

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN POST OPERASI
LAPARASCOPY CHOLELITHIASIS DI RUANG MAWAR RS
TK IV GUNTUR GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

RENDY AHMAD MUTAQIN
KHGA 22142



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN
GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN POST
OPERASI LAPARASCOPY CHOLELITHIASIS DI
RUANG MAWAR RS TK IV GUNTUR GARUT**

NAMA : RENDY AHMAD MUTAQIN

NIM : KHGA 22142

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Siap untuk Diujikan Dihadapan Penelaah
Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, 30 Juni 2025
Menyetujui,
Pembimbing

H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN POST OPERASI LAPARASCOPY CHOLELITHIASIS DI RUANG MAWAR RS TK IV GUNTUR GARUT

NAMA : RENDY AHMAD MUTAQIN

NIM : KHGA 22142

Garut, 29 Juli 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Andri Nugraha, M.Kep.

H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep.

Mengetahui,
Ketua Program Studi Diploma III
Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN POST OPERASI LAPAROSCOPY CHOLELITIASIS DI RUANG MAWAR RS TK IV GUNTUR GARUT

RENDY AHMAD MUTAQIN
KHGA 22142

Terdiri dari 4 bab 133 halaman, 1 bagan, 10 tabel, 3 lampiran

Cholelithiasis atau batu empedu merupakan salah satu penyakit sistem pencernaan yang prevalensinya cukup tinggi, termasuk di Indonesia. Penatalaksanaan kasus *cholelithiasis* yang berat seringkali memerlukan tindakan pembedahan seperti laparoskopi. Prosedur ini dapat menimbulkan berbagai dampak keperawatan seperti nyeri, gangguan tidur, keterbatasan mobilitas, dan risiko infeksi. Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan yang komprehensif pada Ny. E, pasien post operasi laparoscopy *cholelithiasis*, berdasarkan pendekatan proses keperawatan. Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dokumentasi, dan studi pustaka. Diagnosa keperawatan yang diangkat meliputi nyeri akut, gangguan pola tidur, gangguan mobilitas fisik, dan risiko infeksi. Intervensi keperawatan yang dilakukan melibatkan pendekatan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Hasil implementasi menunjukkan perbaikan bertahap pada kondisi pasien dengan penurunan skala nyeri, peningkatan kualitas tidur, pergerakan fisik, dan pencegahan infeksi luka operasi. Asuhan keperawatan yang tepat dan terencana berperan penting dalam mempercepat pemulihan pasien post operasi *cholelithiasis*.

Kata kunci: *Cholelithiasis*, post operasi, asuhan keperawatan, laparoskopi, nyeri, infeksi.

Daftar Pustaka : 24 Buah

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Ilahi Robbi yang Maha Sempurna, Allah SWT. Karena dengan rahmat, karunia dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E dengan Gangguan sistem pencernaan : Post Operasi Laparascopy Cholelithiasis di Ruang Mawar RS TK IV Guntur Garut “

Adapun dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari sepenuhnya segala kesalahan dan kekurangan, baik dalam pencarian materi maupun bahasa yang digunakan, untuk itu penulis mohon kritik dan saran sebagai masukan yang bersifat membangun.

Bimbingan, bantuan serta dorongan dari berbagai pihak yang tidak akan penulis lupakan sehingga selesainya tugas ini. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Dr. H. Hadiat, MA., selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
4. K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. H. Engkus Kusnadi. S.Kep.. M.Kes., selaku pembimbing karya tulis ilmiah ini yang telah banyak memberikan saran dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Andri Nugraha, M.Kep. selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
7. H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep. selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan yang 2sangat berarti untuk penulis
8. Seluruh civitas akademika yang ada di STIKes Karsa Husada Garut umumnya, beserta seluruh staf dosen Program Studi D-III Keperawatan khususnya, yang telah memberikan bantuan berupa motivasi serta ilmunya selama penulis mengikuti pendidikan Program Studi D-III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut ini.
9. Seluruh staf dan perawat yang ada di unit rawat inap Ruang Mawar RS TK IV Guntur Garut, khususnya Gilang, S.Kep., Ners. selaku CI ruangan yang telah meluangkan banyak waktunya untuk memberikan pembelajaran serta pengalaman di lapangan kepada penulis demi kelancaran pembuatan karya tulis ini.
10. Kepada Ny. E beserta keluarga yang bersedia bersilaturahmi dan bekerjasama dengan baik dengan penulis.
11. Karya Tulis ini saya persembahkan kepada kedua orang tua saya tercinta yang telah banyak memberikan dukungan yang begitu besar baik moril maupun materil yang tidak terhingga kepada penulis sehingga menjadi motivasi terbesar bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini.
12. Kepada kakak saya serta Keluarga besar penulis yang dengan ketulusan hatinya tidak pernah lelah untuk selalu mendo'akan dan memberikan dukungan.

13. Seluruh teman seperjuangan D-III Keperawatan angkatan 2022, khususnya Difa, Rizal, Fawaz, Haqti, Arif, dan semua pihak yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.
14. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, namun telah begitu banyak membantu selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini bisa menambah wawasan dan bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhhoan-Nya yang senantiasa selalu kita harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak mendapat balasan yang berlipat dari Allah SWT . Aamiin.

Garut, 30 juni 2025

Rendy Ahmad Mutaqin

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Metode Telaahan.....	6
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN TEORI.....	9
A. Konsep Dasar	9
1. Definisi Cholelithiasis.....	9
2. Etiologi.....	10
3. Klasifikasi Cholelithiasis	12
4. Patofisiologi	13
5. <i>Pathways</i>	10
6. Manifestasi Klinis	11
7. Pemeriksaan Diagnostik.....	12
8. Komplikasi	15
9. Penatalaksanaan Medis	16
B. Konsep Asuhan Keperawatan	17
1. Pengkajian	18
2. Analisa Data	24
3. Diagnosa Keperawatan	27
4. Intervensi Keperawatan.....	27
5. Implementasi	34
6. Evaluasi.....	34

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	44
A. Tinjauan Kasus	44
1. Pengkajian.....	44
2. Analisa Data	46
3. Diagnosa Keperawatan	49
4. Proses Keperawatan (perencanaa, implementasi, dan evaluasi).....	50
5. Implementasi Keperawatan	59
6. Catatan Perkembangan.....	73
B. PEMBAHASAN	76
1. Pengkajian.....	76
2. Diagnosa Keperawatan	78
3. Perencanaan.....	79
4. Implementasi	82
5. Evaluasi.....	84
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	86
A. KESIMPULAN	86
B. REKOMENDASI.....	87
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Daftar Jenis Penyakit 10 besar di Ruang Rawat Inap.....	4
Tabel 2.2 Analisa Data.....	24
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan	27
Tabel 3.1 Aktivitas Sehari-hari.....	52
Tabel 3.2 Pemeriksaan Lab	53
Tabel 3.3 Terapi Medik.....	45
Tabel 3.4 Analisa Data.....	46
Tabel 3.5 Intervensi	50
Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi.....	59
Tabel 3.7 Catatan perkembangan	73

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 <i>Pathways</i>	10
---------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP

Lampiran 2 Lembar Bimbingan

Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Cholelithiasis atau batu empedu adalah batu yang terdapat didalam kandung empedu atau didalam duktus koledekus, atau pada keduanya. *Cholelithiasis* terbagi menjadi 3 jenis yaitu batu kolesterol, batu pigmen, dan batu campuran. Semua spesimen reaksi terdapat didalam kandung empedu diperiksa secara histopatologic untuk melihat ada tidaknya perubahan mukosa didalam kandung empedu (Veronika et al, 2018).

Cholelithiasis salahsatu penyakit traktus digestivus yang paling sering ditemukan di dunia. Negara Amerika Serikat, sebanyak 10-15% populasi orang menderita penyakit *cholelithiasis*, prevalensi tertinggi di Amerika utara yaitu suku asli Indian, dengan persentase 64,1% pada wanita dan 29,5% pada pria. Sementara prevalensi yang tinggi juga terdapat pada suku NonIndian di Amerika Selatan, dengan persentasi 49,9% pada wanita Negara Chili Suku Mapuche Indian asli dan 12,6 pada pria. Prevalensi ini menurun pada suku campuran Amerika yaitu 16,6% pada wanita dan 8,6% pada pria. Prevalensi menengah terjadi pada masyarakat Asia dan masyarakat Amerika kulit hitam yaitu 13,9% 2pada wanita dan 5,3% pada pria. Sedangkan prevalensi terendah ditemukan pada masyarakat sub-Saharan Afrika yaitu <5% (Andalas,2019).

Penyakit *Cholelithiasis* di Asia termasuk Indonesia umumnya disebabkan infeksi pada saluran pencernaan sementara di Negara Barat dipicu faktor risiko, yakni: jenis kelamin wanita, usia diatas 40 tahun, diet tinggi lemak, dan kesuburan. Penatalaksanaan *Cholelithiasis* dibagi menjadi dua yaitu

penatalaksanaan non bedah dan bedah. Ada juga yang membagi berdasarkan ada tidaknya gejala yang menyertai cholelithiasis, yaitu penatalaksanaan pada *cholelithiasis sistematik* dan *cholelithiasis asimtomatik* perlu dijelaskan pada pasien bahwa tidak diperlukan tindakan sampai *Cholelithiasis* menjadi *simtomatik*. (Davies CE, 2016)

Pada saat ini, penatalaksanaan cholelithiasis dilakukan dengan menggunakan Laparaskopi Cholethistectomy, yaitu merupakan tindakan yang paling umum dilakukan untuk pengangkatan batu empedu. Sedangkan penatalaksanaan alternative terapi non bedah meliputi penghancuran batu dengan menggunakan obat-obatan. Dari tindakan pembedahan yang telah dilakukan dapat mempengaruhi kondisi seseorang, setiap pembedahan pasti akan menimbulkan luka (Widiastuti, 2019).

Tindakan perawatan luka merupakan faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka. Berbagai teknik perawatan luka sering dibahas, salah satunya yang berkaitan dengan balutan luka, perawatan luka merupakan salah satu keterampilan yang paling dikuasai oleh perawat. Prinsip utama perawat adalah pengendalian infeksi, karena infeksi menghambat proses penyembuhan perawatan luka (Apriliya Sari, 2018).

Faktor faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka dan potensi infeksi, yaitu faktor pasien, faktor luka dan faktor lokal. Faktor pasien mencakup usia, penyakit yang di derita (anemia, diabetes mellitus, mendasari, atau immunocompromised penyakit yang mendasari, pengaruh cedera pada penyembuhan (misalnya devaskularisasi). Faktor luka berupa organ atau jaringan yang terluka, tingkat cedera, sifat cedera, kontaminasi atau infeksi,

waktu antara cedera dan pengobatan. (Sjamsuhidajat, 2015). Dibawah ini merupakan prevalensi penyakit terbanyak di RS TK IV Guntur Garut.

Tabel 1.1: Daftar Jenis Penyakit 10 besar di Ruang Rawat Inap di RS TK IV Guntur Garut periode Januari-Juni 2025

No.	Jenis Penyakit	Jumlah Penderita	Presentase
1.	Typoid	239	19,27%
2.	Hernia Inguitas	157	12,66%
3.	Stroke	149	12,02%
4.	DHF	145	11,69%
5.	Tumor Mamae	145	11,69%
6.	Fraktur	136	10,9%
7.	Hemoroid	69	5,56%
8.	CKD	67	5,40%
9.	Diabetes Melitus	67	5,40
10.	Cholelithiasis	66	5,32%
Jumlah		1,240	100%

Berdasarkan data di atas, jumlah penderita colelithiasis termasuk ke 10 penyakit terbesar di RS TK IV Garut yang mana menduduki urutan sepuluh kasus terbanyak, penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut menjadi sebuah karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada NY. E Dengan Gangguan Sistem Perkemihan : Post Operasi Laparascopy Cholelithiasis di RUANG Mawar RS TK IV Guntur Garut sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis mendapat pengalaman nyata dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.E dengan gangguan sistem perkemihan : Post Operasi Laparascopy Cholelithiasis diruang Mawar RS TK IV Guntur Garut secara komprehensif yang meliputi aspek bio psiko sosial spiritual dengan menggunakan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem perkemihan: post operasi Laparascopy Cholelithiasis penulis mampu:

a. Melakukan pengkajian data pada pasien dengan masalah gangguan sistem perkemihan: post operasi Laparascopy Cholelithiasis.

b. Menganalisa dan merumuskan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan gangguan sistem perkemihan: post operasi Laparascopy Cholelithiasis.

c. Melakukan perencanaan tindakan keperawatan pada pasien gangguan sistem perkemihan: post operasi Laparascopy Cholelithiasis. perkemihan: post operasi Laparascopy Cholelithiasis.

