

BAB III

LAPORAN KASUS

3.1 Hasil

3.1.1 Kondisi Lokasi Laporan Kasus

Laporan kasus ini dilaksanakan di wilayah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang beralamat di Jl. Dr. Moch. Hatta No. 19, Oetete, Kecamatan Oebobo, Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur. RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang merupakan rumah sakit pemerintah provinsi yang ditetapkan sebagai RSUD Kelas B Pendidikan dan memiliki peran penting sebagai fasilitas layanan kesehatan rujukan bagi masyarakat di wilayah Nusa Tenggara Timur. Rumah sakit ini awalnya berdiri sejak tahun 1941 sebagai rumah sakit darurat kecil pada masa kolonial dan berkembang hingga menjadi salah satu rumah sakit terbesar dan terlengkap di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang melayani berbagai pelayanan medis termasuk rawat jalan, rawat inap, penanganan emergensi, dan layanan spesialis. RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang menyediakan beragam layanan klinik spesialis, mulai dari klinik dasar seperti Penyakit Dalam, Kebidanan dan Kandungan, Anak, hingga klinik sub-spesialis dan khusus, serta menjadi bagian dari jejaring rujukan layanan kardiovaskuler dan berbagai program inovasi layanan kesehatan untuk meningkatkan akses pelayanan bagi pasien.

3.1.2 Karakteristik Subyek Laporan Kasus

Subyek dalam laporan kasus ini adalah seorang pasien laki-laki dengan diagnosa medis Ileus Obstruksi di Ruang Kelimutu RSUD Prof Dr W.Z Johannes Kupang.

3.2 Pengkajian Keperawatan

Proses asuhan keperawatan pada kasus ini dilakukan mulai dari tahap pengkajian keperawatan hingga evaluasi keperawatan yang dapat dipaparkan sebagai berikut. Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Januari 2026 pada pukul 15.35 WITA di Ruang Kelimutu di RSUD Prof Dr W.Z Johannes Kupang. Data

dikumpulkan dengan memanfaatkan metode observasi serta wawancara. Dibawah ini adalah data-data yang diperoleh dari hasil pengkajian tersebut.

a. Biodata

	Istri	Suami
Nama	Ny A	Tn A
Umur	48	52
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	IRT	Nelayan
Alamat	Pulau Kera	Pulau Kera

Tanggal pengkajian : 12 Januari 2026

b. Alasan dirawat

a)Alasan MRS : Pasien datang pada tanggal 31 Desember 2026 pukul 13.45 dengan keluhan perut kembung disertai nyeri abdomen, demam dan mual muntah

b)Keluhan saat dikaji : Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh merasa tidak nyaman akibat rasa nyeri pada abdomen

c. Riwayat Kesehatan

a)Keluhan utama : Pasien mengeluh merasa nyeri di area distensi abdomen, mual muntah dan demam, sulit beraktivitas karena nyeri

b)Riwayat : Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat genetik atau riwayat penyakit keturunan berupa penyakit jantung, tekanan darah tinggi, atau diabetes melitus

d. Pola Kesehatan Sehari-hari

a)Bernafas : RR : 24x/menit

b)Nutrisi (makan/minum) : keluarga pasien mengatakan makan tidak teratur kadang hanya 1x sehari dan minum 8 gelas sehari

- c) Eliminasi : Pasien mengatakan belum BAB selama 1 hari.
 - d) Gerak badan : Pasien mengatakan belum mampu bergerak sepenuhnya.
 - e) Istirahat tidur : Pasien dan keluarga mengatakan tidur sedikit terganggu akibat sering terbangun dari rasa nyeri abdomen
 - f) Berpakaian : Pasien mengatakan belum mampu berpakaian sendiri sehingga selama perawatan di RS dibantu keluarga
 - g) Rasa nyaman : Pasien mengatakan kurang nyaman dengan nyeri yang dirasakan di area distensi abdomen, skala 4
 - h) Kebersihan diri : Pasien mengungkapkan belum bisa merawat dirinya, saat ini dibantu dengan keluarganya
 - i) Rasa aman : Pasien mengatakan aman karena sudah ditemani istri, saudara dan anak-anaknya
 - j) Pola interaksi sosial: Pasien mengatakan komunikasinya saat ini baik
 - k) Ibadah : Pasien mengatakan beribadah sesuai dengan keyakinannya
 - l) Produktivitas : Pasien mengatakan belum bisa beraktivitas sepenuhnya
 - m) Rekreasi : Pasien mengatakan belum bisa berekreasi
 - n) Kebutuhan belajar : Pasien dan keluarga mengatakan ingin belajar perawatan pada masa perawatan stoma
- e. Pemeriksaan Fisik
- a) Keadaan umum : GCS E4 V5 M6 dengan tingkat kesadaran composmentis. TTV: TD : 120/90 mmHg, nadi : 112 x/menit, frekuensi nafas : 24 x/menit dan suhu 36 °C.
 - b) Kepala : Wajah tidak ada edema, sklera putih/tidak ikterus, konjungtiva anemis
 - c) Pencernaan : kulit pucat, bibir dan ujung jari kebiruan(sianosis perifer) tampak distensi abdomen, nyeri tekan di area distensi, terdapat luka post OP dan stoma. Inspeksi:turgor kulit kembali cepat(elastis), bibir tampak pucat dengan kelembapan menurun, warna mukosa secara umum tampak pucat, auskultasi: bising usus terdengar 3x/menit, adanya timpani(udara), palpasi: nyeri tekan pada area distensi abdomen
 - d) Ekstremitas : Tidak terdapat edema dan varises dengan CRT <2 detik

f. Diagnosa medis

Ileus Obstruksi

g. Penatalaksanaan

a)Pembedahan

Laparotomi eksplorasi+pembuatan stoma

b)Obat 6 benar (indikasi)

Tabel 2 Terapi Pemberian Obat

Ceftriaxon – 1 gram
Ketorolac – 30 mg
Metronidazol – 500 mg
NaCl : bifluid – 2 : 2
Ranitidine – 50 mg
Methoklopramid HCl inj – 10 mg
Omeprazole inj – 40 mg

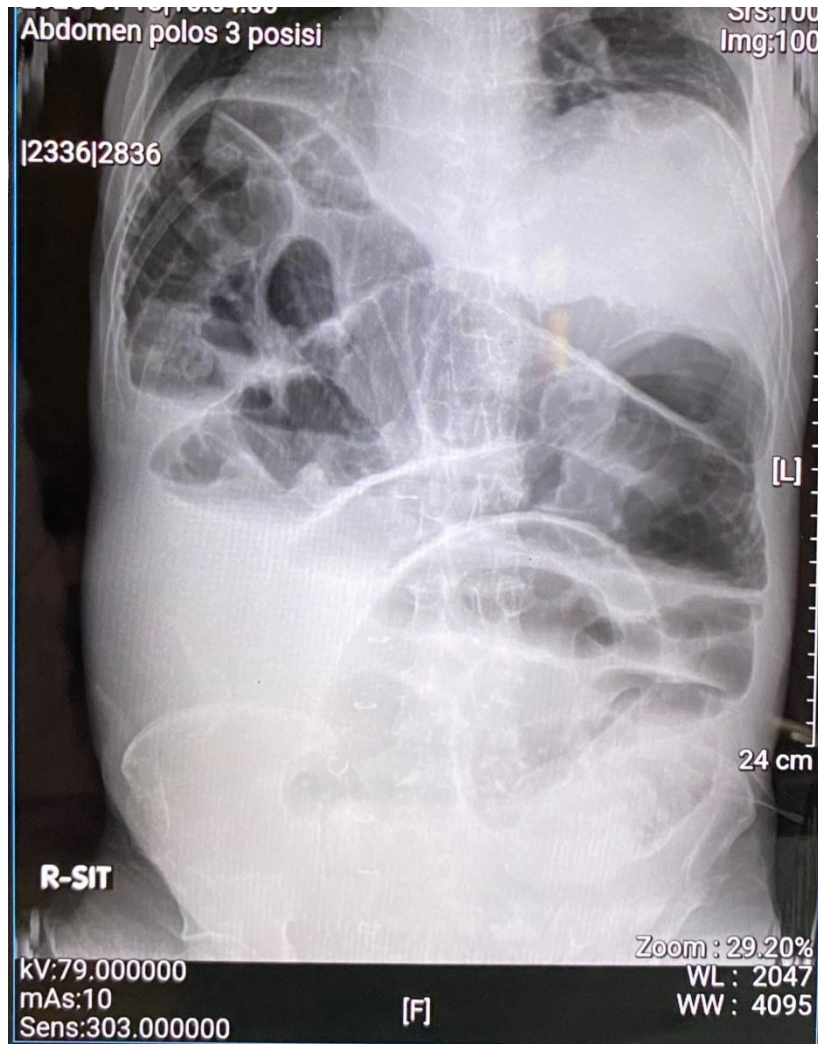
c) Pemeriksaan Darah

Tabel 3 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hemoglobin	12.1	g/dL	[13.0-18.0]
Jumlah eritrosit	3.99	$10^6/uL$	[4.50-6.20]
Hematokrit	36.6	%	[40.0-54.0]
Eosinofil	0	%	1-5
Neutrofil	79	%	0-1
Limfosit	10.90	%	[20.00-40.00]
Monosit	10.20	%	[2.00-8.00]
Jumlah Neutrofil	7.16	$10^3/ul$	[1.50-7.00]
Jumlah limfosit	0.99	$10^3/ul$	[1.00-3.70]
Jumlah monosit	0.93	$10^3/ul$	[0.00-0.70]
Jumlah trombosit	646.00	$10^3/ul$	[150.00-400.00]
PDW	8.50	fL	[9.00-17.00]
PCT	0.59	%	[0.17-0.35]

