KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "S" DENGAN *POST LAPARATOMI EKSPLORASI CBD* DI RUANG ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

DAKOSTAANA MALE

E1714401053

CLARISA CRISELDA S

E1714401009

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM D-III KEPERAWATAN

2019 - 2020

LEMBARAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY " S" DENGAN *POST OP LAPARATOMI EKSPLORASI CBD* DI RUANG ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**"** telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

DAKOSTAANA MALE

E1714401053

CLARISA CRISELDA S

E1714401009

Disetujui oleh :

Pembimbing

(Felisima Ganut, S.Kep., Ns)

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, S. Kep., NS.,MSN.,DN. Sc)

NIDN.0912106501

LEMBARAN PENGESAHAN

Karya Tulis ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY “S” DENGAN *POST OP LAPARATOMI EKSPLORASI CBD* DI RUANG ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada :

Hari/tanggal : Rabu/ 17 Juni 2020

Pukul : 11.40 - 12.20 WITA

Tempat : Ruangan C

Tim Penguji :

1. Yunita Carolina Satti, S.Kep., Ns., M.kep (.....)
2. Sr. Anita Sampe, JMJ., S.Kep.,Ns.,MAN (.....)

Moderator

1. Felisima Ganut, S.kep., NS

Mengetahui

Ketua STIK STELLA MARIS MAKASSAR

(Siprianus Abdu, S.Si., S.kep. Ns., M.Kes)

NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Dakostaana Male
Tempat/Tanggal lahir	: Ujung Pandang/27 juni 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jln. Poros Malino

II. Identitas Orang Tua

Ayah/ibu	: Agustinus/ Maria Nggita
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Buruh Harian/ Ibu IRT
Alamat	: Jln. Poros Malino

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Inpres Maccini Makassar	: 2003 - 2008
SMP Katolik Garuda Makassar	: 2009 - 2011
SMK Negeri 7 Makassar	: 2012 - 2015
STIK Stella Maris Makassar	: 2017- 2020

I. Identitas Pribadi

Nama	: Clarisa Criselda S.
Tempat/Tanggal Lahir	: Ujung Pandang/15 Desember 1999
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Protestan
Alamat	: Jln. Dirgantara No. 17A

II. Identitas

Ayah/ibu	: Petrus Ruru/ Alm. Christina Rante Dollok
Agama	: Protestan
Pekerjaan	: Buruh Harian/Guru
Alamat	: Jln. Dirgantara N0. 17A

Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD	: 2005 - 2010
SMP	: 2011 - 2013
SMA	: 2014 - 2016
STIK Stella Maris Makassar	: 2017 - 2020

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Penulis Panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa Atas segala rahmat dan Penyertaannya Sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Asuhan Keperawatan" *Post op Laparatomi Eksplorasi CBD* pada Ny "S" Umur 62 tahun Yang di Rawat Di Rumah Sakit Stela Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan KTI ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal yang disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan KTI ini.

Selama penyusunan KTI ini penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik itu dukungan moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan KTI ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih yang sebesar- besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si, S.Kep., Ns., M.Kes. Selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, S.kep., Ns., MSN.,DN, Sc. Selaku wakil ketua bidang akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Merry Solon S.kep., Ns., M.Kes. Selaku ketua program DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
4. Felisima Ganut, S.Kep.,Ns Selaku pembimbing yang telah memberikan arahan dan masukan selama penyusunan KTI ini.
5. Kepada Seluruh Staf Dosen, pengajar, dan pegawai di STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan arahan dan masukan selama mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.

6. Sr. DR. Teorocci Luisa Nunuhitu, S.JMJ, M.KES Selaku direktur RS Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk melakukan penelitian di RS Stella Maris Makassar.
7. Teristimewa kepada orang tua kami yang selalu memberikan doa, semangat, dukungan, bantuan berupa materil sehingga penyusunan KTI ini dapat terselesaikan.
8. Seluruh teman Program D3 Keperawatan angkatan 2017 dan sahabat semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu per satu yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan KTI ini

Akhir kata Semoga KTI ini dapat bermanfaat di kemudian hari. Terima Kasih

Makassar, Juni 2020

Dakostaana & Clarisa

DAFTAR ISI

HAL

HALAMAN JUDUL i

HALAMAN PERSETUJUAN ii

HALAMAN PENGESAHAN iii

RIWAYAT HIDUP iv

KATA PENGANTAR v

DAFTAR ISI vi

DAFTAR GAMBAR xi

DAFTAR TABEL xii

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 1
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 5
E. Sistematika Penulisan 6

BAB II TINJAUAN TEORITIS 7

A. Konsep Dasar Medis 7
1. Defenisi 7
2. Anatomi fisiologi 10
3. Klasifikasi 13
4. Etiologi 14
5. Patofisiologi 15
6. Manifestasi Klinik 17

7. Komplikasi 18
8. Pemeriksaan Diagnostik 19
9. Penatalaksanaan Medis 20
B. Konsep Dasar Keperawatan 21
1. Pengkajian 24
2. Diagnosa 24
3. Intervensi 26
4. Evaluasi 27
5. Discharge Planing 27
BAB III TINJAUAN KASUS 28
A. Pengamatan Kasus 29
B. Pengkajian 52
C. Analisa Data 55
D. Diagnosa Keperawatan 56
E. Rencana Keperawatan 60
F. Implementasi keperawatan 84
G. Evaluasi Keperawatan 95
H. Daftar Obat 98
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 99
A. Pengkajian 102
B. Diagnosa 103
C. Perencanaan Keperawatan 105
D. Pelaksanaan Keperawatan 105
E. Evaluasi 107
BAB V PENUTUP 108
A. Kesimpulan 108
B. Saran 109

DAFTAR PUSTAKA .....
LAMPIRAN .....

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi 11
Gambar 2.2 Genogram 33

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data 55
Tabel 3.2 Diagnosa Keperawatan 56
Tabel 3.3 Rencana Keperawatan 60
Tabel 3.4 Penatalaksanaan Keperawatan 84
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan 94

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sehat secara umum adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pemeliharaan kesehatan adalah upaya penanggulangan dan pencegahan gangguan kesehatan yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan termasuk kehamilan, dan persalinan (wikipedia. 2015)

Hal- hal yang menyebabkan orang mudah sakit sakit yaitu pertama, Gaya hidup tidak sehat seperti jarang olahraga, sering begadang, merokok, dan minum - minuman keras. yang kedua pola makan tidak sehat, seseorang mudah sakit yaitu ia mengkonsumsi makanan yang tidak hygines seperti makanan mentah, makanan setengah matang, makanan basi dan makanan kadaluarsa karena sangat beresiko mengandung kuman atau parasit, yang ketiga sering mengalami stres (banyak pikiran), kurang jam tidur (pola tidur tidak efektif), tidak menjaga kebersihan diri sendiri (seperti jarang mandi, menggosok gigi, dan jarang mencuci tangan) (Kemenkes. 2017)

Penyebab kolelitiatis yaitu, empedu mengandung terlalu banyak kolesterol. Cairan empedu normal harusnya mengandung cukup senyawa garam empedu untuk melarutkan kolesterol yang dikeluarkan oleh hati, namun jika hati terlalu banyak memproduksi kolesterol, cairan empedu akan mengandung lebih banyak kolesterol daripada zat pelarutnya, banyaknya

bilirubin dalam kantong empedu akan mengakibatnya munculnya batu di dalam empedu. (Rizky Candra Swari, 2016)

Batu empedu yaitu partikel keras di dalam kandung empedu yang biasanya merupakan kolesterol, dan lumpur bilier adalah cairan empedu yang telah tercampur dengan kolesterol dan Kristal garam akan menyebakan kolelitiatis. penyebab lain adalah faktor hormonal selama proses kehamilan. Faktor ini dapat dikaitkan dengan lambatnya pengosongan kandung empedu dan merupakan salah satu penyebab insiden kolelitiatis yang tinggi. (Rizky Candra Swari, 2016)

Metode Pengobatan Batu empedu meliputi operasi pengangkatan kandung empedu (*Kolesisktektomi*) atau konsumsi obat. Dan dapat dicegah dengan menjalani pola makan sehat dan seimbang. Konsumsilah makanan tinggi serat dan hindari makanan bersantan, berminyak, berbumbu kacang, dan makanan pedas (National Health Services Uk 2018).

Kolelitiatis merupakan inflamasi pada kandung empedu yang dapat berupa akut, kronik, atau kronik eksaserbasi akut. *Cholecystitis* sangat erat kaitannya dengan pembentukan batu empedu (*Cholecystolithiasis*). Sekitar 90% kasus cholecystitis disertai dengan batu empedu (*calculous cholecystitis*) dan 10% tidak disertai batu empedu (*acalculous cholecystitis*). (Bloom & Katz, 2016).

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh Liu et al (2018) di RS. Amerika serikat didapatkan hasil kasus kolelitiatis pada pasien perempuan sebanyak 728 kasus disertai Peningkatan IMT. sedangkan pada laki- laki didapatkan sebanyak 1309 kasus dengan peningkatan IMT^2. Di Negara Barat penderita *Choelitiatis* banyak ditemukan pada usia 30 tahun, tetapi rata- rata usia tersering adalah 40-50 tahun dan meningkat saat usia 60 tahun seiring bertambahnya usia, dari 20 juta orang di negara barat 20 %

perempuan dan 8 % laki- laki menderita *choelitiatis* dengan usia lebih dari 40 tahun. (Cahyono, 2014)

Di Indonesia, *choelitiatis* baru mendapat perhatian klinis, sementara publikasi penelitian tentang *choelitiatis* masih terbatas. Berdasarkan Studi kolesitografi oral didapatkan laporan angka insidensi *choelitiatis* terjadi pada wanita sebesar 76% dan pada laki- laki 36 % dengan usia lebih dari 40 tahun. Sebagian besar pasien dengan batu empedu tidak mempunyai keluhan. Risiko penyandang batu empedu empedu untuk mengalami gejala dan komplikasi relatif kecil. Walaupun demikian, sekali batu empedu mulai menimbulkan serangan nyeri kolik yang spesifik maka resiko untuk mengalami masalah dan penyulit akan terus meningkat. (Djumhana, 2014).

Banyaknya faktor yang mempengaruhi terjadinya *Choelitiatis* adalah faktor keluarga, tingginya kadar estrogen, insulin, dan kolesterol, penggunaan pil KB, infeksi, obesitas, gangguan pencernaan, tingginya kandung lemak dan rendah serat, dan kurang Olahraga (Djumhana, 2014).

Dari Data Rumah Sakit yang ada di Sulawesi Selatan, batu kolesterol lebih dominan ditemukan pada penderita yaitu sebanyak 45 %. Kemudian batu pigmen sebanyak 35 % dan batu campuran 20 %. Hal ini disebabkan karena sebagian besar penderita kurang mengetahui pola hidup sehat (www. Sulsel.bps.go.id di akses 5 juli 2016).

Berdasarkan data yang didapat dari *Medical Record* Rumah sakit stella Maris, tercatat jumlah penderita kolelitiatis tahun 2017 berjumlah 142 orang dengan rincian laki - laki berjumlah 25 orang dan perempuan 117 orang dan didapatkan pula jumlah pasien yang meninggal akibat kolelitiatis sebanyak 2 orang. Pada tahun 2018 berjumlah 279 orang dengan rincian laki- laki berjumlah 97 0rang dan perempuan 182 orang dan didapatkan pula jumlah pasien yang meninggal akibat penyakit kolelitiatis sebanyak 6

orang . sedangkan pada tahun 2019 berjumlah 227 orang dengan rincian laki - laki berjumlah 84 orang dan perempuan 143 orang dan didapatkan pula jumlah pasien yang meninggal akibat penyakit kolelitiatis sebanyak 4 orang

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien kolelitiatis di Ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Untuk memperoleh pengalaman nyata pada tentang asuhan keperawatan pada pasien *Choelitiatis*.

2. Tujuan Khusus

   a. Memperoleh pengalaman yang nyata dalam melakukan pengkajian pada pasien *Choelitiatis*

   b. Memperoleh pengalaman yang nyata dalam merumuskan diagnosa pada pasien dengan *Choelitiatis*

   c. Memperoleh pengalaman nyata dalam menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien *Choelitiatis*

   d. Memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan implementasi dengan *Choelitiatis*

   e. Memperoleh pengalaman nyata dalam melakukan evaluasi pada pasien dengan *Choelitiatis*

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi :

1. Instansi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam mengambil langkah - langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan pada pasien dengan *Choelitiatis*

2. Institusi/akademik.

   Sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Choelitiatis*

3. Penulisan/mahasiswa-i

   Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi penulis/mahasiswa dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat selama pendidikan.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini metode yang digunakan adalah studi kepustakaan, studi kasus, dan pengamatan kasus yang berupa wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik.

1. Wawancara

   Mengadakan wawancara secara langsung dengan pasien, keluarga pasien, serta berbagai pihak lainnya.

2. Observasi.

   Mengadakan pengamatan langsung pada pasien mengenai pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan.

3. Pemeriksaan fisik.

   Melakukan pemeriksaaan fisik pada pasien melalui inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

4. Dokumentasi.

   Asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien termasuk hasil tes diagnostik.

5. Data *Medical Record* Rumah Sakit

   Mengambil data dari bagian *Medical Record* Rumah Sakit

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana setiap bab disesuaikan dengan sub-sub bab antara lain BAB I PENDAHULUAN, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II TINJAUAN TEORITIS. Menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu konsep dasar medik, yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan penunjang, Klasifikasi *Choelitiatis* , pemeriksaan radiologi, dan penatalaksanaan terapi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan pulang. BAB III PENGAMATAN KASUS, yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi, dan evaluasi. BAB IV PEMBAHASAN KASUS, merupakan laporan hasil karya tulis ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktik. BAB V PENUTUP, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Defenisi

Kolelitiatis atau batu empedu pada hakekatnya merupakan endapan satu atau lebih komponen empedu. Kolelitiatis dapat terbentuk oleh 3 mekanisme yaitu : kolesterol, bilirubin, garam empedu, kalsium dan protein. (Tanaja, 2017)

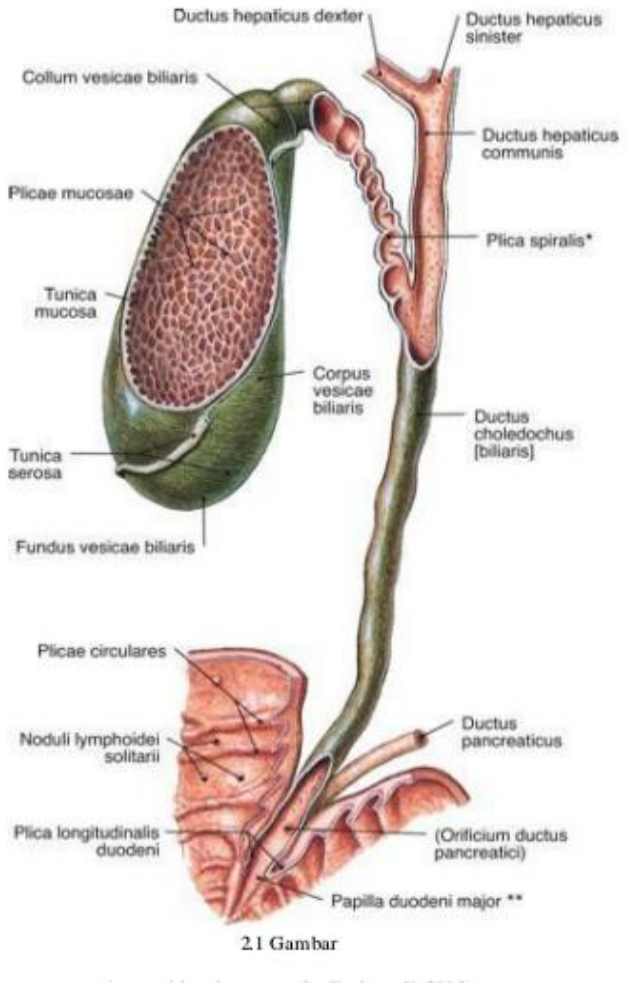
Kolelitiatis (kalkuli atau batu empedu) biasanya di dalam bentuk kandung empedu dari bahan- bahan padat empedu dalam hal bentuk ukuran dan komposisinya. Ada dua jenis utama batu empedu : batu pigmen yang terdiri atas pigmen empedu tak jenuh yang jumlahnya berlebihan dan batu kolesterol yang merupakan bentuk paling umum. Faktor-faktor resiko batu kolesterol termasuk kontrasepsi oral, estrogen, dan klofibrat. Wanita mengalami kolesterol dan penyakit kandung empedu empat kali lebih sering dibanding pria : biasanya di atas 40 tahun, multi para, dan obesitas.

