

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA Tn.A.N DENGAN
POST OPERASI LAPARATOMI DI RUANG KELIMUTU RSUD
PROF.DR.W.Z JOHANES KUPANG



OLEH

SAINT VALENTINO TEFNAI
PO.530320116276

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
2019

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA Tn A.N DENGAN
POST OPERASI LAPARATOMI DI RUANG KELIMUTU RSUD PROF
DR W.Z JOHANES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



SAINT VALENTINO TEFNAI
PO.530320116276

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Saint Valenthino Tefnai
NIM : PO. 530320116276
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 10 Juni 2019
Pembuat Pernyataan



Saint valenthino Tefnai
PO. 530320116276

Mengetahui
Pembimbing



Kori Limbong S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19780202 200212 2001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh : Saint Valentino Tefnai, NIM : PO. 530320116276
dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.A.N Dengan Post Operasi
Laparotomi Di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang” telah
dipertahankan di Depan Dewan Penguji Pada Tanggal : 10 Juni 2019

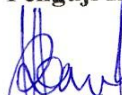
Dewan Penguji

Penguji I



Elisabeth Herwanti S.Kp.,M.Kes
NIP. 19580901 198502202001

Penguji II



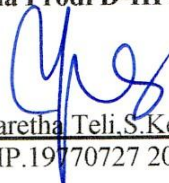
Kori Limbong S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19780202 200212 2001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat,SKp.M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli,S.Kep. Ns.MSc-PH
NIP.19770727 200003 2 002

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Saint Valenthino Tefnai PO.530320116276
Dengan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Operasi Laparatomi Di
Ruang Kelimutu RSUD Prof Dr.W.Z Johannes Kupang”

Telah disetujui untuk diseminarkan di depan Dewan Penguji Prodi DIII
Keperawatan kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada tanggal
08 juni 2019.

Disusun oleh



Saint Valenthino Tefnai
PO.530320116276

Pembimbing



Kori Limbong S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP: 197802022002122001

BIODATA PENULIS

Nama : Saint Valenthino Tefnai

Tempat / Tanggal Lahir : Tunua, 18 Februari 1999

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : Jl H.R Koroh, kelurahan sikumana.

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD GMIT Tunua 2010

2. Tamat SMPN Kapan 2013

3. Tamat SMA NEGERI 1 KUPANG 2016

4. Sejak tahun 2016 kuliah di program studi D III
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Kupang

Motto

“Bukan Kesuksesan yang dibanggakan ataupun dipamerkan tetapi bagaimana kita menjalani setiap proses dengan melakukan yang terbaik dan melibatkan TUHAN dalam setiap langkah demi langkah”

ABSTRAK

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Jurusan Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, 10 Juni 2019**

**Nama : Saint Valenthino Tefnai
NIM : PO.530320116276**

Laparotomi merupakan operasi yang dilakukan untuk membuka bagian abdomen, laparotomi merupakan suatu bentuk pembedahan mayor dengan, melakukan penyayatan pada lapisan lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Tujuan dari penulisan ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada Tn. A.N dengan masalah post op laparotomi di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johanes Kupang. pada saat pengkajian didapatkan data, pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di area luka operasi dan luka nampak merah, pucat dan gatal serta pasien mengeluh lemas. Maka dari pengkajian dan dari data yang didapatkan penulis mengambil diagnosa keperawatannya yaitu nyeri akut dan resiko infeksi serta intoleransi aktivitas. Sehingga ditegakan rencana keperawatan yaitu manajemen nyeri dan melakukan perawatan luka teknik steril serta memonitor aktivitas sesuai kemampuan. setelah dilakukan perawatan selama 3 hari masalah pasien teratasi sebagian .Kesimpulan dari studi kasus ini adalah angka kesakitan dan kematian akibat post operasi laparotomi yang terjadi pada pasien dapat diminimalkan dengan perawatan luka dengan teknik steril, dan manajemen nyeri, serta membantu pasien melakukan aktivitas sesuai tingkat aktivitas pasien.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan Medikal Bedah, Post Operasi Laparotomi.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. A.N dengan Post Operasi Laparatomi di ruang Kelimutu Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang” tanggal 26-29 Mei 2019.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Kori Limbong S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing dan penguji II yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Elisabeth Herwanti S.Kp.,M.Kes selaku penguji I atau penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Bapak Petrus Kale Te S.Kep.,Ns selaku penguji III atau penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktek di Ruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
4. Ibu Ragu Harming Kristina SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
5. Bapak Dr. Florentianus Tat.,SKp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
6. Ibu Margaretha Teli S.Kep.Ns.,MSc-PH selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
7. Seluruh Dosen, Staf dan Tenaga Kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
8. Buat Bapak Yoram Tefnai, Mama Aksamina Benu, Adik Risa Tefnai & Rusto Tefnai, Om Def dan Tanta Ata, adik Tuan, adik Abe, adik Angel, adik Tedja, ka Merry, ka Nefri, ka Fero, ka Timo, adik Osty, adik Yanti

dan semua bersaudara yang senantiasa mendukung dan mendoakan penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

9. Buat Othan Ledoh, Jhoni Suban, Rio Bara dan Thyara Manoe serta teman teman yang selalu mendukung dan membantu penulis sehingga dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman *Pemuda KASIH* yang selalu mendoakan dan mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman-teman *kep 25 A* untuk segala bentuk dukungan dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Studi Kasus ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, 10 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Keaslian Tulisan	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Pernyataan Persetujuan	iv
Biodata Penulis	v
Abstrak	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Lampiran	xi
Bab I Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3 Manfaat Penulisan	3
Bab II Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep Teori.....	4
2.1.1 Pengertian Laparatomi	4
2.1.2 Etiologi Laparatomi	4
2.1.3 Jenis-Jenis Laparatomi	4
2.1.4 Manifestasi Klinis	5
2.1.5 Patofisiologi dan Pathway	6
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik	9
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	10
2.2.1 Pengkajian	10
2.2.2 Diagnosa	12
2.2.3 Intervensi	12
2.2.4 Implementasi	14
2.2.5 Evaluasi	15

Bab III Hasil Penelitian dan Pembahasan	
3.1 Hasil Studi Kasus.....	16
3.1.1 Pengkajian	16
3.1.2 Diagnosa	19
3.1.3 Intervensi	20
3.1.4 Implementasi	21
3.1.5 Evaluasi	23
3.2 Pembahasan	24
3.2.1 Pengkajian	24
3.2.2 Diagnosa	25
3.2.3 Intervensi	26
3.2.4 Implementasi	27
3.2.5 Evaluasi	28
Bab IV Penutup	
4.1 Kesimpulan	30
4.2 Saran	30
4.3 Keterbatasan Penelitian	31
Daftar Pustaka	32
Lampiran	

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Konsultasi Pembimbing.
2. Asuhan keperawatan pada Tn A.N di RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang.
3. Jadwal Kegiatan.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Laparotomi merupakan operasi yang dilakukan untuk membuka bagian abdomen, laparotomi merupakan suatu bentuk pembedahan mayor dengan, dengan melakukan pengayatan pada lapisan lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Laparotomi dilakukan pada kasus seperti apendicitis hernia inguinalis, kanker lambung, kanker kolon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestisitis dan peritonitis. Sandy 2015 menjelaskan bahwa ada pembedahan laparotomi yang membutuhkan insisi pada dinding abdominal yang cukup lebar sehingga beresiko terjadinya infeksi terutama infeksi luka pasca operasi.

Beban penyakit didunia sekitar 11 % berasal dari penyakit atau keadaan sebenarnya bisa ditanggulangi dengan pembedahan.. Terkait tindakan bedah, diperkirakan lebih dari 100 juta pasien menerima layanan bedah dimana setengahnya dapat mengalami kematian atau kecacatan akibat kejadian tidak diinginkan yang bisa dicegah. Data dari WHO melaporkan bahwa angka kejadian infeksi luka operasi didunia berkisar 5%-34%. Infeksi luka operasi di United Kingdom memiliki angka kejadian infeksi luka operasi sekitar 10%. Tahun 2013 jumlah pasien dengan tindakan operasi mencapai angka peningkatan yang sangat signifikan. Pada tahun 2011 terdapat 140 juta pasien diseluruh rumahsakit di dunia, pada tahun 2012 diperkirakan meningkat menjadi 148 juta jiwa. Laparotomi meningkat setiap tahunnya sebesar 15% (Nurlela 2009). sedangkan menurut data tabulasi nasional Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009 menjabarkan bahwa tindakan bedah menempati urutan ke 11 dari 50 penyakit di Indonesia dengan presentase 12,8% dan diperkirakan 32% diantaranya merupakan bedah laparotomi (Kusumayanti, 2015)

Menurut data yang diperoleh dari RSUD Prof Dr.W.Z.Johanes Kupang khususnya ruang Kelimutu tahun 2019 (dalam bulan Maret sampai tanggal 27 Mei 2019), terdapat 2 pasien dengan post op laparatomi .

Dari hasil pengamatan penulis saat melakukan praktik keperawatan di RSUD Prof, Dr W.Z Johanes Kupang sebagian besar pasien dengan tindakan pembedahan Membutuhkan proses dan waktu perawatan yang lama, sehingga peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post operasi laparatomi .

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk melaksanakan pengelolaan Karya Tulis Ilmiah dalam dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Tn.A.N dengan Post Operasi Laparatomi di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z Johanes kupang”

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu Menerapkan asuhan keperawatan pada Tn.A.N dengan Post Operasi Laparatomi di ruang Kelimutu” RSUD Prof. Dr.W.Z Johanes Kupang melalui pendekatan proses keperawatan.

1.2.2 Tujuan khusus

1.2.2.1 Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn.A.N dengan Post Operasi Laparatomi di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z Johanes Kupang”

1.2.2.2 Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn.A.N dengan Post Operasi Laparatomi di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z Johanes Kupang”

1.2.2.3 Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn.A.N dengan Post Operasi Laparatomi di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z Johanes Kupang”

1.2.2.4 Penulis mampu mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Tn.A.N dengan Post Operasi Laparatomi di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z Johanes Kupang”

- 1.2.2.5 Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada Tn.A.N dengan Post Operasi Laparatomi di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang”

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat teoritis

Hasil Penelitian ini diharapkan berguna bagi pembangunan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah pada pasien post laparatomi .

