

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN: POST OP  
CHOLELITIASIS PADA NY. R DI RUANG ST. LAURA  
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN  
TAHUN  
2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**



Oleh:  
**Maria Ayu Primata Gulo**  
**052025028**

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN  
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN: POST OP  
CHOLELITIASIS PADA NY. R DI RUANG ST. LAURA  
RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH  
MEDAN TAHUN 2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners  
Program Studi Profesi Ners  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:  
Maria Ayu Primata Gulo  
052025028

**PROGRAM PENDIDIKAN NERS PROFESI  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN  
2025**



**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK  
DIPERTAHANKAN  
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
TANGGAL, 08 DESEMBER 2025**

**MENGESAHKAN**



**(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., NS., M.Kep)**

**Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan**



**(Mestiana Br. Karo, M.Kep.,DNSc)**



**LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI**

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DIDEPAN TIM  
PENGUJI SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR PROGRAM STUDI PROFESI  
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN

PADA TANGGAL, 08 DESEMBER 2025

**TIM PENGUJI**

TANDA TANGAN

**Ketua** : Lindawati Simorangkir, S.Kep., Ns., M.Kes

**Anggota** : 1. Mardiaty Barus, S.Kep., Ns., M.Kep

2. Sri Martini, S.Kep., Ns., M.Kep



**LEMBAR PERSETUJUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar  
Ners (Ns)

Oleh:

Maria Ayu Primata Gulo

052025028

Medan, 08 Desember 2025

Menyetujui,

Ketua Penguji

(Lindawati Simorangkir, S.Kep., Ns., M.Kes)

Anggota I

(Mardiaty Barus, S.Kep., Ns., M.Kep)

Anggota II

(Sri Martini, S.Kep., Ns., M.Kep)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena berkat dan rahmat- Nya peneliti dapat menyusun karya ilmiah akhir ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun judul karya ilmiah ini adalah “ **Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Gangguan Pencernaan: Post Op Cholelitis Pada Ny.R Di Ruang St. Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025** ”. Karya ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat yang harus dipenuhi dalam proses penyelesaian pendidikan pada jenjang Profesi Ilmu Keperawatan Program Studi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Pada penyusunan karya ilmiah ini tidak semata-mata hasil kerja peneliti sendiri, melainkan berkat bimbingan dan dorongan dari pihak-pihak yang telah membantu. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti secara khusus mengucapkan terimakasih banyak yang tak terhingga kepada :

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan dan menyediakan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan
2. dr. Eddy Jefferson Ritonga, Sp.OT (K) Sport Injury, selaku Direktur Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.
3. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah

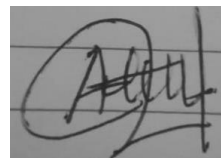
memberikan waktu dalam membimbing dan memberi arahan dengan sangat baik selama penulis mengikuti profesi ners.

4. Lindawati Simorangkir, S.Kep., Ns., M.Kes selaku dosen pembimbing I yang telah sabar dan banyak memberi waktu dalam membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah ini hingga selesai.
5. Mardiaty Barus, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing II sekaligus dosen pembimbing profesi yang telah sabar dan banyak memberi waktu dalam membimbing dan memberikan arahan dengan sangat baik dalam penyusunan karya ilmiah ini hingga selesai.
6. Sri Martini, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing III yang telah sabar dan banyak memberikan waktu dalam membimbing dan memberikan arahan sehingga peneliti dapat menyelesaikan karya ilmiah saya ini dengan baik.
7. Teristimewa kepada kedua orangtua tercinta Bapak A Gulo dan Ibu D. Zai (Alm) serta keempat saudara kandung saya abangFidel, kakak Agnes, Adek Dita dan Marta yang telah bersedia memberi kasih sayang, nasihat, dukungan moral, dan material sehingga saya dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.
8. Seluruh staf dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik selama menjalani Pendidikan profesi Ners.

9. Seluruh teman-teman program studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan stambuk 2025 yang telah berjuang bersama dan saling memberikan dukungan.

Dengan rendah hati peneliti mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini, semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas semua kebaikan dan bantuan yang telah diberikan. Peneliti juga menyadari bahwa penelitian Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat banyak kekurangan, maka peneliti mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan penelitian ini. Akhir kata peneliti mengucapkan banyak terimakasih semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi kita semua dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Medan, 08 Desember 2025



(Maria Ayu Primata Gulo)

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL DEPAN</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN SAMPUL DALAM</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat .....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>6</b>
2.1 Konsep Dasar Medis.....	6
2.2.1 Definisi .....	6
2.2.2 Anatomi dan Fisiologi .....	8
2.2.3 Etiologi .....	11
2.2.5 Patofisiologi .....	12
2.2.6 Pathway .....	13
2.2.7 Manifestasi Klinis.....	14
2.2.8 Komplikasi.....	15
2.2.9 Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.2.10 Penatalaksanaan.....	19
2.2 Konsep Dasar Keperawatan.....	22
2.3.1 Pengkajian .....	22
2.3.2 Diagnosa Keperawatan .....	22
2.3.3 Intervensi Keperawatan .....	23
2.3.4 Implementasi Keperawatan .....	28
2.3.5 Evaluasi Keperawatan .....	28
<b>BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN</b> .....	<b>29</b>
3.1 Pengkajian.....	29
3.2 Analisa Data.....	53
3.3 Diagnosa Keperawatan .....	55

3.4 Intervensi Keperawatan .....	56
3.5 Implementasi Keperawatan .....	57
3.6 Evaluasi Keperawatan .....	65
<b>BAB 4 PEMBAHASAN.....</b>	<b>72</b>
4.1. Pengkajian.....	72
4.2. Diagnosa Keperawatan .....	75
4.3. Intervensi Keperawatan & Implementasi Keperawatan .....	78
4.4. Evaluasi Keperawatan.....	81
<b>BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>106</b>
5.1 Kesimpulan .....	106
5.2 Saran .....	107
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>100</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>101</b>
1. Dokumentasi.....	101
2. Lembar konsul.....	103
3. Mind mapping .....	108

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway.....	13
------------------------	----

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi .....	23
Tabel 3.1 Analisis data .....	53
Tabel 3.2 Diagnosa keperawatan.....	55
Tabel 3.3 Proritas keperawatan .....	56
Tabel 3.4 Intervensi .....	57
Tabel 3.5 Impelementasi .....	59
Tabel 3.6 Intervensi .....	65

## SINOPSIS

Maria Ayu Primata Gulo

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Pencernaan: Post Op Cholelitis Pada Ny. R Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025

Profesi ners 2025

Cholelitis (batu empedu) adalah kondisi terbentuknya batu (kalkuli) dalam kandung empedu yang terjadi akibat pengendapan unsur-unsur tertentu dalam empedu, terutama kolesterol atau pigmen empedu yang kemudian membentuk kristal dan membesar menjadi batu didalam kantung empedu. Masalah utama yang paling umum di sebabkan oleh post op cholelitis yaitu berupa nyeri. Karya ilmiah ini bertujuan untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Pencernaan: Post Op Cholelitis Pada Ny. R Di Ruang St. Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025. Adapun diagnosa keperawatan dari pengkajian yang dilakukan, antara lain: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op cholelitis), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invansif, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Intervensi yang diharapkan berdasarkan kriteria yang telah direncanakan sebelumnya diantaranya: manajemen nyeri, pencegahan infeksi, dukungan tidur.



## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Cholelithiasis adalah penyakit batu empedu yang dapat ditemukan dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu yang umumnya komposisi utamanya adalah kolesterol (Kristiawan, D. & Arsy, 2024). Kandung empedu adalah sebuah kantung terletak di bawah hati yang mengonsentrasikan dan menyimpan empedu sampai ia dilepaskan ke dalam usus. Kebanyakan batu duktus koledokus berasal dari batu kandung empedu, tetapi ada juga yang terbentuk primer di dalam saluran empedu. Batu empedu bisa terbentuk di dalam saluran empedu jika empedu mengalami aliran balik karena adanya penyempitan saluran. Batu empedu di dalam saluran empedu bisa mengakibatkan infeksi hebat saluran empedu (kolangitis). Jika saluran empedu tersumbat, maka bakteri akan tumbuh dan dengan segera menimbulkan infeksi di dalam saluran. Bakteri bisa menyebar melalui aliran darah dan menyebabkan infeksi di bagian tubuh lainnya (Purnomo, *et al.*, 2023).

Berdasarkan World Health Organization atau WHO, pada tahun 2017 angka kejadian pada batu empedu di dunia sebesar 11,7%, insiden batu empedu di negara barat adalah 20%. Di Amerika Serikat, pada tahun 2017, sekitar 20 juta orang (10-20% populasi orang dewasa) memiliki batu empedu. Setiap tahun, 1-3% orang akan memiliki batu empedu dan sekitar 1-3% akan timbul keluhan. Setiap tahunnya, diperkirakan 500.000 pasien batu empedu akan timbul keluhan dan komplikasi sehingga memerlukan kolesistomi (Saudi *et al.*, 2022).

Penyebab paling umum cholelithiasis adalah pengendapan kolesterol dari



empedu yang kaya kolesterol. Bentuk batu empedu yang paling umum kedua adalah batu empedu pigmen. Ini terbentuk dari pemecahan sel darah merah dan berwarna hitam. Jenis batu empedu yang ketiga adalah batu campuran, kombinasi substrat kalsium seperti kalsium karbonat atau kalsium fosfat, kolesterol, dan empedu. Jenis batu yang keempat adalah batu kalsium. Ini mungkin karena pengendapan kalsium serum pada pasien dengan hiperkalsemia (Biantara *et al.*, 2023).

Cholelithiasis sebenarnya sering tidak disadari oleh para penderitanya karena seringkali asimtomatik, tetapi satu gejala khas yang paling sering dialami oleh pasien kolelitiasis adalah kolik bilier. Setiap kali cholelithiasis mulai memunculkan serangan nyeri kolik yang spesifik, maka pasien akan memiliki peningkatan dalam resiko terjadinya komplikasi (Jamini, T. & Trihandiri, 2023). Nyeri perut yang hebat pada perut kuadran kanan atas yang tajam dan konstan merupakan gejala umum yang terjadi pada pasien cholelithiasis akut, nyeri tersebut dapat berupa serangan akut atau terjadi dengan didahului suatu perasaan tidak nyaman pada daerah epigastrium setelah makan. Nyeri ini dapat bertambah berat pada saat inspirasi dan dapat menjalar hingga ke punggung dan scapula, disertai dengan adanya keluhan lain seperti mual, muntah, dan penurunan nafsu makan. Pada pemeriksaan fisik dapat kita temukan adanya nyeri tekan pada daerah perut kuadran kanan atas yang disebut dengan “*Murphy sign*” (Sulistyowati, 2022).

Pasien yang mengalami *cholelithiasis* akan mengalami gejala yang persisten, kolik bilier dan kolesistisi, salah satu cara penatalaksanaan pasien batu empedu (*cholelithiasis*) yaitu dengan kolesistektomi laparoskopik ataupun laparatomi dengan dilakukan melalui insisi atau tusukan kecil yang dibuat



menembus dinding abdomen di umbilikus untuk mengangkat kantung empedu keluar (Nurjannah and Sani, 2020). Nyeri pada pasien *post* operasi harus segera diatasi karena dapat berdampak pada kondisi psikologis dan fisiologis yang akan berdampak pada proses penyembuhan pasien. Dampak fisiologis yaitu peningkatan tanda-tanda vital, peningkatan hormon stres, menghambat penyembuhan, dan menurunnya fungsi imun. Nyeri juga memiliki dampak psikologis yaitu gangguan perilaku seperti cemas, stress, gangguan pada tidur, dan ketakutan (Kaparang *et al*, 2022).

Penatalaksanaan pada masalah nyeri dapat dilakukan secara farmakologi dan nonfarmakologi. Teknik nonfarmakologi yang dapat dilakukan salah satunya adalah teknik relaksasi nafas dalam yang dapat mengurangi ketegangan pada otot akibat nyeri. Teknik relaksasi nafas dalam pada pasien *post* operasi kolesistektomi menunjukkan adanya penurunan nyeri pada pasien ditandai dengan tampak nyaman dan rileks serta dapat menurunkan adaptasi respon nyeri pada pasien (Sudirman *et al*, 2023). Teknik relaksasi nafas dalam dapat diberikan dengan durasi 10-15 menit dalam frekuensi 1-3 kali sehari dengan posisi *fowler* (90°) atau posisi *semi fowler* (30° -45°) (Kaparang *et al*, 2022).

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dengan Gangguan Pencernaan: Post Op Cholelithiasis Pada Ny. R di Ruang St. Luara Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahunn 2025 ”.



## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan dengan gangguan sistem musculoskeletal Post Op Cholelitis pada Ny. R di ruang St. Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penulis mampu mengetahui dan memahami tentang Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post op Cholelitis pada Ny. R di Ruang Rawat Inap St. Laura Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2025.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar penyakit post op cholelitis meliputi: pengertian, etiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang, komplikasi, dan penatalaksanaan medis
2. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep asuhan keperawatan post op cholelitis meliputi: pengkajian, diganosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan
3. Mahasiswa mampu menggambarkan dan menganalisis asuhan keperawatan post op cholelitis pada Ny R meliputi: pengkajian, diganosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.



#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Informasi yang diperoleh dalam karya tulis ilmiah ini diharapkan mampu memperluas wawasan serta dapat menjadi acuan dalam pengembangan asuhan keperawatan terkait kondisi pasien dengan post op cholelitis di ruang rawat inap.

##### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi Pendidikan Keperawatan

Diharapkan mampu menjadi wawasan dan referensi guna menambah pengetahuan terkait asuhan keperawatan pasien post op cholelitis di ruang rawat inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan

2. Bagi Perawat Rumah Sakit

Diharapkan mampu menjadi referensi bagi perawat dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien post op cholelitis di ruang rawat inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan.

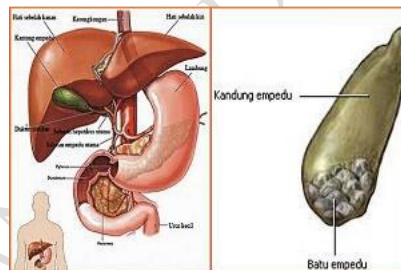
## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Dasar Medik

#### 2.1.1 Definisi

Cholelithiasis (batu empedu) adalah kondisi terbentuknya batu (kalkuli) dalam kandung empedu yang terjadi akibat pengendapan unsur-unsur tertentu dalam empedu, terutama kolesterol atau pigmen empedu yang kemudian membentuk kristal dan membesar menjadi batu didalam kantung empedu (Brunner & Suddarth, 2010). Cholelithiasis adalah pembentukkan batu (kalkuli) di dalam kandung empedu atau sistem saluran empedu dan merupakan masalah medis paling umum yang menyebabkan pembedahan (Marcia & Kathryn, 2020).