Kolelitiatis adalah material atau kristal tidak berbentuk yang terbentuk dalam kantung empedu. Komposisi dari kolelitiatis adalah campuran dari kolesterol, pigmen empedu, kalsium dan matriks inorganic (Tanaja, 2017)

Kolelitiatis atau yang biasa dikenal sebagai batu empedu merupakan penyakit yang umumnya menyerang kandung empedu, saluran empedu atau biasa terjadi pada keduanya. (Maria Ulfa, 2018)

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi

Bagian- Bagian dari kandung empedu menurut (Bruner & Suddarth, 2015) terdiri atas :

1) *Fundus Vesikafelea* merupakan bagian kandung empedu yang yang paling akhir setelah *korpus vesikafelea*.

2) *Korpus vesikelea* bagian dari kandung empedu yang didalamnya berisi getah empedu. Getah empedu adalah suatu cairan disekresi oleh sel hati sebanyak 5000-1000 cc setiap harinya, sekresinya berjalan terus menerus, jumlah produksi cairan empedu dapat meningkat pada saat mencerna lemak.
3) Leher kandung empedu merupakan saluran tempat masuknya getah empedu ke badan kandung kandung empedu lalu berkumpul dan dipekatkan dalam kandung empedu.
4) *Duktus Sistikus* panjangnya kurang lebih $3\ ^{3}/_{4}$ cm. berjalan dari leher kandung empedu dan bersambung dengan *duktus hepatikus* membentuk saluran empedu ke duodenum.
5) *Duktus Hepatikus*, saluran yang keluar dari leher.
6) *Duktus koledokus* adalah saluran yang membawa empedu ke duodenum.

Kandung empedu tidak memiliki submukosa. Pembungkus pada kandung empedu terdiri dari tiga lapis, yakni permukaan luar dari kandung empedu adalah visceral peritoneum, pada bagian tengah, otot dari dindingnya terdiri dari serat otot halus (sel), dan di sebelah dalam merupakan membran mukosa yang tersambung dengan lapisan saluran empedu.

Membran mukosanya terdiri atas sel-sel epitel sederhana yang berbentuk sel tiang (silinder), disusun menyerupai epitel pada permukaan lambung yang mengeluarkan sekret musin dan cepat mengabsorpsi air dan elektrolit, tetapi tidak mensekresikan garam-garam empedu dan pigmen, karena itu cairan empedu menjadi pekat. Kontraksi dari otot tersebut dipengaruhi oleh sistem hormonal yang

menyebabkan isi dari kandung empedu (cairan empedu) masuk ke pembuluh cystic

b. Fisiologi

1) Fungsi kandung empedu

Kandung empedu memiliki fungsi sebagai tempat menyimpan cairan dan empedu dan memekatkan cairan empedu yang ada di dalamnya dengan cara mengabsorpsi air dan elektrolit. Cairan empedu ini adalah cairan elektrolit yang dihasilkan oleh sel hati. Pada individu normal, cairan empedu mengalir ke kandung empedu saat katup oddi tertutup. Dalam kandung empedu cairan empedu dipekatkan dengan mengabsorpsi air. Derajat pemekatannya diperlihatkan oleh peningkatan konsentrasi zat- zat padat. Cairan empedu yang dihasilkan oleh hati mengandung 97 % air, sedangkan kadar rata- rata air yang terkandung dalam cairan empedu yang telah tersimpan di dalam kandung empedu adalah 89 %. Bila saluran empedu dan duktus sistikulus dijepit, maka tekanan dalam saluran empedu akan naik sampai kira-kira 30 mm cairan empedu dalam 30 menit dan sekresi empedu berhenti. akan tetapi bila saluran empedu dijepit dan duktus sisitikus dibiarkan terbuka, air akan diabsorpsi dalam kandung empedu dan tekanan intrafiller naik hanya kira- kira 100 mm cairan empedu selama beberapa jam.

Cairan yang disekresikan oleh sel-sel hepatosit dalam organ hati adalah cairan yang berwarna kekuningan atau kecoklatan atau kuning kehijauan yang disekresikan oleh sel-sel hati mensekresikan 800 - 1.000 ml cairan empedu pH sekitar 7,6 - 8,6. Cairan empedu sebagian besar terdiri atas air, garam-garam

empedu, kolesterol, dan sebuah fosfolipid (lesitin), pigmen-pigmen empedu dan beberapa ion-ion, serta zat-zat lain yang ada dalam larutan elektrolit alkali yang mirip dengan getah pancreas

2) Fungsi empedu

Fungsi empedu adalah untuk membuang limbah tubuh tertentu (terutama pigmen hasil pemecahan sel darah merah dan kelebihan kolesterol) serta membantu pencernaan dan penyerapan lemak. Garam empedu menyebakan meningkatnya kelarutan kolesterol, lemak, dan vitamin yang larut dalam lemak, sehingga membantu Penyerapannya dari usus. Hemoglobin yang berasal dari penghancuran sel darah diubah menjadi bilirubin((pigmen utama dalam empedu) dan dibuang ke dalam empedu.

3. Klasifikasi

Klasifikasi Batu menurut gambaran Makroskopik dan komposisi kimianya, terdapat tiga golongan besar batu empedu (Sjamsuhidayat 2018) yaitu :

a. Batu empedu Kolesterol yang berbentuk oval, miltifocal atau mulberry dan mengandung > 70 % kolesterol. Beberapa kondisi yang menyebabkan terjadinya presipitasi kolesterol adalah absorpsi air, absorpsi garam empedu dan fosfolipid, seksresi kolesterol yang berlebihan pada empedu, adanya inflamasi pada epitel kandung empedu dan kegagalan untuk mengosongkan isi kandung empedu, adanya ketidakseimbangan antara sekresi kolesterol, fosfolipid, dan asam empedu, peningkatan produksi musin di kandung empedu dan penurunan kontraktilitas dari kandung empedu. Batu empedu terbentuk ketika konsentrasi

kolesterol dalam saluran empedu melebihi kemampuan empedu untuk meningkatnya dalam saluran di suatu pelarut, kemudian terbentuk kristal yang selanjutnya membentuk batu pembentukan batu kolesterol melibatkan tiga proses yang panjang yaitu pembentukan empedu yang sangat jenuh (supersaturasi), pembentukan kristal kolesterol dan agregrasi serta proses pertumbuhan batu. Proses supersaturasi terjadi akibat peningkatan sekresi kolesterol, penurunan sekresi garam empedu atau keduanya

b. Batu Kalsium Bilirubin (pigmen coklat), batu pigmen coklat terbentuk akibat adanya faktor statis dan infeksi saluran empedu, statis dapat disebabkan adanya disfungsi Sfingter oddi, striktur, operasi bilier dan parasit. Bila terjadi infeksi saluran empedu khususnya E coli, kadar enzim, β-glukorinidase yang berasal dari bakteri akan dihidrolisasi menjadi bilirubin bebas dan asam glukoronat. Kalsium meningkat bilirubin menjadi kalsium bilirubinat yang tidak larut.
c. Batu Pigmen Hitam, batu ini merupakan tipe batu yang banyak yang ditemukan pada pasien hemolisis kronik dan sirosis hati. Batu pigmen ini terutama terdiri dari derivat polymerized bilirubin. Patogenesis terbentuknya batu pigmen hitam ini belum jelas. Umumnya terbentuk dalam kandung empedu yang steril.

   Batu pigmen hitam terjadi akibat melimpahnya bilirubin tak terkonjugasi dalam cairan empedu. Peningkatan ini disebabkan oleh karena peningkatan sekresi bilirubin akibat hemolisis, proses konjungsi bilirubin yang tidak sempurna (penyakit sirosis hati) dan proses dekonjugasi. Bilirubin tak terkonjugasi kemudian

membentuk kompleks dengan ion kalsium bebas membentuk kasium bilirubinat yang mempunyai sifat sangat tidak larut. Proses asifidikasi yang tidak sempurna menyebabkan peningkatan Ph, dan keadaan ini merangsang pembentukan garam kalsium. Kalsium bilirubin yang terbentuk terikat dengan musim tertahan tertahan di kandung empedu. Hal ini sebagai proses terbentuknya batu

4. Etiologi

penyebab terpenting batu empedu yaitu : gangguan metabolisme yang menyebabkan terjadinya perubahan komposisi empedu, statis empedu, dan infeksi kandung empedu. (bruner & suddarth 2015)

a. Perubahan komposisi empedu

Faktor tersebut merupakan faktor terpenting dalam pembentukan batu empedu karena hati penderita batu empedu kolesterol mengekskresikan empedu yang sangat jenuh dengan kolesterol. Kolesterol yang berlebihan ini mengendap dalam kandung empedu untuk membentuk batu empedu

b. Statis empedu

Keadaan tersebut dalam kandung empedu dapat mengakibatkan supersaturasi progresif, Perubahan komposisi kimia, dan pengendapan unsur- unsur tersebut. Gangguan kontraksi kandung empedu atau spasme spingter oddi, atau keduanya dapat menyebabkan statis. Faktor hormonal(hormon kolesistokinin dan sekretin) dapat dikaitkan dengan keterlambatan pengosongan kandung empedu.

c. Infeksi Kandung empedu

Infeksi bakteri dalam saluran empedu dapat berperan dalam pembentukan baru. Mukus meningkatkan viskositas empedu dan unsur sel atau bakteri dapat berperan sebagai pusat presipitasi/pengendapan, infeksi lebih timbul akibat dari terbentuknya batu, dibanding penyebab terbentuknya batu.

Adapun faktor- faktor lain penyebab terjadinya kolelitiatis, antara lain adalah usia yang semakin bertambah, penyakit tersebut juga paling sering terjadi pada gender wanita, pengaruh pola hidup, mengkonsumsi obat- obatan untuk menurunkan kadar serum kolesterol

5. Patofisiologi

Batu empedu terjadi karena adanya zat tertentu dalam empedu yang hadir dalam konsentrasi yang mendekati batas kelarutan mereka. Bila empedu terkonsentrasi di dalam kandung empedu, larutan, akan berubah menjadi jenuh dengan bahan-bahan tersebut, kemudian endapan dari larutan akan membentuk kristal mikroskopis. Kristal terperangkap dalam mukosa bilier, akan menghasilkan suatu endapan oklusi dari saluran oleh endapan dan batu menghasilkan komplikasi penyakit batu empedu. Pada kondisi normal kolesterol tidak mengendap di empedu karena mengandung garam empedu terkonjugasi dan lesitin dalam jumlah cukup agar kolesterol berada di dalam larutan misel. Jika rasio konsentrasi kolesterol berbanding garam empedu dan lesitin meningkat, maka larutan misel menjadi sangat jenuh. Kondisi yang sangat jenuh ini mungkin karena hati memproduksi kolesterol dalam bentuk konsentrasi tinggi. Zat ini

kemudian mengendap pada lingkungan cairan dalam bentuk kristal kolesterol.

Empedu yang biasanya steril, tetapi dalam beberapa kondisi yang tidak biasa (misalnya ada struktur bilier), mungkin terkolonisasi dengan bakteri. Bakteri menghidrolisis bilirubin terkonjugasi dari hasil peningkatan bilirubin tak terkonjugasi dapat menyebabkan presipitasi terbentuknya Kristal kalsium bilirubinat, bakteri hidrolisis lesitin menyebabkan pelepasan asam lemak yang komplek dengan kalsium dan endapan dari larutan lain. Konkreksi yang dihasilkan memiliki konsitensi disebut batu pigmen coklat.

Batu empedu kolesterol dapat terkoloni dengan bakteri dan dapat menimbulkan peradangan mukosa kandungan empedu. Enzim dari bakteri dan leukosit menghidrolisis bilirubin terkonjugasi asam lemak. Akibatnya dari waktu ke waktu, batu kolesterol bisa mengumpulkan proporsi kalsium bilirubinat dan garam kalsium, lalu menghasilkan campuran batu empedu.

Kondisi batu kandung empedu memberikan berbagai manifestasi keluhan pada pasien dan menimbulkan berbagai masalah keperawatan. Jika terdapat batu empedu yang menyumbat duktus sistikus dan biliaris untuk sementara waktu, tekanan di duktus biliaris akan meningkatkan peristaltik di tempat penyumbatan dan menyebabkan nyeri visera di daerah epigastrum, mungkin dengan penjalaran ke punggung. respon nyeri, gangguan gastrointestinal dan anoreksia akan meningkatkan penurunan intake nutrisi.

Respon komplikasi akut dengan peradangan akan memberikan manifestasi peningkatan suhu tubuh. Respon kolik bilier secara kronis akan meningkatkan kebutuhan metabolisme sehingga pasien

cenderung mengalami kelelahan. Respon adanya batu akan dilakukan intervensi medis pembedahan, intervensi litotripsi atau intervensi endoskopi.

6. Manifestasi Klinis

a. Kolik Biler

Jika duktus sistikus tersumbat oleh batu empedu. Kandung empedu akan mengalami distensi dan akhirnya infeksi. Pasien akan menderita panas dan mungkin teraba massa pada abdomen. Pasien dapat mengalami kolik bilier disertai nyeri hebat pada abdomen kuadran kanan atas yang menjalar ke punggung atau bahu kanan. Rasa nyeri ini biasanya disertai mual dan muntah dan bertumbuh hebat dalam makan- makanan dalam porsi besar. Pada sebagian pasien rasa nyeri bukan bukan bersifat kolik melainkan persisten. Serangan kolik bilier semacam ini disebabkan kontraksi kandung empedu yang tidak dapat mengalirkan empedu akibat tersumbatnya saluran oleh batu. Dalam keadaan distensi, bagian fundus kandung empedu akan menyentuh dinding abdomen pada daerah kartilago kosta 9 dan 10 kanan. Sentuhan ini menyimbulkan nyeri tekan yang mencolok pada kuadran kanan atas ketika pasien melakukan inspirasi dalam dan menghambat perkembangan rongga dada.

b. Ikterus

Obstruksi pengaliran getah empedu ke dalam dudodenum akan menimbulkan gejala yang khas yaitu : getah empedu yang tidak lagi di bawah ke dalam duodenum akan diserap oleh darah dan penyerapan empedu ini membuat kulit dan membran mukosa berwarna kuning.

c. Defesiensi Vitamin

Obstruksi aliran empedu juga kan menganggu absorbsi Vitamin A, D ,E ,K yang larut lemak. Karena itu pasien dapat memperlihatkan gejala defisiensi vitamin-vitamin ini jika obstruksi bilier berlangsung lama. Defesiensi Vitamin K dapat menganggu pembekuan darah yang normal.

d. Kolesisitis akut

Sebagian besar 90-95 % kasus kolesistitis akut disertai kolelitiasis dan keadaan ini timbul akibat obstruksi duktus sistikus yang menyebabkan paradangan organ tersebut. Respon paradangan dapat dicetuskan tiga faktor yaitu :

1) inflamasi mekanik yang dicetuskan oleh kenaikan tekanan intra lumen dan distensi menyebabkan iskemia mukosa dan dinding kandung empedu.
2) inflamasi kimiawi akibat pelepasan lesitin.
3) inflamasi bakteri yang memegang peran pada sebagian besar dengan kolesistitis akut.

e. *Koledokolitiasis dan kolangitis*

Batu kandung empedu dapat bermigrasi masuk ke diktus koledokus melalui duktus sistikus (*koledokolitiasis sekunder atau* batu empedu dapat juga terbentuk didalam saluran empedu (*koledukulitiatis primer*). Gambaran klinis *koledokolitiasis* didominasi penyulitnya seperti ikterus obstruksi, *kolangitis* dan *pancreatitis*. Tujuh puluh empat pasien dengan *koledokolitiasis* simtomatik memperlihatkan bahwa nyeri dan ikterus merupakan gejala utama.

