seafood, tidak ada diit yang dilakukan oleh pasien, tidak ada obat-

obatan yang dikonsumsi setelah makan, tidak ada penggunaan alat bantu makan.

2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit : pasien bak 5x/hari, bak berwarna putih bening, tidak ada kesulitan dalam berkemih, tidak menggunakan alat bantu berkemih, buang air besar rutin 1x/hari, bab rutin dipagi hari, warna kuning kecoklatan konsistensi padat, tidak ada keluhan, dan tidak ada penggunaan laxatif.

Dirumah sakit : pasien lebih sering bak 10x/hari, bak berwarna kuning bening, tidak ada keluhan dalam berkemih, tidak ada penggunaan alat bantu berkemih.

3) Pola Personal *Hygiene*

Sebelum sakit : pasien mandi 2x/hari dengan sabun, pasien mandi pagi dan sore hari, pasien gosok gigi 2x/hari, pasien gosok gigi diwaktu mandi, pasien selalu keramas 1x/hari disore hari.

Dirumah sakit : pasien belum mandi selama dirumah sakit, pasien hanya gosok gigi 1x/hari diwaktu pagi, pasien belum keramas selama di rawat.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : pasien tidak pernah tidur siang, pasien hanya tidur malam selama 5 jam/hari, pasien memiliki kebiasaan sebelum tidur main hp.

Dirumah sakit : pasien tidur siang selama 2 jam/hari namun pasien hanyatidur malam selama 3 jam/hari, pasien tetap dengan kebiasaanya main hp sebelum tidur.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit : pasien bekerja dipagi hari sampai sore hari, pasien tidak pernah olahraga, tidak ada jenis olahraga yang dilakukan, pasien memiliki keluhan ketika asam lambungnya naik tiba-tiba nyeri dibagian lambung kanan dan kiri.

Dirumah sakit : pasien hanya melakukan aktifitas main hp tidak ada aktifitas berat yang dilakukan pasien, tidak ada keluhan dalam beraktifitas ringan.

6). Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit : pasien memiliki kebiasaan merokok, pasien merokok sebanyak 12 batang sehari, pasien sudah kebiasaan merokok dari SMA, pasien juga pernah minum alkohol waktu SMA namun pasien minum tidak sering dan tidak menentu, pasien meminum sebanyak 1-2 gelas dalam waktu yang tidak menentu

Dirumah sakit : pasien semenjak sakit sudah tidak merokok dan juga tidak meminum – minuman keras.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Pasien kini memiliki berat badan sakit 55 kg dan sebelum sakit 65 kg, tinggi badan 169 cm, tekanan darah 111/82 mmHg, frekuensi nadi : 61x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu tubuh 36,5° c, Spo2 99 %,

keadaan umum ringan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening pada kedua sisi.

a. Sistem Penglihatan

Sisi mata pasien tampak simetris, klopak mata tampak normal tidak terjadi ptosis, pergerakan bola mata normal, kongjutiva ananemis, sklera ikterik, kornea tampak normal, pupil isokor, tidak ada kelainan otot mata, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda – tanda radang, tidak ada pemakaian kaca mata, tidak ada pemakaian lensa kontrak, reaksi terhadap cahaya baik pada mata pasien.

b. Sistem Pendengaran

Daun telinga tampak normal, karakteristik serumen tidak berbau, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan dari telinga, tidak ada perasaan penuh ditelinga, tidak ada tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan, tidak ada pemakaian alat bantu pendengaran.

c. Sistem Wicara

Pasien tidak mengalami gangguan wicara, pasien berbicara normal.

d. Sistem Pernapasan

Jalan napas bersih tidak ada sumbatan, pernapasan tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, frekuensi napas 20x/menit, irama teratur, jenis pernapasan spontan, kedalaman napas dalam, tidak ada batuk, tidak ada sputum, tidak terdapatdarah, pada palpasi dada tidak terdapat benjolan, tidak ada kelainan

pada perkusi dada, suara napas normal vesikuler, tidak nyeri dada saat bernafas, tidak ada penggunaan alat bantu napas.

e. Sistem Kardiovaskular

1). Sirkulasi Perifer

Frekuensi nadi pasien saat dikaji 61x/menit, irama yang teratur, dan denyut nadi yang kuat. Sedangkan tekanan darah 111/82 mmHg, tidak ditemukannya distensi vena jugularis sebelah kanan dan kiri, temperatur kulit pasien teraba hangat dengan warna kulit tampak kemerahan, pengisian kapiler <2 detik, dan tidak ditemukan edema pada wajah, tubuh, maupun tungkai.

2). Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut nadi apical pasien 91x/menit dengan irama teratur dengan irama jantung yang teratur dan tidak ada kelainan bunyijantung, tidak ada sakit dada.

f. Sistem Hematologi

Pasien tidak tampak pucat, tidak ditemukan adanya pendarahan

g. Sistem Syaraf Pusat

Tanggal 13 Maret 2023 saat dikaji pasien tidak ada keluhan sakit kepala, kesadaran compos mentis, GCS (E4M6V5), tidak ada tanda – tanda peningkatan tekanan intrakranial, pasien tidak mengalami gangguan sistem syaraf.

h. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut gigi tidak ada karies, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, salivasi normal, pasien mengalami muntah yang berisi makanan, warna muntah kehijauan, frekuensi muntah 2x/hari, jumlah muntah 300 dan 200 ml, pasien nyeri di daerah perut seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, lokasi nyeri di daerah lambung kanan dan kiri yang menjalar hingga ke pinggang, bising usus 10x/menit, tidak ada diare, tidak konstipasi, hepar teraba, abdomen lembek.

i. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, napas tidak berbau keton, tidak ada luka ganggren.

j. Sistem Urogenital

Balance cairan pasien per 24 jam pada tanggal 13 Maret 2023 pukul 11.00 WIB dengan intake 2800 ml (infus 1000cc + oral 1800) dan output 2500 ml (urine 2000ml + IWL 500ml). maka balance cairan pasien adalah +300ml. pasien tidak mengalami perubahan pola berkemih, urin berwarna kuning bening, tidak ada keluhan nyeri pinggang.

k. Sistem Integumen

Keadaan turgor kulit pasien baik dengan temperature 36.5 hangat, warna kulit pucat, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, pasien terpasang infus ditangan kanan yaitu asering 500 cc, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, keadaan rambut berminyak namun tekstur baik, kebersihan sedikit kotor.

1. Sistem Mukulokeletal

Kesulitan dalam pergerakan tidak ada pasien hanya sedikit lemas, tidak ada sakit pada tulang, sendi, dan kulit, tidak ada fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang sendi, tidak ada kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot ekstremitas atas bawah kanan 5555 dan ekstremitas atas bawah kiri 5555.

Kekuatan otot	
5555	5555
5555	5555

5. Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit)

Pasien belum paham tentang penyakitnya ia menganggap bahwa penyakitnya hanya asam lambung, pasien menganggap sepele penyakitnya, ketika asam lambung naik pasien hanya mengkonsumsi obat warung promag.

6. Data Penunjang

Pasien melakukan pemeriksaan usg abdomen pada tanggal 08 Maret 2023 dengan hasil hepar : normal, GB : tampak batu ukuran diameter 1.46 cm dineck GB disertai dengan sludge dan batu kecil – kecil tampak penebalan dinding, lien : normal, pancreas : normal, ginjal kanan : normal, ginjal kiri : normal, buli normal, tampak lesi solid/kistik diintraabdominal, tak tampak intensitas echo bebas ektraluminal dicavum abdomen, pasien melakukan pemeriksaan hasil laboratorium pada tanggal 12 Maret 2023 swab sars cov-2 hasil negatif.

Pasien melakukan hasil pemeriksaan darah lengkap hemoglobin 13,9 g/dL (13.5 – 18.0), jumlah leukosit $7,55 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4.00 – 10.50), **hematokrit *40.0 % (42.0 – 52.0)**, jumlah trombosit $266 \times 10^3/\mu\text{L}$ (163 – 337), **Jumlah eritrosit *4.53 juta/ μL (4.70 – 6.00)**, MCV 88 fL (78 – 100), MCH 31 pg (27 – 31), MCHC 35 g/dl (32-36), RDW – cv 12.1 % (11.5 – 14.0) basophil 0.5 % (0.2 – 1.2) eosinofil 3.3 % (0.8 – 7.0) neutrophil 58.4 % (34.0 – 67.9) monosit 6.9 % (5.3 – 12.2) NLR 1.89, ALC 2333 / μL **Ureum *0.83 mg/dL (16.6 – 48.5)**, kreatinin 121.5 mg/dL (0.67 – 1.17), FR (CKD – EPI) 121.5 ml/min/1.73 m², pasien juga melakukan pemeriksaan laboratorium pada tanggal 14 Maret 2023 dengan hasil SGOT 17 U/L (<40), SPGT 12 U/L (<41).

