



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST OP LAPARATOMY*
DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* RUMAH SAKIT
BHAYANGKARA MAKASSAR**

OLEH:

**JULAETA PALIMBONG (NS2214901076)
KRISTIANI PAKAMBANAN (NS2214901080)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2023



KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *POST OP LAPARATOMY*
DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* RUMAH SAKIT
BHAYANGKARA MAKASSAR**

OLEH:

**JULAETA PALIMBONG (NS2214901076)
KRISTIANI PAKAMBANAN (NS2214901080)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR
2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : 1. Julaeta Palimbong (NS2214901076)

2. Kristiani Pakambanan (NS22149010180)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 14 Juni 2023

Yang menyatakan,



Julaeta Palimbong



Kristiani Pakambanan

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Post op laparatomy* Di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa / NIM : 1. Julaeta Palimbong (NS2214901076)

2. Kristiani Pakambanan (NS22149010180)

Disetujui Oleh:

Pembimbing I



(Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep)

NIDN : 0904078805

Pembimbing II



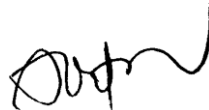
(Rosdewi, S.Kp., MSN)

NIDN : 0906097002

Menyetujui,

Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama

STIK Stella Maris Makassar



(Fransiska Anita E. R. S., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB)

NIDN : 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : 1. Julaeta Palimbong (NS2214901076)
2. Kristiani Pakambanan (NS2214901080)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan pada pasien *Post op laparatomy* di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Yunita Carolina Satti, Ns.,M.Kep

()


Pembimbing 2 : Rosdewi, S.Kp., MSN

()

Penguji 1 : Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes

()

Penguji 2 : Fransiska Anita E. R. S.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB

()

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar



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

NIDN : 0928027101

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Julaeta Palimbong (NS2214901076)

Kristiani Pakambanan (NS2214901080)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, Juni 2023

Yang menyatakan,



Julaeta Palimbong



Kristiani Pakambanan

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir Profesi Ners dalam bentuk karya ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Post op laparatomy* Di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”.

Dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini penulis menyadari bahwa kami banyak mendapatkan bantuan, pengarahan, bimbingan serta doa dan motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini kami dengan segenap ketulusan hati mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes., selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita, Ns.,M.Kep,Sp,Kep.MB., selaku Wakil Ketua Bidang Akademik di STIK Stella Maris Makassar dan selaku penguji II yang telah banyak memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini.
3. Matilda M. Paseno, Ns.,M.Kes., selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns.,M.Kep., selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar
5. Mery Sambo, Ns.,M.Kep., selaku Ketua Program Studi Ners STIK Stella Maris Makassar.
6. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., selaku sekretaris Prodi S1 Keperawatan.
7. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep. selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan dengan penuh kesabaran memberikan bimbingan serta pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Rosdewi, S.Kp., MSN selaku pembimbing II penyusunan Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan

serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.

9. Asrijal Bakri, Ns.,M.Kes., selaku penguji I Karya Ilmiah Akhir yang telah memberi masukan kepada penulis.
10. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama kami menyelesaikan studi di STIK Stella Maris Makassar.
11. AKBP. Dr. Bambang Triambodo, Sp.B selaku Kepala Rumah Sakit Bhayangkara yang telah memberikan izin kepada kami untuk melakukan praktik keperawatan di RS Bhayangkara.
12. Teristimewa untuk kedua orang tua kami tercinta dari Juliaeta Palimbong serta orang tua dari Kristina Pakambanan yang selalu mendoakan, memotivasi, menasehati, memberikan cinta kasih dan sayang serta bantuan berupa moral dan material. Kami menyadari bahwa tanpa dukungan dari mereka semua kami tidak bisa menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan baik.
13. Seluruh teman-teman mahasiswa/i Ners STIK Stella Maris Makassar dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
14. Akhir kata, kami berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini memberikan manfaat bagi pembaca. Kami menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini oleh karena itu kami mengharapkan kritik dan saran yang bersifat dan membangun dari pembaca untuk membantu penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir

Akhir kata, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber inspirasi dalam melakukan penyusunan Karya Ilmiah Akhir selanjutnya.

Makassar, 14 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	4
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	4
3. Bagi Institusi Pendidikan.....	4
D. Metode Penulisan.....	4
1. Studi kepustakaan.....	4
2. Studi kasus	4
E. Sistematika Penulisan.....	5
BAB II Tinjauan pustaka	7
A. Konsep Dasar.....	7
1. Defenisi.....	7
2. Fisiologi.....	7
3. Etiologi.....	15
4. Patofisiologi.....	15
5. Klasifikasi.....	16
6. Manifestasi Klinik.....	18
7. Pemeriksaan Diagnostik.....	19
8. Penatalaksanaan Medis.....	20
9. Komplikasi.....	23
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	23
1. Pengkajian.....	23
2. Diagnosa Keperawatan.....	26
3. Luaran Perencanaan keperawatan.....	32
4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)	32

5. Patoflowdiagram.....	34
BAB III PENGAMATAN KASUS.....	37
A. Pengkajian Primer.....	37
B. Diagnosa Keperawatan primer.....	40
C. Tindakan Keperawatan yang dilakukan.....	40
D. Evaluasi Hasil Tindakan.....	41
E. Pengkajian Sekunder.....	41
F. Pemeriksaan Penunjang.....	53
G. Analisa Data.....	55
H. Diagnosa Keperawatan.....	57
I. Perencanaan Keperawatan.....	58
J. Implementasi Keperawatan.....	62
K. Evaluasi Keperawatan.....	69
L. Daftar Obat.....	75
BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....	81
A. Pembahasan.....	81
B. Pembahasan Penerapan EBN (<i>Evidence- Based Nursing</i>)	86
BAB V KESIMPULAN.....	93
A. Kesimpulan.....	93
B. Saran.....	95
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1.....	8
Gambar 2. 2.....	10

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Trauma adalah suatu gangguan/ kerusakan yang mengakibatkan hilangnya/ putusnya kontinuitas dari jaringan tubuh akibat kekerasan/ ruda paksa (Parindur, 2017). Menurut Hierholzer & Bühren (2014) dalam (Tefnai, 2019) jenis-jenis trauma diantaranya yaitu trauma kepala, trauma thorax, trauma abdomen, trauma pelvis dan trauma ekstremitas atau fraktur baik fraktur ekstremitas atas dan ekstremitas bawah.

Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) melalui riset kesehatan dasar diketahui bahwa prevalensi trauma tertinggi didapatkan pada kelompok usia 15 tahun (12,2%). Di Sulawesi Selatan trauma sebanyak 11.0% diantaranya yaitu trauma kepala (15.0%), dada (2.8%), punggung (6,6%), perut (2,3%), anggota gerak atas (32.4%), anggota gerak bawah (65.5%). Dengan jenis luka lecet/lebam/memar (67.0%), luka tusuk/iris/robek (27,8%), patah tulang (4.0%), terkilir (20.9%), terputusnya anggota tubuh (6.6%) (Risksdas, 2018). Trauma abdomen merupakan trauma yang terletak di daerah antara pelvis bagian bawah dan diafragma pada bagian atas (Shinta, 2020). Trauma abdomen terdiri atas trauma tumpul abdomen dan trauma tembus abdomen. Menurut Parindur (2017) trauma tumpul merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh karena kekerasan mekanik dari benda tumpul (benda-benda yang mempunyai permukaan tumpul/ keras/ kasar seperti : batu, kayu, martil, kepalan tangan, kuku, dll) terhadap jaringan tubuh yang mengakibatkan luka/ cedera/ trauma. Trauma tumpul menyebabkan *Abrasion* (Luka Lencet), *Contusion* (Luka Memar), *Laceration* (Luka Robek), dan *Fracture* (Patah Tulang). Trauma tembus diakibatkan oleh masuknya objek ke

dalam tubuh dan terkadang menembus hingga menyebabkan kerusakan jaringan dalam perjalanannya (Donna Nayduch,2014).

Selain trauma tumpul, trauma tembus juga semakin meningkat kejadiannya karena ada banyak tindak kekerasan di masyarakat, kejadiannya tiga kali lebih sering dari trauma tembak, tetapi mortalitasnya rendah. Trauma tembak paling sering menimbulkan kematian dengan mortalitas hampir 90%. Trauma tajam dapat menyebabkan kerusakan jaringan dengan laserasi dan memotong. Jenis senjata, kecepatan dan energi senjata, dan ketajaman senjata adalah penentu penting dalam derajat cedera. Luasnya kerusakan jaringan tergantung pada mekanisme traumanya yaitu luka tusuk atau luka tembak. Pada luka tembak *high energy* dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang lebih parah karena ada kemungkinan peluru mengalami fragmentasi (Taufik & Darmawan, 2020). Peluru yang menembus tubuh akan membentuk suatu rongga yang merupakan lubang permanen akibat terjadi penekanan saat masuk, maka jaringan disekitarnya akan rusak dan terenggang ke arah luar. Terdapat juga suatu gelombang syok di bagian kepala peluru tersebut yang memiliki efek getar yang menimbulkan cedera serius bagi organ berongga atau berisi udara dan cairan seperti paru-paru (Nayduch, 2014)

Salah satu tindakan medis untuk trauma abdomen adalah *laparatomy*. *Laparatomy* adalah salah satu tindakan medis prosedur pembedahan mayor yang dilakukan dengan menyayat lapisan abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang terjadi masalah. Prosedur pembedahan laparatomy yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke *cavitas* abdomen dapat mengakibatkan hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ, respon stres simpatis, perdarahan dan pembekuan darah, kontaminasi bakteri, kematian sel. Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ dan respon stress dari saraf simpatis akan menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit, syok dan perdarahan, kerusakan pertukaran gas, resiko tinggi

terhadap infeksi, nyeri akut. Sehingga dibutuhkan waktu perawatan yang lebih lama (Fitria, 2019).

Peran perawat dalam penanganan pasien *post op* laparotomi berbentuk dua tahap yaitu periode pemulihan segera dan periode pemulihan berkelanjutan. Normalnya pemulihan ini dilakukan satu sampai dua jam setelah dilakukan operasi dengan tujuan untuk mempercepat penyembuhan dari efek yang ditimbulkan akibat operasi, Pemantauan berkelanjutan dilakukan yaitu memantau kondisi pasien berupa pemantauan tingkat nyeri, kondisi luka, posisi tempat tidur, penggantian cairan, rehabilitasi, aktivitasnya dan nutrisinya (Fitria, 2019).

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik mengambil kasus ini untuk menerapkan serta membahas kasus ini dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Post op laparotomy* di Ruang Intensive Care Unit RS Bhayangkara Makassar“. Harapan melalui penanganan komprehensif tidak terjadi komplikasi dan mengurangi angka kematian dan jumlah kasus Trauma Abdomen

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *post op laparotomy*.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penulisan karya ilmiah akhir ini diharapkan penulis mampu

- a. Melaksanakan pengkajian pada pasien *post op laparotomy*.
- b. Menetapkan diagnose keperawatan pada pasien dengan *post op laparotomy*.
- c. Menetapkan rencana keperawatan pada pasien dengan *post op laparotomy*.

- d. Melaksanakan Tindakan keperawatan pada pasien dengan *post op laparotomy* dan Tindakan keperawatan berdasarkan *evidence based nursing* (EBN).
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan *post op laparotomy*

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instansi Rumah Sakit

Karya tulis ini dapat bermanfaat sebagai masukan untuk tenaga keperawatan serta bahan bacaan dan sumber informasi dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan *post op laparotomy*

2. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah wawasan profesi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *post op laparotomy*.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ini dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam meningkatkan kualitas penulisan karya tulis ilmiah dalam instansi Pendidikan.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan karya ilmiah ini, penulis menggunakan 2 metode yaitu:

1. Studi kepustakaan

Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru dari internet dengan berbagai situs, materi dan literatur diperpustakaan dan toko buku mengenai isi dan karya tulis ini.

2. Studi kasus

Dengan studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, Analisa data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah:

a. Observasi

Dilakukan langsung kepada klien sesuai dengan perkembangan keadaan klien

b. Wawancara

Mengadakan wawancara langsung dengan pasien dan keluarga

c. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan fisik secara langsung pada klien yang meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

d. Dokumentasi

Data yang diperoleh berupa hasil pemeriksaan diagnostic dari klien

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematika yang dimulai dari penyusunan BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan, BAB II: Tinjauan pustaka yang disusun dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari definisi, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, klasifikasi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan medik, dan komplikasi. Kemudian, konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan perencanaan pulang. BAB III: Pengamatan kasus yang diawali dengan ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dan pasien, analisa data, diagnosis keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV: Pembahasan kasus berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui. BAB V berisi tentang uraian simpulan dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dan penyusunan karya ilmiah,

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Defenisi

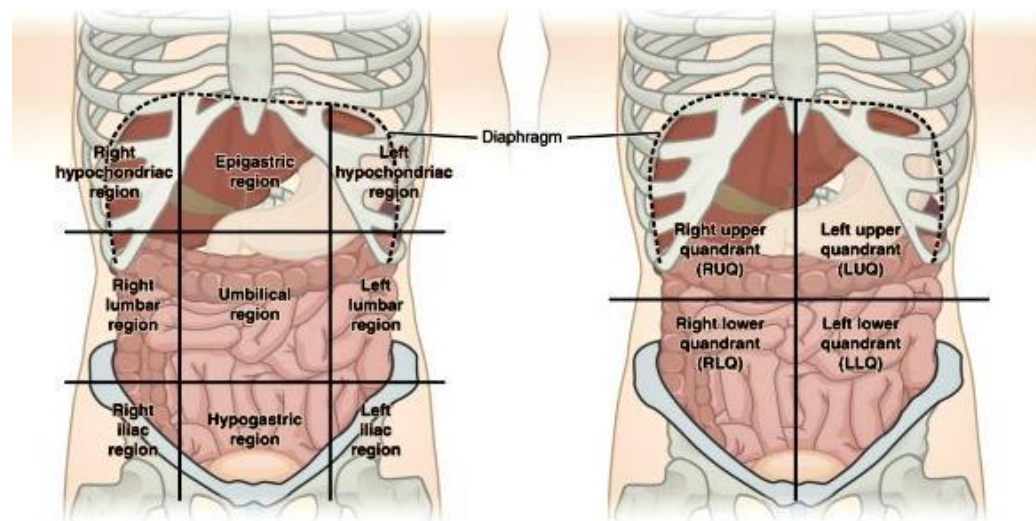
Menurut Taufik & Darmawan (2020) trauma abdomen adalah cedera yang terjadi pada organ di dalam perut, seperti lambung, usus, hati, limpa, pankreas, empedu dan ginjal, kerusakan terhadap struktur yang terletak diantara diafragma dan pelvis. Trauma abdomen adalah pukulan / benturan langsung pada rongga abdomen yang mengakibatkan cidera tekanan/tindasan pada isi rongga abdomen, terutama organ padat (hati, pancreas, ginjal, limpa) atau berongga (lambung, usus halus, usus besar, pembuluh – pembuluh darah abdominal) dan mengakibatkan ruptur abdomen (Erita et al., 2019).

Trauma abdomen adalah cederanya organ yang berada diantara diafragma dan pelvis yang disebabkan oleh tusukan atau benturan sehingga organ tersebut rusak atau ruptur.

2. Anatomi Fisiologi

Abdomen adalah bagian tubuh yang berbentuk rongga terletak diantara toraks dan pelvis. Menurut Griffith (2003) dalam (Wiargitha, 2022) rongga abdomen berisi viscera dan dibungkus dinding abdomen yang terbentuk dari dari otot abdomen, *columna vertebralis*, dan tulang ilium. Untuk membantu menetapkan suatu lokasi di abdomen, yang paling sering dipakai adalah pembagian abdomen oleh dua buah bidang bayangan horizontal dan dua bidang bayangan vertikal. Bidang bayangan tersebut membagi dinding anterior abdomen menjadi sembilan daerah (*regiones*). Dua bidang diantaranya berjalan horizontal melalui setinggi tulang rawan iga kesembilan, yang bawah setinggi bagian atas *crista iliaca*

dan dua bidang lainnya vertikal di kiri dan kanan tubuh yaitu dari tulang rawan iga kedelapan hingga ke pertengahan *ligamentum inguinale*. Daerah-daerah itu adalah: 1) *hypocondriaca dextra*, 2) *epigastrica*, 3) *hypocondriaca sinistra*, 4) *lumbalis dextra*, 5) *umbilical*, 6) *lumbalis sinistra*, 7) *inguinalis dextra*, 8) *pubica/hipogastrica*, 9) *inguinalis sinistra*.



Gambar 2.1 Pembagian Abdomen

- a. *Hypocondriaca dextra* meliputi organ : lobus kanan hati, kantung empedu, sebagian duodenum fleksura hepatic kolon, sebagian ginjal kanan dan kelenjar suprarenal kanan.
- b. *Epigastrica* meliputi organ: pilorus gaster, duodenum, pankreas dan sebagian hati.
- c. *Hypocondriaca sinistra* meliputi organ: gaster, limpa, bagian kaudal pankreas, fleksura lienalis kolon, bagian proksimal ginjal kiri dan kelenjar suprarenal kiri.
- d. *Lumbalis dextra* meliputi organ: kolon ascenden, bagian distal ginjal kanan, sebagian duodenum dan jejunum.
- e. *Umbilical* meliputi organ: kolon transversum, omentum, mesenterium, bagian bawah duodenum, jejunum dan ileum.
- f. *Lumbalis sinistra* meliputi organ: kolon descenden, bagian distal ginjal kiri, sebagian jejunum dan ileum.