- d. Melakukan Tindakan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan system perkemihan: post operasi Laparoscopy Cholelithiasis.
- e. Melakukan tindakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan: post operasi Laparoscopy Cholelithiasis.

C. Metode Telaahan

Dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini metode yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk laporan studi kasus yaitu memaparkan suatu masalah serta pemecahan masalah dalam waktu lima hari yang dilakukan secara langsung. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Wawancara: Wawancara dapat disebut anamnesa merupakan kegiatan tanya jawab atau menanyakan keadaan yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien, bertujuan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawatan pasien. Serta untuk menjalin hubungan antar perawat dengan pasien (Syahbana Ali , dkk 2019).

2. Observasi: Penulis mengamati perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien (Syahbana Ali , dkk 2019).
3. Pemeriksaan Fisik: Melakukan pemeriksaan fisik pasien untuk menentukan kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan secara head to toe ataupun persistem dengan langkah-langkah: inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi (Syahbana Ali , dkk 2019).
4. Partisipasi aktif: Penulis melakukan secara langsung asuhan keperawatan pada klien dengan menggunakan teknik keperawatan (Syahbana Ali , dkk 2019).
5. Dokumentasi: Memperoleh data yang didapatkan dari status klien melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan di ruang perawatan (Syahbana Ali , dkk 2019).
6. Studi Kepustakaan: Teknik pengambilan data dengan mempelajari referensi berupa buku buku yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah yang digunakan untuk membandingkan dengan hasil observasi pengkajian (Syahbana Ali , dkk 2019).

D. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini terdiri dari empat bab yaitu bab satu pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Dilanjutkan dengan bab dua tujuan teoritis yang menguraikan mengenai landasan teoritis terhadap penyakit dan konsep dasar asuhan keperawatan yang mendukung serta berkaitan dengan judul yang diambil oleh penulis.

Pada bab tiga tinjauan kasus dan pembahasan, penulis menjabarkan mengenai studi kasus disertai dengan pembahasan pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny. E dengan gangguan system perkemihan: Post operasi laparoscopy cholelithiasis di ruang mawar RS TK IV Guntur Garut. Masalah yang ditemukan kemudian dibandingkan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Setelah itu dilanjutkan dengan bab empat kesimpulan dan rekomendasi yang merupakan bab terakhir dan penutup dari penyusunan karya tulis ilmiah ini, yang didalamnya meliputi kesimpulan dan rekomendasi dari berbagai pihak yang terkait.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar

1. Definisi Cholelithiasis

Cholelithiasis, yang umum disebut sebagai penyakit batu empedu, adalah kondisi di mana terdapat satu atau lebih batu empedu yang menghalangi saluran biliaris (Terrie dan Pharm, 2020).

Cholelithiasis adalah akumulasi batu kristal yang berada dalam kandung empedu atau di saluran empedu. Batu yang berada dalam kandung empedu disebut kolelitiasis, sedangkan yang berada di saluran empedu dikenal sebagai koledokolitiasis. Batu empedu juga dapat dijelaskan sebagai pengendapan satu atau lebih elemen empedu, seperti kolesterol, bilirubin, garam empedu, kalsium, dan protein (Student et al. , 2021).

Cholelithiasis, atau yang lebih dikenal sebagai penyakit batu empedu, adalah suatu kondisi di mana batu empedu bisa dijumpai di kandung empedu, saluran empedu, atau keduanya (Andriyan, 2019).

Berdasarkan beberapa penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa cholelithiasis adalah pengendapan batu kristal yang terdapat pada kandung empedu atau saluran empedu, dan bisa juga muncul di kedua lokasi tersebut.

Cholelithiasis adalah penyakit batu empedu yang dapat ditemukan di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu, atau pada keduanya. Sebagian besar batu empedu, terutama batu kolesterol, terbentuk di dalam kandung empedu (Wibowo, 2020).

2. Etiologi

Batu empedu hampir selalu terbentuk di dalam kandung empedu dan jarang muncul di bagian saluran empedu lainnya. Penyebab utama terbentuknya batu empedu belum sepenuhnya dipahami. Salah satu teori menyebutkan bahwa kolesterol dapat menghasilkan konsentrasi tinggi empedu di kandung empedu. Setelah beberapa waktu, empedu yang memiliki konsentrasi tinggi akan mengkristal dan mulai membentuk batu. Namun, tampaknya faktor utama yang mempengaruhi adalah gangguan metabolisme yang menyebabkan perubahan dalam komposisi empedu, penumpukan empedu, dan infeksi pada kandung empedu (Rebhloz, 2020).

Menurut Lammerf (2018), ada berbagai faktor yang berperan dalam pembentukan batu empedu, antara lain :

a. Eksresi Garam Empedu

Setiap kondisi yang mengurangi konsentrasi berbagai garam empedu atau fosfolipid di dalam empedu. Asam empedu dihidroksi memiliki sifat yang kurang polar dibandingkan dengan asam trihidroksi. Oleh karena itu, peningkatan kadar asam empedu dihidroksi dapat berkontribusi terhadap pembentukan batu empedu.

b. Kolesterol Empedu

Jika hewan percobaan diberikan diet tinggi kolesterol, sehingga kadar kolesterol di dalam vesika biliar meningkat drastis, maka batu empedu kolesterol yang ringan dapat terbentuk. Kenaikan kolesterol di dalam empedu umumnya ditemukan pada individu yang obesitas, serta pada diet yang tinggi lemak.

c. Substansi Mucus

Perubahan pada jumlah dan komposisi substansi mukus dalam empedu mungkin berperan penting dalam proses pembentukan batu empedu.

d. Pigmen Empedu

Pada orang yang lebih muda, pembentukan batu empedu mungkin disebabkan oleh peningkatan pigmen empedu. Kenaikan pigmen empedu dapat terjadi akibat hemolisis yang berkepanjangan. Ekresi bilirubin terjadi dalam bentuk larutan bilirubin glukuronid.

Infeksi

Adanya infeksi bisa merusak dinding kandung empedu, sehingga menyebabkan penumpukan empedu dan meningkatkan kemungkinan terbentuknya batu.

3. Klasifikasi Cholelithiasis

Menurut Suratun (2020), klasifikasi dari batu empedu dibagi menjadi dua jenis sebagai berikut :

a. Batu Kolesterol

Batu jenis ini biasanya mempunyai ukuran besar, berbentuk tunggal, dan mempunyai bentuk bulat atau oval. Warnanya kuning pucat dan sering kali mengandung kalsium serta pigmen. Kolesterol yang merupakan komponen normal dari empedu tidak larut dalam air. Tingkat kelarutannya dipengaruhi oleh asam-asam empedu dan lesitin

(sejenis fosfolipid) yang terdapat dalam empedu. Pada individu yang memiliki kecenderungan untuk mengalami batu empedu, terjadi penurunan produksi asam empedu dan peningkatan produksi kolesterol di dalam hati.

b. Batu Pigmen

Batu ini terdiri dari garam kalsium dan salah satu anion seperti bilirubinat, karbonat, fosfat, atau asam lemak jangka panjang. Batu pigmen biasanya berukuran kecil, ada banyak, dan memiliki warna hitam kecoklatan. Batu yang berwarna coklat sering kali terkait dengan infeksi empedu yang berlangsung lama (batu jenis ini lebih jarang ditemui). Batu pigmen terbentuk ketika pigmen yang tidak terkonjugasi dalam empedu mengalami proses presipitasi, sehingga membentuk batu. Risiko terbentuknya jenis batu ini semakin tinggi pada pasien dengan sirosis, hemolisis, dan infeksi saluran empedu.

4. Patofisiologi

Batu empedu terbentuk ketika zat-zat dalam empedu mencapai tingkat kejenuhan. Ketika empedu terakumulasi di kantong empedu, ia menjadi jenuh dengan berbagai zat dan pada akhirnya mengendap

menjadi Kristal-kristal kecil. Kristal-kristal ini kemudian dapat terjebak dalam lendir di dalam kandung empedu, yang mengarah pada pembentukan lumpur empedu. Seiring waktu, Kristal-kristal ini akan berkembang menjadi batu yang lebih besar. Terdapat dua macam batu empedu, yaitu kolesterol dan kalsium billirubin (Goel A, dkk. 2017).

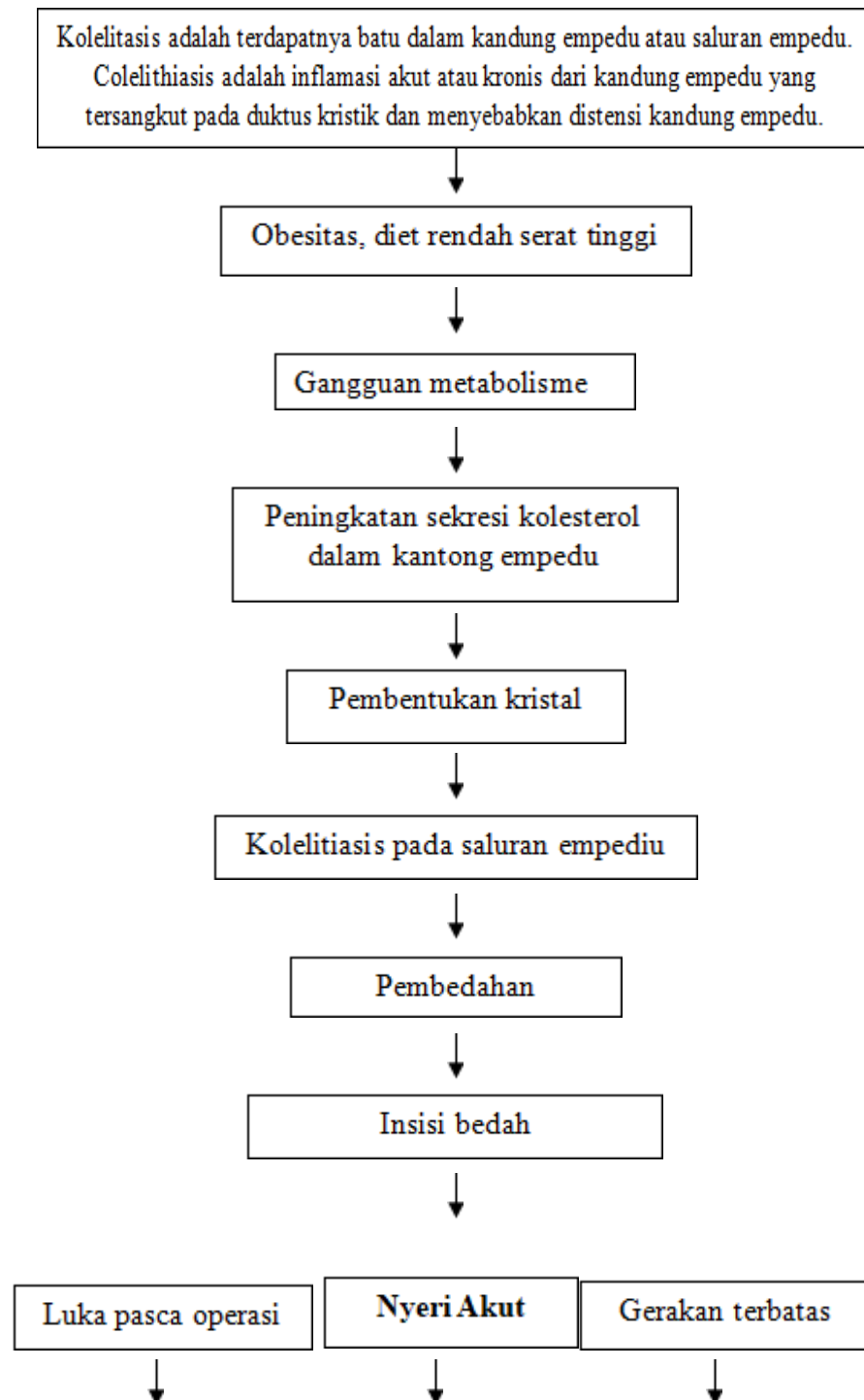
Batu empedu kolesterol merupakan jenis yang paling umum di antara semua batu empedu. Kandungan utama dalam batu ini adalah kolesterol. Sementara itu, batu billirubin memiliki billirubin sebagai komponen utama. Pada individu dengan penggantian sel darah yang cepat, seperti yang terjadi pada sirosis atau hemolisis kronis, bilirubin yang tidak terkonjugasi dapat mengkristal dan pada akhirnya membentuk batu. Biasanya, batu-batu ini berwarna hitam atau biru. Batu empedu kolesterol akan terkontaminasi oleh mikroorganisme, yang menyebabkan peradangan pada mukosa. Infiltrasi leukosit yang dihasilkan oleh adanya bilirubin menyebabkan batu campuran (Portincasa P, dkk. 2015).

