

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.P DENGAN PASCA OPERASI  
LAPARATOMY ATAS INDIKASI PERITONITIS DI RUANG  
WIJAYA KUSUMA RSUD KRATON  
PEKALONGAN**



Diajukan untuk memenuhi tugas akhir Prodi DIII Keperawatan  
STIKES Muhammadiyah Pekajangan  
Pekalongan

Oleh

Tomi Adetiya  
NIM : 13.1704.P

**PRODI DIII KEPERAWATAN  
STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN  
TAHUN 2016**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. P Dengan post operasi laparatomi atas indikasi *peritonitis* di Ruang Wijaya kusuma RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Tomi Adetiya telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan penguji sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Pekalongan, 24 Juni 2016

Pembimbing

Trisakti Wirotomo, S.Kep. Ns, M.Kep

NIK 93.001.013

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. P Dengan post operasi laparatomi atas indikasi *peritonitis* di Ruang Wijaya kusuma RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan” yang disusun oleh Tomi Adetiya telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Pekalongan, 28 Juli 2016

Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

Firman Faradisi, M.N.S.

NIK 93.001.013

Tri Sakti Wirotomo, S.Kep. Ns, M.Kep

NIK 10.001.077

Mengetahui  
Ka.Prodi DIII Keperawatan  
STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Herni Rejeki M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom

NIK. 96.001.016

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

Karya tulis ilmiah ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar

Pekalongan, 28 Juli 2016

Yang Membuat Pernyataan

Tomi Adetiya  
NIM: 13.1704.P

## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum wr wb.

Alhamdulillah penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat hidayah serta inayah-Nya, sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan laporan uji komprehensif ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Tn. P Dengan pasca operasi laparatomi atas indikasi *peritonitis* di Ruang Wijaya kusuma RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan**”.

Dengan segala kemampuan yang ada, penulis menyusun laporan ini dalam rangka ujian akhir komprehensif untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan tahun 2016. Penulis menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar besarnya kepada :

1. Direktur RSUD Kraton, selaku pemimpin dari Rumah Sakit Umum Daerah Kraton
2. Kepala ruang beserta staf ruang wijaya kusuma RSUD Kraton yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam memberikan asuhan keperawatan di ruangan.
3. Mochammad Arifin, S.Kep.,M.Kep Selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
4. Herni Rejeki, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom Selaku ketua Prodi DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan.
5. Tri Sakti Wirotomo, S.Kep, M.Kep Selaku pembimbing I dalam penyusunan laporan, yang telah membimbing dan memberi masukan kepada penulis.
6. Firman Faradisi, M.N.S selaku dosen penguji I Karya Tulis Ilmiah
7. Seluruh dosen beserta staf STIKES Muhammadiyah Pekajangan yang telah memberi bekal ilmu kepada penulis.
8. Keluarga tercinta : Orang tua Bapak dan Ibu, yang telah memberikan semangat, do'a, materi, kasih sayang, dan dukungan selama penulis menempuh pendidikan serta dalam penyusunan laporan ini.

9. Teman teman angkatan 2016 dan seperjuangan Wendo (bagus), Kliweng (aris), Afif, Meikhana, Koder (seno), Bom-bom (shandy tyas), te'eng (mu'amarudin), Mahlul, Fajrin, Ady, dan teman-teman yang lain yang belum penulis sebut, terimakasih atas bantuan, kerjasama dan supportnya.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu terimakasih atas semua bantuan dan dukungannya sehingga terselesaikannya laporan ini.

Penulis menyadari bahwa segala sesuatu di dunia ini tiada yang sempurna, maka laporan ini pun tidak luput dari kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun guna memperbaiki laporan kasus ini. Penulis berharap semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi para pembacanya.

Pekalongan, juli 2016

Penulis

## DAFTAR ISI

Lembar Persetujuan .....	ii
Lembar pengesahan .....	iii
Halaman Pernyataan Orisinalitas .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	vii

### BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3

### BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Peritonitis	
1. Pengertian .....	5
2. Klasifikasi .....	5
3. Etiologi .....	6
4. Tanda dan gejala .....	7
5. Patofisiologi .....	7
6. <i>Pathways</i> .....	9
7. Penatalaksanaan .....	9
B. Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Peritonitis	
1. Riwayat kesehatan .....	11
2. Pengkajian pola fungsional Gordon .....	11
3. Pemeriksaan Fisik .....	14
4. Pemeriksaan Penunjang .....	14
5. Pengkajian pasca operasi .....	14
6. Diagnosa Keperawatan .....	15
7. Fokus Intervensi .....	18

### BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian .....	23
B. Diagnosa Keperawatan .....	29
C. Rencana Keperawatan .....	30
D. Implementasi Keperawatan .....	31
E. Evaluasi .....	32

### BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian .....	36
B. Diagnosa Keperawatan .....	37
C. Rencana Keperawatan .....	37
D. Implementasi Keperawatan .....	42
E. Evaluasi .....	44