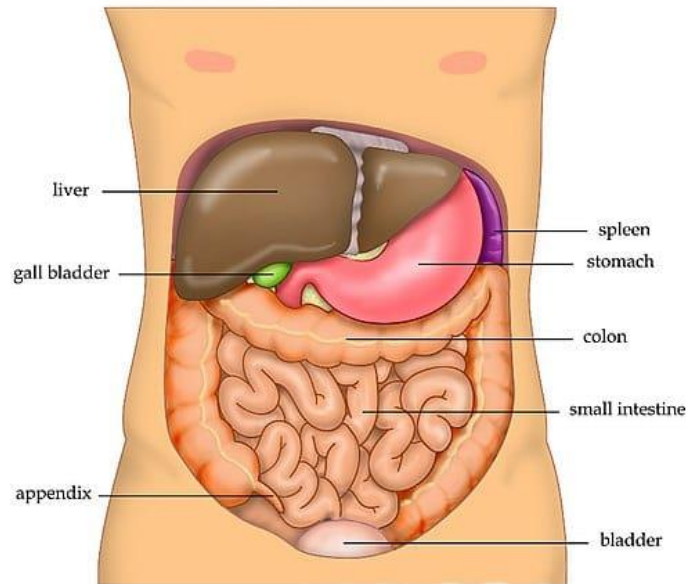
- g. *Inguinalis dextra* meliputi organ: sekum, apendiks, bagian distal ileum dan ureter kanan.
- h. *Pubical/Hipogastric* meliputi organ: ileum, vesica urinaria dan uterus (pada kehamilan).
- i. *Inguinalis sinistra* meliputi organ: kolon sigmoid, ureter kiri dan ovarium kiri.

Struktur abdomen berdasarkan 4 kuadran

- a. Kuadran kanan atas meliputi: lobus kanan hepar, kandung empedu, *pilorus*, *duodenum*, kepala pancreas, *fleksura hepatica kolon*, dan sebagian kolon transversum dan kolon ascenden bagian distal, ginjal kanan dan kelenjar suprarenal kanan
- b. Kuadran kiri atas meliputi organ: lobus kiri hati, limpha, lambung, badan pancreas, *jejenum*, *ileum proksimal*, sebagian limpa, *fleksura splenika kolon*, sebagian kolon transversum dan kolon descenden, ginjal kiri dan suprarenal kiri.
- c. Kuadran kanan bawah meliputi organ: sebagian besar *ileum*, apendiks sekum dan *vermiformis*, kolon ascenden proksimal, ureter kanan dan proksimal.
- d. Kuadran kiri bawah meliputi organ: kolon descenden distal, kolon sigmoid, ureter kiri, *ovarium*, *baldder*, *uterus*, *tuba fallopi*, *ductus deferens*.

Dengan mengetahui proyeksi organ intra abdomen tersebut, dapat memprediksi organ mana yang kemungkinan mengalami cedera jika dalam pemeriksaan fisik ditemukan kelainan pada daerah atau regio tersebut.

Menurut Sing (2014) dalam (Manshur, 2022) organ-organ pada abdomen:



Gambar 2.2 Anatomi Fisiologi Abdomen

a. Lambung

Lambung Merupakan sebuah kantong muskuler yang letaknya antara esophagus dan usus halus, sebelah kiri abdomen, dibawah diafragma bagian depan pankreas dan limpa. Lambung merupakan saluran yang dapat mengembang karena adanya gerakan peristaltik terutama di daerah epigaster. Variasi dari bentuk lambung sesuai dengan jumlah makanan yang masuk, adanya gelombang peristaltic tekanan organ lain dan postur tubuh. Bagian-bagian dari lambung terdiri dari Fundus ventrikuli, Korpus ventrikuli, Antrum pylorus, Kurvatura minor, Kurvatura mayor dan Ostium kardia.

Fungsi lambung :

- 1) Secara mekanis : menyimpan, mencampur dengan secret lambung, dan mengeluarkan kimus kedalam usus.

Pendorogan makanan terjadi secara gerakan peristaltic setiap 20 detik.

- 2) Secara kimiawi : bolus dalam lambung akan dicampur dengan asam lambung dan enzim-enzim bergantung jenis makanan enzim yang dihasilkan antara lain pepsin, HCL, renin, dan lapisan lambung.
- 3) Lambung menghasilkan zat *factor intrinsic* bersama dengan factor ekstrinsik dari makanan, membentuk zat yang disebut anti-anemik yang berguna untuk pertukaran trostosit yang disimpan dalam hati.

b. Usus halus

Usus halus merupakan bagian dari system pencernaan yang berpangkal pada *pylorus* dan berakhir pada sekum. Panjangnya kira-kira 6 meter, merupakan saluran pencernaan yang paling panjang dari tempat proses pencernaan dan absorpsi pencernaan. Bentuk dan susunannya berupa lipatan-lipatan melingkar. Makanan dalam intestinum minor dapat masuk karena adanya gerakan dan memberikan permukaan yang lebih halus. Banyak jonjot-jonjot tempat absorpsi dan memperluas permukaannya. Pada ujung dan pangkalnya terdapat katup. Usus halus terdiri dari duodenum, jejunum, ileum.

Fungsi usus halus yaitu menyekresi cairan usus, menerima cairan empedu dan pankreas melalui duktus kholodukus dan duktus pankreatikus, mencerna makanan, mengabsorpsi air garam dan vitamin, protein dalam bentuk asam amino, karbohidrat dalam monoksida, dan menggerakkan kandungan usus.

c. Usus besar

Usus besar merupakan saluran pencernaan berupa usus berpenampang luas atau berdiameter besar dengan panjang

kira-kira 1,5- 1,7 meter dan penampang 5-5cm. Lanjutan dari usus halus yang tersusun seperti huruf U terbalik mengelilingi usus halus terbentang dari *valvula iliosekalis* sampai anus. Lapisan usus besar dari dalam keluar terdiri dari lapisan selaput lendir atau (mukosa), lapisan otot melingkar, lapisan otot memanjang, dan lapisan jaringan ikat. Bagian dari usus besar terdiri dari sekum, kolon ascendens, kolon transversum, kolon descendens dan kolon sigmoid.

Fungsi usus besar adalah sebagai berikut :

- 1) Menyerap air dan elektrolit, untuk kemudian sisa massa membentuk massa yang lembek yang disebut feses.
- 2) Menyimpan bahan feses.
- 3) Tempat tinggal bakteri koli.

d. Hati

Hati adalah kelenjar terbesar dalam tubuh, yang terletak di bagian teratas rongga abdomen sebelah kanan di bawah diafragma. Hati secara luar dilindungi oleh iga-iga. Hati terbagi menjadi dua belahan yaitu belahan kanan, dan belahan kiri. Hati dibagi lagi dalam empat belahan yaitu, kanan kiri kaudata dan kwadrata, dan setiap belahan atau lobus terdiri dari sel hati berbentuk *polihedral* (segi banyak) dan terdiri dari sel hati berbentuk kubus dan cabang- cabang pembuluh darah diikat bersama oleh jaringan hati. Menurut Pearce (2016) dalam (Manshur, 2022) fungsi hepar :

- 1) Bersangkutan dengan metabolisme tubuh, khususnya mengenai pengaruhnya atas makanan dan darah
- 2) Hati merupakan pabrik kimia terbesar dalam tubuh/ sebagai penghantar metabolisme
- 3) Hati mengubah zat buangan dan bahan racun
- 4) Tempat mengubah asam amino
- 5) Membentuk sel darah merah pada masa janin

- 6) Sebagai tempat penghancur sel darah merah
- 7) Membuat sebagian besar protein plasma

e. Kandung Empedu

Kandung empedu adalah sebuah kantong berbentuk buah pir dan merupakan membrane berotot. Letaknya berada dibawah hepar sampai pinggiran depannya. Panjangnya 8-12 cm dan dapat berisi kira-kira 60 cc. Kandung empedu terbagi dari fundus, corpus dan Icollum/ eher. Fungsi kandung empedu adalah sebagai tempat persediaan getah empedu.

Empedu menghasilkan getah-getah empedu sebanyak 30-60 ml dimana komposisi nya 80% air, 10% bilirubin, 4-5% phospholipid dan 1% kolesterol. Empedu berfungsi untuk pencernaan dan absorpsi lipid, homeostasis kolesterol, dan ekskresi xenobiotik yang larut dalam lipid, obat-obatan dan logam berat.

f. Pankreas

Pankreas adalah bagian dari endokrin sekresi dan sistem sekresi eksorin. Bagian endokrin pankreas menghasilkan hormon esensial tertentu seperti insulin, yang membantu mengendalikan kadar gula darah tubuh.

g. Ginjal

Ginjal terletak pada dinding posterior abdomen, terutama di daerah lumbal di sebelah kanan dan sebelah kanan dari kiri tulang belakang, di belakang peritoneum. Ginjal dapat diperkirakan dari belakang tubuh, mulai dari ketinggian vertebra thoracalis sampai vertebra lumbalis ketiga, ginjal kanan lebih rendah dari kiri, karena hati menduduki ruang banyak di sebelah kanan. Panjang ginjal 6-7 cm dan organ dewasa berat kira-kira 140 gram. Ginjal terbagi menjadi beberapa lobus hepatis dexter, lobus quadratus, lobus caudatus, lobus *sinistra* (Manshur, 2022). Fungsi ginjal antara lain mengukur

keseimbangan air, mengatur konsentrasi garam dalam darah dan keseimbangan asam basa darah serta ekskresi bahan buangan kelebihan garam.

h. Limpa

Limpa terletak di region hipokondrium kiri di dalam cavum abdomen diantaranya fundus ventrikuli dan diafragma. Fungsi limpa adalah, yaitu pada masa janin dan setelah lahir adalah penghasil eritrosit dan limposit

i. Uterus

Uterus atau rahim adalah organ berongga yang memiliki dinding tebal, letaknya pada rongga pelvis dan berada di anterior rectum dan posterior kandung kemih. Fungsi dari uterus berhubungan dengan reproduksi dari wanita yaitu bertanggungjawab atas siklus menstruasi, dan tempat pertumbuhan dan perkembangan embrio dan janin.

j. Ovarium

Ovarium merupakan gonad pada perempuan yang berbentuk bujur buah kenari dan letaknya berada di sebelah kanan dan kiri dari uterus. Fungsi dari ovarium yaitu memproduksi oosit dan memproduksi hormon progesteron dan hormon estrogen

k. Vesika Urinaria

Vesika urinaria merupakan tempat penampungan urin, letaknya berada pada anterior lesserpelvis dan di belakang simpisis pubis, dan pada perempuan berada di depan uterus

l. Uretra

Uretra merupakan bagian tubular yang berfungsi untuk mentransmisikan urin dan sperma pada pria dan menstramisikan urin pada wanita.

3. Etiologi

Menurut Hudak & Gallo (2001) dalam (Erita et al., 2019) kecelakaan atau trauma yang terjadi pada abdomen, umumnya banyak diakibatkan oleh trauma tumpul. Pada kecelakaan kendaraan bermotor, kecepatan, deselerasi yang tidak terkontrol merupakan kekuatan yang menyebabkan trauma ketika tubuh klien terpukul setir mobil atau benda tumpul lainnya.

Trauma akibat benda tajam umumnya disebabkan oleh luka tembak yang menyebabkan kerusakan yang besar didalam abdomen. Selain luka tembak, trauma abdomen dapat juga diakibatkan oleh luka tusuk, akan tetapi luka tusuk sedikit menyebabkan trauma pada organ internal di abdomen.

Trauma pada abdomen disebabkan oleh 2 kekuatan yang merusak, yaitu :

a. Paksaan /benda tumpul.

Merupakan trauma abdomen tanpa penetrasi ke dalam rongga peritoneum. Luka tumpul pada abdomen bisa disebabkan oleh jatuh, kekerasan fisik atau pukulan, kecelakaan kendaraan bermotor, cedera akibat berolahraga, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman. Lebih dari 50% disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas.

b. Trauma tembus

Merupakan trauma abdomen dengan penetrasi ke dalam rongga peritoneum. Luka tembus pada abdomen disebabkan oleh tusukan benda tajam atau luka tembak

4. Patofisiologi

Bila suatu kekuatan eksternal dibenturkan pada tubuh manusia (akibat kecelakaan lalu lintas, penganiayaan, kecelakaan olahraga dan terjatuh dari ketinggian), maka beratnya trauma merupakan hasil dari interaksi antara faktor–faktor fisik dari kekuatan tersebut

dengan jaringan tubuh. Berat trauma yang terjadi berhubungan dengan kemampuan obyek statis (yang ditubruk) untuk menahan tubuh. Pada tempat benturan karena terjadinya perbedaan pergerakan dari jaringan tubuh yang akan menimbulkan disrupsi jaringan. Hal ini juga karakteristik dari permukaan yang menghentikan tubuh juga penting.

Trauma juga tergantung pada elastisitas dan viskositas dari jaringan tubuh. Elastisitas adalah kemampuan jaringan untuk kembali pada keadaan yang sebelumnya. Viskositas adalah kemampuan jaringan untuk menjaga bentuk aslinya walaupun ada benturan. Toleransi tubuh menahan benturan tergantung pada kedua keadaan tersebut. Beratnya trauma yang terjadi tergantung kepada seberapa jauh gaya yang ada akan dapat melewati ketahanan jaringan. Komponen lain yang harus dipertimbangkan dalam beratnya trauma adalah posisi tubuh relatif terhadap permukaan benturan. Hal tersebut dapat terjadi cedera organ intra abdominal yang disebabkan beberapa mekanisme:

- a. Meningkatnya tekanan intra abdominal yang mendadak dan hebat oleh gaya tekan dari luar seperti benturan setir atau sabuk pengaman yang letaknya tidak benar dapat mengakibatkan terjadinya ruptur dari organ padat maupun organ berongga.
- b. Terjepitnya organ intra abdominal antara dinding abdomen anterior dan vertebrae atau struktur tulang dinding thoraks.
- c. Terjadi gaya akselerasi-deselerasi secara mendadak dapat menyebabkan gaya robek pada organ dan pedikel vaskuler (Erita et al., 2019).

5. Klasifikasi

Menurut Napitupulu & Situmorang (2021) ada 2 jenis trauma abdomen yang dikenal dalam dunia medis, yaitu: trauma tumpul dan trauma tembus. Trauma tajam abdomen merupakan trauma yang disebabkan oleh tusukan atau perlukaan oleh benda tajam pada perut. Trauma tumpul biasanya timbul dari akibat kecelakaan lalu lintas, atau dapat pula akibat kekerasan atau penganiayaan.

Menurut Nayduch (2014) trauma dikategorikan sebagai trauma tumpul dan trauma luka tembus (penetrasi).

- a Trauma tumpul terjadi saat sebuah energi yang dipaparkan tidak berbentuk tajam. Trauma tumpul dapat menyebabkan terjadinya fraktur, laserasi, dan jenis luka luar lainnya yang diakibatkan cedera "*Blowout*" serta cedera *coup-countercoup* (sisi ke sisi) yang umumnya bilateral akibat adanya pengembalian elastisitas setelah terjadinya tumbukan awal.
- b Trauma Tembus diakibatkan oleh masuknya suatu objek kedalam tubuh dan terkadang menembus hingga menyebabkan kerusakan jaringan dalam perjalanannya. Suatu objek tidak dapat menembus fascia, sehingga hanya menimbulkan cedera luar. Hal yang sering terjadi adalah objek tersebut menembus fascia dan menimbulkan cedera organ yang terletak dibawahnya, sehingga terjadi luka terbuka. Terkadang objek dapat masih tertinggal di dalam tubuh. Velositas, ukuran, arah, dan lintasan objek menembus tubuh akan menentukan jenis cedera organ yang dapat terjadi. Trauma tembus disebabkan oleh 2 jenis yaitu: Luka tembak dan luka tusuk.
 - 1) Luka tembak umumnya disengaja (kasus pembunuhan, bunuh diri), tetapi dapat pula terjadi dengan tidak sengaja (saat berburu, membersihkan senjata, atau bila senjata tidak terkunci). Peluru yang menembus tubuh akan membentuk suatu rongga yang merupakan lubang

permanen akibat terjadi penekanan saat masuk, maka jaringan disekitarnya akan rusak dan ternggang kearah luar.

- 2) Luka Tusuk biasanya disengaja (pembunuhan, bunuh diri), tetapi dapat pula tidak disengaja (Tergelincir dilantai dan jatuh ditumpukan cuci piring yang terdapat pisau menancap). Suatu luka tusuk biasanya menimbulkan efek yang langsung sepanjang tusukannya. Luka tusuk biasanya lebih dalam daripada panjang tusukannya, sedangkan luka sayat lebih panjang dibandingkan kedalamannya.

6. Manifestasi Klinik

Menurut Handaya, Adeodatus Yuda (2023) tanda dan gejala dari adanya trauma abdomen antara lain: nyeri abdomen, muntah, distensi abdomen, hematuria, retensi Urine

Kasus trauma abdomen ini bisa menimbulkan manifestasi klinis menurut Sjamsuhidayat (1997) dalam (Erita et al., 2019), meliputi: nyeri tekan diatas daerah abdomen, distensi abdomen, demam, anorexia, mual dan muntah, takikardi, peningkatan suhu tubuh, nyeri spontan.