7. Komplikasi

   Komplikasi kolelitiatis yang biasa terjadi (Karen M.Burke 2014) antara lain :

   a. *Kolesistis*

      Kolesistisis adalah peradangan kandung empedu, saluran kandung empedu tersumbat oleh batu empedu, menyebabkan infeksi dan peradangan kandung empedu

   b. *Kolangitis*

      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

   c. *Hidrops*

      Obstruksi kronis dari kandung empedu dapat menimbulkan hidrops kandung empedu. Dalam keadaan ini, tidak ada peradangan akut dan sindrom yang berkaitan dengan Hidrops biasanya disebabkan oleh obstruksi duktus sistikus sehingga tidak dapat diisi lagi empedu pada kandung empedu yang normal. *Kolesistektomi* bersifat kuratif

   d. *Empiema*

      Pada empiema, kandung empedu berisi nanah. Komplikasi ini dapat membahayakan jiwa dan membutuhkan *kolesistektomi* darurat segera.

8. Pemeriksaan Diagnostik

   Adapun Pemeriksaan Diagnostik Kolelitiatis menurut (Gerene Bauldoff, 2014) antara lain

   a. Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi mempunyai derajat spesifisitas dan sensitifitas yang tinggi untuk mendeteksi batu kandung empedu dan pelebaran saluran empedu intrahepatik maupun ekstra hepatik. Dengan USG juga dapat dilihat dinding kandung empedu yang menebal karena fibrosis atau udem yang diakibatkan oleh peradangan maupun sebab lain. Batu yang terdapat pada duktus koledukus distal kadang sulit dideteksi karena terhalang oleh udara di dalam usus. Dengan USG punktum maksimum rasa nyeri pada batu empedu yang ganggren lebih jelas dari pada dengan palpasi biasa.

b. CT- SCAN

Metode ini juga merupakan pemeriksaan yang akurat untuk menentukan adanya batu empedu, pelebaran saluran empedu dan koledokolitiasis

c. ERCP (*Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography*)

Yaitu sebuah kanul yang dimasukan ke dalam duktus koledukus dan duktus pancreatikus, kemudian bahan kontras disuntikkan ke dalam duktus tersebut. Fungsi ERCP ini memudahkan visualisasi langsung struktur bilier dan memudahkan akses ke dalam duktus koleduktus bagian distal untuk mengambil batu empedu, selain itu ERCP berfungsi untuk membedakan ikterus yang disebabkan oleh penyakit hati (ikterus hepatoseluler dengan ikterus yang disebabkan oleh obstruksi bilier dan juga dapat digunakan untuk menyelidiki gejala gastrointestinal pada pasien-pasien yang kandung empedunya sudah diangkat.

9. Penatalaksanaan Medis

Adapun penatalaksanaan medis medis mencakup antara lain :

a. Penatalaksanan Farmakologi

1) AINS (antiinflamasi Non Steroid) dan antispasmodik adalah obat untuk mengurangi rasa nyeri dan antispasmodik (contoh obat : ketorolac,Hyoscine Butybromid
2) Kolagogum, Kolelitolik, Hepatoprotektor adalah obat untuk melarutkan batu kolesterol pada pasien dengan kandung empedu yang masih baik
3) Asam ursodeoksikolat adalah obat yang menurunkan sekresi empedu oleh hati dan memperbaiki proses pengosongan kantung empedu.
4) Terapi Litosis Sistemik adalah Terapi asam empedu oral yang dianjurkan adalah kombinasi antara *chenodeoxy cholic acid* (CDCA) dan *Ursodeoxycholic acid* (UDCA). Mekanisme kerja UDCA adalah mengurangi penyerapan kolesterol intestinal sedangkan CDCA mengurangi sintesis hepatik. Kombinasi CDCA dan UDCA 8-10 mg/kg/hari menurunkan kadar kolesterol empedu secara bermakna tanpa gejala samping. Syarat untuk terapi litolisis oral meliputi kepatuhan untuk berobat selama dua tahun, tipe batu kolesterol, kandung empedu harus berfungsi pada kolesistografi oral, dan batu tidak terlalu besar.

b. Penatalaksaan Non Farmakologi

1) Mengkonsumsi Makanan yang mengandung Serat yang diperoleh dari sayur-sayuran dan buah-buahan

2) Berolahraga Secara Teratur dan memiliki Berat Badan Yang ideal
3) Hindari mengkonsumsi Alkohol
4) Batasi aktivitas yang berat
5) Istirahat yang cukup

c. Penatalaksanaan Bedah

Tujuan pembedahan adalah untuk meredakan gejala yang persisten. Untuk menghilangkan penyebab kolik bilier, dan untuk mengatasi kolelitiatis akut (bruner & Suddarth 2015). Adapun tindakan pembedahan meliputi :

1) Open Kolesistektomi

Operasi ini merupakan standar untuk penanganan pasien dengan batu empedu simtomatik. Indikasi yang paling umum untuk kolesistektomi adalah kolik biliaris rekuren, diikuti oleh kolesistitis akut

2) Kolesistektomi Laparaskopik

Kelebihan tindakan ini meliputi nyeri pasca operasi lebih minimal, pemulihan lebih cepat, hasil kosmetik lebih baik, meningkatkan perawatan di rumah sakit dan biaya yang lebih murah. Indikasi tersering adalah nyeri bilier yang berulang. Kontra indikasi absolute serupa dengan tindakan terbuka yaitu tidak dapat mentoleransi tindakan anestesi umum berupa perdarahan, pankreatitis, bocor stump duktus sistikus dan trauma duktus biliari

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

   Pengkajian pada Pasien Laparatomi Eksplorasi CBD mengacu pada 11 pola Gordon

   a. Pola Presepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

      Data Subjektif : memiliki riwayat penyakit yang pernah dialami yaitu (penyakit Tiroid, Asam urat, kolesterol, DM, reseksi usus, mengkonsumsi makanan yang berlemak, riwayat penggunaan obat- obatan, faktor kegemukan (obesitas)

      Data Objektif : terjadi pada wanita usia >40 tahun

   b. Pola Nutrisi dan Metabolik

      Data Subjektif : kebiasaan suka mengkonsumsi makanan yang berlemak seperti gorengan, mie ayam, bakso, dan sayur tauge

      Data Objektif : terjadinya penurunan nafsu makan, mual, muntah, ikterik, sulit menelan, sakit perut, sariawan, perut kembung, obesitas

   c. Pola Eliminasi

      Data Subjektif : perubahan warna urine (urine berwarna kuning), distensi abdomen, teraba luka pada kuadran kanan atas, perubahan pola BAB seperti konstipasi , bising usus negatif (ileus paraltik), motalitas usus menurun

      Data Objektif : perubahan warna urine (urine berwarna kuning), sulit BAB (Konstipasi)

   d. Pola Aktivitas dan Latihan

      Data Subjektif : merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena nyeri pada luka operasi, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri abdomen)

Data Objektif : penurunan aktivitas, kelemahan, sulit untuk beraktivitas

e. Pola Tidur dan Istirahat

Data Subjektif : susah untuk beristirahat, tidur terganggu oleh nyeri

Data Objektif : gelisah, cemas, lemah, lesu, mengantuk kelemahan pada otot abdomen, sulit untuk miring kanan dan miring kiri

f. Pola Presepsi dan kognitif

Data Subjektif : kurang pengetahuan tentang penyakit yang dimiliki

Data Objektif : cemas, khawatir, kehilangan daya lihat sebagian

g. Pola Peran dan Hubungan sesama

Data Subjektif : relasi dan komunikasi yang terjalin baik dari pihak keluarga dan orang terdekat

Data Objektif : tegang, gelisah, cemas bila diajak berkomunikasi

h. Pola Presepsi dan Konsep Diri

Data Subjektif : merasa khawatir dan putus asa terhadap kondisi yang dialami

Data Objektif : kontak mata kurang, sedih, gelisah, cemas

i. Pola Mekanisme Koping Dan toleransi terhadap stres

Data Subjektif : perasaan tidak berdaya dengan kondisi yang dialami

Data Objektif : cemas, takut, putus asa, sedih, mudah marah

j. Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data subjektif : adanya gangguan dan penyimpangan yang terjadi pada seksualitas

Data objektif : penggunaan kontrasepsi oral

k. Pola Sistem nilai dan kepercayaan

Data subjektif : Agama Dan kepercayaan yang dianut oleh klien

Data objektif : kewajiban dalam menjalankan ibadah

2. Diagnosa Keperawatan
   a. Nyeri Akut Berhubungan dengan agens Cedera Biologis
   b. Hambatan Mobilitas Fisik di tempat tidur Berhubungan dengan fisik tidak bugar
   c. Konstipasi Berhubungan Dengan Obstruksi Pasca Bedah
   d. Resiko infeksi Berhubungan dengan Prosedur Invasif
   e. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
3. Perencanaan
   a. Nyeri akut berhubungan dengan Agens Cedera Biologis.

      Hasil Yang diharapkan (NOC), setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria Hasil : skala nyeri berkurang, nyeri dapat diatasi, dan ekspresi wajah menunjukan rileks

      Intervensi (NIC) :

      1. Kaji karakteristik nyeri berdasarkan P, Q, R, S, T
      2. Monitor tanda- tanda vital pasien
      3. Pemberian posisi miring kanan dan miring kiri
      4. Ajarkan teknik non farmakologi (teknik relaksasi untuk meredakan nyeri)
      5. Kolaborasi dengan dokter dan perawat pemberian obat analgesic
      6. Edukasi kepada pasien untuk teknik relaksasi nafas dalam

b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan fisik tidak bugar

Hasil yang diharapkan (NOC), setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hambatan mobiltas dapat teratasi dengan kriteria hasil : pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri, mampu berpindah dari tempat tidur, kursi, serta mampu mengubah posisi miring kanan dan miring kiri

Intervensi (NIC) :

1. Ubah posisi pasien minimal setiap 2 jam
2. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk program latihan.
3. Ajarkan kepada keluarga dan pasien untuk mengubah posisi miring kanan dan miring kiri
4. Monitor tanda- tanda vital pasien

c. Konstipasi berhubungan dengan Obstruksi Pasca Bedah

Hasil yang diharapkan (NOC), setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan konstipasi dapat teratasi dengan kriteria Hasil: pasien mampu BAB dan tidak mengalami gangguan, pola BAB dalam batas normal

Intervensi (NIC)

1. Obsevasi warna BAB, konsitensi feses berbentuk lunak, padat atau cair
2. Manajemen Cairan & elektrolit secara adekuat
3. Ajarkan kepada pasien untuk mengkonsumsi makanan yang berserat.
4. Monitor tanda- tanda vital pasien

d. Resiko infeksi berhubungan dengan Prosedur invasif

Hasil yang diharapkan (NOC), setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko infeksi dapat teratasi dengan

kriteria hasil : pasien mampu mengidentifikasi faktor risiko infeksi, mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi

Intervensi (NIC

1. Monitor warna luka, konsitensi luka,dan intesitas luka
2. Monitor proses penyembuhan di daerah sayatan
3. Berikan Salep antiseptic
4. Gunakan pakaian yang sesuai untuk melindungi daerah sayatan
5. Ajarkan kepada keluarga dan pasien untuk mencuci tangan

e. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang aktif

Hasil yang diharapkan (NOC), setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kekurangan volume cairan teratasi dengan kriteria hasil : pasien mampu mempertahankan status nutrisi dan cairan secara adekuat sesuai dengan usia, BB, pasien tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi, elasistisitas, turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan, TTV pasien dalam batas normal.

Intervensi (NIC)

1. Monitor Vital sign (Tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan)
2. Monitor status nutrisi yang diberikan
3. Kolaborasi dengan farmakologi pemberian cairan IV
4. Edukasi Kepada Keluarga dan pasien untuk membantu pasien makan seperti: tawarkan makanan kesukaan pasien, jus buah, dan buah-buahan yang segar)

4. Discharge Planing
    a. menghindari makanan yang kolesterol dan makanan yang tinggi lemak dan memperbanyak konsumsi sayuran hijau & buah-buahan
    b. Minum obat secara teratur sesuai dengan anjuran dokter
    c. Berolahraga dengan teratur & memiliki berat badan yang ideal
    d. Mengurangi aktivitas berat sesuai anjuran 4 - 6 bulan post operasi
    e. Hindari mengkonsumsi alkohol

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pasien Ny " S" masuk di ruang ICU pada tanggal 9 maret 2020 dengan diagnosa Ikterus Observasi. Di rumah pasien mengeluh nyeri di bagian perut kanan atas dan mengeluh kembung di perut sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke RS Stella Maris. Pada tanggal 11 maret 2020 pasien dilakukan tindakan Operasi Laparatomi CBD, saat pengkajian pasien mengatakan nyeri Post op di bagian perut kanan atas, pasien mengatakan kualitas nyeri yang dirasakan tertusuk-tusuk, pasien mengatakan lokasi nyeri di bagian perut kanan atas, pasien mengatakan mengatakan skala nyeri yang dirasakan 7, pasien mengatakan waktu nyeri hilang timbul (15 menit dan memberat jika pasien bergerak), tampak pasien terbaring lemah dengan posisi semi fowler, tampak terpasang NGT, tampak terpasang infus RL 500 cc, tampak terpasang infus Metronidazole 100 ml, tampak terpasang kateter 350 cc, tampak terpasang 2 drainase di kiri kanan 50 cc. Hasil observasi TD : 160/90 mmhg, N : 84x/menit, S : 37^0C, P : 22x/menit, kulit teraba lembab, konjungtiva tidak anemis, tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Saat ini pasien mendapatkan terapi obat Metronidazole 1 botol/100 cc/ 8 jam, obat Moxifloxacin 1 botol/ 250 cc/ 24 jam, obat Ketorolac 1 amp/ 8 jam, obat omeprazole 1 flac/ 24 jam/. Dan Hasil pemeriksaan didapatkan hasil Endrokronilogi tiroid TSHS 0,02*, ALKALIPHOS hasil 359, SGOT hasil 246*, SGPT hasil 541*, Bilirubin Total hasil 10.99*, Bilirubin Direk 6.89*, Bilirubin indirek hasil 4.10*, Hasil CT SCAN ABDOMEN CBD dilatasi batu empedu multiple di dalamnya, kandung

empedu distensi, dinding menebal, tampak batu beberapa dalam lumen dan Dilatasi duktus hepatika terutama kiri, Ductus *Choleduchus*; melebar di proximal, tampak echo batu berdiameter 0,66 cm di distalnya. Kesan* *Choledocholiatis* dengan *cholelitiatis, *Choelitiatis.*

Dari Data diatas penulis mengangkat tiga diagnosa keperawatan yaitu : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar, dan konstipasi berhubungan dengan asupan serat tidak cukup.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : Dakostaana Male	NIM : E1714401053
Clarisa Criselda	E1714401009

Unit : ICU

Autoanamnese : √

Kamar : ICCU

Alloanamnese :

Tanggal masuk RS : 9 - 3 - 2020

Tanggal pengkajian : 12 - 3 - 2020

I. IDENTIFIKASI

A. PASIEN

Nama Initial : Ny. “S”
Umur : 62 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Perkawinan : Belum Menikah
Jumlah Anak : -
Agama/Suku : Islam
Warga Negara : Indonesia
Bahasa yang digunakan : Indonesia
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Karyawan swasta
Alamat Rumah : Jln. Hati murni

B. PENANGGUNG JAWAB

Nama : Ny. Hafzah
Umur : 68 Tahun

Alamat : Jln. Sudiang

Hubungan dengan pasien : Adik

II. DATA MEDIK

Diagnosa Medik

Saat masuk : Choelitiasis E.C Choledochoelitiasis

Saat pengkajian : Post op Laparatomi Eksplorasi CBD

III. KEADAAN UMUM

A. KEADAAN SAKIT

Pasien tampak sakit ringan/sedang/berat/tidak tampak sakit

Alasan : Pasien mengatakan nyeri pada post op di daerah perut kanan atas, pasien mengatakan kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan lokasi nyeri di bagian perut kanan atas, pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 7 (nyeri hebat), pasien mengatakan waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul (15 menit). Tampak pasien sakit berat, tampak pasien hanya berbaring di tempat tidur, tampak ekspresi wajah meringis, tampak pasien terpasang infus Rl 500 cc, tampak pasien terpasang obat metronidazole 100 ml, tampak terpasang kateter 300 cc, tampak terpasang 2 drainase di kiri kanan 50 cc.