#### 2.1.2 Anatomi dan Fisiologis



Gambar 2.1 Kandung Empedu

Menurut Herawati, *et al.*, (2024), anatomi fisiologis batu empedu (cholelithiasis), sebagai berikut

1. Kandung empedu

Kandung empedu, organ berongga berbentuk kantong yang panjangnya sekitar 10 cm, terletak dalam fossa yang menegaskan perbedaan anatomi antara lobus hati kanan dan kiri. Kolum adalah bagian yang sempit dari kandung empedu yang terletak antara korpus dan daerah duktus sistika.



Hati terus-menerus menyekresi empedu ke dalam saluran empedu yang kecil. Saluran empedu yang kecil bersatu menjadi dua saluran lebih besar, yang keluar dari permukaan bawah hati sebagai duktus hepaticus kanan. Fundus, korpus, dan kolum adalah bagian dari kantong empedu. Bagian terbesar dari kandung empedu adalah korpus, yang terletak antara korpus dan daerah duktus sistika.

## 2. Struktur Empedu

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

## 3. Kandung empedu terdiri dari:

- a. Fundus vesika fela: berbentuk bulat, biasanya menonjol di bawah tepi inferior hati, berhubungan dengan dinding anterior abdomen setinggi rawan ujung kosta IX kanan.
- b. Korpus vesika fela: bersentuhan dengan permukaan visceral hati mengarah ke atas dan ke kiri.

## 4. Cairan Empedu

Cairan kental berwarna kuning ke emasan atau kuning kehijauan yang dihasilkan terus menerus disebut cairan empedu.

## 5. Komponen Cairan Empedu:

- a. Garam empedu: garam empedu dibuat oleh hepar dari kolesterol, suatu alcohol steroid yang banyak diproduksi hati. Mereka membantu pencernaan lemak dengan mengemulsi lemak dengan kelenjar lipase pankreas.
- b. Sirkulasi enterohepatik: Pigmen empedu, atau garam empedu,

menyerap dari usus halus ke dalam vena portae dan kemudian kembali ke hepar untuk digunakan ulang.

- c. Pigmen empedu: Hasil utama dari pemecahan hemoglobin adalah transportasi hemoglobin dari plasma ke dalam empedu oleh sel hepar.
- d. Bakteri dalam usus halus: bilirubin diubah menjadi urobilin, yang merupakan salah satu zat yang diresorpsi usus, kemudian diubah menjadi sterkobilin, yang disekresi ke dalam feses, menyebabkan feses berwarna kuning.

#### 6. Saluran Empedu

Saluran empedu masuk ke dalam duktus hepatikus dan kemudian bersatu dengan duktus sistikus untuk masuk ke dalam kandung empedu, kontraksi otot kandung empedu terjadi.

#### 7. Fisiologi kandung empedu

Kandung empedu menyimpan getah dan membuatnya pekat. Interdigestif dan dikirim ke duodenum setelah stimulasi makanan. Ada tiga komponen yang mengatur aliran cairan empedu: sekresi empedu yang dilakukan oleh hati, kontraksi kandung empedu, dan penghalang juga sfingter koledokus.

### 2.1.3 Etiologi

Purnomo *et al.* (2023) mengatakan bahwa faktor risiko terjadinya batu empedu adalah sebagai berikut:

#### 1. Usia

Umur seseorang menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya batu empedu.

Penyakit batu empedu jarang terjadi pada usia kurang dari 20 tahun. Pada bayi dan



anak-anak, batu yang paling umum terjadi adalah batu pigmen, dimana hal ini berhubungan dengan hemolisis atau penyakit kronis seperti kistik fibrosis, thalassemia mayor, dan anemia sel sabit. Risiko untuk terkena kolelitiasis sejalan dengan bertambahnya usia. Orang dengan usia >40 tahun cenderung menderita batu empedu 4-10 kali lebih berisiko dibanding dengan usia yang lebih muda.

### 2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor risiko yang berpengaruh untuk batu empedu, dimana wanita memiliki risiko 2 kali lipat terkena batu empedu dibandingkan dengan pria. Hal ini dikarenakan akibat hormon estrogen, yang berpengaruh terhadap peningkatan ekskresi kolesterol oleh kantung empedu. Kehamilan juga ditemukan berhubungan dengan pembentukan batu empedu. Batu empedu lebih sering ditemukan pada wanita-wanita multipara (paritas atau lebih).

### 3. Genetik

Analisis pasangan kembar dari *The Swedish Twin Registry* menunjukkan faktor genetik 25% merupakan faktor risiko terjadinya batu empedu. Dimana genotipe heterozigot atau homozigot telah meningkatkan risiko terjadinya batu empedu secara signifikan. dapat menyebabkan penyerapan kolesterol di usus rendah, peningkatan kolesterol serum, dan sintesis kolesterol di hati tinggi, saturasi kolesterol empedu, dan resistensi insulin. Penelitian baru-baru ini didapatkan fakta bahwa, kerentanan seseorang terhadap terjadinya batu dipengaruhi oleh *mucin gene polymorphisms* atau *FGFR4 polymorphism*. *The mucin-like protocadherin gene* (MUPCDH) dianggap sebagai penanda genetik untuk memprediksi



terjadinya penyakit batu empedu.

4. **Obesitas**

Orang dengan obesitas akan terjadi perubahan pada metabolisme kolesterol dimana akan meningkatkan sekresi kolesterol dan juga gangguan motilitas kandung empedu, yang memicu terbentuknya batu.

5. **Dislipidemia**

Dislipidemia merupakan salah satu dari sindroma metabolik. Pada studi yang dilakukan di Taiwan menunjukkan bahwa sindroma metabolik berkaitan dengan peningkatan risiko terjadinya batu empedu dihubungkan dengan usia dan jenis kelamin. Beberapa penelitian yang dilakukan di negara barat dilaporkan bahwa usia, jenis kelamin, BMI, 13 hiperlipidemia, penggunaan kontrasepsi oral, konsumsi alkohol, diabetes mellitus berkaitan erat dengan terjadinya batu empedu. Penurunan level *High Density Lipoprotein* (HDL) merupakan salah satu risiko terjadinya batu empedu. Kolesterol bilier utamanya berasal dari HDL – C. Penurunan konsentrasi HDL – C dikaitkan dengan resistensi insulin. Penelitian lain menyebutkan bahwa peningkatan kadar Trigliserida (TG) menyebabkan penurunan kontraksi dari kandung empedu yang berakibat pembentukan batu empedu.

6. **Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus (DM) dikaitkan dengan terjadinya batu empedu masih kontroversi. Hiperglikemia menghambat sekresi bila dari hati dan dapat mengganggu kontraksi dari kantung empedu serta mempunyai efek terhadap motilitas dari kandung empedu hal ini dapat meningkatkan risiko terjadinya batu empedu (Chen, 2019).

#### **2.1.4 Klasifikasi**

Klasifikasi cholelithiasis menurut (Suratun, 2010), antara lain:

a. Batu kolesterol

Biasanya berukuran besar, soliter, berstruktur bulat atau oval, berwarna kuning pucat dan seringkali mengandung kalsium dan pigmen. Kolesterol yang merupakan unsur normal pembentuk empedu bersifat tidak larut dalam air. Kelarutannya bergantung pada asam-asam empedu dan lesitin (fosfolipid) dalam empedu. Pada pasien yang cenderung menderita batu empedu akan terjadi penurunan sintesis asam empedu dan peningkatan sintesis kolesterol dalam hati.

b. Batu pigmen

Terdiri atas garam kalsium dan salah satu dari anion (bilirubin, karbonat, fosfat, atau asam lemak rantai panjang). Batu-batu ini cenderung berukuran kecil, multipel, dan berwarna hitam kecoklatan. Batu pigmen berwarna coklat berkaitan dengan hemolisis kronis. Batu berwarna coklat berkaitan dengan infeksi empedu kronis (batu semacam ini lebih jarang dijumpai). Batu pigmen akan terbentuk bila pigmen tidak terkonjugasi dalam empedu mengadakan presipitasi (pengendapan) sehingga terjadi batu. Risiko terjadinya terbentuknya semacam ini semakin besar pada pasien sirosis, hemolisis, dan infeksi percabangan bilier.

c. Batu campuran

Batu ini merupakan campuran antara batu kolesterol dengan batu pigmen atau dengan substansi lain (kalsium karbonat, fosfat, garam empedu, dan palmitat), dan biasanya berwarna coklat tua.

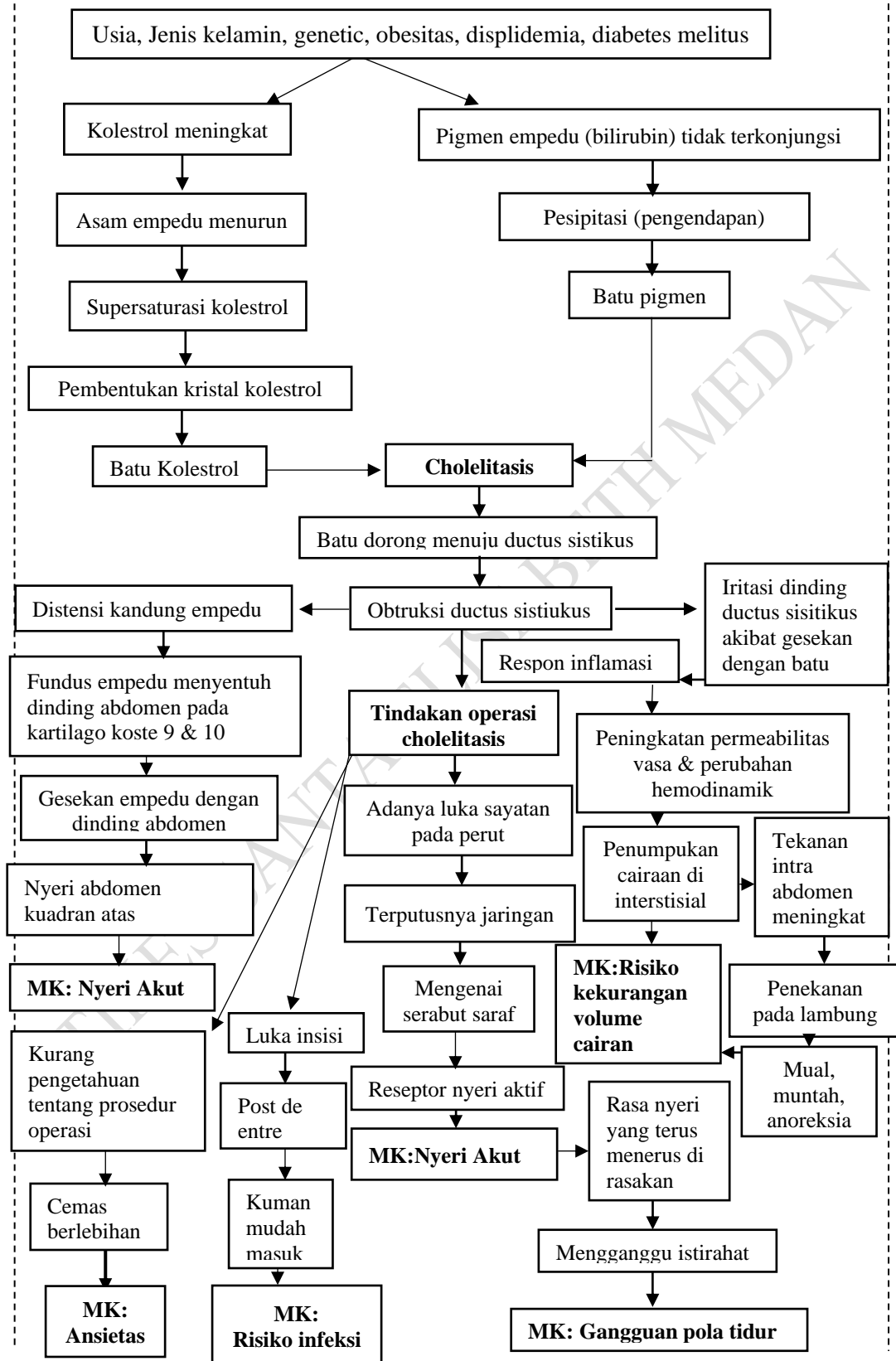


### **2.1.5 Patofisiologi**

Terdapat dua jenis utama batu empedu: batu yang sebagian besar terdiri dari pigmen dan batu yang sebagian besar terdiri dari kolesterol. Batu pigmen kemungkinan terbentuk ketika pigmen tak terkonjugasi dalam empedu mengendap membentuk batu. Risiko pembentukan batu tersebut meningkat pada pasien dengan sirosis, hemolisis, dan infeksi saluran empedu. Batu pigmen tidak dapat larut dan harus diangkat melalui pembedahan. Kolesterol, komponen normal empedu, tidak larut dalam air. Kelarutannya bergantung pada asam empedu dan lesitin (fosfolipid) dalam empedu. Pada pasien yang rentan terhadap batu empedu, terjadi penurunan sintesis asam empedu dan peningkatan sintesis kolesterol di hati, yang mengakibatkan empedu menjadi super jenuh dengan kolesterol, yang mengendap dari empedu dan membentuk batu. Empedu yang jenuh kolesterol merupakan predisposisi pembentukan batu. Pembentukan batu empedu dan bertindak sebagai iritan yang menghasilkan perubahan inflamasi pada kantong empedu.

Wanita dua hingga tiga kali lebih banyak daripada pria yang mengalami batu kolesterol dan penyakit kandung empedu. Wanita yang terkena biasanya berusia di atas 40 tahun, multipara, dan obesitas. Pembentukan batu lebih sering terjadi pada orang yang menggunakan kontrasepsi oral, estrogen, atau klonibrate; obat-obatan ini diketahui meningkatkan saturasi kolesterol bilier. Kemudian, kejadian pembentukan batu meningkat seiring bertambahnya usia sebagai akibat dari peningkatan sekresi kolesterol di hati dan penurunan sintesis asam empedu. Selain itu, terdapat peningkatan risiko akibat malabsorpsi garam empedu pada pasien dengan penyakit GI atau fistula T-tube dan pada mereka yang menjalani reseksi atau bypass ileum. Insidensinya juga lebih tinggi pada penderita diabete

### 2.1.6 Pathway





### **2.1.7 Manifestasi Klinis**

Menurut (Brunner & Suddarth, 2010), cholelithiasis atau batu empedu mungkin tidak menimbulkan gejala, tidak menimbulkan rasa sakit, dan hanya menimbulkan gejala ringan. Batu empedu dapat terdeteksi secara tidak sengaja selama operasi atau evaluasi untuk masalah yang tidak terkait. Pasien dengan penyakit kandung empedu akibat batu empedu dapat mengalami dua jenis gejala: gejala akibat penyakit kandung empedu itu sendiri dan gejala akibat penyumbatan saluran empedu oleh batu empedu. Gejalanya dapat bersifat akut atau kronis. Distres epigastrik, seperti rasa penuh, perut kembung, dan nyeri samar di kuadran kanan atas perut, dapat terjadi. Distres ini dapat terjadi setelah mengonsumsi makanan yang digoreng atau berlemak

#### **1. Nyeri dan Kolik Bilier**

Jika batu empedu menyumbat duktus sistikus, kantong empedu akan membengkak, meradang, dan akhirnya terinfeksi (kolesistitis akut). Pasien mengalami demam dan mungkin teraba massa di perut. Pasien mungkin mengalami kolik bilier dengan nyeri hebat di perut kanan atas yang menjalar ke punggung atau bahu kanan. Rasa nyeri ini biasanya disertai dengan mual, muntah dan bertambah hebat dalam waktu beberapa jam sesudah makan-makanan dalam porsi besar. Kolik bilier disebabkan oleh kontraksi kandung empedu yang tidak dapat mengalirkan empedu keluar akibat tersumbatnya saluran oleh batu.