d) Diagnostik Test

Gambar 2 Foto Rontgen Abdomen



Hasil foto menunjukkan adanya dilatasi (pelebaran) loop usus yang signifikan dengan gambaran herringbone appearance atau step ladder (tumpukan anak tangga). Hal ini menandakan adanya akumulasi gas dan cairan yang masif di dalam usus akibat hambatan aliran (obstruksi). Kondisi ini secara klinis bermanifestasi sebagai distensi abdomen.

3.3 Diagnosis Keperawatan

Tabel 4 Analisis Data

No	DATA	ETIOLOGI	DIAGNOSA
1	<p>DS: Pasien mengeluh nyeri pada area perut yang kembung P: Nyeri bertambah saat pasien mencoba bergerak, bergeser posisi, atau saat area perut ditekan (palpasi). Nyeri sedikit berkurang saat pasien beristirahat dalam posisi tertentu, namun rasa kencang tetap ada karena distensi. Q: Pasien menggambarkan nyeri terasa tegang, kencang, dan seperti tertekan dari dalam akibat penumpukan gas (distensi). R: Nyeri berpusat di seluruh area abdomen (perut), terutama pada titik-titik distensi dan area sekitar luka operasi. Nyeri tidak menyebar ke area tubuh lain. S: Skala nyeri berada pada skala 4 (kategori nyeri sedang). T: Nyeri dirasakan secara intermiten atau menetap (tergantung aktivitas peristaltik usus) dan sangat terasa ketika pasien mengeluh perutnya kembung/kencang.</p> <p>DO (Data Objektif): Wajah tampak meringis (grimace) dan gelisah saat dilakukan palpasi ringan di sekitar abdomen Sikap protektif: Tangan pasien sering memegang area perut atau membatasi gerak. Pasien tampak gelisah Nadi: 112 x/menit Pasien mengeluh sulit tidur, nafsu makan berubah</p>	<p>Agen pencedera fisiologis(distensi abdomen)</p>	<p>Nyeri akut(D.0077)</p>
2.	<p>DS (Data Subjektif):-</p> <p>DO (Data Objektif): Inspeksi: Perut tampak distensi (membuncit/tegang). Auskultasi: Bising usus terdengar melemah (3x/menit) — ini menandakan motilitas usus belum pulih sempurna.</p>	<p>Pembedahan Abdomen,</p>	<p>Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal(D.0033)</p>

	<p>Perkusi: Bunyi timpani pada area abdomen yang distensi.</p> <p>Tanda Anemia: Konjungtiva anemis, warna kulit Pucat, dan kuku (CRT) > 2 detik.</p> <p>Input Cairan: Intake 900 cc/hari (menunjukkan risiko hipovolemia yang memperburuk perfusi ke usus)</p> <p>Stoma: Terpasang stoma bag; tampak pengeluaran feces (feses awal biasanya cair/serous).</p> <p>Kondisi Peristomal: Kulit di sekitar stoma tampak kemerahan (eritema) akibat kontak dengan perekat atau feces</p>		
3.	<p>DS (Data Subjektif):-</p> <p>DO (Data Objektif):</p> <p>Kondisi Luka: Terdapat luka operasi laparotomi sepanjang ± 10cm</p> <p>Stoma: Terpasang stoma bag; tampak pengeluaran feces (feses awal biasanya cair/serous).</p> <p>Kondisi Peristomal: Kulit di sekitar stoma tampak kemerahan (eritema) akibat kontak dengan perekat atau feces.</p> <p>Alat Invasif: Terpasang IV line (infus) di tangan dan Folley Catheter (kateter urine).</p>	Efek prosedur invasif (pembedahan dan pemasangan alat medis)	Resiko infeksi(D.0142)

Berdasarkan data yang telah dikumpulkan, diagnosis keperawatan pada Tn. A yang dapat ditegakkan adalah sebagai berikut:

1. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (distensi abdomen) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri skala 4, tampak meringis, dan bersikap protektif.
2. Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal(D.0033) dibuktikan dengan faktor risiko disfungsi gastrointestinal (pasca-operasi ileus), perut kembung (distensi), dan kondisi anemia (pucat).
3. Risiko Infeksi(D.0142) berhubungan dengan faktor risiko prosedur invasif (luka operasi laparotomi dan pemasangan stoma)

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 5 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri Akut (D.0077) b.d Agen Pencedera Fisiologis	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 Jam diharapkan Tingkat Nyeri Menurun dengan Kriteria Hasil: 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas Meningkat 2. Keluhan nyeri Menurun 3. Meringis Menurun 4. Sikap protektif Menurun 5. Gelisah Menurun 6. Kesulitan tidur Menurun 7. Menarik diri Berfokus pada diri sendiri Menurun 8. Diaforesis Menurun 9. Perasaan depresi (tertekan) Menurun 10. Perasaan takut mengalami cedera berulang 11. Anoreksia Menurun 12. Ketegangan otot Menurun 13. Pupil dilatasi Menurun 14. Muntah Menurun 15. Mual Menurun 16. Frekuensi nadi Membaik 17. Pola napas Membaik 18. Tekanan darah Membaik 19. Proses berpikir Membaik 20. Fokus Membaik 21. Fungsi berkemih Membaik 22. Perilaku Membaik 23. Nafsu makan Membaik 24. Pola tidur Membaik	Manajemen Nyeri (1.08238) Tindakan Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri respons nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 9. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 10. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 11. Fasilitasi Istirahat dan tidur 12. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 13. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 14. Jelaskan strategi meredakan nyeri 15. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 16. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 17. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.	<p>Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal</p>	<p>Motilitas Gastrointestinal</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 × 24 jam diharapkan motilitas gastrointestinal membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Mual menurun 3. Muntah menurun 4. Konsistensi feses membaik 5. Distensi abdomen menurunTingkat mual menurun 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu Ajarkan diet yang diprogramkan 17. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 18. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu <p>Perawatan stoma (I.04166)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa keadaan umum pasien (mis: kesadaran, tanda-tanda vital) 2. Periksa kondisi pasien (mis: waktu pembuatan stoma, jenis stoma, karakteristik stoma, komplikasi, karakteristik feses) 3. Identifikasi kemampuan dan pengetahuan tentang stoma <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Bebaskan area stoma dari pakaian 5. Terapkan teknik aseptik selama perawatan stoma 6. Buang dan bersihkan stoma dari kantung sebelumnya 7. Bersihkan stoma dengan air dan sabun 8. Ukur stoma dengan pedoman pengukuran
----	--	--	--

			<p>9. Siapkan plate dan kantung stoma baru</p> <p>10. Gunakan pasta/powder sesuai kebutuhan</p> <p>11. Pasang kantung dan plate yang baru dan gesper</p>
3.	Risiko infeksi	<p>Tingkat Infeksi (I.14539)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kemerahan menurun 6. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Perawatan Luka(I.14564)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 6. Bersihkan jaringan nekrotik 7. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 8. Pasang balutan sesuai jenis luka 9. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 11. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 12. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari 13. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi 14. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneus), jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 16. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 17. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 19. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

3.5 Implementasi keperawatan

Tindakan asuhan keperawatan dilaksanakan pada tanggal 12-17 Januari 2026 dilakukan di Ruang Kelimutu, RSUD Prof Dr W Z Johannes Kupang