B. TANDA –TANDA VITAL

1. Kesadaran (kualitatif) : compos mentis

   Skala koma Glasgow (kuantitatif)

   a) Respon motorik : 6
   b) Respon bicara : 5
   c) Respon membuka mata : 4

   Jumlah :15

Kesimpulan : perfusi ginjal memadai

2. Tekanan darah : 160/90 mmhg

   Map : $\frac{160 + 180}{3}$ = 113,3 mmhg

   Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3. Suhu : 37^{o} c di [-] oral [√] axilla [-] rectal

4. Pernapasan : 22x/ menit

   Irama : [-] teratur [-] Bradipnea [√] Takipnea

   [-] Kusmaul [-] cheynes- stokes

   Jenis : [-] Dada [√] Perut

5. Nadi : 84x/menit

   Irama : [-] Teratur [-] Bradikardi [√] Takikardi [-] kuat

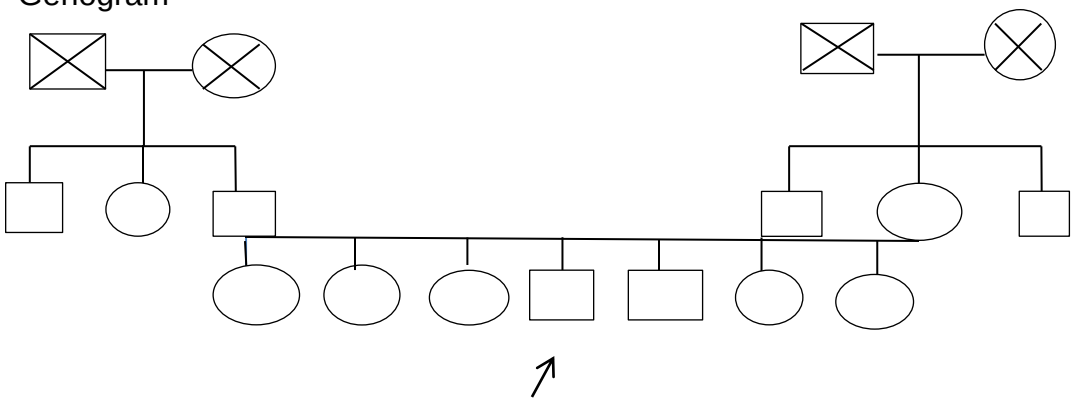
   [-] Lemah

C. PENGUKURAN

1. Lingkar lengan atas : 43 cm
2. Tinggi badan : 155 cm
3. Berat badan : 59 kg
4. IMT (indeks Massa Tubuh : 26,2

   Kesimpulan : Obesitas

D. Genogram



Keterangan :

: Laki - Laki

: Perempuan

: Meninggal

---- : Tinggal Serumah

: Pasien

IV. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. POLA PRESEPSI DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1. Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting dan berharga dalam kehidupan sehari- hari. Pasien mengatakan jarang sakit flu dan batuk tetapi pasien sering mengeluh sakit dibagian leher, upaya yang dilakukan oleh pasien untuk mempertahankan kesehatannya yaitu sering berolahraga dan pasien juga sering mengkonsumsi obat tyroid

yang diberikan oleh Dokter. Pasien mengatakan sering mengkonsumsi makanan- makanan yang berlemak seperti gorengan, mie ayam, bakso, dan sayur tauge. Ketika pasien sakit dan mengalami perut kembung pasien langsung membeli obat di apotik terdekat seperti obat promag dan mengkonsumsinya sampai sembuh.

2. Riwayat Penyakit Saat ini
   a. Keluhan utama : Nyeri pada daerah post op di perut kanan atas
   b. Riwayat Keluhan utama : pasien mengatakan nyeri di bagian perut kanan atas sejak 2 minggu yang lalu, pasien mengatakan nyeri dirasakan terus-menerus, pasien mengatakan kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan skala nyeri 8 disertai demam, pasien mengatakan jika gejala nyeri muncul pasien hanya membeli obat di apotik terdekat dan istirahat di rumah. Setelah mengkonsumsi obat tersebut pasien mengatakan tidak ada perubahan. selama 2 hari terakhir pasien merasa nyeri dan kembung di perut tidak tertahankan lagi sehingga keluarga dan pasien memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris. Dan pada tanggal 11 maret hari rabu dilakukan tindakan operasi Laparatomi CBD. Saat pengkajian pasien mengatakan nyeri post operasi dibagian perut kanan atas, kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri dirasakan 7 dan waktu nyeri dirasakan terus- menerus.
3. Riwayat penyakit yang pernah dialami
   - Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit Tyroid pada Tahun 2016 (4 tahun yang lalu)
   - Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit Asam urat pada Tahun 2016 (4 tahun yang lalu)

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

   Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga

5. Pemeriksaan Fisik :

   a) Kebersihan rambut : tampak rambut bersih
   b) Kulit kepala : tampak kulit kepala bersih
   c) Kebersihan kulit : tampak kulit bersih
   d) Hygine rongga mulut : tampak bersih
   e) Kebersihan genetalia : tidak dikaji
   f) Kebersihan anus : tidak dikaji

B. POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan frekuensi makan 3 x dalam sehari (pagi, siang, dan malam) dengan jumlah makan di habiskan dalam setiap porsi. Pasien mengatakan mengkonsumsi nasi, sayur, ikan dan buah-buahan jika Selesai makan. Pasien mengatakan suka mengkonsumsi gorengan, mie ayam, bakso, dan sayur tauge, pasien mengatakan kurang mengkonsumsi makanan yang berserat. Jenis cairan yang masuk adalah air putih 1200 cc. Pasien mengatakan ada penurunan berat badan dari 62 kg menjadi 60 kg, pasien mengatakan nafsu makannya meningkat.

2. Keadaan saat sakit

   Pasien mengatakan hanya menghabiskan setengah porsi makanan yang diberikan di RS. Makanan yang diberikan bubur saring 150 cc dan jenis cairan yang masuk adalah susu cair 50 cc. Pasien mengatakan mengalami penurunan nafsu makan dan dan mengalami penurunan berat badan dari 60 kg menjadi 59 kg.

3. Observasi

Tampak pasien hanya menghabiskan setengah porsi dari makanan yang diberikan yaitu 150 cc bubur saring

4. Pemeriksaan fisik
   a) Keadaan rambut : tampak bersih dan rambut berwarna hitam
   b) Hidrasi kulit : tampak lembap
   c) Palpebra/conjungtiva : tidak edema/ conjungtiva tidak anemis
   d) Sclera : tidak icterik
   e) Hidung : tampak tidak ada secret
   f) Rongga mulut : tampak bersih
      Gusi : tidak ada peradangan
      Gigi palsu : tampak tidak ada gigi palsu
   g) Gigi : tampak gigi bersih
   h) Kemampuan Mengunyah keras : tampak pasien mampu mengunyah keras
   i) Lidah : tampak bersih
   j) Pharing : tampak bersih
   k) Kalenjar getah bening : tampak tidak ada
   l) Kalenjar parotis : tampak tidak ada
   m) Abdomen :
      - Inspeksi : bentuk permukaan datar, tampak luka post di perut
      - Auskultasi : Peristaltik usus 18x/menit
      - Palpasi : tidak dikaji karena ada luka post op
      - Perkusi : tidak tampak ascites
   n) Kulit :
      - Edema : [-] Positif [√] Negatif
      - Icterik : [-] Positif [√] Negatif

- Tanda- tanda radang : tidak ada tanda-tanda radang

o) Lesi : tampak tidak ada lesi

C. POLA ELIMINASI

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan BAK dan BAB lancar tidak mengalami masalah warna urine jernih dan tidak berbau. pasien mengatakan jumlah pengeluaran urine dalam setiap hari yaitu 6 - 7 kali dengan ±1200 cc. Pasien mengatakan BAB pasien lancar, warna fesesnya berwarna kuning kecoklatan dan konsitensi berbentuk padat.

2. Keadaan Saat Sakit

   Pasien mengatakan BAK lancar dan tidak mengalami masalah, pasien mengatakan menggunakan kateter, jumlah pengeluaran urine dalam setiap hari yaitu 5 - 6 kali ± 350 cc, Warna urine kuning dan tidak berbau, pasien mengatakan BAB tidak lancar selama ± 1 minggu dan pasien mengatakan belum pernah BAB Selama sesudah operasi dan sudah 3 hari

3. Observasi

   - Tampak terpasang kateter 350 cc
   - Tampak urine berwarna kuning

4. Pemeriksaan fisik

   a) Peristaltik usus : 18x/ menit

   b) Palpasi kandung kemih : [-] Penuh [√] Kosong

   c) Nyeri ketuk ginjal : [-] Positif [√] Negatif

   d) Mulut uretra : tidak ada peradangan

   e) Anus :

      - Peradangan : tidak ada peradangan

- Hemoroid : tidak ada hemoroid
- Fistula : tidak ada fistula

D. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan sering mengerjakan pekerjaan rumah seperti menyapu, mencuci piring, dan membereskan rumah. Pasien mengatakan jika ada waktu senggang pasien sering menyempatkan dirinya untuk berolahraga di sekitar lingkungan rumah.

2. Keadaan sejak sakit

   pasien mengatakan di RS ia hanya berbaring di tempat tidur, pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas apa-apa, pasien mengatakan nyeri post op di perut kanan atas, kualitas nyeri yang dirasakan hilang timbul (15 menit), tampak ekspresi wajah meringis. tampak aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat

3. Observasi

   - Tampak postur tubuh tegak
   - Tampak pasien hanya berbaring di tempat tidur

   a) Aktivitas harian :

   Makan : 2
   Mandi : 2
   Pakaian : 2
   Kerapihan : 2
   Buang air besar : 2
   Buang air kecil : 1
   Mobilisasi di tempat tidur : 2

0 : Mandiri
1 : bantuan dengan alat
2 : bantuan orang
3 : bantuan alat dan orang
4 : bantuan penuh

   b) Postur tubuh : tampak tegak

c) Gaya jalan : tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

e) Fikasasi : tidak ada

f) Traecheostomi : tidak ada

4. Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 160/ 90 mmhg

Duduk : tidak dikaji

Berdiri : tidak dikaji

Kesimpulan: hipotensi ortostatik : [-] positif [√] Negatif

b) HR : 22x/menit

c) Kulit :

Keringat dingin : tidak ada

Basah : tampak kulit teraba basah

d) JVP : 5 - 2 cmH2O

Kesimpulan : perfusi pembuluh kapiler memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku :

f) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi :

Bentuk thorax : tampak bentuk simetris kiri dan kanan

Retaksi interkostal : tidak ada

Sianosis : tidak ada

Stridor : tidak ada

- Palpasi :

Vocal premitus : getaran sama kiri dan kanan

Krepitasi : tidak ada

- Perkusi :

[√] Sonor [-] Redup [-] pekak

Lokasi :

- Auskultasi :

  Suara napas : Vesicular

  Suara ucapan : terdengar sama pada kiri dan kanan

  Suara tambahan : tidak ada suara tambahan

g) Jantung

- Inspeksi :

  Ictus cordis : tidak tampak

- Palpasi :

  Ictus cordis : teraba pada ICS 5 linea Midclavicularis kiri

- Perkusi :

  Batas atas jantung : ICS 2 sinistra

  Batas bawah jantung : ICS 5 linea midclavicularis sinistra

  Batas kanan jantung : ICS 2 Linea Sternalis dextra

  Batas kiri jantung : ICS 5 Linea Midclavicularis sinistra

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A : Bunyi tunggal, ICS 2 Linea Sternalis dextra

  Bunyi jantung II P : Bunyi tunggal, ICS 2 Linea Sternalis sinistra

  Bunyi jantung I T : Bunyi tunggal, ICS 4 Linea Sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M : Bunyi tunggal, ICS 5 Linea

Clavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop : tidak terdengar

Murmur : tidak ada

Bruit : Aorta

A. Renalis : tidak ada

A. Femoralis : tidak ada

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : [-] Positif [√] Negatif
- Rentang gerak :

Kaku sendi : tidak ada kaku sendi

Nyeri sendi : ada nyeri

Fraktur : tidak ada

Parase : tidak ada

Paralisis : tidak ada

- Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	5	5
kaki	5	5

keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan Tekanan

Nilai 2 : mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

- Refleks fisiologi : Biceps + triceps + patela + achiles tidak Dilakukan karena pasien tidak mampu duduk atau berdiri
- Refleks patologi :

  Babinski, Kiri : [-] Positif [√] Negatif

  Kanan : [-] Positif [√] Negatif
- Clubing jari- jari : tidak ada
- Varises tungkai : tidak ada

i)Columna vetebralis :

- Inspeksi : [-] Lordosis [-] Kiposis [-] Skoliosis
- Palpasi : tidak dikaji karena pasien tidak mampu duduk

  Kaku kuduk : tidak ada

E. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan tidurnya sangat nyenyak dan tidak sulit memulai tidur. Pasien mengatakan jumlah tidurnya pada malam hari yaitu sekitar 6 - 8 jam dari jam 10.00- 05.00, pasien mengatakan sering tidur siang hari 1 - 3 jam dari jam 13.00- 15.00. Pasien mengatakan sebelum tidur pada malam hari, kadang- kadang nonton TV terlebih dahulu dan pada saat tidur pasien suka menggunakan AC. dan ketika tidur lampu kamar harus dinyalakan.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan jumlah tidur Malam hanya 4 - 5 jam dari jam 01.00-04.00, dan jumlah tidur siangnya hanya 3 - 5 jam dari jam14.00-16.00

3. Observasi

   Tampak pasien hanya terbaring di tempat tidur

   Ekspresi wajah mengantuk : [-] Positif [-] Negatif

   Banyak menguap : [-] Positif [-] Negatif

   Palpebra inferior berwarna gelap : [-] Positif [-] Negatif

F. POLA PRESEPSI KOGNITIF

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan tidak pernah menggunakan alat bantu penglihatan maupun alat bantu pendengaran serta tidak ada masalah di gangguan penglihatan dan pendengaran.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan saat ini tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran serta tidak ada masalah di gangguan penglihatan dan pendengaran.

3. Observasi

   - Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan alat bantu pendengaran

4. Pemeriksaan fisik

   a) Penglihatan

   - Kornea : tampak kornea jernih
   - Pupil : tampak isokor kiri dan kanan
   - Lensa mata: tidak tampak keruh
   - Tekanan Intra okuler (TIO) : tekanan intra okuler mata kiri dan kanan sama

b) Pendengaran

- Pina : tidak ada nyeri tekan dan peradangan
- Kanalis : tampak bersih
- Membran timpani : tampak utuh
- Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : lengan dan tungkai bagian kiri dan kanan bisa digerakkan.

G. POLA PRESEPSI DAN KONSEP DIRI

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan ia adalah seorang single parent yang sudah pensiun dari pekerjaanya dan pasien mengatakan ia tinggal sendiri. Pasien mengatakan jika menghadapi suatu masalah kadang-kadang pasien merasa panik dan putus asa.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan sering merasa tidak enak dalam dirinya dikarenakan pasien memikirkan penyakitnya yang ia hadapi sekarang. Pasien juga mengatakan kadang- kadang merasa cemas.