7. Penatalaksanaan

Terapi injeksi : Asering cairan infus 500 cc/12 jam, terapi injeksi intravena Omeprazole 2x40 mg/12 jam pukul 09.15 WIB dan 21.00 WIB (menurunkan asam lambung), terapi injeksi intravena Ketorolac 2x30 mg/12jam pukul 09.25WIB dan 21.10 WIB (menurunkan rasa nyeri), terapi injeksi intravena Ondansetron 2x4mg/12 jam pukul 07.00 WIB dan 20.00 WIB (menurunkan mual dan muntah)

Terapi obat : obat oral Lonide 3x40 mg/8jam pukul 06.10, 14.10 dan 01.10 WIB(menurunkan rasa nyeri otot), obat oral Ursodeoxycholic acid 3x250 mg/8 jam pukul 06.00, 14.00 dan 01.00 WIB (menghancurkan batu empedu)

8. Data focus

Tanggal 13 Maret 2023

Data subyektif :

Pasien mengatakan nyeri dibagian lambung kanan dan kiri yang menjalar punggung, pasien mengatakan nyeri hilang timbul sekitar 15menit, pasien mengatakan nyeri ketika habis minum kopi dan merokok, nyeri seperti tusuk –tusuk, pasien mengatakan mual dan muntah, muntah sebanyak 2x/hari pagi dan sore, pasien mengatakan muntah sebanyak 300 dan 200 ml, muntah berwarna hijau namun pasien tetap makan sebanyak 3-5 sendok meskipun mual, pasien mengatakan cepat kenyang ketika makan

Pasien mengatakan perut kembung, pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makan, pasien mengatakan tidak bisa makan seafood karena alergi, pasien menyukai makan daging, pasien menyepelkan penyakit yang dialami, pasien menganggap penyakitnya hanya asam lambung biasa, pasien mengatakan ketika asam lambung hanya minum obat warung (promag)

Data objektif

Pasien tampak terlihat meringis, pasien tampak meringkuk menahan nyeri, pasien terlihat gelisah, pasien tampak terlihat sulit tidur ketika malam hari,, skala nyeri 6/10 (nyeri sedang), Pasien tampak terlihat keringat dingin ketika malam hari, Pasien mengalami penurunan berat badan sebelum sakit 65 kg sesudah sakit 55 kg, ketika makan pasien tampak sulit menelan. Imt : $55/1,69 \times 1,69 = 15,67$. Pasien tampak apatis dengan penyakit yang diderita,

pasien tampak tidak memahami penyakit yang diderita. Dari hasil pemeriksaan tanda – tanda vital. Tekanan darah pasien : 111/82 mmHg, frekuensi napas : 20x/menit, frekuensi nadi : 61x/menit, S : 36.5 °C, Spo2 : 99%, pemeriksaan pengkajian nyeri numeric scale :6/10 (nyeri sedang), dan pemeriksaan darah lengkap Jumlah eritrosit *4.53 juta/uL (4.70 – 6.00), Hematokrit *40.0 % (42.0 – 52.0), dan Ureum *0.83 mg/dL (16.6 – 48.5),

9. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif : Nyeri timbul ketika habis minum kopi dan merokok, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dibagian lambung kanan dan kiri yang menjalar ke punggung, nyeri hilang timbul sekitar 15 menit Data Objektif Pasien tampak terlihat meringis, pasien tampak meringkuk menahan nyeri, pasien	Nyeri akut	Berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

	terlihat gelisah, pasien tampak terlihat sulit tidur ketika malam hari,, skala nyeri 6/10 (nyeri sedang), Pasien tampak terlihat keringat dingin ketika malam hari Tekanan darah: 111/83 mmHg Frekuensi napas: 20x/menit Frekuensi nadi: 61x/menit\ Suhu: 36.5 °C Spo2: 99%, Ureum *0.83 mg/dL (16.6 – 48.5)		
2.	Data Subjektif pasien mengatakan mual dan muntah, muntah sebanyak 2x/hari pagi dan sore,	Nausea	Berhubungan dengan distensi lambung

	muntah berwarna hijau. pasien mengatakan muntah sebanyak 300 dan 200 ml, pasien mengatakan perut kembung Data Objektif Pasien tampak keringat dingin ketika malam hari		
3.	Data Subjektif pasien tetap makan sebanyak 3-5 sendok meskipun mual, pasien mengatakan cepat kenyang ketika makan, pasien mengatakan perut kembung, pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makan, pasien mengatakan tidak bisa makan seafood karena	Defisit Nutrisi	Berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

	alergi, pasien menyukai makan daging Data Objektif Pasien mengalami penurunan berat badan sebelum sakit 65 kg sesudah sakit 55 kg, ketika makan pasien tampak sulit menelan. Imt : $55/1,69 \times 1,69 = 15,67$		
4.	Data Subjektif pasien menyepelkan penyakit yang dialami, pasien menganggap penyakitnya hanya asam lambung biasa, pasien mengatakan ketika asam lambung hanya minum obat warung (promagh) Data Objektif Pasien tampak apatis dengan penyakit yang	Defisit pengetahuan	Berhubungan dengan kurang terpapar informasi

	diderita, pasien tampak tidak memahami penyakit yang diderita		
--	---	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data diatas maka dirumuskan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, yairu :

Tanggal 13 Maret 2023

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis
3. Nausea berhubungan dengan distensi lambung
4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Data Subjektif : Nyeri timbul ketika habis minum kopi dan merokok, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dibagian lambung kanan dan kiri yang menjalar hingga ke punggung, skala nyeri 6/10 (nyeri sedang), nyeri hilang timbul sekitar 15 menit

Data Objektif : Pasien tampak meringis, tampak meringkuk, tampak gelisah, tampak sulit tidur Tekanan darah : 130/75 mmHg dan sesudah melakukan teknik rileksasi napas dalam Tekanan darah : 111/82 mmHg , frekuensi nafas :20x/menit, frekuensi nadi : 61x/menit, S : 36.5 °C, SpO₂ : 99%, numeric scale : 6/10 (nyeri sedang), Jumlah eritrosit *4.53 juta/uL (4.70 –6.00), Hematokrit *40.0 % (42.0 – 52.0), Ureum *0.83 mg/dL (16.6 – 48.5).

Tujuan : Tingkat nyeri membaik dilihat dengan pasien skala nyeri pasien 2/10 (nyeri sedang)

Kriteria Hasil :

- a. Keluhan nyeri menurun dilihat dengan skala nyeri 2/10
- b. Meringis menurun dilihat dengan pasien tidak meringis lagi dan tidak memegang bagian perut yang sakit
- c. Kesulitan tidur menurun pasien sudah bisa tidur 6 – 8 jam/ hari
- d. Gelisah menurun dilihat dengan pasien sudah tampak lebih tenang

Rencana Tindakan :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi lokasi nyeri dan juga waktu nyeri yang dirasakan oleh pasien
- b. Monitor skala nyeri skala nyeri pasien 6/10 (nyeri sedang)
- c. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
- d. Fasilitasi istirahat dan tidur pasien
- e. Monitor tanda – tanda vital
- f. Ajarkan teknik distraksi
- g. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
- h. Berikan obat anti analgetik Lonide 3 x 40 mg (melalui oral) pukul 06.10, 14.10 dan 01.10 WIB dan injeksi intravena Katerolac 2 x 30 mg pukul 09.25 WIB dan 21.10 WIB
- i. Berikan obat Ursodeoxycholic acid 3 x 250 mg (melalui oral) pukul 06.00, 14.00 dan 01.00 WIB
- j. Berikan cairan Asering 500cc/12 jam pukul 05.00 WIB dan 17.00 WIB

Penatalaksanaan

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 05.00 WIB mengganti cairan infus Asering 1x500 cc pukul 06.00 WIB memberikan obat oral Ursodeoxycholic acid 1x250 mg dan obat oral Lonide 1x40 mg, pasien sudah meminum obat setelah makan, terdapat batu berukuran 1.46 cm pada empedu. Pukul 09.15 WIB injeksi intravena Katerolac 1x30 mg, pasien mengatakan asam lambungnya masih naik, pasien tampak masih nyeri dibagian lambung kanan dan kiri menjalar ke punggung, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, durasi nyeri 15 menit, numeric scale : 6/10.

Pukul 10.00 WIB melakukan teknik rileksasi napas dalam, pasien mengatakan lebih enak ketika mendapatkan teknik rileksasi napas dalam, Pukul 12.00 WIB memonitor tanda – tanda vital pasien, tekanan darah pasien sebelum melakukan teknik rileksasi napas dalam tekanan darah : 130/75 mmHg dan sesudah melakukan teknik rileksasi napas dalam tekanan darah : 111/82 mmHg, frekuensi napas : 20x/menit, pukul 14.00 WIB memberikan obat oral Ursodeoxycholic acid 1x250 mg dan obat oral Lonide 1x40 mg.

Pukul 17.00 WIB mengganti cairan infus Asering 1x500 cc, pukul 21.00 WIB memberikan injeksi intravena Omeprazole 1x40 mg dan injeksi intravena Katerolac 1x30 mg, numeric scale : 6/10, pukul 22.00 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur pasien tampak tidak bisa tidur 2-3 jam/ hari. Pukul 01.00 WIB memberikan obat oral Ursodeoxycholic acid 1x250 mg dan obat oral Lonide 1x40 mg.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 05.00 WIB memberikan cairan infus Asering 1x500 cc, pukul 06.00 WIB memberikan obat oral Ursodeoxycholic acid 1x250 mg dan obat oral Lonide 1x40 mg, pasien meminum obat setelah makan namun masih terdapat batu masih terdapat batu berukuran 1.46 cm pada empedu.

Pukul 09.25 WIB memonitor tanda – tanda vital, tekanan darah sebelum melakukan aktivitas : 135/70 mmHg, sesudah melakukan aktivitas tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi napas : 19 x/menit, frekuensi nadi : 73x/menit, Spo2 : 99%, S: 36° c, Numeric scale : 3/10. Pasien sudah tidak menahan nyeri lagi, memberikan teknik distraksi pasien tampak bisa melakukan dan pasien sudah tidak meringis.

Pukul 14.00 WIB memberikan obat oral Ursodeoxycholic acid 1x250 mg dan obat oral Lonide 1x40 mg, Pukul 17.00 WIB memberi cairan infus Asering 1x500cc, pukul 21.00 memberikan obat oral Ursodeoxycholic acid 1x250 mg dan obat oral Lonide 1x250 mg tidak ada reaksi alergi, pukul 22.00 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur pasien tampak tidak bisa tidur 3-5 jam/hari.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 17.00 WIB memberi cairan infus Asering 1x500 cc, pukul 06.00 memberikan oral Ursodeoxycholic acid 1x250 mg dan obat oral Lonide 1x40 mg, pasien meminum obat setelah makan namun masih terdapat batu masih terdapat batu berukuran 1.46 cm pada empedu, pasien mengatakan meminum obat setelah makannamun sudah tidak ada nyeri.

Memonitor tanda – tanda vital tekanan darah sebelum melakukan teknik rileksasi napas dalam 115/80 mmHg, sesudah melakukan teknik rileksasi napas dalam 120/75 mmHg, frekuensi napas: 18 x/menit, frekuensi nadi :60 x/menit, Spo2 : 99%, S: 36° c, Numeric scale : 2/10, pasien sudah tidaktampak nyeri.