1.3.2 Manfaat praktis

1.3.2.1 Bagi peneliti

Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien post laparatomi .

1.3.2.2 Bagi Institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi ilmu keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah Terkhususnya Penyakit Tidak Menular.

1.3.2.3 Bagi Institut RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien post laparatomi dengan gangguan resiko terjadinya infeksi.

1.3.2.4 Bagi pasien

Dapat menjadi pedoman bagi pasien untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi

Laparotomi adalah pembedahan yang dilakukan pada usus akibat terjadinya perlekatan usus dan biasanya terjadi pada usus halus. (Arif mansjoer, 2010) Laparatomi merupakan operasi yang dilakukan untuk membuka bagian abdomen, laparatomi merupakan suatu bentuk pembedahan mayor dengan, dengan melakukan pengayatan pada lapisan lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Laparatomi dilakukan pada kasus seperti apendicitis hernia inguinalis, kanker lambung, kanker kolon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestisitis dan peritonitis. Laparatomi adalah pembedahan perut, membuka perut dengan operasi. (Lakaman, 2011) Pelayanan post operasi laparatomi adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi perut.

2.1.2 Etiologi

Etiologi sehingga dilakukan laparatomi adalah karena disebabkan oleh beberapa hal yaitu:

1. Trauma abdomen
2. Peritonitis
3. Perdarahan saluran cerna
4. Sumbatan pada usus halus dan usus besar
5. Masa pada abdomen

2.1.3 Jenis-Jenis laparatomi

a. Mid-line incision

Metode insisi yang paling sering digunakan, karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat sedikit lebih luas, cepat dibuka dan ditutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian jenis insisi ini adalah terjadi hernia cikatrialis, indikasinya

pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan klien serta di bawah umbilikus untuk eksplorasi ginekologis, restosigmoid dan organ dalam pelvis.

b. Paramedian

Yaitu; sedikit ke tepi dari garis tengah (2,5cm), panjang (12,5cm), terbagi menjadi dua yaitu paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bawah serta plenektomi.

c. Transverse upper abdomen incision

Yaitu; insisi bagian atas misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy.

d. Transverse lower abdomen incision

Yaitu; insisi melintang dibagian bawah 4cm diatas anterior spinailiaka, misalnya pada operasi apendectomy. Latihan-latihan fisik seperti latihan napas dalam, batuk efektif, menggerakkan otot kaki, menggerakkan otot bokong, latihan alih baring dan turun dari tempat tidur. semuanya dilakukan hari ke-2 post operasi.

2.1.4 Manifestasi klinis

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

2.1.5 Komplikasi

- a. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis. Tromboplebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan kaki, ambulasi dini post operasi.

- b. Infeksi, infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam pasca operasi, organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilococcus aureus, organisme gram positif. Stafilococcus mengakibatkan pembedahan .untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik.
- c. Kerusakan integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau epiverasi.
- d. Ventilasi paru tidak adekuat.
- e. Gangguan kardiovaskuler, hipertensi, aritmia jantung.
- f. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
- g. Gangguan rasa nyaman dan kecelakaan

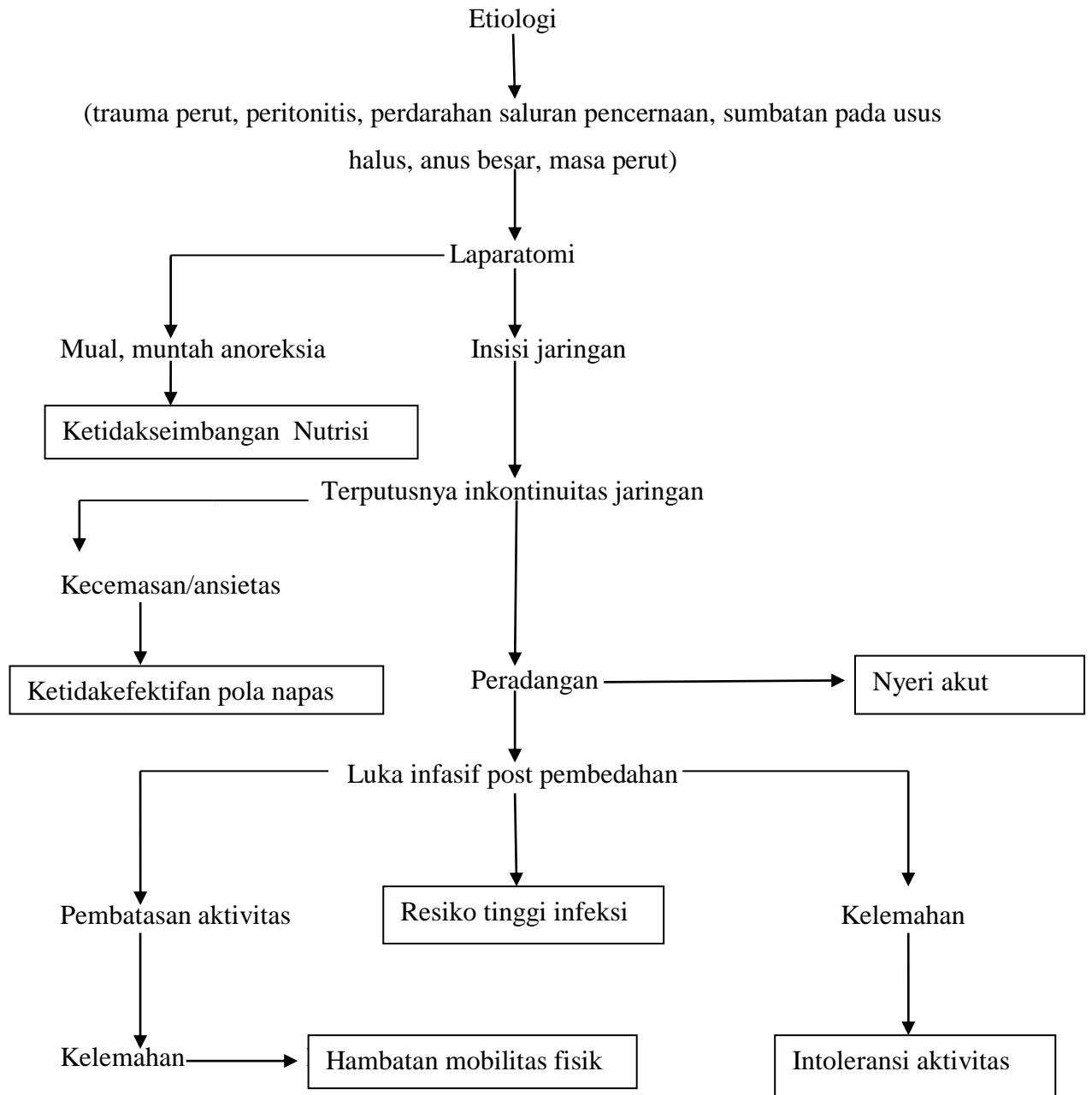
2.1.6 Patofisiologi

Trauma adalah cedera / rudapaksa atau kerugian psikologis atau emosional. (Dorland 2011.) Trauma adalah luka atau cedera fisik lainnya atau cedera fisiologis akibat gangguan emosional yang hebat.

Trauma adalah penyebab kematian paling utama pada anak dan orang dewasa kurang dari 44 tahun. Penyalagunaan alkohol adalah obat yang telah menjadi faktor komplikasi pada trauma tumpul dan tembus serta trauma yang disengaja atau tidak disengaja. trauma abdomen adalah cedera pada abdomen, dapat berupa trauma tumpul dan tembus serta gtrauma yang disengaja atau tidak disengaja. Trauma abdomen merupakan luka pada isi rongga perut bisa terjadi dengan atau tanpa tembusnya dinding perut dimana pada penanganan /penatalaksanaan dapat bersifat kedaruratan dapat pula dilakukan tindakan laparatomi. tusukan / tembakan, pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman dapat mengakibatkan terjadinya trauma abdomen sehingga harus dilakukan laparatomi. Trauma tumpul abdomen dapat mengakibatkan individu kehilangan darahmemar / jejas pada dinding perut, kerusakan organ organ nyeri, iritasi cairan usus. Sedangkan trauma tembus abdomen dapat mengakibatkan hilangnya seluruh atau

sebagian fungsi organ, respon stres simpatis, perdarahan atau pembekuan darah, kontaminasi bakteri, kematian sel. Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ dan respon stres dari saraf simpatis akan menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit, syok dan perdarahan, kerusakan pertukaran gas, resiko tinggi terhadap infeksi, nyeri akut.

Pathway



(<http://www.scribd.com/document/248448707/Pathway-laparotomi>)

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan rektum :

adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar; kuldosentesi, kemungkinan adanya darah dalam lambung; dan katerisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.

- Laboratorium: hemoglobin, hematokrit, leukosit, analisis urine.
- Radiologik: bila diindikasikan untuk dilakukan laparotomi
- IVP / sistogram: hanya dilakukan bila ada kecurigaan pada trauma saluran kencing.

Parasentesis perut:

tindakan ini dilakukan pada trauma tumpul perut yang diragukan adanya kelainan pada rongga perut yang disertai dengan trauma kepala yang berat, dilakukan dengan menggunakan jarum pungsi no 18 atau 20 yang ditusukan melalui dinding perut di daerah kuadran bawah atau digaris tengah dibawah pusat dengan menggosokkan buli-buli terlebih dahulu.

Lavase peritoneal:

fungsi dan aspirasi atau bilasan rongga perut dengan memasukan cairan garam fisiologis melalui kanula yang dimasukan kedalam rongga peritoneum.