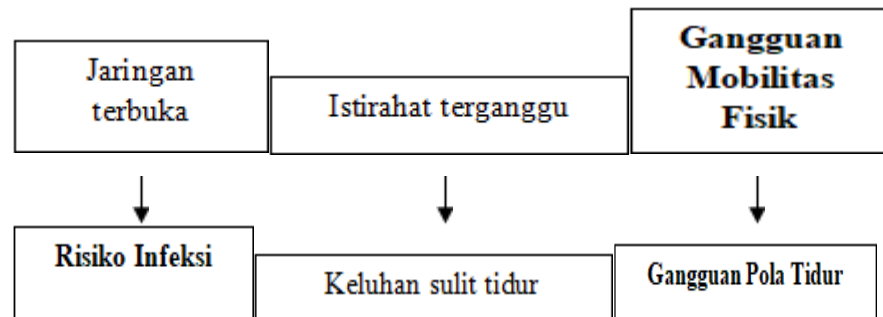
Cholelithiasis berdampak pada kebutuhan dasar manusia, terutama kebutuhan fisiologis seperti pemenuhan nutrisi, dan secara

tidak langsung pada keamanan dan rasa nyaman karena nyeri hebat dan komplikasi yang bisa mengancam jiwa. Kondisi ini mengganggu kemampuan tubuh untuk mencerna makanan dan menyebabkan rasa sakit yang parah (Kemenkes,2023).

5. Pathways

Bagan 2.1 Pathways





Sumber (Wijaya & Putri 2017)

6. Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif & Kusuma (2018), tanda dan gejala kolelitiasis adalah:

- 1) Sebagian bersifat asimtomatik
- 2) Nyeri tekan kuadran kanan atas atau midepigastrik samar yang menjalar ke punggung atau region bahu kanan .
- 3) Sebagian klien rasa nyeri bukan bersifay kolik melainkan persistem.
- 4) Mual dan muntah serta demam .
- 5) Icterus obstruksi pengaliran getah empedu ke dalam duodenum akan menimbulkan gejala yang khas, yaitu getah empedu yang tidak lagi dibawa ke dalam duodenum akan diserap oleh darah penyerapan empedu ini membuat kulit dan membrane mukosa

berwarna kuning. Keadaan ini sering disertai dengan gejala gatal-gatal pada kulit.

6) Perubahan warna urine dan feses. Eksresi pigmen empedu oleh ginjal akan membuat urine berwarna sangat gelap. Feses yang tidak lagi diwarnai oleh pigmen empedu akan tampak kelabu, dan juga biasanya pekat yang disebut "*clay colored*".

7) Regurgitas gas Regurgitas gas: flatus dan sendawa. Defisiensi vitamin obstruksi aliran empedu juga akan membantu absorpsi vitamin A, D, E, K yang larut lemak. Karena itu klien dapat memperlihatkan gejala defisiensi vitamin-vitamin ini jika obstruksi atau sumbatan bilier berlangsung lama. Penurunan jumlah vitamin-K dapat mengganggu pembekuan darah yang normal.

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Sandra Amelia (2019), pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien kolelitiasis yaitu :

1) Pemeriksaan sinar-X abdomen dapat dilakukan jika ada kecurigaan mengenai penyakit kandung empedu dan untuk mengesampingkan kemungkinan penyebab gejala lainnya. Namun, hanya sekitar 15-

20% batu empedu yang cukup besar untuk bisa terlihat melalui pemeriksaan sinar-X.

2) Ultrasonografi, pemeriksaan USG telah menggantikan pemeriksaan

kolesistografi oral karena dapat dilakukan secara cepat dan akurat, dan dapat dilakukan pada penderita disfungsi hati dan ikterus.

Pemeriksaan USG dapat mendeteksi kalkuli dalam kandung empedu atau duktus koledokus yang mengalami dilatasi.

3) Pemeriksaan pencitraan radionuklida atau koleskintografi

Koleskintografi menggunakan preparat radioaktif yang disuntikkan secara intravena. Preparat ini kemudian diambil oleh hepatosit dan dengan cepat diekskresikan ke dalam sistem bilier. Selanjutnya dilakukan pemindaian saluran empedu untuk mendapatkan gambar kandung empedu dan percabangan bilier.

4) *ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangia Pancreatography)*,

pemeriksaan ini meliputi insersi endoskop serat-optik yang fleksibel ke dalam eksofagus hingga mencapai duodenum pars desendens. Sebuah kanal dimasukkan ke dalam duktus koledokus serta duktus pankreatikus, kemudian bahan kontras disuntikkan ke

dalam duktus tersebut untuk meningkatkan visualisasi langsung struktur bilier dan memudahkan akses ke dalam duktus koledokus bagian distal untuk mengambil empedu.

5) Kolangiografi Transhepatik Perkutan, pemeriksaan dengan cara menyuntikkan bahan kontras langsung ke dalam percabangan bilier. Karena konsentrasi bahan kontras yang disuntikkan itu relatif hesar, maka semua komponen pada sistem bilier (duktus hepatikus, duktus koledokus, duktus sistikus dan kantung empedu) dapat dilihat garis bentuknya dengan jelas.

6) *MRCP (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography)*, merupakan teknik pencitraan dengan gema magnet tanpa menggunakan zat kontras, instrumen, dan radiasi ion. Pada MRCP saluran empedu akan terlihat sebagai struktur yang terang karena mempunyai intensitas sinyal tinggi, sedangkan hati saluran empedu akan terlihat sebagai intensitas sinyal rendah yang dikelilingi empedu dengan intensitas sinyal tinggi, sehingga metode ini cocok untuk mendiagnosis batu saluran empedu.

8. Komplikasi

Menurut Nucleus (2019), adapun jenis komplikasi sebagai berikut:

- 1) Kolesistitis 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 D.
- 4) Empiema pada empiema, kandung empedu berisi nanah. Komplikasi ini dapat membahayakan jiwa dan membutuhkan kolesistektomi darurat segera.

9. Penatalaksanaan Medis

Menurut Nurarif & Kusuma (2018) penatalaksanaan pada penyakit kolelitiaasis meliputi :

a. Penanganan Non bedah

1) Disolusi Medis

Oral dissolution therapy adalah cara penghancuran batu dengan pemberian obat-obatan oral. Disolusi medis sebelumnya harus memenuhi kriteria terapi non operatif diantaranya batu kolestrol diameternya.

2) ERCP (*Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography*)

Batu di dalam saluran empedu dikeluarkan dengan basket kawat atau balon ekstraksi melalui muara yang sudah besar menuju lumen duodenum sehingga batu dapat keluar bersama tinja.

Untuk batu besar, batu yang terjepit di saluran empedu atau batu yang terletak di atas saluran empedu yang sempit diperlukan prosedur endoskopik tambahan sesudah sfingerotomi seperti pemecahan batu dengan litotripsi mekanik dan litotripsi laser.

3) ESWL (*Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy*)

Litotripsi Gelombang Elektrosyok (ESWL) adalah pemecahan batu dengan gelombang suara.

b. Penanganan Bedah

1) Kolesistektomi laparoskopik

Indikasi pembedahan karena menandakan stadium lanjut, atau kandung empedu dengan batu besar, berdiameter lebih dari 2cm. kelebihan yang diperoleh klien luka operasi kecil (2-10mm) sehingga nyeri pasca bedah minimal.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Budiono (2021), asuhan keperawatan adalah praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan layanan kesehatan, dalam upaya memenuhi kebutuhan dasar manusia, dengan menggunakan metedologi proses keperawatan.

Menurut Nursalam (2021) Proses keperawatan merupakan suatu tahapan desain tindakan yang ditujukan untuk memenuhi tujuan keperawatan, yang meliputi mempertahankan keadaan kesehatan yang optimal, apabila keadaan

tidak optimal membuat suatu jumlah dan kualitas tindakan keperawatan terhadap kondisi klien kembali kekeadaan normal.

1. Pengkajian

A. Pengumpulan Data

1) Anamnesis Pengkajian Fisik Klien

a) Identitas

Meliputi: nama, umur, jenis kelamin, alamat, tempat tinggal, tempat tanggal lahir, pekerjaan dan pendidikan. Kolelitiasis biasanya ditemukan pada 20-50 tahun dan lebih sering terjadi anak perempuan pada dibanding anak laki-laki (Di & Cendana, 2019).

b) Keluhan Utama

Merupakan keluhan yang paling utama yang dirasakan oleh klien saat pengkajian. Biasanya keluhan utama yang klien rasakan adalah nyeri abdomen pada kuadran kanan atas, dan mual muntah. Banyak ditemukan pada perempuan dibanding laki-laki dengan usia >40 tahun (Cahyono 2015).

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Merupakan pengembangan diri dari keluhan utama melalui metode PQRST, paliatif atau provokatif (P) yaitu focus utama keluhan klien, quality atau kualitas (Q) yaitu bagaimana nyeri dirasakan oleh klien, regional (R) yaitu nyeri menjalar kemana, Safety (S) yaitu posisi yang bagaimana yang dapat mengurangi nyeri atau klien merasa nyaman dan Time (T) yaitu sejak kapan klien merasakan nyeri tersebut.

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Kaji apakah klien memiliki riwayat diet seperti tinggi lemak, riwayat olahraga, dan riwayat penggunaan obat-obatan.

e) Riwayat Penyakit Keluarga

Mengkaji riwayat penyakit di keluarga lainnya yang menderita sakit serupa dengan klien, penyakit kolelitiasis tidak bersifat genetik, karena penyakit ini terjadi akibat gaya hidup yang tidak sehat.

2) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Umumnya klien mengalami kelemahan serta kesadaran composmentis. Tanda vital dalam rentan normal dan stabil, dan biasanya mengeluh nyeri setelah tindakan operasi.

b) Sistem Pernafasan

Umumnya pasien dengan post operasi kolelitiasis nampak hidung yang simetris, kondisi bersih tanpa adanya sekret, pergerakan dada yang seimbang, serta pola napas yang teratur. Namun, jika nyeri muncul, bisa saja terjadi napas yang pendek dan cepat. Tidak ditemukan nyeri saat ditekan pada dada, tidak ada retraksi dada, dan tidak ada penggunaan otot bantu napas. Suara napas vesikuler tidak ada suara tambahan seperti ronkhi atau wheezing.

c) Sistem Kardiovaskuler

Umumnya konjungtiva yang normal tidak menunjukkan tanda sianosis, tidak ada peningkatan pada JVP, dan tidak terdapat clubbing finger pada jari serta CRT < 3 detik.

d) Sistem Persyarafan

Umumnya tidak ada gangguan pada sistem persyarafan dan biasanya GCS normal.

e) Sistem Perkemihan

Biasanya tidak ada keluhan saat berkemih, namun sering ditemui pada kandung kemih terasa penuh, dan mungkin terjadi perubahan warna urine.

f) Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi gangguan pada sistem pencernaan adanya mual muntah, adanya nyeri pada perut, kembung, kemudian sembelit, dianjurkan untuk pembatasan makanan pasca operasi karena proses pencernaan atau penyerapan lemak mengalami perubahan akibat empedu sulit mencerna lemah.

g) Sistem Muskuloskeletal

Umumnya pasien secara umum tidak ada gangguan, namun perlu dikaji kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah, adanya kekuatan pergerakan ataupun keterbatasan gerakan pasien. Terdapat luka operasi sayatan kecil pada proses pembedahan. Kaji keadaan luka

tersebut apabila terdapat push atau tidak, kaji ada tidaknya infeksi, mengkaji nilai kekuatan otot (0-5).

h) Sistem Penginderaan

Umumnya pada pasien *post cholelithiasis laparoscopy* pada sistem ini biasanya tidak mengalami gangguan pada penginderaan, perasa, sistem pendengaran, juga penciuman normal

i) Sistem Endokrin

Umumnya pada sistem endokrin tidak ada gangguan namun mungkin mengalami perubahan sementara perubahan metabolisme lemak setelah pengangkatan kantong empedu, tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid.