Pukul 14.10 WIB memberikan obat oral Ursodeoxycholic acid 1x250 mg dan obat oral 1xLonide 40 mg, pukul 17.00 WIB memberikan cairan infus Asering 1x500 cc, pukul 21.00 WIB memberikan obat oral Ursodeoxycholic acid 1x250 mgdan obat oral Lonide 1x250 mg, pasien mengatakan meminum obat setelah makannamun sudah tidak ada nyeri Numeric scale : 2/10, pukul 22.00 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur pasien tampak bisa tidur 6-8 jam/hari.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 15 Maret 2023 pukul 15.00

Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri, pasien mengatakan sudah nyaman, pasien mengatakan sudah tidak meringis

Objektif : tekanan darah sebelum melakukan teknik rileksasi napas dalam 115/80 mmHg, sesudah melakukan teknik rileksasi napas dalam 120/75 mmHg, frekuensi napas : 18 x/menit, frekuensi nadi : 60 x/menit, Spo2 : 99% S: 36,4° c, numeric scale : 2/10. Pasien tampak tidak memengang lambung kanan dan kiri, pasien tampak sudah bisa tidur 6-8jam/hari

Analisa : Tujuan keperawatan teratasi

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan penyakit dalam untuk poin a,b,c,d,e,f,g,h,i,k,l

2. Nausea berhubungan dengan distensi lambung

Data Subjektif : Pasien mual dan muntah, muntah sebanyak 2x/hari, muntah berwarna hijau, pasien mengatakan muntah pagi dan sore sebanyak 300 dan 200 ml.

Data Objektif : Pasien tampak keringat dingin ketika malam hari

Tujuan : nausea menurun pasien tampak sudah tidak muntah dan mual lagi

Kriteria Hasil :

- a. Pasien tampak mampu menghabiskan 1 porsi makanan
- b. Pasien tidak mengeluh mual dan muntah
- c. Pasien tidak tampak muntah

Rencana Tindakan :

- a. Identifikasi karakteristik muntah
- b. Identifikasi faktor penyebab muntah
- c. Periksa volume muntah
- d. Berikan dukungan fisik saat muntah
- e. Berikan analgetik : Tanggal 13 Maret 2023 injeksi intravena Ondansetron 2x40 mg pukul 07.00 dan 20.00 WIB, Tanggal 14 Maret 2023 injeksi intravena Ondansetron 1x40 mg pukul 10,00 WIB
- f. Berikan obat injeksi intravena Omeprazole 2 x 40 mg pukul 09.15 dan 21.00

Penatalaksanaan

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 07.00 WIB memberikan injeksi intravena Ondansetron 1x40 mg, pasien mengatakan masih sedikit mual, pasien mengatakan muntah berwarna hijau, pasien muntah setelah makan pagi, pasien masih mual muntah sebanyak 300 ml, pukul 09.15 WIB injeksi intravena Omeprazole 1x40 mg,

Pasien muntah masih 2x/hari pasien dianjurkan untuk duduk selama muntah pasien muntah 200 ml Ketika sore hari, pukul 21.00 WIB injeksi intravena Omeprazole 1x40 mg pasien mengatakan masih mual, pasien muntah menggunakan plastik. pukul 20.00 WIB memberikan injeksi intravena Ondansetron 1x40 mg, pasien muntah sebanyak 200 ml, pasien muntah masih 1x/hari, pasien mengatakan muntah berwarna hijau, pasien mengatakan muntah setelah makan malam.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 09.15 WIB injeksi intravena Omeprazole 1x40 mg, pasien mengatakan masih mual, pukul 10.00 WIB memberikan injeksi intravena Ondansetron 1x40 mg, pasien mengatakan masih muntah 1x, muntah berwarna hijau, muntah sebanyak 200 ml. ketika siang hari pukul 11.15 WIB pasien dianjurkan muntah menggunakan plastik, pasien dianjurkan duduk selama muntah, pukul 21.00 WIB injeksi intravena Omeprazole 1x40 mg pasien mengatakan masih mual

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 09.15 WIB injeksi intravena Omeprazole 1x40 mg, pasien mengatakan masih mual, Pukul 12.00 WIB pasien mengatakan sudah tidak muntah, pasien jauh lebih nyaman, pasien tampak lebih rileks, pukul 21.00 WIB injeksi intravena Omeprazole 1x40 mg pasien mengatakan masih mual, pasien mengatakan suka menyemil biscuit ketika terasa mual.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 15 Maret 2023 pukul 15.00

Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak muntah namun masih mual, pasien mengatakan suka menyemil biscuit ketika terasa mual

Objektif : Pasien tampak lebih rileks, pasien tampak lebih nyaman, pasien jauh lebih enakan

Analisa : Tujuan keperawatan teratasi sebagian

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan penyakit dalam untuk poin a,b,c,d,e,f

3. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Data Subjektif : Pasien cepat kenyang ketika makan, pasien perut kembung, nafsu makan menurun, pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan, pasien mengatakan makan 3-5 sendok meskipun mual.

Data objektif : Pasien mengalami penurunan berat badan sebelum sakit 65 kg sesudah sakit 55 kg, pasien tampak sulit menelan, $\text{Imt} : 55 / 1,69 \times 1,69 = 15,67$.

Tujuan : Status nutrisi : Imt pasien 15,67

Kriteria Hasil :

- a. Pasien tampak terlihat tidak lebih mudah kenyang
- b. Pasien tampak makan dengan lahap dengan 3x/hari
- c. Pasien tampak sudah menghabiskan satu porsi makanan

Rencana Tindakan :

- a. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- b. Identifikasi makanan yang disukai
- c. Monitor berat badan sebelum sakit 65 kg dan sesudah sakit 55 kg
- d. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai pasien
makan selagi hangat
- e. Berikan makanan tinggi serat pasien mendapatkan makanan yang
tinggi akan serat
- f. Berikan makanan tinggi kalori pasien mendapatkan kebutuhan kalori
2000/hari
- g. Ajarkan diet yang diprogramkan : pasien dianjurkan untuk diet rendah
lemak

Penatalaksanaan**Tanggal 13 Maret 2023**

Pukul 09.00 WIB mencatat makanan yang disukai pasien, pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan pukul 09.30 WIB mengkaji berat badan pasien, berat badan pasien sebelum sakit 65 kg sesudah 55 kg, menganjurkan pasien untuk mencuci tangan, pasien mengatakan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan pukul 12.30 WIB menganjurkan pasien untuk makan porsi kecil namun sering, pasien mengatakan

memakan cemilan biscuit, pasien mengatakan tidak bisa makan seafood karena alergi, pasien menyukai makan daging, pukul 18.00 WIB menganjurkan pasien makan selagi hangat, pasien sudah mengkonsumsi makanan selagi hangat pasien menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanan karnamasih mual. Berikan makanan tinggi kalori pasien mendapatkan kalori 2000 kalori/hari.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 09.30 WIB mencatat makanan yang disukai pasien, pasien mengatakan menyukai makanan daging dan alergi seafood, pasien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan pasien mengatakan makan sudah lumayan cukup enak namun masih mual, pukul 10.30 WIB mengkaji berat badan pasien 55 kg belum mengalami kenaikan, pasien mau makan snack, pasien mengatakan sudah nyemil biskuit, menganjurkan pasien untuk makan porsi kecil namun sering, sudah dilakukan pasien, pukul 12.00 WIB mengobservasi konjungtiva pasien, konjungtiva ananemis, menganjurkan pasien untuk mencuci tangan sebelum makan, sudah dilakukan pasien.

Pukul 19.00 WIB menganjurkan untuk menghabiskan makanannya namun pasien hanya makan $\frac{1}{2}$ porsi karna masih sedikit mual, menganjurkan pasien untuk makan selagi hangat. Pasien sudah mengkonsumsi makanan hangat.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 09.00 WIB menganjurkan pasien untuk menghabiskan makanan dan pasien sudah mau menghabiskan 1 porsi makanan meskipun sedikit – dikit, Pukul 13.00 WIB mengkaji berat badan pasien naik 0,3 kg, berat badan pasien sekarang 55,3 kg, menganjurkan pasien untuk selalu cuci tangan ketika mau makan.

Pasien sudah menerapkan cuci tangan sebelum dan sesudah makan, mengobservasi mukosa bibir pasien, mukosa bibir pasien tampak lembab, pukul 18.00 WIB menganjurkan pasien makan selagi hangat, sudah dilakukan dan pasien selalu makan makanan ketika baru datang pasien sudah mau menghabiskan makanan 1 porsi, namun pasien makan sedikit – sedikit tapi sering.

Evaluasi

Tanggal 15 Maret 2023 pukul 15.00

Subjektif : pasien mengatakan sudah menghabiskan makanan 1 porsi meskipun sedikit – dikit

Objektif : mukosa bibir lembab, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan, berat badan pasien naik 0,3 kg, berat badan pasien sekarang 55,3 kg,

Analisa : Tujuan keperawatan teratasi sebagian

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan penyakit dalam untuk poin a,b,c,d,e,f,g

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Data Subjektif : Pasien menyepelekan penyakit yang dialami, pasien menganggap hanya penyakit asam lambung biasa, pasien hanya minum obat warung (promag).

Data Objektif : Pasien tampak apatis dengan penyakit yang diderita, pasien tidak memahami penyakit yang diderita.

Tujuan : Tingkat pengetahuan pasien tampak jauh lebih memahami tentang edukasi kesehatan mengenai diet rendah lemak

Kriteria Hasil :

- a. Pasien tampak mau membaca leaflet yang diberikan perawat mengenai kolelitiasis dan diet rendah lemak
- b. Pasien tampak bisa menjawab pertanyaan perawat mengenai kolelitiasis dan diet rendah lemak
- c. Pasien tampak menanyakan masalah penyakit kepada perawat
- d. Pasien tampak mengerti penyakit yang diderita dan tidak salah pemahaman mengenai kolelitiasis

Rencana Tindakan :

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi faktor - faktor yang dapat meningkatkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
- c. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan pasien dijelaskan tentang apadiet rendah lemak, pola nutrisi diet rendah lemak serta pasien mendapatkan leaflet tentang diet rendah lemak

- d. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kemampuan pasien mendapatkan jadwal untuk pendidikan kesehatan mengenai diet rendah lemak pada tanggal 13 Maret 2023 dan diberikan edukasi ulang pada tanggal 14 Maret 2023 pasien jauh lebih mengerti
- e. Berikan kesempatan untuk bertanya pasien menanyakan tentang apa penyakit kolelitiasis dan pola nutrisi kolelitiasis
- f. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- g. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- h. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Penatalaksanaan

Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 11.00 WIB pasien mau diberikan edukasi tentang pola nutrisi pada penyakit kolelitiasis, pasien akan mendapatkan edukasi pendidikan kesehatan mengenai penyakit yang diderita, pasien membutuhkan motivasi dalam keluarga untuk menerapkan pola hidup yang sehat, pasien mengatakan keluarga tampak memberikan semangat atas kesembuhan pasien, pasien diberikan oleh perawat leaflet dan lembar balik tentang pola nutrisi, pasienpun tampak membaca isi leaflet dan lembar balik.