Perlengkapan yang dilakukan pada pasien post laparotomi adalah :

- a. Respiratory: bagaimana saluran pernapasan, jenis pernapasan, bunyi pernapasan.
- b. Sirkulasi: tensi, nadi, respirasi, dan suhu waran kulit, refil kapiler.
- c. Persyarafan: tingkat kesadaran.
- d. Balutan: apakah ada drainase? apakah ada tanda-tanda infeksi, bagaimana proses penyembuhannya?
- e. Peralatan: monitor yang terpasang, cairan infus dan transfusi.
- f. Rasa nyaman: rasa sakit, mual, muntah, posisi pasien dan status ventilasi.
- g. Psikologis : kecemasan, suasana hati setelah operasi

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas klien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medis.

2. Keluhan utama.

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah nyeri abdomen.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat penyakit sekarang

Kapan nyeri pertama kali dirasakan dan apa tindakan yang telah diambil sebelum akhirnya klien dibawa ke rumahsakit untuk mendapatkan penanganan secara medis.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Ada riwayat penyakit terdahulu sehingga klien dirawat di rumah sakit.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus , atau riwayat stroke dari generasi terdahulu.

d. Riwayat psikososial dan spiritual

Peran pasien dalam keluarga, status emosional meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan, hubungan dengan tetangga tida harmonis , status dalam pekerjaan.

Dan apakah klien rajin melakukan ibadah sehari-hari.

4. Aktifitas sehari-hari

a.Pola nutrisi

b.Pola eliminasi

c.Pola personal hygiene

d.Pola istirahat dan tidur

e. Pola aktivitas dan latihan

- d. Seksualitas / reproduksi
 - e. Peran
 - f. Persepsi diri / konsep diri
 - g. Kognitif diri / konsep diri
 - h. Kognitif perseptual
5. Pemeriksaan fisik
- a. Kepala

Pasien pernah mengalami trauma kepala, adanya hemotoma atau riwayat operasi.
 - b. Mata

Penglihatan adanya kekaburan, akibat adanya gangguan nervus optikus (nervus II), gangguan dalam mengangkat bola mata (nervus III), gangguan dalam memutar bola mata (Nervus IV) dan gangguan dalam menggerakkan bola mata kelateral (nervus VI)
 - c. Hidung

Adanya gangguan pada penciuman karena terganggu pada nervus olfactorius (nervus I).
 - d. Mulut

Adanya gangguan pengecapan atau lidah akibat kerusakan nervus vagus , adanya kesulitan dalam menelan.
 - e. Dada

Inspeksi:kesimetrisan bentuk, kembang dan kempih dada.
Palpasi: ada tidaknya nyeri tekan dan masa
Perkusi:mendengar bunyi hasil perkusi, untuk mengetahui suara napas.
 - f. Abdomen

Inspeksi : bentuk, ada tidaknya pembesaran.
Auskultasi: mendengar bising usus
Perkusi : mendengar bunyi hasil perkusi
Palpasi : ada tidanya nyeri tekan pasca operasi.

g. Ekstremitas

Pengukuran kekuatan otot

1. Nilai 0 : bila tidak terlihat kontraksi sama sekali.
2. Nilai 1 : bila terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan sendi
3. Nilai 2 : bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi
4. Nilai 3 : bila dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan pemeriksaan
5. Nilai 4 : bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tapi kekuatannya berkurang.
6. Nilai 5 : bila dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh.

2.2.2 Diagnosa keperawatan(NANDA,2015)

- A. Nyeri akut berhubungan dengan dilakukannya tindakan insisi bedah
- B. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya sayatan atau luka operasi laparatomi.
- C. Gangguan imobilisasi berhubungan dengan pergerakan terbatas dari anggota tubuh
- D. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual, muntah anoreksia
- E. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan ansietas.
- F. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

2.2.3 Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan dilakukannya tindakan insisi bedah dipilih dari Domain12 : kenyamanan, Kelas 1 : kenyamanan fisik, Kode : 00132 Nyeri akut Tujuan : Goal: pasien bebas dari nyeri selama masa perawatan, Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam pasien bebas dari nyeri dengan, Kriteria hasil:Mampu mengontrol kecemasan, Mengontrol nyeri, Kualitas tidur dan istirahat adekuat, Status kenyamanan meningkat.dengan intervensinya yaitu Domain 1: fisiologis dasar Kelas E: promosi kenyamanan

fisik Kode :1400 Manajemen nyeri, Mengaji nyeri secara komprehensif, Mengidentifikasi tingkat kecemasan, Membantu klien mengenali situasi yang menimbulkan kecemasan, Menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi, Berikan posisi nyaman sesuai kebutuhan, Kolaborasi pemberian obat analgetik. Diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan sayata / luka operasi laparatomi dipilih dari Domain 12 : keselamatan dan keamanan, Kelas 1: infeksi, kode (00004)Resiko terjadi infeksi Tujuan: Goal: pasien bebas dari Infeksi selama masa perawatan dengan Objektif : dalam jangka waktu 3x24 jam pasien bebas dari infeksi dengan Kriteria hasil Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi Jumlah lekosit dalam batas normal dengan intervensinya yaitu Domain IV : safety , Kelas 5 :manajemen resiko intervensi (6540) NIC: Manajemen infeksi, Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, Bersihkan luka dengan cara perawatan luka, Ajarkan cara menghindari infeksi, Instruksikan pasien untuk minum obat antibiotik sesuai resep, Berikan terapi antibiotik iv bila perlu. Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik dipilih dari Domain I: fisiologis dasar Kelas C: mobilitas, Tujuan : Goal: pasien tidak mengalami gangguan mobilitas fisik selama masa perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam tidak mengalami gangguan mobilitas fisik dengan dengan kriteria hasil. Outcomes: 0206 (gerakan sendi) Jari tangan dan kaki, Siku dan lutut, Pergelangan, Bahu. Dengan intervensinya yaitu Domain I : fisiologis dasar Kelas A: aktivitas dan latihan, Aktivitas: Tentukan keterbatasan gerak dan efisiensi pada fungsi sendi Tentukan tingkat motivasi pasien untuk menjaga atau mengembalikan gerakan sendi Jelaskan pada pasien dan keluarga tujuan dari latihan bersama Pantau lokasi dan sifat ketidak nyamanan . Diagnosa keperawatan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dipilih dari Domain II:psycologi nutrisi kelas K: digesty and nutrition kode 1400: status nutrisi Tujuan: Goal: Keseimbangan Nutrisi dapat terpenuhi selama masa perawatan Objektif : dalam jangka waktu 3x24 jam kebutuhan nutrisi pasien dapat terpenuhi dengan kriteria hasil: meningkatkan asupan energy perbandingan berat badan dengan intervensinya yaitu: Domain I :psycological basic Kelas :

nutrition support, Kode 1100: nutrition management: Tentukan status gizi pasien dan kemampuan memenuhi status gizi, Identifikasi pasien akan alergi makanan dan intoleransi Tentukan preverensi makanan pasien, Tentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan, Timbang berat badan setiap hari. Diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dipilih dari Domain 4 : aktivitas dan istirahat Kelas A : intoleransi aktivitas , Kode: 00092 self care, Tujuan: Goal: pasien dapat toleran terhadap aktivitas selama masa perawatan, Objektif: Dalam jangka waktu 3x24 jam pasien dapat toleran terhadap aktivitas dengan Kriteria hasil: Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai tekanan Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dengan intervensinya yaitu Bantu klien untuk mengidentifikasi kemampuan yang dapat dilakukan, Bantu klien memilih aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan, Bantu untuk membuat jadwal kegiatan diwaktu luang, Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas, Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual. Untuk diagnosa keperawatan pola napas tidak efektif berhubungan dengan ansietas dipilih dengan tujuan Goal : Pola napas pasien efektif selama masa perawatan. Objektif : dalam jangka waktu 3x24 jam pola napas kembali efektif dengan kriteria hasil: Respiratory statusAirway patency, Tidak nampak menggunakan otot bantu napas, Frekuensi jalan napas paten, Frekuensi napas normal. Dengan intervensinya yaitu Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, Auskultasi suara napas tambahan, Gunakan air oksigen humidifier yang benar, Monitor status pernapasan dan status oksigen yang yg sesuai.

2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.(Potter&Perry,2011)

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Menurut (Craven & Hirline, 2011) evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil.

Tujuan dari evaluasi antara lain:

- a. Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien.
- b. Untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- c. Untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan.
- d. Mendapatkan umpan balik.
- e. Sebagai tanggung jawab dan tanggungugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan.