### BAB V PENUTUP

A. Simpulan .....	46
B. Saran .....	47

Daftar Pustaka

Daftar lampiran

*Pathways*

Surat keterangan magang KTI

Surat keterangan pengambilan data rekap medik RSUD Kraton

Asuhan keperawatan

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Gawat abdomen menggambarkan keadaan klinik akibat kegawatan di rongga perut yang biasanya timbul mendadak dengan nyeri sebagai keluhan utama. Keadaan ini memerlukan penanggulangan segera yang sering berupa tindakan bedah, misalnya pada perforasi, perdarahan intra abdomen, infeksi, obstruksi dan strangulasi jalan cerna dapat menyebabkan perforasi yang mengakibatkan kontaminasi rongga perut oleh isi saluran cerna sehingga terjadilah *peritonitis* (WHO 2010, dikutip dalam Sabiston 2012, h.192). *Peritonitis* awalnya terjadi setelah kebocoran mikroorganisme dari organ yang sakit atau trauma. Perluasan infeksi ke dalam *cavitas peritonealis* tergantung dari banyaknya faktor, termasuk lokasi dan luas kebocoran primer, sifat luka atau penyakit yang mendasarinya, adanya perlekatan akibat operasi sebelumnya, lamanya penyakit sekarang, serta efisiensi mekanisme imun penderitanya (Sabiston 2012, h.192).

*Peritonitis* adalah inflamasi membran *peritonium*. *Peritonium* adalah kantong berlapis dua yang semipermeabel dengan cairan bervolume 1.500 ml. Kantong ini membungkus semua organ yang ada di dalam rongga perut. Oleh karena itu diinervasi oleh saraf somatik, stimulus *peritonium* parietal yang membungkus rongga perut dan pelvis menyebabkan nyeri yang tajam dan terlokalisasi (Black & Hawks 2014, h.1041 ). Inflamasi *peritonium*-lapisan membran serosa rongga abdomen dan meliputi viserela. Biasanya akibat dari infeksi bakteri seperti organisme yang berasal dari penyakit saluran gastrointestinal atau pada wanita dari organ reproduksi internal (Brunner & Sudarth 2002, dikutip dalam Nurarif & Kusuma 2015, h.59).

*Peritonitis* umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri yang menginvasi atau masuk ke dalam rongga peritonium pada saluran makanan

yang mengalami perforasi. Kuman yang paling sering adalah bakteri E Colli, streptokokus  $\alpha$  dan  $\beta$  hemolitik, strafilokokus aurens, enterokokus dan yang paling berbahaya adalah clostridium wechii. Salah satu penanganan peritonitis adalah operasi *laparatomy*, yaitu pembedahan perut sampai membuka selaput perut atau *peritonium* (Padila 2012, h.198). Pelaksanaan operasi *laparatomy* dapat dilakukan apabila ada beberapa indikasi yang mendasarinya, seperti terjadi trauma abdomen (tumpul atau tajam), perdarahan saluran pencernaan (*internal bleeding*), sumbatan pada usus halus dan usus besar, terdapat massa pada abdomen dan terjadi *peritonitis* atau inflamasi lapisan peritonium (Padila 2012, h.198).

Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan RI tahun 2008, jumlah pasien yang menderita penyakit peritonitis berjumlah sekitar 7% dari jumlah penduduk di Indonesia atau sekitar 199.000 orang. Sedangkan berdasarkan data Dinas Kesehatan Jawa Tengah tahun 2009, jumlah kasus peritonitis dilaporkan sebanyak 7.785 dan 270 diantaranya menyebabkan kematian (Dinkes Jateng, 2009). Saat dilakukan pencarian data keadaan morbiditas pasien rawat inap RSUD Kraton pada tahun 2015 periode bulan Januari sampai November, jumlah kasus peritonitis sebanyak 7 orang atau 52% untuk pasien perempuan dan 5 orang atau 48% untuk pasien laki-laki (Rekam Medik RSUD Kraton)

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 11 Januari 2016 oleh penulis didapatkan data di RSUD Kraton ruang Wijaya Kusuma, bahwa pasien dengan kasus pasca operasi *Laparatomy* dengan indikasi *peritonitis*, pasien mengalami masalah seperti kehilangan nafsu makan, penurunan kadar Hb, nyeri akut, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk. Akibat dari rasa nyeri tersebut membuat pasien mengalami gangguan mobilitas fisik seperti duduk, berjalan, mandi, dan berpakaian, selain itu luka pasca pembedahan klien yang membutuhkan waktu penyembuhan lama juga beresiko terkena infeksi. Berdasarkan data dan uraian di atas, angka kejadian peritonitis memang masih relatif rendah, tetapi banyak masalah yang timbul setelah dilakukan prosedur pembedahan (operasi

Laparotomi), maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan judul asuhan keperawatan pada pasien Tn. P dengan pasca operasi Laparatomi atas indikasi *peritonitis* di ruang Wijaya Kusuma, RSUD Kraton