Pukul 11.30 WIB pasien diberikan pendidikan kesehatan oleh perawat tentang pola nutrisi dan pasien belum memahami tentang pola nutrisi, dan pasien masih tampak ngeyel, pasien banyak bertanya kepada perawat tentang makanan yang harus dihindari bagi penyakitnya, pukul

16.00 WIB perawat menganjurkan pasien untuk diet rendah lemak dan pasien tampak masih bingung tentang diet rendah lemak.

Tanggal 14 Maret 2023

Pukul 11.00 WIB pasien dianjurkan untuk menerapkan pola hidup bersih dan sehat, pasien mau diberikan edukasi ulang tentang pola nutrisi pada penyakit kolelitiasis pasien tampak memahami dan masih sedikit ngeyel, pukul 11.30 WIB pasien diberikan pendidikan kesehatan tentang pola nutrisi pada pasien kolelitiasi dan pasien mengerti, pasien juga mengajukan beberapa pertanyaan tentang pola nutrisi, pukul 16.00 WIB pasien diberikan edukasi tentang diet rendah garam dan pasien sedikit lebih mengerti, pasienpun sudah bisa menjawab beberapa pertanyaan perawat tentang diet rendah lemak.

Tanggal 15 Maret 2023

Pukul 11.00 WIB pasien sudah memahami dan mengerti tentang pola nutrisi pada pasien kolelitiasis, pasien sudah mengetahui apa itu diet rendah lemak, pasien mau menerapkan pola hidup bersih dan sehat ketika dirumah nanti, pukul 11.30 WIB pasien mau menerapkan diet rendah lemak ketika sudah dirumah, pasien juga sudah mengerti tentang diet rendah lemak, pasien mau menerapkan pola hidup yang sehat, pukul 16.00 WIB pasien mau merubah pola hidup yang sehat pasien juga sudah tidak ingin merokok dan tidak mau minum kopi, ketika perawat menanyakan diet rendah garam dan pasien biasa menjawab pertanyaan perawat.

Evaluasi Keperawatan

Tanggal 15 Maret 2023 pukul 15.00

Subjektif : Pasien mengatakan akan menerapkan pola hidup sehat, pasien mengatakan sudah mengerti tentang pola nutrisi

Objektif : pasien tampak mengerti tentang pola nutrisi dan diet rendah garam, pasien tampak memiliki keinginan untuk merubah pola hidup yang sehat, pasien sudah bisa menjawab pertanyaan perawat tentang pola nutrisi dan diet rendah lemak.

Analisa : Tujuan keperawatan teratasi

Perencanaan : Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan penyakit dalam untuk poin a,b,c,d,e,f,g,h

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teoritis dan tinjauankasus, faktor pendukung dan faktor penghambat serta alternatif pemecahan masalah yang penulis temukan pada klien Tn. D dengan kolelitiasis diruang penyakit dalam 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja, memulai proses keperawatan meliputi pengkajian, dignosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Pengkajian keperawatan

Pada pengkajian data yang didapatkan diperoleh dari data primer dan data sekunder. Data primer meliputi obervasi, pengkajian fisik, dan wawancara pada pasien dan keluarga, sedangkan data sekunder diperoleh melalui catatan rekam medis dan tim kesehatan.

Menurut Meylinda (2020) dalam jurnal keperawatan mengatakan bahwa ada beberapa hal yang dapat menyebabkan pasien bisa terkena batu empedu diantaranya, kelebihan bilirubin . Hal tersebut dapat dilihat dengan keadaan kondisi pasien yang ada pada kasus menyatakan bahwa pasien dari hasil usg pasien terdapat gb batu berukuran 1,46 cm penyebab penumpukan bilirubin yang menyebabkan batu empedu.

Menurut Rafilia et al., (2022) ada dua penyebab yang membuat seseorang dapat lebih mudah terkena Kolelitiasis diantaranya penyebab yang terjadi karena kadar kolesterol yang menumpuk dan melebihi kapasitas maka kolesterol akan menggumpal dan menjadi kristal dan penyebab karena kelebihan kalsium dan

bilirubin dikarenakan batu yang mengendap pada kandung empedu. Saat dikaji lebih lanjut hal tersebut didapatkan pasien mengatakan ia berusia 29 tahun pasien dinyatakan kelebihan bilirubin dikarenakan pada hasil usg pasien terdapat batu berukuran 1,46 cm.

Tanda dan gejala pada pasien batu empedu menurut Makmun, (2020) yaitu rasa nyeri dan kolik biler nyeri yang menjalar ke punggung bahkan bisa kesuluruh tubuh pada ada saat pasien istirahat maupun berkegiatan, nyeri yang timbul terasa seperti melilit, nyeri tidak kolik tetapi konstan, nyeri yang hebat biasanya disertai dengan mual dan muntah, rasa gelisah dan tidak dapat menemukan posisi yang nyaman, setelahnya tanda ikterus pada pasien batu empedu biasanya ada perubahan warna kulit dan selaput lendir menjadi kuning.

Pasien juga akan mengalami gatal-gatal pada kulit, perubahan warna urin dan feses, defisiensi vitamin dan regurgitasi gas lalu tanda dan gejala yang ada pada kasus ditemukan pasien mengalami rasa nyeri lambung yang menjalar hingga ke punggung, nyeriseperti ditusuk-tusuk, nyeri secara terus – menerus, skala nyeri 6/10 numeric scale, pasien juga mengatakan mual dan muntah, dan merasa gelisah.

Saat dikaji pasien tampak meringis, menahan nyeri dan kesulitan tidur. Pada pasien ditemukan dilihat dari data pengkajian yang didapatkan sama seperti teori berhubungan, tetapi ada beberapa kesenjangan seperti tidak dibuktinya pada kasus perubahan warna kulit, urin, dan feses, selaput lendir menjadi kuning, serta mengalami gatal-gatal pada kulit,

Menurut Doenges, (2019) yang dikutip oleh Nabu, (2019) pada jurnal kesehatan, dibagian dada akan merasa sesak napas, bunyi napas tambahan, restraksi dinding dada, kedalaman napas dan peningkatan frekuensi napas namun pada

bagian dada pasien yang ada pada kasus tidak ditemukan adanya sesak napas, bunyi napas tambahan, retraksi dinding dada, kedalaman napas dan peningkatan frekuensi napas

Menurut Nabu, (2019) pada teori disebutkan pemeriksaan kolesistografi oral pemeriksaan ini dilakukan ketika pasien tidak mengalami kondisi mual dan muntah, ileus, kadar bilirubin yang tinggi, dan hepatitis namun pada pasien yang ada pada kasus tidak dilakukan pemeriksaan ini karna kondisi pasien yang mengalami mual dan muntah. Pada pasien yang ada dikasus pasien mengalami mual dan muntah sebanyak 200 – 300 ml, dan muntah berwarna hijau.

Menurut Kaunang et al., (2019) pada pemeriksaan sonogram yang dilakukan ketika dinding kandung empedu menebal. Hal tersebut dibuktikan oleh kasus yang menyatakan bahwa pasien terdapat batu berukuran 1.46 cm pada empedu yang membuat dinding kandung empedu membesar

Selama melakukan pengkajian penulis tidak mengalami kesulitan dikarenakan data-data yang diperlukan oleh pasien lengkap sehingga penulis tidak menemukan kesulitan dalam menegakkan diagnosa keperawatan. Faktor penghambat yang ditemui penulis adalah pasien terlihat ngeyel ketika diberitahu oleh perawat sehingga ada kesenjangan data antara pasien dan keluarga dikarenakan saat pengkajian tidak dilakukan bersama-sama

B. Diagnosa keperawatan

Pada tahap ini adalah tindak lanjut setelah penulis mengumpulkan data melalui proses pengkajian, setelahnya ada perumusan diagnosa keperawatan sesuai dengan tanda dan gejala yang ada. Menurut Doenges, (2019) dan PPNI (2017) ada beberapa diagnosa yang mungkin muncul pada pasien batu empedu yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ; hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif ; defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ; hipertemi berhubungan dengan dehidrasi ; dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Setelah dilakukan pengkajian dan analisa data hanya ditemukan empat diagnosa yang muncul pada pasien nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ; nausea berhubungan dengan distensi lambung ; defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ; defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Penulis menemukan kesenjangan antara diagnosa teori dan diagnosa kasus dimana ada beberapa diagnosa yang ada pada teori namun tidak ada pada kasus seperti hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan dan hipertemi berhubungan dengan dehidrasi selain itu ada diagnosa yang ada pada kasus namun tidak ada pada diagnosa teori nausea berhubungan dengan distensilambung

Diagnosa keperawatan yang pertama adalah hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan. Diagnosa ini tidak penulis angkat dikarenakan pasien tidak mengalami kondisi diare dan tidak ada perubahan warna urin dan feses

Diagnosa keperawatan kedua adalah hipertemi berhubungan dengan dehidrasi. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pasien tidak mengalami demam dilihat dari suhu tubuh pasien yang normal S: 36° c dan pasien mengatakan tidak ada demam ketika sebelum dibawa ke rumah sakit

Sedangkan diagnosa yang tidak ada pada diagnosa teori namun ada pada diagnosa kasus yaitu nausea berhubungan dengan distensi lambung dibuktikan dengan pasien mengalami mual dan muntah sebanyak 200 – 300 ml, pasien muntah sebanyak 2x, dan muntah berwarna hijau