Tabel 6 Implementasi

DIAGNOSA	TGL	JAM	IMPLEMENTASI	
Nyeri akut	12 Jan 2026	14.10	1. Menentukan lokasi, sifat, lama, frekuensi, kualitas serta tingkat keparahan nyeri Hasil: nyeri di area perut kembung, hilang timbul, 3-5 menit, seperti ditusuk dan disayat-sayat.	
		14.13	2. Menilai tingkat skala nyeri. Hasil: skala 4	
		14.15	3. Mengamati respons nonverbal terhadap nyeri. Hasil: pasien terlihat meringis dan melindungi area nyeri	
		14.20	4. Melakukan identifikasi terhadap faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: nyeri bertambah saat aktivitas dan berkurang saat istirahat	
		14.24	5. Menilai tingkat pengetahuan serta keyakinan pasien terkait nyeri Hasil: klien belum sepenuhnya mengerti penyebab dan cara mengontrol nyeri	
		14.26	6. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri. Hasil: tidak ditemukan dampak budaya terhadap cara pasien memaknai nyeri.	
		14.29	7. Mengidentifikasi dampak nyeri terhadap kondisi kehidupan pasien. Hasil: nyeri menyebabkan gangguan tidur dan keterbatasan aktivitas	
		14.32	8. Menerapkan teknik non-farmakologis guna mengurangi intensitas nyeri. Hasil: Nyeri berkurang setelah dilakukan relaksasi(hilang muncul)	
				9. Mengatur lingkungan yang dapat memperparah nyeri Hasil: kondisi pasien menunjukkan lebih rileks setelah lingkungan dibuat tenang dan nyaman.
				10. Memberikan penjelasan mengenai penyebab, lama serta pemicu nyeri Hasil: Pasien mampu menjelaskan kembali faktor penyebab dan pemicu nyeri.
Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointesti nal		14.00	1. Memeriksa kondisi umum serta tanda-tanda vital pasien. Hasil: Kesadaran pasien compos mentis GCS 15 (E4V5M6), tekanan darah(110/70) dan nadi(112).	
		15.00	2. Memeriksa kondisi pasien mencakup waktu pembuatan stoma, jenis, karakteristik, dan feses. Hasil: Pasien Post-Op hari ke-9 (POD #9), stoma jenis kolostomi terawat dengan baik, tidak ada tanda komplikasi, dan produksi feses (-) sejak kemarin.	
		15.05	3. Mengidentifikasi kemampuan dan pengetahuan pasien tentang stoma.	

		15.10	Hasil: Pasien mengetahui kondisi stomanya dan melaporkan bahwa keluhan perut kembung serta nyeri (skala nyeri 4).
		15.13	4. Mengidentifikasi status nutrisi, kebutuhan kalori, dan jenis nutrien. Hasil: Pasien mengalami anemia (Hb 8.8 g/dL) dan memerlukan diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP) untuk mendukung pemulihan luka serta pembentukan sel darah merah.
		15.15	5. Mengidentifikasi alergi, intoleransi makanan, dan makanan yang disukai. Hasil: Pasien memiliki pantangan tidak mengonsumsi daging dan bawang putih; diet disesuaikan dengan sumber protein lain yang ditoleransi, makanan yang disukai ikan dan sayur putih.
		15.17	6. Memonitor asupan makanan dan adanya mual muntah. Hasil: Pasien masih mengeluh mual dan muntah; asupan bubur saring.
		15.20	7. Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium. Hasil: Hasil Lab menunjukkan Hb rendah (8.8 g/dL) dan leukositosis (18.86 $10^3/uL$) yang memerlukan intervensi nutrisi dan medis lebih lanjut.
		15.23	8. Mengajukan keluarga menyajikan makanan dengan tampilan menarik serta suhu yang sesuai. Hasil: keluarga pasien menerima anjuran dengan baik.
		17.30	9. Mengajarkan diet yang diprogramkan. Hasil: Pasien dan keluarga diberikan edukasi mengenai pentingnya menghabiskan bubur saring dan mencari alternatif protein non-daging (seperti putih telur/ikan) untuk memperbaiki kadar Hb.
		18.00	10. Melakukan kolaborasi pemberian medikasi antiemetik sebelum makan. Hasil: Ranitidine mg IV, metoklopramid 3x10 mg iv dan Sucralfat sirup 3x15 ml diberikan untuk mengurangi mual agar asupan nutrisi lebih optimal.
			11. Latihan duduk dan mobilisasi miring kanan-miring kiri agar kembung berkurang. Hasil: Kembung berkurang, pasien masih belum terbiasa mika-miki
Risiko infeksi		15.00	1. Memantau karakteristik luka seperti tingkat kekeringan, warna, ukuran dan bau Hasil: Luka operasi di abdomen (midline) tampak menyatu, kondisi luka bersih dan terawat. Tidak ada bau busuk, tidak ada pus (nanah), namun masih terpasang drain (H10).
		15.03	2. Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil: Secara lokal tidak ada kemerahan (rubor) atau bengkak (tumor) berlebih pada luka. Namun, pemantauan diperketat karena hasil lab menunjukkan leukositosis (18.86) yang menandakan risiko infeksi sistemik masih ada.
		18.00	3. Menentukan jadwal perubahan posisi setiap dua jam berdasarkan kondisi pasien. Hasil: Pasien belum mampu miring kanan miring kiri.
		18.10	4. Mengajukan asupan diet sebesar 30-35 kkal/kgBB/hari serta protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari. Hasil: Diet bubur saring diberikan.
		18.15	5. Memberikan terapi simptomatik serta penatalaksanaan terhadap gejala infeksi.

		18.19	<p>Hasil: Pasien dan keluarga paham untuk melapor jika luka terasa panas, bengkak, atau pasien mengalami demam mendadak.</p> <p>6. Menyarankan asupan diet tinggi kalori dan protein. Hasil: Edukasi ditekankan pada konsumsi ekstrak albumin dan putih telur sebagai pengganti daging sapi/ayam yang tidak dikonsumsi pasien, guna menaikkan Hb dan menutup luka.</p>
Nyeri Akut	13 Januari 2026	13.50	<p>1. Menentukan lokasi, sifat, lama, frekuensi, kualitas serta tingkat keparahan nyeri. Hasil: nyeri di area perut kembung, hilang timbul, 3-5 menit, seperti ditusuk dan disayat-sayat.</p>
		13.55	<p>2. Menilai tingkat skala nyeri. Hasil: skala 6</p>
		13.59	<p>3. Mengidentifikasi respons nyeri nonverbal. Hasil: Pasien masih tampak lemah, meringis dan melindungi area nyeri.</p>
		14.05	<p>4. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. Hasil: nyeri masih hilang timbul</p>
		16.30	<p>5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Pasien mampu mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri.</p> <p>6. Mengukur TTV Hasil: TD 120/80, HR 115, S36, SPO2 94 RR 23</p>
Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal		13.51	<p>1. Memeriksa keadaan umum pasien dan tanda-tanda vital. Hasil: Kesadaran pasien compos mentis GCS 15 (E4V5M6), tekanan darah dan nadi 96x pasien masih mengeluh lemas.</p>
		13.53	<p>2. Memeriksa kondisi pasien mencakup waktu pembuatan stoma, jenis, karakteristik, dan feses. Hasil: Pasien Post-Op hari ke-10(POD #10), stoma jenis kolostomi terawat dengan baik, tidak ada tanda komplikasi, dan terdapat produksi feses (cair) sedikit.</p>
		13.55	<p>3. Mengidentifikasi kemampuan dan pengetahuan pasien tentang stoma. Hasil: Pasien mengetahui kondisi stomanya dan melaporkan keluhan perut kembung nyeri (skala nyeri</p>
		14.07	<p>4. Membebaskan area stoma dari pakaian pasien. Hasil: Area abdomen terpapar, privasi terjaga, tampak drain (H11) dan stoma (H10) terpasang</p>
		14.10	<p>5. Memonitor asupan makanan dan adanya mual muntah. Hasil: Pasien dalam masa puasa.</p>
		18.00	<p>6. Melakukan kolaborasi pemberian medikasi antiemetik sebelum makan. Hasil: Ranitidine mg IV, diberikan untuk mengurangi mual.</p>
		18.05	<p>7. Latihan duduk dan mobilisasi miring kanan-miring kiri agar kembung berkurang. Hasil: masih kembung dan belum terbiasa mika-miki</p>
Risiko infeksi		13.53	<p>1. Memantau karakteristik luka seperti tingkat kekeringan, warna, ukuran dan bau. Hasil: Luka operasi di abdomen (midline) tampak menyatu, kondisi luka bersih dan terawat. Tidak ada bau busuk, tidak ada pus (nanah), namun masih terpasang drain (H11).</p>
		13.54	<p>2. Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil: Secara lokal tidak ada kemerahan (rubor) atau bengkak (tumor) pada luka.</p>