3. Observasi

   Tampak bentuk tubuh simetris kiri dan kanan

   a) Kontak mata : kontak mata baik
   b) Rentang perhatian : penuh
   c) Suara dan cara bicara : tampak terdengar jelas dan baik
   d) Postur tubuh : tegak dan simetris

4. Pemeriksaan fisik

   a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
   b) Bentuk/ postur tubuh : bentuk tubuh simetris
   c) Kulit : tampak tidak ada lesi

H. POLA PERAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan hubungan dengan keluarganya baik-baik saja dan terjalin harmonis, pasien mengatakan jarang mengikuti kegiatan organisasi yang ada di masyarakat.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan hubungan dengan keluarganya terjalin baik dan harmonis dan pasien mengatakan setiap hari kakaknya selalu menemani dan mengunjungi pasien di Rs.

3. Observasi

   Tampak keluarga dan teman kerja pasien datang menjenguk dan memberikan perhatian kepada pasien.

I. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan pertama kali mulai menstruasi ketika SMP berumur 12 tahun dan terakhir menstruasi pada umur 49 tahun. pasien mengatakan tidak mengalami masalah dalam reproduksi dan seksualitas.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan reproduksi maupun gangguan seksualitas.

3. Observasi

   - Tampak kulit sekitar kelamin bersih
   - Tampak terpasang kateter

4. Pemeriksaan fisik

   Pada daerah genetilia tampak bersih

J. POLA MEKANSME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRES

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan hal- hal yang membuat pasien merasa cemas dan takut yaitu karena pasien sering memikirkan penyakit. Tetapi pasien mengatakan ia mengetahui cara mengatasi penyakitnya dengan patuh minum obat.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan ia mampu beradaptasi dengan lingkungan dan situasi yang ada di rumah sakit stella maris dan Pasien mampu beradaptasi dengan dokter dan perawat yang merawatnya.

3. Observasi

   Tampak pasien mampu beradaptasi dengan lingkungan sekitar.

K. POLA SISTEM NILAI DAN KEPERCAYAAN

1. Keadaan sebelum sakit

   Pasien mengatakan ia sering melakukan kegiatan shalat 5 waktu dan tidak pernah melupakan kewajibannya sebagai seorang muslim untuk beribadah.

2. Keadaan sejak sakit

   Pasien mengatakan jarang melakukan kegiatan shalat 5 waktu, pasien mengatakan ia hanya berdoa dalam hatinya.

3. Observasi

   - Tampak tidak ada alat shalat di sekitar tempat tidur pasien

V. UJI SARAF KRANIAL

1. N I : Olfactorius

   Pasien mampu mencium bau - bauan seperti minyak kayu putih

2. N II : Opticus

   Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 30 cm

3. N III, N IV , N VI : Oculomotorius, Trochlearis, Abduscens

   Pasien mampu mengikuti gerakan bola mata perawat dari segala arah, diameter pupil, dan refleks cahaya serta refleks akomodasi

4. N V : Trigeminus

   a. Sensorik : pasien mampu merasakan gesekan kapas pada daerah dahi, pipi, dan rahang bawah dengan mata tertutup

   b. Motorik : pasien mampu menginggit dengan dengan kedua tonus musculus massester saat diperintahkan untuk menging-ggit

5. N VII : Fascialis

   a. Sensorik : pasien mampu mengecap rasa asin, manis, dan asam

   b. Motorik : pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi, mencucurkan bibir, tersenyum, dan meringis.

6. N VIII : Vestibulo - Acusticus

   a. Vestibulus : pasien mampu berdiri tegak, berjalan lurus dengan mata tertutup

   b. Akustikus : pasien mampu mendengar gesekan garpu penala

7. N IX : Glosopharyeus

   Tampak letak ulvula berada di tengah

8. N X : Vagus

   Pasien mampu menelan dengan baik.

9. N IX : Ascesorius

   Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan, dan menggerakan kepala dari kiri dan kanan.

10. N XII : Hypoglosus

    Pasien mampu menjulurkan lidah pada posisi lurus

VI. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan Darah Lengkap

Tanggal : 17/2/2020

Nama/Umur : Ny. Suharti

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Hematologi Lengkap				
Hemoglobin	13,6	12.3 - 15.3	g/dL	Wanita Dewasa
Eritrosit	5.17*	4.5 - 5.1	10^6/µL	
hematokrit	39.6	36 - 45	%	
- MCV	76.6*	80 - 96	Fl	
- MCH	26.3*	28 - 33	Pg	
- MCHC	34.3	33 - 36	g/dL	
- RDW	15.8	11.5 - 14.5	%	
- Leukosit	7.71	3.80 - 10.60	10^3/µL	
Hitung Jenis leukosit				
- Neutrofil	74.9*	46 - 73	%	
- Limfosit	16.0*	18 - 44	%	
- Monosit	7.5	3 - 9	%	
- Eusonofl	1.0	0 - 4	%	
- Basofil	0,6	0 - 1	%	
- Trombosit	311	150 - 440	10^3/µL	
LED	88	0 - 20	Mm/Jam	
KIMIA KLINIK				
FAAL HATI				

SGOT	246*	< 31	µ/L	
SGPT	541*	< 32	U/L	
BILIRUBIN				
- Bilirubin total	10.99*	< 1.10	mg/dl	
- Bilirubin direk	6.89*	< 0.30	mg/dl	
- Bilirubin indirek	4.10*	< 0.75	mg/dl	
METABOLISME				
GLUKOSA				
Glukosa Sewaktu	103	70 - 140	mg/dl	

2. Pemeriksaan Endkronologi

Tanggal : 09/03/2020

Nama/Umur : Ny. Suharti

Test/Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
ENDKRONOLOGI				
TIROID				
TSHS	0.02*	0.27 - 47	µIU/Ml	
FT 4	1.9	0.93 - 170	Mg/dL	

3. Pemeriksaan CT SCAN ABDOMEN

Tanggal : 20/2/2020

Nama/Umur : Ny.Suharti/62 Tahun

- Dilatasi duktus hepatikus terutama kiri
- Kandung Empedu distensi, dinding menebal
  Tampak beberapa batu dalam lumen
- CBD dilatasi dengan batu multiple didalamnya.
- Pankreas ukuran & densitas normal, tidak tampak nodul/kista.
- Lien tidak membesar, densitas normal, tidak tampak batu/ bendungan
- Buli- buli normal.

*KESAN : *Choledocolithiasis dengan cholestatis*
**Cholelithiasis*

4. Pemeriksaan USG Abdomen

Tanggal : 18/2/2020

Nama/Umur : Ny.Suharti/62 Tahun

- Hepar : ukuran dalam batas normal, permukaan rata, tepi lancip, echo halus homogen, tampak lesi cystic berukuran 4,55 cm x 4,86 cm x 4,08 cm di lobus kanan. Bile duct berdilatasi, Vv.hepatica normal.
- GB : distended-Courvoirsier sign (-), dinding tipis, tampak echo Cluster, Batu berukuran 1,34 cm x 0,95 cm, dalam lumen.
- Ductus Choleduchus : melebar di proximal, tampak echo batu Berdiameter 0,66 cm di distalnya
- Lien : Ukuran normal, echo homogen. Tak ada SOL.
  Ren kanan-kiri : ukuran normal, parenchym normal, tak tampak

batu/obstruksi

- Bladder : outline mucosa regular, tak ada batu.
- Uterus dan adnexa : ukuran dan echo normal. Tak ada SOL

Kesan : - Cholestatis e. C. Choledocholith

- Liver Cyst
- Cholecystolith.

B. ANALISA DATA

Nama/umur : Ny"S"/62 tahun

Unit/kamar : ICU/ICCU

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Data Subjektif - pasien mengatakan nyeri pada daerah op di bagian perut kanan atas. - pasien mengatakan kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk - tusuk - pasien mengatakan lokasi nyeri di bagian perut kanan atas - pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan skala 7 (nyeri hebat) - pasien mengatakan waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul (setiap 15 menit dan memberat jika miring kanan dan miring kiri) Data objektif - Keadaan umum pasien lemah - Kesadaran compos mentis - Tampak ekspresi wajah meringis - Tampak pasien meringis TTV TD : 160/90 mmHg N : 84x/menit S : 37^0 c	Agens cedera fisik	Nyeri akut

	P : 22x/menit		
2.	Data Subjektif - pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas apa - apa - pasien mengatakan tidak bisa miring kanan dan miring kiri. Data Objektif - Tampak pasien hanya berbaring di tempat tidur - Tampak Aktivitas Harian Dibantu oleh Keluarga Dan Perawat Makan : 2 Mandi : 2 Kerapihan : 2 Buang Air Besar : 2 Buang Air Kecil : 1 Mobilisasi Di tempat Tidur : 2 - Tampak terpasang infus Rl 500 cc - Tampak terpasang kateter 350 cc	Fisik tidak bugar	Hambatan mobilitas di tempat tidur
3.	Data Subjektif - Pasien mengatakan Buang Air Besar tidak lancar serta pasien kurang mengkonsumsi makanan yang berserat	Asupan serat tidak cukup	Konstipasi

	- Pasien mengatakan perut terasa kembung - Pasien mengatakan belum pernah BAB selama di rawat di RS dari hari rabu sesudah operasi dan sudah 3 hari belum BAB Data Objektif - Tampak pasien belum BAB - Tampak luka post op di abdomen - Tampak terpasang Panpers - Tampak Berat badan 59 kg Tinggi badan 155 cm IMT 26,2 (Obesitas)		

C. Diagnosa Keperawatan

Nama : Ny.”S”/62 tahun

Unit /kamar : ICU/ICCU

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera Fisik
2.	Hambatan mobitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar
3.	Konstipasi berhubungan dengan asupan Serat Tidak Cukup

D. Rencana Keperawatan

Nama : Ny. “S”/62 TAHUN

Ruang/kamar : ICU/ICCU

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agens Cedera fisik ditandai dengan : DS : - pasien mengatakan nyeri post op karena adanya penyakit - pasien mengatakan kualit-tas nyeri yang dirasakan tertusuk - tusuk - pasien mengatakan lokasi nyeri di perut kanan atas - pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 7 (nyeri hebat) - pasien mengatakan waktu nyeri hilang timbul (15 menit dan memberat jika pasien bergerak)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 16 jam, diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Pasien mengatakan skala nyeri berkurang dari skala 7 menjadi skala 4 (nyeri sedang) 2. Tampak ekspresi wajah pasien menunjukan rileks 3. Memperlihatkan teknik relaksasi secara individual yang efektif untuk mencapai kenyamanan. 4. Menggunakan tindakan dan mer-edakan nyeri dengan analgesic.	Tindakan observasi ▪ Mengobservasi tanda- tanda vital Tindakan mandiri 1. Kaji karakteristik nyeri berdasarkan P,Q, R, S, T 2. Pemberian posisi miring kanan dan miring kiri 3. Ajarkan teknik non farmakologi (teknik relaksasi untuk meredakan

			nyeri) Tindakan kolaboratif 4. Kolaborasi dengan dokter dan perawat untuk pemberian obat analgesic Tindakan edukasi 5. Edukasi kepada pasien untuk tarik nafas dalam agar pasien merasa nyaman.
2.	Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar ditandai dengan : DS : - Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas apa- apa - Pasien mengatakan tidak bisa miring kanan dan miring kiri	Setelah dilakukan tindakan kepera-watan selama 3 x 16 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri misalnya makan dan minum, mandi dibantu oleh perawat sebagian dan berpakaian 2. Pasien mampu berpindah dari tempat tidur, kursi, atau kursi roda	Tindakan observasi 1. Observasi Tanda - Tanda vital Tindakan mandiri 2. Ubah posisi pasien minimal setiap 2 jam Tindakan

	DO - tampak aktivitas sebagian dibantu oleh keluarga dan perawat makan : 2 mandi : 2 berpakaian : 2 kerapihan : 2 buang air kecil : 1 buang air besar : 2 mobilisasi di tempat tidur : 2 - Tampak terpasang infus RI 500 cc	3. Pasien mampu mengubah posisi miring kanan dan miring kiri	kolaborasi 3. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk program latihan Tindakan edukasi 4. Ajarkan kepada keluarga dan pasien untuk mengubah posisi miring kanan dan miring kiri 5. Anjurkan keluarga untuk membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan Aktivitas(ADL)
3.	Konstipasi berhubungan dengan asupan serat tidak cukup ditandai dengan : DS - Pasien mengatakan Buang air besar tidak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 16 jam, diharapkan konstipasi dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. BAB pasien Lancar dan tidak mengalami gangguan	Tindakan observasi 1. Observasi warna BAB, Konsitensi feses

	lancar - Pasien mengatakan kurang mengkonsumsi makanan yang berserat - Pasien mengatakan belum pernah BAB selama di rawat di Rs dari hari rabu sesudah operasi dan sudah 3 hari belum BAB - Pasien mengatakan perutnya kembung DO - Tampak pasien belum BAB - Tampak Luka post op di abdomen - Tampak Terpasang pampers - Tampak pasien memiliki Berat badan 59 kg dan Tinggi badan 155 cm IMT 26,2 (obesitas)	2. Pola BAB dalam batas normal 3. Cairan dan serat yang adekuat	Tindakan mandiri 2. Manajemen nutrisi dan cairan secara adekuat Tindakan edukasi 3. Ajarkan kepapada pasien untuk mengkonkonsumsi makanan yang berserat 4. Kolaborasi dengan dokter pemberian obat

E. Implementasi Keperawatan

Nama/umur : Ny"S"/62 TAHUN

Unit/kamar : ICU/ICCU

Hari/ Tanggal	Jam	DP	pelaksanaaan Hari 1	Nama perawat
Jumat/13/3/2020	08.00	I	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil : Keadaan umum lemah Kesadaran pasien Compos mentis Terpasang NGT Terpasang Rl 500 cc Terpasang kateter 200 cc Terpasang Drainase kiri kanan 50 cc	Dakostaana
	08.05	II	Mengkolaborasi Pemberian Obat dengan Dokter Hasil : obat metronidazole 1 btl/iv obat ketorolac 1 ampul/iv obat omeprazole 1 flac/iv obat Moxifloxacin 1 btl/iv	Dakostaana
	08.10	II	Mengobservasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 160/90 mmHg N : 84x/menit S : 37^0 c P : 22x/menit	Dakostaana

	08.20	I	Mengkaji penyebab nyeri, kualitas nyeri, intesitas nyeri, lokasi nyeri, dan waktu nyeri Hasil : 1. pasien mengatakan nyeri pada daerah post op di perut kanan atas 2. pasien mengatakan kualitas nyeri seperti tertusuk- tusuk 3. pasien mengatakan lokasi nyeri di bagian perut kanan atas 4. pasien mengatakan skala nyeri 7 (nyeri hebat) 5. pasien mengatakan waktu nyeri hilang timbul	Dakostaana
	09.00	II	Memandikan pasien Hasil : tampak pasien merasa nyaman dan segar dan tampak pasien dalam posisi semi fowler	Dakostaana
	09.35	II	Mengajarkan kepada keluarga untuk membantu Pasien dalam pemenuhan kebutuhan Aktivitas ADL Hasil : tampak keluarga pasien mengerti dengan ajaran yang diberikan tampak pasien dibantu makan, minum oleh	Dakostaana

			keluarganya	
	10.00	II	Mengobservasi tanda- tanda vital pasien Hasil : TD : 140/80 mmhg N : 80x/menit S : $36,5^0$ c P : 20x/menit	Dakostaana
	10.15	II	Memberikan posisi sims(miring kanan miring kiri Hasil : Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi miring kiri	Dakostaana
	11.05	II	Mengajarkan kepada pasien teknik relaksasi nafas dalam Hasil : Tampak pasien mengikuti teknik relaksasi yang diajarkan	Dakostaana
	12.00	I	pemberian nutrisi dan cairan kepada pasien Hasil : bubur saring 200 cc air putih 1200 cc	Dakostaana
	12.10	II	observasi tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/90 mmhg N : 90x/menit	Dakostaana