Adapun faktor pendukung dan faktor penghambat yang penulis rasakan dalam penentuan diagnosa keperawatan. Faktor pendukungnya adalah tersedianya *literature* yang cukup memadai mengenai penyakit batu empedu sehingga memudahkan penulis dalam merumuskan diagnosa keperawatan

Faktor penghambat yang ditemui penulis adalah adanya kondisi pasien yang tidak semua pasien rasakan pada kasus, pasien mengalami nyeri di bagian lambung kanan dan kiri menjalar ke pinggang, mual dan muntah namun pasien tidak mengalami perubahan warna kulit sehingga membuat penulis kesulitan dalam perumusan diagnosa keperawatan

C. Perencanaan keperawatan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah dalam teori dengan pasien yang sudah disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam. Untuk kriteria hasil disusun secara spesifik, mampu diukur, dapat tercapai rasionalnya dan memiliki batas waktu yang telah diharapkan tercapai. Menurut PPNI, (2019) dan Doenges, (2019) dalam perencanaan pada pasien batu empedu dengan diagnosa keperawatan nyeri akut dibuktikan dengan pasien meringis

Nyeri dari lambung kanan dan kiri yang menjalar ke punggung, skala nyeri 6/10 hampir semua rencana tindakan keperawatan pada teori sesuai dengan yang ada pada pasien namun ada satu rencana keperawatan yang tidak sesuai dengan pasien yaitu dengan ajarkan teknik distraksi dimana penulis membatasi tindakan ini karena pasien sudah mendapatkan teknik rileksasi napas dalam.

Pada perencanaan diagnosa nausea berhubungan dengan distensi lambung sesuai dengan yang dikemukakan oleh PPNI, (2019) dan Doenges, (2019) namun juga dimodifikasi dimana penulis menganjurkan untuk membawa kantong plastik untuk muntah agar pasien tidak bolak-balik ke kamar mandi asuhan keperawatan dilakukan selama 3x34 jam. Namun pada diagnose defisit nutrisi tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus. Mulai dari observasi sampai kolaborasi yang ada diteori maupun kasus ditulis oleh penulis diperencanaan keperawatan.

Pada perencanaan diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang dikemukakan oleh PPNI, (2019) dan Doenges, (2019) namun juga dimodifikasi dimana penulis memberikan edukasi tentang pengertian batu empedu, penyebab, tanda gejala, pola nutrisi, edukasi teknik rileksasi napas dalam. Edukasi ini diberikan agar keluarga dan pasien dapat mengetahui pengetahuan tentang dasar batu empedu sehingga tidak terjadi lagi perilaku penyimpangan dalam manajemen batu empedu agar pasien dapat menerapkan gaya hidup yang sehat dan dapat menggunakan teknik rileksasi sebagai tindakan yang dilakukan ketika nyeri

Dalam melakukan penyusunan tindakan keperawatan penulis menemukan hambatan yaitu kondisi pasien yang mau mengurangi makanan berlemak dan pasien mau merepakkan pola hidup sehat namun pasien masih mau sesekali-kali

mengonsumsi makanan berlemak. Sebagai solusi penulis berkonsultasi dengan pembimbing hingga akhirnya penulis memodifikasi perencanaan pada diagnosa defisit pengetahuan dan memutuskan untuk membuat perencanaan edukasi manajemen pola nutrisi batu empedu pada keluarga

D. Pelaksanaan keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun, semua tindakan keperawatan sudah dilakukan dan didokumentasikan dalam catatan keperawatan selama 3x24 jam. Dalam pelaksanaannya penulis mengalami beberapa kendala diantaranya pasien tetap mau mengonsumsi makanan berlemak namun pasien mau mengurangi. Tetapi sudah ditemukan alternatif dan solusi dengan melakukan edukasi berulang tentang diet rendah lemak dengan bantuan ruangan dan perawat ruangan

Faktor pendukung dalam melakukan tindakan keperawatan adalah pasien dan keluarga yang sangat kooperatif selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan dan mampu bekerja sama baik dengan penulis serta kepercayaan yang diberikan oleh kepala perawat ruangan kepada penulis dalam melakukan tindakan keperawatan yang direncanakan.

Hambatan yang dialami penulis dalam pelaksanaan tindakan keperawatan adalah pada diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi penulis mengalami hambatan dalam melaksanakan intervensi kondisi pasien yang mengeyel ketika diberikan edukasi tentang batu empedu dan teknik relaksasi napas dalam dan penulis harus melakukan edukasi berulang karena pasien yang mengeyel terhadap teknik relaksasi napas dalam disamping itu penulis juga mengalami hambatan dalam melakukan tindakan keperawatan pada diagnosa

defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dimana pasien mengatakan masih suka mengonsumsi makanan daging berlemak tinggi, solusi yang diberikan penulis menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan yang sehat dan mengurangi konsumsi makanan berlemak untuk kesembuhan penyakit pasien

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi yang dilakukan penulis, dilakukan sesuai dengan teori meliputi evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat setelah dilakukan tindakan yaitu respons pasien setelah dilakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil lebih mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun.

Dari empat diagnosa yang muncul pada pasien terdapat dua diagnosa keperawatan yang telah teratasi, yaitu nyeri akut dan defisit nutrisi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis hal ini dibuktikan dengan pasien tampak tidak meringis lagi, tidak menahan nyeri lagi, skala nyeri 2/10, pasien mengatakan sudah lebih nyaman, tekanan darah sebelum melakukan teknik rileksasi napas dalam 115/80 mmHg, sesudah melakukan teknik rileksasi napas dalam 120/75 mmHg, frekuensi napas : 18 x/menit, frekuensi nadi : 60 x/menit, Spo2 : 99% S: 36,4° c

Diagnosa kedua yang teratasi defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang batu empedu dan teknik rileksasi napas dalam, hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan kini mengerti dan memahami tentang penyakit batu empedu, pasien juga mengatakan ingin menerapkan pola hidup yang sehat berhenti merokok, tidak minum kopi, menghindari makanan berlemak dan

pasien juga sudah dapat melakukan tindakan teknik rileksasi napas dalam secara mandiri

Pada pasien terdapat 2 diagnosa yang teratasi sebagian, yang pertama adalah nausea berhubungan dengan distensi lambung hal ini dibuktikan dengan pasien masih mual ketika makan meskipun sudah tidak muntah, pasien tampak lebih rileks, pasien tampak lebih nyaman, pasien jauh lebih enak, pasien mengatakan suka menyemil biscuit ketika terasa mual

Pada diagnosa kedua defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, hal ini dapat dibuktikan dengan pasien mau menghabiskan 1 porsi makanan sehari makan 3x namun pasien belum ada kenaikan berat badan secara banyak hanya 0.3 kg dari berat badan sesudah sakit. Berat badan sebelum sakit 65 kg sesudah sakit 55,3 kg

Faktor pendukung penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan adalah tujuan dan kriteria hasil yang tersusun dengan jelas, pasien dan keluarga pasien yang kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan sehingga penulis bisa mendapatkan luaran yang jelas dari hasil evaluasi pasien. Sedangkan hambatan yang dialami penulis dalam evaluasi keperawatan adalah tidak adanya perbaruan data pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan kolesterol pasien dan lain-lain dikarenakan kondisi pasien yang telah membaik. Solusinya penulis melakukan konsultasi dengan kepala ruangan sehingga didapatkan keterangan bahwa pasien-pasien yang telah membaik dan tidak diperlukan tindakan lebih lanjut biasanya memang tidak dilakukan pemeriksaan penunjang lagi

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini penulis akan memberikan kesimpulan berdasarkan hasil pembahasan bab IV, setelah itu penulis melakukan Asuhan keperawatan pada pasien Tn. D dengan Kolelitiasis di Ruang Penyakit Dalam lantai 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut.

A. Kesimpulan

Penyebab kolelitiasis pada pasien kolesterol yang berlebih, kelebihankadar bilirubin, substansi mucus serta kebiasaan pasien merokok setiap hari, mengkonsumsi makanan berlemak, minum kopi setiap hari sehingga meningkatkan kadar kolesterol dalam tubuh. Pada pengkajian keperawatan, manifestasi klinik, pemeriksaan penunjang dan juga penatalaksanaan penulis menemukan beberapa kesenjangan yang ditemukan pada pasien dengan sumber *literature* yang diperoleh penulis.

Saat pengkajian pada pasien berjalan dengan baik dan lancar, hambatan yang dialami saat pengkajian dapat dicari solusi sehingga data dapat dibutuhkan bisa terpenuhi. Penulis menemukan empat diagnosa pada kasus dimana tiga diagnosa sudah sesuai dengan yang dikemukakan oleh Doenges, (2019) dan PPNI, (2017) yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dilihat dengan skala nyeri 6/10, defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

dilihat dengan penurunan berat badan sebelum sakit 65 kg sesudah sakit 55 kg, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Selain itu terdapat diagnosa yang dikemukakan oleh Doenges, (2019) dan PPNI, (2017) namun tidak muncul pada pasien adalah hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif dan hipertermi berhubungan dengan dehidrasi. Perencanaan keperawatan disusun menyesuaikan dengan teori, dan berdasarkan prioritas masalah. Beberapa intervensi dimodifikasi disesuaikan dengan kondisi pasien. Dalam menetapkan batas waktu penulis menyesuakannya berdasarkan jam dinas yaitu selama tiga hari.

Literature yang cukup membantu kelancaran dalam menyusun rencana keperawatan dapat ditemukan solusi sehingga penulis dapat memberikan rencana keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pada tahap pelaksanaan keperawatan tindakan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun dan pelaksanaannya juga berjalan dengan baik, namun ada beberapa yang mengalami hambatan, namun sudah didapatkan solusinya. Pada tahap evaluasi dua diagnosa keperawatan teratasi sebagian yaitu diagnosa defisit nutrisi dan nausea

Berdasarkan hasil pengkajian pasien mengalami kolelitiasis disebabkan karena pola hidup pasien yang tidak sehat dikarenakan pasien suka mengkonsumsi kopi dan rokok. Pada pengkajian penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kasus manifestasi klinik rasa nyeri dan kolik biler,ikterus, perubahan warna urin dan feses, defiensi vitamin, regurgitasi gas

Sedangkan pada pasien tanda dan gejala yang terjadi pasien tidak nafsu makan, nyeri lambung kanan dan kiri yang menjalar ke punggung, mual, muntah, perasaan cepat kenyang dan kesulitan tidur. Penulis menemukan 5 diagnosa yang muncul pada kasus maupun teori namun terdapat perbedaan diagnosa kasus dan teori, pada teori terdapat diagnosa hypovolemia dan hipertemi sedangkan pada kasus tidak ada.