Nyeri Akut	14/01/2026	13.50	1. Menentukan lokasi, sifat, lama, frekuensi, kualitas serta tingkat keparahan nyeri Hasil: nyeri di area perut kembung, hilang timbul, 3-5 menit.
		13.52	2. Menilai tingkat skala nyeri. Hasil: skala 4
		13.55	3. Mengamati respons nonverbal terhadap nyeri. Hasil: Pasien masih tampak lemah, meringis dan melindungi area nyeri.
		13.56	4. Memonitor efektivitas terapi komplementer yang telah diberikan. Hasil: nyeri masih bersifat intermiten
		13.57	5. Memberikan edukasi mengenai teknik nonfarmakologis untuk meminimalkan rasa nyeri Hasil: Pasien mampu mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri.
		14.00	6. Mengukur TTV Hasil: TD 110/60, HR 111, S36, SPO2 95 RR 21
Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal		14.00	1. Memeriksa kondisi umum pasien dan tanda-tanda vital. Hasil: Kesadaran pasien compos mentis GCS 15 (E4V5M6), tekanan darah dan nadi 97x pasien masih mengeluh lemas.
		18.00	2. Memeriksa kondisi pasien mencakup waktu pembuatan stoma, jenis, karakteristik, dan feses. Hasil: Pasien Post-Op hari ke-11(POD #11), stoma jenis kolostomi terawat dengan baik, tidak ada tanda komplikasi, dan terdapat produksi feses (cair) sedikit.
		18.05	3. Mengidentifikasi kemampuan dan pengetahuan pasien tentang stoma. Hasil: Pasien mengetahui kondisi stomanya dan melaporkan keluhan perut kembung nyeri berkurang (skala nyeri 4).
		18.07	4. Membebaskan area stoma dari pakaian pasien. Hasil: Area abdomen terpapar, privasi terjaga, tampak drain (H12) dan stoma (H11) terpasang.
		18.09	5. Memonitor asupan makanan dan adanya mual muntah. Hasil: Pasien dalam masa puasa dan konsumsi air gula 25-30cc.
Resiko Infeksi		21.00	1. Memantau karakteristik luka seperti tingka kekeringan, warna, ukuran dan bau. Hasil: Luka operasi di abdomen (midline) tampak menyatu, kondisi luka bersih dan terawat. Tidak ada bau busuk, tidak ada pus (nanah), namun masih terpasang drain (H12).
		21.05	2. Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil: Secara lokal tidak ada kemerahan (rubor) atau bengkak (tumor) pada luka.
Nyeri Akut	15/01/2026	08.00	1. Menentukan lokasi, sifat, lama, frekuensi, kualitas, serta tingkat keparahan nyeri Hasil: nyeri di area perut kembung, hilang timbul, 3-5 menit.
		08.03	2. Menilai tingkat skala nyeri. Hasil: skala 3
		08.05	3. Mengamati respons nonverbal terhadap nyeri. Hasil: Pasien masih menunjukkan kelemahan, ekspresi meringis, dan berusaha melindungi area yang terasa nyeri
		08.07	4. Memonitor efektivitas terapi komplementer yang telah diberikan. Hasil: nyeri masih bersifat intermiten
		08.10	5. Menganjurkan teknik nonfarmakologis untuk mereduksi tingkat nyeri
		10.00	

			<p>Hasil: Pasien mampu mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri.</p> <p>6. Mengukur TTV Hasil: TD 100/60, HR 110, S36, SPO2 95 RR 22</p>
Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal		<p>10.00</p> <p>10.05</p> <p>10.06</p> <p>10.07</p> <p>12.00</p> <p>12.03</p> <p>12.05</p> <p>12.15</p> <p>12.17</p> <p>12.20</p> <p>13.00</p> <p>13.06</p>	<p>1. Memeriksa status umum pasien dan TTV. Hasil: Kesadaran pasien compos mentis GCS 15 (E4V5M6), tensi 100/60 dan nadi 110x pasien masih merasa lemas</p> <p>2. Memeriksa kondisi pasien mencakup waktu pembuatan stoma, jenis, karakteristik, dan feses. Hasil: Pasien Post-Op hari ke-12(POD #12), stoma jenis kolostomi terawat dengan baik, tidak ada tanda komplikasi, dan terdapat produksi feses (cair) sedikit.</p> <p>3. Mengidentifikasi kemampuan dan pengetahuan pasien tentang stoma. Hasil: Pasien mengetahui kondisi stomanya dan melaporkan keluhan perut kembung nyeri berkurang (skala nyeri 3).</p> <p>4. Membebaskan area stoma dari pakaian pasien. Hasil: Area abdomen terpapar, privasi terjaga, tampak drain (H13) dan stoma (H12) terpasang</p> <p>5. Menerapkan teknik aseptik selama perawatan stoma Hasil: Perawatan stoma dilakukan dengan teknik aseptik, tidak ditemukan tanda kontaminasi, area sekitar stoma tetap bersih dan kering</p> <p>6. Membuang dan membersihkan stoma dari kantung sebelumnya Hasil: Kantung stoma lama berhasil dilepas, tidak terjadi iritasi atau perdarahan pada area stoma.</p> <p>7. Membersihkan stoma dengan NaCl Hasil: Stoma tampak bersih, berwarna merah muda, lembap, tidak ada kotoran atau sisa feses yang menempel.</p> <p>8. Mengukur stoma dengan pedoman pengukuran Hasil: Ukuran stoma terukur dengan baik, diameter stoma sesuai dengan ukuran plate yang akan digunakan.</p> <p>9. Menyiapkan plate dan kantung stoma baru Hasil: Plate dan kantung stoma baru siap digunakan sesuai ukuran stoma dan kebutuhan pasien.</p> <p>10. Melakukan pemasangan kantung, plate baru dan gesper Hasil: Kantung dan plate terpasang dengan baik dan rapat, tidak ada kebocoran, pasien tampak nyaman.</p> <p>11. Memonitor asupan makanan dan adanya mual muntah. Hasil: Pasien tidak lagi mual muntah, konsumsi air gula 25-30cc</p> <p>12. Latihan duduk dan mobilisasi miring kanan-miring kiri agar kembung berkurang. Hasil: pasien sudah terbiasa mika miki dan melakukan mobilisasi bertahap</p>
Risiko Infeksi		<p>12.25</p> <p>12.27</p>	<p>1. Memantau karakteristik luka seperti tingkat kekeringan, warna, ukuran dan bau. Hasil: Luka operasi di abdomen (midline) tampak menyatu, kondisi luka bersih dan terawat. Tidak ada bau busuk, tidak ada pus (nanah), namun masih terpasang drain (H13).</p> <p>2. Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil: Secara lokal tidak ada kemerahan (rubor) atau bengkak (tumor) pada luka.</p>