3) Aspek Psiko, Sosial, Spiritual

a) Psikologi

Umumnya ditandai adanya cemas, atau klien dan keluarga bertanya mengenai tentang kondisinya.

b) Sosial

Umumnya tidak terjadi perubahan hubungan dengan lingkungan sekitar karena klien tidak mengalami kesulitan dalam berkomunikasi.

c) Spiritual

Biasanya klien bermunajat berdoa kepada Tuhan agar diberikan kesembuhan dan sehat kembali.

4) Pemenuhan ADL

Klien dengan pasca operasi aktivitas fisik mungkin saja terganggu karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri dan sulit melakukan pergerakan mengakibatkan klien membutuhkan bantuan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari seperti mandi, makan/minum, BAB/BAK, berpakaian, serta aktivitas fisik.

5) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan sinar-X abdomen dapat dilakukan jika ada kecurigaan mengenai penyakit kandung empedu dan untuk mengesampingkan kemungkinan penyebab gejala lainnya.

b) Ultrasonografi, pemeriksaan USG dilakukan pada penderita disfungsi hati dan ikterus.

2. Analisa Data

Tabel 2.2: Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS :	Seorang pasien dengan	Nyeri Akut
	1. Mengeluh nyeri	post OP cholelithiasis	D.0077
	DO :	mengalami nyeri	
	1. Tampak meringis	dibagian perut kanan atas	
	2. Bersikap protektif	akibat adanya riwayat	
	(mis. Waspada,	gangguan metabolisme	
	posisi menghindari	karena pola hidup yang	
	nyeri)	tidak sehat kemudian	
	3. Gelisah	membentuk kristal pada	
	4. Frekuensi nadi	saluran empedu dan	
	meningkat	dilakukan tindakan	
	5. Sulit tidur	pembedahan yaitu	
	Gejala Minor	laparoscopy, akibat dari	
	DS :	tindakan pembedahan	
	1. Tidak Tersedia	tersebut mengakibatkan	
	DO :	terputusnya kontinuitas	
	1. Tekanan darah	jaringan sehingga timbul	
	meningkat	respon nyeri dan terjadi	
	2. Pola nafas berubah	nyeri akut.	
	3. Proses berpikir		

terganggu		
4. Menarik diri ²		
5. Berfokus pada diri sendiri		
6. Diaforesis		
2. DS :		Gangguan Pola Tidur D.005
1. Mengeluh sulit tidur	Seorang pasien dengan post OP cholelithiasis	
2. Mengeluh sering terjaga	mengalami nyeri dibagian perut kanan atas	
3. Mengeluh tidak puas tidur	akibat adanya riwayat gangguan metabolisme	
4. Mengeluh pola tidur berubah	karena pola hidup yang tidak sehat kemudian	
5. Mengeluh istirahat tidak cukup	membentuk kristal pada saluran empedu dan	
DO :	dilakukan tindakan pembedahan terjadi	
1. Tidak tersedia	respon nyeri dan	
Gejala Minor	menyebabkan istirahat	
DS :	terganggu kemudian ada	
1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	keluhan sulit tidur dan terjadilah gangguan pola tidur	
DO :		
Tidak Tersedia		
3. DS :	Seorang pasien dengan post OP cholelithiasis	Gangguan Mobilitas Fisik
1. Mengeluh sulit		

menggerakan ekstermitas DO : 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun	mengalami nyeri dibagian perut kanan atas akibat adanya riwayat gangguan metabolisme karena pola hidup yang tidak sehat kemudian membentuk kristal pada saluran empedu dan	D.0054
Gejala Minor	dilakukan tindakan pembedahan	
DS : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	mengakibatkan gerakan terbatas terjadilah gangguan mobilitas fisik	
DO : 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan Terbatas Fisik lemah		
4. Faktor Risiko : 1. Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus) 2. Efek prosedur infasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme	Seorang pasien dengan post OP cholelithiasis mengalami nyeri dibagian perut kanan atas akibat adanya riwayat gangguan metabolisme karena pola hidup yang tidak sehat kemudian membentuk kristal pada	Risiko Infeksi D.0142

	patogen lingkungan	saluran empedu dan
5. Gangguan	peristaltik	dilakukan tindakan pembedahan akibat dari
6. Kerusakan	integritas kulit	tindakan pembedahan timbul adanya luka
	Perubahan sekresi Ph	operasi dan jaringan terbuka sehingga
7. Statis cairan tubuh		memungkinkan bakteri
8. Penurunan	hemoglobin	dapat masuk yang berakibat terjadinya
9. Leukopenia		resiko infeksi
10. Supresi respon	inflamasi	

2. Diagnosa Keperawatan

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik D.0077
- Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pasca operasi D.00552
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri D.0054
- Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi D.0142

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3: Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut D.0077	Tingkat Nyeri L.08066 1. Keluhan nyeri menurun	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi 1. Identifikasi lokasi,

2. Meringis menurun	karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,
3. Sikap protektif turun	intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri
4. Kesulitan tidur menurun	3. Identifikasi respon nyeri non verbal
5. Menarik diri menurun	4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
6. Berfokus pada diri sendiri menurun	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
7. Diaforesis menurun	6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
8. Perasaan depresi (tertekan) menurun	7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun	8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
10. Frekuensi nadi membaik	9. Monitor efek samping penggunaan analgetik
11. Pola nafas membaik	Terapeutik
12. Tekanan darah membaik	10. Berikan Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi,

teknik imajinasi
terbimbing, kompres
hangat atau dingin,
terapi bermain)

11. Kontrol lingkungan
yang memperberat rasa
nyeri (mis. suhu
ruangan, pencahayaan,
kebisingan)
12. Fasilitasi istirahat dan
tidur
13. Pertimbangkan jenis dan
sumber nyeri dalam
pemilihan strategi
meredakan nyeri

Edukasi

14. Jelaskan penyebab
periode dan pemicu
nyeri
15. Jelaskan strategi
meredakan nyeri
16. Anjurkan memonitor
nyeri secara mandiri
17. Anjurkan menggunakan
analgetik secara tepat
18. Ajarkan teknik
nonfarmakologis untuk
mengurangi nyeri

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian

			analgeetik, jika perlu
2.	Gangguan Pola Tidur	Pola Tidur	Dukungan Tidur
		L.05045	I.09265
		1. Keluhan sulit tidur	Observasi
		2. Keluhan sering terjaga menurun	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
		3. Keluhan tidak puas tidur menurun	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur
		4. Keluhan pola tidur berubah	3. Identifikasi makanan yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
		5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
			Terapeutik
			5. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
			6. Batas waktu tidur siang, jika perlu
			7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
			8. Tetapkan jadwal tidur rutin
			9. Lakukan prosedur untuk

meningkatkan
kenyamanan (mis. pijat,
pengaturan posisi, terapi
akupresur)

10. Sesuaikan jadwal
pemberian obat atau
tindakan untuk
menunjang siklus tidur
terjaga

Edukasi

11. Jelaskan pentingnya
tidur cukup selama sakit
12. Anjurkan menepati
kebiasaan waktu tidur
13. Anjurkan
menghindari makanan
atau minuman yang
mengganggu tidur
14. Anjurkan
penggunaan obat tidur
yang tidak mengandung
supresor terhadap tidur
REM
15. Ajarkan faktor-
faktor berkontribusi
terhadap gangguan pola
tidur (mis. psikologis,
gaya hidup, sering
berubah shift bekerja)
16. Ajarkan relaksasi
-

			otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
3.	Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	Mobilitas Fisik L.05042	Observasi
		1. Pergerakan ekstermitas meningkat	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
		2. Kekuatan otot meningkat	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
		3. Rentang gerak (ROM) meningkat	3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
		4. Nyeri menurun	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
		5. Cemas menurun	
		6. Kaku sendi menurun	Terapeutik
		7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun	5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)
		8. Gerakan terbatas menurun	6. Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu
		9. Kelemahan fisik menurun	7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
			Edukasi
			8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
			9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
			10. Ajarkan mobilisasi

			sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
4.	Risiko Infeksi D.0142	Tingkat Infeksi L.14137 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Demam menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Bengkak menurun 7. Vesikel menurun 8. Cairan berbau busuk menurun 9. Drainase purulen 10. Kadar sel darah putih membaik 11. Kultur area luka membaik	Pencegahan infeksi I.14539 Obseravsi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan Denar 8. Ajarkan etika batuk

-
- 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi
 - 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 - 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
 - Kolaborasi
 - 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
-

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan juga serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik menurut Hariyanto 2017.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap dimana proses keperawatan menyangkut pengumpulan data objektif dan subjektif yang dapat menunjukan masalah

apa yang terselesaikan, apa yang perlu dikaji dan direncanakan, dilaksanakan dan dinilai apakah tujuan keperawatan tercapai atau belum menurut Oktaviani 2020.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien dan Penanggung Jawab

Nama Klien	: Ny. E
Umur	: 58 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan Terakhir	: SMP
Pekerjaan	: IRT
Suku Bangsa	: Sunda
Alamat	: Kp. Summersari
Tanggal Masuk RS	: 19-04-2025
Tanggal Pengkajian	: 20-04-2025
No. Rekam Medis	: 078196

Nama Penanggung Jawab : Tn. N

Umur : 60 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Pendidikan Terakhir : SMP

Pekerjaan : Wiraswasta

Suku Bangsa : Sunda

Alamat : Kp. Summersari

Hubungan dengan Klien : Suami

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri dibagian perut kanan atas bekas operasi

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 20 April klien mengeluh sulit tidur, karena terdapat nyeri pada abdomen karena adanya luka bekas operasi, nyeri seperti tersayat sayat, nyeri dirasakan hilang timbul, klien mengatakan skala nyeri 6 dari 0-10, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila

diistirahatkan, nyeri berlangsung kurang lebih 10 menit, klien tampak meringis dan berhati-hati untuk menggerakkan ekstremitas bawah, klien tampak lemah, klien mengatakan istirahatnya terganggu dan di malam hari sering terjaga akibat timbulnya nyeri.

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan keluarga klien, klien sebelumnya tidak mempunyai riwayat penyakit serupa, ataupun penyakit keturunan dan penyakit menular, namun klien mempunyai riwayat pola hidup yang tidak sehat sering mengonsumsi makanan yang berlemak, dan tidak memiliki riwayat penggunaan obat kolesterol, kemudian berat badan berlebih bb sekarang 67 kg dengan tb 153cm.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut penuturan keluarga klien, keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat serupa dengan klien. Keluarga mempunyai riwayat pola hidup yang tidak sehat sering mengonsumsi makanan yang berlemak, Selain itu tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit kolesterol tinggi dan diabetes yang menjadi faktor terjadinya batu empedu.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum : Composmentis

GCS : 15 (E4V5M6)

Tingkat Kesadaran : *Composmentis*

b) Tanda – Tanda Vital

TD : 140/90mmhg

N : 98x/menit

RR : 22x/menit

S : 36,7

SPO2 : 98%

c) Pemeriksaan Fisik Persistem

(1)Sistem Pernafasan

Bentuk dada simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada retraksi dinding dada, RR: 22x/menit, Pergerakan dinding dada simetris antara kiri dan kanan, sonor, vesikuler.

(2) Sistem Kardiovaskuler

Tidak ada peningkatan JVP, N : 98x/menit, tidak terdapat *clubbing finger*, Tympani Irama jantung reguler, S1=S2,

(3) Sistem Persarafan

Tingkat Kesadaran : *Compsmentis*

GCS : 15 (E4V5M6)

1) Nervus I Olfaktorius

Fungsi penciuman klien baik, dibuktikan dengan klien dapat membedakan bau disinfektan.

2) Nervus II Optik

Fungsi penglihatan klien baik ditandai dengan klien mampu membaca name tag

3) Nervus III, IV, VI Okulomotorius, Troklear, dan Abdusen

Refleks pupil terhadap cahaya normal, bola mata dapat di gerakan kesegala arah.

4) Nervus Trigeminus

Reflek sensorik baik ditandai dengan klien dapat merasakan stimulus pada pipi

5) Nervus VII Fasialis

Wajah simetris, fungsi pengecapan baik, klien mampu mengangkat alis.