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Menggambarkan pengelolaan kasus atau asuhan keperawatan pada klien dengan pasca operasi Laparatomi dengan indikasi *peritonitis* di ruang bedah Wijaya Kusuma, RSUD Kraton.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu mengkaji klien pasca operasi Laparatomi atas indikasi *peritonitis* hari ke 3 di ruang bedah Wijaya Kusuma, RSUD Kraton.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan selama memberikan asuhan keperawatan yang tepat dari masalah yang timbul pada klien dengan pasca operasi Laparatomi atas indikasi *peritonitis* di ruang bedah Wijaya Kusuma, RSUD Kraton.
- c. Mampu merumuskan rencana tindakan selama memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan pasca operasi Laparatomi atas indikasi *peritonitis* di ruang bedah Wijaya Kusuma, RSUD Kraton.
- d. Mampu melakukan rencana tindakan keperawatan pada klien dengan pasca operasi Laparatomi atas indikasi *peritonitis* di ruang bedah Wijaya Kusuma, RSUD Kraton.
- e. Mampu melakukan evaluasi pada klien dengan pasca operasi Laparatomi atas indikasi *peritonitis* di ruang bedah Wijaya Kusuma, RSUD Kraton.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien pasca operasi Laparatomi atas indikasi *peritonitis* di ruang bedah Wijaya Kusuma, RSUD Kraton.

### 3. Manfaat

Adapun manfaat dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah :

#### 1. Bagi penulis.

- a. Untuk meningkatkan dan menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan klien pasca operasi Laparatomi.
- b. Untuk menambah keterampilan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan klien pasca operasi Laparatomi.

#### 2. Bagi Institusi Pendidikan.

Sebagai bahan referensi untuk menambah wawasan bagi mahasiswa Diploma III keperawatan khususnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan klien pasca operasi Laparatomi.

#### 3. Bagi Lahan Praktek.

Dengan adanya penulisan karya tulis ilmiah ini, dapat menambah bahan referensi untuk meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik khususnya klien pasca operasi Laparatomi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Peritonitis**

##### 1. Pengertian

Peritonitis adalah peradangan peritonium yang merupakan komplikasi berbahaya akibat penyebaran infeksi dari organ abdomen (apendisitis, pankreatitis, dll) ruptur saluran cerna dan luka tembus abdomen (Padila 2012, h.191). Peritonitis adalah inflamasi rongga peritonium yang disebabkan oleh infiltrasi isi usus dari suatu kondisi seperti ruptur apendiks, perforasi/trauma lambung dan kebocoran anastomosis (Padila 2012, h.191). Berdasarkan kedua penjelasan di atas, penulis dapat menyimpulkan peritonitis adalah peradangan peritonium yang diakibatkan oleh penyebaran infeksi dari organ abdomen seperti apendisitis, pankreatitis, ruptur apendiks, perforasi/trauma lambung dan kebocoran anastomosis.

##### 2. Klasifikasi.

###### a. Peritonitis Primer.

Peritonitis yang terjadi tanpa adanya sumber infeksi di rongga peritonium, kuman masuk ke dalam rongga peritonium melalui aliran darah / pada pasien perempuan melalui area genital.

###### b. Peritonitis Sekunder.

Terjadi bila kuman masuk ke dalam rongga peritonium dengan jumlah yang cukup banyak. Biasanya dari lumen saluran cerna, bakteri biasanya masuk melalui saluran getah bening diafragma tetapi bila banyak kuman yang masuk secara terus-menerus akan terjadi peritonitis. Biasanya terdapat campuran jenis kuman yang menyebabkan peritonitis, yang sering adalah kuman *aerob* dan kuman *anaerob*. Peritonitis juga terjadi apabila ada sumber intraperitoneal

seperti appendiksitis, diverkutilitis, salpingitis, kolesistitis, pankreasitis dan sebagainya.

Bila ada trauma yang menyebabkan ruptur pada saluran cerna/perforasi setelah endoskopi maka dilakukan kateterisasi. Biopsi atau polipektomi endoskopi, tidak jarang pula setelah perforasi spontan pada tukak peptik atau keganasan saluran cerna, tertelanya benda asing yang tajam juga dapat menyebabkan perforasi dan peritonitis.

- c. Peritonitis karena pemasangan benda asing ke rongga peritonium. misalnya pemasangan kateter Ventrikula – peritoneal, pemasangan kateter peritoneal – juguler, *continous ambulatory peritoneal dialysis* (Soeparman 1993, dikutip dalam Padila 2012, h. 194)

### 3. Etiologi

- a. Infeksi bakteri, disebabkan invasi atau masuknya bakteri ke dalam rongga peritonium pada saluran makanan yang mengalami perforasi. Bakteri itu adalah mikroorganisme yang berasal dari penyakit saluran gastrointestinal, appendisitis yang meradang dan perforasi, tukak peptik (lambung / duodenum), tukak thypoid, tukak disentri amuba / colitis, tukak pada tumor, salpingitis, divertikulitis.