### 2. Penyakit kuning

Penyakit kuning terjadi pada beberapa pasien dengan penyakit kandung empedu, biasanya disertai penyumbatan saluran empedu umum. Empedu, yang tidak lagi dialirkan ke duodenum, diserap oleh darah dan menyebabkan kulit dan selaput lendir berwarna kekuningan. Kondisi ini sering kali disertai dengan rasa gatal yang hebat pada kulit.

### 3. Perubahan Warna Urine dan Feses

Ekskresi pigmen empedu oleh ginjal menyebabkan urin berwarna sangat gelap. Feses, yang tidak lagi diwarnai oleh pigmen empedu, berwarna keabu-abuan, seperti dempul, atau berwarna tanah liat.

### 4. Kekurangan Vitamin

Obstruksi aliran empedu mengganggu penyerapan vitamin A, D, E, dan K yang larut dalam lemak. Pasien mungkin mengalami defisiensi vitamin-vitamin ini jika obstruksi bilier telah berlangsung lama. Misalnya, pasien mungkin mengalami perdarahan akibat defisiensi vitamin K (vitamin K diperlukan untuk pembekuan darah normal).

#### 2.1.8 Komplikasi

Menurut Herawati, *et al.*, (2024), adapun jenis komplikasi sebagai berikut:

1. Kolesistis adalah peradangan kandung empedu, saluran kandung empedu tersumbat oleh batu empedu, menyebabkan infeksi dan peradangan kandung empedu.



2. Kolangitis adalah peradangan pada saluran empedu, terjadi karena infeksi yang menyebar melalui saluran-saluran dari usus kecil setelah saluran-saluran menjadi terhalang oleh sebuah batu empedu.
3. Hidrops Obstruksi kronis dari kandung empedu dapat menimbulkan hidrops kandung empedu. Dalam keadaan ini, tidak ada peradangan akut dan sindrom yang berkaitan dengannya. Hidrops biasanya disebabkan oleh obstruksi duktus sistikus sehingga tidak dapat diisi lagi empedu pada kandung empedu yang normal. Kolesistektomi bersifat kuratif.
4. Empiema. Pada empiema kandung empedu berisi nanah. Komplikasi ini dapat membahayakan jiwa dan membutuhkan kolesistektomi darurat segera.

#### **2.1.11 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Brunner & Suddarth (2010), pemeriksaan diagnostik pada penyakit cholelithiasis, antara lain:

a. *Abdominal X-Ray*

Jika dicurigai adanya penyakit kantung empedu, rontgen abdomen dapat dilakukan untuk menyingkirkan penyebab gejala lainnya. Namun, hanya 15% hingga 20% batu empedu yang mengalami klasifikasi yang cukup sehingga terlihat pada pemeriksaan rontgen tersebut.

b. *Ultrasonography*

Ultrasonography telah menggantikan kolesistografi sebagai prosedur diagnostik pilihan karena cepat dan akurat serta dapat digunakan pada pasien dengan disfungsi hati dan penyakit kuning. Ultrasonografi tidak memaparkan



pasien pada radiasi pengion. Prosedur ini paling akurat jika pasien berpuasa semalaman sehingga kandung empedu mengembang. Ultrasonography dapat mendeteksi batu di kantong empedu atau duktus biliaris komunis yang melebar dengan akurasi 95%.

c. Radionuclide imaging or cholescintigraphy

Cholescintigraphy digunakan dengan sukses dalam diagnosis cholecystitis akut atau penyumbatan saluran empedu. Dalam prosedur ini, agen radioaktif diberikan secara intravena. Zat ini diserap oleh hepatosit dan dikeluarkan dengan cepat melalui saluran empedu. Saluran empedu kemudian dipindai, dan gambar kandung empedu dan saluran di peroleh. Tes ini membutuhkan waktu lebih lama untuk dilakukan, memaparkan pasien pada radiasi, dan tidak dapat mendeteksi batu empedu. Tes ini sering digunakan ketika ultrasonography tidak menyakinkan.

d. Cholecystography

Meskipun cholecystography telah di gantikan oleh ultrasonography sebagai tes pilihan, tes ini masih digunakan jika peralatan ultrasonography tidak tersedia atau jika hasil ultrasonography tidak menyakinkan. Cholecystography oral dapat dilakukan untuk menilai kemampuan kantong empedu untuk mengisi, memekatkan isinya, berkontraksi dan mengosongkan. Jika pasien tidak alergi terhadap yodium atau makanan laut, agen kontras yang mengandung iodida yang dieksresikan oleh hati dan terkonsentrasi di kantong empedu diberikan 10 hingga 12 jam sebelum sinar-X. Kantong empedu yang normal terisi zat radiopak ini. Jika terdapat batu empedu, mereka tampak



sebagai bayangan pada film sinar-X. Cholecystography oral kemungkinan akan terus digunakan sebagai bagian dari evaluasi beberapa pasien yang telah diobati dengan terapi pelarutan batu empedu atau litotriksi.

e. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography

Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERC) memungkinkan visualisasi langsung struktur yang sebelumnya hanya dapat dilihat selama laparatomi. Pemeriksaan ini sistem hepatobilier dilakukan melalui endoskopi fiberoptik fleksibel dengan pandangan samping yang memasukkan melalui esofagus keduodenum desendens. Beberapa perubahan posisi diperlukan untuk melewati endoskopi selama prosedur, dimulai dari posisi diperlukan melewati endoskopi selama prosedur, mulai posisi semiprone kiri.

f. Implikasi keperawatan

Prosedur ini mengharuskan pasien kooperatif untuk memungkinkan Penyisipan endoskopi tanpa merusak struktur saluran GI, termasuk pohon bilier. Sebelum prosedur, pasien diberikan penjelasan tentang prosedur dan perannya di dalamnya. Pasien tidak minum apa pun selama beberapa jam sebelum prosedur. Sedasi sedang digunakan, dan pasien yang dibius harus dipantau secara ketat. Mungkin perlu untuk memberikan obat-obatan, seperti glukagon atau antikolinergik, untuk membuat kanulasi lebih mudah dengan mengurangi peristaltik duodenum. Perawat Mengamati dengan cermat tanda-tanda depresi pernapasan dan sistem sarap pusat, hipotensi, overdosis, dan muntah (glukagon diberikan). Selama ERCP, perawat memantau cairan intravena (IV), memberikan obat-obatan, dan memposisikan pasien.



g. Kolangiografi transhepatik perkutan

Kolangiografi transhepatik perkutan melibatkan penyuntikan zat perwarna langsung ke dalam saluran empedu. Karena konsentrasi zat pewarna yang relatif tinggi yang dimasukkan ke dalam sistem empedu, termasuk duktus heptikum di dalam hati, seluruh panjang duktus biliaris komunis, duktus sistikus, dan kandung empedu dapat digambarkan dengan jelas.

h. Pemeriksaan Laboratorium

1. Darah lengkap: leukositosis sedang (akut)
2. Bilirubin dan amilase serum: meningkat
3. Enzim hati serum: AST (SGOT), ALT (SGPT), LDH agak meningkat, alkaline fosfat dan 5-nukleotidase: ditandai dengan obstruksi bilier
4. Kadar protrombin: Menurun bila obstruksi aliran empedu dalam usus menurunkan absorpsi vitamin K.

**2.1.12 Penatalaksanaan**

Menurut (Brunner & Suddarth, 2010), penatalaksanaan cholelithiasis, antara lain:

1. Terapi farmakologi
  - a. Asam ursodeoksikolat (UDCA (urso, Actigall)) dan asam kenodeoksikolat (kenodiol atau CDCA (Chenix)) efektif dalam melarutkan batu primer.
  - b. Pasien dengan gejala signifikan dan sering sumbatan duktus kistik atau batu pigmen bukan merupakan kandidat untuk terapi dengan UDCA.
  - c. Pengangkatan Batu Empedu



Secara Non-Bedah Selain dengan melarutkan batu empedu, batu empedu dapat dikeluarkan dengan instrument lain (mis, kateter dan instrument yang dilengkapi keranjang disusupkan ke saluran slang T atau fistula yang dibentuk pada saat pemasangan slang T, endoskopi ERCP), litotripsi intrakorporeal (denyut nadi laser), atau terapi gelombang syok ekstrakorporal (litotripsi atau litotripsi gelombang syok ekstrakorporal [ESWL]).

### 2. Terapi nutrisi

Diet segera setelah operasi biasanya berupa cairan rendah lemak dengan protein dan karbohidrat tinggi dilanjutkan dengan makanan padat yang lembut, hindari telur, krim, babi, makanan gorengan, keju, sayuran pembentukan gas, dan alkohol.

### 3. Pembedahan

Tujuan pembedahan adalah untuk meredakan gejala yang persisten, untuk menghilangkan penyebab kolik bilier, dan untuk mengatasi kolesistitis akut.

- a. Kolesistektomi laparoskopik: Dilakukan melalui insisi atau tusukan kecil yang dibuat menembus dinding abdomen di umbilicus. Rongga abdomen di tiup dengan gas karbon monoksida untuk membantu pemasangan endoskopi.
- b. Kolesistektomi: kantung empedu diangkat setelah arteri dan duktus sistikus diligasi. Sebuah drain (penrose) ditempatkan dalam kandung empedu dan dibiarkan menjulur keluar lewat luka operasi untuk



mengalirkan darah, cairan serosanguinus dan getah empedu ke dalam kasa absorben.

- c. Mini kolesistektomi: Kantung emepdu dikeluarkan melalui sebuah insisi kecil selebar 4 cm.
- d. Kolesistostomi (bedah atau perkutan) : kantung empedu dibuka, dan batu empedu atau drainase purulent dikeluarkan.



## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Secara Umum**

### **2.2.1 Pengkajian**

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal, dengan melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan rencana keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan (Misnadiarly, 2019).

### **2.2.2 Diagnosa keperawatan**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2. Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol diri
4. Risiko kekurangan volume cairan



2.2.3 Intervensi keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Evaluasi
1	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	<b>Tingkat nyeri</b> (L.12111) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Nafsu makan membaik 6. Pola tidur membaik	<b>Manajemen nyeri</b> (I. 08238) <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <b>Terapeutik</b> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur



			<p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li><li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li><li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li><li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li><li>5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li></ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li></ol>
2	Resiko Infeksi	<p><b>Tingkat infeksi</b> menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kebersihan badan meningkat</li><li>2. Nafsu makan meningkat</li><li>3. Demam menurun</li><li>4. Kemerahan menurun</li><li>5. Nyeri menurun</li><li>6. Bengkak menurun</li><li>7. Kultur sputum membaik</li></ol>	<p><b>Pencegahan infeksi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li></ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Batasi jumlah pengunjung</li><li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li><li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li><li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li></ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li><li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li><li>3. Ajarkan etika batuk</li></ol> <p>Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.</p>



			<p>4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i></p>
3	Gangguan Pola tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur	<p><b>Pola tidur (L.05045)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Tidur (I.05174)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>3. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>4. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</li> <li>4. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ol>
3	Ansietas	<b>Tingkat ansietas menurun (L.09093)</b>	<b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b> <b>Observasi</b>



		<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li><li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li><li>3. Perilaku gelisah menurun</li><li>4. Perilaku tegang menurun</li><li>5. Konsentrasi membaik</li><li>6. Pola tidur membaik</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi saat Tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)</li><li>2. Identifikasi kemampuan mengambil Keputusan</li><li>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li></ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li><li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li><li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li><li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li><li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li><li>6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li><li>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li><li>8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li></ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</li></ol>
4	Risiko kekurangan volume cairan	<p><b>Keseimbangan cairan meningkat diberi kode L.03020</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan</p>	<p><b>Manajemen Cairan (L.03098)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral,</li></ol>



		<p>selama 3x24 jam, diharapkan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Asupan cairan meningkat</li><li>2. Output urin meningkat</li><li>3. Membrane mukosa lembab meningkat</li><li>4. Edema menurun</li><li>5. Dehidrasi menurun</li><li>6. Tekanan darah membaik</li><li>7. Frekuensi nadi membaik</li><li>8. Kekuatan nadi membaik</li><li>9. Tekanan arteri rata-rata membaik</li><li>10. Mata cekung membaik</li><li>11. Turgor kulit membaik</li></ol>	<p>pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Monitor berat badan harian</li><li>3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis</li><li>4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis: hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urin, BUN)</li><li>5. Monitor status hemodinamik (mis: MAP, CVP, PAP, PCWP, jika tersedia)</li></ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam</li><li>2. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan</li><li>3. Berikan cairan intravena, jika perlu</li></ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu</li></ol>
--	--	--	--

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi di mulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada rencana strategi untuk membantu mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh sebab itu, rencana tindakan yang spesifik di laksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan. Tujuan dari implementasi adalah membantu dalam mencapai tujuan



yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Harahap, 2019).

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melibatkan kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Harahap, 2019)



**BAB 3**  
**ASUHAN KEPERAWATAN**

**PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa : Maria Ayu Primata Gulo

NIM: 052025028

Unit : Rawat Inap

Tgl. Pengkajian : 24-11-2025

Ruang/Kamar : Laura/2.1

Waktu Pengkajian : 15.30

Tgl. Masuk RS : 22-11-2025

Auto Anamnese

Allo Anamnese

**1. IDENTIFIKASI**

**a. KLIEN**

Nama Initial : Ny. R

Tempat/Tgl Lahir (umur) : 20 Oktober 1950 (75 tahun)

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Status Perkawinan : Kawin

Jumlah Anak : 4

Agama/Suku : Kristen/ Batak Karo

Warga Negara :  Indonesia  Asing

Bahasa yang Digunakan :  Indonesia

Daerah

Asing

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Alamat Rumah : Jl. Jati gg dame No.83/96



**b. PENANGGUNG JAWAB**

Nama : Tn. H  
Alamat : Jl. Jati gg dame No.83/96

**1. DATA MEDIK**

- a. Dikirim oleh : Dokter praktek (dr.freddy)  
b. Diagnosa Medik :   
b.1. Saat Masuk : Cholelithiasis  
b.2. Saat Pengkajian : Post Op Cholelithiasis

**3. KEADAAN UMUM**

- a. **KEADAAN SAKIT** : Klien tampak sakit ringan\* / **sedang\*** / berat\*  
(\*pilih sesuai kondisi pasien)

Alasan : Tak bereaksi /**baring lemah**/ duduk /aktif /**gelisah**/ posisi tubuh/  
pucat/ Cyanosis /sesak napas /penggunaan alat medik yang  
digunakan

Lain-lain :

(\*pilih sesuai kondisi pasien)

**b. RIWAYAT KESEHATAN**

- 1). Keluhan Utama :  
Ny R mengatakan nyeri bekas operasi di perut kuadran kanan atas.
- 2). Riwayat kesehatan sekarang :  
Ny. R mengatakan merasakan nyeri bekas operasi pada kuadran kanan atas perut, nyeri seperti di sayat-sayat, nyeri dengan skala 7, nyeri yang rasakan berulang-ulang dengan durasi tidak menentu. Keluarga mengatakan Ny R mengeluh nyeri saat bergerak, sulit tidur, badan terasa lemas, mudah haus, sering buang air kecil dan perut terasa lapar.