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Dalam Bab ini di sajikan Karya Tulis Ilmiah yaitu asuhan keperawatan post operasi laprotomi pada pasien. Asuhan keperawatan di mulai dari melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, menetapkan intervensi, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi. Pengkajian dilakukan oleh mahasiswa pada tanggal 26 Mei 2019 jam 10.00 WITA. Mahasiswa menggunakan metode anamnesa, observasi dan pemeriksaan fisik dalam pengkajian keperawatan. Pasien yang dikaji bernama Tn.A.N berusia 48 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, saat ini Tn A.N berprofesi sebagai seorang petani di kampung halamannya yaitu rote. Agama kristen protestan, bertempat tinggal di rote, pasien sudah di rawat inap dari tanggal 05 Mei 2019 di ruang kelimutu dan pada tanggal 22 Mei 2019 pasien dioperasi dan kembali dirawat di Ruang Kelimutu pada jam 11.00 . Saat ini pasien dirawat dengan diagnosa medis post operasi laparotomi hari ke IV, saat dikaji keluhan yang dirasakan adalah pasien mengeluh nyeri di sekitar area luka operasi, pasien mengatakan awal masuk rumah sakit karena kecelakaan sehingga terjadi benturan di abdomen sehingga pasien mengalami nyeri abdomen , namun setelah dilakukan operasi laparotomi pasien tidak merasa nyeri di abdomen tetapi area luka operasi. Keluarga pasien mengatakan pasien pernah menderita penyakit hepatitis b tetapi ia mengatasinya dengan cara minum obat teratur dan kontrol, pasien mengatakan bahwa ia tidak mempunyai riwayat alergi, dan tidak mempunyai riwayat operasi selain operasi laparotomi yang baru saja dilakukan .pasien tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum alkohol, minum kopi dan minum obat-obatan.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik, tanda tanda vital(TD 120/80 mmhg, N 80x/m, S 36.7⁰c, pernapasan 20x/m). Kepala pasien nampak normal, tidak ada lesi, masa ataupun hematoma, pasien juga mengatakan tidak mengalami sakit kepala ataupun pusing. Wajah pasien simetris, tidak ada masalah penglihatan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pasien tidak menggunakan kacamata, dan tidak ada penglihatan kabur. tidak ada nyeri mata, tidak ada peradangan pada mata dan mulut. Pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi sebelumnya. tidak ada gangguan pada pendengaran, tidak ada gangguan pada sinuisitis dan juga tidak ada gangguan pada tenggorokan dan mulut. Saat dilakukan pengkajian pada sistem kariovaskuler di dapatkan pasien tidak mengalami nyeri dada, dada simetris, tidak ada pengembangan dada, kesadaran composmentis, tidak ada kelainan pada bibir, kuku, capillary refill, tangan, kaki dan sendi. Saat di palpasi ictus cordis dan vena jugularis teraba, saat di perkusi tidak terdapat pembesaran jantung, saat diauskultasi bunyi jantung 1&2 normal dan juga tidak terdapat murmur. Saat di lakukan pengkajian pada sistem pernapasan pasien mengatakan tidak ada masalah pernapasan, saat di inspeksi dada tampak normal, tidak ada jejas, irama napas teratur, tidak ada retraksi otot pernapasan, dan juga tidak ada penggunaan alat bantu pernapasan. saat diperkusi tidak ada udara atau massa, saat diauskultasi suara napas ekspirasi dan inspirasi normal dan juga tidak ada bunyi napas tambahan, clubbing finger normal. Saat dilakukan pengajian pada sistem pencernaan, pasien mengeluh luka di area abdomen, dan juga pasien tidak bisa makan makanan yang keras. Saat diinspeksi turgor kulit normal, bibir lembab, warna mukosa mulut pucat, terdapat luka operasi pada abdomen, terdapat juga tanda-tanda radang pada area luka operasi, tidak ada pembesaran pada abdomen. Pada bagian rektal tidak ada luka, perdarahan atau hemoroid, saat diauskultasi bising usus pasien 28x/m saat di perkusi tidak ada udara, masa ataupun cairan, saat di palpasi tonus otot normal, tidak ada masa tetapi terdapat nyeri tekan

pada luka operasi dengan skala nyeri 4(1-10). Saat dilakukan pengkajian pada sistem persyarafan, pasien mengeluh lemas, tingkat kesadaran composiment dengan GCS 15 (E4M6V5), Pupul isokor, tidak ada kejang, parstesia dan cranial nerves normal, pada sistem muskuloskeletal tidak terdapat keluhan dengan kekuatan otot baik . pada sistem integumen terdapat lesi pada area abdomen, tugor kulit pasien pucat, tidak ada petechie dan kelembapan. pasien tidak mempunyai masalah dalam perkemihan, tidak menggunakan alat batu kateter, pasien sehari minum air sebanyak 800cc, dengan parenteral 500cc ,saat dilakukan pengkajian pada sistem endoktrin dan reproduksi tidak terdapat kelainan/masalah. Saat dikaji pola kegiatan sehari hari (ADL), pasien mengatakan pola makan baik,makan 3x sehari, nafsu makan baik, tidak ada makanan pantangan,makanan yang disukai tidak ada, pasien sehari minum 800cc, BB 48 kg, TB 160 cm selama sakit pasien mengalami penurunan BB 2 kg dalam waktu 1 bulan .saat dikaji pola eliminasi pasien BAK 300 cc/hari dengan warna kuning pekat,bau kahas dan BAB pasien mengatakan 1x sehari dengan konsistensi lunak . pasien suka jalan pagi dan lari sore tetapi selama sakit pasien jarang /tidak pernah melakukannya lagi. Pasien tidur malam jam 09.00 dan bangun pagi jam 06.00. Pasien sering berinteraksi dengan istrinya, keadaan rumah pasien baik, tidak ada bising dan banjir, pasien mengatakan jika ada masalah pasien sering membicarakannya dengaa istri dan cara menyelesaikanya adalah dengan terbuka satu sama lain, interaksi dalam keluarga baik., pasien sering mengikuti ibadah di gereja setiap minggu, dan tidak ada keterlibatan dalam organisasi keagamaan. keadaan psikologis selama sakit baik, saat ditanya tentang persepsi klien terhadap penyakit pasien mengatakan biasa saja .

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 23 mei 2019 di dapatkan hemoglobin 12,9 g/dl. Eritrosit $5,15 \cdot 10^6/uL$. hematokrit 41,6% . MCV 80,8 fl .MCH 20,1 pg .MCHC 31 g/dl .neutrofil $8,81 \cdot 10^3/uL$. limfosit $1,50 \cdot 10^3/uL$.monosit $0,62 \cdot 10^3/uL$.trombosit $438 \cdot 10^3/uL$. Saat perawatan

pasien mendapatkan obat-obatan ketorolac(30 mg) 3x1 IV, attrain(500 mg) 2x1 IV dan invd futrolit. pasien juga mendapatkan antibiotik yaitu pada hari 1-3 post diberikan Cefriaxon 2x500 mg melalui Injeksi IV, hari 4 -6 diberikan meropenem 2x500 mg melalui injeksi IV.

3.1.2 Diagnosa keperawatan

3.1.2.1 Rumusan diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data hasil pengkajian dan analisa data mulai dari menetapkan masalah, penyebab dan data-data yang mendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik(insisi pembedahan) ditandai dengan pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di sekitar area luka operasi, pasien nampak lemas, meringgis, memegang area nyeri, gelisah, skala nyeri 4(1-10).
2. Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya insisi pembedahan laparatomi di tandai dengan pasien mengeluh gatal dan memerah disekitar area operasi, saat diinspeksi luka nampak memerah .
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai pasien nampak lemas ADL dibantu dan hanya terbaring .

3.1.2.2 Prioritas masalah

Dalam memprioritaskan masalah ada 3 hal yang perlu dipertimbangkan apakah masalah tersebut mengancam kehidupan, mengancam kesehatan, dan mengancam tumbuh dan kembang pasien. Langkah selanjutnya adalah menentukan tujuan apakah tujuan baik itu tujuan umum / goal atau tujuan khusus atau objektif ataupun harapan pasien agar dapat dievaluasi dengan baik oleh perawat. selanjutnya menentukan

intervensi atau rencana tindakan serta rasional dari setiap tindakan untuk mengatasi masalah yang dialami.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (insisi pembedahan) merupakan masalah yang mengancam kehidupan.
2. resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya insisi pembedahan merupakan masalah yang mengancam kesehatan.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang merupakan masalah yang mengancam tumbuh dan kembang.

3.1.3 Intervensi keperawatan

3.1.3.1 Nursing outcomes clasification (NOC)

Untuk diagnosa I mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tidak meringgis, tidak memegang area nyeri, tidak gelisah, skala nyeri berkurang dari 4-1 . Untuk diagnosa II mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pasien terbebas dari infeksi dengan kriteria hasil pasien mengatakan tidak merasakan gatal pada area luka operasi, luka tidak nampak kemerahan dan pucat. Untuk diagnosa III mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien dapat toleran terhadap aktivitas dengan kriteria hasil melakukan aktivitas secara mandiri, tidak lemah dan ADL tidak bibantu.

3.1.3.2 Nursing Intervention Clasification (NIC)

Untuk diagnosa 1 dipilih dari domain 1: fisiologis dasar, kelas E promosi kenyamanan fisik dengan kode 1400 manajemen nyeri, (08.00 wita) mangkaji nyeri secara

komprehensif, mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mrngakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. Untuk diagnosa II, intervensi dipilih dari domain 12 keselamatan dan keamanan, kelas 1 infeksi kode (00004) manajemen resiko infeksi (08.30 wita), mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi tanda-tanda peradangan, rawat luka dan perban dengan mempertahankan teknik aseptik, pertahankan teknik sterilisasi, kolaborasi pemberian antibiotik. Untuk diagnosa III, intervensi dipilih dari domain 4 kelaa A: intoleransi aktivitas Bantu klien untuk mengidentivikasi kemampuan yang dapat dilakukan, Bantu klien memilih aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan, Bantu untuk membuat jadwal kegiatan diwaktu luang, Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas, Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 26-29 mei 2019. Tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari. Pada hari pertama tanggal 26 mei 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnose I yaitu melakukan pengkajian pada pukul 08.30 wita sekaligus implementasi hari pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif yang meliputi *provocator, kualifikasi, region, skala dan time*, membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, pada pukul 10.00 wita membantu pasien

melatih napas dalam dan batuk efektif, pada pukul 11.00 mengkolaborasikan pemberian ketorolac(30 mg melalui IV) untuk membantu mengurangi nyeri. Pada hari kedua tanggal 27 Mei 2019 dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa I yaitu mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, pukul 11.00 memberikan ketorolac untuk membantu mengurangi nyeri, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. Pada hari ketiga tanggal 28 Mei dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa I yaitu (07.05) mempertahankan tirah baring selama fase akut, (08.00) menggunakan strategi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien. Pada tanggal 26 Mei 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa II yaitu melakukan pengkajian luka pada pasien untuk mengetahui infeksi yang dialami pasien pada pukul 08.00, pada pukul 09.00 dilakukan perawatan luka dengan teknik aseptik , implementasi untuk diagnosa ke III yaitu mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien dan bersama pasien membuat jadwal kegiatan diwaktu luang. pada tanggal 27 Mei 2019 juga dilakukan perawatan luka dengan mempertahankan teknik aseptik pada pukul 09.30 dan memberikan ketorolac (11.00) serta memantau aktivitas pasien, pada tanggal 28 Mei 2019 dilakukan tindakan keperawatn dalam hal ini melakukan perawatan luka dengan mempertahankan teknik aseptik, dan implementasi yang terakhir juga dilakukan tindakan keperawatan dalam hal ini perawatan luka , serta memberikan suport mengenai aktivitas dan membantu pasien melakukan aktivitas mandiri. Pada tanggal 29 Mei 2019 dilakukan perawatan luka, mengkaji ulang skala nyeri dan memberikan suport pada pasien.