			S : 36,3^{0}c P : 20x/menit	
	12.15	I	Mengajarkan kepada keluarga dan pasien untuk mengubah posisi minimal setiap 2 jam Hasil : tampak keluarga mengerti dengan ajaran yang diberikan	Dakostaana
	13.00	I	Mengobservasi warna BAB, Konsitensi feses Hasil : tampak pasien belum BAB	Dakostaana
	13.10	III	Menganjurkan kepada pasien untuk mengkonsumsi makanan yang berserat seperti buah-buahan Hasil : tampak pasien mendengarkan anjuran yang diberikan	Dakostaana
	13.40	I	Monitor keadaan umum pasien Hasil : Keadaan umum lemah Kesadaran compos mentis terpasang RL 500 cc terpasang kateter 250 cc terpasang Drainase kiri kanan 50 cc	Dakostaana

	14.00	III	Memonitor input dan output selama 1 shift Hasil : CM-(CK=IWL) (Cairan masuk) Infus Rl 500 cc bubur 200 cc Air Putih 1200 cc (Cairan Keluar) Urine 250 cc Cairan WSD 50 cc = 1900cc - (300 + 930) = 1900cc - 1230 = 670 cc	Dakostaana
	16.00	I	Mengkolaborasi pemberian obat dengan dokter Hasil : obat metronidazole 1 btl/iv obat ketorolac 1 ampul/iv obat omeprazole 1 flac/iv obat Moxifloxacin 1 btl/iv	Clarisa
	16.05	I	Mengobservasi tanda – tanda vital Hasil : TD : 130/90 mmhg N : 92x/menit S : 36,9^{0}c P : 20x/menit	Clarisa
	17.00	II	Mengajarkan kepada pasien untuk	Clarisa

			mengubah posisi pasien minimal setiap 2 jam Hasil : tampak keluarga pasien mengerti dengan ajaran yang diberikan dan tampak pasien dalam posisi sims(miring kiri)	
	18.00	I	Mengkaji Karakteristik nyeri berdasarkan P,Q, R, S, T Hasil : 1. Pasien mengatakan nyeri pada daerah post op di perut kanan atas 2. Pasien mengatakan kualitas nyeri seperti tertusuk- tusuk 3. Pasien mengatakan lokasi nyeri di perut kanan atas 4. Pasien mengatakan skala nyeri 6 (nyeri berat) 5. Pasien mengatakan waktu nyeri hilang timbul	Clarisa
	18.35	I	Mengajarkan kepada pasien teknik relaksasi nafas dalam Hasil : Tampak pasien mengikuti ajaran yang diberikan	Clarisa
	19.00	III	Pemberian cairan dan nutrisi melalalui	Clarisa

			parenteral Hasil : Susu 200 cc Bubur saring 300 cc Air putih 150 cc	
	19.10	I	Memberikan posisi sims kepada pasien Hasil : pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan (miring kanan	Clarisa
	20.00	II	Monitor kemampuan hambatan mobilitas fisik pasien Hasil : tampak aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat seperti makan, minum, mandi, berpakaian, BAB, BAK dan mobilitas di tempat tidur	Clarisa
	20.10	II	Menganjurkan kepada keluarga pasien untuk berkolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk program latihan Hasil : tampak keluarga pasien mengerti dengan ajaran yang diberikan	Clarisa
	20.15	III	Monitor konstipasi pasien	Clarisa

			Hasil : tampak pasien belum BAB	
	20.30	I	Monitor keadaan umum pasien Hasil : Keadaan umum lemah Kesadaran compos mentis Terpasang infus Rl 350 cc Terpasang kateter 300 cc Terpasang Drainase kiri kanan 50 cc	Clarisa
	21.00	III	Memonitor input dan output Hasil : CM-(CK=IWL) (Cairan masuk) Infus Rl 350 cc Susu cair 200 cc Bubur saring 300 cc Air Putih 150 cc (Cairan Keluar) Urine 300 cc Cairan WSD 50 cc = 1000 - (350 + 930) = 1000 cc - 1280 = -280 cc	Clarisa

Hari/ tanggal	Jam	DP	Pelaksananan Hari 2	Nama perawat
Sabtu/14-2-2020	08.00	I	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil : keadaan umum pasien lemah kesadaran compos mentis terpasang NGT terpasang Rl 500 cc terpasang kateter 200 cc terpasang drainase 2 kiri kanan 50 cc	Dakostaana
	08.00	II	Mengkolaborasi Pemberian Obat Hasil : obat moxifloxacin 1 btl/iv obat Metronidazole 1 btl/iv obat omeprazole 1 flac obat ketorolac 1 amp	Dakostaana
	08.10	II	observasi tanda- tanda vital pasien Hasil : TD : 140/70 mmhg N : 80x/menit S : 36,5^{0}C P : 20x/menit	Dakostaana
	08.20	I	Mengkaji karakteristik nyeri berdasarkan P,Q, R, S, T Hasil : 1. pasien mengatakan nyeri pada daerah post operasi di perut kanan atas 2. Pasien mengatakan Kualitas nyeri yang dirasakan tertusuk-tusuk 3. Pasien mengatakan Lokasi nyeri di	Dakostaana

			bagian perut kanan atas 4. Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan skala 5 (skala sedang) 5. Pasien mengatakan Waktu nyeri hilang timbul	
	08.45	I	Mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam Hasil : Tampak pasien mengikuti teknik relasasi yang diajarkan	Dakostaana
	09.00	II	Memandikan pasien Hasil : Tampak pasien merasa nyaman dan segar dan tampak pasien dalam posisi semi fowler	Dakostaana
	09.35	II	Mengajarkan kepada keluarga untuk membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas pasien (ADL) Hasil : tampak keluarga mengerti dengan ajaran yang diberikan dan tampak pasien dibantu makan dan minum oleh keluarganya	Dakostaana
	10.00	I	Mengobservasi Tanda- tanda vital Hasil : TD : 120/80 mmhg N : 82x/menit	Dakostaana

			S : 37^0 C P : 20x/menit	
	10.15	II	Memberikan Posisi Sims (miring kanan miring kiri) Hasil : Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi miring kiri	Dakostaana
	11.05	II	Mengajarkan kepada pasien teknik relaksasi nafas dalam Hasil : tampak pasien mengikuti ajaran yang diberikan oleh perawat	Dakostaana
	12.00	III	Pemberian nutrisi dan cairan melalui parenteral Hasil : bubur saring 300 cc Air putih 1000 cc	Dakostaana
	12.10	II	Observasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/80 mmhg N : 82x /menit S : 37^0 C P : 20x/menit	Dakostaana
	13.00	III	Mengkaji eliminasi BAK Pasien berdasarkan warna feses, konsitensi Hasil : Tampak Pasien belum BAK	Dakostaana

	13.10	III	Menganjurkan kepada pasien untuk mengkonsumsi makanan kesukaannya tetapi yang mengandung serat (seperti buah-buahan) Hasil : Tampak pasien mendengarkan ajaran yang diberikan.	Dakostaana
	13.40	I	Monitor keadaan umum pasien Hasil : Keadaan umum lemah Kesadaran compos mentis terpasang RL 400 cc terpasang kateter 200 cc terpasang Drainase kiri kanan 50 cc	Dakostaana
	14.00	III	Monitor output dan intake pasien Hasil : CM-(CK=IWL) (Cairan masuk) Infus Rl 500 cc Bubur saring 300 cc Air Putih 1000 cc (Cairan Keluar) Urine 200 cc Cairan WSD 50 cc = 1800cc - (200 + 930) = 1800cc - 1130	Dakostaana

			= 50 cc	
	16.00	II	Mengkolaborasi pemberian obat dengan dokter Hasil : obat moxifloxacin 1 btl/iv obat Metronidazole 1 btl/iv obat omeprazole 1 flac obat ketorolac 1 amp	Clarisa
	16.05	II	Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 150/70 mmhg N : 84x/menit S : 36,5^{0}c P : 20x/menit	Clarisa
	17.00	II	Mengajarkan kepada pasien untuk mengubah posisi pasien minimal setiap 2 jam Hasil : Tampak keluarga pasien mengerti dengan ajaran yang diberikan dan tampak pasien dalam posisi sims (miring kanan)	Clarisa
	18.00	I	Mengkaji keluhan nyeri Hasil : 1. Pasien mengatakan masih nyeri di daerah post op di perut kanan atas 2. Pasien mengatakan kualitas nyeri yang	Clarisa

			dirasakan seperti tertusuk-tusuk 3. Pasien mengatakan lokasi nyeri pada bagian perut kanan atas 4. Pasien mengatakan skala nyeri 5 (nyeri sedang) 5. Waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul	
	18.30	I	Mengajarkan kepada pasien teknik relaksasi nafas dalam Hasil : Tampak pasien mengikuti ajaran yang diberikan	Clarisa
	19.00	III	Pemberian Nutrisi dan cairan melalui parenteral Hasil : Susu cair 200 cc Bubur saring 250 cc Air putih 150 cc	Clarisa
	19.10	II	Memberikan Posisi Sims kepada pasien Hasil : Tampak Pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan dan tampak pasien dalam posisi miring kiri	Clarisa
	20.00	II	Monitor kemampuan hambatan mobilitas pasien Hasil :	Clarisa

			Tampak pasien aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, mandi dan berpakaian dibantu oleh perawat	
	20.15	III	Monitor Konstipasi Pasien berdasarkan warna, konsitensi Hasil : Tampak pasien belum BAB	Clarisa
	20.30	I	Monitor Keadaan Umum Pasien Hasil : Keadaan Umum lemah Kesadaran Compos mentis Terpasang infus RL 500 cc Terpasang kateter 250 cc Terpasang drainase kiri kanan 50 cc	Clarisa
	21.00	III	Memonitor input dan output Hasil : CM-(CK=IWL) (Cairan masuk) Infus Rl 500 cc Susu cair 200 cc Bubur saring 250 cc Air Putih 150 cc (Cairan Keluar) Urine 250 cc Cairan WSD 50 cc = 1100 - (250 + 930)	Clarisa

			= 1100 cc - 1180 = - 80 cc	

Hari/Tanggal	Jam	DP	Pelaksanaan Hari 3	Nama Perawat
Minggu/15-3-2020	08.00	I	Mengkaji Keadaan umum pasien Hasil : Keadaan umum lemah Kesadaran compos mentis Terpasang infus Rl 500 cc Terpasang NGT Terpasang kateter 200 cc Terpasang 2 drainase kiri kanan 50 cc	Dakostaana
	08.00	I	Mengkolaborasi pemberian Obat Hasil : Obat Moxifloxacin 1 btl/iv Obat Metronidazole 1 btl/iv Obat omeprazole 1 flac/iv Obat Ketorolac 1 amp/iv	Dakostaana
	08.05	II	Observasi Tanda- Tanda vital Hasil : TD : 130/80 mmhg N : 82x/menit S : 36,2^{0}C P : 20x/menit	Dakostaana
	08.10	I	Mengkaji karakteristik nyeri Hasil : 1. Pasien mengatakan nyeri pada daerah post op di perut kanan atas 2. Pasien mengatakan kualitas nyeri yang dirasakan tumpul	Dakostaana

			3. Pasien mengatakan lokasi nyeri di bagian perut kanan atas 4. Pasien mengatakan skala nyeri 4 (nyeri sedang) 5. Pasien mengatakan waktu nyeri hilang timbul	
	08.15	I	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri Hasil : Tampak pasien mengikuti ajaran yang diberikan	Dakostaana
	09.00	II	Memandikan Pasien Hasil : Tampak pasien merasa nyaman dan segar dan tampak pasien dalam posisi semi fowler	Dakostaana
	09.35	II	Mengajarkan kepada keluarga untuk membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas pasien (ADL) Hasil : tampak keluarga pasien mengerti dengan ajaran yang diberikan dan tampak pasien dibantu makan dan minum oleh keluarganya	Dakostaana
	10.00	II	Mengobservasi tanda – tanda vital	Dakostaana

			Hasil : TD : 140/80 mmhg N : 90x/menit S : 36,6^0 C P : 20x/menit	
	11.00	II	Memberikan Posisi Sims kepada pasien Hasil : Tampak pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan dan tampak pasien dalam posisi miring kanan	Dakostaana
	12.00	III	Pemberian nutrisi dan cairan melalui parenteral Hasil : Bubur Saring 300 cc Susu cair 200 cc Air Putih 50 cc	Dakostaana
	12.10	I	Observasi tanda- tanda vital pasien Hasil : TD : 140/80 mmhg N : 86x/menit S : 36,3^0 C P : 20x/menit	Dakostaana
	13.00	III	Mengkaji eliminasi BAK pasien berdasarkan warna, konsitensi Hasil : Tampak Pasien belum BAB	Dakostaana
	13.10	III	Menganjurkan kepada pasien untuk mengkonsumsi makanan yang menga-	Dakostaana

			ndung serat (seperti buah- buahan) Hasil : Tampak pasien mendengarkan ajaran yang diberikan oleh perawat	
	13.30	I	Monitor Keadaan Umum pasien Hasil : Keadaan umum pasien lemah Kesadaran compos mentis Terpasang infus RL 350 cc Terpasang kateter 300 cc Terpasang Drainase kiri dan kanan 50 cc	Dakostaana
	14.00	III	Monitor output dan intake pasien dalam satu shift Hasil : CM-(CK=IWL) (Cairan masuk) Infus Rl 500 cc Susu cair 200 cc Bubur saring 300 cc Air Putih 50 cc (Cairan Keluar) Urine 300 cc Cairan WSD 50 cc = 1050 cc - (300 + 930) = 1050 cc - 1230 = - 180 cc	Dakostaana

	16.00	II	Mengkolaborasi Pemberian obat dengan dokter Hasil : Obat Moxifloxacin 1 btl/iv Obat Metronidazole 1 btl/iv Obat omeprazole 1 flac/iv Obat Ketorolac 1 amp/iv	Clarisa
	16.05	I	Mengobservasi tanda – tanda vital Hasil : TD : 130/9 mmhg N : 86x/menit S : 36,2^{0}c P : 20x/menit	Clarisa
	17.00	II	Mengajarkan kepada pasien untuk mengubah posisi pasien minimal setiap 2 jam Hasil : Tampak keluarga pasien mengerti dengan ajaran yang diberikan dan tampak pasien dalam posisi sims (miring kanan)	Clarisa
	18.00	II	Mengkaji keluhan nyeri pasien Hasil : 1. Pasien mengatakan masih nyeri di daerah post op di perut kanan atas 2. Pasien mengatakan kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk- tusuk 3. Pasien mengatakan lokasi nyeri pada	Clarisa

			bagian perut kanan atas 4. Pasien mengatakan skala nyeri 4 (nyeri sedang) 5. Waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul	
	18.30	I	Mengajarkan kepada pasien teknik relaksasi nafas dalam Hasil : Tampak pasien mengikuti ajaran yang diberikan	Clarisa
	19.00	III	Pemberian Nutrisi dan cairan melalui parenteral Hasil : Susu cair 300 cc Bubur saring 250 cc Air putih 100 cc	Clarisa
	19.30	II	Memberikan Posisi Sims kepada pasien Hasil : Tampak Pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan dan tampak pasien dalam posisi miring kiri	Clarisa
	20.00	II	Monitor kemampuan hambatan mobilitas pasien Hasil : Tampak pasien sudah bisa makan, dan minum sendiri tetapi mandi dan	Clarisa

			berpakaian masih dibantu oleh keluarga dan perawat dibantu oleh perawat	
	20.15	III	Monitor Konstipasi Pasien berdasarkan warna, konsitensi Hasil : Tampak pasien belum BAB	Clarisa
	20.30	I	Monitor Keadaan Umum Pasien Hasil : Keadaan Umum lemah Kesadaran Compos mentis Terpasang infus RL 500 cc Terpasang kateter 300 cc Terpasang drainase kiri kanan 50 cc	Clarisa
	21.00	III	Monitor Output dan intake pasien Hasil : Memonitor input dan output Hasil : CM-(CK=IWL) (Cairan masuk) Infus Rl 500 cc Susu cair 300 cc Bubur saring 250 cc Air Putih 100 cc (Cairan Keluar) Urine 300 cc Cairan WSD 50 cc = 1150 - (350 + 930)	Clarisa