Pada trauma non-penetrasi (tumpul) biasanya terdapat adanya:

- a. Jejas atau ruftur dibagian dalam abdomen
- b. Terjadi perdarahan intra abdominal.
- c. Apabila trauma terkena usus, mortilisasi usus terganggu sehingga fungsi usus tidak normal dan biasanya akan mengakibatkan peritonitis dengan gejala mual, muntah, dan BAB hitam (melena).
- d. Kemungkinan bukti klinis tidak tampak sampai beberapa jam setelah trauma.
- e. Cedera serius dapat terjadi walaupun tak terlihat tanda kontusio pada dinding abdomen.

- f. Pada trauma penetrasi biasanya terdapat:
- g. Terdapat luka robekan atau lubang pada abdomen.
- h. Luka tusuk sampai menembus abdomen.
- i. Penanganan yang kurang tepat biasanya memperbanyak perdarahan/memperparah keadaan.
- j. Biasanya organ yang terkena penetrasi bisa keluar dari dalam abdomen.

Menurut Tefnai (2019) manifestasi pada pasien *post op* laparatomi:

- a. Nyeri pada area insisi pembedahan
- b. Perubahan tekanan darah, nadi dan pernafasan
- c. Kelemahan
- d. Gangguan integument dan jaringan subkutan
- e. Konstipasi
- f. Mual dan muntah, anoreksia

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Erita et al., (2019), pemeriksaan diagnostic pada trauma abdomen yaitu :

- a. Foto thoraks. Untuk melihat adanya trauma pada thoraks.
- b. Pemeriksaan darah rutin. Pemeriksaan Hb diperlukan untuk base-linedata bila terjadi perdarahan terus menerus. Demikian pula dengan pemeriksaan hematokrit. Pemeriksaan leukosit yang melebihi 20.000 /mm tanpa terdapatnya infeksi menunjukkan adanya perdarahan cukup banyak kemungkinan ruptura lienalis. Serum amilase yang meninggi menunjukkan kemungkinan adanya trauma pankreas atau perforasi usus halus. Kenaikan transaminase menunjukkan kemungkinan trauma pada hepar.
- c. Plain abdomen foto tegak. Memperlihatkan udara bebas dalam rongga peritoneum, udara bebas retro perineal dekat duodenum, corpus alineum dan perubahan gambaran usus.

- d. Pemeriksaan urine rutin. Menunjukkan adanya trauma pada saluran kemih bila dijumpai hematuri. Urine yang jernih belum dapat menyingkirkan adanya trauma pada saluran urogenital.
- e. VP (Intravenous Pyelogram). Karena alasan biaya biasanya hanya dimintakan bila ada persangkaan trauma pada ginjal
- f. Diagnostik Peritoneal Lavage (DPL). Dapat membantu menemukan adanya darah atau cairan usus dalam rongga perut. Hasilnya dapat amat membantu. Tetapi DPL ini hanya alat diagnostik. Bila ada keraguan, kerjakan laparatomi (gold standard).

Indikasi untuk melakukan DPL adalah sebagai berikut:

- 1) Nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya
- 2) Trauma pada bagian bawah dari dada
- 3) Hipotensi, hematokrit turun tanpa alasan yang jelas
- 4) Pasien cedera abdominal dengan gangguan kesadaran (obat, alkohol, cedera otak)
- 5) Pasien cedera abdominal dan cedera medula spinalis (sumsum tulang belakang)
- 6) Patah tulang pelvis

Menurut (Napitupulu & Situmorang, 2021) Ada 2 pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan, yaitu : Pemeriksaan diagnostik dan Pemeriksaan khusus. Pemeriksaan Diagnostik meliputi 5 bagian yaitu : Pemeriksaan darah rutin, Pemeriksaan urine rutin, Foto thoraks; Untuk melihat adanya trauma pada thorak, Plain abdomen foto tegak, VP (Intravenous Pyelogram), Diagnostik Peritoneal Lavage (DPL), Ultrasonografi dan CT Scan. Sedangkan Pemeriksaan khusus meliputi : Abdomonal Paracentesis, Pemeriksaan Laparoscopi dan bila dijumpai perdarahan dan anus perlu dilakukan rekto-sigmoidoskopi

8. Penatalaksanaan Medis

Menurut Smeltzer, (2002) dalam (Erita et al., 2019) penatalaksanaan pada trauma abdomen adalah :

- a. Abdominal paracentesis menentukan adanya perdarahan dalam rongga peritonium, merupakan indikasi untuk laparotomi
- b. Pemasangan NGT memeriksa cairan yang keluar dari lambung pada trauma abdomen
- c. Pemberian antibiotik mencegah infeksi
- d. Pemberian antibiotika IV pada penderita trauma tembus atau pada trauma tumpul bila ada persangkaan perlukaan intestinal.
- e. Penderita dengan trauma tumpul yang terkesan adanya perdarahan hebat yang meragukan kestabilan sirkulasi atau ada tanda-tanda perlukaan abdomen lainnya memerlukan pembedahan
- f. Prioritas utama adalah menghentikan perdarahan yang berlangsung. Gumpalan kassa dapat menghentikan perdarahan yang berasal dari daerah tertentu, tetapi yang lebih penting adalah menemukan sumber perdarahan itu sendiri
- g. Kontaminasi lebih lanjut oleh isi usus harus dicegah dengan mengisolasi bagian usus yang terperforasi tadi dengan mengklem segera mungkin setelah perdarahan teratasi.

Sedangkan menurut Shinta (2020) penatalaksanaan pada pasien trauma abdomen ada 2 yaitu:

a. Manajemen Non Operatif

Strategis intervensi nonoperatif berdasarkan pemeriksaan CT scan dan kestabilan hemodinamik pasien yang saat ini digunakan dalam penatalaksanaan trauma organ padat orang

dewasa, hati dan limpa. Angiografi merupakan keutamaan pada manajemen nonoperatif trauma organ padat pada orang dewasa dari trauma tumpul. Digunakan untuk control perdarahan. Pada trauma tumpul abdomen, termasuk beberapa trauma organ padat, manajemen nonoperatif yang selektif menjadi standar perawatan

- 1) Berdasarkan diagnosis CT Scan dan stabilitas hemodinamik untuk pengobatan cedera organ padat, terutama hati dan limpa.
 - 2) Angiography sebagai manajemen nonoperative dari cedera organ padat trauma tumpul pada organ dewasa untuk mengontrol perdarahan.
 - 3) *Splenic Artery Embolotherapy* (SAE) untuk manajemen nonoperative cedera limpa.
- b. Manajemen Operatif (Laparotomi)

Saat didapatkan indikasi laparotomi, di anjurkan pemberian antibiotic spektrum luas. Insisi midline biasanya menjadi pilihan. Saat abdomen mulai dibuka, dilakukan dengan memindahkan darah dan bekuan darah, membalut semua 4 kuadran, dan mengklemp semua struktur vaskuler kerusakan pada lubang berongga dijahit untuk menghindari pendarahan yang terjadi. Setelah kerusakan intra-abdomen teratasi dan perdarahan terkontrol dengan pembalutan, eksplorasi abdomen dengan teliti kemudian dilihat untuk evaluasi seluruh isi abdomen.

9. Komplikasi

Menurut Azis (2010) dalam (Hikmah, 2013) komplikasi yang seringkali ditemukan pada pasien operasi laparotomi berupa ventilasi paru tidak adekuat, gangguan kardiovaskuler

(hipertensi, aritmia jantung), gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, dan gangguan rasa nyaman

a. Tromboplebitis

Tromboplebitis *post operasi* biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan kaki *post operasi*, dan ambulatif dini.

b. Infeksi

Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pembedahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan mempertahankan aseptik dan antiseptic

c. Eviserasi

Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan metode pemecahan masalahilmiah kepada masalah-masalah kesehatan atau keperawatan secara sistematis serta menilai hasilnya. Jadi proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Menurut Doenges (2019) dalam (Baitussalam et al., 2022) pengkajian merupakan salah satu upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap untuk menentukan masalah apa yang terjadi pada tubuhnya.

a. Pengkajian Primer

1) B1 (*Breath* / pernapasan)

Pada sistem pernapasan mengukur pola napas, bunyi napas, bentuk dada simetris atau tidak, ada atau tidak sianosis, ada atau tidaknya bunyi napas tambahan seperti wheezing atau ronkhi.

2) B2 (*Blood* / sirkulasi)

Pada sistem sirkulasi untuk mengetahui bunyi jantung, irama jantung, nadi, tekanan darah, perfusi perifer

3) B3 (*Brain* / persyarafan, otak)

Pada sistem persyarafan diukur nilai GCS, Kesadaran, ada tidaknya kelainan nervus cranialis, ada tidaknya nyeri kepala.

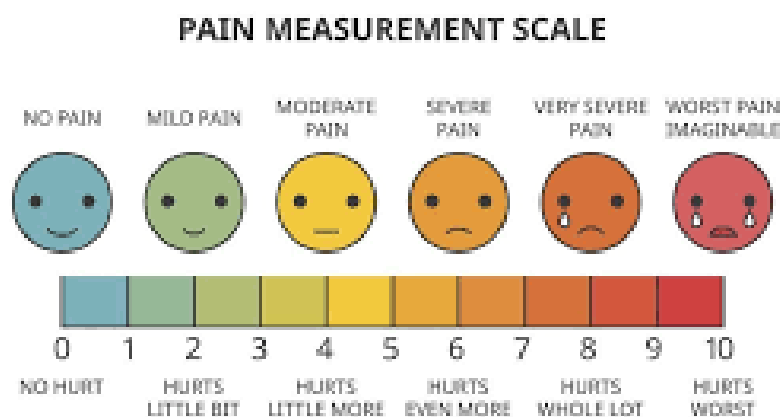
4) B4 (*Bladder* / perkemihan)

Pada sistem perkemihan diperiksa kualitas, kuantitas, warna, kepekatan urin, untuk menilai: apakah pasien masih dehidrasi : apakah ada kerusakan ginjal saat operasi, gagal ginjal akut. ada tidak distensi kandung kemih

5) B5 (*Bowel* / pencernaan)

Pada sistem pencernaan diperiksa: adanya dilatasi lambung, tanda-tandai cairan bebas, distensi abdomen, perdarahan lambung *post operasi*, obstruksi atau hipoperistaltik, gangguan organ lain, misalnya hepar, lien, pancreas, dilatasi usus halus. Pada pasien *post op* laparotomi sering mengalami kembung yang mengganggu pernafasan, karena pasien bernafas dengan diafragma.

Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat menggunakan skala nyeri numerik (numerical rating scale) Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0 – 10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 adalah nyeri berat yang tidak tertahankan. NRS digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan pada skala nyeri, dan juga menilai respon turunya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan.



6) B6 (*Bone* / tulang dan integument)

Pada sistem integumen dinilai warna kulit, suhu, integritas kulit, perdarahan pada kulit, adanya luka, fraktur, pergerakan sendi. Pada pasien *post op* laparatomi mengalami perdarahn yang cukup banyak.

b. Pengkajian Sekunder

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Adakah perubahan penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan sehingga dapat menimbulkan masalah perawatan diri.

2) Pola nutrisi dan metabolik

Pada pasien *post op laparatomy* biasanya mengalami efek dari anastesi seperti mual dan muntah, dan dianjurkan untuk puasa.

3) Pola Eliminasi

Pada pasien *post op laparatomy*, eliminasi diperhatikan urine nya apakah tidak ada kesalahan di ginjal selama melakukan operasi. Pada pasien *post op* laparatomy abdomen, peristaltik usus juga diperhatikan.

4) Pola latihan dan aktivitas

Pada pasien *post op laparatomy* biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi sehingga pasien enggan atau takut untuk melakukan pergerakan.

5) Pola istirahat dan tidur

Pada pasien *post op laparatomy*, biasanya pasien susah untuk tidur disebabkan oleh nyeri dari luka operasinya.

6) Pola konsep diri dan persepsi diri

Pada pasien *post op* laparatomy biasanya mengalami masalah dalam citra tubuh, dimana pasien merasa tidak percaya diri dengan bekas operasi.

7) Pola kognitif

Pada pasien *post op laparatomy* pasien mengeluh nyeri pada luka operasinya. Untuk kelima indra pasien dengan *post op* laparatomy tidak mengalami gangguan.

8) Pola peran dan hubungan

Pada pasien *post op laparatomy* tidak mengalami masalah dalam pengambilan peran dan hubungan dengan keluarga dan kerabat.

9) Pola reproduksi dan seksual

Pada pasien *post op laparatomy* biasanya tidak mengalami masalah dalam hal reproduksi dan seksual.

10) Pola mekanisme coping dan toleransi terhadap stress

Pada pasien *post op* laparatomy biasanya merasa cemas dengan kesehatannya.

11) Pola sistem kepercayaan

Pasien dengan *post op laparatomy* biasanya mengalami masalah karena tidak bisa melakukan ibadah seperti biasanya

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D. 0077)
- b. Resiko infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur invasif (D. 0142)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)
- d. Resiko Ketidakseimbangan cairan ditandai dengan prosedur pembedahan mayor (D. 0036)
- e. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (D. 0005)

3. Luaran Perencanaan keperawatan

Luaran dan perencanaan keperawatan mengacu pada PPNI (2018) dan PPNI (2018) yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur (D.0077).

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L. 08066), dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri cukup menurun
- 2) Meringis cukup menurun
- 3) Sikap protektif cukup menurun
- 4) Gelisah cukup menurun
- 5) Frekuensi nadi cukup menurun

Rencana tindakan keperawatan:

Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas tidur

Terapeutik

- 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupuntur, terapi music, *biofeedback*, terapi pijat, aroma terapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).
- 2) Control lingkungan yang memperberat dan memperberat nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 5) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 6) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mnegurangi nyeri

Kolaborasi

- 1) kolaborasi pemberian analgetik

- b. Resiko infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur invasif (D. 0142)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi dapat menurun (L. 14137), dengan kriteria hasil:

- 1) Demam cukup turun
- 2) Kemerahan cukup menurun
- 3) Bengkak cukup menurun
- 4) Kadar sel darah putih cukup membaik

Rencana tindakan keperawatan:

Pencegahan Infeksi (I. 14539)

Observasi:

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik:

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 2) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi:

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak,

sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. (D. 0054).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x jam diharapkan Mobilitas fisik meningkat (L. 05042) dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas cukup meningkat
- 2) Rentang gerak cukup meningkat
- 3) Nyeri cukup menurun
- 4) Kecemasan cukup menurun
- 5) Kaku sendi cukup menurun
- 6) Gerakan tidak terbatas cukup menurun
- 7) Kelemahan fisik cukup menurun

Rencana tindakan keperawatan:

Dukungan mobilisasi (I. 05173)

Observasi:

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi melakukan pergerakan
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik:

- 1) Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi:

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

- 3) Ajarakan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

d. Resiko Ketidakseimbangan cairan ditandai dengan prosedur pembedahan mayor (D. 0036

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x jam diharapkan Keseimbangan cairan meningkat (L. 05020) dengan kriteria hasil:

- 1) Asupan cairan cukup meningkat
- 2) Keluaran urin cukup meningkat
- 3) Kelembaban mukosa cukup meningkat
- 4) Edema Cukup menurun
- 5) Dehidrasi cukup menurun
- 6) Asites cukup menurun
- 7) Tekanan darah cukup membaik
- 8) Denyut nadi radial cukup membaik
- 9) Tekanan arteri rata-rata cukup membaik
- 10) Membrane mukosa cukup membaik
- 11) Mata cekung cukup membaik
- 12) Tirgor kulit cukup membaik
- 13) Berat badan cukup membaik

Rencana tindakan keperawatan

Manajemen cairan (I. 03098)

Observasi:

- 1) Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, tirgor kulit, tekanan darah)
- 2) Monitor berat badan harian
- 3) Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis
- 4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis: hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine BUN)

- 5) Monitor status hemodinamik (mis: MAP, CVP, PAP, PCWP, jika tersedia)

Terapeutik

- 1) Catat intake-output dan hitung balance cairan jam
- 2) Berika asupan cairan, sesuai kebutuhan
- 3) Berikan cairan intravena, jika perlu

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu

- e. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas ditandai dengan dispneu, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola abnormal (mis: takipneu, bradipnue, hiperventilasi, *kussmaul*, *cheyne-stokes*) (D. 0005).