Kuman yang paling sering adalah bakteri E Colli, streptokokus  $\alpha$  dan  $\beta$  hemolitik, strafilokokus aurens, enterokokus dan yang paling berbahaya adalah clostridium wechii.

- b. Secara langsung dari luar.
  - 1) Operasi yang tidak steril.
  - 2) Terkontaminasi *talcum venetum*, *lycopodium*, *sulfanomida*, terjadi peritonitis yang disertai pembentukan jaringan granulomatosa sebagai respon terhadap benda asing, disebut juga peritonitis granulomatosa serta merupakan peritonitis lokal.
  - 3) Trauma pada kecelakaan seperti rupturs limpa, ruptur hati.
  - 4) Melalui tuba fallopi seperti cacing enterobius vermikularis, terbentuk pila peritonitis granulomatosa.

c. Secara hematogen sebagai komplikasi beberapa penyakit akut seperti radang saluran pernafasan bagian atas, otitis media, mastoiditis, glomerulonephritis, penyebab utamanya adalah streptokokus dan pneumokokus.

d. Peritonitis kimiawi

Disebabkan karena keluarnya enzim pankreas, asam lambung, atau empedu sebagai akibat cedera atau perforasi usus/ saluran empedu (Harison 2000, dikutip dalam padila 2012, h.192).

4. Tanda dan gejala.

Menurut Price (1995) tanda dan gejala peritonitis yaitu sakit perut (biasanya terus menerus), mual dan muntah, abdomen yang tegang, kaku, nyeri, demam, leukositosis dan dehidrasi. Menurut Long (1996) kemerahan, adema, dehidrasi. Menurut Mubin (1994) pasien tidak mau bergerak, perut kembung, nyeri tekan abdomen, bunyi usus berkurang atau menghilang, syok (neurogenik, hipovolemik atau septik) terjadi pada penderita peritonitis umum, bising usus tidak terdengar pada peritonitis umum dapat terjadi pada daerah yang jauh dari lokasi peritonitisnya, *nausea, vomiting*, penurunan peristaltik (Padila 2012, h.193).

5. Patofisiologi.

Peritonitis disebabkan oleh kebocoran isi rongga abdomen ke dalam rongga abdomen, biasanya diakibatkan dari inflamasi, infeksi, iskemia, trauma atau perforasi tumor (Dahlan 2004, dikutip dalam padila 2012, h.195). Awalnya mikroorganisme masuk ke dalam rongga abdomen adalah steril tetapi dalam beberapa jam terjadi kontaminasi bakteri. Akibatnya timbul edema jaringan dan penambahan eksudat. Cairan dalam rongga abdomen menjadi keruh dengan bertambahnya sejumlah protein, sel-sel darah putih, sel-sel yang rusak dan darah. Respon yang segera dari saluran intestinal adalah hipermotilitas, di ikuti oleh ileus paralitik dengan penimbunan udara dan cairan di dalam usus besar.

Timbulnya peritonitis adalah komplikasi berbahaya yang sering terjadi akibat penyebaran infeksi. Reaksi awal peritonium terhadap invasi

bakteri adalah keluarnya eksudat fibrinosa. Kantong-kantong nanah (abses) terbentuk di antara perlekatan fibrinosa yang menempel menjadi satu dengan permukaan sekitarnya sehingga membatasi infeksi. Perlekatan biasanya menghilang bila infeksi menghilang, tetapi dapat menetap sebagai pita-pita fibrinosa yang kelak dapat mengakibatkan obstruksi usus. Bila bahan yang menginfeksi tersebar luas pada permukaan peritonium dapat menimbulkan peritonitis umum. Dengan perkembangan peritonitis umum, aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus kemudian menjadi atoni dan meregang. Cairan dan elektrolit menghilang ke dalam lumen usus, mengakibatkan dehidrasi syok, gangguan sirkulasi dan oligouria, perlekatan dapat terbentuk antara lengkung-lengkung usus yang meregang dan dapat mengganggu pulihnya pergerakan usus sehingga menyebabkan obstruksi usus. Gejala berbeda-beda tergantung luas peritonitis, beratnya peritonitis dan jenis organisme yang bertanggung jawab. Gejala utamanya adalah sakit perut (biasanya terus menerus), muntah dan abdomen yang tegang, kaku, nyeri dan tanpa bunyi, dan demam (Price 1995, dikutip dalam Padila 2012, h.195).

Peritonitis (peradangan dari peritonium) terjadi akibat apendik yang mengalami perforasi, secara cepat perlekatan terbentuk dalam usaha untuk membatasi infeksi dan membantu untuk menutup daerah peradangan, membentuk suatu abses. Ketika penyembuhan terjadi, perlekatan fibrosa dapat terbentuk dan mengakibatkan obstruksi usus. Reaksi-reaksi lokal dari peritonium meliputi kemerahan, edema, dan produksi cairan dalam jumlah besar berisi elektrolit dan protein. Jika infeksi tidak teratasi dapat terjadi hipovolemia, ketidakseimbangan elektrolit, dehidrasi dan akhirnya syok. Peristaltik usus dapat terhenti dengan infeksi peritonium yang berat (Long 1996, dikutip dalam Padila 2012, h.195).