			= 1150 cc - 1280 = - 130 cc	

F. Evaluasi

Nama/Umur : NY"S"/62 Tahun

Unit/Kamar : ICU/ICCU

NO	DX	Hari/tanggal/	Evaluasi hari 1	Nama perawat
1	I	Jumat, 13-3-2020	DP I : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik(misalnya prosedur pembedahan) Data subjektif - Pasien mengatakan mengalami nyeri pada daerah post op di bagian perut kanan atas - pasien mengatakan kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk- tusuk - pasien mengatakan lokasi nyeri di bagian perut kanan atas - pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 7 (nyeri hebat) - pasien mengatakan waktu nyeri hilang timbul Data Objektif : - Keadaan umum pasien lemah - Kesadaran compos mentis - Tampak wajah pasien meringis - Terpasang NGT - Terpasang kateter TTV : TD : 160/90 mmhg	Dakostaana

			N : 84x/menit S : 37^0 C P : 22x/menit A : Nyeri akut belum teratasi P : lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 1. Pemberian posisi miring kanan dan miring kiri 2. Pemberian obat analgesic untuk meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk meredakan nyeri	
2	II		D II Hambatan mobilitas fisik ditempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar DS - Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas apa- apa - Pasien mengatakan tidak dapat miring kanan dan miring kiri DO - Tampak aktivitas sebagian dibantu oleh perawat dan keluarga makan : 2 minum : 2 mandi : 2 berpakaian : 2 kerapihan : 2 buang air kecil : 1	Clarisa

			buang air besar : 2 mobilisasi di tempat tidur : 2 - Tampak terpasang infus Rl 500 cc - Tampak terpasang kateter 350 cc - Tampak terpasang 2 drainase kanan 50 cc A : Hambatan mobilitas fisik belum te-ratasi P : lanjutkan intervensi 2,3,4 1. Ubah posisi pasien minimal setiap 2 jam 2. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk program latihan 3. Ajarkan kepada pasien untuk mengubah posisi miring kanan dan miring kiri	
3	III		DP III Konstipasi berhubungan dengan Asupan kurang serat Data Subjektif - Pasien mengatakan BAB tidak lancar dan mengalami gangguan - Pasien mengatakan kurang mengkonsu-msi makanan yang berserat - pasien mengatakan belum pernah BAB selama di rawat di rumah sakit - Pasien mengatakan perutnya kembung Data Objektif - Tampak pasien belum BAB	Dakostaana

			- Tampak terpasang panpers A : konstipasi belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4 1. Observasi warna feses, kosistensi feses 2. Manajemen Cairan dan elektrolit secara adekuat 3. Ajarkan kepada pasien untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi serat 4. Kolaborasi dengan dokter pemberi-berian obat	

NO	DX	Hari/tanggal/	Evaluasi hari 2	Nama perawat
1.	I	Sabtu/14/2/2020	D I Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera Fisik (misalnya prosedur pembedahan) DS - Pasien mengatakan masih mengalami nyeri di bagian perut kanan atas - Pasien mengatakan kualitas nyeri yang dirasakan tertusuk- tusuk - Pasien mengatakan lokasi nyeri di bagian perut kanan atas - Pasien mengatakan Skala nyeri 5 (nyeri sedang) - Pasien mengatakan waktu nyeri hilang timbul (15 menit) DO - keadaan umum pasien lemah - tampak ekspresi wajah meringis - kesadaran compos mentis - terpasang NGT - terpasang kateter TTV TD : 140/70 mmhg N : 80 x/menit S : $36,5^0$ c P : 20 x/menit A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2, 3 4	Clarisa

			1. Pemberian posisi miring kanan dan miring kiri 2. Pemberian obat Analgesic 3. Ajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam	
2.	II		DII Hambatan mobilitas fisik Berhubu-ngan dengan fisik tidak bugar DS - Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas - Pasien mengatakan kesulitan jika miring kanan dan miring kiri - Tampak aktivitas sebagian masih dibantu oleh perawat dan keluarga - Tampak pasien hanya terbaring di tempat tidur - Tampak terpasang infus RL 300 cc - Tampak terpasang kateter - Tampak terpasang NGT - Tampak terpasang 2 drainase kiri kanan 50 cc A : Hambatan mobilitas belum teratasi P : lanjutkan intervensi 2, 3, 4 1. Ubah posisi pasien minimal setiap 2 jam 2. Kolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk program latihan 3. Ajarkan kepada pasien untuk ubah	Dakostaana

3	III		posisi miring kanan miring kiri D III Konstipasi berhubungan dengan obstruksi pasca bedah DS - Pasien mengatakan Buang Air Besarnya tidak lancar dan mengalami gangguan - Pasien mengatakan kurang mengkonsumsi makanan yang berserat - Pasien mengatakan perutnya terasa kembung - pasien mengatakan belum pernah BAB selama sesudah operasi DO - Tampak pasien belum pernah BAB - Tampak terpasang panpers A : konstipasi belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3 1. observasi warna feses, konsitensi feses 2. Manajemen cairan dan elektrolit secara adekuat 3. Ajarkan kepada pasien untuk mengkonsumsi makanan yang tinggi serat	Clarisa

NO	DX	Hari/tanggal	Evaluasi Hari 3	Nama perawat
1	I	Minggu/15-3-2020	D I Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (misalnya prosedur pembedahan) DS - Pasien mengatakan nyeri post op berkurang sedikit demi sedikit - Pasien mengatakan kualitas nyeri dirasakan berkurang - Pasien mengatakan lokasi nyeri di bagian perut kanan atas - Pasien mengatakan skala nyeri 4 (nyeri sedang) - Pasien mengatakan waktu nyeri hilang timbul DO - Keadaan umum sedang - Tampak wajah pasien rileks - Kesadaran compos mentis TTV TD : 130/80 mmhg N : 82x/menit S : 36,5^{0}c P : 20x/menit A : nyeri akut teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi 3 dan 4 1. Pemberian obat analgesis 2. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam	Dakostaana

2	II		D II Hambatan mobilitas fisik berhubun-ngan dengan fisik tidak bugar DS - Pasien mengatakan sedikit demi sedikit mulai melakukan aktivitas mandiri seperti makan dan minum sendiri, dan mandi dibantu oleh perawat sebagian - Pasien mengatakan sedikit demi sedikit bisa miring kanan dan miring kiri dengan bantuan perawat DO - Tampak pasien mulai makan dan minum sendiri tanpa dibantu oleh keluarga dan perawat - Tampak terpasang kateter - Tampak terpasang 2 drainase kiri kanan 50 cc A : hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi 3 dan 4 1. kolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk program latihan 2. ajarkan untuk ubah posisi miring kanan dan miring kiri	Clarisa
3	III		D III Konstipasi berhubungan dengan obstruksi pasca bedah DS	Dakostaana

			- Pasien mengatakan belum pernah BAB semenjak sesudah operasi dari hari rabu - Pasien mengatakan kurang mengkonsumsi makanan yang berserat - Pasien mengatakan perutnya masih kembung DO - Tampak pasien belum BAB - Tampak terpasang panpers A : konstipasi belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3 1. Obsevasi warna feses, konsitensi feses 2. Pemberian Nutrisi dan Cairan secara adekuat 3. Ajarkan pasien mengkonsumsi makanan yang tinggi serat	

VII. Terapi Obat

1. Obat Moxifloxacin/24 jam

   Benar Pasien : Ny. Suharti
   Benar Obat : Obat Moxifloxacin
   Benar Dosis : 1 botol/ 250 cc
   Benar cara/rute : Pemberian IV
   Benar Waktu : diberikan jam pagi 08.00 Jam sore 16.00, jam malam 24.00
   Benar Dokumentasi :

- Indikasi obat moxifloxacin digunakan untuk Infeksi sinusitis maksilaris akut, infeksi intra abdominal (struktur dan organ di dalam rongga perut)
- Kontraindikasi obat ini harus dihindari pada pasien hipersensitivitas terhadap moksifloksasina (moxifloxacin) atau antibiotik golongan kuinolon lainnya, pasien dengan perpanjangan interval QT (gangguan irama jantung), gangguan elektrolit khususnya hipokalemia, bradikardia dan gagal jantung.
- Efek samping yang dapat ditimbulkan dari penggunaan obat ini adalah mual, muntah dan sakit kepala.

2. Obat Metronadizole/ 24 jam

   Benar Pasien : Ny. Suharti
   Benar Obat : Obat Metronidazole
   Benar Dosis : 1 botol/ 100 cc
   Benar Cara/rute : Pemberian IV
   Benar Waktu : diberikan pagi Jam 08.00, sore jam 16.00/ malam Jam, 24.00
   Benar Dokumentasi :

- Indikasi obat ini hanya untuk kalangan medis. Obat ini digunakan untuk pengobatan amubiasis, trikomoniasis dan infeksi bakteri anaerob.
- Kontraindikasi obat ini yaitu hipersensitivitas, kehamilan Trimester 1, menyusui, riwayat penyakit Darah.
- Efek Samping metronidazole dapat menyebabkan beberapa efek samping seperti pusing, sakit kepala, mual, muntah, hilangnya nafsu makan, diare, perubahan warna urine menjadi gelap.

3. Obat Omeprazole/ 8 jam

   Benar Pasien : Ny. Suharti
   Benar Obat : Omeprazole
   Benar dosis : 1 flac/ 5 cc
   Benar cara/rute : Pemberian IV
   Benar waktu : diberikan jam 08. 00 pagi, jam sore 16.00
   Benar Dokumentasi :

- Indikasi dari obat ini jika digunakan jangka Pendek akan mengakibatkan Tukak duodenal, tukak lambung, refluks esofagitis.
- Kontraindikasi omeprazole diketahui oleh Pasien yang hipersensitivitas terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi
- Efek samping Dari obat ini yaitu, kejang otot, detak jantung cepat dan lambat.

4. Obat Ketorolac /8 jam

   Benar Pasien : Ny. Suharti
   Benar Obat : Ketorolac
   Benar dosis : 1 amp/ 5 cc
   Benar Cara/rute : Pemberian IV

Benar waktu : diberikan pagi jam 08.00, sore jam 16.00.

Benar Dokumentasi :

- Indikasi informasi obat ini hanya untuk kalangan medis. Terapi jangka pendek akan mengakibatkan nyeri setelah operasi
- Kontraindikasi obat ini adalah Alergi OAINS,Tukak peptik akut, pendarahan KV, diatesis Hemoragik, hamil, dan menyusui anak < 16 Tahun
- Efek samping yang dapat muncul saat menggunakan obat ini antara lain Berat badan naik drastis, sakit perut, mual, muntah, peningkatan tekanan darah mulut kering, sariawan

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang didapatkan pada pasien, dalam menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. “S” umur 62 tahun yang dilakukan selama 3 hari pada tanggal 13 maret 2020 - 15 maret 2020 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Kenyataannya sebagian besar sesuai dengan teori dan masih ada juga terdapat kesengajaan/ketidaksesuaian yang penulis dapatkan melalui pendekatan proses keperawatan yaitu pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi sebagai berikut.

A. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny.”S” 62 tahun. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 9 maret 2020 dengan keluhan nyeri di bagian perut kanan atas sejak 2 minggu yang lalu disertai perut kembung dan demam, pasien mengatakan suka mengkonsumsi makanan yang mengandung kolesterol dan lemak tinggi seperti : gorengan, mie ayam, bakso, dan sayur tauge. Pasien mengatakan jika gejala nyeri muncul, pasien mengatakan hanya membeli obat di apotik terdekat dan beristirahat di rumah. Setelah mengkonsumsi obat tersebut pasien mengatakan tidak ada perubahan selama 2 hari terakhir, pasien merasa nyeri dan kembung di perut tidak tertahankan lagi sehingga keluarga dan pasien memutuskan untuk membawa pasien ke Rumah Sakit Stella Maris. Dan pada tanggal 11 maret hari rabu dilakukan tindakan operasi laparatomi CBD. Saat pengkajian pasien dalam keadaan berbaring lemah di tempat tidur dengan

kesadaran compos mentis, dan pasien mengeluh nyeri di bagian perut kanan atas, kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk pasien mengatakan skala nyeri 7 dan waktu nyeri yang dirasakan terus-menerus. Pola makan pasien tidak teratur dan pasien hanya menghabiskan setengah porsi dari makanan yang diberikan RS. Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan dari 60 menjadi 59 kg dan mengalami penurunan nafsu makan. Pasien mengatakan belum pernah BAB dari hari rabu sesudah operasi, Pasien mengatakan bahwa ia mengalami konstipasi. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan pasien tidak mampu miring kanan dan miring kiri, Tampak aktivitas pasien sebagian di bantu oleh perawat dan keluarga.

Dari Hasil Aktivitas Harian didapatkan

- Makan : 2
- Mandi : 2
- Pakaian : 2
- Kerapihan : 2
- Buang air kecil : 1
- Buang air besar : 2
- Mobilisasi di tempat tidur : 2

dan hasil pemeriksaan TTV pada saat pengkajian didapatkan tekanan darah pasien 160/90 mmhg, Nadi : 84x/menit, Suhu : 37^0 c, pernafasan 22x/menit dan terpasang cairan Rl 500 ml, dan cairan Metronidazole 100 ml.

Menurut penelitian Yang dilakukan oleh (Djumhana, 2014) faktor yang mempengaruhi terjadinya *Cholelitiatis* adalah Faktor keluarga, Umur, tingginya kadar estrogen, insulin dan kolesterol, penggunaan Pil KB, infeksi, gangguan pencernaan, tingginya kandung lemak dan rendah serat dan kurang olahraga. Menurut penelitian teori ini mendukung kasus yang terjadi

pada Ny.”S” yang dimana usianya sekarang 62 tahun. Dan pasien juga sering mengkonsumsi makanan yang mengandung kolesterol dan lemak tinggi sehingga menimbulkan gangguan pencernaan

Berdasarkan Penelitian yang dilakukan oleh (Liu et al, 2018) Di Rumah Sakit Amerika Serikat didapatkan Hasil Kasus kolelitiatis pada pasien perempuan sebanyak 728 kasus disertai peningkatan IMT. Menurut penelitian teori ini mendukung kasus yang Terjadi Pada Ny.”S” dimana Ny “S” adalah seorang perempuan dan perempuan lebih beresiko mengalami kolelitiatis dan dilihat dari IMT Ny “S” memiliki berat badan 59 kg jika dikalikan dengan Tinggi Badan 155 cm dengan Rumus IMT, pasien dikategorikan Obesitas.

kolesistis akut terjadi akibat obstruksi dari duktus sistikus yang kemudian diikuti oleh proses inflamasi. Kolesistis akut dapat menimbulkan gejala nyeri abdomen kuadran kanan atas, mual, muntah, anoreksia dan demam. Pasien juga dapat merasakan nyeri hebat hilang timbul yang disebut juga kolik billier (Sjamsuhidayat, 2015). Konstipasi terjadi akibat penurunan kolon sehingga memperpanjang waktu transit feses di kolon dan berakibat kandungan air tetap terus diabsorpsi dari massa feses sehingga feses menjadi kering, keras,dan sukar dikeluarkan dalam proses defekasi. (Prize & Wilson, 2005). kondisi hambatan mobilitas fisik yang terjadi pada pasien *cholelitiatis* terjadi karena nyeri yang dirasakan oleh pasien di bagian abdomen terjadi terus- menerus.