Perencanaan disusun berdasarkan prioritas masalah dalam teorimaupun dalam kasus dan disesuaikan dengan waktu praktek 3x24 jam sedangkan kriteria hasil disusun secara spesifik dapat diukur dan dapat dicapai, rasional dan mempunyai batas waktu yang sesuai. Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis menjadi prioritas utama dan dalam diagnosa ini penulis melihat pasien meringis kesakitan, mengatakan nyeri dibagian lambung kanan dan kiri menjalar ke punggung.

Pelaksanaan keperawatan penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun, semua tindakan keperawatan sudah dilakukan dan didokumentasikan dalam catatan keperawatan dalam tahap ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus. Pada evaluasi terdapat 4 diagnosa yang teratasi yaitu diagnose nyeri akut, nausea, defisit pengetahuan, dan gangguan pola tidur, namun pada defisit nutrisi belum teratasi.

B. Saran

Sebagai usaha dalam melakukan peningkatan kualitas untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan kolelitiasis, maka penulis berkenan memberikan saran yang dapat berguna untuk semua pihak antara lain :

1. Bagi perawat ruangan

Bagi perawat ruangan agar lebih memberikan edukasi tentang penyakit pasien demi tidak adanya kesalah pahaman penyakit pasien, pendokumentasian asuhan keperawatan yang merupakan suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum. Pendokumentasian ini dilakukan karena menjadi sarana informasi antara petugas medis.

Diharapkan bagi seluruh petugas medis dalam melakukan pendokumentasian untuk setiap kegiatan direkam medis pasien dengan penulisan yang jelas, rapih dan dapat dibaca oleh petugas medis lainnya untuk menghindari kesalahan informasi sesama petugas medis karena pendokumentasian memudahkan antara petugas medis untuk mendapatkan informasi demi terjaminnya keselamatan pasien dan kelancaran guna pemberian asuhan keperawatan

2. Bagi penulis

Bagi penulis harus lebih memahami dan memperhatikan kondisi keadaan pasien dan melakukan bina hubungan kepada pasien dan keluarga agar pasien lebih kooperatif dan mengikuti arahan penulis. Serta penulis haarus lebih mengembangkan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan khususnya bidang keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kolelitiasis.

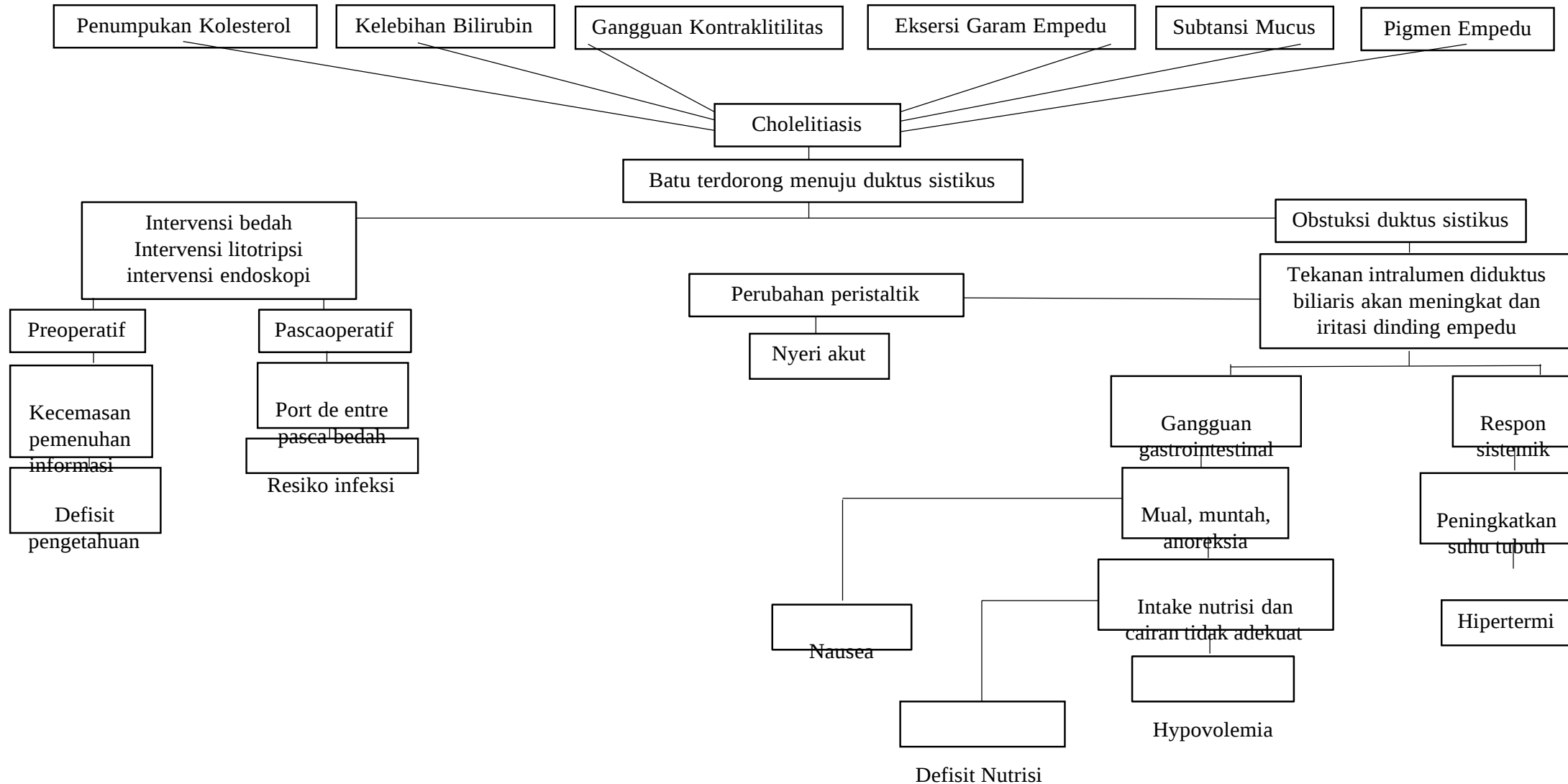
Hal ini dilakukan demi memperbanyak ilmu pengetahuan yang dilakukan dengan cara membaca buku, jurnal serta melakukan perkembangan informasi mengenai kolelitiasis disesuaikan dengan perkembangan zaman. Penulis juga dapat meningkatkan kemampuan berfikir kritis dalam melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, dengan cara memodifikasi rencana asuhan keperawatan dengan keadaan pasien dan teori *literature* yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus Dwianthara Sueta, M. (2018). *Faktor Risiko Terjadinya batu empedu di RSUP Makasar risk factors of gallstones at dr wahidin sudirohusodo general hospital Makasar*.
- Amran, M., Rahayu, A., & Mahlil. (2021). Profil Kolesterol Serum Penderita Batu Empedu yang ditemukan pada pemeriksaan usg di RSU Antapura tahun 2018 - 2020. *Jurnal Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan* .
- Angraeni. Fitri. (2022). Keperawatan Medikal Bedah I pada Pasien Batu Empedu. *Jurnal Keperawatan*, vol 345.
- Dewa, I., Sutanjaya, A., Nugraha, G., Dwianthara Sueta, A., Gde, I., & Widiana, R. (2020). Faktor-faktor yang berhubungan dengan batu empedu pada Diabetes Melitus Tipe 2 (DMT2) di RSUP Sanglah, Bali, Indonesia. *DiscoverSys | Intisari Sains Medis*, 11(3), 1409–1415. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i3.809>
- Doenges, M. E. M. (2019). *Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span 10 TH EDITION* (In F A Davis Company). (10 th ed) F. A Davis Company.
- Dwinda, B. (2021). Jurnal Keperawatan Medikal Bedah pada pasien Cholelithiasis. *Jurnal Keperawatan*, vol 112.
- Kaunang, M., Panelewen, J., Mambu, T., Ratulangi Manado, S., Bedah Digestif Bagian Ilmu Bedah Universitas Sam Ratulangi, D., & D Kandou Manado, R. R. (2019). *Kadar Bilirubin, Alkaline Fosfatase, dan Gamma Glutamil Transpeptidase Serum sebagai Prediktor Batu Duktus Koledokus pada Pasien Batu Empedu Simtomatik*.
- Makmun, D. (2020). *Sistem Gastrointestinal Hepatobilier dan Pankreas* (R. Ranga, Ed.; Vol. 388). Elsevier.
- Mark W, J., Connor, W., & Sasan, G. (2023). *Gallstones (Cholelithiasis)*. StatPearls Publishing.
- Meylinda Eva. (2020). *Asuhan Keperawatan pada pasien Pre dan Post operasi dengan Kolelitiasis*.
- Nabu. (2019). Asuhan keperawatan pasien kolelitiasis dengan sistem pencernaan. *Jurnal Kesehatan* , vol 3.
- Novia. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah I pada pasien cholelithiasis sistem pencernaan*.

- PIONAS. (2022). *Pusat Informasi Obat Nasional*. AIDO HEALTH .
<https://aido.id/health-articles/ondansetron/detail>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Ed.).
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, Ed.).
- Rafilia Adhata, A., Mustofa, S., & Umiana Soleha, T. (2022). Tri Umiana Soleha |
 Diagnosis dan. In *Tatalaksana Kolelitiasis Medula* | (Vol. 12).
- Tanaja, J., Lopez, R. A., & Meer, J. M. (2022). *Buku Keperawatan Medikal Bedah II
 pada pasien Choleithiasis dengan sistem pencernaan*. Star Peral.
- Yani, M. (2019). Mengendalikan kadar kolesterol pada pasien batu empedu. 2019, vol
 11.