6. *Pathways*.

Terlampir.

7. Penatalaksanaan.

a. *Therapy* umum.

Istirahat, Tirah baring dengan posisi fowler. Penghisapan nasogastrik. Diet, diet cair ataupun nasi. Medikamentosa, cairan infus cukup dengan elektrolit, antibiotik dan vitamin.

b. Laparatomi.

1) Pengertian.

Pembedahan perut sampai membuka selaput perut. Ada 4 cara, antara lain:

a) *Midline incision*.

b) *Paramedian*, yaitu sedikit ke tepi garis tengah ( $\pm 2,5$  cm), panjang (12,5 cm).

c) *Transverse upper abdomen incision*, yaitu insisi di bagian atas, misalnya pembedahan *colectomy* dan *splenectomy*.

d) *Transverse lower abdomen incision*, yaitu insisi melintang di bagian bawah  $\pm 4$  cm diatas anterior spinal iliaka, misalnya pada operasi *appendectomy*.

2) Indikasi.

Trauma abdomen (tumpul atau tajam), ruptur hepar, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan (*internal bleeding*), sumbatan pada usus halus dan usus besar, masa pada abdomen.

c. *Therapy* komplikasi.

Intervensi bedah untuk menutup perforasi dan menghilangkan sumber infeksi. Prinsip umum pengobatan adalah pemberian antibiotik yang sesuai dekomresi saluran cerna dengan penghisapan nasogastrik atau intestinal, penggantian cairan dan elektrolit yang dilakukan secara intravena, pembuangan fokus septik (appendiks dan sebagainya) atau penyebab radang lainnya bila mungkin dengan

mengalirkan nanah keluar dan tindakan menghilangkan nyeri (Price 1995, dikutip dalam Padila 2012, h.197).

d. Pasca operasi *Laparatomy*

Perawatan pasca operasi *laparatomy* adalah bentuk pelayanan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani pembedahan perut.

1) Tujuan perawatan pasca *laparatomy* yaitu mengurangi komplikasi akibat pembedahan, mempercepat proses penyembuhan, mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri pasien, dan mempersiapkan pasien pulang.

2) Proses penyembuhan luka.

a) Fase pertama, berlangsung sampai hari ke 3. Batang leukosit banyak yang rusak / rapuh. Sel-sel darah baru berkembang menjadi penyembuh dimana serabut-serabut bening digunakan sebagai kerangka.

b) Fase kedua, di hari ke 3 sampai hari ke 14. Pengisian oleh kolagen, seluruh pingiran sel epitel timbul sempurna dalam 1 minggu. Jaringan baru tumbuh dengan kuat dan kemerahan.

c) Fase ketiga, sekitar 2 sampai 10 minggu. Kolagen terus menerus ditimbun, timbul jaringan-jaringan baru dan otot dapat digunakan kembali.

d) Fase keempat, fase terakhir. Penyembuhan akan menyusut dan mengkerut.

Intervensi untuk meningkatkan penyembuhan yaitu dengan meningkatkan *intake* makanan tinggi protein dan vitamin C, menghindari obat-obatan anti radang seperti steroid, pencegahan infeksi (Jitowiyono & Kristianasari 2010, h. 94)

## **B. Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Peritonitis.**

Pengkajian klien dengan peritonitis menurut Padila (2012, h.197)

### 1. Riwayat Kesehatan:

#### a) Keluhan Utama.

Keluhan utama adalah keluhan atau gejala apa yang menyebabkan pasien berobat atau keluhan saat awal dilakukan pengkajian pertama kali masuk rumah sakit. Pada klien dengan peritonitis biasanya mengeluh nyeri di bagian perut sebelah kanan.

#### b) Riwayat kesehatan Sekarang.

Riwayat kesehatan sekarang adalah menggambarkan riwayat kesehatan saat ini. Pada klien dengan peritonitis umumnya mengalami nyeri tekan di bagian perut sebelah kanan dan menjalar ke pinggang, demam, mual, muntah, bising usus menurun bahkan hilang, takikardi, takipnea.

#### c) Riwayat Kesehatan Dahulu.

Riwayat kesehatan dahulu adalah riwayat penyakit yang merupakan predisposisi terjadinya penyakit saat ini. Pada klien dengan peritonitis mempunyai riwayat ruptur saluran cerna, komplikasi pasca operasi, operasi yang tidak steril dan akibat pembedahan, trauma pada kecelakaan seperti ruptur limpa dan ruptur hati.

### 2. Pada penulisan ini menggunakan pendekatan pola fungsi kesehatan menurut Gordon:

#### a) Pola Persepsi Kesehatan atau Menejemen Kesehatan.

Menggambarkan persepsi klien terhadap keluhan apa yang dialami klien, dan tindakan apa yang dilakukan sebelum masuk rumah sakit. Pada klien dengan peritonitis mengeluh nyeri berat di bagian perut sebelah kanan dan menjalar ke pinggang dan umumnya telah dilakukan tindakan dengan obat anti-nyeri.

b) Pola Nutrisi-Metabolik.