3.1.5 Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi yang dilakukan antara lain pada tanggal 26 Mei 2019 dengan diagnosa I nyeri akut yaitu: pasien mengatakan bahwa ia masih merasa nyeri yang ditandai dengan pasien nampak lemah, gelisah, meringgis, skala nyeri 4(1-10). Untuk itu dapat disimpulkan masalah nyeri akut belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua. Pada hari pertama tanggal 26 Mei 2019 dilakukan evaluasi pada diagnose II dengan resiko terjadinya infeksi yaitu: pasien mengatakan masih merasa gatal pada area luka operasi yang ditandai dengan luka nampak pucat dan kemerahan . dari itu maka disimpulkan bahwa masalah resiko terjadinya infeksi belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari kedua.

Pada hari pertama tanggal 26 Mei juga dilakukan evaluasi untuk diagnosa III yaitu masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari kedua. Pada tanggal 27 & 28 Mei 2019 dilakukan evaluasi SOAPIE (catatan perkembangan) pada diagnosa 1, yaitu pasien masih nampak lemah, gelisah, mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, nampak tidak meringgis dan memegang area nyeri , skala nyeri 2. Dan pada diagnosa II yaitu pasien nampak lemah, luka tidak pucat, tapi masih nampak memerah, darah sering merembes melalui selang drainase Sehingga dari evaluasi tersebut disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan pada hari ke 4. Serta untuk diagnosa III pasien mengatakan ahu tentang aktivitas yang disukai, pasien nampak duduk, baca buku dan mendengar musik maka dari itu disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan hari ke empat.

Pada tanggal 29 Mei 2019 dilakukan evaluasi SOAP pada diagnosa 1 yaitu pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, skala nyeri 1, tidak meringgis sedangkan pada diagnosa 2 pasien mengatakan luka nampak tidak gatal, dan memerah serta sudah bisa sedikit aktivitas

secara mandiri. sehingga dari diagnosa 1, 2 &3 disimpulkan bahwa masalah belum teratasi dan implementasikan dilanjutkan perawat ruangan.

3.2 Pembahasan

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data (data primer maupun data sekunder), baik yang bersifat obyektif maupun yang bersifat subyektif. Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya dianalisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data yang dimaksudkan adalah data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah masalah keperawatan diangkat lalu diagnosa keperawatan pun ditegakkan dimana komponen penyusunannya terdiri atas *problem, etiologi, sign dan symptom* (diagnosa aktual), *problem dan etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa risiko / risiko tinggi). Intervensi / perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi. Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi, dengan demikian rencana perawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi. Demikianpun asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan post op laparatomi. Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan pada pasien dengan post op laparatomi yang dirawat diruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut (Mubarak & Chayatin, 2008) pengkajian pada pasien dengan post op laparatomi akan mendapatkan hasil adanya nyeri pada luka operasi, area luka nampak kemerahan, pasien nampak

gelisah & meringgis, skala nyeri meningkat. Nyeri yang dirasakan pasien akibat insisi bedah yang mengakibatkan terputusnya inkontinitas jaringan terawat yang merangsang histamin dan prostaglandin .nampak kemerahan pada area luka akibat nyeri merupakan nyeri superfisial yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa. Berdasarkan teori diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit post operasi laparatomi yang dialami oleh Tn.A.N merupakan akibat dari proses perawatan dan insisi pembedahan. Dari hasil pengkajian juga ditemukan luka nampak, memerah dan gatal serta pasien mengeluh lemas ,pasien juga nampak lemah. Manifestasi klinis yang di temukan pada pasien dengan laparatomi ini dikarenakan luka insisi bedah .

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2015), Sesuai dengan data subjektif dan objektif yang didapatkan pada saat pengkajian, dibandingkan dengan batasan karakteristik maka pada pasien post op laparatomi akan di dapat diagnosa nyeri akut dan resiko tinggi terjadinya infeksi, gangguan mobilitas fisik, intoleransi aktivitas dan ketidakseimbangan nutrisi. Pada kasus Tn. A.N, tidak semua diagnosa diambil dalam penegakkan diagnosa karena ketika dilakukan pengkajian keperawatan pada kasus ini pasien sudah dalam 4 hari perawatan di ruang Kelimutu, sehingga diagnosa yang muncul sesuai dengan teori namun ada beberapa kesenjangan diantaranya diagnosa gangguan mobilitas fisik dan ketidakseimbangan nutrisi yang tidak diangkat. Diagnosa Gangguan mobilitas fisik tidak diangkat karena pasien sudah bisa beraktifitas secara mandiri tanpa bantuan, pasien hanya merasa sedikit lemas tetapi pasien dapat melakukan aktivitas sendiri seperti duduk, makan dan minum, selain itu juga nutrisi tidak diambil karena pasien nafsu makan baik, tidak ada penurunan berat badan. Sehingga berdasarkan penetapan diagnosa diatas

penulis tidak menemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, maka menurut (Moorhead,dkk.2016) dalam *Nursing Outcome Classification* (NOC) digunakan jenis skala *likert* dengan semua kriteria hasil dan indikator yang menyediakan sejumlah pilihan yang adekuat untuk menunjukkan variabilitas didalam status/kondisi, perilaku atau persepsi yang digambarkan oleh kriteria hasil. Pada kasus post op laparotomi pada Tn. A.N intervensi keperawatan pada diagnosa Nyeri akut dalam kaji nyeri secara komprehensif meliputi *provocator, kualifikasi, region, skala, dan time*. mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mrngakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. Secara umum tujuan keperawatan pada pasien yang mengalami nyeri akut tergantung pada batasan karakteristik masing-masing individu. Tujuan yang ditetapkan adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil yang di ambil yaitu pasien dapat mrngungkapkan nyeri, mengidentifikasi tanda dan gejala nyeri, skala nyeri berkurang, tidak meringgis dan gelisah. Diagnosa kedua adalah resiko terjadinya infeksi dipilih intervensi seperti mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi tanda-tanda peradangan, rawat luka dan perban dengan mempertahankan teknik aseptik, pertahankan teknik sterilisasi, kolaborasi pemberian antibiotik. . Intervensi ini cocok untuk dilakukan karena untuk menjaga agar luka pasien tidak

terkontaminasi bakteri. Diagnosa ketiga adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik dipilih intervensi seperti Bantu klien untuk mengidentifikasi kemampuan yang dapat dilakukan, Bantu klien memilih aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan, Bantu untuk membuat jadwal kegiatan diwaktu luang, Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas, Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. (Potter&Perry, 2011) Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Tn. A.N semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang ditetapkan. Pada hari pertama tanggal 26 Mei 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnose I yaitu melakukan pengkajian pada pukul 08.30 wita sekaligus implementasi hari pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif yang meliputi *provocator, qualifikas, region, skala dan time*. membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, pada pukul 10.00 wita membantu pasien melatih napas dalam dan batuk efektif, pada pukul 11.00 mengkolaborasikan pemberian ketorolac 30 mg IV untuk membantu mengurangi nyeri. Tindakan ini dilakukan karena sesuai pengkajian keluhan utama pasien mengatakan nyeri. 26 mei 2019 dilakukan implementasi dari diagnosa resiko terjadinya infeksi dilakukan perawatan luka dengan mempertahankan teknik aseptik pada pukul 09.30 pada tanggal 26 Mei 2019 dilakukan intervensi untuk diagnosa III yaitu membantu klien mengidentifikasi

kemampuan dan membuat jadwal kegiatan diwaktu luang. Sedangkan pada tanggal 27 & 28 Mei 2019 untuk diagnosa I dilakukan pemberian ketorolac dan mengajarkan teknik relaksasi, dan diagnosa II dilakukan perawatan luka dengan teknik steril serta untuk diagnosa III, membantu pasien memilih aktivitas dan melakukan aktivitas sesuai kemampuan. Pada tanggal 29 Mei 2019 pasien hanya di ajarkan cara mengontrol nyeri, dan perawatan luka teknik steril, serta memonitor aktivitas pasien dan memberikan suport.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut (Craven & Hirline, 2011) evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil. Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