Setelah dilakukan tindakan keperawatn selama 3x jam diharapkan Pola napas (L. 01004) membaik dengan kriteria hasil:

- 1) Dispneu cukup menurun
- 2) Penggunaan otot bantu napas cukup menurun
- 3) Pemanjangan ekspirasi cukup menurun
- 4) Frekuensi nadi cukup membaik
- 5) Kedalaman napas cukup membaik

Rencana tindakan keperawatan:

Manajemen jalan napas (I. 01011)

Observasi:

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalama, usaha napas)
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis: gurgling, wheezing, mengi, ronkhi kering)
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik:

- 1) Posisikan semi fowler atau fowler
- 2) Berikan minum hangat
- 3) Lakukan terapi dada, jika perlu
- 4) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- 5) Berikan oksigen

Edukasi:

- 1) Anjurkan asupan cairan 200ml/hari, jika tidak kontraindikasi
- 2) Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilatori, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

4. Perencanaan Pulang (Discharge Planning)

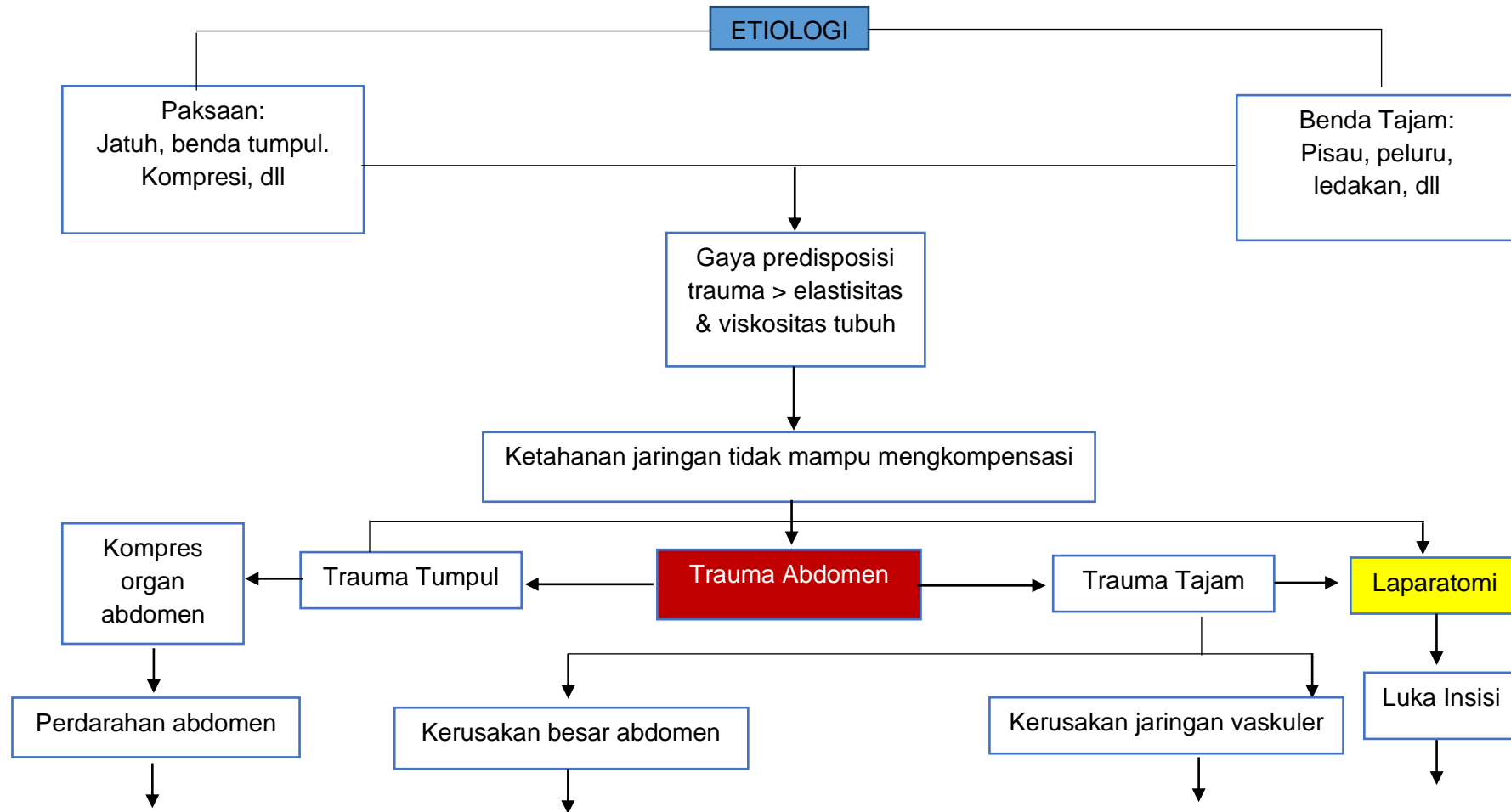
Menurut Swaringer (2000) dalam (Siahaan, 2009) mengatakan bahwa informasi yang harus diketahui oleh pasien pasca bedah abdomen dan orang terdekat sebelum pemulangan antara lain:

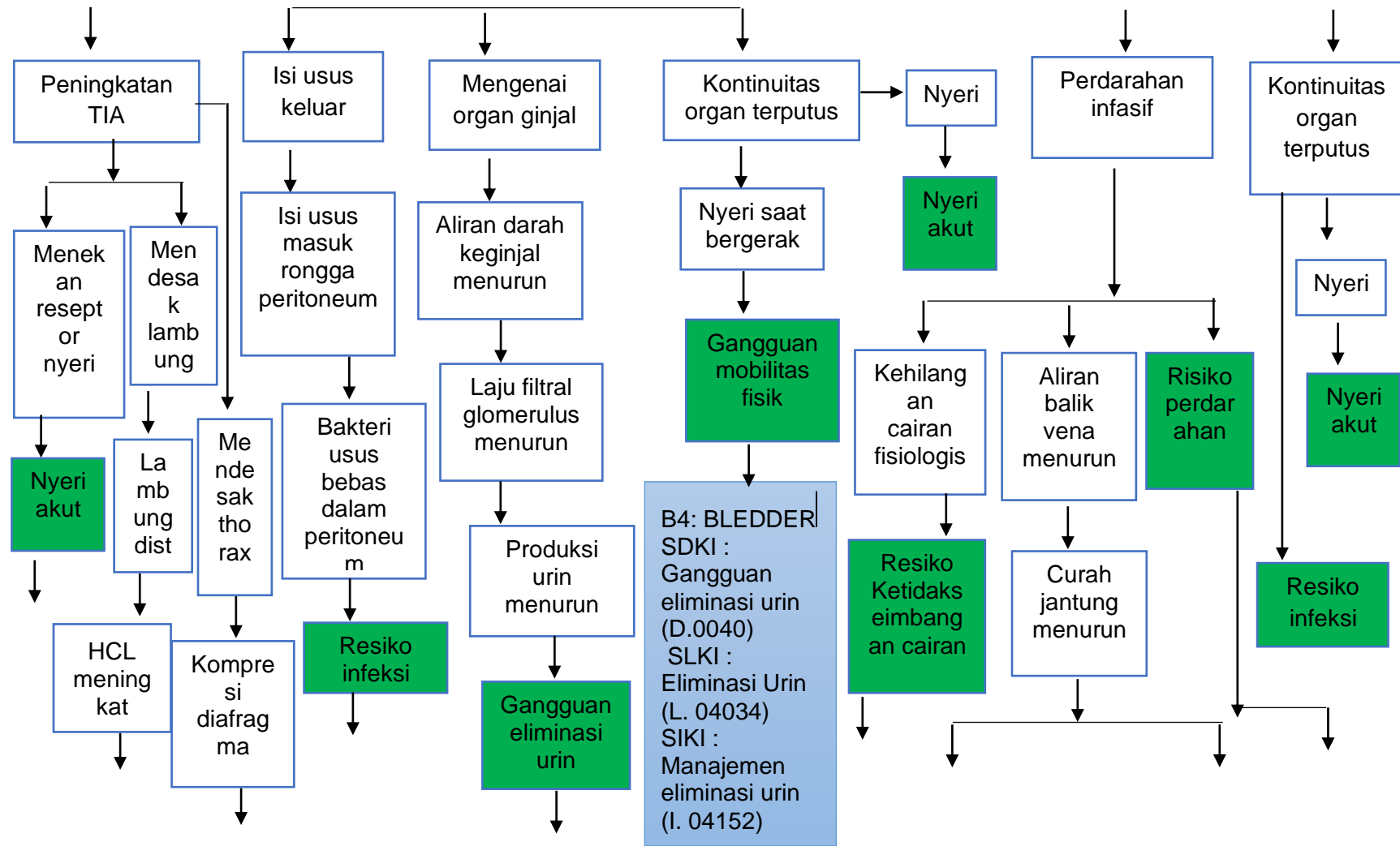
- a. Obat-obatan, meliputi nama obat, tujuan, dosis, jadwal, Tindakan pencegahan, interaksi obat/obat dan makanan/obat, dan potensial efek samping
- b. Pentingnya penatalaksanaan diet untuk meningkatkan pemeliharaan nutrisi dan cairan. Diet yang dianjurkan antara lain: diet normal yang mengikuti semua empat kelompok makanan (daging, telur, dan ikan; buah dan sayuran; susu dan keju; sereal dan roti) dan minuman cairan yang adekuat (sedikitnya 2-3 L/hari). Ingatkan pasien untuk menghindari kacang-kacangan, buah beri, dan makanan dengan biji.
- c. Perawatan insisi, penggantian balutan, dan izin untuk mandi atau mandi di pancuran jika jahitan sudah diangkat.
- d. Pembatasan aktivitas pasca bedah sesuai petunjuk: biasanya mengangkat benda yang berat, menarik, mendorong, dan

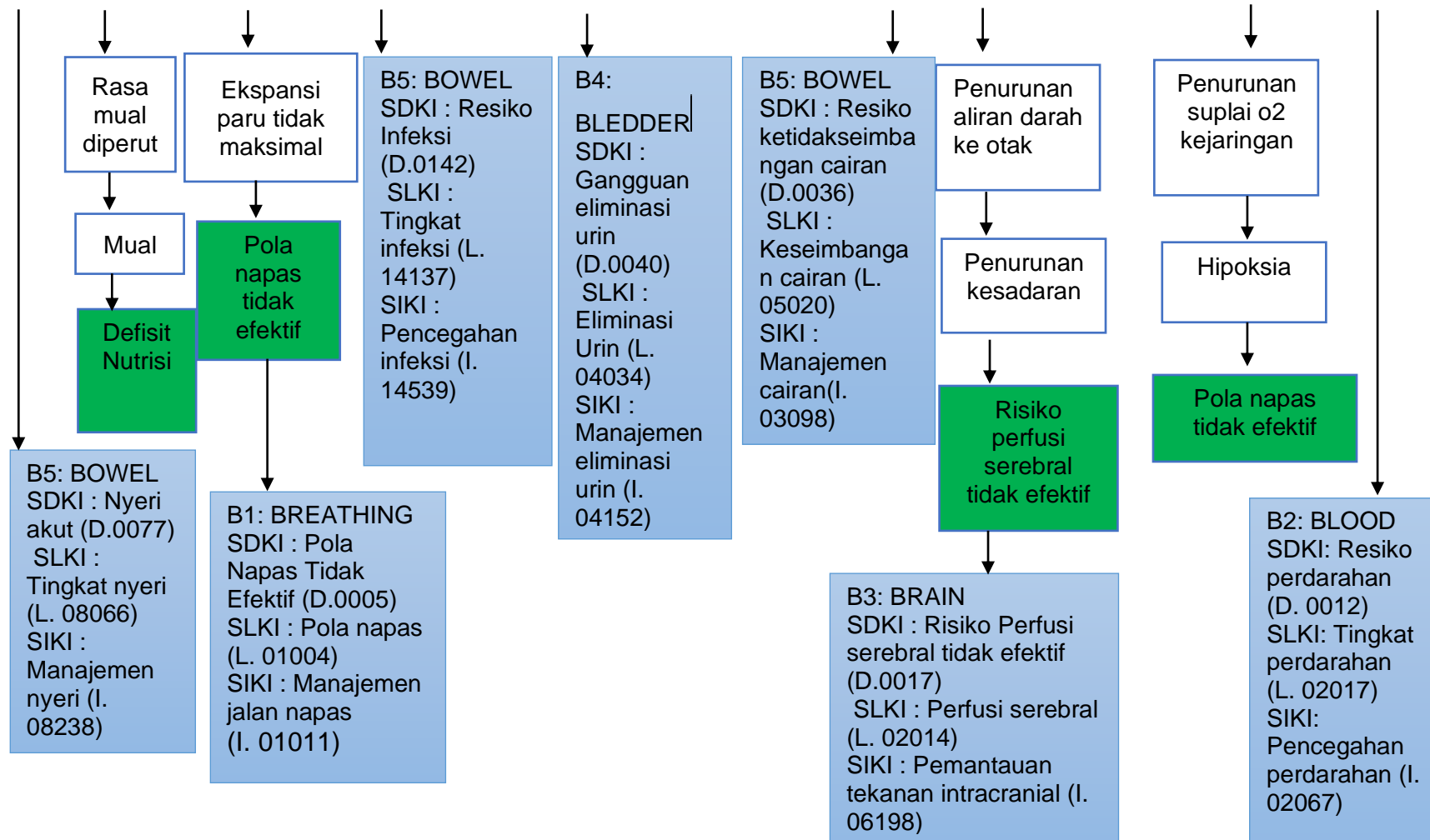
mengedan dikontraindikasikan selama kira-kira 6 minggu untuk mencegah terjadinya herniasi insisi. Antisipasi Kembali bekerja dalam 2 minggu untuk perkerjaan kantor, dan 6 minggu untuk pekerja buruh. Beristirahat semaksimal mungkin.

- e. Pentingnya melaporkan tanda dan gejala jika terjadi infeksi luka: kemerahan, bengkak, bau busuk, hangat pada lokasi operasi, dan nyeri.
- f. Pentingnya perawatan lanjutan dengan dokter atau perawat, pastikan tanggal dan waktu perjanjian berikutnya.

5. Patoflowdiagram







BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien dengan inisial Tn. M umur 36 tahun berjenis kelamin laki-laki dengan diagnosa medis *vulnus sclopetorum abdomen penetrasi* masuk ke ruangan ICU. Keluarga mengatakan pasien masuk di IGD Bhayangkara karena dirujuk dari salah satu RS di Jeneponto, saat di IGD didapatkan hasil terdapat lubang luka tembak pada regio *lumbal sinistra* dan regio *lumbal dextra*, TTV: TD: 138/80, N: 105x/menit, pernafasan 30x/menit, S: 36°C, SPO2: 80%, terpasang NRM 12 ltr. Kemudian pasien dipindahkan ke ICU dengan diagnosa *post op laparatomy*.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28 April 2023 di ICU didapatkan hasil: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi di perut, pasien mengatakan nyeri berada pada skala 7, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk dan tidak menjalar hanya berada pada luka operasi saja, pasien mengatakan nyerinya terus menerus, pasien mengatakan saat bergerak nyerinya semakin parah, tampak pasien bergerak pelan dan meringis. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, tampak pasien menggunakan nasal kanul 3 liter, TD:111/58 mmHg N:118x/menit,P:24x/menit,S:36,5°C,SPO2 99%,kesadaran composmentis, E4V5M6, tampak terpasang foley kateter ukuran 14 dengan jenis latex dengan jumlah urin 150 cc/4 jam, terpasang NGT dengan cairan lambung 8cc/4 jam, terpasang *colostomy* pada sebelah kanan, terpasang drain pada sebelah kiri dan kanan , akral teraba hangat, balance cairan sebelumnya -37,75/24 jam, urin sebelumnya 1100cc/24jam.

Terapi obat yang diberikan yaitu: sotatik 10mg/8 jam IV, fentanyl 2 cc/ jam SP, meropenem 1 gr/ 8 jam iv, ketorolac 30mg/8 jam iv, transamin 250 mg/8 jam, ranitidine 50mg/ 12 jam IV, Ondansentron 4 mg/12 jam IV, ramvit-C 500 mg/ jam drips, neurobion 1ampl/ jam drips, santagesik 1 gr/8 jam IV.