6) 2Nervus VIII Vestibulokoklearis

Fungsi pendengaran baik, ditandai dengan klien mampu berkomunikasi dengan baik.

7) Nervus IX, X Glossofaringeal dan Vagus

Reflek menelan, muntah, dan batuk baik

Nervus XI Aksesoris

8) Pergerakan kepala klien normal.

Nervus XII Hipoglossus

Lidah simetris, pada saat menjulurkan lidah tidak ada tremor.

(4) Sistem Perkemihan

Vesika urinaria teraba penuh, terdapat nyeri tekan di abdomen bagian atas kanan, tidak ada keluhan saat berkemih

(5)Sistem Pencernaan

Mukosa bibir lembab, fungsi pengecapan baik, abdomen simetris kiri dan kanan, tidak terdapat asites, terdapat luka bekas operasi 3 titik pada kuadran abdomen atas kanan panjang luka sekitar 2cm luka tertutup kassa. Bising usus 9x/menit, terdapat

nyeri tekan di seluruh kuadran abdomen terutama sekitar luka operasi.

(6)Sistem Muskuloskeletal

Ekstermitas atas

Terpasang infus ringer laktat pada tangan kiri, tidak terdapat edema, bentuk simetris antara kiri dan kanan.

Kekuatan otot : $\frac{4}{3} | \frac{5}{3}$

Ekstermitas bawah

Klien mengalami kelemahan tidak mampu bergerak banyak, karena terasa nyeri apabila bergerak dan nyeri tersebut bertambah

(7)Sistem Integumen

Kondisi luka kemerahan, tidak ada pembengkakan, adanya nyeri di sekitar luka, luka 2cm. Tidak ada edema, dan lesi di ekstermitas atas dan bawah, turgor kembali dalam >2 detik.

(8)Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.

4) Data Psiko, Sosial, Spiritual

(a)Aspek Psikologi

Klien tampak tenang, emosi klien stabil, klien masih dapat berkomunikasi dengan baik terbukti dengan klien tetap dapat bekerja sama dengan perawat, keluarga, ataupun tim kesehatan lainnya. Klien dan keluarganya selalu bertanya mengenai kondisi klien serta meminta informasi terkait dengan kondisi klien.

(b)Aspek Sosial

Hubungan klien dengan keluarga, perawat, serta tim kesehatan lainnya cukup baik. Selain itu hubungan klien dengan masyarakat di sekitar lingkungannya pun cukup baik.

(c)Aspek Spiritual

Klien beragama islam, ketika hendak melaksanakan shalat keluarga klien selalu membantu untuk melaksanakan shalat. Klien dan keluarga klien menganggap sakitnya saat ini adalah penggugur dan penghapus dosanya yang terdahulu, maka dari itu klien dan

keluarga menerima dengan ikhlas keadaannya yang sekarang dan tidak lupa berdoa untuk kesembuhan klien.

5) Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.1 : Pola Aktivitas Ny. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Operasi Cholelithiasis Laparascopy di Ruang Mawar RS TK IV Guntur Garut.

No	Jenis Kegiatan	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1.	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3x / hari	3x / hari
	Jenis	Nasi, lauk pauk	Nasi, lauk pauk
	Porsi	1 porsi habis	1 porsi
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Cara	Mandiri	Dibantu
	b. Minum		
	Frekuensi	7-8 gelas / hari	6-7 gelas / hari
	Jenis	Air putih, air teh	Air putih
	Cara	Mandiri	Dibantu
2.	Pola Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1 x / hari	1 x / hari
	Konsistensi	Padat	Lembek
	Warna	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan
	Cara	Mandiri	Mandiri
	b. BAK		
	Frekuensi	4 – 5 x / hari	4 – 5 x / hari
	Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
	Cara	Mandiri	Mandiri
3.	Pola Istirahat		
	Tidur		
	a. Tidur siang		
	Lama tidur	± 1,5 jam	± 1,5 jam
	Keluhan	Tidak ada	Tidak nyenyak

b. Tidur malam			
Lama tidur	$\pm 7 - 8$ jam	$\pm 5 - 6$ jam	
Keluhan	Tidak ada	Tidak nyenyak, sering terjaga karena merasakan nyeri	

4. <i>Personal Hygiene</i>			
a. Mandi			
Frekuensi	1 x / hari	1 x / hari	
Cara	Mandiri	Dibantu	
b. Mengganti pakaian			
Frekuensi	1 x / hari	1 x / hari	
Cara	Mandiri	Dibantu	

6) Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.2 : Pemeriksaan Lab

Nama : Ny. E(58tahun)

No. CM : 078196

Tanggal Pemeriksaan : 20 April 2025

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	13,2	g/dl	14-18
Hematokrit	42,2	%	35-45
Leukosit	5.600	uL	4000-10000
Trombosit	326.00	Ul	150000-440000
Kimia Klinik			
AST (SGOT)	20	U/L	10-50
ALT (SGPT)	16	U/L	10-50
Ureum	20	mg/dl	17-43

Kreatinin	0,82	mg/dl	0,62-1,10
GDS	100	mg/dl	70-110

7) Terapi Medik

Tabel 3.3 : Terapi Medik

No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Jenis obat
1.	Infus Asering	20 tpm	IV	larutan infus untuk dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit
2.	Ceftriaxone	1gr/12 jam	IV	antibiotik
3.	Ketrolac	30mg/8 jam	IV	antiinflamasi
4.	Omeprazole	30mg/8 jam	IV	proton pump inhibitor (PPI)

- a) Infus Asering pada pasien post operasi membantu untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang, dan menjaga keseimbangan elektrolit, serta pemulihan pasca operasi.
- b) Ceftriaxone untuk mencegah infeksi luka pada pasien pasca operasi
- c) Keterolac untuk meredakan nyeri derajat sedang hingga berat, biasanya digunakan pada pasien pasca operasi atau pasien dengan prosedur medis lain yang menyebabkan nyeri.
- d) Omeprazole untuk menurunkan produksi asam lambung, biasanya pemberiannya bersamaan dengan obat pereda nyeri, karena sebagian besar obat pereda nyeri memiliki efek samping meningkatkan produksi asam lambung.

2. Analisa Data

Tabel 3.4 : Analisa Data Pada Kasus Ny. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan:
Post Operasi Laparascopy Cholelithiasis Hernia Inguinalis Dextra di Ruang
Mawar RS TK IV Guntur Garut

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS :	Seorang pasien dengan post OP cholelithiasis mengalami nyeri dibagian perut kanan atas akibat adanya riwayat gangguan metabolisme karena pola hidup yang tidak sehat kemudian membentuk kristal pada saluran empedu dan dilakukan tindakan pembedahan yaitu laparascopy, akibat dari tindakan pembedahan tersebut mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan sehingga timbul	Nyeri Akut D.0077
	1. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi		
	2. Nyeri seperti tertusuk-tusuk		
	3. Skala nyeri 6 (0-10)		
	4. Nyeri hilang timbul		
	5. Nyeri dirasakan apabila bergerak dan berkurang ketika diistirahatkan		
	DO :		
	1. Klien tampak meringis		
	2. Klien nampak menunjukkan bagian nyeri		
	3. Terdapat luka operasi dibagian abdomen kuadran bawah kanan		
	4. TD: 140/90 mmHg N: 98x/menit		

	Rr: 22x/menit S: 36,2 °C SPO2: 98%	respon nyeri dan terjadi nyeri akut.
	Nyeri Akut	
2. DS :	Seorang pasien dengan post OP cholelithiasis	Gangguan Pola Tidur
1. Klien mengeluh sulit tidur	mengalami nyeri	D.0055
2. Klien mengeluh sering terjaga karena timbulnya nyeri	dibagian perut kanan atas akibat adanya riwayat gangguan	
DO :	metabolisme	
1. Klien nampak sering menguap	karena pola hidup	
2. Klien nampak dengan kantung mata gelap	yang tidak sehat kemudian membentuk kristal pada saluran empedu dan dilakukan tindakan pembedahan terjadi respon nyeri dan menyebabkan istirahat terganggu kemudian ada keluhan sulit tidur dan terjadilah gangguan pola tidur	

3. DS :	1. Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstermitas. 2. Klien mengeluh sulit beraktivitas karena nyeri saat bergerak.	Seorang pasien dengan post OP cholelithiasis mengalami nyeri dibagian perut kanan atas akibat adanya riwayat gangguan	Gangguan Mobilitas Fisik D.0054
DO :	1. Klien tampak tidak nyaman 2. Klien nampak lemah 3. Aktivitas klien nampak dibantu 4. Kekuatan otot menurun 5. Kekuatan ekstermitas bawah 4	metabolisme karena pola hidup yang tidak sehat kemudian membentuk kristal pada saluran empedu dan dilakukan tindakan pembedahan mengakibatkan gerakan terbatas terjadilah gangguan mobilitas fisik	
4. DS :	1. Klien mengeluh nyeri	Seorang pasien dengan post OP cholelithiasis mengalami nyeri dibagian perut	Risiko Infeksi D.0142
DO :	1. Terdapat luka operasi 3 titik dibagian abdomen kuadran atas kanan sekitar 2cm	kanan atas akibat adanya riwayat gangguan metabolisme karena pola hidup	

2. Luka tertutup kassa yang tidak sehat kemudian membentuk kristal pada saluran empedu dan dilakukan tindakan pembedahan akibat dari tindakan pembedahan timbul adanya luka operasi dan jaringan terbuka sehingga memungkinkan bakteri dapat masuk yang berakibat terjadinya resiko infeksi

Resiko Infeksi

5. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik D.0077
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pasca operasi
D.0055
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri D.0054
- d. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi D.0142

6. Proses Keperawatan (perencanaan, implementasi, dan evaluasi)

Tabel 3.5 : Luaran dan Intervensi Keperawatan Pada Kasus Tn. A dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Operasi Laparascopy Cholelithiasis Hernia Inguinalis Dextra di Ruang Mawar RS TK IV Guntur Garut

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Nyeri Akut D.0077	Tingkat Nyeri L.08066 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif turunn 4. Kesulitan tidur menurun 5. Menarik diri menurun 6. Berfokus pada diri sendiri menurun 7. Diaforesis menurun 8. Perasaan depresi (tertekan) menurun 9. Perasaan takut mengalami cedera	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik

	berulang menurun	8. Berikan Berikan
10.	Frekuensi nadi	teknik
	membaik	nonfarmakologis
11.	Pola nafas	untuk mengurangi rasa
	membaik	nyeri (mis. terapi
12.	Tekanan darah	musik,non
	membaik	farmakologis)
		9. Kontrol lingkungan
		yang memperberat
		rasa nyeri (mis. suhu
		ruangan, pencahayaan,
		kebisingan)
		10. Fasilitasi istirahat
		dan tidur
		11. Pertimbangkan jenis
		dan sumber nyeri
		dalam pemilihan
		strategi meredakan
		nyeri
		Edukasi
		12. Jelaskan penyebab
		periode dan pemicu
		nyeri
		13. Jelaskan strategi
		meredakan nyeri
		14. Anjurkan memonitor
		nyeri secara mandiri
		15. Anjurkan
		menggunakan
		analgetik secara tepat

			16. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik nafas dalam)
			Kolaborasi
			17. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Gangguan Pola Tidur D0055	Pola Tidur L.05045 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kualitas tidur meningkat dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas menurun 4. Keluhan pola tidur berubah 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur I.09265 Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 5. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan,

kebisingan, suhu,
matras, dan tempat
tidur)

6. Batas waktu tidur
siang, jika perlu
7. Fasilitasi
menghilangkan
stress sebelum tidur
8. Tetapkan jadwal
tidur rutin
9. Lakukan prosedur
untuk meningkatkan
kenyamanan (mis.
pijat, pengaturan
posisi, terapi
akupresur)
10. Sesuaikan jadwal
pemberian obat atau
tindakan untuk
menunjang siklus
tidur terjaga

Edukasi

11. Jelaskan pentingnya
tidur cukup selama
sakit
 12. Anjurkan menepati
kebiasaan waktu
tidur
 13. Anjurkan
menghindari
-

			makanan atau minuman yang mengganggu tidur 14. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
3.	Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	Mobilitas Fisik L.05042 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama jam 3x24jam diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi I.05173 Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan

			pergerakan jika perlu
			7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
			Edukasi
			8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
			9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
			10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
4.	Risiko Infeksi D.0142	Tindakan Infeksi L.14137 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan	Pencegahan infeksi I.14539 Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area

menigkat	edema
3. Nyeri menurun	4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
4. Nyeri menurun	5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
	Edukasi
	6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
	7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan Denar
	8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi
	9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
	10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
	Observasi
	11. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)
	12. Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

13. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
 14. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu
 15. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
 16. Bersihkan jaringan nekrotik
 17. Berikan salep yang sesuai ke kulit atau Lesi, jika perlu
 18. Pasang balutan sesuai jenis luka
 19. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
 20. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
 21. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi
-

pasien

22. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
23. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi

Edukasi

24. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
25. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
26. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

27. Kolaborasi prosedur debridement (mis. biologis, mekanis), jika perlu Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
-

18. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 : Proses Keperawatan Implementasi dan Evaluasi Pada Ny E dengan dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Operasi Laparascopy Cholelithiasis Hernia Inguinalis Dextra di Ruang Mawar RS TK IV Guntur Garut

No	Waktu / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1.		Nyeri Akut D.0077	Observasi 1. Memonitor TTV Respon TD : 140/90 mmHg N : 98x/menit Rr : 22x/menit S : 36,6 °C SPO2 : 99% 2. Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R : P : Nyeri dirasakan di perut bagian atas kanan luka bekas operasi Q : Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R : Nyeri dirasakan dibagian perut atas S : Skalaa nyeri 6 T : Nyeri hilang timbul, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan, nyeri berlangsung kurang	S : - Klien mengatakan nyeri bagian abdomen atas yang terdapat luka pasca operasi. O : - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - P : Nyeri post operasi hernia inguinalis - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : Nyei bagian abdomen atas - S : Skala 6 - T : Nyeri hilang timbul, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan, nyeri berlangsung

		lebih 10 menit.		kurang lebih 10 menit.
		3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R : Klien nampak meringis	-	TTV TD : 130/100 mmHg N : 90x/menit Rr : 20x/menit S : 36,6 °C SPO2 : 99 %
		Terapeutik		
		4. Memberikan teknik relaksasi nafas dalam R : Klien kooperatif		
		Edukasi		
		5. Menganjurkan klien melakukan teknik relaksasi secara mandiri apabila nyeri timbul R : Klien kooperatif	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
		Kolaborasi		
		6. Memberikan obat analgetik R : Injeksi keterolak 1 ampule dan Ranitidine.		
				Rendy Ahmad M
				Rendy Ahmad M
2.	Gangguan Pola Tidur D.0055	Observasi	S :	
		1. Menidentifikasi pola aktivitas dan tidur R : Biasanya tidur siang 1,5 jam, tidur malam 7-8 jam namun setelah operasi tidur malam berkurang akibat sering terjaga	-	Klien mengeluh sulit tidur
		2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur R : Sering terjaga akibat nyeri pada luka 2 operasi	-	Klien mengeluh sering terjaga karena timbulnya nyeri pada luka operasi
		Terapeutik	O :	
		3. Memodifikasi lingkungan dengan mengatur pencahayaan, kebisingan R : Klien nampak nyaman	-	Klien nampak sering menguap
			-	Klien nampak dengan kantung mata gelap
			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

		4. Menetapkan jadwal rutin tidur R : Klien mampu memahami jadwal tidur yang dijadwalkan Edukasi 5. Menjelaskan tidur cukup selama sakit R : Klien mampu memahami 6. Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur R : Klien memahami anjuran menghindari makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur	Rendy Ahmad M
		Rendy Ahmad M	
3.	Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	Observasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R : Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi Memonitor kekuatan otot R : Mengalami kelemahan di ekstermitas bawah 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R : Klien mengatakan mengalami kesulitan bergerak apabila berpindah tempat seperti ke kamar mandi dan adl dibantu oleh keluarga Terapeutik 3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu R : Memfasilitasi dengan pagar tempat	S : - Klien mengeluh nyeri saat bergerak - Klien mengeluh sulit mengerjakan ekstermitas O : - Klien nampak lemah - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak ROM menurun - Kekuatan otot ekstermitas bawah 4 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan Rendy Ahmad M

		tidur	
		4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan	
		R : Pergerakan klien dibantu oleh keluarga	
		Edukasi	
		5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	
		R : Klien dan keluarga kooperatif	
		6. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	
		R : Mengajarkan ROM aktif dan pasif.	
		Rendy Ahmad M	
4.	Risiko Infeksi	Observasi	S :
		1. Monitor tanda gejala infeksi	- Klien mengatakan nyeri
		R : Balutan luka lembab, luka nampak kemerahan	dibagian abdomen atas
		2. Memonitor karakteristik luka	luka bekas operasi
		R : Kemerahan, tidak ada pembengkakan, nyeri disekitar area luka	O :
		Terapeutik	- Terdapat luka bekas
		3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	operasi laparaskopi 3
		4. Mempertahankan teknik aseptik	titik sekitar 2cm
		R : Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	- Luka tertutup kassa
		5. Memberikan perawatan luka	- Nampak lembab
		R : Melakukan gp atau perawatan luka	- Luka kemerahan
		6. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	A : Masalah belum teratasi
			P : Intervensi dilanjutkan
			Rendy Ahmad M

		7. Membersihkan luka dengan cairan NaCl 8. Memasangkan balutan sesuai jenis luka Edukasi 9. Menjelaskan tanda gejala infeksi R : Klien dan keluarga memahami tanda dan gejala infeksi 10. Mengajarkan cuci tangan yang benar Klien memahami cara mencuci tangan dengan benar 11. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein R : Klien mengetahui apa saja makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein 12. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan R : Klien kooperatif 13. Memberikan pemberian antibiotik R : Injeksi ceftriaxone	
		Rendy Ahmad M	
1.	Nyeri Akut D.0077	Observasi 1. Memonitor TTV Respon TD : 130/90 mmHg N : 92x/menit Rr : 20x/menit S : 36,6 °C SPO2 : 99% 2. Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S : - Klien mengatakan nyeri bagian abdomen atas yang terdapat luka pasca operasi. O : - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah - P : Nyeri post operasi laparoscopy cholelithiasis

		R : P : Nyeri dirasakan di perut bagian atas kanan luka bekas operasi Q : Nyeri dirasakan seperti tersayat-sayat R : Nyeri dirasakan dibagian perut atas S : Skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan, nyeri berlangsung kurang lebih 10 menit. 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R : Klien nampak meringis Terapeutik 4. Memberikan teknik relaksasi nafas dalam R : Klien kooperatif Edukasi 5. Mengajarkan klien melakukan teknik relaksasi secara mandiri apabila nyeri timbul R : Klien kooperatif Kolaborasi 6. Memberikan obat analgetik R : Injeksi keterolak 1 ampule dan Ranitidine.	- Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : Nyeri bagian abdomen atas - S : Skala 5 - T : Nyeri hilang timbul, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan, nyeri berlangsung kurang lebih 10 menit. - TTV TD : 130/90 mmHg N : 90x/menit Rr : 20x/menit S : 36,6 °C SPO2 : 99 % A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
		Rendy Ahmad M	
		Rendy Ahmad M	
2.	Gangguan Pola Tidur D.0055	Observasi 1. Menidentifikasi pola aktivitas dan tidur R : Biasanya tidur siang 1,5jam, tidur malam 7-8 jam namun setelah operasi	S : - Klien mengeluh sulit tidur - Klien mengeluh sering

		tidur malam berkurang akibat sering terjaga	terjaga karena timbulnya nyeri pada luka operasi
		2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur R : Sering terjaga akibat nyeri pada luka operasi, namun sekarang lebih nyenyak	- Klien mengatakan tidurnya menjadi nyenyak
		Terapeutik	- Waktu tidur bertambah
		3. Memodifikasi lingkungan dengan mengatur pencahayaan, kebisingan R : Klien nampak nyaman	O : - Klien nampak dengan kantung mata gelap
		4. Menetapkan jadwal rutin tidur R : Klien mampu memahami jadwal tidur yang dijadwalkan	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
		Edukasi	
		5. Menjelaskan tidur cukup selama sakit R : Klien mampu memahami	
		6. Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur R : Klien memahami anjuran menghindari makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur	
		Rendy Ahmad M	
3.	Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	Observasi	S :
		1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R : Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi	- Klien mengeluh sulit mengerjakan ekstermitas
		Memonitor kekuatan otot R : Mengalami kelemahan di ekstermitas bawah	O : - Klien nampak lemah - Kekuatan otot menurun
		7. Mengidentifikasi toleransi fisik	- Rentang gerak ROM

		melakukan pergerakan R : Klien mengatakan mengalami kesulitan bergerak apabila berpindah tempat seperti ke kamar mandi dan adl dibantu oleh keluarga Terapeutik 8. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu R : Memfasilitasi dengan pagar tempat tidur 9. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan R : Pergerakan klien dibantu oleh keluarga Edukasi 10. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R : Klien dan keluarga kooperatif 11. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan R : Mengajarkan ROM aktif dan pasif.	menurun - Kekuatan otot ekstermitas bawah 4/4. A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
		Rendy Ahmad M	
4.	Risiko Infeksi D.0142	Observasi 1. Monitor tanda gejala infeksi R : Balutan luka lembab, luka nampak kemerahan 2. Memonitor karakteristik luka R : Kemerahan ringan, tidak ada pembengkakan, nyeri disekitar area luka	S : - Klien mengatakan nyeri dibagian abdomen atas luka bekas operasi O : - Terdapat luka bekas operasi laparoscopy

Terapeutik

3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
 4. Mempertahankan teknik aseptik
R : Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
 5. Memberikan perawatan luka
R : Melakukan gp atau perawatan luka
 6. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan
 7. Membersihkan luka dengan cairan Nacl
 8. Memasang balutan sesuai jenis luka
- Edukasi
9. Menjelaskan tanda gejala infeksi
R : Klien dan keluarga memahami tanda dan gejala infeksi
 10. Mengajarkan cuci tangan yang benar
Klien memahami cara mencuci tangan dengan benar
 11. Mengajarkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein
R : Klien mengetahui apa saja makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein
 12. Mengajarkan meningkatkan asupan cairan
R : Klien kooperatif
 13. Memberikan pemberian antibiotik
R : Injeksi ceftriaxone

cholelithiasis 3 titik
sekitar 2cm

- Luka tertutup kassa
- Nampak lembab
- Luka kemerahan berkurang

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

Rendy Ahmad M

Rendy Ahmad M

1.	Nyeri Akut D.0077	Observasi 1. Memonitor TTV Respon TD : 120/90 mmHg N : 93x/menit Rr : 21x/menit S : 36,5 °C SPO2 : 99% 2. Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri R : P : Nyeri dirasakan di perut bagian atas luka bekas operasi nyeri berkurang Q : Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R : Nyeri dirasakan dibagian perut bawah S : Skala nyeri 4 (0-10) T : Nyeri hilang timbul, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R : Klien nampak sedikit meringis Terapeutik 4. Memberikan teknik relaksasi nafas dalam R : Klien kooperatif Edukasi 5. Menganjurkan klien melakukan teknik relaksasi secara mandiri apabila nyeri timbul R : Klien kooperatif , klien mengatakan	S : - Nyeri berkurang O : - Klien tampak nyaman - Klien nampak lebih nyaman - P : Nyeri post operasi laparascopy cholelithiasis - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : Nyeri bagian abdomen atas - S : Skala 4 - T : Nyeri hilang timbul, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan. - TTV TD : 120/90 mmHg N : 90x/menit Rr : 20x/menit S : 36,5 °C SPO2 : 99 % A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
----	----------------------	--	---

Rendy Ahmad M

		nyeri berkurang setelah melakukan teknik relaksasi Kolaborasi 6. Memberikan obat analgetik R : Injeksi keterolak 1 ampule dan Ranitidine.	
		Rendy Ahmad M	
2.	Gangguan Pola Tidur D.0055	Observasi 1. Menidentifikasi pola aktivitas dan tidur R : Klien mengatakan tidurnya sudah nyenyak dan tidak sering terjaga 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur R : Sering terjaga akibat nyeri pada luka operasi, namun sekarang sudah tidak ada keluhan sulit tidur atau kutrang tidur. Terapeutik 3. Memodifikasi lingkungan dengan mengatur pencahayaan, kebisingan R : Klien nampak nyaman Edukasi 4. Menjelaskan tidur cukup selama sakit R : Klien mampu memahami 5. Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur R : Klien memahami anjuran menghindari makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur	S : - Klien mengatakan tidurnya sudah nyenyak - Tidak ada keluhan sulit tidur - Waktu tidur bertambah O : - Klien nampak segar A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
		Rendy Ahmad M	
		Rendy Ahmad M	

3.	Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	Observasi 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R : Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi 2. Memonitor kekuatan otot R : Mengalami kelemahan di ekstermitas bawah Kekuatan otot 5 5 3. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R : Klien mengatakan mengalami kesulitan bergerak apabila berpindah tempat seperti ke kamar mandi, namun sekarang bisa dilakukan mandiri Terapeutik 4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu R : Memfasilitasi dengan pagar tempat tidur 5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan R : Pergerakan klien dibantu oleh keluarga Edukasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R : Klien dan keluarga kooperatif 7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	S : - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri O : - Klien nampak lebih segar - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak ROM meningkat - Kekuatan otot ekstermitas bawah 5 5. - Mampu melakukan aktivitas secara mandiri tidak dibantu A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
----	---------------------------------	--	---

Rendy Ahmad M

R : Mengajarkan ROM aktif dan pasif ,
mampu dilakukan mandiri.