3). Riwayat kesehatan masa lalu :

Ny R mengatakan memiliki riwayat diabetes melitus sejak 15 tahun terakhir, Ny R sering merasa haus sehingga buang air kecil terus menerus, perut terasa lapar dan sering merasa ngantuk. Ny R juga mengatakan memiliki riwayat kanker rahim sehingga dokter menyarankan operasi histerektomi sejak 8 tahun terakhir.

**TANDA-TANDA VITAL**

**a. Kesadaran :**

- 1). **Kualitatif** :  Compos mentis  Somnolens  Coma  
 Apatis  Soporocomatous

2). **Kuantitatif** :

Skala Coma Glasgow :  
> Respon Motorik : 6  
> Respon Bicara : 5  
> Respon Membuka Mata: 4  
> Jumlah : 15

3). **Kesimpulan** : Composmentis

b. Flapping Tremor / Asterixis :  Positif  Negatif

c. Tekanan darah : 120/70 mm Hg

MAP : 87 mm Hg

Kesimpulan : Normal

d. Suhu : 36,5°C  Oral  Axillar  Rectal

e. Pernafasan : Frekuensi 20 X/menit

1). Irama :  Teratur  Kusmuall  Cheynes-Stokes

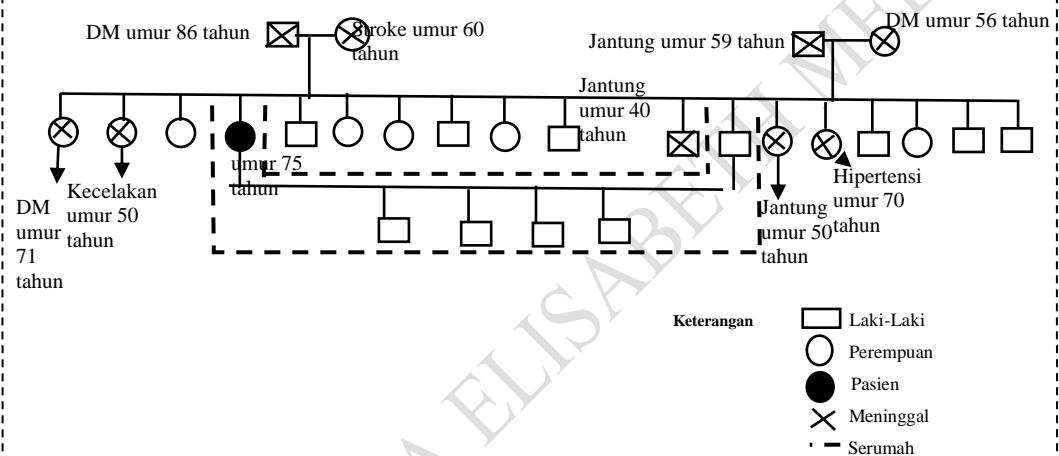
2). Jenis :  Dada  Perut



**5. PENGUKURAN**

Tinggi Badan : 161 cm  
 Berat Badan : 63 kg  
 IMT : 24,3  
 Kesimpulan : Normal  
 Catatan : Indeks masa tubuh dalam batas normal

**6. GENOGRAM : ( 3 generasi / keturunan)**



**7. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN**

**1. PERSEPSI KESEHATAN – PEMELIHARAAN KESEHATAN**

**1). Riwayat Penyakit Yang Pernah Dialami :**

(Sakit berat, dirawat, kecelakaan, operasi, gangguan kehamilan/persalinan, abortus, transfusi, reaksi alergi)

	Kapan	Catatan
Post Op histerektomi	2017	Ny R mengatakan pernah melakukan operasi histerektomi karena pasien mengidap kanker rahim.
Diabetes Melitus	2010	Ny R mengatakan memiliki riwayat DM dan memngonsumsi



obat Metformin 3x1 hari.

**2). Data Subyektif**

Keluarga mengatakan Ny R tidak pernah menjaga pola makanan yang baik, Ny R sering mengomsumsi makanan yang berlemak, goreng-gorengan, terkadang makan makanan yang mengandung manisan, sedangkan untuk berolahraga Ny R sangat jarang melakukan dan tidak konsisten. Untuk pola aktivitass Ny R lebih sering tidur dan terkadang menjaga cucu-cucunya.

**3. Data Obyektif**

- Kebersihan rambut : Bersih
- Kulit kepala : Bersih
- Kebersihan ulit : Bersih dan tidak kering
- Kebersihan rongga mulut : Bersih
- Kebersihan genitalia : Bersih
- Kebersihan anus : Bersih

**II. NUTRISI DAN METABOLIK**

**1). Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Ny. R mengatakan tidak memiliki alergi makanan dan pola makan harus makan nasi per  $\pm 3$  jam dengan porsi sedikit-sedikit dengan ikan, sayur dan buah, pasien mengeluh sering lapar, dan lemas bila tidak makan/3 jam, kadang diselingi dengan makan roti krekers, buah semangka dan minum susu 1 gelas setiap malam hari, pasien mengatakan sering merasa haus dan mulut terasa kering, pasien minum 10-12 gelas/hari.



b. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan bahwa sejak sakit Ny R sering mengeluh lapar dan haus, makan nasi per 3 jam selain makanan dari rumah sakit keluarga juga membawa makanan dari rumah berupa nasi dengan lauk ikan. Ny R dalam satu hari minum 10-12 gelas/hari. Ny R, tampak lemah/gelisah, tidak bersemangat, pupil merah mudah, tampak meringis kesakitan, terdapat bekas operasi di kuadran atas kanan perut, Kgd 119 mg/gl.

2). Data Obyektif

a). Pemeriksaan Fisik (Narasi)

- Keadaan nutrisi rambut : Bersih dan beruban
- Hidrasi kulit : Terhidrasi
- Palpebrae : Tidak edema
- Conjunctiva : Anemis
- Sclera : Tidak Ikterik
- Rongga mulut : Bersih
- Gusi : Tidak ada peradangan
- Gigi Geligi :

Utuh

Tidak utuh 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang tanggal) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Gigi palsu :

Tidak ada

Ada gigi palsu 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 atas

(beri tanda pada gigi yang palsu) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 bawah

- Kemampuan mengunyah keras : mampu mengunyah
- Lidah : Tidak ada lesi dan pembesaran
- Tonsil :  Ada pembesaran T .....



- Tidak ada pembesaran
- Pharing : Tidak ada pembesaran
- Kelenjar parotis :  Ada pembesaran
- Tidak ada pembesaran
- Kelenjar tyroid :  Ada pembesaran
- Tidak ada pembesaran
- Abdomen
- = Inspeksi : Bentuk simetris, Terdapat luka operasi sepanjang 12 cm dengan 9 jahitan, luka operasi tampak basa dan terbalut kasa yang di oles dengan salep, luka tampak kemerahan.
- = Auskultasi : Peristaltik 12 X / menit
- = Palpasi : Nyeri didaerah sekitar luka operasi
- \* Massa tidak ada
  - \* Hidrasi kulit terhidrasi
  - \* Nyeri tekan:  R. Epigastrica
  - Titik Mc. Burney
  - R. Suprapubica
  - R. Illiaca
- = Perkusi Tympani
- \* Ascites  Negatif
  - Positif, Lingkar perut/.../...Cm
- Kelenjar limfe inguinal  Teraba ada pembesaran



Tidak teraba pembesaran

- Kulit :

= Uremic frost  Negatif  Positif

= Edema  Negatif  Positif

= Icteric  Negatif  Positif

= Tanda-tanda radang tidak ditemukan

= Lain-lain ( yang ditemukan selain yang tertulis di atas)

### III. POLA ELIMINASI

#### 1). Data Subyektif

##### a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit d BAB 2x dalam sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning kecoklatan dan tidak ada kesulitan dalam BAB. Pasien mengatakan dirinya BAK 7-8 kali dalam sehari dengan warna kuning jernih dan berbau khas jumlah urine yang dikeluarkan 1.500 cc/8 jam. Ny R mengatakan sering buang air kecil pada malam hari, Ny R pada malam hari kurang tidur, pasien lebih banyak tidur pada pagi atau siang hari.

##### b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit bahwa sering ingin buang air kecil dalam sehari 7-8 kali dengan dengan jumlah urine  $\pm 1700$ cc/8 jam dengan warna kuning kecoklatan seperti warna teh. Ny R mengatakan BAK lebih sering pada malam hari, dan BAB 1x sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning pucat.





2). **Data Obyektif**

a). **Observasi**

b). **Aktivitas Harian**

- Makan  1
  - Mandi  1
  - Berpakaian  1
  - Kerapian  1
  - Buang air besar  1
  - Buang air kecil  1
  - Mobilisasi ditempat tidur  0
  - Ambulansi  1
  - Postur tubuh / gaya jalan : Normal
  - Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 0 | : mandiri                |
| 1 | : bantuan dengan alat    |
| 2 | : bantuan orang          |
| 3 | : bantuan orang dan alat |
| 4 | : bantuan penuh          |

c). **Pemeriksaan Fisik**

- Perfusi pembuluh perifer kuku : Normal < 3 detik
- Thorax dan Pernafasan
  - = Inspeksi : Bentuk Thorax : simetris
    - \* Stridor  Negatif  Positif
    - \* Dyspnea d'effort  Negatif  Positif
    - \* Sianosis  Negatif  Positif
  - = Palpasi : Vocal Fremitus Getaran paru kiri kanan sama
  - = Perkusi :  Sonor  Redup  Pekak
    - Batas paru hepar : ICS6 hepar
    - Kesimpulan : Normal
  - = Auskultasi :
    - Suara Napas : Vaskuler
    - Suara Ucapan : Jelas
    - Suara Tambahan : tidak ada



- Jantung

- = Inspeksi : Ictus Cordis : tidak terlihat
- = Palpasi : Ictus Cordis : tidak teraba
- Thrill:  Negatif  Positif
- = Perkusi (dilakukan bila penderita tidak menggunakan alat bantu pada jantung)

Batas atas jantung : ICS III linea parasternalis  
dekstra, sinistra

Batas kanan jantung : ICS III, ICS V linea  
sternalis

Batas kiri jantung : ICS linea parasternalis  
sinistra

= Auskultasi :

Bunyi Jantung II A : dup

Bunyi Jantung II P : dup

Bunyi Jantung I T : dup

Bunyi Jantung I M : lup

Sinistra

Bunyi Jantung III Irama Gallop :  Negatif  
 Positif

Murmur :  Negatif

Positif : Tempat : .....

Grade : .....

HR : 98 X

- Lengan Dan Tungkai

= Atrofi otot :  Negatif  Positif, lokasi di :

= Rentang gerak : Normal

\* Mati sendi  Ditemukan

Tidak ditemukan

\* Kaku sendi  Ditemukan

Tidak ditemukan



= Uji kekuatan otot :Kiri 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kanan 

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

= Reflex Fisiologik :.....

= Reflex Patologik : Babinski,

\* Kiri  Negatif  Positif

\* Kanan  Negatif  Positif

= Clubing Jari-jari  Negatif  Positif

= Varices Tungkai  Negatif  Positif

- Columna Vertebralis

= Inspeksi:  Tidak ditemukan kelainan bentuk

Ditemukan kelainan bentuk

= Palpasi:

\* Nyeri tekan :  Negatif  Positif

\* N. VIII Rombeng Test :

Negatif

Positif

Tidak diperiksa, alasannya : Ny. R

berbaring lemah

\* Kaku duduk : Tidak ada

## V. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

### 1). Data Subyektif

#### a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan bahwa sebelum sakit pola tidur Ny R baik. Pada malam hari pasien tidur selama 6–7 jam, mulai sekitar pukul 21.00 wib dan bangun pukul 05.00. Selain itu untuk istirahat atau tidur siang



sekitar 1- 2 jam, jika Ny R tidak menjaga cucunya.

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga mengatakan bahwa semenjak sakit Ny R mengeluh sulit tidur karena terganggu dengan nyeri pada bekas operasi, Ny R selalu tampak lemas. Biasanya Ny R tidur lebih lama sekitar 6 -8 jam. Sejak 2 hari terakhir Ny R kesulitan tidur , waktu tidur pada malam hari  $\pm 5$  jam, terkadang tidak bisa tidur sehingga Ny. R merasakan kepala terasa berat, badan lemah atau lemas, dan wajah tampak mengantuk dan menguap. Keluarga mengatakan jika sulit tidur pasien mengonsumsi obat tidur.

2). **Data Obyektif**

a). **Observasi** :

- Ekspresi wajah mengantuk :  Negatif  
 Positif
- Palpebrae Inferior berwarna gelap :  Negatif  
 Positif

**VI. POLA PERSEPSI KOGNITIF-PERSEPTUAL**

1). **Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga Ny R mengatakan dalam 15 tahun terakhir Ny R mengidap penyakit diabetes melitus dan sudah mengetahuinya, dalam hal itu ia juga selalu rutin mengonsumsi obatnya namun selalu saja Tn m mengonsumsi makanan yang mengandung pemanis,goreng-gerongan,



dan makanan yang berlemak serta kurang dalam menjaga pola makan dan berolahraga.

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga Ny R mengatakan bahwa Ny R sudah mengetahui tanda dan gejala apabila diabetes melitus naik serta mengetahui kondisi sakitnya yang sekarang dalam hal itu Ny R rutin mengonsumsi obatnya.

2). **Data Obyektif**

a). **Observasi**

Pasien tampak sudah menerima akan penyakitnya.

b). **Pemeriksaan Fisik**

- **Penglihatan**

- = Cornea : Bersih
- = Visus : Menurun
- = Pupil : Isokor
- = Lensa Mata : Jernih
- = Tekanan Intra Ocular (TIO): Teraba sama antara kiri dan kanan.

- **Pendengaran**

- = Pina : Simetris kanan dan kiri
- = Canalis : Bersih
- = Membran Tympani : Utuh
- = Tes Pendengaran : Normal

- Pengenalan rasa nyeri pada gerakan lengan dan tungkai :  
Ada Alasan: Ketika diberi rangsangan nyeri pada lengan dan tungkai sebelah kiri pasien memberikan respon.