PATHWAY



ANALISA OBAT

1. Lonide

Komposisi: Otilonium bromide 40 mg

Indikasi: Gangguan saluran cerna yang berhubungan dengan spasme otot polos

Kontra indikasi: Masa kehamilan, menyusui, riwayat hepatitis, riwayat glaucoma

Efek samping: Gangguan penglihatan dan rasa kantuk

2. Ursodeoxycholic acid

Komposisi: ursodeoxycholic acid

Indikasi: gangguan saluran cerna yang berhubungan dengan spasmeotot polos

Kontra indikasi: hipersensitifitas pada kandungan obat, gangguan fungsi hati dan ginjal

Efek samping: sakit kepala, pusing, mual muntah, diare, gatal-gatal

3. Omeprazole

Komposisi: Omeprazole 20 mg

Indikasi: Tukak lambung, dan asam lambung

Kontra indikasi: Riwayat alergi, Riwayat penyakit jantung, hati dan pengeroposan tulang

Efek samping: Sakit kepala, sembelit, mual dan muntah

4. Ondansentron

Komposisi: Reseptor serotonin

Indikasi: Mual dan muntah

Kontra indikasi: Riwayat alergi, gangguan irama jantung

Efek samping: Nyeri kepala, sembelit, demam dan rasa kantuk

5. Ketorolac

Komposisi: Ketorolac tromethamine

Indikasi: Meredakan peradangan dan nyeri

Kontra indikasi: Gangguan ginjal dan hati, ulkus peptikum, dan risikoperdarahan yang tinggi

Efek samping: Sakit kepala, pusing, mengantuk dan berkeringa

6. Cairan asering

Komposisi: Calcium chloride, potassium chloride, sodium chloride, sodium acetate, anhy dextrose

Indikasi: Pengganti cairan selama dehidrasi (kehilangan cairan)

Kontra indikasi: Gagal jantung, kerusakan ginjal, sirosis hati dan edema paru

Efek samping: Anuria, hiperglikemia, iritasi lokal, hipokalemia, dan edema

Sumber : (PIONAS, 2022).

SATUAN ACARA
PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan : Batu Empedu

Sub Pokok Bahasan : Manajemen nutrisi pada penderita batu empedu

Sasaran : Pasien

Hari/Tanggal : Selasa, 14 Maret 2023

Tempat : Di Ruang Penyakit Dalam

Waktu : 35 menit

Penyuluh : Mahasiswa Tingkat III STIKes RS Husada

1. Tujuan Instruksional Umum (TIU) kognitif, afektif, psikomotor

Setelah mendapat penyuluhan 1 x 35 menit diharapkan pasien dapat menjelaskan tentang bagaimana diet rendah lemak pada penderita batu empedu, serta pasien dapat mengungkapkan kemauan untuk melakukan diet rendah lemak, dengan demikian pasien dapat memilih makanan dengan kandungan nutrisi yang tepat untuk penderita batu empedu.

2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan, pasien diharapkan dapat :

- a. Menyebutkan pengertian batu empedu kronik dengan benar

- b. Menyebutkan apa yang dimaksud dengan diet rendah lemak pada penderita batuempedu dengan benar
- c. Menyebutkan 2 tujuan diet rendah lemak pada penderita batu empedu dengan benar
- d. Menyebutkan 5 makanan yang tidak boleh dikonsumsi pada penderita batu empedu dengan benar
- e. Menyebutkan 5 makanan yang boleh dikonsumsi pada penderita batu empedudengan benar
- f. Menunjukkan sikap positif/ Mengungkapkan keinginan untuk melakukan diet rendah lemak dirumah dengan baik

3. Materi Penyuluhan

- a. Pengertian gagal ginjal
- b. Pengertian diet rendah lemak
- c. Tujuan diet rendah lemak pada penderita batu empedu
- d. Kandungan nutrisi yang diperlukan pasien batu empedu
- e. Diet rendah lemak untuk pasien batu empedu
- f. Motivasi/ Rasional alasan harus melaksanakan diet rendah lemak pada pasien batu empedu

4. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab/Diskusi

5. Media Penyuluhan

a. Leaflet

a. Lembar balik

6. Rencana Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Uraian Kegiatan	
		Penyuluh	Audience
1	Pembukaan (5 Menit)	a. Mengucapkan salam b. Menyampaikan tujuan penyuluhan c. Melakukan apresiasi	a. Menjawab salam b. Menyetujui tujuan penyuluhan c. Mengikuti apresiasi
	Penyampaian Materi	a. Menanyakan pengetahuan sebelumnya mengenai apa batu empedu dan manajemen nutrisinya b. Memberikan penyuluhan dan berdiskusi bersama pasien tentang : diet rendah lemak c. Menyebutkan pengertian batu empedu dan diet rendah lemak	a. Menjelaskan pengetahuan sebelumnya mengenai materi b. Menyimak materi dan berdiskusi c. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi d. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi

		d. Menyebutkan tujuan diet rendah lemak pada pasien batu empedu e. Menyebutkan nutrisi dan contoh makanan yang tepat untuk pasien batu empedu f. Menyebutkan contoh makanan yang tidak boleh dikonsumsi oleh penderita batu empedu g. Menyebutkan diet rendah lemak untuk pasien batu empedu h. Memberikan kesempatan pada peserta untuk bertanya tentang hal yang belum dipahaminya. i. Menjawab pertanyaan pasien	e. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi f. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi g. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi h. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi i. Menanyakan pertanyaan kepada perawat tentang manajemen nutrisi pasien batu empedu
--	--	---	---

3	Penutup	a. Melakukan evaluasi b. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi c. Mengucapkan salam	a. Menjawab pertanyaan b. Menyimak kesimpulan c. Menjawab salam
---	---------	--	---

7. Evaluasi

A. Evaluasi Struktural (sebelum)

- a. SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
- b. Pemberi materi telah menguasai seluruh materi yang akan diberikan
- c. Tempat dipersiapkan H-1 sebelum pelaksanaan penyuluhan
- d. Mahasiswa, dan masyarakat berada di tempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati

B. Evaluasi Proses (saat)

- a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
- b. Pasien aktif dalam diskusi dan tanya jawab
- c. Pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir

C. Evaluasi Hasil (materi)

- a. Pasien dapat menyebutkan pengertian gagal ginjal dan manajemen nutrisi dengan benar, 2 tujuan manajemen nutrisi, 2 contoh makanan yang diperlukan pasien dari kandungan karbohidrat,protein, vitamin, lemak, dan berapa takaran garam yang tepat untuk penderita gagal ginjal dengan benar (kognitif)
- b. Pasien menunjukkan antusias/ keinginan untuk mengetahui dan mengimplementasikan manajemen nutrisi yang diperlukan untuk pasien dengan baik (afektif)
- c. pasien dapat memilih 4 makanan yang tepat untuk lansia dengan tepat (psikomotor)

8. Pertanyaan evaluasi

- a. Sebutkan pengertian batu empedu dan diet rendah lemak !
- b. Sebutkan tujuan diet rendah lemak pada penderita batu empedu!
- c. Sebutkan 3 makanan yang boleh dikonsumsi untuk penderita batu empedu!
- d. Sebutkan makanan yang harus dihindari oleh penderita batu empedu!

LAMPIRAN MATERI

DIET RENDAH LEMAK PADA PASIEN BATU EMPEDU

1. Definisi batu empedu

Kolelitiasis atau yang dikenal sebagai kolelitiasis merupakan batu yang mengendap didalam kandung empedu pada kedua saluran empedu (Amran et al., 2021) namun kolelitiasis juga merupakan penumpukan kristal kolesterol terjadi ketika empedu dan kandung empedu menjadi jenuh akibat kelebihan kolesterol maka terjadi dimana proses kristal kolesterol memadat dan mengendap pada kandung empedu. Namun berbeda halnya. Batu yang mengendap pada kandung empedu bisa berpindah ke saluran empedu tergantung ukuran batu yang mengendap pada kandung empedu. Menurut Dewa (2020) Jika batu yang ada pada kandung empedu padat maka batu akan tetap berada pada kandung empedu jika kolelitiasis kecil maka batu akan bisa berpindah – pindah. Kolelitiasis merupakan kondisi timbulnya penimbunan kristal padat

2. Definisi diet rendah lemak

Diet rendah lemak adalah pola makan yang membatasi jumlah asupan lemak, apa pun jenisnya. saat menjalani diet ini, sumber kalori yang berasal dari lemak hanya sebatas 30 persen. Umumnya diet ini bertujuan untuk menurunkan berat badan atau mengurangi kadar kolesterol tubuh demi kesehatan jantung (Yani, 2019)

2.1 Tujuan diet rendah lemak pada pasien batu empedu

- a. Untuk membatasi makanan yang menyebabkan kembung dan nyeri abdomen
- b. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada pasien batu empedu sesuai dengan nutrisi dan gizi yang seharusnya
- c. Untuk mengoptimalkan status gizi pada penderita batu empedu

2.2 Makanan yang dianjurkan untuk pasien batu empedu

Bahan makanan yang dianjurkan atau dibatasi bagi penderita penyakit batu empedu (Yani, 2019)

a. Sayuran dan buah-buahan

Sayuran dan buah-buahan menjadi salah satu makanan untuk penderita batu empedu yang sangat dianjurkan. Pasalnya, penderita batu empedu disarankan untuk memperbanyak asupan serat yang bisa diperoleh dari sayuran dan buah-buahan. Selain kaya akan serat, kedua jenis makanan ini juga banyak mengandung antioksidan, magnesium, dan vitamin C yang diduga dapat mencegah pembentukan batu empedu.

b. Biji-bijian utuh

Biji-bijian utuh juga merupakan kelompok makanan untuk penderita batu empedu yang sebaiknya dikonsumsi. Jenis makanan yang termasuk biji-bijian utuh meliputi gandum, selai, *oat*, nasi cokelat, dan sereal.

c. Minyak ikan dan minyak zaitun

Minyak ikan yang kaya omega 3 dapat mengurangi risiko timbulnya batu empedu. Selain itu, Anda juga bisa menggunakan minyak zaitun sebagai pengganti minyak sayur karena minyak ini diyakini baik untuk penderita batu empedu.

d. Daging rendah lemak

Daging merah yang tinggi lemak umumnya bukan merupakan makanan yang baik bagi penderita batu empedu. Oleh karena itu, gantilah daging merah dengan daging dada ayam tanpa kulit atau ikan. Kedua jenis makanan ini mengandung lemak yang lebih sedikit, sehingga disarankan sebagai makanan untuk penderita batu empedu.

e. Makanan lainnya

Makanan lain yang juga baik untuk meringankan dan mencegah batu empedu adalah tahu, tempe, kacang-kacangan, serta susu dan produk olahannya yang rendah lemak. Meski makanan-makanan tersebut aman untuk dikonsumsi, Anda tidak disarankan untuk menyantapnya dalam porsi besar sekaligus. Hal itu dapat menimbulkan rasa kembung yang justru memperparah gejala batu empedu. Anda disarankan untuk mengonsumsi makanan dalam porsi kecil, tetapi lebih sering.