A. Pengkajian Primer

Breath (B1)	Pergerakan dada	Kedua lapang paru tampak simetris
	Pemakaian otot bantuan apas	- Tidak ada - Jenis: pernapasan dada
	Palpasi	- Vocal Fremitus: getaran dinding pada paru kiri dan kanan teraba sama - Tidak ada nyeri tekan pada bagian dada - Krepitasi: tidak ada
	Perkusi	- Sonor terdengar dikedua lapang paru
	Suara napas	- vesikuler
	Batuk	- Tidak ada batuk
	Sputum	- Tidak ada sputum
	Alat bantu napas	- Ada - Jenis: Oksigen Nasal kanul 3 Liter/mnt
	Lain-lain	- Pernapasan: 24 x/Menit - SPO2: 99%
Blood (B2)	Suara jantung	Tunggal
	Irama jantung	- Reguler
	CRT	- ≤ 3 detik
	JVP	- normal (5-2 cmH ₂ o)
	CVP	- Tidak ada
	Edema	- Tidak ada
	EKG	Tidak ada
	Lain-lain (hasil lab danttv)	- SGOT 72 u/L - SGPT 69 u/L - Albumin 2,5 gr/dl - TTV: - TD : 111/58 mmHg N: 118x/ menit S: 36,5°C SPO2 99%
Brain (B3)	Tingkat kesadaran	- Kualitatif : Composmentis - Kuantitatif (GCS) E : 4 V : 5 M : 6 Total : 15

	Reaksi pupil : - Kanan Kiri	- Ada - Tampak isokor
	Refleks fisiologis	- Ada : Tricep (+), Bicep (+),
	Refleks patologis	- Tidak ada : Refleks babinsky negatif
	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada
Bladder (B4)	Urin	- Jumlah: 150 ml/4 jam - Warna: kuning pekat
	Kateter	Terpasang cateter
	Kesulitan BAK	Tidak ada
	Lain-lain	
Bowel (B5)	Mukosa bibir	- Kering
	Lidah	- Bersih
	Keadaan gigi	- Lengkap
	Nyeri telan	- Tidak ada
	Abdomen	Tidak distensi
	Peristaltik usus	- Normal - Nilai : 12X/menit
	Mual	- Tidak ada
	Muntah	Tidak ada
	Hematememsis	- Tidak ada
	Melena	- Tidak ada
	Terpasang NGT	- Ya
	Terpasang <i>colostomybag</i>	- Ya terpasang <i>colostomy</i> sebelah kanan
	Diare	- Tidak ada diare
	Konstipasi	- Tidak
Asites	- Tidak	
Lain-lain	Tampak Luka operasi pada abdomen regio <i>umbilical</i> Terpasang drain sebelah kiri dan kanan - Pasien mengeluh nyeri - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 7 - Pasien mengatkan nyerinya terus menerus tidak menjalar hanya berada pada luka operasi - Tampak pasien meringis tampak	

		<p>pasien berhati- hati saat bergerak tampak pasien memegang perutnya saat bergerak</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak cairan lambung 8cc/ 4jam berwarna hijau kehitaman - Tampak drain sebelah kiri 1 cc/ 2 jam dan drain sebelah kanan 10 cc/ 2 jam
Bone (B6)	Turgor	- Baik
	Perdarahan kulit	- Tidak ada
	Icterus	- Tidak ada
	Akral	- Hangat Merah
	Pergerakan sendi	- Bebas
	Fraktur	- Tidak ada
	Luka	- Ada pada regio <i>umbilical</i>

B. Diagnosa Keperawatan primer

B5:

1. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik
2. Resiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan prosedur pembedahan mayor

C. Tindakan Keperawatan yang dilakukan:

1. Nyeri Akut b/d agen pencedera fisik
 - a. Memberikan manajemen nyeri
 - b. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
 - c. Identifikasi skala nyeri
 - d. Identifikasi respon nyeri non verbal
 - e. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
 - f. Kolaborasi pemberian analgetik (Sotatik, fentanyl, ketorolac, santagesik)

- Pendidikan : S1
Pekerjaan : Polisi
Alamat rumah : Jeneponto
- b. Penanggung jawab
- Nama : Ny. K
Umur : 34 Tahun
Alamat : Jeneponto
Hubungan dengan pasien : Istri

2 Data Medik

Diagnosa Medik

- Saat masuk : *Vulnus Sclopetorum Abdomen*
Saat pengkajian : *Post op laparatomi*

3 Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan: tampak pasien menggunakan alat bantu napas yaitu oksigen nasal kanul 3 liter, tampak terpasang NGT, tampak terpasang infus 20 tpm, tampak terpasang kateter, tampak terpasang *syringe pump*, terpasang monitor EKG, dan tampak terbaring lemah ditempat tidur.

b. Tanda-Tanda Vital

- 1) Kesadaran : Composmentis
- 2) Tekanan darah : 111/58 mmHg
MAP : 75,6 mmHg
- 3) Suhu : 36,5° C / Axilla
- 4) Pernapasan : 24x/ menit
Irama : Teratur
Jenis : Dada
- 5) Nadi : 118x/ menit
Irama : Takikardi

Lemah

c. Pengukuran

- 1) Lingkar lengan atas : 32,7 cm
- 2) Tinggi Badan : 174 cm
- 3) Berat Badan : 70 kg

4 Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien merasa kesehatan itu penting saat sakit ringan seperti flu dan batuk biasanya pasien hanya beli obat di apotik, saat sakit berat seperti demam yang tak kunjung turun dalam 3 hari pasien biasanya pergi ke klinik terdekat. Keluarga juga mengatakan pasien memiliki pola hidup yang sehat, seperti pasien tidak merokok, memakan makanan sehat dan rajin berolahraga.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama

Nyeri pada luka operasi

b) Riwayat keluhan utama

Keluarga mengatakan pasien terkena tembakan pada bagian perut dikantornya pada tanggal 27 April 2023 dini hari, pasien awalnya di bawa ke salah satu RS di jenepono dan di rujuk ke RS Bhayangkara untuk dilakukan operasi. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut dengan skala nyeri 7, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk dan tidak menjalar hanya berada pada luka operasi saja, pasien mengatakan nyerinya terus

menerus .

- c) Riwayat penyakit yang pernah dialami
 Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat penyakit apapun
 - d) Riwayat kesehatan keluarga
 Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat penyakit turunan
- Pemeriksaan Fisik
- (1) Kebersihan rambut : Rambut tampak bersih dan tampak berwarna hitam
 - (2) Kulit kepala : Tampak kulit kepala tampak bersih
 - (3) Kebersihan kulit :Tampak kulit bersih
 - (4) Higiene rongga mulut : Tampak bersih
 - (5) Kebersihan genetalia : Tampak bersih
 - (6) Kebersihan anus : Tampak bersih.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan Sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien memakan semua makanan, dan paling suka makan sayur-sayuran yang direbus. Keluarga mengatakan pasien makan 3x1 dengan porsi nasi, sayur ikan atau daging. Pasien mengatakan BB: 70 kg dengan TB: 174 cm.

2) Keadaan sejak sakit

Setelah operasi pasien tidak boleh makan dan hanya boleh minum air 2 sendok makan/jam. Diberikan cairan dextrose 5% oleh perawat sebanyak 30cc/ 4 jam via NGT. Namun sebelum di berikan cairan dextrose, NGT pasien dialirkan selama 15 menit.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang NGT. Diberikan dextrose

5% 30 cc/4 jam. Tampak NGT pasien dialirkan, cairan lambung 8 cc/ 4 jam. Tampak pasien hanya diberikan air minum sebanyak 2 sendok makan/ jam.

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan rambut : Rambut tampak bersih dan tampak tidak ada uban
- b) Hidrasi kulit : Finger print kembali < 3 detik
- c) Palpebra/conjungtiva :Tampak tidak ada edema/Tampak tidak anemis
- d) Sclera : Tampak tidak ikterik
- e) Higiene rongga mulut : Rongga mulut tampak bersih
- f) Kemampuan mengunyah keras : tampak pasien dapat mengunyah keras
- g) Lidah : Tampak bersih
- h) Pharing : Tidak ada peradangan
- i) Kelenjar getah bening: Tidak tampak teraba adanya pembesaran kelenjar getah bening
- j) Kelenjar parotis: Tidak tampak teraba adanya pembesaran kelenjar
- k) Abdomen:
 - (a) Inspeksi: Tampak ada luka op pada regio *umbilical*
 - (b) Auskultasi: Paristaltik usus 12x/menit
 - (c) Palpasi: Tidak dikaji
 - (d) Perkusi: Tidak dikaji
- l) Kulit:
 - (a) Edema: negatif
 - (b) Icterik: Negatif
 - (c) Tanda-tanda radang: tidak tampak adanya radang
 - (d) Lesi: tidak ada

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan Sebelum sakit

Pasien mengatakan BABnya lancar 1- 2 kali dalam sehari dengan konsistensi padat, berwarna kecoklatan. Pasien juga mengatakan BAKnya tidak ada rasa ketidaknyamanan saat buang air, biasanya BAK 5x sehari dengan warna kuning pucat.

2) Keadaan Setelah sakit

Keluarga mengatakan pasien belum BAB selama setelah operasi, keluarga juga mengatakan BAK pasien menggunakan kateter.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang Kateter, jumlah urin pada urine bag 150 cc/ 4 jam, berwarna kuning pekat. Tampak pasien terpasang *colostomy bag*. Tampak terpasang drain pada kiri dan kanan, drain sebelah kiri 1 cc/2 jam, drain sebelah kanan 10 cc/2 jam berwarna merah kehitaman.

4) Pemeriksaan fisik

- a) Peristaltik usus 12x/menit
- b) Palpasi kandung kemih : kosong
- c) Nyeri ketuk ginjal : negatif
- d) Mulut uretra : Tampak bersih
- e) Anus : Tampak tidak ada peradangan, fistula dan hemoroid.

c. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan Sebelum sakit

Keluarga mengatakan pasien seorang polisi dipolsek jeneponto, keluarga mengatakan sebelum sakit pasien rajin berolahraga.

2) Keadaan Saat sakit

Keluarga mengatakan setelah operasi semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat karena pasien tidak boleh banyak bergerak.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dan semua keperluan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

a) Aktivitas harian :

- (1) Makan : 3
- (2) Mandi : 2
- (3) Pakaian : 2
- (4) Kerapihan : 2
- (5) Buang air besar : 2
- (6) Buang air kecil : 1
- (7) 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: Tidak dikaji pasien bedrest
- c) Gaya jalan: Tidak dikaji pasien bedrest
- d) Anggota gerak yang cacat: Tidak ada
- e) Fiksasi: Tidak ada
- f) Tracheostomi: Tidak ada

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Tekanan darah
 - (1) Berbaring 111/58 mmHg
- b) HR: 118x/menit
- c) Kulit:
 - (1) Keringat dingin: tidak ada
 - (2) Basah: tidak ada
- d) JVP : 5-2 cmH₂O
- e) Perfusi pembuluh kapiler kuku: < 2 detik
- f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi

- Bentuk thorax : tampak simetris
 Retraksi intercostal : tidak ada
 Sianosis : tidak tampak sianosis
 Stridor : tidak ada

(2) Palpasi

- Krepitasi : tidak ada

(3) Perkusi : √ Sonor

- Lokasi : Pada semua lapang paru

(4) Auskultasi

- Suara napas : Vesikuler
 Suara ucapan : Terdengar sama
 Suara Tambahan: Tidak terdengar

g) Jantung

(1) Inspeksi

- Tidak tampak ictus cordis

(2) Palpasi

- Teraba ictus cordis

(3) Perkusi

- Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis
sinistra

- Batas bawah jantung : ICS 5 linea
medioclavicularis *sinistra*

- Batas kanan jantung : ICS 2 linea sternalis
dextra

- Batas kiri jantung : ICS 6 linea axilaris
anterior *sinistra*

(4) Auskultasi

- Bunyi jantung II A : tunggal, ICS 2 linea
sternalis *dextra*

- Bunyi jantung II P : tunggal, ICS 4 linea

sternalis *sinistra*

Bunyi jantung I T : tunggal, ICS 4 linea
sternalis *sinistra*

Bunyi jantung I M : tunggal, ICS 5 linea
medioclavicularis *sinistra*

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot: Negatif

(2) Rentang gerak : Terbatas karena di sebelah kanan terpasang infus 2 line

Kaku sendi : Tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : tidak ada fraktur

(3) Uji kekuatan otot :

Kiri	Kanan	
5	4	Tangan
5	5	Kaki

(4) Reflex fisiologis : biceps (+), Triceps (+),

(5) Reflex patologi

Babinski, Kiri : Negatif

Kanan : Negatif

(6) Clubbing jari – jari : tidak ada

(7) Varises tungkai : tidak ada

(8) Columna vetebralis

Inspeksi : tampak tidak ada kelainan

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : tidak ada

d. Pola Istirahat dan Tidur

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit istirahat dan tidur pasien tercukupi. Pasien biasanya tidur 8 jam dari jam 22:00 dan bangun dipagi hari jam 06:00 dengan keadaan segar.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan setelah operasi tidurnya terganggu kerana nyeri yang dirasakan

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, tampak pasien sering terbangun

4) Pemeriksaan fisik

Tampak pasien mengantuk, tampak palpebra inferior tidak gelap

e. Pola Persepsi dan Kognitif

1) Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak mengalami gangguan pendengaran atau gangguan penglihatan. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan

2) Keadaan Sejak Sakit

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut dengan skala nyeri 7, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk dan tidak menjalar hanya berada pada luka operasi saja, pasien mengatakan nyerinya terus menerus

- 3) Pemeriksaan Fisik
 - a) Penglihatan
 - Kornea : tampak jernih dikedua mata
 - Pupil : tampak isokor kiri dan kanan dengan diameter 3/3
 - Lensa mata : tampak jernih
 - Tekanan Intra Okuler (TIO): teraba sama kiri dan Kanan
 - b) Pendengaran
 - Pina : Tampak simetris kiri dan kanan
 - Kanalis : Tidak tampak penumpukan serumen
 - Membrane timpani : Tampak utuh dan tidak ada tanda peradangan

- f. Pola persepsi dan konsep diri
 - 1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan dirinya bekerja sebagai seorang polisi dan seorang ayah yang baik dan bertanggungjawab
 - 2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidak bisa melakukan peran menjadi seorang ayah
 - 3) Observasi :
 - a) Kontak mata : tidak ada kontak mata
 - b) Rentang perhatian : pasien mengalami penurunan kesadaran
 - c) Suara dan cara bicara : pasien tidak mampu berbicara
 - d) Postur tubuh : tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur

- 4) Pemeriksaan fisik
 - a) Kelainan bawaan yang nyata : tidak ada
 - b) Bentuk/postur tubuh : tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur
 - c) Kulit : tampak ada lesi

- g. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama
 - 1) Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga mengatakan pasien seorang polisi di polsek jenepontan sebelum sakit pasien dapat melakukan peran sebagai Kepala keluarga dimana sehari-harinya mencari nafkah.
 - 2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien tidak dapat melakukan perannya sebagai kepala keluarga karena terbaring lemah di tempat tidur.
 - 3) Observasi

Tampak pasien dikunjungi oleh tetangga dan kerabat, tampak pasien di tunggu oleh keluarga.

- h. Pola Reproduksi dan Seksualitas
 - 1) Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan memiliki 2 anak, anak pertama berusia 9 tahun dan anak keduanya berusia 4 tahun
 - 2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak memiliki penyakit kelamin, pasien mengatakan masih ingin memiliki anak.

- i. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stress
 - 1) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan bila pasien mengalami

masalah, pasien selalu bercerita serta berdiskusi dengan keluarga dan istrinya.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien merasa khawatir dengan sakitnya

j. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan Sebelum Sakit

Pasien mengatakan beragama islam, sebelum sakit pasien rajin pergi beribadah ke mesjid.

2) Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit, pasien tidak bisa beribadah karena pasien terbaring lemah di tempat tidur.

F. Pemeriksaan Penunjang

1 CT-SCAN Abdomen

Kesan :

- 1) cystitis
- 2) Emfisema subcutis abdomen kiri

2 Foto Thorax

Kesan: Foto thorax normal

3 Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Darah		
WBC	9.73 /uL	4.0 – 10.0
RBC	4.66 /uL	4.0 – 5.50
HGB	13.4 g/dl	11.0 – 16.0
HCT	39.5 %	37.0-54.0
MCV	85.2 fL	80.0 – 100.0
MCH	28.8 pg	27.0 – 34.0
MCHC	33.8 g/dl	30.0 – 36.0
PLT	141/ uL	150.0 – 400.0
RDW-SD	45.7 fL	35.0 – 56.0
Lym%	6.3 %	20-48
Mon%	6.0 %	3.0-12.0
Neu%	85.7 %	50-70

Lym#	0.61	0.80-4.00
Neu#	8.34	2.00-7.00
Mon#	0.59	0.12-0.80
Waktu pembekuan	10 u/l	5-13
Waktu perdarahan	2 u/l	1-3
Kimia Darah		
Gula darah sewaktu	148 mg/dl	100 – 140
SGOT	72 u/l	5-40
SGPT	69 u/l	5-40
Albumin	2,5 gr/dl	3,8-50
ELEKTROLIT		
Natrium (Na)	142 mmol/L	136 – 145
Kalium (K)	4,2 mmol/L	3,5 – 5,1
Clorida (CL)	111mmol/L	98 – 106

4 Farmakologi

- a) Sotatik 10mg/8 Jam IV
- b) Fentanyl 2 Cc/ Jam SP
- c) Meropene 1 Gr/ 8 Jam Iv
- d) Ketorolac 30mg/8 Jam Iv
- e) Transamin 250 Mg/8 Jam
- f) Ranitidine 50mg/ 12 Jam IV
- g) Ondansentron 4 Mg/12 Jam IV
- h) Ramvit-C 500 Mg/ Jam Drips
- i) Neurobion 1ampl/ Jam Drips
- j) Santagesik 1 Gr/8 Jam IV

G. Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi • Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 7 • Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk • Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan tidak menjalar hanya berada pada perut luka operasi • Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berlangsung terus menerus. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ekspresi wajah pasien meringis kesakitan • Tampak pasien gelisah • Tampak luka operasi pada perut bagian <i>umbilical</i> • Tampak pasien bergerak pelan • TTV : TD: 111/58 mmHg N : 118x/menit 	<p>Agen pencedera fisik</p>	<p>Nyeri Akut</p>
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh haus <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dipuaskan • Pasien tampak lemas <i>post op</i> laparatomi • Tampak mukosa bibir kering • Tampak urin 150 cc/4 jam (900cc/24jam) 	<p>Prosedur pembedahan mayor</p>	<p>Resiko Ketidakseimbangan Cairan</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Tampak terpasang NGT, dialirkan : Produksi cairan lambung yang dialirkan 8 cc / 4 jam berwarna hijau kehitaman. • Terpasang kolostomy pada abdomen sebelah kanan • Urin sebelumnya 1100cc/24jam • Balance cairan sebelumnya -37,75/24 jam • Terpasang drain di abdomen kiri dan kanan, produksi drain 1 cc/ 2 jam didrain sebelah kiri dan 10 cc/ 2 jam didrain sebelah kanan • TTV : TD: 111/58 mmHg N : 118x/menit S: 36,5°C 		
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peristaltik usus 12x/menit • Tampak luka operasi pada perut bagian <i>umbilical</i> sepanjang 12 cm • Tampak jahitan utuh • Tampak sekitar luka berwarna merah mudah • Tampak ada kolonstomy pada abdomen sebelah kanan • Tampak terpasang NGT, dialirkan : • Produksi cairan lambung yang dialirkan 8 cc /4 jam berwarna hijau kehitaman. • Terpasang kolostomy pada abdomen sebelah kanan • WBC $9.73 \cdot 10^3/uL$ (4.00- 	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi

10.00), HGB 13.4 g/dL		
-----------------------	--	--

H. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik
2. Resiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan Prosedur pembedahan mayor
3. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

I. Perencanaan Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik dibuktikan dengan: DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi • Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 7 • Pasien mengatakan nyerinya seperti tertusuk • Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan tidak menjalar hanya berada pada perut luka operasi • Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berlangsung terus menerus. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ekspresi wajah pasien meringis kesakitan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Tingkat Nyeri menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Terapi pijat pada tangan) <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik (fentanyl 2 Cc/ Jam SP, ketorolac 30mpg/8 jam IV santagesik 1 gr/8 jam IV)

	<ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien gelisah • Tampak luka operasi pada perut bagian <i>umbilical</i> • Tampak pasien bergerak pelan • TTV : TD: 111/58 mmHg N : 118x/menit 		
2	<p>Resiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan Prosedur pembedahan mayor dibuktikan dengan:</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh haus <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dipuaskan • Pasien tampak lemas <i>post op</i> laparatomi • Tampak mukosa bibir kering • Tampak urin 150cc/4jam (900cc/24jam) • Tampak terpasang NGT, dialirkan : Produksi cairan lambung yang dialirkan 15 cc /8 jam 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keseimbangan cairan membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> a. Asupan cairan meningkat b. Keluaran urin meningkat c. Kelembaban membran mukosa meningkat 2. Penyembuhan luka <ol style="list-style-type: none"> a. Drainase sanguinis cukup menurun 	<p>Manajemen cairan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor status hidrasi • Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Catat intake dan output dan hitung balance cairan jam • Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan (dextrose 30cc/ 4 jam) • Berikan cairan intravena (Hydromal 500ml 20 tpm)

	<p>berwarna hijau kehitaman.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terpasang kolostomy pada abdomen sebelah kanan • Balance cairan sebelumnya -37,75/24 jam • Urin sebelumnya 1100cc/24jam • Terpasang drain di abdomen kuadran kiri atas dan kuadran kanan bawah, produksi drain 1 cc/2 jam didrain sebelah kiri dan 10cc/2 jam didrain sebelah kanan • TTV : TD: 111/58 mmHg N : 118x/menit S: 36,5°C 		
3	<p>Resiko Infeksi d/d Efek prosedur infasive ditandai dengan:</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak ekspresi wajah pasien meringis 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemerahan menurun 2. Bengkak menurun 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung <p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor karakteristik luka (mis: drainase,

	<p>saat bergerak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak luka operasi pada perut bagian <i>umbilical</i> sepanjang 12 cm • Tampak jahitan utuh • Tampak sekitar luka berwarna merah mudah • Tampak ada kolonstomy pada abdomen sebelah kanan • Tampak terpasang drain pada abdomen sebelah kiri dan kanan • WBC $9.73 \times 10^3/uL$ (4.00-10.00), HGB 13.4 g/dL 		<p>warna, ukuran, bau)</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan balutan dan plester secara perlahan • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Bersihkan jaringan yang nekrotik • Berikan salep yang sesuai ke kulit atau lesi jika perlu • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase • Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan keluarga prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian antibiotic (meropenem 1 gr/ 8 Jam IV)
--	--	--	--

J. Implementasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Nama perawat
Jumat 28 April 2023	2	07:30	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan asupan cairan : Hasil : pasien diberi dextrose 5% 30 cc, memberikan minum sebanyak 2 sendok (10ml) 	Kristiani
	1	08:00	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri Hasil: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyerinya terus menerus dan tidak menjalar hanya pada luka operasi 	Julaeta
	1		<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Pasien mengeluh nyeri yang dia rasakan berada pada skala 7 	
	1		<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: Pasien tampak meringis saat bergerak, tampak pasien bergerak pelan 	
	3 3	08:20	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan perawatan luka menggunakan NaCl 0.9% • Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) Hasil : tampak sekitar luka berwarna merah muda, tampak tidak ada pus, tampak jahitan utuh warna drain berwarna merah tidak berbau dengan jumlah drain 1 cc/ 2 jam sebelah kiri dan sebelah kanan 10 cc/2 jam, tampak luka bengkak 	Julaeta
	3	08:40	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil : TTV : TD :111/58, N :118, S :36,5°C, P :24x/menit SPO2 :99%, tampak pasien tidak demam. 	Kristiani
	1	09:00	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Hasil: memberikan pijatan pada tangan pasien selama 10 menit 	
	2		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor status hidrasi Hasil: pasien mengatakan haus, tampak pasien terpasang infus hydromal 500 cc 20 tpm, tampak Pasien di beri minum 2 sendok dan di beri cairan 	

	3	10:00	dextrose 5% 30 cc. Tampak urin 110 cc/3 jam dan cairan lambung 8 cc. Tampak mukosa bibir kering	
	1		• Melakukan kolaborasi pemberian antibiotik: Hasil : Meropenem 1 gr/8 jam IV	Kristiani
	3		• Melakukan kolaborasi pemberian analgetik : Hasil :tampak terpasang fentanyl 2 mck/jam Ketorolac 1 ampul dan meropenem 1 gr/8 jam	
	3		• Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil : TTV : TD :105/68, N :101, S :36.0°C, P :22x menit SPO2 :99%, tampak pasien tidak demam.	
	3	10:30	• Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium Hasil: RBC :4,66 (4.0-5.0), WBC: 9.73 (4.0-10.0), HGB: 13.4(11.0-16.0), PCT: 30.7 (37.0-54.0), Neu% 85.7 % (50-70) NEUT#: 7.60 (2.00-7.00)	Julaeta
	1	11:00	• Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 6	Kristiani
	2		• Mencatat intake dan output : Hasil : Intake :Pasien terpasang cairan hydromal 500 cc 20 tpm, diberi air 2 sendok/ jam (10 ml/2jam), diberi Destrose 5%/ 2jam 20 cc. Output : tampak urin sebanyak 2700 cc, tampak cairan lambung 15 cc, tampak drain sebelah kiri 5 cc dan sebelah kanan 50	
	3	12:00	• Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil : TTV : TD :110/70, N :100, S :36.5°C, P :20x/ menit SPO2 :99%, tampak pasien tidak demam.	Julaeta
	1	13:20	• Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 7	Kristiani
	1		• Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: Pasien tampak meringis saat bergerak, tampak pasien bergerak pelan,tampak pasien gelisah	

	2	13:45	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan asupan cairan : <p>Hasil : pasien diberi dextrose 5% 30 cc, dan air minum 2 sendok</p>	Julaeta
	2	13:50	<ul style="list-style-type: none"> • Mencatat intake dan output : <p>Hasil :</p> <p>Intake :Pasien terpasang cairan hydromal 500 cc 20 tpm, diberi air 2 sendok/ jam (10 ml/jam), diberi Dextrose 5% 30 cc/ 4jam (60/8jam), obat 30 cc.</p> <p>Output : tampak urin sebanyak 300 cc, tampak cairan lambung 15 cc/8 jam, tampak drain sebelah kiri 5 cc/8 jam dan sebelah kanan 50cc/8 jam</p> <p>IWL: 15x70/8 jam: 131,25</p> <p>Balance cairan: CM- (CK+IWL)= 670-501,25= +162,75</p>	Julaeta
Sabtu 29 April 2023	2	14:10	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan asupan cairan <p>Hasil: memberikan cairan dextrose 5% 30 cc</p>	Julaeta
	1		<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri <p>Hasil: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyerinya terus menerus dan tidak menjalar hanya pada luka operasi</p>	
	1		<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri <p>Hasil: Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 6</p>	
	1	14:20	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <p>Hasil: Pasien tampak meringis saat bergerak, tampak pasien bergerak pelan</p>	Kristiani
	3	14:30	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Hasil : TTV : TD :95/56, N :112, S :36,0°C, P :22 SPO2 :99%, tampak pasien tidak demam.</p>	Kristiani

	1	15:00	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Hasil: memberikan pijatan pada tangan pasien selama 10 menit</p>	Kristiani
	3	15:30	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) <p>Hasil : warna drain berwarna merah tidak berbau dengan jumlah drain 5 cc sebelah kiri dan sebelah kanan 50 cc, tampak bengkak, tampak luka berwarna merah mudah</p>	Kristiani
	2	15:50	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Hasil: RBC :3,070 (4.0-5.0), WBC: 9.20 (4.0-10.0), HGB: 8.8 (11.0-16.0), PCT: 31.2 (37.0-54.0), Neu% 85.7 % (50-70), Neu# 8.34 (2.00-7.00)</p>	Julaeta
	1	16:10	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri <p>Hasil: Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 6</p>	Kristiani
	1		<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <p>Hasil: Pasien tampak meringis saat bergerak, tampak pasien bergerak pelan</p>	Kristiani
	2	16:40	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan asupan cairan : <p>Hasil : memberi minum pasien sebanyak 2 sendok</p>	Julaeta
	2		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor status hidrasi <p>Hasil: pasien mengatakan haus, tampak pasien terpasang infus hydromal 500 cc 20 tpm, tampak Pasien di beri minum 2 sendok. Tampak urin 200 cc dan cairan lambung 10 cc. Tampak mukosa bibir kering</p>	
	2	17:00	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan cairan intravena <p>Hasil: Terpasang infus cairan Hydromal 500 cc 20tpm pada tangan sebelah kanan.</p>	
	1	17:10	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri <p>Hasil: Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 5</p>	Kristiani
	2		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Hasil : TTV : TD :100/65, N :102, S :36,4°C, P :x/menit SPO2 :99%, tampak pasien tidak demam.</p>	
	1	17:45	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan kolaborasi pemberian analgetik 	Julaeta

	2	18:00	<p>Hasil: Santagesik 1 ampl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan asupan cairan : <p>Hasil : memberikan air sebanyak 2 sendok makan</p>	Julaeta
	3	19:10	<ul style="list-style-type: none"> • Membatasi jumlah pengunjung <p>Hasil: Tampak pasien dijaga oleh 1 orang yaitu istrinya</p>	Julaeta
	3	19:50	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Hasil : TTV : TD :101/63, N :110, S :36,6°C, P :x/menit SPO2 :99%, tampak pasien tidak demam</p>	Julaeta
		20:10	<ul style="list-style-type: none"> • Mencatat intake dan output : <p>Hasil :</p> <p>Intake :Pasien terpasang cairan hydromal 500 cc 20 tpm, diberi air 2 sendok/ jam (10ml/jam), diberi Dextrose 5% 30 cc/ 4jam. Obat yang masuk 30 cc.</p> <p>Output : tampak urin sebanyak 250 cc, tampak cairan lambung 3 cc,tampak drain sebelah kiri 30 cc tampak drain sebelah kanan 5 cc, tampak kolonstomy sebanyak 20 cc</p>	Kristiani
	3			
	1			
	1	20:30	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri <p>Hasil: Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 6</p>	Kristiani
	1		<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <p>Hasil: Pasien tampak meringis saat bergerak, tampak pasien bergerak pelan, tampak pasien gelisah</p>	

Minggu 30 April 2023	2	14:10	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan asupan cairan : Hasil : pasien diberi dextrose 5% 30 cc 	Julaeta
	1	14:30	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri Hasil: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyerinya terus hilang timbul dan tidak menjalar hanya pada luka operasi 	Julaeta
	1		<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan sudah berkurang, pasien mengatakan nyerinya berada pada skala 5 	
	1		<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: Pasien tampak tidak meringis saat bergerak, tampak pasien bergerak pelan, tampak pasien tidak gelisah, tampak pasien memagang perutnya saat bergerak 	
	3		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) Hasil : warna drain berwarna merah tidak berbau dengan jumlah drain 5 cc sebelah kiri dan sebelah kanan 30 cc, tampak bengkak, tampak luka berwarna merah muda 	Julaeta
	2	14:50	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor status hidrasi Hasil: pasien mengatakan haus .tampak pasien terpasang infus hydromal 500 cc 20 tpm, tampak Pasien di beri minum 2 sendok dan di beri cairan dextrose 5% 30 cc. Tampak urin 100 cc/2 jam dan cairan lambung 5 cc. Tampak mukosa bibir lembab 	
	3	15:00	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil: TTV : TD :120/68, N :107, S :37.3°C, P :20 SPO2 :99%, tampak pasien tidak demam. 	Kristiani
	1		<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Hasil: memberikan pijatan pada tangan selama 10 menit 	
	3		<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium Hasil: 	Kristiani
			15:20	

	1	15:30	RBC :3,60 (4.0-5.0), WBC: 10.68 (4.0-10.0), HGB: 10.7 (11.0-16.0), PCT: 30.7 (37.0-54.0), NEUT% 75.0 (50-70), NEUT#: 7.60 (2.00-7.00)	Julaeta
	1	16:00	<ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Tampak keluarga pasien mengerti dengan ajaran perawat	Julaeta
	1		<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 5	
		17:00	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: Pasien tampak tidak meringis saat bergerak, tampak pasien bergerak pelan	Julaeta
	1	17:30	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan kolaborasi pemberian analgetik Hasil: Santagesik 1 ampl	
	2		<ul style="list-style-type: none"> • Membatasi jumlah pengunjung Hasil: Tampak pasien dijaga oleh 1 orang yaitu istrinya	Kristiani
	1	18:40	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 5	Julaeta
	1		<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil: Pasien tampak tidak meringis saat bergerak, tampak pasien bergerak pelan,tampak pasien tidak gelisah	
	3	19:20	<ul style="list-style-type: none"> • Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil: TTV : TD :125/70, N :111, S :36,9°C, P :20 SPO2 :99%, tampak pasien tidak demam.	Kristiani
	2	20:40	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan asupan cairan : Hasil : pasien diberi dextrose 5% 30 cc	Julaeta
		20:50	<ul style="list-style-type: none"> • Mencatat intake dan output : Hasil : Intake :Pasien terpasang cairan hydromal 500 cc 20 tpm, diberi air 2 sendok/ jam (10 ml/jam), diberi Dextrose 5%/ 4 jam 30 cc. yang masuk 30 cc. Output : tampak urin sebanyak 200 cc/ 8 jam, tampak cairan lambung 10 cc, drain sebelah kiri 20 cc drain sebelah kanan 5 cc dan kolonstomi 50cc	

K. Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	Nama Perawat
Jumat 28 April 2023	Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyerinya terus menerus dan tidak menjalar hanya pada luka operasi • Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 7 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien meringis saat bergerak • Tampak pasien bergerak pelan • Tampak pasien memegang perutnya • Tampak pasien gelisah • TTV : TD :110/70, N :100, S :36.5°C, P :20x/ menit SPO2 :99%, <p>A: Masalah Nyeri Akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	Julaeta
	Resiko Ketidakseimbangan Cairan d/d Prosedur pembedahan mayor	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyerinya terus menerus dan tidak menjalar hanya pada luka operasi • Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 7 • Pasien mengatakan haus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drain kiri 5 cc/8 jam • Drain kanan 50 cc/8 jam • Tampak cairan lambung 15 cc/ 8 jam berwarna hijau kehitaman • Urine 300cc/ 8 jam 	Julaeta

		<ul style="list-style-type: none"> • Balance CM-(CK+IWL) 670-501,25 = +168,75 cc (8 jam) • Tampak mukosa bibir kering • Tampak drain berwarna merah <p>A: Masalah Resiko Ketidakseimbangan cairan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	
	Resiko Infeksi d/d Efek prosedur invasif	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyerinya terus menerus dan tidak menjalar hanya pada luka operasi • Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 7 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV : TD :110/70, N :100, S :36.5°C, P :20x/ menit SPO2 :99%, • WBC: 9.73 (4.0-10.0) • Tampak Luka berwarna merah mudah • Tampak jahitan utuh • Tampak pasien tidak demam • Tampak drain berwarna merah tidak berbau dengan volume drain sebelah kiri 5 cc dan kanan 50 cc <p>A: Masalah resiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	Kristiani
Sabtu 29 April 2023	Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyerinya terus menerus dan tidak menjalar hanya pada luka operasi • Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 6 <p>O:</p>	Kristiani

		<ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien meringis saat bergerak • Tampak pasien bergerak pelan • Tampak pasien memegang perutnya • Tampak pasien gelisah • TTV : TD :101/63, N :110, S :36,6°C, P :x/menit SPO2 :99%, <p>A: Masalah Nyeri Akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	
	Resiko Ketidakseimbangan Cairan d/d Prosedur pembedahan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyerinya terus menerus dan tidak menjalar hanya pada luka operasi • Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 6 • Pasien mengatakan haus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drain kiri 5 cc/8 jam • Drain kanan 30 cc/8 jam • Cairan lambung 3 cc/ 8 jam berwarna hijau kehitaman • Urine 250cc/ 8 jam • Balance CM-(CK+IWL) 670-439,25 = +230,75 cc (8 jam) • Tampak mukosa bibir kering • Tampak drain berwarna merah <p>A: Masalah Resiko Ketidakseimbangan cairan belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p>	Julaeta
	Resiko Infeksi d/d Efek prosedur invasif mayor	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyerinya terus menerus dan tidak menjalar hanya pada luka operasi 	Kristiani

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 6 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV : TD :101/63, N :110, S :36,6°C, P :x/menit • SPO2 :99% • WBC: 9.20 (4.0-10.0), • Tampak pasien tidak demam • Tampak drain berwarna merah kehitaman tidak berbau dengan volume drain sebelah kiri 5 cc dan kanan 30 cc • Tampak <p>A: Masalah resiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	
Minggu 30 April 2023	Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyerinya hilang timbul dan tidak menjalar hanya pada luka operasi • Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan sudah berkurang • Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 5 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak pasien tidak meringis saat bergerak • Tampak pasien bergerak pelan • Tampak pasien tidak memegang perutnya • Tampak pasien tidak gelisah • TTV : TD :125/70, N :111, S :36,9°C, P :20 SPO2 :99%, <p>A: Masalah Nyeri Akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p>	Julaeta
	Resiko Ketidakseimbangan Cairan d/d Prosedur pembedahan mayor	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyerinya hilang timbul dan tidak menjalar hanya 	Kristiani

	<p>pada luka operasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 5• Pasien mengatakan haus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• Drain kiri 5 cc/8 jam• Drain kanan 20 cc/8 jam• Cairan lambung 3 cc/ 8 jam berwarna hijau kehitaman• Urine 250cc/ 8 jam• Balance CM-(CK+IWL) 670-429,25 = +240,75 cc (8 jam)• Tampak mukosa bibir lembab• Tampak drain berwarna merah kehitaman <p>A: Masalah Resiko Ketidakseimbangan cairan teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	
--	---	--

	Resiko Infeksi d/d Efek prosedur invasif	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, nyerinya hilang timbul dan tidak menjalar hanya pada luka operasi• Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan berada pada skala 5 <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">• TTV : TD :125/70, N :111, S :36,9°C, P :20 SPO2 :99%,• WBC: 10.68 (4.0-10.0),• Tampak pasien tidak demam• Tampak drain berwarna merah kehitaman tidak berbau dengan volume drain sebelah kiri 5 cc dan kanan 20 cc• Tampak luka berwarna merah muda <p>A: Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p>	Julaeta
--	---	--	---------

L. DAFTAR OBAT

1. Fentanyl

- a. Nama obat : fentanyl
- b. Klasifikasi/golongan obat : analgetik opioid
- c. Dosis umum : 12 – 100 mg/jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 30 mg/jam
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja obat: untuk meredakan rasa nyeri
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk meredakan rasa nyeri akibat luka operasi
- h. Kontra indikasi: pasien hipersensitivitas
- i. Efek samping obat: halusinasi, depresi napas, penurunan kesadaran.