### **VIII. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA**

(berkaitan dengan pekerjaan klien, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan klien dengan keluarga, dan gangguan peran yang dilakukan)

#### **1). Data Subyektif**

##### **a. Keadaan sebelum sakit**

Pasien mengatakan mempunyai hubungan yang baik dengan keluarga dan orang sekitarnya. Pasien mengatakan berperan sebagai ibu dan nenek dalam keluarganya, dan memiliki hubungan keluarga yang harmonis.

##### **b. Keadaan sejak sakit**

Pasien mengatakan sejak sakit keluarga sering berkunjung ke rumah sakit.

#### **2). Data Obyektif Observasi**

Ny. R di dampingin oleh suami dan keluarganya.

### **IX. POLA REPRODUKSI – SEKSUALITAS**

(masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit yg dideritanya)

#### **1). Data Subyektif**

##### **a. Keadaan sebelum sakit**

Pasien mengatakan menstruasi pada umur 12 tahun, pasien mengatakan menstruasinya teratur setiap bulan, dan pasien juga mengatakan saat menstruasi pasien merasakan nyeri pada hari pertama menstruasi. Pasien mengatakan tidak ada masalah di organ reproduksi.

##### **b. Keadaan sejak sakit**

Pasien mengatakan tidak ada masalah mengenai alat-alat reproduksi.

#### **2). Data Obyektif**

##### **a. Observasi**

Ny. R berpenampilan dan berperilaku layaknya perempuan.

##### **b. Pemeriksaan Fisik**

Tidak tampak lesi pada area genitalia.



**X. MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES**

**1). Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dirinya selalu banyak pikiran dan khawatir tentang kondisinya. Pasien mengatakan bila ada masalah ia selalu memberitahukan kepada suaminya. Keluarga mengatakan pasien jarang marah.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit dan selalu merasa khawatir akan kondisinya.

**2). Data Obyektif**

**a). Observasi**

Tampak pasien gelisah ketika perawat ajak bicara, pasien di damping oleh keluarganya

**b). Pemeriksaan Fisik**

- Kulit : = Keringat dingin : Tidak ada  
= Basah : Tidak ada

**XI. POLA SISTEM NILAI KEPERCAYAAN / KEYAKINAN**

**1). Data Subyektif**

a. Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan beragama kristen protestan, rajin kegereja setiap hari minggu, mengikuti kegiatan ibadah lingkungan dan sering mengikuti acara penting digereja dan selalu berdoa sebelum dan sesudah bangun tidur.

b. Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakna saat ini pasien sulit melakukan ibadahnya tapi pasien selalu berdoa saat dirumah sakit.



**2). Data Obyektif**

**Observasi**

- Tampak pasien didampingi oleh keluarganya
- Tampak pasien berdoa sebelum dan sesudah makan

Nama dan Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Maria Ayu Primata Gulo)



**Checklist Screening Risiko Jatuh Pasien Lansia**

Berdasarkan Penilaian Skala Risiko Jatuh Ontaria Modified Stratify-Sydney

**Scoring**

Tanggal: 24 November 2025

Unit : Rawat inap

Parameter		Jawaban	Keterangan Nilai	Skor
Riwayat jatuh	Apakah pasien datang kerumah sakit karena jatuh?	Ya/Tidak	Salah satu jawaban ya = 6 Tidak = 0	0
	Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ini?	Ya/Tidak		0
Status mental	Apakah pasien delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat).	Ya/Tidak	Salah satu jawaban ya = 14 Tidak = 0	5
	Apakah pasien disorientas? (salah menyebutkan waktu, tempat atau orang).	Ya/Tidak		0
	Apakah pasien mengalami agitasi (Ketakutan, gelisah, dan cemas)	Ya/Tidak		2
Penglihatan	Apakah pasien memakai kacamata?	Ya/Tidak		0
	Apakah pasien mengeluh dan penglihatan buram?	Ya/Tidak		0



	Apakah pasien mempunyai glukoma, katarak, atau degenarasi makula?	Ya/Tidak	Salah satu jawaban ya = 1 Tidak = 0	0
Kebiasaan berkemih	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nocturia).	Ya/Tidak	Salah satu jawaban Ya = 2 Tidak = 0	0
Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur)	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan)	0	Jumlah nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3 maka skor=0	1
	Memerlukan sedikit bantuan (1 orang) atau dalam pengawasan	1		2
	Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang)	2		0
	Tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total	3		0
Mobilitas	Mandiri (boleh menggunakan alat bantu)	0	Jika nilai total 4-6, maka skor = 7	1
	Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal/fisik)	1		1
	Menggunakan kursi roda	2		0
	Immobilisasi	3		2
Total				12

Keterangan skor:

0-5 = resiko rendah



6-16 = resiko sedang

17-30 = resiko tinggi

**Daftar Terapi Ny. R**

Obat / Tindakan	Golongan	Dosis	Manfaat
Ringer Lakta	Obat Keras	20 tts/menit	Menggant cauran tubuh yang hilang saat mengalami luku, cedera, atau menjalani operasi yang menyebabkan kehilangan darah dengan cepat dalam jumlah yang banyak
Ceftrianoxe	Cephalosporins	1 gram/12 jam	mengobati berbagai macam infeksi bakteri,
Aprida	Obat resep	3 unit/12 jam	mengontrol kadar gula darah tinggi pada penderita diabetes melitus tipe 1 dan tipe 2
Nesfol Enema	Obat resep	1/24 jam	untuk mengatasi sembelit atau konstipasi
Fentanyl	Obat resep	3 cc/jam	Meredakan nyeri hebat, menjadi obat tambahan yang digunakan saat prosedur anestesi atau pembiusan
Trichodazol	obat antimikroba nitroimidazole	500 mg/8 jam	mengatasi berbagai infeksi yang disebabkan oleh bakteri anaerob dan parasit tertentu



Rumpitor	Obat resep	40 mg/12 jam	Mengurangi produksi asam lambung
Alprazolam	Obat resep	tablet/24 jam	Mengatasi gangguan kecemasan dan gangguan panik
Paracetamol	Obat resep dan obat bebas	1 gram/12 jam	Pereda nyeri dan penurun demam
Keterolac	Obat resep	1 amp/8 jam	Pereda nyeri

**Hasil Pemeriksaan Laboratorium**

Tanggal Pemeriksaan	Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan
22 November 2025	Lymphocyte (LYM) Monocyte (MON) Eosinophil (EOS) Golongan Darah ABO Chlorida SGOT (AST) HBA1C	47.3% 9.4% 5.0% O 109 mmol/L 41 U/L 10.7%
22 November 2025	Gula Darah Sewaktu	235 mg/dL
23 November 2025	Gula Darah Sewaktu Glukosa puasa	219 mg/dL 151 mg/dL
24 November 2025	Gula Darah Sewaktu	190 mg/dL
25 November 2025	Gula Darah sewaktu	130 mg/dL

## CT Scan



**Name :** Body CT Scan Upper+Lower Abdomen-Tanpa Contrast

**Result:** Dilakukan CT Scan abdomen potongan axial dengan slice thickness 5 mm. Kemudian dibuat reformat coronal dan sagittal. Scanning tanpa memakai kontra media i.v.

### **Hepar:**

Ukurannya tidak membesar. Tepi masih tampak reguler. Parenkim homogen hypodense dan kasar. Tidak tampak bayangan masaa. Vena porta tidak melebar, vena hepatica tidak melebar.

### **Kandung empedu:**

Ukurannya normal. Dinding tidak menebal. Tampak batu multiple di dalamnya. Diameter terbear 1,2 cm.

Duktus biliaris intra/ekstrahepatal ukurannya tidak melebar. Tidak tampak massa di dalamnya.

### **Spleen:**

Ukurannya tidak membesar. Densitas parenkim homogen, tidak tampak massa/cyst.splenic vien tidak melebar.

### **Pankreas:**

Ukurannya normal. Parenkim homogen, tidak tampak massa/cyst. Duktus pankreatikus tidak melebar.

### **Ginjal kanan dan kiri:**



Ukuran ginjal kanan dan kiri normal. Korteks ginjal kanan dan kiri normal. Sistem pelvokalis ginjal kanan dan kiri beserta ureter masih normal. Tidak tampak batu di dalam kedua ginjal dan ureter. Tidak tampak massa pada kedua ginjal.

**Vesica urinaria, Uterus dan Adnexa:**

Vesica urinaria terisi urine. Dinding tidak menebal. Tidak tampak bayangan batu massa didalamnya.

Post hysterectomy

Tidak tampak lymphadenopathy di daerah paraaorta dan parailiaka bilateral.

**Summary:** Multiple cholelithiasis

Fatty liver



**ANALISA DATA**

**Nama/Umur** : Ny. R/ 75 tahun

**Ruang/Kamar** : Laura/ 1.2

<b>D a t a</b>		<b>Etiologi</b>	<b>Masalah</b>
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>		
1. Ny R mengatakan nyeri pada bekas operasi nyeri di kuadran kanan atas dengan skala nyeri 7, nyeri yang di rasakan berulang-ulang dengan durasi tidak menentu. 2. Ny. R mengatakan badan terasa lemas	1. Pasien tampak meringis 2. Tampak gelisah 3. Pasien sulit tidur 4. TD: 120/80 mm Hg, HR : 89x/menit, RR: 20x/menit, Spo2:99%, T: 36,5 <sup>0</sup> C. 5. Terpasang infus RL 20tts/I dan fentanyl dengan kecepatan 2 cc/jam menggunakan syringpump. 6. Pasien tampak protektif terhadap lokasi nyeri (berhati-hati saat bergerak).	Agen pencedera fisik (post op cholelitis)	Nyeri Akut (D.077)
Keluarga mengatakan terdapat luka operasi di perut kanan atas pasien dan pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi.	1. Terdapat luka post operasi sepanjang 12 cm dengan 9 jahitan. 2. Luka tampak kemerahan. 3. Ada kasa menempel untuk menutup luka yang di olesin dengan salep. 4. Pasien terpasang drain (14 cc) pada perut sebelah kanan.	Efek prosedur invasif (post op cholelitis)	Resiko infeksi (D. 0142)



	5. Luka operasi tampak basa. 6. Pasien tampak meringis.		
Pasien mengatakan tidurnya terganggu sejak mengalami sakit. Pada mslsm sering terbangun di malam hari karena nyeri dan rata-rata hanya tidur $\pm 5$ jam. Terkadang pasien tidak dapat tidur sama sekali. Ny R mengatakan mengonsumsi obat tidur (alprazolam 1 tablet) jika sulit tidur	1. Pasien mengeluh lemas 2. Tampak sering terbangun saat sedang beristirahat 3. Pasien sering menguap dan mengantuk 4. Palpebra berwarna gelap	Kurang kontrol tidur	Gangguan Pola Tidur (D.0055)



**DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Nama/Umur : Ny R/75 tahun

Ruang/Kamar : Laura/1.2

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (post op cholelitis) ditandai dengan nyeri di kuadran kanan atas dengan skala nyeri 7, nyeri yang di rasakan berulang-ulang dengan durasi tidak menentu, badan terasa lemas pasien tampak meringis, tampak gelisah, pasien sulit tidur, TD: 120/80 mm Hg, HR : 89x/menit, RR: 20x/menit, Spo2:99%, T: 38,5 <sup>0</sup> C, Terpasang infus RL 20tts/I dan fentanyl dengan kecepatan 2 cc/jam menggunakan syringpump, Pasien tampak protektif terhadap lokasi nyeri (berhati-hati saat bergerak).	Maria ayu
2	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post op cholelitis) di tandai terdapat luka operasi di perut kanan atas pasien dan pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi, terdapat luka post operasi sepanjang 12 cm dengan 9 jahitan, luka tampak kemerahan, ada kassa menempel untuk menutup luka, pasien terpasang drain (14 cc) pada perut sebelah kanan, luka operasi tampak basa, pasien tampak meringis.	Maria ayu
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan sulit tidur pada malam hari sering terbangun karena nyeri dan rata-rata hanya tidur ±5 jam, terkadang pasien tidak dapat tidur sama sekali, mengonsumsi obat tidur (alprazolam) jika sulit tidur, pasien mengeluh lemas, tampak sering terbangun saat sedang beristirahat, pasien sering menguap dan mengantuk, palpebra berwarna gelap.	Maria ayu



**PRIORITAS MASALAH**

Nama/Umur : Ny R/75 tahun

Ruang/Kamar : St. Laura/2.1

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (post op cholelitis) ditandai dengan nyeri di kuadran kanan atas dengan skala nyeri 7, nyeri yang di rasakan berulang-ulang dengan durasi tidak menentu, badan terasa lemas pasien tampak meringis, tampak gelisah, pasien sulit tidur, TD: 120/80 mm Hg, HR : 89x/menit, RR: 20x/menit, Spo2:99%, T: 38,5 <sup>0</sup> C, Terpasang infus RL 20tts/I dan fentanyl dengan kecepatan 2 cc/jam menggunakan syringpump, Pasien tampak protektif terhadap lokasi nyeri (berhati-hati saat bergerak).	Maria ayu
2	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post op cholelitis) di tandai terdapat luka operasi di perut kanan atas pasien dan pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi, terdapat luka post operasi sepanjang 12 cm dengan 9 jahitan, luka tampak kemerahan, ada kassa menempel untuk menutup luka, pasien terpasang drain (14 cc) pada perut sebelah kanan, luka operasi tampak basa, pasien tampak meringis.	Maria ayu
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan sulit tidur pada malam hari sering terbangun karena nyeri dan rata-rata hanya tidur ±5 jam, terkadang pasien tidak dapat tidur sama sekali, mengonsumsi obat tidur (alprazolam) jika sulit tidur, pasien mengeluh lemas, tampak sering terbangun saat sedang beristirahat, pasien sering menguap dan mengantuk, palpebra berwarna gelap.	Maria ayu



**RENCANA KEPERAWATAN**

Nama/Umur : Ny. R/ 75 tahun

Ruang/Kamar : Laura/ 1.2

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang diharapkan	Rencana Tindakan	Rasional
1	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (post op cholelitis)	<b>Tingkat nyeri (L.12111)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Pola tidur membaik	<b>Manajemen nyeri (I. 08238)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri <b>Terapeutik</b> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: relaksasi napas dalam dan distraksi lima jari). 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <b>Edukasi</b> 1. Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat. 2. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <b>Kolaborasi</b> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	
2	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post op cholelitis)	<b>Tingkat infeksi (L.14137)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan	<b>Pencegahan infeksi (I.14539)</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <b>Terapeutik</b>	



		menurun dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Nyeri menurun 3. Kemerahanan menurun.	1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2. Ajarkan memeriksa kondisi luka operasi.	
3	Gangguan Pola tidur berhubungan dengan Kurang Kontrol Tidur	<b>Pola tidur (L.05045)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	<b>Dukungan Tidur (I.05174)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik) 3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. <b>Terapeutik</b> 1. Tetapkan jadwal tidur rutin <b>Edukasi</b> 1. Ajarkan relaksasi napas dalam	



**PELAKSANAAN KEPERAWATAN**

Nama/Umur : Ny. R/75 tahun

Ruang/Kamar : St. Laura/1.2

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
24-11-2025	1	15.30	1. Monitor/mengkaji tanda dan gejala nyeri (R/nyeri pada bekas operasi di kuadran kanan atas perut, nyeri seperti disayat-sayat dengan skala nyeri 7, nyeri secara berulang-ulang dengan durasi yang tidak menentu).	Maria Ayu
		16.00	2. Memonitor skala nyeri (R/Skala nyeri 7)	
		17.00	3. Memberikan terapi relaksasi napas dalam (R/ Klien melihat dan mengikuti arahan cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang di ajarkan oleh perawat dan dapat mengulanginya)	
		18.10	4. Menanyakan kembali skala nyeri kepada klien setelah terapi dilaksanakan (R/ Klien mengatakan nyeri sudah berkurang menjadi 6 setelah dilakukan terapi)	
		18.20	5. Menganti cairan infus RL 20 tts/menit.	
	2	15.30	1. Mencuci tangan sebelum tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien	
		15.50	2. Memonitor karakteristik luka (R/luka tampak bersih, tampak kemerahan, terdapat cairan yang keluar dari selang drainase, cairan berupa darah).	
		16.00	3. Memberikan ceftriaxone melalui infus dengan dosis 1gr (R/klien mengatakan tidak terjadi alergi pada obat).	