Nyeri Akut	16/01/2026	08.00	1. Menentukan lokasi, sifat, lama, frekuensi, kualitas, serta tingkat keparahan nyeri. Hasil: nyeri di area perut berkurang.
		08.05	2. Menilai tingkat skala nyeri. Hasil: skala 2
		08.09	3. Mengamati respons nonverbal terhadap nyeri Hasil: pasien tampak tenang, tidak ada meringis, dapat beraktivitas tanpa gangguan
		08.10	4. Menilai efektivitas terapi komplementer yang sudah dilaksanakan
		08.15	Hasil: nyeri masih intermiten
		10.00	5. Menganjurkan teknik nonfarmakologis untuk mereduksi rasa nyeri. Hasil: Pasien mampu mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri. 6. Mengukur TTV Hasil: TD 120/80, HR 99, S36, SPO2 98 RR 20
Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal		10.00	1. Memeriksa status umum pasien dan tanda-tanda vital. Hasil: Kesadaran pasien compos mentis GCS 15 (E4V5M6), tekanan darah 120/80 dan nadi 99x pasien tampak relax
		10.20	2. Memeriksa kondisi pasien mencakup waktu pembuatan stoma, jenis, karakteristik, dan feses. Hasil: Pasien Post-Op hari ke-13(POD #13), stoma jenis kolostomi terawat dengan baik, tidak ada tanda komplikasi, dan terdapat produksi feses (cair) sedikit.
		10.23	3. Mengidentifikasi kemampuan dan pengetahuan pasien tentang stoma. Hasil: Pasien mengetahui kondisi stomanya dan melaporkan keluhan perut kembung nyeri berkurang (skala nyeri 2).
		10.25	4. Membebaskan area stoma dari pakaian pasien. Hasil: Area abdomen terpapar, privasi terjaga, tampak drain (H14) dan stoma (H13) terpasang.
		10.27	5. Memonitor asupan makanan dan adanya mual muntah. Hasil: Pasien dalam masa puasa dan konsumsi air gula 25-30cc.
		12.00	6. Melakukan kolaborasi pemberian medikasi antiemetik sebelum makan. Hasil: melayani injeksi Ranitidine mg IV
Risiko Infeksi		10.40	1. Memantau karakteristik luka seperti tingkat kekeringan, warna, ukuran dan bau Hasil: Luka operasi di abdomen (midline) tampak menyatu, kondisi luka bersih dan terawat. Tidak ada bau busuk, tidak ada pus (nanah), namun masih terpasang drain (H14).
		10.45	2. Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil: Secara lokal tidak ada kemerahan (rubor) atau bengkak (tumor) pada luka.
Nyeri akut	17/01/2026	08.00	1. Menentukan lokasi, sifat, lama, frekuensi, kualitas serta tingkat keparahan nyeri. Hasil: nyeri di area perut berkurang.
		08.05	2. Menilai tingkat skala nyeri. Hasil: skala 2
		08.09	3. Mengamati respons nonverbal terhadap nyeri. Hasil: pasien tampak tenang, tidak ada meringis, dapat beraktivitas tanpa gangguan
		08.10	4. Memonitor efektivitas terapi komplementer yang sudah diterapkan Hasil: nyeri masih intermiten

		08.15	5. Menganjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Hasil: Pasien mampu mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri.
		10.00	6. Mengukur TTV Hasil: TD 120/80, HR 96, S36, SPO2 96 RR 20
Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal		10.00	1. Memeriksa kondisi klinis pasien dan tanda-tanda vital. Hasil: Kesadaran pasien compos mentis GCS 15 (E4V5M6), tekanan darah 120/80 dan nadi 96x pasien tampak relaks
		10.20	2. Memeriksa kondisi pasien mencakup waktu pembuatan stoma, jenis, karakteristik, dan feses. Hasil: Pasien Post-Op hari ke-14(POD #14), stoma jenis kolostomi terawat dengan baik, tidak ada tanda komplikasi, dan terdapat produksi feses (cair) sedikit.
		10.23	3. Membebaskan area stoma dari pakaian pasien. Hasil: Area abdomen terpapar, privasi terjaga, tampak drain (H15) dan stoma (H14) terpasang.
		10.25	4. Memonitor asupan makanan dan adanya mual muntah. Hasil: Pasien dalam masa puasa dan konsumsi air gula 25-30cc.
		12.00	5. Melakukan kolaborasi pemberian medikasi antiemetik sebelum makan. Hasil: melayani injeksi Ranitidine mg IV
Risiko Infeksi		11.00	1. Memantau karakteristik luka seperti bau, warna, tingkat kekeringan dan ukuran. Hasil: Luka operasi di abdomen (midline) tampak menyatu, kondisi luka bersih dan terawat. Tidak ada bau busuk, tidak ada pus (nanah), namun masih terpasang drain (H15).
		11.05	2. Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil: Secara lokal tidak ada kemerahan (rubor) atau bengkak (tumor) pada luka

3.6 Evaluasi keperawatan

Tabel 7 Evaluasi

Diagnosa	Hari/tgl	Evaluasi
Nyeri akut	12 Januari 2026	<p>S (Subjective) Pasien mengeluh nyeri di area perut kembung, hilang timbul, 3-5 menit, seperti ditusuk dan disayat-sayat. Pasien melaporkan skala nyeri 4 dan merasa nyeri meningkat ketika bergerak dan menurun saat istirahat.</p> <p>O (Objective) - Pasien menunjukkan ekspresi meringis dan melindungi area yang terasa nyeri - Tidak ditemukan efek samping setelah pemberian analgetik - Pasien dapat tidur selama 2 jam tanpa terbangun akibat nyeri - Pasien dapat melakukan teknik relaksasi dengan baik -TTV 110/70, HR 97, S36, SPO2 95 RR24</p> <p>A (Assessment) Masalah belum teratasi</p> <p>P (Plan) Intervensi dilanjutkan</p>
Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal		<p>S (Subjective) Pasien mengeluh lemas, perut kembung, dan nyeri (skala nyeri 4). Pasien memiliki pantangan tidak mengonsumsi daging dan bawang putih.</p> <p>O (Objective) - Kesadaran pasien compos mentis GCS 15 (E4V5M6), tekanan darah (110/70) dan nadi (88) dalam batas stabil. - Stoma jenis kolostomi terawat dengan baik, tidak ada tanda komplikasi, dan terdapat produksi feses (cair) dengan jumlah minimal. - Pasien mengalami anemia (Hb 8.8 g/dL) dan leukositosis (18.86 $10^3/uL$). - Asupan makanan: bubur saring hangat. - Mual dan muntah masih dialami pasien.</p> <p>A (Assessment) Masalah belum teratasi</p> <p>P (Plan) Intervensi dilanjutkan</p>
Risiko Infeksi		<p>S (Subjective) Pasien tidak mengeluh nyeri atau keluhan lain terkait luka operasi.</p> <p>O (Objective) - Luka operasi di abdomen (midline) tampak menyatu, kondisi luka bersih dan terawat. - Tidak ada bau busuk, tidak ada pus (nanah), namun masih terpasang drain (H10). - Secara lokal tidak ada kemerahan (rubor) atau bengkak (tumor) berlebih pada luka. - Pasien sudah mampu miring kanan miring kiri, tidak tirah baring total. - Diet bubur saring diberikan. - Hasil lab menunjukkan leukositosis (18.86) yang menandakan risiko infeksi sistemik masih ada.</p> <p>A (Assessment)</p>

		<p>Luka operasi pasien dalam kondisi baik, namun masih ada risiko infeksi sistemik yang perlu dipantau.</p> <p>P (Plan)</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
Nyeri Akut	13 Januari	<p>S(Subjective)</p> <p>Pasien mengeluh nyeri di area perut kembung, hilang timbul, 3-5 menit, seperti ditusuk dan disayat-sayat. Pasien melaporkan skala nyeri 6, masih terasa hilang timbul meskipun sudah mencoba teknik relaksasi</p> <p>O (Objective)</p> <p>-Skala nyeri 6</p> <p>-Pasien menunjukkan ekspresi meringis dan bersikap protektif</p> <p>-Pasien masih lemah</p> <p>TD 120/80, HR 96, S36, SPO2 94 RR 23</p> <p>A (Assessment)</p> <p>Belum teratasi</p> <p>P (Plan)</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal		<p>S(Subjective)</p> <p>-Pasien masih mengeluh lemas.</p> <p>-Pasien melaporkan perut masih terasa kembung dan nyeri dengan skala 6.</p> <p>-Pasien mengatakan belum terbiasa melakukan mobilisasi miring kanan-miring kiri (mika-miki).</p> <p>O (Objective)</p> <p>-Kesadaran: Compos Mentis, GCS 15 ().</p> <p>-TTV: Nadi 96x/menit.</p> <p>-Status Nutrisi: Pasien dalam masa puasa.</p> <p>-Abdomen: Tampak kembung, terpasang drain (H11).</p> <p>-Obat: Telah diberikan Ranitidine IV untuk mengurangi mual</p> <p>A (Assessment)</p> <p>Belum teratasi</p> <p>P (Plan)</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
Risiko Infeksi		<p>S(Subjective)</p> <p>Pasien tidak mengeluhkan adanya rasa panas atau nyeri hebat tambahan pada area luka operasi.</p> <p>O (Objective)</p> <p>-Luka operasi di abdomen (midline) tampak menyatu, bersih, dan terawat.</p> <p>-Tidak ditemukan bau busuk maupun pus (nanah).</p> <p>-Masih terpasang drain hari ke-11 (H11).</p> <p>-Tanda-tanda infeksi lokal: Tidak ada kemerahan (rubor) atau bengkak (tumor) berlebih pada luka.</p> <p>-Kondisi umum: Luka post-op hari ke-10 (POD 10).</p> <p>A (Assessment)</p> <p>Risiko Infeksi tidak menjadi aktual. Integritas jaringan luka menunjukkan proses penyembuhan yang baik.</p> <p>P (Plan)</p> <p>-Lanjutkan monitoring karakteristik luka (drainase, warna, bau) dan tanda infeksi secara berkala.</p> <p>-Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya mencuci tangan dan pembatasan pengunjung untuk mencegah infeksi silang.</p>