Menggambarkan asupan nutrisi, cairan dan elektrolit, kondisi kulit dan rambut, nafsu makan, diet khusus/suplemen yang dikonsumsi, instruksi diet sebelumnya, jumlah makan atau minum serta cairan yang masuk, ada tidaknya mual, muntah, kekeringan, kebutuhan jumlah zat gizinya, dan lain-lain. Pada pasien peritonitis akan mengalami mual. Vomitus dapat muncul akibat proses patologis organ *visceral* (seperti obstruksi) atau secara sekunder akibat iritasi peritoneal, selain itu terjadi distensi abdomen, bising usus menurun, dan gerakan peristaltik usus turun ( $<12x/menit$ ). Diet yang diberikan berupa makanan cair seperti bubur saring dan diberikan melalui NGT.

c) Pola Eliminasi.

Pada pola eliminasi menggambarkan eliminasi pengeluaran sistem pencernaan, perkemihan, integumen, dan pernafasan. Pada klien dengan peritonitis terjadi penurunan produksi urin, ketidakmampuan defekasi, turgor kulit menurun akibat kekurangan volume cairan, takipnea.

d) Pola Kognitif Perseptual.

Menggambarkan kemampuan proses berpikir klien, memori, tingkat kesadaran, dan kemampuan mendengar, melihat, merasakan, meraba, dan mencium, serta sensori nyeri. Pada klien dengan peritonitis tidak mengalami gangguan pada otak namun hanya mengalami penurunan kesadaran, adanya nyeri tekan pada abdomen.

e) Pola Aktivitas/Latihan.

Menggambarkan tingkat kemampuan aktivitas dan latihan, selain itu, fungsi respirasi dan fungsi sirkulasi. Pada klien dengan peritonitis mengalami letih, sulit berjalan. Kemampuan pergerakan sendi terbatas, kekuatan otot mengalami kelelahan. Pola nafas iregular ( $RR > 20x/menit$ ), klien mengalami takikardi, akral : dingin, basah, dan pucat.

f) Pola Istirahat dan Tidur.

Pola istirahat tidur menggambarkan kemampuan pasien mempertahankan waktu istirahat tidur serta kesulitan yang dialami saat istirahat tidur. Pada klien dengan peritonitis didapati mengalami kesulitan tidur karena nyeri.

g) Pola Nilai dan Kepercayaan.

Pola nilai dan kepercayaan menggambarkan pantangan dalam agama selama sakit serta kebutuhan adanya kerohanian dan lain-lain. Pengaruh latar belakang sosial, faktor budaya, larangan agama mempengaruhi sikap tentang penyakit yang sedang dialaminya. Adakah gangguan dalam pelaksanaan ibadah sehari-hari.

h) Pola Peran dan Hubungan Interpersonal.

Pola peran dan hubungan menggambarkan status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan dengan klien atau keluarga, dan gangguan terhadap peran yang dilakukan. Adanya kondisi kesehatan mempengaruhi terhadap hubungan interpersonal dan mengalami hambatan dalam menjalankan perannya selama sakit.

i) Pola Persepsi atau Konsep Diri.

Pola persepsi menggambarkan tentang dirinya dari masalah-masalah yang ada seperti perasaan kecemasan, kekuatan atau penilaian terhadap diri mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri, dan identitas tentang dirinya. Pada klien dengan peritonitis terjadi perubahan emosional.

j) Pola Koping/Toleransi Stres.

Pola koping/toleransi stres menggambarkan kemampuan untuk menangani stres dan penggunaan sistem pendukung. Pada klien dengan peritonitis didapati tingkat kecemasan pada tingkat berat.

k) Pola Reproduksi dan Seksual.

Pola reproduksi dan seksual menggambarkan pemeriksaan payudara/testis sendiri tiap bulan, dan masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit. Pada laki-laki berhubungan dengan

kebiasaan seks, sehingga penting untuk menghindari aktivitas seksual yang bebas. Pada pasien yang telah atau sudah menikah akan terjadi perubahan.

### 3. Pemeriksaan Fisik.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien Peritonitis:

Kesadaran dan Keadaan Umum Klien.

Keadaan umum ini dapat meliputi kesan keadaan sakit termasuk ekspresi wajah dan posisi pasien, kesadaran yang dapat meliputi penilaian secara kualitatif seperti kompos mentis, apatis, somnolen, spoor, koma dan delirium, dan status gizinya, GCS (*Glasow Coma Scale*).