3	16.00	1. Monitor/mengkaji pola tidur (R/klien kesulitan tidur karena nyeri, pada malam hari tidur $\pm$ 5 jam terkadang tidak sama sekali).
	16.00	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (R/ klien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada bekas operasi).
	17.00	3. Monitor penyebab kesulitan tidur (R/karena nyeri pada bekas operasi di kudran kanan atas perut).
	18.00	4. Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi (R/klien mengonsumsi obat tidur (alprazolam 1 tablet, jika kesulitan tidur).
	20.00	5. Memberikan nonfarmakologi terapi relaksasi napas dalam (R/ Klien melihat dan mengikuti arahan cara melakukan teknik relaksasi napas dalam yang di ajarkan oleh perawat dan dapat mengulangnya).
	20.30	6. Tetap jadwal tidur (R/menetapkan jadwal tidur dari pukul 21.00-05-00 wib).



**PELAKSANAAN KEPERAWATAN**

Nama/Umur : Ny. R/75 tahun

Ruang/Kamar : St. Laura/1.2

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
25-11-2025	1	08.00	1. Menanyakan skala nyeri kepada klien sebelum melakukan terapi relaksasi nafas dalam (R/Klien mengatakan nyeri pada luka operasi yaitu skala 5).	Maria Ayu
		09.30	2. Memberikan nonfarmakologi terapi relaksasi napas dalam (R/ Klien mampu melakukan terapi relaksasi napas dalam dan klien mengatakan nyeri sudah berkurang yaitu skala 4)	
		09.40	3. Menganti cairan infus RL 20 tts/menit.	
		09.55	4. Memberikan ketorolac melalui infus dengan dosis 30 mg (R/klien mengatakan tidak terjadi alergi pada obat).	
		11.00	5. Melakukan TTV sebelum di lakukan Terapi (R/TD: 120/80, HR: 99, RR: 20, Spo2:100, T: 36).	
	2	09.00	1. Mencuci tangan sebelum tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien.	
		09.10	2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi (R/klien tampak memperhatikan yang dijelaskan oleh perawat yaitu tanda-tanda infeksi pada luka).	
		10.00	3. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan (R/balutan tampak bersih dan kering serta tidak terdapa tanda Infeksi pada luka).	
		10.05	4. Membersihkan dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan (R/ luka tampak kering dan kasa tidak telalu banyak darah).	
		10.10	5. Pasang balutan sesuai jenis luka dan balutan drainase (R/ kasa steril di pasang sesuai kebutuhan dan panjang luka Post operasi).	



		11.00	6. Membatasi jumlah pengunjung (R/ keluarga yang bertamu 2 orang).	
	3	07.30	1. Mengidentifikasi pola tidur pasien, (R/pasien mengatakan tidak dapat tidur).	
		09.30	2. Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi (R/klien mengonsumsi masih obat tidur (alprazolam 1 tablet, jika kesulitan tidur).	
		11.50	3. Memberikan nonfarmakologi terapi relaksasi napas dalam (R/ Klien dapat melakukan terapi relaksasi napas dalam dan klien merasa nyaman dan rileks)	
		12.00	4. Menetapkan jadwal tidur (R/menetapkan jadwal tidur dari pukul 21.00-05-00 wib).	



**PELAKSANAAN KEPERAWATAN**

Nama/Umur : Ny. R/75 tahun

Ruang/Kamar : Laura/1.2

Tgl	No DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Jelas
26-11-2025	1	14.30	1. Monitor/mengkaji tanda dan gejala nyeri (R/nyeri pada bekas operasi di kuadran kanan atas perut, nyeri seperti disayat-sayat dengan skala nyeri 4, nyeri secara berulang-ulang dengan durasi yang tidak menentu).	Maria Ayu
		16.00	2. Memberikan ceftriaxone melalui infus dengan dosis 1gr (R/klien mengatakan tidak terjadi alergi pada obat).	
		17.00	3. Menanyakan skala nyeri kepada klien sebelum melakukan terapi relaksasi nafas dalam (R/Klien mengatakan nyeri luka operasi yaitu 4).	
		18.00	4. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri yaitu relaksasi napas dalam selama 10 menit kepada klien R/(Klien melihat dan mengikuti arahan cara melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang diajarkan oleh perawat dan dapat mengulanginya serta melakukannya secara mandiri).	
		18.10	5. Menanyakan kembali skala nyeri kepada klien setelah terapi dilaksanakan (R : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang menjadi 3 setelah dilakukan terapi).	
		18.20	6. Memberikan ketorolac melalui infus dengan dosis 30 mg. R: klien mengatakan tidak terjadi alergi pada obat.	
	2	14.30	1. Mencuci tangan sebelum tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien	
		14.40	2. Memonitor karakteristik luka (R/luka tampak bersih, tidak ada	



		17.00	kemerahan dan bengkak di area luka operasi).	
		17.30	3. Memberikan ceftriaxone melalui infus dengan dosis 1gr (R/klien mengatakan tidak terjadi alergi pada obat). 4. Membatasi jumlah pengunjung (R/ keluarga yang bertamu 2 orang).	
	3	16.30	1. Mengidentifikasi pola tidur pasien, (R/ klien sudah bisa tidur).	
		16.00	2. Monitor/mengkaji pola tidur (R/ klien sudah bisa tidur tanpa konsumsi obat tidur).	
		18.00	3. Memberikan nonfarmakologi terapi relaksasi napas dalam (R/ Klien dapat melakukan terapi relaksasi napas dalam dan klien merasa nyaman dan rileks)	
		19.00	4. Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi (R/klien tidak mengonsumsi obat tidur (alprazolam, jika kesulitan tidur).	
		20.00	5. Tetap jadwal tidur (R/menempatkan jadwal tidur dari pukul 21.00-05-00 wib).	



**EVALUASI KEPERAWATAN**

Nama/Umur : Ny R/75 tahun

Ruang/Kamar : Laura/1.2

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
24-11-2025	<p><b>DP 1</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ny R mengatakan nyeri pada bekas operasi nyeri di perut kuadran kanan atas dengan skala nyeri 7, nyeri yang di rasakan berulang-ulang dengan durasi tidak menentu.</li><li>2. Ny. R mengatakan badan terasa lemas</li></ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien tampak meringis</li><li>2. Tampak gelisah</li><li>3. Pasien sulit tidur</li><li>4. TD: 120/80 mm Hg, HR : 89x/menit, RR: 20x/menit, Spo2:99%, T: 36,5<sup>0</sup>C.</li><li>5. Terpasang infus RL 20tts/I dan fentanyl dengan kecepatan 2 cc/jam menggunakan syringpump.</li><li>6. Pasien tampak protektif terhadap lokasi nyeri (berhati-hati saat bergerak)</li></ol> <p><b>Assement:</b> Masalah Keperawatan nyeri akut belum teratasi.</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Pertahankan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li><li>2. Identifikasi skala nyeri</li><li>3. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam)</li><li>4. Fasilitasi istirahat dan tidur</li><li>5. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat.</li><li>6. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li><li>7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li></ol> <p><b>DP 2</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <p>Keluarga mengatakan terdapat luka operasi di perut kanan atas pasien dan pasien mengeluh nyeri pada bekas operasi.</p> <p><b>Objektif:</b></p>	Maria ayu



1. Terdapat luka post operasi sepanjang 12 cm dengan 9 jahitan.
2. Tampak kemerahan
3. Luka tampak bersih dan tidak bengkak.
4. Ada kassa menempel untuk menutup luka operasi yang di olesin dengan salep.
5. Pasien terpasang drain (14 cc) pada perut sebelah kanan.
6. Luka operasi tampak basa.
7. Pasien tampak meringis

**Assement:** Masalah Keperawatan Resiko infeksi masih belum teratasi

**Planning:**

Pertahankan Intervensi keperawatan

1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
2. Batasi jumlah pengunjung
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
6. Ajarkan memeriksa kondisi luka operasi.

**DP 3**

**Subjekif:**

1. Pasien mengatakan tidurnya terganggu sejak operasi. Pada malam Ny. R sering terbangun di malam hari karena nyeri dan rata-rata hanya tidur  $\pm 5$  jam. Terkadang pasien tidak dapat tidur sama sekali.
2. Ny R mengatakan mengonsumsi obat tidur (alprazolam 1 tablet) jika sulit tidur

**Objektif:**

1. Pasien mengeluh lemas
2. Tampak sering terbangun saat sedang beristirahat
3. Pasien sering menguap dan mengantuk
4. Palpebra berwarna gelap

**Assement:** Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi

**Planning:**

Pertahankan intervensi

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik)
3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.
4. Tetapkan jadwal tidur
5. Ajarkan relaksasi napas dalam



**EVALUASI KEPERAWATAN**

Nama/Umur : Ny R/ 75 tahun

Ruang/Kamar : Laura/1.2

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
25-11-2025	<p><b>DP 1</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ny R mengatakan nyeri pada bekas operasi nyeri di perut kuadran kanan atas sudah berkurang dengan skala nyeri 5, nyeri yang di rasakan hilang timbul dengan durasi &gt;1 menit.</li><li>2. Ny. R mengatakan badan terasa lemas masih ada</li></ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien tampak meringis</li><li>2. Tampak gelisah</li><li>3. Pasien sulit tidur berkurang</li><li>4. TD: 119/80 mm Hg, HR : 100x/menit, RR: 20x/menit, Spo2:98%, T: 36 °C.</li><li>5. Terpasang infus RL 20tts/mnt</li><li>6. Pasien tampak protektif terhadap lokasi nyeri (berhati-hati saat bergerak).</li></ol> <p><b>Assement:</b> Masalah Keperawatan nyeri akut belum teratasi.</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Pertahankan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li><li>2. Identifikasi skala nyeri</li><li>3. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan distraksi lima jari).</li><li>4. Fasilitasi istirahat dan tidur</li><li>5. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat.</li><li>6. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li><li>7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li></ol> <p><b>DP 2</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <p>Keluarga mengatakan terdapat luka operasi di perut kanan atas pasien dan pasien nyeri sudah berkurang.</p>	Maria ayu



**Objektif:**

1. Terdapat luka post operasi sepanjang 12 cm dengan 9 jahitan.
2. Tampak kemerahan
3. Luka tampak bersih tidak bengkak.
4. Ada kassa menempel untuk menutup luka operasi
5. Pasien terpasang drain (14 cc) pada perut sebelah kanan.
6. Luka operasi sudah mulai kering.
7. Pasien tampak meringis berkurang

**Assement:** Masalah Keperawatan Resiko infeksi masih belum teratasi

**Planning:**

Pertahankan Intervensi keperawatan

1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
2. Batasi jumlah pengunjung
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
6. Ajarkan memeriksa kondisi luka operasi.

**DP 3**

**Subjekif:**

1. Pasien mengatakan kesulitan tidur sudah berkurang terkadang terganggu terbangun karena nyeri.
2. Ny R mengatakan masih mengonsumsi obat tidur (alprazolam 1 tablet) jika sulit tidur.

**Objektif:**

1. Pasien mengeluh lemas
2. Tampak sering terbangun saat sedang beristirahat
3. Pasien sering menguap dan mengantuk berkurang.
4. Palpebra berwarna gelap

**Assement:** Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi

**Planning:**

Pertahankan intervensi



- |  |  |  |
|--|--|--|
|  | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li><li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik)</li><li>3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.</li><li>4. Tetapkan jadwal tidur</li><li>5. Ajarkan relaksasi napas dalam</li></ol> |  |
|--|--|--|

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



**EVALUASI KEPERAWATAN**

Nama/Umur : Ny R/ 75 tahun

Ruang/Kamar : Laura/1.2

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama Jelas
26-11-2025	<p><b>DP 1</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ny R mengatakan nyeri pada bekas operasi nyeri di perut kuadran kanan atas sudah berkurang dengan skala nyeri 4, nyeri yang di rasakan hilang timbul dengan durasi &gt;1 menit.</li><li>2. Ny. R mengatakan badan terasa lemas sudah berkurang</li></ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pasien tampak meringis berkurang</li><li>2. Tampak gelisah berkurang</li><li>3. Pasien sulit tidur berkurang</li><li>4. TD: 120/90 mm Hg, HR : 90x/menit, RR: 20x/menit, Spo2:98%, T: 36 °C.</li><li>5. Terpasang infus RL 20tts/mnt</li><li>6. Pasien tampak protektif terhadap lokasi nyeri (berhati-hati saat bergerak) sudah berkurang.</li></ol> <p><b>Assement:</b> Masalah Keperawatan nyeri akut belum teratasi.</p> <p><b>Planning:</b></p> <p>Pertahankan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li><li>2. Identifikasi skala nyeri</li><li>3. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan distraksi lima jari)</li><li>4. Fasilitasi istirahat dan tidur</li><li>5. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat.</li><li>6. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li><li>7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li></ol> <p><b>DP 2</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <p>Keluarga mengatakan terdapat luka operasi di perut kanan atas pasien dan pasien nyeri sudah berkurang.</p> <p><b>Objektif:</b></p>	Maria ayu



<p>1. Terdapat luka post operasi sepanjang 12 cm dengan 9 jahitan.</p> <p>2. Kemerahan berkurang</p> <p>3. Luka tampak bersih, tidak ada bengkak.</p> <p>4. Ada kassa menempel untuk menutup luka operasi</p> <p>5. Luka operasi sudah mulai kering.</p> <p>6. Pasien tampak meringis berkurang</p> <p><b>Assement:</b> Masalah Keperawatan Resiko infeksi masih belum teratasi</p> <p><b>Planning:</b> Pertahankan Intervensi keperawatan</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>2. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.</p> <p>6. Ajarkan memeriksa kondisi luka operasi.</p> <p><b>DP 3</b></p> <p><b>Subjekif:</b></p> <p>1. Pasien mengatakan sudah bisa istirahat dengan nyaman</p> <p>2. Ny R mengatakan tidak mengonsumsi obat tidur (alprazolam 1 tablet) jika sulit tidur.</p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>1. Pasien mengeluh lemas berkurang</p> <p>2. Tampak sudah istirahat</p> <p>3. Pasien sering menguap dan mengantuk berkurang.</p> <p>4. Palpebra berwarna gelap tidak ada</p> <p><b>Assement:</b> Masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi</p> <p><b>Planning:</b> Pertahankan intervensi</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik)</p> <p>3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.</p> <p>4. Tetapkan jadwal tidur</p> <p>5. Ajarkan relaksasi napas dalam</p>
---



## BAB 4 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Ny R dengan diagnosis medis post op *Cholelithiasis* di Ruang St. Laura Rumah sakit Santa Elisabeth Medan Ramelan Surabaya serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini yang meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi.