2. Ramvit-C

- a. Nama obat: ramvit-C
- b. Klasifikasi/golongan obat: vitamin
- c. Dosis umum:
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 500mg/24 jam
- e. Cara pemberian obat: intravena
- f. Mekanisme kerja obat: untuk mencegah kerusakan sel, penyembuhan luka, merangsang kolagen
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: agar meningkatkan kadar vitamin c dalam tubuh pasien
- h. Kontra indikasi:
- i. Efek samping obat: mual, sakit kepala

3. Santagesik

- a. Nama obat: santagesik
- b. Klasifikasi/golongan obat: anti inflamasi non-steroid (NSAID)
- c. Dosis umum: 2ml/8 jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2 ml/12 jam

- e. Cara pemberian obat: intravena
- f. Mekanisme kerja obat: untuk mengatasi nyeri
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk mengatasi nyeri akibat luka operasi
- h. Kontra indikasi: memiliki alergi pada kandungan santagesik
- i. Efek samping obat: sesak napas, gatal, ruam

4. Ranitidin

- a. Nama obat: ranitidin
- b. Klasifikasi/golongan obat: antasida
- c. Dosis umum: 2ml/8 jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 2ml/12 jam
- e. Cara pemberian obat: intravena
- f. Mekanisme kerja obat: untuk mengurangi produksi asam lambung
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
- h. Kontra indikasi:
- i. Efek samping obat: sakit perut, mual, konstipasi

5. Ondansetron

- a. Nama obat: Ondansetron
- b. Klasifikasi/golongan obat: antiemetik
- c. Dosis umum:
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 4gr
- e. Cara pemberian obat: intravena
- f. Mekanisme kerja obat: untuk memblokir efek serotonin untuk menghilangkan efek mual dan muntah
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
- h. Kontra indikasi:
- i. Efek samping obat: rasa seperti melayang, konstipasi, menggigil, tubuh terasa lemah

6. Sotatic

- a. Nama obat : sotatic
- b. Klasifikasi/ golongan obat : Antiemetik
- c. Dosis umum :
 - 1) Dewasa : 10 mg diberikan melalui injeksi intravena selama 1-2 menit
 - 2) Anak usia 6-14 tahun : 2.5-5 mg diberikan melalui injeksi intravena
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 ampul
- e. Cara pemberian obat : injeksi melalui IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat :
Mengurangi gangguan mual dan muntah yang dirasakan, mencegah mual dan muntah pasca operasi, radioterapi, maupun kemoterapi
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : obat sotatic diberikan pada pasien yang bersangkutan karena pasien pasca operasi
- h. Kontraindikasi obat : Hindari penggunaan pada pasien dengan kondisi epilepsy, perdarahan saluran pencernaan, obstruksi mekanik atau perforasi dan pheochromocytoma.
- i. Efek samping : Sakit kepala, kelelahan, gelisah, konstipasi(sembelit), efek ekstrapiramidal terutama selama terapi jangka panjang pada anak-anak, diare, sedasi.

7. Transamin

- a. Nama Obat: Transamin
- b. Klasifikasi/golongan obat: Hemostatik
- c. Dosis umum: 15 mg/kg BB tiap 6 – 8 jam via suntikan intravena lambat
- d. Dosis untuk pasien: 250mg
- e. Cara pemberian obat: IV

- f. Mekanisme dan fungsi obat: Obat Transamin bekerja dengan cara membantu pembekuan darah normal untuk mencegah dan menghentikan pendarahan berkepanjangan.
- g. Alasan pemberian: Pasien diberi obat transamin karena pasien *post operasi* laparatomi.
- h. Kontraindikasi: Hipersensitif pada kandungan Transamin, Tromboembolik atau pembentukan gumpalan darah pada vena atau arteri, Buta warna, kejanggangguan ginjal berat
- i. Efek samping: Gangguan pencernaan, seperti mual, muntah, nyeri perut, dan diare, Gangguan penglihatan, Anemia, Nyeri otot, Sakit kepala dan pusing, Reaksi hipotensi dan pusing pada pemberian via injeksi cepat

8. **Ketorolac**

- a. Nama Obat: Ketorolac
- b. Klasifikasi atau golongan obat : golongan antiinflamasi nonsteroid (OAINS).
- c. Dosis umum : 10-30 mg setiap 4-6 jam, jika diperlukan pemberian ketorolac bisa dilakukan seriap 2 jam. Dosis maksimal 90 mg/hari dan dosis tablet adalah 10-20 mg setiap 4-6 jam. Dosis maksimal 40 mg/hari.
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 30 mg / 8 jam / IV.
- e. Cara pemberian obat : dapat melalui intravena.
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat : ketorolac bekerja dengan cara menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri.
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : untuk meredakan rasa nyeri yang dialami pasien.
- h. Kontraindikasi : alergi terhadap obat ketorolac, memiliki riwayat luka atau tukak lambung dan perdarahan disaluran pencernaan, penderita gagal ginjal dan penderita gagal jantung.

- i. Efek samping obat : nyeri perut, mual dan muntah, tekanan darah meningkat, diare, sakit kepala, rasa terbakar atau nyeri pada lokasi injeksi.

9. Meropenem

- a. Nama obat: meropenem
- b. Klasifikasi/golongan obat: antibiotik
- c. Dosis umum: 500mg/8 jam
- d. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 gr/12 jam
- e. Cara pemberian obat: intravena
- f. Mekanisme kerja obat: menghentikan pertumbuhan dan perkembangan bakteri
- g. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: untuk menghindari infeksi pada luka bakar
- h. Kontra indikasi: jika ada alergi terhadap obat antibiotik carbapenem
- i. Efek samping obat: diare, konstipasi, mual, muntah

10. Neurobion

- a. Nama Obat: Neurobion
- b. Klasifikasi/ golongan obat: obat bebas
- c. Dosis umum: 1 ampl/3 ml
- d. Dosen untuk pasien bersangkutan: 1 ampl
- e. Cara pemberian obat: IV
- f. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Obat ini bekerja menormalkan pembentukan sel darah merah dan jaringan saraf, memodifikasi aktivitas listrik sehingga membuat rileks dan memperlambat otot jantung yang terlalu aktif, serta mengendurkan sinyal saraf ke otak. Berfungsi sebagai suplemen untuk masalah pada saraf, defisiensi vitamin B, serta masa pemulihan.

- g. Alasan pemberian obat: Karena pasien mengalami *post op* sehingga pasien perlu diberikan neurobion.
- h. Kontraindikasi: Hipersensitivitas:
- i. Efek samping: Edema paru, Gagal jantung kongestif, Polisitemia vera, Diare, Gatal, Perasaan bengkak di seluruh tubuh, Disfungsi saraf yang menyebabkan mati rasa, Nyeri, Gelisah

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan

Pada bab ini penulis membahas kesenjangan antara konsep teori dengan praktik asuhan keperawatan pada pasien Tn. M umur 36 tahun dengan *post op laparotomy* di ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar selama 3x8 jam pada tanggal 28 April 2023 sampai dengan 30 April 2023. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini menggunakan proses keperawatan dengan lima tahap yakni pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dan berbagi sumber yaitu keluarga, pemeriksaan penunjang dan hasil pengamatan langsung ke pasien. Berdasarkan pengkajian, didapatkan data Tn.M usia 36 tahun masuk ICU disebabkan karena *post op laparotomy ec trauma abdomen*. Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi di perut, pasien mengatakan nyeri berada pada skala 7, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk dan tidak menjalar hanya berada pada luka operasi saja, pasien mengatakan nyerinya terus menerus, pasien mengatakan saat bergerak nyerinya semakin parah, tampak pasien bergerak pelan dan meringis saat bergerak. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, tampak pasien menggunakan nasal kanul 3 liter, TD: 111/58 mmHg N: 118x/ menit P: 24x/menit S: 36,5°C SPO2 99%, kesadaran composmentis, E4V5M6, , akral teraba hangat.

Saat pengkajian di ICU didapatkan keluhan pasien nyeri dengan skala 7 pada regio *umbilical* diakibatkan karena luka tembak, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk dan tidak menjalar hanya berada pada luka operasi saja, pasien mengatakan nyerinya terus menerus, pasien mengatakan saat bergerak nyerinya semakin parah akibat luka operasi. Menurut Nayduch, (2014) peluru yang menembus tubuh akan membentuk suatu rongga yang merupakan lubang permanen akibat terjadinya penekanan saat masuk, maka jaringan disekitarnya akan rusak dan terenggang kearah luar. Pada bagian kepala peluru memiliki gelombang syok yang berefek getar sehingga dapat menimbulkan cedera serius bagi organ berongga atau berisi udara dan cairan seperti paru-paru. *Laparotomy* adalah salah satu tindakan medis prosedur pembedahan mayor yang dilakukan dengan menyayat lapisan abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang terjadi masalah (Fitria, 2019) Laparatomi menyebabkan ketidaknyamanan dan trauma bagi pasien, salah satu yang sering dikeluhkan pasien adalah nyeri (Amelia & Saputri, 2020). Hal ini juga sejalan dengan manifestasi pada teori yaitu nyeri pada luka insisi pembedahan.

Saat pengkajian didapatkan pasien terpasang kolostomi karena terjadi laserasi pada kolon transversum dan kolon ileum. Hal ini sejalan dengan teori dimana pada kuadran kiri atas abdomen terdapat organ lobus kiri hati, limpha, lambung, badan pancreas, jejunum, ileum proksimal, sebagian limpa, fleksura splenika kolon, Sebagian kolon transversum dan kolon descendens, ginjal kiri dan suprarenal kiri. Sedangkan pada Kuadran kanan bawah terdapat organ sebagian besar ileum, apendiks sekum dan vermiformis, kolon ascendens proksimal, ureter kanan dan proksimal. Adanya bukti cedera yang signifikan atau usus iskemik dapat memerlukan reseksi sehingga dilakukan pembuatan stoma untuk mengalihkan materi fekal dari lokasi cedera (Nayduch, 2014).

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan manifestasi klinis dari pasien yang diperoleh dari hasil pengkajian, maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yang mencakup 80% data mayor pada SDKI

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri skala 7 nyeri yang dirasakan seperti tertusuk dan tidak menjalar hanya berada pada luka operasi saja, pasien mengatakan nyerinya terus menerus, tampak pasien meringis saat bergerak, bersikap protektif dengan melakukan gerakan pelan, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yang memenuhi 80% tanda mayor dari diagnosa ini. Nyeri pada laparatomi sering ditemukan dalam tingkat nyeri berat dan sedang karena rusaknya integumen, jaringan otot, vaskular dan menimbulkan efek nyeri yang lebih lama pada masa pemulihan (Rahmayati., Hardiansy, R., Nurhayati, 2018).

- b. Resiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan Prosedur pembedahan mayor

Penulis mengangkat diagnosa ini karena di dapatkan data-data dari pasien yaitu, keluarga mengatakan pasien di puasakan, tampak pasien mengeluh haus, tampak mukosa bibir kering, tampak pasien terpasang NGT,tampak urin 300cc/8 jam, tampak cairan lambung yang dialirkan sebanyak 15cc/8 jam dan tampak pasien terpasang drain pada abdomen kuadran kiri atas dan kuadran kanan bawah dengan perdarahan drain pada kudran kiri atas 15 cc dan kuadran kanan bawah 50 cc, pasien tampak terpasang kolostomi sebelah kanan. Pemantauan status kebutuhan cairan pada pasien pasca pembedahan diperlukan untuk memenuhi dan mempertahankan kebutuhan

cairan dalam tubuh (Khcturianto & Arianti, 2018).

c. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Penulis mengangkat diagnosa ini karena di dapatkan data-data dari pasien yaitu adanya luka operasi pada abdomen regio *umbilical* pasien, , tampak terpasang kolonstomi di sebelah kanan, tampak pasien terpasang drain pada abdomen kuadran kiri atas dan kuadran kanan bawah dengan perdarahan drain pada kudran kiri atas 15 cc dan kuadran kanan bawah 50 cc, tampak cairan lambung yang dialirkan sebanyak 15cc/8 jam.

Diagnosa pada teori yang tidak diangkat pada kasus ini adalah:

a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Penulis tidak mengangkat diagnose ini karena dari hasil pengkajian tidak terdapat hasil yang mendukung untuk dijadikan data penunjang dalam pengangkatan diagnose ini.

b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas

Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena tidak didapat data penunjang selama pengkajian. Pasien juga tidak mengalami sesak, P: 24x/menit dengan SPO2: 99%. Dan tidak terdapatnya penggunaan otot bantu nafas.

3. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnose keperawatan, penulis menyusun Rencan Asuhan Keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien, Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observative, pendidikan Kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnose perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien.

b Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan pasien mengeluh

nyeri, tampak pasien meringis, tampak gelisah. Pada diagnose ini penulis membuat 7 intervensi yaitu: identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.), identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Terapi pijat pada tangan), dan kolaborasi pemberian analgetic

- c Resiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan prosedur pembedahan mayor. Pada diagnose ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: monitor status hidrasi, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, catat intake dan output dan hitung balance cairan 24 jam, berikan asupan cairan sesuai kebutuhan, berikan cairan intravena.
- d Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive. Pada diagnose ini penulis membuat 13 intervensi yaitu: Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau), lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan yang nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit atau lesi jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, ajarkan keluarga prosedur perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotic.

4. Implementasi Keperawatan

Pada saat implementasi keperawatan dilakukan pada TN. M penulis melakukan Tindakan keperawatn berdasarkan intervensi keperawatnyang telah dibuat, penulis juga tidak menemuka

hambatan karena penulis dan keluarga pasien bekerja sama, dan didukung oleh sarana dan prasarana yang ada di Rumah Sakit.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 28 April 2023 sampai 30 April 2023 pada tn. M merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak pasien meringis, tampak gelisah. Sampai hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana pasien masih mengeluh nyeri namun skala nyerinya sudah turun, pasien tidak meringis, pasien masih protektif terhadap dirinya.
- b. Resiko ketidakseimbangan cairan dibuktikan dengan prosedur pembedahan mayor. Sampai hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana balance asupan cairan meningkat, mukosa bibir lembab, drainase menurun, namun pasien masih mengeluh haus.
- c. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Sampai hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana gangguan kemerahan menurun, kadar sel darah putih masih tinggi dan masih bengkak.

B. Pembahasan Penerapan EBN (*Evidence- Based Nursing*)

1. Judul EBN

Efektifitas hand massage terhadap skala nyeri pada pasien *post operasi laparatomi trauma abdomen*

2. Diagnosis Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak gelisah

dan nadi meningkat, tampak pasien protektif.

3. Luaran Yang Diharapkan

Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri cukup menurun, meringis cukup menurun, gelisah cukup menurun, sikap protektif cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik

4. Intervensi Yang Mengacu Pada EBN

Manajemen nyeri: Berikan Teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik pijat pada tangan).