Evaluasi pada Tn.A.N sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif. Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 26 Mei 2019 pada diagnosa I dimana pasien mengatakan masih merasa nyeri, dengan masih gelisah, meringgis, skala nyeri 4(1-10.) maka dari itu penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan pada hari kedua. Pada hari kedua tanggal 26 mei 2019 juga dilakukan evaluasi pada diagnosa II resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya pembedahan laparatomi yaitu pasien mengatakan luka nampak gatal dan memerah, luka juga terlihat pucat. Maka dari itu penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan, serta pada tanggal 26 Mei 2019 juga dilakukan evaluasi untuk diagnosa III yaitu pasien mengatakan masih lemah saat aktivitas, nampak lemah saat diinspeksi dan ADL dibantu. Maka dari itu penulis mengambil

kesimpulan masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari kedua. Sedangkan pada tanggal 27 & 28 Mei 2019 dari evaluasi catatan perkembangan untuk diagnosa I pasien mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berkurang, dengan tidak gelisah, skala nyeri 3(1-10) sehingga penulis mengambil kesimpulan masalah teratasi sebagian sehingga implementasi dilanjutkan pada hari ke empat. Dan diagnosa II pasien mengatakan bahwa luka masih rasa gatal, memerah, dan pucat sehingga penulis mengambil kesimpulan masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan hari ke empat. Sedangkan pada diagnosa III pasien mengatakan sudah sudah mengetahui tentang aktivitas yang disukai, sudah bisa duduk, baca buku dan mendengar musik maka dari itu penulis mengambil kesimpulan masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan hari keempat. Pada tanggal 29 Mei 2019 diagnosa I pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 1, dan untuk diagnosa II luka tidak gatal dan tidak pucat serta diagnosa pasien sudah sedikit bisa melakukan aktivitas sendiri sehingga penulis mengambil kesimpulan masalah teratasi, dan intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

sDari hasil pengkajian Tn.A.N masuk rumah sakit pada tanggal 26 Mei 2019 dengan alasan Nyeri di area luka operasi pada tanggal 26 Mei 2019. Saat ini Tn A.N mengeluh nyeri di area luka operasi. Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan data pasien nampak meringgis dan gelisah, skala nyeri 4(1-10). Saat ini pasien juga mengeluh terasa gatal di sekitar area luka saat diinspeksi luka nampak memerah, dan pucat. Berdasarkan pengkajian didapatkan diagnosa utama yang dapat mengancam kehidupan yaitu Nyeri akut. Diagnosa yang dapat mengancam kesehatan yaitu resiko tinggi terjadinya infeksi dan diagnosa yang mengancam tumbuh dan kembang yaitu intoleransi aktivitas maka dibuat suatu perencanaan keperawatan agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi Tn A.N seperti mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dan memberikan obat ketorolac 3x300 mg untuk penanganan nyeri sementara pada diagnosa yang kedua yaitu resiko terjadinya infeksi adalah melakukan perawatan luka dengan teknik steril serta pemberian antibiotik cefriaxon 2x500 mg serta diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas adalah membantu pasien mengenali kemampuan yang dimiliki, membantu pasien beraktivitas sesuai kemampuan. Implementasi dibuat sudah berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada Tn .A.N teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

4.2 Saran.

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.A.N di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang dan kesimpulan yang telah disusun seperti diatas, maka mahasiswa memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan anak serta perlu adanya partisipasi keluarga

karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu perkembangan dan kesehatan pasien.

2. Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan apa yang ada pada teori, akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari rumah sakit
3. Dalam memberikan asuhan keperawatan setiap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi perlu di dokumentasikan dengan baik.

4.3 Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu:

1. Faktor orang atau manusia
Orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin di dapatkan dari pasien yang lainnya.
2. Faktor waktu
Waktu yang hanya di tentukan 4 hari membuat peneliti tidak dapat mengikuti perkembangan selanjutnya dari pasien sehingga tidak dapat di evaluasi secara maksimal sesuai dengan harapan pasien dan peneliti.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S.2002. *prosedur suatu penelitian: pendekatan praktek*. Edisi revisi kelima.penerbit rineka cipta.jakarta.
- Brunner and suddart.(2011). *Textbook of medical surgical nursing*.sixth edition.J.B.Lippincott company, philadelphia.
- Brooker, christine.2001.*kamus saku keperawatan* Ed 31 EGC:jakarta
- Craven & Hirlne .2000 *fundamental of Nursing* Philadelphia lippincott.
- Doengges, marilyn E(2011).*rencana asuhan keperawatan* .jakarta:EGC
- Dorland ,W.A.Newman 2002. *Kamus kedokteran*: EGC
- <http://scribd.com/document/248448707/Pathway-laparotomi>(diakses pada tanggal 4 Juni 2019)
- Lakaman R. 2011. *definisi laparatomi*. EGC Jakarta.
- Mansjoer, Arif.2012.*capita, selekta kedokteran*. Jakarta :Media aesculapius
- Mubarak dan chayatin (2009) *Ilmu keperawatan Komunitas pengantar dan teori*. Jakarta. salemba medika.
- Mutaqin, arif.2014.*asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem pencernaan*. Jakarta: salemba medika.
- NANDA.2015.*Diagnosis keperawatan NANDA*:Masalah yang lazim muncul
- Nazir moh.2011.*Metode penelitian*.Ghalia indonesia.jakarta.
- Nurlela .2009. *Metode penelitian* . Yogyakarta. Graha Ilmu
- Nursalam.2010. *konsep dan penerapan metode penelitian ilmu keperawatan*,Edisi II. Salemba medika. Jakarta.
- Potter & perry A.G *Buku Ajar Fundamental keperawatan Konsep proses dan praktik* Edisi 4: Lenata Komalasari dkk, Jakarta EGC.
- Prasetyo, S.N.2010 *konsep dan proses keperawatan nyeri*.yogyakarta:Graha ilmu.
- Soeparman, dkk 2010. *Ilmu penyakit dalam*: Balai penerbit FKUI,jakarta.
- Smeltzer, suzanne C.2010. *keperawatan medical bedah* brunner and suddart Ed.8 Vol.3.EGC jakarta.

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA
PRODI KEPERAWATAN KUPANG
Jln. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Saint Valenthino Tefnai

NIM : PO.530320116276

Nama Pembimbing : Kori limbong SKep.,Ns.,MKep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	24 MEI 2019	1. Konsultasi judul 2. pengarahan persiapan UAP	
2.	27 MEI 2019	1.Ujian praktik klinik di ruang kelimutu 2.konsultasi studi kasus sementara(askep)	
3.	29 MEI 2019	1. Konsultasi BAB 1 dan BAB 2 2.BAB 1 masukan data dari dunia, indonesia, Ntt dan rumah sakit (ruangan rawat).	
4.	1 JUNI 2019	1.Konsultasi BAB 1,2,3 2.perbaiki cara penulisan (margins)	
5.	3 JUNI 2019	1. Konsultasi BAB 1,2,3,4 2.BAB 2 Tambahkan Tujuan dari setiap diagnosa 3. Tambahkan pathway	
6.	7 JUNI 2019	1. Konsultasi BAB 1, 2,3,4 2.Konsultasi dari cover sampai lampiran 3.perbaiki cara penulisan(penggunaan tanda baca)	
7.	8 JUNI 2019	1. Konsultasi BAB 1,2,3,4 2.Konsultasi dari cover sampai lampiran 3.Tambahkan direktur dan	

		kaprodi di kata pengantar 4. Siap ujian tanggal 10 juni 2019	
8.	10 JUNI 2019	1.Ujian KTI 2. Perbaiki cara penulisan 3.tambahkan dosis obat, clarifikasi pemberian antibiotik 4. sesuaikan daftar pustaka.	

Lampiran

Lampiran 1.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



NamaMahasiswa : SAINT VALENTINO TEFNAI

NIM : PO. 530320116276

Format PengkajianDewasa

NamaPasien :Tn A.N

Ruang/Kamar : KELIMUTU / A7

DiagnosaMedis :POST LAPARATOMI

No. Medical Record : 510565

TanggalPengkajian : 26 mei 2019 Jam : 12.00

MasukRumahSakit : 05 mei 2019 Jam :16.03

IdentitasPasien

NamaPasien :TnA.N JenisKelamin :Laki-laki

Umur/TanggalLahir : 48/22 oktober 1970 Status Perkawinan :Kawin

Agama : Kristen Protestan SukuBangsa :Rote

PendidikanTerakhir : SD Pekerjaan :Petani

Alamat : Rote

Identitas Penanggung

Nama : Ny. D.N Pekerjaan : IRT
Jenis Kelamin : perempuan Hubungan dengan klien : Istri
Alamat : Rote

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

- Kapan: pasien mengeluh nyeri disekitar area luka operasi
- Lokasi: di area abdomen

2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan: Saat kaji klien mengatakan perutnya terasa nyeri pada luka operasi hari (pertama)
- Sifat keluhan: pasien mengatakan kaki dan tangan terasa seperti tertusuk – tusuk skala nyeri 4
- Lokasi : di area abdomen
- Keluhan lain yang menyertai: pasien mengatakan area luka terasa gatal dan memerah serta pucat pada area luka. pasien juga mengatakan lemas bahwa keterbatasan mobilisasi.
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : operasi laparotomi
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
Pasien mengatakan keluhannya berkurang saat berbaring dan keluhan bertambah saat merubah posisi tidur
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan klien melakukan napas dalam
Setelah dilatih petugas.

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita : hepatitis B
- Riwayat Alergi ; tidak ada
- Riwayat Operasi : tidak pernah

4. Kebiasaan

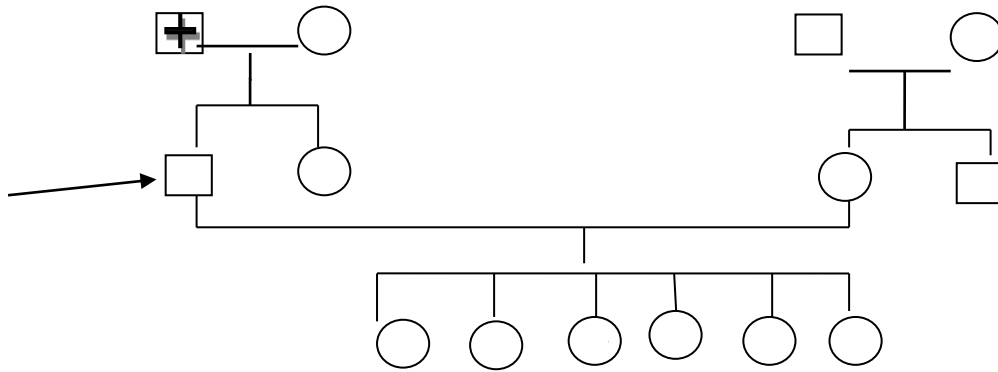
- Merokok

Tidak merokok

- Minumalkohol
 - Ya: Jumlah:, waktu * tidak√
- Minum kopi :
 - Tidak minum kopi
- Minumobat-obatan
 - Tidak√


RiwayatKeluarga/ Genogram (diagram tigagenerasi) :


Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.




Keterangan :

= Laki-laki 

 = Perempuan

 = laki-laki meninggal

 = Pasien

----- = Tinggal serumah

 = meninggal laki - laki

 = meninggal perempuan

Pemeriksaan Fisik.