Nyeri Akut	14 Januari 2026	<p>S(Subjective)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan nyeri perut dan kembung berkurang, namun perut masih terasa kencang. -Lokasi nyeri di area perut kembung dengan karakteristik hilang timbul. -Durasi nyeri berkisar 3-5 menit dengan kualitas seperti ditusuk dan disayat-sayat. -Pasien melaporkan nyeri masih hilang timbul meskipun telah diberikan terapi komplementer. <p>O (Objective)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Skala nyeri: 4. -Ekspresi nonverbal: Pasien tampak menunjukkan ekspresi meringis dan menunjukkan perilaku protektif dengan melindungi area nyeri, dan masih tampak lemah. -Pasien mampu mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri. <p>-Tanda-Tanda Vital (TTV):</p> <p>TD: 110/60mmHg</p> <p>-HR (Nadi): 111 x/menit</p> <p>-Suhu: 36°C.</p> <p>-SpO2: 95% tanpa alat bantu oksigen.</p> <p>-RR: 21 x/menit.</p> <p>-Kondisi fisik: Perut kencang dan kembung berkurang, luka post-op terbalut verban tanpa rembesan.</p> <p>A (Assessment)</p> <p>Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P (Plan)</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal		<p>S(Subjective)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan perut kembung dan nyeri sudah berkurang. -Pasien masih mengeluh merasa lemas. <p>O (Objective)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kesadaran: Compos Mentis, GCS 15 (E4V5M6). -Nadi: 111 x/menit. - Abdomen: Tampak kembung berkurang, terpasang drain hari ke-12 (H12). <p>Nutrisi: Pasien dalam masa puasa dan konsumsi air gula 25-30cc.</p> <p>A (Assessment)</p> <p>Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal teratasi sebagian (kembung dan nyeri menurun).</p> <p>P (Plan)</p> <p>Intervensi dipertahankan</p>
Risiko Infeksi		<p>S(Subjective)</p> <p>Pasien tidak mengeluhkan rasa panas atau nyeri yang meningkat pada area luka operasi.</p> <p>O (Objective)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kondisi Luka: Luka operasi pada abdomen (midline) tampak menyatu, bersih, dan terawat. -Tanda Infeksi: Tidak ditemukan adanya pus (nanah), bau busuk, maupun tanda lokal infeksi seperti kemerahan (rubor) atau bengkak (tumor) yang berlebih. -Alat Medis Terpasang: Terpasang drain hari ke-12 (H12) dan stoma hari ke-11 (H11). -Status Post-Op: Hari ke-11 pasca operasi (POD #11) <p>A (Assessment)</p> <p>-Risiko Infeksi tidak menjadi aktual.</p>

		<p>-Integritas jaringan kulit pada area midline menunjukkan proses penyembuhan yang baik. P (Plan) Intervensi dipertahankan</p>
Nyeri Akut	15 Januari 2026	<p>S(Subjective) -Pasien mengeluh nyeri di area perut yang terasa kembung. -Karakteristik nyeri: intermiten, dengan durasi 3-5 menit. -Skala nyeri: 3. -Pasien melaporkan nyeri masih dirasakan intermiten atau hilang timbul meskipun telah mencoba terapi komplementer. O (Objective) -Pasien tampak masih lemah. -Pasien mampu mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri sebagai bagian dari teknik nonfarmakologis. TTV: -Tekanan Darah (TD): 100/60 mmHg. Nadi (HR): 110 x/menit. Suhu (S): 36°C. SpO2: 95%. Respirasi (RR): 22 x/menit. A (Assessment) Nyeri Akut teratasi sebagian. P (Plan) Intervensi dipertahankan</p>
Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal		<p>S(Subjective) -Pasien melaporkan perut kembung dan nyeri berkurang dengan skala nyeri 3. -Pasien mengeluh masih merasa lemas. -Pasien mengatakan sudah terbiasa melakukan miring kanan-miring kiri dan mobilisasi bertahap. O (Objective) Kesadaran: Compos Mentis, GCS 15 (). Tanda-Tanda Vital: Tekanan Darah 100/60 mmHg, Nadi 110 x/menit. Nutrisi: Pasien mengonsumsi air gula 25-30 cc; tidak ada keluhan mual atau muntah. Abdomen: Tampak masih kembung namun sudah berkurang, terpasang drain hari ke-13 (H13) A (Assessment) Masalah teratasi sebagian P (Plan) Intervensi dipertahankan</p>
Risiko Infeksi		<p>S(Subjective) Pasien melaporkan memahami kondisi luka operasinya dan tidak mengeluhkan adanya rasa panas atau nyeri yang meningkat secara mendadak pada area luka. O (Objective) Status Post-Op: Hari ke-12 pasca operasi (POD 12). Karakteristik Luka:Luka operasi di abdomen (midline) tampak menyatu, kondisi luka bersih, dan terawat. Drainase & Bau: Tidak terdapat pus (nanah), tidak tercium bau yang tidak sedap, dan tidak ditemukan adanya rembesan pada verban. Alat Medis Terpasang: Masih terpasang drain pada hari ke-12 (H12) dan stoma bag. Tanda Infeksi Lokal: Tidak ditemukan adanya kemerahan (rubor) atau pembengkakan (tumor) pada area luka.</p>

		<p>A(Assessment) Risiko Infeksi tidak menjadi aktual; integritas kulit dan jaringan pada area insisi midline menunjukkan penyembuhan yang baik. P (Plan) Intervensi dipertahankan</p>
Nyeri Akut	16/1/2026	<p>S(Subjctive) -Pasien menjelaskan bahwa nyeri di area perut sudah jauh menurun. -Karakteristik nyeri dilaporkan masih hilang timbul. -Pasien merasa lebih nyaman dan dapat beraktivitas tanpa gangguan berarti. O (Objective) -Skala Nyeri:2. Respon Nonverbal: Pasien tampak tenang, tidak ada ekspresi meringis, dan bersikap kooperatif. Kemampuan: Pasien mampu mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri dengan baik. Tanda-Tanda Vital (TTV): Tekanan Darah (TD): 120/80 mmHg. Nadi (HR): 99 x/menit. Suhu (S): 36°C. SpO2: 98%. Respirasi (RR): 20 x/menit. A (Assessment) Nyeri Akut teratasi sebagian. P (Plan) Intervensi dipertahankan</p>
Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal		<p>S(Subjctive) -Pasien melaporkan keluhan perut kembung dan nyeri berkurang. -Skala nyeri dilaporkan pada angka 2. -Pasien mengatakan sedang mengonsumsi air gula 25-30 cc. O (Objective) Kesadaran: Compos Mentis, GCS 15 (). Tanda-Tanda Vital: TD 120/80 mmHg, Nadi 99 x/menit. Nutrisi: Tidak ada mual atau muntah; diberikan Ranitidine IV sebagai profilaksis. A (Assessment) Masalah teratasi sebagian P (Plan) Intervensi dipertahankan</p>
Resiko Infeksi		<p>S(Subjctive) -Pasien melaporkan memahami kondisi luka operasinya dan tidak merasakan keluhan nyeri hebat atau panas pada area luka. -Pasien mengetahui kondisi stomanya dan tidak ada keluhan terkait area sekitar stoma. O (Objective) karakteristik Luka: Luka operasi di abdomen (midline) tampak menyatu, bersih, dan terawat. Tanda Infeksi: Tidak ditemukan pus (nanah), bau busuk, maupun tanda-tanda infeksi lokal seperti kemerahan (rubor) atau bengkak (tumor). Alat Medis Terpasang: Masih terpasang drain pada hari ke-14 (H14). Terpasang stoma bag (H13) dalam kondisi baik. Status Post-Op: Hari ke-13 pasca operasi (POD 13). A(Assessment) Risiko Infeksi tidak menjadi aktual; integritas kulit dan jaringan pada area insisi midline menunjukkan penyembuhan yang baik. P (Plan)</p>