5. Pembahasan Tindakan Keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian Tindakan

Teknik hand massage adalah Teknik yang menggabungkan Teknik menekan dan teknik mengusap. Teknik hand massage, dapat merangsang tubuh untuk mengeluarkan endorfine yang berfungsi untuk Pereda sakit sehingga menciptakan perasaan nyaman.

b. Tujuan/rasional EBN dan pada kasus askep

Teknik hand massage ini bertujuan untuk mengurangi tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien.

c. Analisa Jurnal menggunakan metode PICOT

1) P (Problem/population)

Pasien *Post op* laparatomi trauma abdomen yang mengalami nyeri pada bekas operasi

2) I (Intervention)

Memberikan pijatan di tangan pada pasien dengan teknik hand massage dilakukan pada kedua tangan selama 10 menit, setiap ekstremitas dilakukan selama 5 menit, 1 hari dengan 1 kali perlakuan

3) C (Comperison)

Tidak ada intervensi pembanding yang dilakukan

4) O (Outcome)

Setelah dilakukan Tindakan Teknik pijat selama 3 hari berturut-turut nyeri pasien menurun

5) T (Time)

Penelitian ini dilakukan pada tahun 2023

6. Hasil Telaah

RUBRIK	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
Judul	Efektifitas hand massage terhadap skala nyeri pada pasien <i>post operasi</i> laparatomi di RS. DR. REKSODIWIRYO PADANG	Efektivitas terapi hand massage dalam penurunan intensitas nyeri pada pasien pasca operasi <i>laparatomy</i>	Pengaruh pijat tangan dan kaki terhadap tingkat nyeri pada postpartum ibu dengan <i>Section Caesarea</i> : Laporan Kasus
Problem	Laparotomi adalah salah satu prosedur pembedahan mayor dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Laparatomi menyebabkan ketidaknyamanan dan trauma bagi pasien, salah satu yang sering dikeluhkan pasien adalah nyeri. Salah satu teknik mengurangi intensitas nyeri adalah tehnik hand massage. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui efektifitas hand massage terhadap skala nyeri <i>post operasi</i> laparatomi di RS Dr. Reksodiwiryo Padang.	Bedah laparatomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen yang mengalami masalah seperti perdarahan, perforasi, kanker, dan obtruksi pada area adomen. Adapun masalah yang seringkali muncul pada post operasi laparatomi adalah nyeri pada area bedah, terbatasnya lingkup gerak sendi, serta resiko infeksi. Dari beberapa masalah tersebut yang paling sering dikeluhkan pasien adalah nyeri. Salah satu metode nomfarmakologis untuk meredakan nyeri yaitu massage. Berdasarkan fenomena yang terjadi di lapangan, maka peneliti tertarik untuk meneliti pengaruh terapi hand massage terhadap penurunan	Persalinan pada ibu melahirkan tidak selalu normal atau pervagina tetapi juga persalinan yang kadang memerlukan tindakan seperti dilakukan Sectio Caesarea (SC). Salah satu komplikasi setelah dilakukan SC adalah timbulnya nyeri pada luka operasi. Nyeri akan timbul setelah dilakukan operasi SC dan membuat ketidaknyamanan pada perasaan dan emosional yang tidak menyenangkan setelah menjalani pembedahan pada Tindakan SC. Terapi pengobatan secara non farmakologi sebagai komplementer dan alternatif (CAM) dinilai dapat digunakan sebagai salah satu jenis terapi

		intensitas nyeri <i>post operasi</i> laparatomi	<p>non farmakologi yang dapat dijadikan alternatif pilihan untuk penanganan nyeri post SC.</p> <p>Terapi komplementer terdiri dari pijat, musik yang menenangkan, relaksasi, teknik pikiran-tubuh, refleksiologi, obat-obatan herbal, hipnosis, dan sentuhan terapeutik, yang mencoba membantu mengatasi rasa sakit.</p> <p>Terapi pijat menjadi pilihan yang masuk akal karena pemberian teknik relaksasi ini terbilang tidak susah dilakukan juga sederhana dan dapat dilakukan oleh klien atau pasien sendiri atau dengan meminta bantuan dari orang lain.</p> <p>Salah satu jenis pijat sebagai metode terapi komplementer untuk mengurangi nyeri adalah pijat kaki dan tangan.</p> <p>Berdasarkan penjelasan diatas pemberian intervensi pijat kaki dan tangan dapat dijadikan alternatif lain dalam menangani manajemen nyeri non farmakologi pada pasien-pasien</p>
--	--	---	--

			<i>post operasi sectio caesarea di rumah sakit</i>
Intervention	Intervensi yang diberikan peneliti yaitu memberikan pijatan di tangan pada pasien <i>post op laparatomy</i> teknik hand massage dilakukan selama 10 menit, setiap ekstremitas dilakukan selama 5 menit, 1 hari dengan 1 kali perlakuan	Intervensi yang diberikan pada penelitian ini adalah terapi hand Massage dengan terapis yang sudah tersertifikasi. Teknik pijat yang dilakukan berupa teknik friction dan squeezing. Dilakukan hingga durasi 10 menit selama 3 hari berturut-turut.	Implementasi yang diberikan adalah dengan massage kaki dan tangan yang dilakukan sebanyak 3 kali sehari dengan durasi massage tangan 5 menit dan massage kaki 10-15 menit. Sebelum dilakukan intervensi pasien mengatakan nyerinya berada pada nyeri 6
Comperison	Peneliti menggunakan pembandingan Pre and Post Test Without control. Dimana penelitian ini dilakukan dua kali perlakuan, dengan mengukur skala nyeri <i>post operasi</i> laparatomy menggunakan lembar observasi Numerical Rating Scale (NRS) pada hari kedua <i>post operasi</i> sebelum diberikan hand massage, dan diukur kembali skala nyeri <i>post operasi</i> setelah dilakukan hand massage dengan menggunakan instrumen yang sama	Peneliti menggunakan pembandingan pre test group dan post test group sebanyak 15 responden. Intensitas nyeri pada penelitian ini diukur menggunakan Numeric Rating Scale (NRS) dengan interpretasi skala 0 (tidak nyeri), 1-3(nyeri ringan), 4-6 (nyeri sedang), 7-9(nyeri berat), dan 10(nyeri berat tidak terkontrol)	Tidak ada pembandingan
Outcome	Hasil analisis didapatkan data rata-rata skala nyeri sebelum	Hasil yang didapatkan sebelum dilakukan hand massage yaitu 8 dari	Evaluasi setelah dilakukan intervensi selama 48 jam keluhan

	<p>dilakukan hand massage adalah 4,70. Hasil analisis a rata-rata skala nyeri sesudah dilakukan hand massage adalah 3,90. Terdapat perbedaan secara bermakna skala nyeri pada pasien <i>post operasi</i> laparatomi sebelum dan sesudah dilakukan hand massage di RS Dr.Reksodiwiryo Padang</p>	<p>15 responden mengalami nyeri berat dan 7 dari 15 responden mengalami nyeri sedang. Setelah dilakukan hand massage didapatkan hasil 2 responden sudah tidak mengalami nyeri, dan 13 responden mengalami nyeri ringan. Yang bermakna ada pengaruh terapi hand massage terhadap penurunan intensitas nyeri post bedah laparatomi</p>	<p>nyeri pasien menurun dari skala 6 menjadi 3-4 dengan tanda vital yang stabil, dan pasien tampak rileks</p>
Time	Penelitian ini dilakukan pada tahun 2018	Penelitian ini dilakukan pada tahun 2021	Penelitian ini dilakukan pada tahun 2022

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melakukan pembahasan kasus yang dibandingkan dengan teori dengan membedakan perawatan langsung pada pasien di lahan praktik melalui asuhan keperawatan yang diterapkan pada Tn. M dengan *Post op laparotomy* di ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar, maka penulis dapat mengambil simpulan serta memberikan saran-saran sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pasien dengan inisial Tn. M umur 36 tahun dengan diagnosa medis *post op laparotomy* masuk ke ruangan ICU. Keluarga mengatakan pasien masuk di IGD Bhayangkara karena dirujuk dari salah satu RS di Jeneponto, saat di IGD didapatkan hasil terdapat lubang luka tembak pada regio lumbal *sinistra* dan regio lumbal *dextra*, TTV: TD: 138/80, N: 105x/menit, pernafasan 30x/menit, S: 36°C, SPO2: 80%, tepasang NRM 12 ltr. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28 April 2023 di ICU didapatkan hasil: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi di perut, pasien mengatakan nyeri berada pada skala 7, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk dan tidak menjalar hanya berada pada luka operasi saja, pasien mengatakan nyerinya terus menerus, pasien mengatakan saat bergerak nyerinya semakin parah, tampak pasien bergerak pelan dan meringis. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, tampak pasien menggunakan nasal kanul 3 ltr, TD: 111/58 mmHg N: 118x/ menit P: 24x/menit S: 36,5°C, SPO2 99%. kesadaran composmentis, E4V5M6, tampak terpasang foley kateter ukuran 14 dengan jenis latex dengan jumlah urin 300 cc/8 jam, ,

terpasang NGT, terpasang kolonstomi pada sebelah kanan, terpasang drain pada sebelah kiri dan kanan, akral teraba hangat.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian penulis menganalisis data sehingga menemukan 3 masalah keperawatan

- a Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, nadi meningkat, sulit tidur.
- b Resiko Ketidakseimbangan Cairan dibuktikan dengan prosedur pembedahan mayor
- c Resiko Infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur invasif

3. Intervensi Keperawatan

Dari rencana keperawatan yang telah penulis susun, pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis meliputi tindakan observasi, teraupetik, edukasi dan kolaborasi. Intervensi dapat terlaksana dengan baik karena penulis telah bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan serta dukungan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan seluruhnya dilaksanakan dengan melibatkan atau bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Tn. M. yaitu Nyeri akut b.d agen pencedera fisik teratasi sebagian, resiko ketidak seimbangan cairan dibuktikan dengan prosedur pembedahan mayor teratasi sebagian, dan resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif teratasi sebagian.

B. Saran

1. Bagi instalasi Rumah Sakit

Meningkatkan mutu pelayanan seperti tenaga kesehatan yang profesional dan pengalaman serta fasilitas yang memadai khususnya untuk menangani pasien *post op* laparotomi trauma abdomen di ruang ICU Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

2. Bagi profesi keperawatan

Mengaplikasikan ilmu dan pengetahuan mengenai tindakan keperawatan keperawatan kritis bagi pasien *post op laparotomy* dengan cepat dan tanggap sesuai dengan *evidence based nursing* agar tidak terjadi komplikasi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi meningkatkan mutu pendidikan dalam bentuk memperbanyak penyediaan buku serta sumber tentang Trauma terutama dalam penanganan kritis pada pasien trauma abdomen baik baik dalam teori maupun dalam praktik langsung dilapangan guna menghasilkan lulusan yang professional.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, W., & Saputri, D. M. A. (2020). Efektivitas Hand Massage Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Di RS. DR. Reksodiwiryono Padang. *Jurnal Kesehatan MIDWINERSLION*, 5(1), 96–105. <http://ejournal.stikesbuleleng.ac.id/index.php/Midwinerslion>
- Baitussalam, K.-D. I., Sultan, R. S. I., & Semarang, A. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. C DENGAN POST LAPARATOMI INDIKASI ILEUS OBRUKTIF HARI KE-3 DI BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG*.
- Erita, Mahendra, D., & Adventus. (2019). Buku Materi Pembelajaran Manajemen Gadar. In *Uki* (p. 12). <http://repository.uki.ac.id/2715/1/BUKUMATERIPEMBELAJARANMANAJEMENKEPERAWATAN.pdf><http://repository.uki.ac.id/2713/1/BUKUMATERIPEMBELAJARANMANAJEMENGADARLANJUTAN1.pdf>
- Fitria, W. E. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA PASIEN TRAUMA TUMPUL ABDOMEN DENGAN TINDAKAN LAPARATOMI DI RUANG OK RUMAH SAKIT MARDI WALUYO METRO TAHUN 2019. *Diploma Thesis*. <https://repository.poltekkes-tjk.ac.id/id/eprint/3694/>
- Hikmah. (2013). PENGARUH TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM TERHADAP PERUBAHAN INTENSITAS NYERI PADA PASIEN PASCA OPERASI LAPARATOMI DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR [Universitas Hasanuddin]. In *SKRIPSI* (Vol. 123, Issue 10). <https://shodhganga.inflibnet.ac.in/jspui/handle/10603/7385>
- Kurianto, E., & Arianti, A. (2018). Status Cairan Pada Pasien Pasca Pembedahan di RS PKU Muhammadiyah Gamping. *Indonesian Journal of Nursing Practice*, 2(2), 68–76. <https://doi.org/10.18196/ijnp.2281>

- Manshur, U. N. Al. (2022). *No Title* [POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SEMARANG].
<http://123.231.148.147:8908/index.php?p=fstream&fid=30117&bid=18552>
- Napitupulu, D. S., & Situmorang, P. R. (2021). TRAUMA ABDOMEN dan PEMERIKSAAN LABORATORIUM SEGERA TERKAIT TRAUMA PADA ABDOMEN David Sumanto Napitupulu 1* , Paska Ramawati Situmorang 2 , Seri Rayani Bangun 3 , Rica Vera br Tarigan 4. *Jurnal Pengabdian Kesehatan (JUPKes)*, 28-42.
- Nayduch, D. (2014). *Nurse to Nurse Perawatan Trauma* (A. Suslia (ed.); 1st ed.). Salemba.
- Parindur, A. G. (2017). Trauma Tumpul. *Ibnu Sina*, 1(2), 29–36.
- PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.
- PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.
- Riskesdas. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes*.
- Shinta, D. W. B. (2020). KARAKTERISTIK PASIEN TRAUMA ABDOMEN DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR PERIODE JANUARI-DESEMBER 2018.
File:///C:/Users/VERA/Downloads/ASKEP_AGREGAT_ANAK_and_REMAJA_PRINT.Docx, 21(1), 1–9.
- Siahaan, M. (2009). *Pengaruh Discharge Planning yang Dilakukan oleh Perawat Terhadap Kesiapan Pasien Pasca Bedah Akut Abdomen Menghadapi Pemulangan Di RSUP H . Adam Malik Medan Marthalena Siahaan Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera*. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Taufik, T. F., & Darmawan, F. (2020). Laporan Kasus : Trauma Tusuk Abdomen Dengan Eviserasi Usus Pada Anak Laki-laki Usia 16

Tahun. *Jurnal Majority*, 9(2), 68–72.

Tefnai, S. V. (2019). *ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA Tn.A.N DENGAN POST OPERASI LAPARATOMI DI RUANG KELIMUTU RSUD PROF.DR.W.Z JOHANES KUPANG*. POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG JURUSAN.

Wiargitha, I. K. (2022). Prediktor Klinis Lesi Intraabdomen Pada Penderita Trauma Tumpul Abdomen Yang Dirawat Konservatif Di Rumah Sakit Sanglah Denpasar. *Universitas Udayana*, 11.

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Julaeta Palimbong
Tempat/Tanggal lahir : Makassar, 11 Juli 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : BTP blok L. No. 339

2. Identitas orang Tua

Ayah/Ibu : (Alm) Yunus Kuning/Hanna
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Pensiunan PNS
Alamat : Desa Buntu Limbong Kecamatan Gandangbatu
Sillanan, Kabupaten Tana toraja

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Inpres Tamalanrea 1 Makassar : Tahun 2006-2009
SDN154 Limbong Tana Toraja : Tahun 2009-2012
SMPN 2 Mengkendek : Tahun 2012-2015
SMA 9 Tana Toraja : Tahun 2015-2018
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2018-2023

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Kristiani Pakambanan.
Tempat tgl lahir : Toraja, 22 September 1999.
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Asrama Sitimiriam

2. Identitas orang Tua

Ayah/ibu : (alm) Yohanis Sampe/Ludia Ramba'(Amlh.)
Agama : Katolik
Pekerjaan : (-)
Alamat : (-)

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh













SDN 447 Sukamakmur : Tahun 2007-2012
SMPN Satap Pongsamelung : Tahun 2012-2015.
SMAN 11 LUWU : Tahun 2015-2018.
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2018-Sekarang




DAFTAR LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : Julaeta Palimbong (NS2214901076)
 Kristiani Pakambanan (NS22149010180)

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Post op laparotomy* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Pembimbing : Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1	27 April 2023	Laporan Kasus			
2	4 Mei 2023	Konsultasi hasil pengkajian			
3	17 Mei 2023	Konsultasi revisi pengkajian: - Lengkapi data pengkajian - Perbaiki implementasi dan evaluasi			
4	26 Mei 2023	Konsultasi EBN dan BAB IV			













5	9 Juni 2023	Perbaiki ukuran font, spasi pengetikan			
---	-------------	--	---	---	---




DAFTAR LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama Mahasiswa : Julaeta Palimbong (NS2214901076)
Kristiani Pakambanan (NS22149010180)

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Post op laparotomy* di Ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

Pembimbing : Rosdewi, S.Kp., MSN

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Paraf		
			Pembimbing	Mahasiswa	
				I	II
1	17 Mei 2023	Laporan kasus dan konsultasi BAB I			
2	23 Mei 2023	Konsultasi BAB II			
3	30 Mei 2023	Konsultasi Anatomi Fisiologi			
4	1 Juni 2023	Konsultasi Pathway			

5	7 Juni 2023	Perbaiki ukuran font, spasi pengetikan			
---	-------------	--	--	---	---