Rendy Ahmad M

4.	Risiko Infeksi D.0142	Observasi 1. Monitor tanda gejala infeksi R : Kemerahan tidak ada, kualitas luka baik, klien sudah melakukan perawatan luka 2. Memonitor karakteristik luka R : Kemerahan tidak ada, tidak ada pembengkakan, tidak nyeri disekitar area luka Terapeutik 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Mempertahankan teknik aseptik R : Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien Edukasi 5. Menjelaskan tanda gejala infeksi R : Klien dan keluarga memahami tanda dan gejala infeksi 6. Mengajarkan cuci tangan yang benar Klien memahami cara mencuci tangan dengan benar 7. Mengajarkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein R : Klien mengetahui apa saja makanan	S : - Klien mengatakan tidak lagi nyeri dibagian abdomen atas luka bekas operasi O : - Terdapat luka bekas operasi laparascopy cholelithiasis sekitar 2cm - Luka tertutup kassa - Nampak kering dan bersih - Kemerahan berkurang - Tidak ada pembengkakan - Tidak ada nyeri A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
----	--------------------------	--	--

Rendy Ahmad M

-
- yang tinggi kalori dan tinggi protein
8. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan
R : Klien kooperatif
 9. Memberikan pemberian antibiotik
R : Injeksi ceftriaxone
-

Rendy Ahmad M

19. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 7 Catatan perkembangan

No.Dx Keperawatan	Hari Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
I		S : - Klien mengatakan nyeri bagian abdomen atas kananyang terdapat luka operasi sudah berkurang O : - Klien tampak nyaman dan tenang - P : Nyeri post operasi laparascopy cholelitisias Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Nyeri bagian abdomen kanan atas S : Skala 4 T : Hilang timbul - TTV TD : 120/90 N : 95x/menit RR : 21x/menit S : 36°C A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan dan dilanjutkan dirumah.	Rendy

II	S : - Klien mengatakan tidurnya sudah nyenyak - Tidak ada keluhan sulit tidur - Tidak ada keluhan sering terjaga - Waktu tidur bertambah O : - Klien nampak segar A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Rendy
III	S : - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri O : - Klien Klien nampak lebih segar - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak ROM meningkat - Kekuatan otot ekstermitas bawah 5 5. - Mampu melakukan aktivitas secara mandiri tidak dibantu A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Rendy
IV	S : - Klien mengatakan tidak lagi nyeri	Rendy

dibagian abdomen kanan atas

O :

- Terdapat luka bekas operasi laparoscopy cholelithiasis 2 cm
- Luka tertutup kassa
- Nampak kering dan bersih
- Kemerahan berkurang
- Tidak ada pembengkakan
- Tidak ada nyeri

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dihentikan dan dilanjutkan dirumah.

B. PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini menguraikan pengalaman penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada Ny. E dengan gangguan sistem pencernaan : post operasi hernia laparoscopy cholelithiasis yang dilaksanakan selama 5 hari, mulai dari tanggal 20 April 2025 s/d 24 April 2025 di ruang Mawar RS TK IV Guntur Garut, dengan membandingkan antara teori dan praktek dilapangan. Kesenjangan yang ditemukan selama melakukan asuhan keperawatan yaitu tahap pengkajian, tahap diagnosa keperawatan, tahap perencanaan, tahap implementasi, dan tahap Evaluasi.

1. Pengkajian

Tahap ini merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Pada tahap pembahasan pengkajian ini penulis membandingkan antara teori dengan hasil data pengkajian pada Ny. E dengan gangguan sistem pencernaan : post operasi laparoscopy cholelithiasis di ruang Mawar RS TK IV Guntur Garut. Untuk memperoleh data tersebut, penulis melakukan pengkajian kepada klien dengan melakukan wawancara (anamnesis), pemeriksaan fisik, dan observasi. Data yang telah dikaji diklasifikasikan kemudian di analisis.

Tahap ini merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Pada tahap pembahasan pengkajian ini penulis membandingkan antara teori dengan hasil data pengkajian pada Ny. E dengan gangguan sistem pencernaan : post operasi laparoscopy cholelithiasis di ruang Mawar RS TK IV Guntur Garut.

Untuk memperoleh data tersebut, penulis melakukan pengkajian kepada klien dengan melakukan wawancara (anamnesis), pemeriksaan fisik, dan observasi. Data yang telah dikaji diklasifikasikan kemudian di analisis.

Pada pengkajian yang dilakukan pada tanggal 20 April 2025 dengan menggunakan metode wawancara dengan klien dan dibantu oleh keluarga. Pada pemeriksaan post operasi didapatkan data yaitu terdapat luka bekas operasi dibagian abdomen atas kanan dengan panjang 2 cm, klien mengatakan nyeri di bagian luka operasi, nyeri seperti tersayat-sayat klien tampak meringis dan berhati-hati untuk menggerakkan tubuhnya dan kesulitan menggerakkan tubuhnya, nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang ketika diistirahatkan, skala nyeri 6 (0-10) klien juga mengeluh sering terjaga dan tidurnya tidak nyenyak diakibatkan karena adanya nyeri. Pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 140/90mmHg, Rr :22x/menit, N :98x/menit, S : 36,7°C, SPO2 : 98%.

Menurut Sandra Amelia (2019), pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien kolelitiasis yaitu Pemeriksaan darah lengkap hitung peningkatan SGOT , SGPT , Pemeriksaan sinar-X abdomen dapat dilakukan untuk bisa terlihat melalui pemeriksaan sinar-X, Ultrasonografi, pemeriksaan USG telah menggantikan pemeriksaan kolesistografi oral karena dapat dilakukan secara cepat dan akurat, Pemeriksaan pencitraan radionuklida atau koleskintografi Koleskintografi menggunakan preparat radioaktif yang disuntikkan secara intravena,ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangia

Pancreatography), Kolangiografi Transhepatik Perkutan, MRCP (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography), pada pemeriksaan laboratorium pada Ny.E didapatkan hasil SGOT 20 u/L dan SGPT 16 u/L. Untuk hal ini didapatkan kesenjangan antara teori dengan data saat di lapangan.

Pada saat melakukan pengkajian dengan Ny. E penulis tidak mengalami hambatan. Faktor pendukung dalam pengkajian ini adalah klien dan keluarga yang kooperatif, perawat dan tim yang kompeten sehingga sangat mendukung penulis untuk menggali informasi berupa data objektif dan subjektif tentang kondisi klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada Post Operasi Cholelithiasis menurut Nuraif (2019) yaitu :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agan pencedera fisik (prosedur operasi)
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pasca operasi
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- d. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi

Dari keempat diagnosa yang biasa muncul pada klien dengan gangguan sistem pencernaan : post operasi cholelithiasis menurut Nuraif (2019), pada kasus di lapangan terhadap kasus Ny. E penulis menemukan 4 masalah keperawatan yang sesuai dengan teori tersebut diantaranya :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pasca operasi
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- d. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi

3. Perencanaan

Tahap perencanaan merupakan tahap lanjut dari diagnosa keperawatan, dimana di dalam perencanaan akan menentukan keberhasilan atau tidaknya asuhan keperawatan yang akan dilakukan. Kegiatannya dimulai dari menetapkan prioritas masalah, perumusan tujuan, penentuan kriteria hasil serta rencana tindakan sesuai dengan kondisi klien. Pada tahap intervensi penulis menyusun rencana tindakan yang sesuai dengan data yang didapatkan pada saat pengkajian dan apa yang menjadi keluhan dari klien. Didalam menentukan tindakan keperawatan, penyusun merencanakan beberapa tindakan dengan mengikutsertakan klien dan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sehingga tidak ada kesulitan penyusun dalam melakukan tindakan keperawatan kepada klien dan keluarganya

Menurut SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada klien dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik prosedur operasi adalah Manajemen nyeri diantaranya identifikasi lokasi,

karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.teknin nafas dalam), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.teknik nafas dalam), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgeetik, jika perlu.

Menurut SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada klien dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pasca operasi adalah dukungan tidur diantaranya identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, modifikasi lingkungan, batas waktu tidur siang, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur, ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

Menurut SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada klien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan

nyeri adalah dukungan mobilisasi diantaranya identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Menurut SIKI (2018) intervensi yang dapat dilakukan pada klien dengan masalah keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasi adalah pencegahan infeksi dan perawatan luka diantaranya monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, jika perlu, monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, jika perlu, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit atau Lesi, jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase,

jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, jika perlu Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.(PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 20-24 April 2025. Pada tahap ini, penulis berusaha mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Ny. E berdasarkan perencanaan yang telah disusun yang mengacu pada buku pedoman SLKI dan SIKI, secara umum, sebagian besar intervensi yang direncanakan dapat diimplementasikan dengan baik.

Pada diagnosa pertama yaitu nyeri akut penulis memberikan tindakan diantaranya adalah memonitor TTV, mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memberikan teknik relaksasi nafas dalam, menganjurkan klien melakukan teknik relaksasi secara mandiri apabila nyeri timbul, memberikan obat analgetik, dengan hasil nyeri menurun.

Pada diagnosa yang kedua yaitu gangguan pola tidur penulis memberikan tindakan diantaranya adalah mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, mengidentifikasi makanan

yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), batas waktu tidur siang, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur.

Pada diagnosa ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik penulis memberikan tindakan diantaranya adalah mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Pada diagnosa keempat yaitu risiko infeksi penulis memberikan tindakan diantaranya adalah memonitor tanda gejala infeksi, memonitor karakteristik luka, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik, menjelaskan tanda gejala infeksi, mengajarkan cuci tangan yang benar, menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein, menganjurkan meningkatkan asupan cairan, memberikan pemberian antibiotik.

a. Faktor Pendukung

Implementasi keperawatan berjalan cukup optimal berkat adanya beberapa factor pendukung. Salah satu factor pendukung utama adalah pasien menunjukkan sikap kooperatif dan memiliki kesadaran tinggi akan pentingnya menjalani terapi secara teratur. Dukungan penuh dari keluarga, terutama suami dan anak yang turut mendampingi di setiap kondisi juga menjadi factor penting yang meningkatkan keberhasilan intervensi keperawatan. Lingkungan rumah sakit yang mendukung, memperkuat pelaksanaan asuhan keperawatan yang holistic.

b. Faktor Penghambat

Dalam proses implementasi keperawatan, dijumpai beberapa faktor penghambat salah satunya keterbatasan waktu dalam pelaksanaan asuhan keperawatan , kemudian butuh difokuskan kembali mengenai edukasi yang disampaikan harus senantiasa melibatkan keluarga klien karena klien sudah lansia. Faktor-faktor ini yang menghambat terlaksananya sebagian asuhan keperawatan.