### 4. Pemeriksaan Penunjang.

#### a) Pemeriksaan Laboratorium.

- 1) *Complete Blood Count* (CBC), umumnya pasien dengan infeksi intra abdomen menunjukkan adanya leukositosis.
- 2) Cairan peritoneal.
- 3) Urinalisis untuk mengetahui adanya penyakit pada saluran kemih

#### b) Pemeriksaan Radiologi

- 1) Foto polos abdomen memperlihatkan distensi disertai edema dan pembentukan gas dalam usus
- 2) USG
- 3) Foto rontgen abdomen memperlihatkan distensi disertai edema dan pembentukan gas dalam usus halus dan usus besar atau pada kasus perforasi organ *viceral*. Foto tersebut menunjukkan udara bebas di bawah diafragma.
- 4) Foto rontgen toraks dapat memperlihatkan diafragma

### 5. Pengkajian pasca operasi

Pada umumnya klien dengan pasca operasi akan mengalami nyeri yang hebat sehingga diperlukan pengkajian nyeri dengan prinsip PQRST (Muttaqin 2008, h.120).

a) *Provoking Incident.*

Merupakan hal-hal yang menjadi faktor presipitasi timbulnya nyeri, biasanya berupa trauma pada bagian tubuh yang menjalani prosedur pembedahan.

b) *Quality of Pain.*

Merupakan jenis rasa nyeri yang dialami klien. Klien dengan pasca operasi *laparatomy* biasa menghasilkan sakit yang bersifat menusuk atau seperti disayat-sayat.

c) *Region, Radiation, Relief.*

Area yang dirasakan nyeri pada klien terjadi di area luka operasi. Imobilisasi atau istirahat dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan agar tidak menjalar atau menyebar.

d) *Severity (Scale) of Pain.*

Biasanya klien pasca operasi akan menilai sakit yang dialaminya dengan skala 5-7 dari skala pengukuran 0-10.

e) *Time.*

Merupakan lamanya nyeri berlangsung, kapan muncul dan dalam kondisi seperti apa nyeri bertambah buruk. Klien akan merasa lebih nyeri saat bagian yang mengalami pembedahan dilakukan pergerakan.

6. Diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang bisa muncul pada klien dengan pasca operasi *Laparatomy* adalah (Herdman 2012) :

a) Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh.

Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik.

Batasan katakarakteristik :

- 1) Kram abdomen dan nyeri abdomen.
- 2) Menghindari makanan.
- 3) Berat badan 20% atau lebih di bawah berat badan ideal atau penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat.
- 4) Kerapuhan kapiler.

- 5) Diare.
- 6) Kehilangan rambut berlebih.
- 7) Bising usus hiperaktif.
- 8) Kurang makanan dan kurang informasi.
- 9) Kurang minat terhadap makanan.
- 10) Tonus otot menurun.
- 11) Mengeluh gangguan sensasi rasa.
- 12) Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (*Recommended Daily Allowance*).
- 13) Sariawan rongga mulut.
- 14) *Steatore*.
- 15) Kelemahan otot mengunyah dan otot untuk menelan.

Faktor yang berhubungan :

- a. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi.
  - b. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan.
  - c. Ketidakmampuan menelan makanan.
  - d. Faktor psikologis.
- b) Nyeri akut.

Definisi : pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa, awitannya yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung selama < 6 bulan.

Batasan karakteristik :

- 1) Perubahan selera makan.
- 2) Perubahan tekanan darah
- 3) Perubahan frekuensi jantung.
- 4) Perubahan frekuensi pernafasan.
- 5) Laporan isyarat.
- 6) Diaforesis.

- 7) Perilaku distraksi.
- 8) Mengekspresikan perilaku (merengek, menangis, gelisah).
- 9) Sikap melindungi area nyeri.
- 10) Melaporkan nyeri secara verbal.
- 11) Perubahan posisi untuk melindungi nyeri.
- 12) Gangguan tidur.

Faktor yang berhubungan :

- 1) Agens cedera (misalnya, biologi, fisik, zat kimia, psikologis)

c) Hambatan mobilitas fisik.

Definisi : keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah.

Batasan karakteristik :

- 1) Penurunan waktu reaksi.
- 2) Kesulitan membolak-balik posisi.
- 3) Dispnea setelah beraktivitas.
- 4) Perubahan cara berjalan.
- 5) Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar
- 6) Keterbatasan rentang pergerakan sendi.
- 7) Pergerakan lambat.
- 8) Pergerakan tidak terkoordinasi.

Faktor yang berhubungan :

- 1) Intoleransi aktivitas
- 2) Ansietas.
- 3) Kontraktur.
- 4) Penurunan kekuatan otot.
- 5) Ketidaknyamanan.
- 6) Nyeri.
- 7) Program pembatasan gerak.

d) Resiko infeksi.

Definisi : mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik.

Faktor risiko :

- 1) Penyakit kronis (DM/Obesitas)
- 2) Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen.
- 3) Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat
  - a. Gangguan peristaltik.
  - b. Kerusakan integritas kulit.
  - c. Trauma jaringan
  - d. Penurunan hemoglobin

7. Fokus intervensi

Berikut ini adalah intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien dengan pasca operasi laparotomi (Nurarif & Kusuma 2015):

- a) Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi, ketidakmampuan untuk mencerna makanan, ketidakmampuan menelan makanan, faktor psikologis (Nurarif & Kusuma 2015, h.294)
- Nursing Outcome Classification (NOC)*

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.... x 24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi.