		Intervensi dipertahankan
Nyeri Akut	17 Januari 2026	<p>S(Subjective)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengungkapkan nyeri di area perut sudah menurun. -Karakteristik nyeri dilaporkan masih hilang timbul. -Pasien merasa lebih nyaman dan dapat beraktivitas tanpa gangguan. <p>O (Objective)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Skala Nyeri: 2. -Respon Nonverbal: Pasien tampak tenang, tidak ada ekspresi meringis, dan tampak relaks. -Kemampuan: Pasien mampu mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri dengan baik. <p>Tanda-Tanda Vital (TTV): Tekanan Darah (TD): 120/80 mmHg. Nadi (HR): 96x/menit. Suhu (S): 36°C. SpO2: 96%. Respirasi (RR): 20 x/menit</p> <p>A (Assessment)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nyeri Akut teratasi. -Kriteria hasil: Skala nyeri menurun mencapai target (skala 2), pasien tampak tenang, dan TTV stabil. <p>P (Plan)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hentikan intervensi manajemen nyeri akut, namun tetap monitor keluhan secara berkala. -Anjurkan pasien untuk terus menggunakan teknik relaksasi secara mandiri jika nyeri hilang timbul muncul kembali. - Fokus pada peningkatan mobilisasi jalan-jalan untuk mendukung pemulihan fungsi usus. -Lanjutkan rencana diet bubur saring ml sesuai instruksi PPA.
Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal		<p>S(Subjective)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan nyeri perut berkurang dan kembung berkurang. -Pasien melaporkan perut masih terasa sedikit membesar dengan skala nyeri 3. <p>O (Objective)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kesadaran: Compos Mentis, GCS 15 (). -Tanda-Tanda Vital: TD 120/80 mmHg, Nadi 96 x/menit (pasien tampak relaks) -Flatus (+) -Nutrisi: Pasien mengonsumsi air gula 25-30 cc; tidak ada laporan mual atau muntah <p>A (Assessment)</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P (Plan)</p> <p>Intervensi dipertahankan</p>
Resiko Infeksi		<p>S(Subjective)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pasien mengatakan memahami kondisi luka operasinya dan tidak merasakan keluhan panas pada area luka. -Pasien melaporkan merasa lebih nyaman dengan kondisi stomanya <p>O (Objective)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Status Post-Op: Hari ke-14 pasca operasi (POD 14). -Karakteristik Luka: Luka operasi di abdomen (midline) tampak menyatu, bersih, dan terawat baik.

		-Drainase & Bau: Tidak ditemukan adanya pus (nanah), tidak ada bau busuk, dan tidak ditemukan komplikasi lokal. -Alat Medis Terpasang: Masih terpasang drain pada hari ke-15 (H15) dan stoma pada hari ke-14 (H14). -Tanda Infeksi Lokal: Secara lokal tidak ditemukan kemerahan (rubor) atau pembengkakan (tumor) pada area luka. A(Assessment) Risiko Infeksi tidak menjadi aktual; integritas kulit dan jaringan pada area insisi midline menunjukkan penyembuhan yang baik. P (Plan) Intervensi dipertahankan
--	--	---

3.7 Pembahasan

3.7.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang meliputi pengumpulan informasi dan data secara menyeluruh baik subjektif maupun objektif, karena tahap ini menjadi dasar dalam menegakan diagnosis keperawatan yang tepat. Berdasarkan pengkajian keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. A dengan diagnosa medis ileus obstruksi, pada data subjektif ditemukan keluhan nyeri di area abdomen dengan skala nyeri 4, perut terasa kembung, lemas, dan cepat lelah saat melakukan aktivitas. Sedangkan pada data objektif ditemukan ekspresi pasien meringis, gelisah, distensi abdomen, nyeri tekan pada saat palpasi pada abdomen, bising usus lemah, adanya luka post operasi laparotomi dengan pemasangan stoma bag, pasien terpasang infus dan kateter urine serta tampak pucat.

Data pengkajian yang diperoleh sejalan dengan teori mengenai pasien ileus obstruksi yang menyatakan bahwa obstruksi usus menyebabkan gangguan pergerakan usus sehingga menimbulkan distensi abdomen, nyeri, mual, penurunan bising usus, serta kelemahan fisik akibat ketidakseimbangan kebutuhan nutrisi dan energi. Kondisi pasca operasi abdomen juga berpotensi menimbulkan rasa nyeri, keterbatasan aktivitas, serta meningkatkan risiko terjadinya infeksi akibat adanya luka operasi dan pemasangan alat invasif.

Pemberi asuhan keperawatan menggunakan acuan teori buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dalam melakukan pengkajian pada pasien dengan masalah nyeri akut dan intoleransi aktivitas. Berdasarkan teori SDKI, diagnosis divalidasi melalui temuan tanda dan gejala mayor yang

terdiri dari data subjektif dan objektif. Pada diagnosis nyeri akut, data mayor subjektif berupa keluhan nyeri sedangkan data mayor objektif meliputi pasien tampak meringis, gelisah, dan menunjukkan sikap protektif terhadap area nyeri. Pada intoleransi aktivitas, data mayor subjektif berupa pasien mengeluh lelah dan lemas, sedangkan data objektif berupa frekuensi nadi meningkat atau takikardia dan napas disertai retriksi aktivitas. Data minor dapat berupa pucat, kelemahan otot, serta ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari (PPNI, 2017).

Adapun data hasil pengkajian keperawatan pada Tn. A yang termasuk tanda dan gejala mayor subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri abdomen, lemas, dan cepat lelah. Tanda dan gejala mayor objektif berupa pasien tampak meringis, gelisah, terdapat distensi abdomen, nyeri tekan, serta bising usus lemah. Data minor objektif yang ditemukan yaitu pasien tampak pucat, terdapat luka post operasi laparotomi dengan stoma bag, serta pemasangan infus dan kateter urine. Beberapa tanda minor lain seperti muntah berulang atau penurunan kesadaran tidak ditemukan pada Tn. A. Perbedaan data yang muncul pada setiap pasien dapat disebabkan oleh kondisi klinis, respon tubuh, serta tingkat keparahan penyakit yang berbeda-beda.

Berdasarkan hasil triangulasi data yang meliputi wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik pada Tn. A dengan membandingkan antara teori SDKI dan literatur terkait ileus obstruksi, ditemukan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara data kasus kelolaan dengan teori yang ada. Data yang diperoleh telah memenuhi kriteria dalam penetapan diagnosis keperawatan sehingga dapat dijadikan dasar dalam penyusunan intervensi keperawatan yang tepat dan komprehensif sesuai dengan kondisi pasien .

3.7.2 Diagnosis keperawatan

Berdasarkan hasil sintesis data dari kasus kelolaan, ditegakkanlah diagnosis keperawatan berupa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (distensi dan inflamasi saluran gastrointestinal pasca ileus obstruksi dan tindakan pembedahan) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri abdomen skala 4, tampak meringis, gelisah, menunjukkan sikap protektif pada area

perut, serta adanya distensi abdomen dan nyeri tekan.

Diagnosis nyeri akut dirumuskan berdasarkan integrasi data subjektif dan objektif yang diperoleh saat pengkajian keperawatan. Data yang ditemukan pada Tn. A mengarah pada kriteria diagnosis dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) pada kategori fisiologis dan subkategori nyeri dan kenyamanan dengan definisi pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual. Pada penyusunan diagnosis keperawatan nyeri akut dalam kasus kelolaan ini ditemukan 100% data mayor berupa pasien melaporkan distress nyeri pada regio abdomen ditandai dengan fasies nyeri atau meringis, menunjukkan sikap agitasi, serta menunjukkan sikap guarding behavior terhadap area yang dikeluhkan. Pada data minor ditemukan berupa distensi abdomen dan peningkatan frekuensi nadi, sehingga diagnosis keperawatan nyeri akut dapat ditegakkan karena telah memenuhi syarat minimal 80% tanda dan gejala mayor sesuai SDKI.

Menurut literatur, pasien dengan ileus obstruksi umumnya mengalami nyeri abdomen akibat adanya gangguan motilitas usus dan distensi yang berlebihan, serta nyeri pasca pembedahan yang disebabkan oleh trauma struktur anatomis. Nyeri yang tidak teratasi secara adekuat dapat mempengaruhi kenyamanan pasien, meningkatkan respon stres, serta menghambat proses pemulihan dan mobilisasi dini.

Berdasarkan data yang diperoleh dari kasus kelolaan dan dibandingkan dengan tinjauan pustaka yang mengacu pada buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada Tn. A dengan pedoman teori yang ada, sehingga diagnosis nyeri akut telah sesuai dan dapat dijadikan dasar dalam penyusunan rencana asuhan keperawatan selanjutnya (PPNI, 2017).