Bahan makanan yang tidak dianjurkan :

a. Daging olahan dan daging merah yang tinggi lemak

Daging olahan, seperti sosis, ham, burger, dan kulit ayam, banyak mengandung lemak jenuh, apalagi bila dimasak dengan cara digoreng. Makanan ini dapat meningkatkan risiko terbentuknya batu empedu dan memperburuk gejala batu empedu yang sudah ada

b. Gorengan

Makanan yang diolah dengan cara digoreng, seperti kentang goreng, keripik kentang, dan ayam goreng, serta masakan bersantan tidak disarankan untuk dikonsumsi oleh penderita batu empedu. Hal ini karena jenis makanan tersebut banyak mengandung lemak dan minyak, sehingga dapat memperparah gejala batu empedu.

c. Gula olahan

Gula olahan banyak terkandung dalam kue, donat, coklat, dan soft drink. Penelitian menunjukkan bahwa jenis makanan dan minuman tersebut justru dapat meningkatkan risiko terbentuknya batu empedu atau menyebabkan batu empedu.

2.3 Contoh makanan sehari-hari pada pasien batu empedu

Pagi : Roti tawar, telur ceplok tanpa garam, teh manis

Siang : Bubur/nasi tim, sate ayam tanpa lemak, tempe bacem, sayur sop, kiwi

Malam : Bubur/nasi tim, ikan goreng, sayur bayam, papaya



PENGERTIAN

kolelitiasis merupakan penumpukan kristal kolesterol terjadi ketika empedu dan kandung empedu menjadi jenuh akibat kelebihan kolesterol maka terjadi dimana proses kristal kolesterol mempadat dan mengendap pada kandung empedu.



● GEJALA BATU EMPEDU

- nyeri mendadak yang menjalar ke punggung
- demam
- kelelahan
- mual dan muntah
- perubahan warna urin dan feses



KOMPLIKASI

- pankreatitis akut
- Kolangitis jika batu menghalangi aliran normal dari empedu, cairan yang dibuat hati untuk membantu mencerna lemak maka cairan akan menumpuk dan akan menyebabkan infeksi saluran empedu
- Empyema kandung empedu situasi yang terjadi dalam lumen kandung empedu berisi nanah
- Fistel kolesistointrik pendarahan yang terjadi pada sistem gastrointestinal yang parah
- Kolangitis



CHOLECYSTITIS

CHOLANGITIS

NORMAL

PANCREATITIS

DIET RENDAH LEMAK

LOW FAT

Diet rendah lemak adalah pola makan yang membatasi jumlah asupan lemak, apa pun jenisnya. saat menjalani diet ini, sumber kalori yang berasal dari lemak hanya sebatas 30 persen.

- a. Untuk membatasi makanan yang menyebabkan kembung dan nyeri abdomen
- b. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada pasien batu empedu sesuai dengan nutrisi dan gizi yang seharusnya
- c. Untuk mengoptimalkan status gizi pada penderita batu empedu








Batu Empedu



Gejala Batu Empedu

- Rasa menyakit di bagian atas kanan perut, yang biasanya terjadi terutama pada malam hari
- Rasa penuh di bagian tengah atau pada bagian bawah kanan
- Nyeri di bagian kanan perut
- Mual dan muntah

Pengobatan Batu Empedu

1. Cholecystectomy:
Pengangkatan kantong empedu. Ini adalah perawatan standar emas untuk batu empedu.



Komplikasi penyakit Batu Empedu

1. Peradangan kantong empedu (kolesistitis) atau di kantong empedu di bagian kanan
2. Peradangan empedu bagian kanan
3. Peradangan empedu bagian kanan
4. Peradangan empedu bagian kanan
5. Peradangan empedu bagian kanan
6. Peradangan empedu bagian kanan

Pencegahan Batu Empedu

1. Hindari diet berlemak
2. Hindari diet kecekakan atau asupan kalori yang sangat rendah (penurunan berat badan cepat)
3. Pertahankan berat badan yang sehat
4. Jangan melewatkan makanan

Kantong yang mengeras di dalam saluran di kantong empedu, yaitu organ kecil di bawah hati. Batu empedu adalah timbunan cairan pencernaan yang mengeras.

Diet Rendah Lemak

Diet rendah lemak adalah pola makan yang membatasi jumlah asupan lemak, apa pun jenisnya. Saat menjalani diet ini, sumber kalori yang berasal dari lemak hanya sebatas 30 persen. Umumnya, diet ini bertujuan untuk menurunkan berat badan atau mengurangi kadar kolesterol tubuh demi kesehatan jantung.

Makanan yang Tidak Dianjurkan

- a. Daging olahan dan daging merah tinggi lemak
- b. Sosis, hamburger dan kulit ayam
- c. Gorengan
- d. Kentang goreng, keripik kentang dan ayam goreng
- e. Gula olahan
- f. Kue, donat, coklat dan soft drink



Makanan yang dikonsumsi

1. Sayuran dan buah-buahan: apel, blackberry, pir, brokoli, wortel yang dimasak
2. Biji-bijian utuh: gandum, selai, oat, nasi cokelat, dan sereal
3. Minyak ikan dan minyak zaitun
4. Daging rendah lemak: Daging dada ayam tanpa kulit ataupun ikan
5. Makanan lainnya: tahu, tempe, kacang-kacangan serta susu dan produk olahannya yang rendah lemak



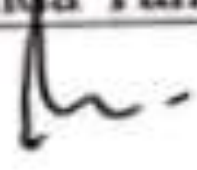
Manajemen Nutrisi



Pengaturan pola makan yang diterapkan pasien Batu Empedu untuk mengatur asupan lemak. Hal ini dilakukan untuk memperbaiki ke-stabilan selanjutnya. Mengkonsumsi makanan dengan lemak yang rendah pada pasien Batu Empedu dapat berpengaruh pada kerja jantung. Dimana jantung akan menerima darah lebih risiko sehingga dapat diulurkan kemudian tubuh sehingga tidak mengalami peningkatan tekanan darah dan kelebihan natrium.

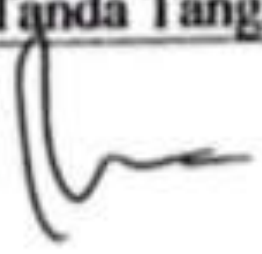
LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep
 Nama Mahasiswa : Alsefia Fadiyani
 Judul : Asuhan keperawatan pada pasien Batu Empedu.

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	Kamis / 9 Maret 2023	Pengarahan tentang pengambilan kasus belolahan dan teknik ujian praktik.	
2.	Senin / 20 Maret 2023	Konsultasi Bab I - latar belakang - pengertian penyakit - Dampak penyakit - Data penyakit (deduktif) dari luar negeri sampai ke Jakarta - peran perawat - cover judul harus piramida - margin diperhatikan	
3.	Senin 10/4/2023	BAB I → Peris → Peris → Desi manula:	
4.	16/4/2023	Penulisan gelar bu any - Isi latar belakang - Pengertian - Travelensi - dampak & kenawatan - Peran perawat harus diuraikan - Setelah nama tidak boleh mem alai title. - tanggal lembar persetujuan disesuaikan - Daftar isi tidak masih ada error - awal paragraf tidak boleh namun, sedangkan. Bab II - teknik menistasi dapus - 4-5 buku tambahan. - 1 paragraf kira 2 sumber. - sitasi hanya nama belakang. - kalimat latin miringkan. - harus dinarasi bagian aspek teori	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep
 Nama Mahasiswa : Alsefia Fadiyani
 Judul : Asuhan keperawatan pada
 pasien batu empedu.

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
5.	10/05/2023.	Revisi bab 1 Acc - sitasi - typo - halaman - cara penulisan kutipan huruf - margin turunan	
6.	15/05/2023	Revisi bab 2 - susunan huruf - margin - askep teori data fokus, Jam pada obat.	
7.	16/05/2023.	Revisi bab 3 - tambahkan data fokus di intervensi harus sesuai data fokus pada kriteria hasil harus sesuai data. - analisis data dan data fokus harus sama	
8.	20/5	Bab II : Revisi sesuai draft	
9.	23/5	Bab III : Perbaiki sesuai masukan pd. draft.	
10.	07/06/2023	Acc bab 2.	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Julianti, ta. kep
 Nama Mahasiswa : Alsefia Fadotani
 Judul : Asuhan keperawatan pada pasien batu empedu.

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
11.	07/06/2023	Revisi bab 3 - Hapus diagnosa ke 5 - hapus tulisan observasi tidak boleh sesuai teori - hapus - masukan jadwal obat sesuai diagnosa.	
12	08/06/2023	Revisi bab 4 - pengkajian masukan perbandingan teori dan kasus - hapus tulisan observasi - masukan referensi perbandingan dari 2 sumber - masukan perencanaan yang sudah dimodifikasi	
13.	09/06/2023	bab 3 Revisi - gunakan huruf capital pada nama obat. - Jam pada obat.	
14.	10/06/2023	bab 4 - sesuaikan dengan kondisi pasien. - perbaiki penyusunan kalimat	
15	11/06/2023	bab 5 - perdalam pembahasan sesuai dengan bab 4.	