### 4.1 Pengkajian

Mahasiswi melakukan pengkajian awal dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan pendataan data dari pemeriksaan penunjang.

Berdasarkan data yang hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 24 november 2025 pada Ny. R umur 75 tahun dengan diagnosa medis post op cholelitis dimana masalah ini di tandai dengan keluhan utama pasien yang mengalami nyeri pada bekas post op di perut kudar an kanan atas dengan skala 7, nyeri yang rasakan berulang-ulang dengan durasi tidak menentu, terdapat luka pada area perut kuadran kanan atas dan terbalut dengan kasa, sulit tidur, tampak gelisah, tampak lemah, palprebra berwarna hitam, terlihat mengantuk dan menguap, terpasang fentanyl dnegan kecepatan 2 cc/jam, infus RL 20 tts/menit di kanan sebelah kanan dan posisi semi fowler. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital



di dapatkan hasil, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 89x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 38,5<sup>0</sup>C ,Spo2 99%, dengan kesadaran composmentis.

Ny. R memiliki riwayat penyakit diabetes melitus sejak 15 tahun yang dan sudah berobat dan mengonsumsi obat metformin. Ny R juga memiliki riwayat kanker rahim dan sudah dilakukan operasi pengangkatan rahim sejak 8 tahun terakhir dan sudah sembuh sampai sekarang.

Salah satu tanda dan gejala yang dialami sekarang ini oleh Ny. R yaitu nyeri pada bekas operasi, sulit tidur dan terdapat luka pada perut kudran kanan atas terbalut dengan kasa. Salah keluhan yang dirasakan pasien post op adalah nyeri yang dirasakan disebabkan karena adanya rangsangan mekanik pada luka operasi yang membuat tubuh menghasilkan mediator kimia nyeri dan menimbulkan nyeri pada pasien yang telah mengalami pembedahan. Nyeri *post* operasi memberikan karakteristik berupa sensitisasi di perifer serta sentral dari susunan saraf, yang lebih dikenal sebagai nyeri klinis. Apabila terjadi sensitisasi sistem saraf, maka suatu stimulus lemah yang dalam keadaan normal tidak menimbulkan nyeri akan terasa nyeri (alodinia), sedangkan stimulus kuat yang cukup untuk menimbulkan nyeri akan terasa amat nyeri (hiperalgesia). Hal ini dapat menyebabkan ketidaknyamanan berupa rasa cemas pada pasien *post* operasi yang dapat mengganggu kualitas tidur dan istirahatnya.

Menurut Saputro & Sani (2020), nyeri pada pembedahan dikarenakan adanya sayatan atau insisi pada perut, sehingga menimbulkan terputusnya kontinuitas jaringan. Otak merangsang untuk melepaskan hormon histamin dan prostaglandin kemudian menyebabkan respon nyeri. Nyeri yang dirasakan pasca



pembedahan dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan nyeri yang dialami oleh pasien merupakan dampak dari tindakan pembedahan yang telah dilakukan yang mengakibatkan timbulnya luka pada bagian tubuh pasien sehingga menimbulkan rasa nyeri.

Hal ini di dukung oleh (Kadri, H. & Fitrianti, 2020), nyeri yang dirasakan pasien *post* operasi disebabkan karena adanya rangsangan mekanik pada luka operasi yang membuat tubuh menghasilkan mediator kimia nyeri dan menimbulkan nyeri pada pasien yang telah mengalami pembedahan. Nyeri *post* operasi memberikan karakteristik berupa sensitisasi di perifer serta sentral dari susunan saraf, yang lebih dikenal sebagai nyeri klinis. Apabila terjadi sensitisasi sistem saraf, maka suatu stimulus lemah yang dalam keadaan normal tidak menimbulkan nyeri akan terasa nyeri (alodinia), sedangkan stimulus kuat yang cukup untuk menimbulkan nyeri akan terasa amat nyeri (hiperalgesia). Hal ini dapat menyebabkan ketidaknyamanan berupa rasa cemas pada pasien *post* operasi yang dapat mengganggu kualitas tidur dan istirahatnya.

Penulis berasumsi bahwa keluhan yang didapatkan sesuai dengan teoritis seperti pasien yang merasakan nyeri pada bekas operasi dan sulit tidur. Penulis juga berasumsi bahwa masih ada beberapa keluhan yang tidak sesuai dengan teoritis dimana pasien sering mengeluh lapar dan haus dan sering BAK. karena pasien memiliki riwayat diabetes melitus sejak 15 tahun terakhir.

Menurut penulis berasumsi, bahwa pasien *post op* kolisitektomi akan mengalami nyeri dikarenakan tindakan operasi kolisitektomi menyebabkan adanya luka sayatan. Luka sayatan ini menyebabkan terjadinya jaringan yang terputus yang



pada akhirnya mengaktifkan reseptor nyeri. Pasien lain yang juga pernah menderita penyakit yang sama dengan pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri yang luar biasa setelah tindakan operasi kolelitiasis. Nyeri dirasakan terus-menerus dapat mengganggu pola tidur pasien tersebut.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Pengumpulan diagnosa dengan pernyataan yang menggambarkan respon pasien (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual atau potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, dan mencegah perubahan.

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (post op cholelitiasis)  
Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (post op cholelitiasis) merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Pada saat pengkajian di temukan data pada Ny. R yaitu nyeri pada bekas post op di perut kuadran kanan atas dengan skala 7, nyeri seperti di sayat-sayat, nyeri yang dirasakan berulang-ulang dengan durasi hilang timbul, terdapat luka operasi di perut kuadran kanan atas dengan luas luka, terpasang fentanyl dengan kecepatan 2 cc/jam dan Infus RL 20 tts/menit.



Hal ini di dukung oleh Utami & Khoiriyah (2020), bahwa salah satu hal yang terjadi pada pasien *post* operasi adalah merasakan nyeri yang merupakan salah satu efek dari proses operasi, nyeri yang dialami oleh pasien *post* operasi adalah nyeri akut. Nyeri akut dapat menghambat penyembuhan klien pasca operasi sehingga menghambat kemampuan klien untuk terlibat aktif dalam mobilisasi, rehabilitasi, dan hospitalisasi menjadi lama.

- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post op cholelitis)

Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post op cholelitis) merupakan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik di tandai dengan terdapat luka post operasi sepanjang 12 cm dengan 9 jahitan, tampak kemerahan, luka tampak bersih tidak bengkak, ada kassa menempel untuk menutup luka operasi, pasien terpasang drain (14 cc) pada perut sebelah kanan, luka operasi tampak basa, pasien tampak meringis.

Sesuai pendapat oleh Arifin (2023), infeksi luka Operasi adalah infeksi pada daerah insisi atau organ-space yang terjadi pada pasien setelah pembedahan. Berdasarkan CDC (*Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection*) kejadian ini dapat dicegah hingga 50% dengan cara memilih antibiotik profilaksis yang tepat dan sesuai. Pada saat operasi dilakukan suhu ruangan juga sudah diatur dengan 19 derajat serta sudah memastikan setelah operasi luka tertutup dalam keadaan kering dan bersih.



c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang Kontrol tidur

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal ditandai dengan Pasien tampak lemas, gelisah, sering terbangun saat sedang beristirahat, menguap dan mengantuk, palpebrae Inferior berwarna gelap.

Menurut Saudi *et al.*, (2022), gangguan pola tidur berdasarkan diagnosis keperawatan pasien mengeluh sulit tidur karena nyeri yang dirasa. Setelah dilakukan tindakan keperawatan yaitu mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (pasien mengatakan nyeri yang dirasa bekas operasi membuat pasien kesulitan tidur), memodifikasi lingkungan (pasien mengatur suhu karena di ruangan hanya ada pasien sendiri), membatasi waktu tidur siang (pasien tidur siang hanya  $\pm 1$  jam), menetapkan jadwal tidur rutin (pasien tidur jam 21.00 dan ketika malam sering terbangun karena nyeri yang dirasa, melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pasien terbiasa tidur menghadap kanan tetapi agak sulit karena luka bekas operasi tepat disebelah kanan) selama 3x24 jam didapatkan hasil pasien menunjukkan tidur nyenyak di malam hari, dan merasa segar ketika bangun tidur.

Penulis berasumsi kesulitan saat penegakkan diagnosa tidak ditemukan, karena data yang diperoleh memenuhi kriteria tanda dan gejala untuk menegakkan sebuah diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan pada pasien yang sesuai dengan teori adalah nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik (post op cholelitis), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur.



#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi yang dilakukan berdasarkan masing-masing diagnosa keperawatan yang ditemukan penulis selama mengambil kasus kelolaan pada Ny.R yang diamati dengan buku panduan SDKI, SLKI, SIKI sesuai dengan diagnosa yang ditemui.

Menurut Resiani et al., (2021) dalam pemberian intervensi ini dikaitkan dengan spiritualitas yang baik. Spiritualitas dapat dijadikan sebagai salah satu bentuk mekanisme koping positif yang dapat digunakan pada pasien ca mammae untuk beradaptasi terhadap diagnosis dan pengobatan kemoterapi. Spiritualitas dan religiusitas juga mempengaruhi emosional pasien ca mammae sehingga, dapat berpengaruh terhadap kesembuhan, mengurangi angka morbiditas, meningkatkan ketabahan dan kesabaran pasien dalam menghadapi penyakitnya, serta membuat pasien lebih siap dalam menghadapi kematiannya.

Menurut penulis berasumsi, intervensi tindakan keperawatan yang direncanakan sesuai dengan teori yang ada. Intervensi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan masalah yang dialami pasien. Selama menentukan intervensi tidak semua item dilaksanakan di karenakan di kondisikan sesuai dengan kebutuhan pasien.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Pada Implementasi keperawatan yang dilaksanakan pada Ny. R berdasarkan intervensi keperawatan. Penulis tidak menemukan hambatan selama pelaksanaan karena penulis bekerja dengan pasien, keluarga pasien, dan dokter, dan juga didukung oleh sarana yang ada di rumah sakit sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan berjalan dengan baik sesuai kebutuhan dari masalah pasien antara lain:



Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op cholelitis) yang di lakukab selama 3x 24 jam yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), memfasilitasi istirahat dan tidur, mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam dan ditraksi lima jari), mengkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Pada diagnosa resiko infeksi beberapa tindakan keperawatan yag dilakukan selama 3x24 jam yaitu Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, membatasi jumlah pengunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi.

Pada diagnosa gangguan pola tidur tindakan keperawatan yang dilaksanakan selama 3x24 jam yaitu mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (nyeri pada bekas operasi perut kuadran atas dengan skala 7), mengidentifikasi komsumsi obat tidur (mengonsumsi obat tidur alprazolam 1 tablet), menetap jadwal tidur dari pukul 21.00-05.00 wib.

Hal ini didukung oleh Dwi and Astrid, (2025), penatalaksanaan post op cholelitis relaksasi nafas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri post operasi sedang secara signifikan sehingga menunjukkan perbedaan yag signifikan antara skala intensitas nyeri sebelum dan sesudah dilakukan relaksasi nafas dalam.



Relaksasi nafas dalam adalah relaksasi dengan menggunakan teknik pernafasan yang biasa digunakan di rumah sakit pada pasien yang sedang mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. Kelebihan dari latihan teknik relaksasi dibandingkan dengan teknik lainnya adalah lebih mudah dilakukan dan tidak ada efek samping apapun. Bahwa jika individu mulai merasa cemas, maka akan merangsang saraf simpatis, sehingga akan memperburuk gejala kecemasan sebelumnya.

Sejalan dengan Veranika *et al.*, (2025), berdasarkan hasil implementasi relaksasi napas dalam yang dilakukan, terdapat penurunan skala nyeri pada responden. Pada hari ketiga, skala nyeri berada pada angka 2 (nyeri ringan) dan setelah implementasi tetap pada skala 2 (nyeri ringan). Pada siang hari, skala nyeri sebelum implementasi adalah 2 (nyeri ringan) dan setelah implementasi menurun menjadi 1 (nyeri ringan). Selanjutnya, pada hari ketiga berikutnya skala nyeri responden berada pada angka 2 (nyeri ringan) dan setelah implementasi kembali menurun menjadi 1 (nyeri ringan).

Hal ini didukung oleh Moewardi (2024), gangguan tidur dapat mempengaruhi kualitas tidur dimana menjadi salah satu komponen dalam mengukur kualitas tidur. Kualitas tidur sendiri merupakan kepuasan seseorang tersebut tidak memperlihatkan perasaan yang lelah, gelisah, lesu, apatis, sakit mata dan mengantuk. Sependapat juga dengan Maharani, *et al.*, (2020), Gangguan tidur paska pembedahan merupakan faktor penting pada masa pemulihan paska pembedahan dan masalah yang penting untuk dipertimbangkan dalam program untuk meningkatkan pemulihan paska operasi.



Penulis telah memberikan asuhan keperawatan dengan tindakan distraksi lima jari sebanyak 1 kali dalam 1 hari, pada saat memberikan terapi pasien tidak mampu mengikuti arahan pada saat pemberian terapi sehingga skala nyeri tidak menurun. Setelah itu penulis juga memberikan teknik relaksasi napas dalam sebanyak 3 kali dalam 3 hari, pada saat pemberian terapi pasien mampu mengikuti arahan yang diberikan dan skala nyeri menurun.

Menurut asumsi penulis, pelaksanaan tindakan keperawatan terhambat oleh pembatasan jam dinas di ruangan, hal ini menyebabkan penulis mengalami kesulitan dalam memberikan tindakan keperawatan. Apabila pelaksanaan tindakan keperawatan tidak dilaksanakan dengan baik, di khawatirkan tujuan intervensi keperawatan tidak tercapai. Akhirnya penulis melakukan tindakan keperawatan di luar jam dinas dengan harapan semia rencana tindakan keperawatan dapat terlaksana dengan baik. Selain itu, itu penulis tidak menemukan kesulitan lain, karena keluarga mampu menyemangati pasien untuk kooperatif.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Hasil evaluasi dari dua diagnosa yang ditegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya. Penulis mengevaluasi selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 24-26 november 2025.



Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, intervensi sudah teratasi. Diagnosa keperawatan ini sudah teratasi dibuktikan Ny R mengatakan nyeri pada bekas operasi nyeri di perut kuadran kanan atas sudah berkurang dengan skala nyeri 4, nyeri yang di rasakan hilang timbul dengan durasi >1 menit, maka perencanaan dari diagnosa keperawatan ini masih tetap di pertahan oleh perawat ruangan.

Sejalan dengan penelitian Dwi and Astrid (2025), salah satu dengan teknik napas dalam pasien yang satunya diberikan intervensi keperawatan relaksasi napas dalam pada pasien post operasi tersebut dengan tujuan untuk menurunkan skala nyerinya hal ini dibuktikan efektif setelah penulis melakukan intervensi. Di dukung juga oleh Febrianti, (2024), evaluasi yang didapatkan yaitu, S : Pasien mengatakan nyaman setelah di lakukan terapi, pasien mengatakan cemas berkurang, O : Wajah tampak pucat, TTV TD : 115/90 MmHg N : 80x/menit, S : 36,6°C RR : 21x/menit, A : Kecemasan Menurun Skala Likert HRS-A 13 (Kecemasan Ringan), P : Intervensi di pertahankan, Latih teknik relaksasi (terapi hipnosis 5 jari) keperawatan tersebut dengan hasil pasien yang dilakukan teknik relaksasi napas.

Pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invansif, intervensi keperawatan belum teratasi, di buktikan pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada area post op, terdapat luka post operasi sepanjang 12 cm dengan 9 jahitan, , ada kassa menempel untuk menutup luka operasi, luka operasi sudah mulai kering, pasien tampak meringis berkurang maka perencanaan dari diagnosa keperawatan ini masih tetap di pertahan oleh perawat ruangan.



Hal ini sejalan Menurut (Rahmat et al., 2022), pada proses penyembuhan luka post op, kebanyakan mengalami proses penyembuhan luka dengan cepat, penyebabnya karena adanya perawatan yang baik diberikan pihak medis melalui penggunaan alat yang steril dan adanya motivasi diri untuk menjaga kebersihan lokasi luka. Pelaksanaan prosedur pencegahan infeksi dengan proses penyembuhan luka pada klien post op. prosedur pencegahan infeksi yang sesuai standar akan mempercepat proses penyembuhan luka pada klien post op dengan melakukan tindakan perawatan luka yang baik.

Pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur dengan hasil evaluasi di buktikan Ny R mengatakan sudah bisa tidur nyenyak tanpa mengonsumsi obat tidur lagi. Muka mengantuk dan menguap menurun, pola tidur menurun, palperda berwarna gelap, maka perencanaan dari diagnosa keperawatan ini masih tetap di pertahan oleh perawatan ruangan.

Sejalan juga dengan Adam *et al.*, (2024), evaluasi ini dibuktikan dengan didapatkan data subjektif, klien mengatakan puas dengan tidurnya semalam, klien mengatakan badannya lebih segar, klien mengatakan tegang di tengkuknya sudah tidak terasa. Didapatkan data objektif berupa tampak kantung mata gelap sudah berkurang, klien tampak segar dan tidak lemas.



## BAB 5 PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Dari hasil penatalaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada Ny R dengan diagnosa medik post op cholelitis disimpulkan

1. Saat dilakukan pengkajian keluarga mengatakan Riwayat penyakit hipertensi yang tidak terkontrol.
2. Berdasarkan data yang ditemukan 3 diagnosa keperawatan pada Ny R yaitu Nyeri akut b.d agen pencedera, Ketidakstabilan glukosa darah b.d gangguan toleransi gula darah, gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur.
3. Intervensi yang dilakukan mencakup pada diagnose keperawatan yang ditegakkan dan dibuat sesuai dengan SIKI dan SLKI
4. Implementasi yang dilakukan lebih difokuskan dengan Tindakan keperawatan mandiri dan kolaboratif dilakukan selama 3 hari
5. Evaluasi keperawatan pada diagnosa yang pertama, kedua dan ketiga semua masalah teratasi sampai hari ke 3 perawatan luka, manajemen nutrisi, dukungan tidur, pencegahan infeksi, dan dukungan perawatan diri.

### 5.2 Saran

#### 5.2.1 Bagi Pendidikan Keperawatan

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat digunakan sebagai *evidence based practice* untuk studi kasus keperawatan medikal bedah dengan diagnosa post op cholelitis.



**5.2.2 Bagi Perawat Rumah Sakit**

Diharapkan Rumah Sakit dapat meningkatkan pelayanan dalam asuhan keperawatan serta meningkatkan edukasi kesehatan pada pasien terutama post op cholelitis.



DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth. (2013) *Medical-Surgical Nursing*. 12th Edn.
- Adam Firdi Susilo, Mukhamad Musta'in , Siti Haryani, J.M. (2024) 'Studi Kasus Pengelolaan Gangguan Pola Tidur Pada Pasien Hipertensi Dengan Pijat Refleksi Kaki', *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*, 12.
- Afifah, V.A. *Et Al.* (2024) 'Pengaruh Teknik Distraksi 5 Jari Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Di Bangsal', 01(02), Pp. 146–156.
- Arifin, I.F. (2023) 'Asuhan Keperawatan Penatalaksanaan Nyeri Pada Tn . P Dengan Post Operasi Cholesistectomy Laparoskopis Atas Indikasi Cholelithiasis Dengan Teknik ROM ( Range Of Motion ) Di Ruang Cendana 2 RSUD Kardinah Kota Tegal', 1(4).
- Biantara, I. *Et Al.* (2023) 'Studi Kasus: Penerapan Perioperatif Care Pada Diagnosa Cholelithiasis Dengan Tindakan Operasi Kolesistektomi Laparatomi', 7(1).
- Dwi Listiyani And Astrid, M. (2025) 'Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menurunkan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Kolesektomi', 4(3), Pp. 610–615.
- Febrianti, N. (2024) 'Efektivitas Terapi Hipnosis 5 Jari Dalam Mengurangi Ansietas Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di RSUD Undata Provinsi Sulawesi Tengah Effectiveness Of 5 Finger Hypnosis Therapy In Reducing Anxiety In Congestive Heart Failure Patients At Undata Regional Hospital , Central Sulawesi Province', 7(12), Pp. 6000–6005. Available At: <https://doi.org/10.56338/jks.v7i12.4515>.



Herawati, Safruddin, S. (2024) *Keperawatan Medikal Bedah Ii*. 1st Edn. Edited By Heriviyatno. Jawa Tengah.

Jamini, T. & Trihandiri, B. (2023) ‘Gambaran Karakteristik Penderita Kolelitiasis Di Rumah Sakit Umum Daerah Moh. Ansari Saleh Kalimantan Selatan.’, *Jurnal Surya Medika (JSM)*, 2.

Kristiawan, D. & Arsy, G.R. (2024) ‘Gambaran Gaya Hidup Penderita Cholelithiasis Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus.’, *Jurnal Profesi Keperawatan*, 1.

Maharani, M. Y., Masfuri, M., & Maria, R. (2020) ‘Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Tidur Pasien Ortopedi Pasca Pembedahan Yang Menjalani Rawat Inap.’, *JURNAL PENDIDIKAN KEPERAWATAN INDONESIA*. Available At: <https://doi.org/10.17509/Jpki.V6i2.22952>.

Marcia Nelms & Kathryn P. Sucher (2020) *Nutrition Therapy & Pathophysiology*. 2nd Edn. USA: Boston, MA 02210.

Moewardi, R. (2024) ‘Gambaran Kualitas Tidur Pada Pasien Post Operasi Fraktur’, (3), Pp. 1–12.

Nurjannah, S.U. And Sani, F.N. (2020) ‘Cholelithiasis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman : Nyeri’.

Purnomo, Y. A., Nathaniel, F., Wijaya, D. A., Satyanegara, W. G., F. And Y. (2023) ‘Analisa Penyakit Kandung Dan Saluran Empedu Serta Kaitannya Dengan Usia Dan Status Infeksi Di Rumah Sakit Mitra Keluarga Kalideres Periode 2018 – 2023.’, *Mahesa: Malahayati Health Student Journal*, 3.

Saudi, L. *Et Al*. (2022) ‘Pendahuluan Kolelitiasis Atau Batu Empedu Adalah Suatu



Komponen-Komponen Empedu Seperti Kolestrol , Metodologi Desain Penelitian Yang Digunakan Adalah Metode Deskriptif Dalam Bentuk Studi Kasus Untuk Hasil Penelitian', 2(1), Pp. 10–17.

Suddarth's, B.& (2010) *Medical-Surgical Nursing*. 10th Edn.

Sulistyowati, P.A. (2022) 'Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn.E Dengan Diagnosa Medis Kolelitiasis Di Ruang BI RSPAL Dr.Ramelan Surabaya. Surabaya : Stikes Hang Tuah.', *Surabaya : Stikes Hang Tuah*. [Preprint].

Suratun, L. (2010) *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Gastrointestinal*. 1st Edn. Edited By I.T. Jusirm. Jl. Man 6 No. 74 Kramat Jati-Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.

Utami, R. N. & Khoiriyah, K. (2020) 'Enurunan Skala Nyeri Akut Post Laparatomi Menggunakan Aromaterapi Lemon', *Jurnal Ners Muda Unimus*, 1, Pp: 23–33.



# **LAMPIRAN**

## DOKUMENTASI





Buku Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Profesi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan

### KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : Maria Ayu Primata Gulo  
NIM : 052025028  
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Pencernaan : Post op Cholelitiasi Pada Ny.P Di Ruang St. Laura Puman Saket St. Elisabeth Medan 2025  
Nama Pembimbing I : Lindawati Simorangkir, S.Kep. Ns., M.Kes

NO	HARI/TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF PEMBIMBING
1	dumat, 27 November 2025	Lindawati Simorangkir, S.Kep.Ns., M.Kes	Melengkapi Pengkajian	
2	Rabu, 3 Desember 2025	Lindawati Simorangkir, S.Kep.,Ns., M.Kes	-Diagnosa Stangkat harus dengan yang ada di Pengkajian -Memastikan bagaimana pola Nutrisi dan Eliminasi -Melengkapi BAB 2	



Buku Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Profesi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan

3	Kamis, 4 Desember 2025	Lindawati Simorangkir, S.kep.,Ns.,M.kep	- Membuat pathway dan mind mapping - Mencari penyebab dari batu empedu.	flus
4	Jum'at 5/11/25	Lindawati Simorangkir, S.kep.,Ns., M.kep	Memperbaiki mind mapping	flus-
5	Jum'at 5/12/25	Lindawati Simorangkir, S.kep.,Ns.,M.kep	ACC	



Buku Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Profesi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan







KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : Maria Ayu Primata Guio  
NIM : 052025028  
Judul : ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST OP. CHOLELITIASIS PADA NY. R. DIRUANG ST. LAURA RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH MEDAN TAHUN 2025  
Nama Pembimbing I : LINDAWATI SIMORANGKIR, S.KEP., N.S., M.KES.  
Nama Pembimbing II : MARDATI BARUS, S.KEP., N.S., M.KEP  
Nama Pembimbing III : SRI MARTINI, S.KEP., N.S., M.KEP

NO	HARI/TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF PEMBIMBING		
				PENG I	PENG II	PENG III
1	13/12/2025	Sri martini, S.KEP., N.S., M.KEP	- Memperbaiki skoring Resiko Jantung - Data operasi dimajukan - Diagnosa			<i>[Signature]</i>
2	16/12/25	Lindawati Simorangkir, S.KEP., N.S., M.KES.	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		



  
Buku Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Profesi Ners STIKes Santa Elisabeth Medan


3	Sri martini, S.Kep.Ns.MW		acc.			
17/12/25	Mardiati Barus, S.Kep.Ns., M.kep	Sistematika				
18/12/25	Mardiati Barus, s.kep., Ns.,M.kep		acc			

5. Atur pernafasan dengan cara bernafas dengan hidung dan mengembarkannya dengan mulut, lalu tiuplah dengan mulut, lakukan secara berulang-ulang.




6. Saat menarik dan melepaskan nafas lewat mulut rasakan perubahan dan sensasi pada dada dan anggota tubuh yang lain.

7. Lakukan secara berulang-ulang selama 10 menit




**TEKNIK RELAKSASI**



MARIA AYU PRIMATA  
GULO  
0502025028

**APA TEKNIK RELAKSASI?**

relaksasi yang bersumber dari diri sendiri berupa kata-kata/kalimat pendek ataupun pikiran yang bisa membuat pikiran tenang




**APA tujuannya???**

1. Memberikan perasaan nyaman
2. Membentkan ketenangan
3. Mengurangi stress, khususnya stress tingkat sedang
4. Mengurangi ketegangan

**Prosedur**

1. Duduk atau tidur posisi kepala 30 derajat dengan tenang dalam posisi nyaman
2. Tutup mata
3. Ciptakan rasa rileks pada semua otot-otot anda
4. Kosongkan pikiran anda



## Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Untuk Menurunkan Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Kolesektomi

Dwi Listiyani<sup>1</sup>, Maria Astrid<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Program Profesi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan STIK Sint Carolus

E-mail : [Dwilistiyani777@gmail.com](mailto:Dwilistiyani777@gmail.com)

### Article History:

Received: 26 Januari 2025

Revised: 10 Maret 2025

Accepted: 16 Maret 2025

### Keywords:

*Breath Relaxation, Role of Nurses, Pain Level*

**Abstract:** *Nurses have a major role in providing nursing care to patients, one of which is that nurses can provide nursing actions to reduce pain levels in patients while in the treatment room, one of which is by conducting deep breathing relaxation nursing interventions. The purpose of this study was to determine the effect of deep breathing relaxation nursing interventions on reducing the pain scale in post-cholecystectomy patients at Hospital X. This study was conducted in the inpatient room on December 9-13, 2024. The method used in providing nursing care to post-cholecystectomy patients was carried out for 5 minutes. Respondents in this report were 1 adult patient aged 45 years with female gender and an adult aged 39 years with female gender. The results of the report show that after the assessment was carried out, it was found that post-cholecystectomy patients who were given deep breathing relaxation techniques could reduce pain levels with an initial scale of 5/10 to 3/10, while patients who were not given deep breathing relaxation techniques still felt the same pain with an initial pain scale of 4/10 still on a scale of 4/10, therefore nurses play an important role in providing nursing care to reduce pain levels in post-cholecystectomy patients.*

### PENDAHULUAN

Pembedahan adalah tindakan pengobatan dengan cara membuka bagian tubuh yang akan ditangani melalui sayatan dan berakhir dengan penutupan jahitan pada luka sayatan. Menjalani tindakan pembedahan adalah pengalaman sulit bagi pasien. Ada beberapa masalah pada saat operasi atau sesudah operasi yang membuat timbul rasa takut pada pasien. Tindakan menggunakan anastesi agar pasien tidak merasakan nyeri pada saat dibedah. Namun setelah operasi selesai, saat pasien mulai sadar dan efek anastesi sudah habis. Pasien akan merasakan