3.7.3 Intervensi keperawatan

Menindaklanjuti diagnosis yang telah ditegakkan, selanjutnya dilakukan intervensi keperawatan. Berdasarkan hasil intervensi keperawatan pada Tn. A ditetapkan tujuan dan kriteria hasil dalam asuhan keperawatan ini yang

mengacu pada buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil berupa keluhan nyeri berkurang, ekspresi meringis menurun, pasien tampak lebih rileks, tanda-tanda vital dalam batas normal, serta pasien mampu melakukan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi.

Intervensi pada studi kasus kelolaan menggunakan pedoman buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang meliputi intervensi utama manajemen nyeri dan dukungan relaksasi. Intervensi keperawatan ini disusun untuk mengatasi masalah nyeri akut yang dialami oleh Tn. A akibat ileus obstruksi dan tindakan pembedahan abdomen, dengan memperhatikan kondisi umum pasien serta respon terhadap nyeri yang dirasakan.

Intervensi manajemen nyeri dilakukan dengan cara mengkaji intensitas, lokasi, karakteristik, dan faktor pencetus nyeri, memantau tanda-tanda vital, serta memberikan posisi nyaman untuk mengurangi tekanan pada area abdomen. Selain itu, perawat memberikan edukasi kepada pasien mengenai teknik nonfarmakologis untuk mengontrol nyeri. Salah satu intervensi nonfarmakologis yang diberikan adalah teknik latihan napas dalam yang dilakukan selama 10–15 menit setiap sesi perawatan. Teknik relaksasi napas dalam bertujuan untuk meningkatkan suplai oksigen ke jaringan sehingga tubuh menjadi lebih rileks dan membantu menurunkan persepsi nyeri.

Menurut penelitian, teknik relaksasi napas dalam dapat merangsang sistem saraf parasimpatis sehingga tubuh melepaskan opioid endogen yang berfungsi sebagai agen antinyeri internal. Endorfin bekerja dengan memblokir konduksi saraf nosiseptif menuju sistem saraf pusat sehingga berimplikasi pada reduksi intensitas nyeri. Teknik ini efektif digunakan sebagai terapi pendukung dalam penatalaksanaan nyeri pasca operasi dan gangguan gastrointestinal.

Selain itu, perawatan pasca operasi abdomen juga dilakukan dengan memantau kondisi luka operasi, kebersihan stoma, serta tanda-tanda infeksi. Perawat melakukan observasi terhadap distensi abdomen dan bising usus sebagai bagian dari evaluasi motilitas gastrointestinal. Pemantauan aktivitas pasien juga dilakukan secara bertahap untuk mencegah kelelahan dan

mempercepat proses pemulihan.

Tahap perencanaan keperawatan terdiri dari perumusan luaran keperawatan dan perumusan intervensi keperawatan. Luaran keperawatan merupakan hasil indikator klinis yang terukur dan objektif berupa perubahan status klinis pasien, baik secara subjektif maupun objektif, sebagai respon terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan. Dengan perencanaan dan intervensi yang tepat, diharapkan masalah nyeri akut pada Tn. A dapat teratasi secara optimal sesuai dengan pedoman SLKI dan SIKI (PPNI, 2017).

3.7.4 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan dalam studi kasus ini dilakukan secara konsisten dengan rencana intervensi yang telah dirancang dan disesuaikan dengan kondisi spesifik klien dengan ileus obstruksi yang mengalami nyeri akut. Implementasi keperawatan pada Tn. A dengan masalah keperawatan nyeri akut dilaksanakan selama masa perawatan di ruang rawat inap sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, dengan frekuensi pelaksanaan intervensi secara bertahap selama periode asuhan keperawatan berlangsung.

Implementasi yang dilakukan meliputi manajemen nyeri dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri yang dirasakan pasien. Perawat melakukan pengkajian skala nyeri secara berkala, memantau tanda-tanda vital, serta memonitor respon nonverbal seperti ekspresi meringis dan sikap protektif terhadap area abdomen. Selain itu, perawat memberikan posisi terapeutik guna melakukan redistribusi tekanan pada area nyeri serta menganjurkan pasien untuk membatasi aktivitas berat yang dapat memperberat nyeri.

Intervensi selanjutnya yaitu penerapan prosedur relaksasi pernapasan untuk kontrol nyeri. Pada penerapan terapi relaksasi, perawat mengidentifikasi pengalaman pasien terkait penggunaan teknik relaksasi sebelumnya, mengkaji kesiapan dan kemampuan pasien dalam mengikuti terapi, serta memonitor respon pasien selama dan setelah pelaksanaan relaksasi. Perawat memberikan edukasi mengenai tujuan dan prosedur teknik

relaksasi pernapasan, memfasilitasi pasien untuk mencapai posisi terapeutik, membimbing pasien agar bernapas secara perlahan dan dalam, serta menganjurkan pasien untuk mengulangi teknik tersebut secara mandiri apabila nyeri dirasakan kembali.

Selain manajemen nyeri, perawat juga melaksanakan perawatan pasca operasi abdomen. Tindakan yang dilakukan meliputi pemantauan kondisi luka operasi, kebersihan area stoma, serta tanda-tanda infeksi. Perawat memonitor distensi abdomen dan bising usus sebagai indikator motilitas gastrointestinal, serta mengobservasi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas secara bertahap sesuai toleransi. Edukasi diberikan kepada pasien terkait pentingnya mobilisasi dini secara bertahap dan kepatuhan terhadap perawatan luka untuk mendukung proses penyembuhan.

Literatur mengonfirmasi bahwa latihan pernapasan diafragma ini merupakan salah satu modalitas non-farmakologis yang signifikan dalam mereduksi skala nyeri pada pasien pasca OP. Teknik ini dapat meningkatkan relksasi tubuh dan menstimulasi sekresi opioid endogen yang bertindak sebagai analgesik sehingga membantu menurunkan persepsi nyeri. Selain itu, manajemen nyeri yang komprehensif berkontribusi terhadap peningkatan kesejahteraan fisik pasien sekaligus mengakselerasi periode pemulihan.

Merujuk pada paparan diatas, dapat disintesis bahwa realisasi asuhan keperawatan yang diaplikasikan kepada Tn. A dengan nyeri akut akibat ileus obstruksi telah sesuai dengan preskripsi keperawatan yang ditetapkan serta selaras dengan landasan teoritis dan hasil penelitian. Implementasi yang dilakukan memberikan kontribusi positif terhadap penurunan nyeri dan peningkatan kenyamanan pasien selama masa perawatan.

3.7.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan fase terminasi dari siklus asuhan keperawatan yang berfungsi untuk meninjau efektivitas hasil atas tindakan yang telah direalisasikan. Hasil tinjauan klinis pada Tn. A setelah dilakukan intervensi keperawatan selama periode asuhan menunjukkan adanya perubahan kondisi pasien ke arah yang lebih baik. Data subjektif didapatkan

pasien menyatakan nyeri abdomen sudah berkurang dibandingkan sebelumnya dan pasien merasa lebih nyaman saat beristirahat.

Data objektif menunjukkan pasien tampak lebih rileks, ekspresi wajah fasies, intensitas nyeri reduksi atau menurun, serta observasi tanda-tanda vital dalam batas yang lebih stabil. Distensi abdomen berkurang, pasien tampak lebih mampu mengubah posisi secara mandiri, dan respon pasien terhadap teknik relaksasi napas dalam terlihat positif. Selain itu, pasien mulai mampu melakukan aktivitas ringan secara bertahap sesuai toleransi tanpa meningkatkan keluhan nyeri.

Pada bagian assessment didapatkan hasil berupa masalah nyeri akut teratasi sebagian, ditandai dengan reduksi intensitas nyeri namun pasien masih membutuhkan intervensi lanjutan untuk mempertahankan kenyamanan dan mencegah kekambuhan nyeri. Pada bagian planning direncanakan untuk melanjutkan intervensi manajemen nyeri dan terapi relaksasi napas dalam, serta melakukan edukasi kesehatan terkait teknik coping nyeri non-farmakologis secara mandiri serta pentingnya mobilisasi bertahap sesuai kemampuan.

Hasil evaluasi klinis menunjukkan pencapaian yang konsisten dengan kriteria keberhasilan yang telah dirumuskan. Kriteria hasil yang tercapai meliputi penurunan keluhan nyeri, penurunan ekspresi meringis, peningkatan kenyamanan pasien, serta kemampuan pasien dalam beradaptasi dengan kondisi pasca operasi. Dengan demikian, intervensi keperawatan yang diberikan dinilai efektif dan dapat dilanjutkan sesuai kebutuhan pasien untuk mendukung proses pemulihan selanjutnya.