Dari Data yang ditemukan berdasarkan pengamatan kasus tidak ada kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus yang ada di Rumah Sakit karena semua Tanda dan gejala yang dialami oleh pasien terdapat tinjauan pada tinjauan teoritis. Pada tinjauan kasus ini hasil laboratorium pemeriksaan didapatkan Neutrofil 74.9*, LED 88*, SGOT 246*, SGPT 541*,

Bilirubin Total 10.99*, Bilirubin Direk 6.89*, Bilirubin Indirek 4.10*, Hasil Endkronologi tiroid TSHS 0,02*, ALKALIPHOS hasil 359, SGOT hasil 246*, SGPT hasil 541*, Bilirubin Total hasil 10.99*, Bilirubin Direk 6.89*, Bilirubin indirek hasil 4.10*, Hasil CT SCAN ABDOMEN CBD dilatasi batu empedu multiple di dalamnya, kandung empedu distensi, dinding menebal, tampak batu beberapa dalam lumen dan Dilatasi duktus hepatika terutama kiri, *Ductus Choleduchus*; melebar di proximal, tampak echo batu berdiameter 0,66 cm di distalnya. Kesan* *Choledocholiatis* dengan *cholelitiatis, *Choelitiatis.*

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori terdapat 5 diagnosa keperawatan sedangkan Berdasarkan pengkajian yang didapat pada Ny. “S” ditemukan 3 diagnosa keperawatan. Dari 5 diagnosa yang ada di teori penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan sesuai dengan kondisi pasien yaitu :

1.) Nyeri Akut berhubungan dengan Agens cedera fisik. penulis mengangkat diagnosa ini dapat dilihat dari data hasil pengkajian bahwa pasien mengatakan nyeri pada daerah operasi di bagian perut kanan atas, pasien mengatakan kualitas nyeri yang dirasakan tertusuk- tusuk, lokasi nyeri di bagian kanan atas, skala nyeri yang dirasakan skala 7 , dan waktu nyeri yang dirasakan hilang timbul (15 menit dan memberat jika pasien bergerak)
2.) Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar. Penulis mengangkat diagnosa ini dapat dilihat dari data hasil pengkajian bahwa pasien tidak bisa miring kanan dan miring kiri, tampak aktivitas pasien sebagian dibantu oleh perawat seperti makan, minum, mandi, berpakaian, buang air besar, dan mobilitas di tempat tidur.

3.) Konstipasi berhubungan dengan Asupan serat tidak cukup. Penulis mengangkat diagnosa ini dapat dilihat dari data hasil pengkajian bahwa pasien mengatakan belum pernah BAB dari hari rabu sesudah operasi, dan setelah dilakukan implementasi selama 3 hari pasien mengatakan perutnya hanya kembung tetapi tidak pernah BAB

Sedangkan diagnosa keperawatan pada tinjauan teoritis yang tidak diangkat pada kasus diantaranya :

1. Resiko infeksi dengan faktor resiko prosedur invasif. Penulis tidak mengangkat diagnosa resiko infeksi karena tidak mendapatkan data-data yang merujuk pada kondisi luka pasien. sebagaimana dilihat dari Ruang ICU yang ditempatkan oleh pasien bahwa ruangan tersebut bersifat steril sehingga bekas Luka operasi yang dialami dapat terjaga kebersihannya dengan baik.
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak mendapatkan data-data yang menunjang pengangkatan diagnosa tersebut pada pasien. Hal ini dilihat dari nutrisi dan cairan yang diberikan oleh pasien tercukupi dengan baik. dan pasien disini tidak menunjukan tanda dan gejala seperti mual dan muntah.

   Semua diagnosa ini mengacu pada dignosa NANDA.

C. Intervensi

Intervensi terdiri dari tujuan, hasil yang diharapkan serta rasional. Intervensi yang dilakukan pada pasien sebagian besar diambil dari teori yang sudah dijelaskan pada BAB II.

1. nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik terdapat 5 intervensi yaitu : memonitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan. Mengkaji karakteristik nyeri , memberikan posisi miring kanan dan miring kiri, memberikan edukasi teknik relaksasi nafas dalam untuk meredakan nyeri, mengkolaborasi pemberian obat analgesic dengan dokter.

   Menurut Buku Ajar keperawatan medikal bedah oleh Smeltzer & Bare, 2005. pada pasien yang mengalami kolelititiatis dengan diagnosa nyeri dapat teratasi dengan dilakukan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan edukasi kepada klien untuk memilih posisi yang nyaman dalam posisi semi fowler dan disokong oleh bantal, mengkolaborasi dengan dokter pemberian obat analgetik untuk meredakan nyeri.
2. Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar terdapat 4 intervensi yaitu : mengobservasi tanda- tanda vital, mengubah posisi pasien minimal setiap 2 jam, berkolaborasi dengan ahli terapi fisik untuk program latihan, memberikan edukasi kepada keluarga dan pasien untuk mengubah posisi sims (miring kanan dan miring kiri)

   Menurut Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 5 oleh Lemone & Burke, 2005. hambatan mobilitas fisik dapat diatasi dengan mengubah posisi pasien minimal selama 2 jam, memberikan posisi yang nyaman kepada pasien, membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitasnya.
3. konstipasi berhubungan dengan asupan serat tidak cukup terdapat 4 intervensi yaitu : memonitor warna feses, konsitensi feses dan bentuk,

manajemen cairan dan Nutrisi secara adekuat, mengkolaborasi dengan dokter pemberian obat dan memberikan edukasi kepada pasien untuk konsumsi makanan yang mengandung serat.

Menurut Penelitian yang dilakukan Inan M, 2007 di Ruang Rawat Inap RSI Surakarta pada pasien Ny “M’’ Umur 49 Tahun bahwa Konstipasi dapat diatasi dengan memberikan cairan dan nutrisi secara adekuat terhadap pasien, Mengkonsumsi makanan yang mengandung serat yang alami, mengkolaborasi pemberian obat pencahar juga dapat me nurunkan terjadinya konstipasi.

D. Implementasi

Pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari berturut-turut meliputi tindakan pengkajian, observasi, tindakan mandiri perawat, penyuluhan dan kolaborasi dengan dokter.

1. Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, selama 3 hari perawatan semua intervensi yang dibuat dapat diimplementasikan
2. Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar, selama 3 hari perawatan semua intervensi yang dibuat dapat diimplementasikan
3. Pada diagnosa konstipasi berhubungan dengan asupan serat tidak cukup, selama 3 hari perawatan semua intervensi yang dibuat dapat diimplementasikan.

E. Evaluasi

Adapun evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan Selama 3 hari mulai pada tanggal 13 maret 2020 sampai tanggal 15 maret 2020 pada Ny.”S”. penulis menemukan hal- hal sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Pada diagnosa ini penulis mengevaluasi implementasi yang sudah dilakukan selama 3 hari, dimana tindakan yang diberikan teratasi sebagian sesuai dengan hasil yang diharapkan dengan kriteria hasil : pasien mengatakan skala nyeri berkurang dari skala 7 menjadi skala 4 (nyeri sedang), tampak ekspresi wajah menunjukkan rileks, tampak pasien memperlihatkan teknik relaksasi secara individual untuk mencapai kenyamanan, pasien mampu menggunakan tindakan untuk meredakan nyeri dengan analgesic. Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan icu
2. Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar. Pada diagnosa ini penulis mengevaluasi implementasi yang sudah dilakukan selama 3 hari dimana tindakan yang diberikan teratasi sesuai hasil yang diharapkan dengan kriteria hasil : pasien sudah mampu melakukan aktivitas secara mandiri misalnya makan dan minum sendiri, mandi dan berpakaian dibantu oleh perawat sebagian, pasien mampu berpindah dari tempat tidur, kursi, atau kursi roda, pasien mampu mengubah posisi miring kanan dan miring kiri. Intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan
3. Konstipasi berhubungan dengan asupan serat tidak cukup belum teratasi. Penulis mengavaluasi implementasi Sampai tiga hari perawatan BAB pasien masih bermasalah dengan kriteria hasil : pasien belum Pernah BAB selama sesudah operasi dari hari rabu dan selesai

dilakukan implementasi selama 3 hari tampak pasien belum menunjukkan BAB. Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan 2Fcq8n

Berdasarkan uraian- uraian antara tinjauan teoritis dan kasus nyata tentang *Post Op Laparatomi Eksplorasi CBD*, maka penulis menetapkan beberapa kesimpulan :

1. Penanganan pada pasien *Post Op Laparatomi Eksplorasi CBD* menggunakan proses keperawatan yang merupakan tindakan yang berurutan, dan dilakukan secara sistematis, yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
2. Asuhan Keperawatan yang dilakukan pada Ny “S” dengan *Post Op Laparatomi Eksplorasi CBD* secara teori ditegakkan diagnosa keperawatan, pada kasus nyata ditegakkan diagnosa keperawatan yang disesuaikan dengan data - data yang didapatkan pada saat pengkajian.
3. Berdasarkan data penunjang hasil pengkajian, maka penulis menetapkan beberapa masalah keperawatan seperti :
   a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik
   b. Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar
   c. Konstipasi berhubungan dengan asupan serat tidak cukup
4. Setelah pelaksanaan asuhan keperawatan selama 3 hari dari 3 diagnosa keperawatan yang dilaksanakan, dua masalah yang sudah teratasi sebagian yaitu Diagnosa pertama nyeri akut berhubungan

dengan agens cedera fisik dan hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan fisik tidak bugar dan 1 masalah yang belum teratasi yaitu Diagnosa ketiga konstipasi berhubungan dengan asupan serat tidak cukup karena memerlukan perawatan jangka panjang.

5. Kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus nyata disebabkan oleh kebutuhan dan respon manusia yang berbeda- beda terhadap masalah tersebut, tergantung berat ringannya gangguan yang dialami.
6. Peran perawat dan kerjasama dengan pasien/keluarga sangat membantu dalam hal pelaksanaan asuhan keperawatan untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan.

B. Saran

Melihat kenyataan dari yang penulis uraikan di atas, maka penulis mengajukan beberapa saran dan kiranya dapat dipertimbangkan dan bermanfaat bagi berbagai pihak

1. Bagi instansi Rumah Sakit

   Pihak Rumah Sakit diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, mengembangkan pelayanan keperawatan ke arah pelayanan komperensif
2. Bagi Institusi/Pendidikan

   Diharapkan dapat menambah buku- buku referensi yang berhubungan dengan penyakit *Post Op Laparatomi Eksplorasi CBD* di masa yang akan datang mahasiswa dapat lebih memahami dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit tersebut. Contohnya

setiap mahasiswa yang akan lulus diharapkan untuk menyumbang buku- buku sehingga dapat dipergunakan generasi berikutnya

3. Bagi Pasien/Keluarga

   Untuk mencegah tingkat keparahan penyakit *Post Op Laparatomi Eksplorasi CBD* dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan agar tetap sehat bugar dan menjaga daya tahan tubuh, serta diet makanan yang mengandung kolesterol dan lemak tinggi, memperbanyak konsumsi sayuran dan buah- buahan dan olahraga secara teratur.

4. Bagi Mahasiswa

   Hendaknya dalam memberikan asuhan keperawatan mahasiswa dapat bersunguh-sungguh dalam menerapkan teori dan keterampilan yang didapat di perkuliahan ke ruang perawatan, sehingga dapat terjadi kesinambungan dan keterkaitan yang erat antara teori yang diperoleh dalam perkuliahan dengan praktek yang nyata pada pasien yang dihadapi rumah sakit dan diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

Bruner & suddarth 2015, Karen M. Burke, Gerene Bauldoff. Buku Ajar *Keperawatan Medikal Bedah.* Penerbit buku kedokteran : EGC

cahyono, B.S., Suharjo 2014. Tatalaksana Klinis di Bidang Gastro dan Hepatologi. Jakarta : Sugeng seto

Djumhana, A. 2010, 2014 *Jurnal Kedokteran Batu Empedu Pada Wanita Lebih Besar,* Jakarta Salemba Medika

Inan M, 2007. Karakteristik Pasien Choelitiatis Di RSI. Surakarta. http://jurnal. Keperawatan.com. [diunduh pada tanggal 27 mei 2020]

Liu Et al. W.ji Y. Wang Y. Liu X. Cao L. Et al. Asociation Between Different Combination Of Measures for Obsesity and New-onset Gallstone Disease. 2018:63:1-11

Lemone & Burke, 2005. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 5. Penerbit Buku Kedokterann. Jakarta : EGC.

MRO RS Stella Maris (2020). Statistik penyakit Kolelitiatis. RS Stella Maris Makassar. Tidak dipublikasikan

Maria Ulfa. 2018. *Defenisi Batu Empedu*. https://.tirto.id.kesehatan diakses 2018. [Diunduh 20 april 2020]

Mayo Clinic. *Pengobatan Kolelitiatis*. https://Wikipedia.//National Health Services uk. [Diunduh tanggal 20 april 2020]

Prize & wilson, 2005, Smelterz & Bare . *Buku Ajar keperawatan Medikal Bedah*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta : EGC

Rains, Stephen A. *Kesehatan secara umum*. https://Wikipedia.sehat secara umum. [Diunduh pada tanggal 20 april 2020]

Tanaja J, Meer JM, 2017 Cholelitiatis. InStatPearls Treasure Islands (FL) : StatPearls Publishing; Agustus 15, 2018. Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470440

Wibowo S, Kanadiharja W, Sjamsuhidayat & De jong 2018. Saluran Empedu dan hati. Dalam *BUKU AJAR ILMU BEDAH* Edisi ke 3.Jakarta : EGC, pp : 674-82

www. Sulsel. Bps. go. id. [di akses 5 juli 2016]

Yusuf Dwi Putra. *Penyebab Orang Sakit*. https://www.Kemenkes.co.id. diakses 2017. [Diunduh tanggal 20 april 2020]

LEMBAR KONSUL KTI

Nama : Dakostaana Male E1714401053

Clarisa Criselda S. E1714401009

Judul KTI : *Asuhan Keperawatan pada Ny "S" Dengan Post Op Laparatomi Eksplorasi CBD*

Nama Pembimbing : Felisima Ganut. S.kep.,Ns

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	TTD
1.	Senin, 16 Maret 2020	Konsul BAB III	Perbaiki lagi 11 pola gordon	
2.	Selasa, 17 Maret 2020	Konsul BAB III	Perbaiki analisa Data, Diagnosa, intervensi keperawatan, implementasi	
3.	Rabu, 18 Maret 2020	Konsul BAB III	Perbaiki intervensi	
4.	Senin, 23 Maret 2020	Konsul BAB III	Perbaiki Pola Presepsi Kesehatan, nutrisi metabolik, aktivitas dan latihan	
5.	Selasa, 24	Konsul BAB III	Perbaikan Pengetikan	

	Maret 2020			
6.	Kamis, 9 april 2020	Konsul BAB I	Perbaikan pengetikan BAB 1,	
7.	Jumat, 10 april 2020	Konsul BAB II	bab I di ACC	
8.	Sabtu, 10 april 2020	Konsul BAB II	Perbaiki bagian-bagian Anatomi	
9.	Senin, 12 april 2020	Konsul BAB II	Perbaiki pengetikan pada BAB II etiologi	
10.	Selasa, 13 april 2020	Konsul BAB II	Perbaiki pengetikan di Fisiologi	
11.	Rabu, 14 april 2020	Konsul BAB II	Perbaiki lagi KDM dan KDK	
12.	Kamis, 14 april 2020	Perbaikan BAB II	Perbaiki KDK (Tambahan untuk diagnosa keperawatan)	
13	Jumat, 18 april 2020	Konsul Perbaikan BAB II	Perbaiki Pengetikan	

14.	Senin, 21 april 2020	Konsul perbaikan BAB II	ACC BAB II (KDK)	
15.	Selasa, 22 april 2020	Konsul Perbaikan BAB II	ACC BAB II (KDM)	
16.	Kamis, 23 april 2020	Konsul BAB 4	Perbaiki lagi di pengkajian	
16.	Jumat, 24 april 2020	Konsul BAB 4	Perbaikan Teknik Pengetikan	
17.	Senin, 27 april 2020	Konsul BAB 4	Perbaikan di Diagnosa keperawatan	
18.	Senin, 4 Mei 2020	Konsul BAB I,II,III, IV, V	ACC BAB I,II,III,IV	
19.	Jumat, 7 mei 2020	Konsul Daftar pustaka	Perbaikan daftar pustaka	