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanandarah : 120/80 mmHg - Nadi : 80 x/ m
- Pernapasan : 18 x / m - Suhu badan : 36,7°C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
 - Sakit kepala :
 ya tidak
 - Bentuk , ukuran dan posisi:
 normal abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ada, tidak ada
 - Masa : ada, tidak ada
 - Observasi Wajah : simetris asimetri,
- Penglihatan :
 - Konjungtiva: anemis tidak
 - Sklera: ikterik tidak
 - Pakai kacamata : Ya tidak
 - Penglihatan kabur : Ya, tidak
 - Nyeri : tidak ada
 - Peradangan : tidak ada
 - Operasi : tidak pernah
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya tidak
 - Nyeri : Ya tidak
 - Peradangan : Ya tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya tidak
 - Riwayat Polip : Ya, tidak
 - Sinusitis : Ya, tidak
 - Epistaksis : Ya, tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : tampak bersih

- Caries : Ya, tidak
- Memakai gigi palsu : Ya, tidak
- Gangguan bicara : Ya, tidak
- Gangguan menelan : Ya, tidak
- Pembesaran kelenjarleher : Ya, tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, tidak
- Inspeksi :
Kesadaran/ GCS : composmentis= E 4. V= 5, M- 6 = 15
- Bentuk dada : abnormal , normal
- Bibir : sianosis normal
- Kuku : sianosis normal
- Capillary Refill : Abnormal normal > 3det
- Tangan : Edema normal
- Kaki : Edema normal
- Sendi : Edema normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidakteraba
- Vena jugularis : Teraba tidakteraba
- Perkusi : pembesaranjantung: Normal
- Auskultasi : BJ I : Abnormal normal
BJ II : Abnormal normal

Murmur :tidakada

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidakada
- Inspeksi :
Jejas : Ya, tidak
- Bentuk Dada : Abnormal, Normal
- Jenis Pernapasan : Abnormal, normal
- Irama Napas : teratur tidakteratur
- Retraksi otot pernapasan: Ya tidak
- Pengguna alat bantu pernapasan : Ya, tidak
- Perkusi : Cairan : Ya tidak
- Udara : Ya tidak

Massa : Ya Tidak

- Auskultasi :

Inspirasi : Normal Abnormal

Ekspirasi : Normal Abnormal

• Ronchi : Ya Tidak

• Wheezing : Ya Tidak

• Krepitasi : Ya Tidak

• Rales : Ya Tidak

Clubbing Finger : Normal Abnormal

5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan : klien mengatakan nyeri di bagian perut

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : Abnormal, Normal

- Keadaan bibir : lembab kering

- Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : merah muda

Luka/ perdarahan : Ya, Tidak

Tanda-tanda radang : Ya, Tidak

Keadaan gusi : Abnormal, normal

- Keadaan abdomen

Warna kulit : coklat

Luka : Ya, Tidak

Pembesaran : Abnormal, adanya asites

normal

- Keadaan rektal

Luka : Ya, Tidak

Perdarahan : Ya, Tidak

Hemoroid : Ya, Tidak

Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/ Peristaltik : 33 x/ menit./ baik +)

- d. Perkusi : Cairan : Abnormal, adanya asites normal
- Udara : Abnormal, (kembang)
- normal
- Massa : Abnormal,
- normal
- e. Palpasi:
- Tonus otot: Abnormal, normal
- Nyeri : Abnormal, normal
- Massa : Abnormal normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : nyeri pada area luka,
- b. Tingkat kesadaran: kompos mentis, GCS (E/M/V): 15
- c. Pupil : Isokor anisokor
- d. Kejang : Abnormal, normal
- e. Jenis kelumpuhan : Ya, tidak
- f. Parasthesia : Ya, tidak
- g. Koordinasi gerak : Abnormal, normal
- h. Cranial Nerves : Abnormal, normal
- i. Reflexes : Abnormal, normal

7. Sistem Muskuloskeletal

- a. Keluhan : Tn.A.N mengeluh lemas
- b. Kelainan Ekstremitas : ada, tidak ada
- c. Nyeri otot : ada tidak
(ada pada ekstremitas atas dan bawah)
- d. Nyeri Sendi : ada tidak ada
- e. Refleksi sendi : abnormal, normal
- f. kekuatan otot : Atropi hipertropi normal

4	4
4	4

8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ada, tidak ada
- b. Lesi : ada, tidak ada (ada lesi pada abdomen)
- c. Turgor : baik Warna : coklat
- d. Kelembaban : Abnormal, normal
- e. Petechie : ada, Tidak ada
- f. Lain lain: tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine : kurang lebih 1000cc
- e. Intake cairan : oral : 600cc/hr parenteral : 1500cc
- f. Bentuk alat kelamin : Normal Tidak normal,
- g. Uretra : Normal Hip padia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, tidak ada
- c. Lain – lain : tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Wanita : Siklus menstruasi : -
 - Keadaan payudara : Abnormal, normal
 - Riwayat Persalinan:-
 - Abortus:-
 - Pengeluaran pervagina: Abnormal, normal
 - Lain-lain:-
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
- d. Lain-lain: tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Polamakan :teratur
- Frekuensimakan : 3x sehari
- Nafsumakan : baik
- Makanan pantangan : tidakada
- Makanan yang disukai : cemilanjagunggoreng
- Banyaknyaminumandalamsehari300cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidakada
- SebelumsakitBB : 40 kg TB :155cm
- PenurunanBB: ,dalamwaktu:

2.Perubahanselamasakit :

Tidakadaperubahan

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan (Pasienmemakaikateterfowllly)

Frekuensidalamsehari :terpasangcateterWarna : kuning

Bau :khas, Jumlah/ hari : kuranglebih 1500cc

b. Perubahanselamasakit : BAK lebihbanyaknamunkeluarlewatcateterFowllly

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : saatkaji 1 x sehari

Warna : kecoklatan

Konsistensi :lembik

b. Perubahanselamasakit : BAB dibantukeluarga

c. Olah raga danAktivitas

- Kegiatanolah raga yang disukai : sepak bola
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : kadang - kadang

C. Istirahatdantidur

- Tidur malam jam : 09.00

Bangun jam : 06.00

- Tidur siang jam :

Bangun jam :

- Apakahmudahterbangun :

- Apa yang dapatmenolonguntuktidurnyaman :

PolaInteraksiSosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Istri

2. Organisasosial yang diikuti :
3. Keadaanrumahdanlingkungan : baik
Status rumah : miliksendiri
Cukup/ tidak
Bising/ **tidak**
Banjir / **tidak**
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya (orang tua)
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dengan berdiskusi mencari solusi
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

KegiatanKeagamaan/ Spiritual

1. Ketaatanmenjalankanibadah : ya (ke gereja tiap Minggu)
2. Keterlibatandalamorganisasikeagamaan :

KeadaanPsikologisSelamaSakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita :klien berharap ia cepat sembuh dari penyakitnya dan cepat pulang kerumah.
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya :baik
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium&Diagnostik

a. PemeriksaanDarah

No	JenisPemeriksaan	Nilai Normal	HasilPemeriksaan				
			Tanggal				
			23-05-2019				
1	Hemoglobin	13,0-18,0 g/dl	12,9				
2	Jumlaheritrosit	4,50-6,20 10 ⁶ /μl	5,15				
3	Hematokrit	40,0-54,0 %	41,6				
4	MCV	81,0-96,0 fL	80,8				
5	RDW-CV	11,0-16,0 %	20,1				
6	RDW-SD	37-54 fL	31				

7	Juml. Lekosit	4.0 – 10.0 $10^3/\mu\text{l}$	6,8				
8	Eosinofil	1.0 – 5.0 %	3,8				
9	Netrofil	50 – 70 %	8,81				
10	Limfosit	20 – 40 %	1,50				
11	JumlahNetrofil	1.50 – 7.00 $\cdot 10^3/\mu\text{l}$	8,81				
12	Trombosit	1.00-3.70 $\cdot 10^3/\mu\text{l}$	438				
13	JumlahMonosit	0.00-0.70 $\cdot 10^3/\mu\text{l}$	0,62				

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

- a. Fotogigidanmulut : tidakada
- b. Fotooesophagus, lambung, danusus halus : tidakada
- c. Cholescystogram : tidakada
- d. Foto colon : tidakada

2. Pemeriksaan-pemeriksaankhusus

Ultrasonographi :

Biopsy :

Colonoscopy : tidakada

DII : tidakada

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : tidakada
- Obat - obatan
 1. Ketorolac 3x1 iv
 2. Atrain 2x1 iv
 3. Invd futrolit
 4. Ceftriaxon 2x500 mg
 5. Meropenem 2x500 mg
- Lain-lain : tidak ada

LAPORAN KASUS

ANALISA DATA

NO	DATA-DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	DS: pasien DO: mengeluh nyeri di sekitar area luka bakar <ul style="list-style-type: none">- pasien nampak gelisah- Meringgis- Gelisah- Skala nyeri 6- TD: 130/60mmhg- N: 82x/m- RR:20x/m- S:36,5⁰c	Nyeri akut	Insisi pembedahan
2	DS: pasien mengeluh gatal di area luka operasi DO: luka nampak memerah dan pucat Lekosit: <ul style="list-style-type: none">- TD: 130/60mmhg- N: 82x/m- RR:20x/m- S:36,5⁰c	Resiko Infeksi	Adanya Insisi Pembedahan Post laparatomi
3.	DS:paien mengatakan sulit beraktivitas karna luka operasi DO: <ul style="list-style-type: none">- Nampak berbaring lemah- ADL di bantu- RR:20X/M- S:36,5⁰c- Kekuatan otot	Intoleransi aktivitas	Kelemahan(penurunan kekuatan otot

	4	4		
	4	4		

Diagnosa keperawatan:

1. Nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya insisi pembedahan laparatomi.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan(penurunan kekuatan otot)

INTERVENSI KEPERAWATAN:

NO	DX KEP	NOC	NIC
1.	Nyeri akut b/d Agen cedera fisik (insisi pembedah an)	Domain 12 : kenyamanan Kelas 1 : kenyamanan fisik Kode :00132 Nyeri akut Goal: pasien bebas dari nyeri selama masa perawatan Objektif:dalam jangka waktu 3x24 jam pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil: NOC (1605):manajemen nyeri - (160510)menganalisis skala nyeri - (160503)mengidentifi	Domain 1: fisiologis dasar Kelas E : promosi kenyamanan fisik Kode :1400 Manajemen nyeri Intervensi: 1. Kaji nyeri secara komprehensif 2. Pertahankan tirah baring selama fase akut. 3. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi

		<p>kasi tanda dan gejala nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - (160505)menggunakan analgesik sesuai anjuran 	<p>respon pasien terhadap ketidaknyamanan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien 5. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri 6. Kolaborasi pemberian analgetik. 7. Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.
2.	<p>Resiko terjadinya infeksi b/d adanya insisi pembedahan laparatomi</p>	<p>Domain 12 : keselamatan dan keamanan</p> <p>Kelas 1: infeksi kode (00004)</p> <p>Resiko terjadi infeksi</p> <p>Goal:pasien terbebas dari infeksi selama masa perawatan</p> <p>Objektif:dalam jangka waktu 3x24 jam pasien bebas dari infeksi dengan kriteria hasil:</p> <p>NOC :(1924)Manajemen infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - (192405)mengidentifikasi 	<p>Domain IV : safety</p> <p>Kelas 5 :manajemen resiko intervensi (6540)</p> <p>NIC:Manajemen infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda-tanda vital 2. Kaji tanda-tanda peradangan 3. Rawat luka,perbandengan memperhatikan teknik aseptik 4. Pertahankan teknik sterilisasi

		<p>kasi tanda dan gejala infeksi dengan skala 2-3</p> <ul style="list-style-type: none"> - (192421) mengambil tindakan segera untuk mengurangi resiko dengan skala 3-4 	<p>5. Kolaborasi penggunaan antibiotik</p>
3.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>Domain 4 :aktivitas dan istirahat</p> <p>Kelas A : intoleransi aktivitas</p> <p>Kode : 00092 self care</p> <p>Tujuan:</p> <p>Goal: pasien dapat toleran terhadap aktivitas selama masa perawatan</p> <p>Objektif: Dalam jangka waktu 3x24 jam pasien dapat toleran terhadap aktivitas dengan</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai tekanan - Mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri 	<ul style="list-style-type: none"> - Bantu klien untuk mengidentifikasi kemampuan yang dapat dilakukan - Bantu klien memilih aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan - Bantu untuk membuat jadwal kegiatan diwaktu luang - Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas - Monitor respon fisik,emosi,sosial dan spiritual.

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NO	Dx kep	Hari/tgl	Jam	Tindakan	Evaluasi	Paraf
1.	Nyeri akut b/d agen cedera fisik(insisi pembedahan)	Minggu 26/05/ 2019	07.05 08.00 09.10 10.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri secara komprehensif 2. Pertahankan tirah baring selama fase akut. 3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mngakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri 4. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan. 5. Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien 	<p>S:pasien mengeluh masih merasakan nyeri</p> <p>O: skala nyeri 3, masih meringgis dan gelisah</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan</p>	

				<p>6. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri</p> <p>7. Kolaborasi pemberian analgetik.</p> <p>8. Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.</p>		
2.	Resiko terjadinya infeksi b/d adanya insisi pembedahan laparotomi	Minggu, 26/05/2019	08.20 09.20 09.50 10.50 11.20	<p>1. Observasi tanda-tanda vital</p> <p>2. Kaji tanda-tanda peradangan</p> <p>3. Rawat luka, perban dengan memperhatikan teknik aseptik</p> <p>4. Pertahankan teknik sterilisasi</p> <p>5. Kolaborasi penggunaan antibiotik</p>	<p>S: pasien masih mengeluh gatal di area luka operasi</p> <p>O: luka namapak merah, adanya drainase</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan.</p>	
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan	Minggu, 26 mei 2019		- Bantu klien untuk mengidentifikasi kemampuan	<p>S: pasien mengatakan masih sulit beraktivitas</p>	

	kelemahan				<p>yang dapat dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu klien memilih aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan - Bantu untuk membuat jadwal kegiatan diwaktu luang - Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas <p>Monitor respon fisik,emosi,sosial dan spiritual.</p>	<p>O: nampak lemah, ADL dibantu</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
--	-----------	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CATATAN PERKEMBANGAN

27 mei 2019

NO	Dx kep	S	O	A	P	I	E
1	Nyeri akut b/d agencid era fisik (insisi pembedahan)	Pasien mengeluh masih merasakan nyeri	Skala nyeri 3 Masih meringgis Tidak memegang area nyeri	Masalah teratasi sebagian	Intervensi 2,3,6,& 7 dilanjutkan	<ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan tirah baring selama fase akut - Menggunakan strategi komunikasi 	<p>Evaluasi pukul 12:00</p> <p>Keadaan umum lemah,gelisah, meringgis</p> <p>TTV: TD:110/70 N:78x/m S:36,7⁰c RR:21x/m</p>

						terapeutik - Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri - Mengkoleksi pemberian analgetik	
2.	Resiko terjadinya infeksi b/d adanya insisi pembedahan laparotomi	Pasien manguluh luka nampak gatal dan merah	Luka nampak merah Gatal Pasien nampak gelisah	Masa malam belum teratasi	Intervensi dilanjutkan	- Observasi tanda-tanda vital - Kaji tanda-tanda peradangan - Rawat luka, perbandengan memperhatikan teknik aseptik - Pertahankan teknik sterilisasi - Kolaborasi penggunaan antibiotik	Evaluasi pukul 12:30 Keadaan umum lemah, gelisah memegang area luka, meringgis TTV: TD: 110/70 mmHg N: 78x/m S: 36,7 ⁰ c RR: 21x/m

3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas sedikit - sedikit	Masih nampak lemah, terbaring, sedikit duduk, adl masih dibantu	Masalah teratasi sebagian	Intervensi dilanjutkan	<ul style="list-style-type: none"> - Bantu untuk membuat jadwal kegiatan diwaktu luang - Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas - Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual. 	Evaluasi pukul 12.30 pasien nampak masih lemah, sudah bisa duduk dan baca buku, dan mendengar musik
----	----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	---------------------------	------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

28 mei 2019

NO	Dx kep	S	O	A	P	I	E
1	Nyeri akut b/d agencid era fisik (insisi pembedahan)	Pasien mengeluh masih merasakan nyeri	Skala nyeri 2 Masih meringis Tidak memegang area nyeri	Masalah teratasi sebagian	Intervensi 2,3,6,&7 dilanjutkan	<ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan tirah baring selama fase akut - Menggunakan strategi komunikasi terapeutik - Mengajarkan teknik 	Evaluasi pukul 12:00 Keadaan umum lemah, gelisah, meringis TTV: TD:120/80 N:88x/m S:36,5 ⁰ c RR:20x/m

						relaksasi untuk mengurangi nyeri	
						- Mengkolaborasi pemberian analgetik	
2.	Resiko terjadinya infeksi b/d adanya insisi pembedahan laparotomi	Pasien mengeluh luka nampak gatal dan merah	Luka nampak merah Gatal Pasien nampak gelisah	Masalah belum teratasi	Intervensi dilanjutkan	<ul style="list-style-type: none"> - Observasi tanda-tanda vital - Kaji tanda-tanda peradangan - Rawat luka, perban dengan memperhatikan teknik aseptik - Pertahankan teknik sterilisasi - Kolaborasi penggunaan antibiotik 	Evaluasi pukul 12:30 Keadaan umum lemah, gelisah memegang area luka, meringgis TTV: TD:120/80mmHg N:88x/m S:36,5 ⁰ c RR:20x/m

3.	Intoleransi aktivitas	Pasien mengatakan sudah	Masih nampak lemah,	Masalah teratasi	Intervensi dilanjutkan	- Bantu untuk membuat jadwal	Evaluasi pukul 12.30 pasien nampak masih lemah, sudah
----	-----------------------	-------------------------	---------------------	------------------	------------------------	------------------------------	-------------------------------------------------------

	berhubungan dengan kelemahan	bisa beraktivitas sedikit - sedikit	terbaring, sedikit duduk, adl masih dibantu	sebagian		kegiatan diwaktu luang - Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas - Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.	bisa duduk dan baca buku, dan mendengar musik
--	------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------------	----------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

Implementasi dan evaluasi

29 mei 2019

NO	Dx kep	Jam	Tindakan	Evaluasi	paraf
1.	Nyeri akut b/d agen cedera fisik (insisi pembedahan)	08.00 09.00 10.00 11.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan tirah baring selama fase akut - Menggunakan strategi komunikasi terapeutik - Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri - Mengkolaborasi pemberian analgetik 	<p>S: pasien mengeluh nyeri yang dirasakan sudah berkurang</p> <p>O: skala nyeri 1</p> <p>Tidak meringgis</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p>	

				P: intervensi dilanjutkan perawat ruangan	
2.	Resiko terjadinya infeksi b/d adanya insisi pembedahan laparatomi	08.30 09.30 10.30 11.30 12.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi tanda-tanda vital - Mengkaji tanda-tanda peradangan - Melakukan perawatan luka,perban dengan memperhatikan teknik aseptik - Mempertahankan teknik sterilisasi - Mengkolaborasikan penggunaan antibiotik 	S: pasien mengeluh merah di area luka O: luka masih nampak merah TTV: TD:120/80 mmhg N:86x/m S:36,5 ⁰ c RR:20 x/m A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan perawat ruangan.	
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	08.00 09.00	<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktifitas - Monitor respon fisik,emosi,sosial dan 	S: pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas	

			spiritual.	sedikit O: tidak lemah,ADL masih dibantu A:masalah teratasi sebagian P:intervensi dilanjutkan perawat ruangan.	
--	--	--	------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--