5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang berguna untuk menilai perkembangan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang

diberikan. Untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi atau muncul masalah baru adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Klien pulang pada tanggal 25 April 2025 dengan kondisi masalah sudah teratasi dan sebagian dilanjutkan hal ini dikarenakan dokter sudah mengizinkan untuk terapi lanjutan dirumah, dan rawat jalan , pada diagnose nyeri akut Tingkat nyeri menurun, pada diagnose gangguan pola tidur sudah didapati pola istirahat membaik, pada gangguan mobilitas fisik dijumpai aktivitas fisik meningkat, dan pada risiko infeksi ditemukan kondisi luka membaik selain itu didapati pula jika keempat diagnosa telah memenuhi kriteria hasil yang diharapkan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan pada Ny. E dengan post operasi laparoskopi kolesistiasis di Ruang Mawar RS TK IV Guntur Garut, dapat disimpulkan:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian menyeluruh terhadap status kesehatan fisik, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual, serta mengidentifikasi masalah utama berupa gangguan sistem pencernaan akibat kolesistiasis.
2. Penulis dapat merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan respon pasien, yang meliputi: nyeri akut terkait agen pencedera fisik akibat prosedur operasi, gangguan pola tidur terkait kurangnya kontrol tidur dan nyeri, serta risiko infeksi akibat prosedur invasif.
3. Penulis mampu menyusun perencanaan keperawatan sesuai diagnosa, meliputi: edukasi dan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, intervensi untuk meningkatkan kualitas tidur, latihan mobilisasi aktif dan pasif, serta perawatan luka aseptik dan kolaborasi pemberian antibiotik.
4. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai Standar Intervensi Keperawatan (SIKI), antara lain: manajemen nyeri, latihan mobilisasi, peningkatan kenyamanan tidur, serta pencegahan infeksi melalui perawatan luka dan terapi kolaboratif.
5. Evaluasi menunjukkan bahwa dari empat diagnosa keperawatan, dua masalah (nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik) teratasi sepenuhnya, satu (gangguan pola tidur) teratasi pada hari ketiga, dan satu (risiko infeksi) teratasi sebagian.

B. REKOMENDASI

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan secara Komprehensif pada Ny. E dengan Gangguan sistem pencernaan Post op Laparoscopy Cholelitis, maka penulis memberikan beberapa rekomendasi diantaranya :

1. Institusi Pendidikan

Menyediakan sumber referensi dan literatur terbaru terkait perawatan luka post operasi laparoscopy cholelitis, guna meningkatkan pengetahuan mahasiswa keperawatan, sebagaimana pengalaman penulis yang mengalami kendala dalam pencarian sumber selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

2. Institusi Rumah Sakit dan Perawat

Memberikan edukasi berkelanjutan kepada pasien dan keluarga terkait cara perawatan luka post operasi cholelitis secara mandiri atau menganjurkan dilakukan di pelayanan kesehatan untuk mencegah infeksi dan mempercepat proses penyembuhan, sebagaimana sesuai dengan masalah keperawatan risiko infeksi yang sebagian besar belum sepenuhnya teratasi, melakukan monitoring rutin terhadap kondisi luka dan tanda-tanda infeksi sesuai standar pelayanan keperawatan, mengingat masih terdapat masalah risiko infeksi yang teratasi sebagian, memastikan penerapan teknik komunikasi terapeutik secara optimal kepada pasien dan keluarga, agar meningkatkan kepatuhan dalam perawatan dan pengobatan, sesuai hasil evaluasi.

3. Untuk Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa keperawatan dalam melakukan pengkajian harus lebih teliti, akurat, tepat, serta lebih menguasai ilmu keperawatan sesuai dengan keadaan klien agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan optimal. Guna terbentuknya seorang perawat masa depan yang lebih berkualitas dan profesional.

4. Untuk Klien dan Keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga dapat secara aktif menerapkan edukasi yang telah diberikan, seperti cara perawatan luka secara mandiri, diet sesuai anjuran untuk mempercepat penyembuhan dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Sebagaimana disimpulkan bahwa sebagian masalah keperawatan masih memerlukan perhatian lanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, S. (2019). Pemeriksaan diagnostik pada pasien kolelitiasis.
- Andalas (2019). Latar belakang cholelithiasis. National Library of medicine
- Andriyan, J. T. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Open Cholesistektomy per Laparatomi Atas Indikasi Kolelitiasis Dengan Nyeri Akut di Ruang Bedah 3A RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung.
- Apriliya Sari (2018). Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.J Yang Mengalami
- Budiono, & Sumirah Budi Pertami. (2021). Konsep Dasar Keperawatan Jakarta: Bumi Medika.
- Cahyono, (2014). Makalah Kolelitiasis: Pengkajian dan Asuhan Keperawatan
- Di, A., & Cendana, A. (2019). Karakteristik Pasien Kolelitiasis di Rumah Sakit Umum Daerah Moh. Ansari Saleh Banjarmasin Tahun 2018. Jurnal Smart Medika
- Nabu. (2019). Asuhan keperawatan pada Nn. E.S dengan Kolelitiasis di Ruang Cendana Rumah Sakit Bhayangkara Drs. Titus Uly Kupang .
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2018). Penatalaksanaan kolelitiasis: non-bedah dan bedah. Modul keperawatan.
- Nurarif, H. K., & Kusuma, H. (2018). Aplikasi Asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa.
- Nursalam. (2021). Proses dan dokumentasi keperawatan: Konsep dan praktik
- OKTAVIANI, A. R. (2020). Literature Review: Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Spiritual Islam di Ruang Rawat Inap. Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia) Poltekes kupang
- Post Op Cholelithiasis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Di Ruang Perawatan Garuda Rumah Sakit Bhayangkara Makassar
- PPNI. (2016). Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Rebhloz. (2018). Cholelithiasis – etiologi, epidemiologi, dan patogenesis., disajikan dalam LP 2 Cholelithiasis. Sumber: Scribd.
- Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018)
- Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI. Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018).
- Suratun, S. (2020). Klasifikasi dan Patogenesis Batu Empedu. Jurnal Ilmu Kesehatan, 12(3), 45-53.
- Syhabana, A., Wahyuni, D., & Zulkarnain, E. (2019). Peran perawat dalam melakukan pengkajian kebutuhan pasien berdasarkan aspek biologis, psikologis, sosiologis, spiritual di Ruang Rawat Inap. Professional Health Journal, 1(1), 21-27.
- Terrie, Y. C., & Pharm, B. S. (2020). A Review of Cholelithiasis and Cholecystitis for Pharmacists. U.S. Pharmacist, 45, 1–12.
- Veronika et al (2018). Batu Empedu, Buku Ajar Penyakit Dalam . Jakarta : Balai
- Widiastuti, W. (2019). Terapi Ursodeoxycholic Acid (UDCA) dan Tindakan Kolesistektomi Laparoskopik pada Remaja dengan Cholelithiasis: Sebuah Laporan Kasus. Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika, 2(4), 34-39.

LAMPIRAN

Lampiran 1 1 SAP

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan	: Pencegahan cholelithiasis (batu empedu)
Sasaran	: Keluarga dan pasien di ruang Mawar
Hari/Tanggal	: Kamis, 24 April 2025
Waktu	: 45 Menit
Tempat	: Ruang Mawar RS TK IV Guntur Garut
Penyuluh	: Rendy Ahmad Mutaqin (KHGA22142)

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah modal utama bagi manusia, kesehatan merupakan bagian yang terpenting dalam menjaga kelangsungan hidup seseorang. Jika seseorang sedang tidak dalam kondisi fit, maka segala aktivitasnya terganggu seperti makan, minum, aktivitas yang biasa dilakukan sendiri tetapi saat sakit semua menjadi tidak dapat dilakukan secara mandiri.

B. Tujuan Umum

C. Setelah mengikuti penyuluhan ini selama 45 menit, diharapkan klien dan keluarga mampu memahami tentang perawatan pasca operasi laparoscopy cholelithiasis

D. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan 45 menit diharapkan mampu menjelaskan tentang :

1. Pengertian cholelithiasis
2. Penyebab cholelithiasis
3. Tanda dan gejala cholelithiasis
4. Perawatan pasca bedah laparoscopy

E. Metode

Ceramah dan diskusi

F. Media

Leaflet

G. Proses pelaksanaan

No	Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Sasaran
1.	Pembukaan	5 Menit	1. Mengucapkan salam 2. Mmperkenalkan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan menyimak

			diri 3. Menyampaikan tentang tujuan pokok materi 4. Menyampaikan tentang pokok bahasan 5. Kontrak waktu	3. Bertanya mengenai pengenalan dan tujuan jika kurang jelas
2.	Pelaksanaan	20 Menit	1. Penyampaian materi 2. Tanya jawab 3. Memberikan kesempatan untuk bertanya	1. Mendengarkan dan menyimak 2. Bertanya mengenai hal-hal yang belum jelas dan dimengeti
3.	Penutup	10 Menit	1. Evaluasi dengan memberikan pertanyaan sederhana 2. Menyampaikan kesimpulan materi 3. Mengakhiri pertemuan 4. Mengucapkan salam	1. Sasaran dapat menjawab pertanyaan yang diajukan 2. Mendengarkan dan menyimak 3. Menjawab salam

H. Kriteria Pemantauan

1. Pemantauan

a. Input

1. Kegiatan penyuluhan dihadiri minimal oleh klien dan keluarga klien
2. Media penyuluhan yang digunakan adalah leaflet
3. Penyuluhan sesuai SOP dan Up To Date
4. Waktu kegiatan penyuluhan adalah 45 menit
5. Tempat penyuluhan diruang pasien

b. Proses

1. Klien dan keluarga aktif dan antusias dalam mengikuti kegiatan penyuluhan
2. Narasumber menguasai materi dengan baik

c. Output

Setelah dilakukan kegiatan penyuluhan klien dan keluarga klien mengerti dan mampu mempraktekan materi penyuluhan yang telah disampaikan

d. Outcome

Setelah dilakukan kegiatan penyuluhan ada perubahan perilaku kesehatan yang lebih baik

I. Evaluasi

Persiapan :

1. Materi sudah siap dan dipelajari sebelum penkes
2. Media sudah disiapkan sebelum penkes
3. Tempat sudah dipersiapkan
4. SAP sudah siap sebelum penkes

a. Proses

1. Klien dan keluarga bersedia menerima penyuluhan
2. Klien dan keluarga memperhatikan penjelasan
3. Klien dan keluarga aktif bertanya dan memberikan pendapat
4. Media dapat digunakan secara efektif

b. Hasil :

- a. Keluarga mampu menjelaskan pengertian cholelithiasis
- b. Keluarga mamapu memahami perawatan pasien pasca operasi
- c. Keluarga mampu menyebutkan aktivitas apa saja yang dilakukan pasca operasi
- d. Keluarga mampu menjelaskan pencegahan cholelithiasis

J. Referensi

Marllyn E. Doengoes, Nursing Care Plan, Fa. Davis Company, Philadelphia, 1993.P: 523-536

*Soeparman, Ilmu Penyakit Dalam, Jilid II, Balai Penerbit FKUI 1990,
Jakarta, P: 586-588.*

Lampiran 1 2 Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Rendy Ahmad Mutaqin

Nim : KHGA22142

Pembimbing : H. Engkus Kusnadi, S Kep. Ners. M KES

No	Tanggal	Materi	Saran	Ttd mahasiswa	Ttd pembimbing
1.	11 juni 2025	BAB I (Revisi)	1. Perbaiki tahapan proses keperawatan. 2. Tambahkan reverensi. 3. Tuliskan semua metode yang dijelaskan		
2.	23 Juni 2025	BAB II (Revisi)	1. Jelaskan pathway		
3.	8 Juli 2025	BABIII (Revisi)	1. Masalah yang teratasi apa saja? Jelaskan satu persatu		
4.	13 Juli 2025	BAB IV (REVISI)	1. Ksimpulan terlalu banyak. 2. Intervensi tuliskan yang utama saja.		

			3. Evaluasi tulis yang teratasi apa, yang belum apa 4. Jangan terlalu banyak narasi yang tidak perlu		
--	--	--	--	--	--

Lampiran 1 3 Daftar Riwayat Hidup

RIWAYAT HIDUP



A. DATA PRIBADI

Nama lengkap : Rendy Ahmad Mutaqin
NIM : KHGA22142
Tempat, tanggal lahir : Garut, 01 mei 2002
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Alamat : Kp. Cikondang, RT/RW: 001/002, Desa
Wangunjaya
Kec. Banjarwangi, Kabupaten Garut.

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

Tahun 2008 - 2014 : SDN 01 Wangunjaya
Tahun 2014 - 2017 : SMPN 02 Banjarwangi
Tahun 2017 - 2020 : SMAN 11 Garut
Tahun 2022 - 2025 : STIKes Karsa Husada Garut