Kriteria hasil :

- 1) Adanya peningkatan berat badan.
- 2) Berat badan ideal sesuai tinggi badan.
- 3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
- 4) Tidak ada tanda-tanda mal nutrisi.
- 5) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan.
- 6) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

### *Nursing Interventions Classification (NIC)*

Aktivitas keperawatan :

- 1) Kaji status nutrisi klien dan kemampuan pemenuhan nutrisi klien.
  - 2) Identifikasi klien tentang riwayat alergi makanan dan kaji makanan kesukaan klien.
  - 3) Instruksikan kepada klien tentang cara pemenuhan kebutuhan nutrisi yang optimal (misalnya dengan pelaksanaan diet sesuai anjuran).
  - 4) Hitung kebutuhan kalori klien setiap hari dan sediakan aneka ragam makanan kesukaan klien.
  - 5) Ciptakan lingkungan yang nyaman untuk mendukung nafsu makan klien.
  - 6) Anjurkan klien/ keluarga untuk membantu klien melakukan perawatan rongga mulut (sikat gigi) sebelum makan untuk meningkatkan kenyamanan.
  - 7) Rencanakan pemberian obat untuk mengatasi gejala yang mengganggu nafsu makan (nyeri, mual muntah).
  - 8) Sajikan makanan dengan menarik dan suhu hangat.
  - 9) Atur diet makanan klien sesuai kondisi penyakit (indikasi dan kontraindikasi).
  - 10) Berikan nutrisi tinggi serat untuk memperlancar proses pencernaan.
  - 11) Monitoring asupan nutrisi dan kalori tiap hari.
  - 12) Monitoring *trend* peningkatan/ penurunan berat badan tiap hari.
- b) Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

*Nursing Outcomes Classification (NOC) :*

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan nyeri klien terkontrol atau dapat teratasi (Nurarif & Kusuma 2015, h.299).

Kriteria Hasil :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 3) Klien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

*Nursing Interventions Classification (NIC)*

Aktivitas keperawatan :

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.
  - 2) Pertahankan imobilisasi bagian yang sakit dengan tirah baring, gips, bebat atau traksi
  - 3) Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.
  - 4) Ajarkan pada pasien tehnik non farmakologi mengurangi nyeri
  - 5) Kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi
  - 6) Evaluasi keluhan nyeri (skala, petunjuk verbal dan non verbal, perubahan tanda-tanda vital)
- c) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, terapi restriktif (Nurarif & Kusuma 2015, h. 267).

*Nursing Outcomes Classification (NOC) :*

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan terjadi peningkatan mobilitas fisik sesuai kemampuan, mampu melakukan mobilisasi di tempat tidur, mampu melakukan aktivitas.

Kriteria Hasil :

- 1) Klien meningkat dalam aktivitas fisik
- 2) Klien mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas fisik

- 3) Klien mampu memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah

*Nursing Interventions Classification (NIC)*

Aktivitas keperawatan

- 1) Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai kebutuhan
- 2) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
- 3) Lakukan pendekatan kepada pasien untuk melakukan aktivitas sebatas kemampuan.
- 4) Bantu latihan rentang gerak pasif aktif pada ekstremitas yang sakit maupun yang sehat sesuai keadaan klien.
- 5) Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan perawatan diri (kebersihan/eliminasi) sesuai keadaan klien
- 6) Ajarkan pasien mengubah posisi secara periodik sesuai keadaan klien.

- d) Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer (kerusakan kulit, trauma jaringan lunak, prosedur invasif/pembedahan) (Nurarif & Kusuma 2015, h.309).

*Nursing Outcomes Classification (NOC) :*

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi, meningkatnya status kekebalan tubuh, mengetahui tentang cara mengontrol infeksi.

Kriteria Hasil :

- 1) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
- 2) Tidak ada tanda-tanda infeksi (*dolor, calor, rubor, tumor dan functiolaesa*)
- 3) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.
- 4) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi

5) Menunjukkan perilaku hidup sehat

*Nursing Intervention Classifications (NIC)*

Aktivitas keperawatan :

- a) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain dan pertahankan lingkungan aseptik
- b) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
- c) Batasi pengunjung bila perlu, instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien.
- d) Kolaborasi pemberian antibiotika, bila perlu *infection protection* (proteksi terhadap infeksi)
- e) Analisa hasil pemeriksaan laboratorium (hitung darah lengkap, LED, kultur dan sensitivitas luka/serum/tulang)

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab III ini, penulis akan menyajikan hal dari asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari pada 7 januari 2016 yang kemudian akan dibahas pada bab berikutnya.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 11 januari 2016 pukul 08.00 WIB di ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton. Dari hasil pengkajian didapatkan data umum : nama Tn P, umur 59 tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan wiraswasta, agama islam, pendidikan SD, alamat Jl.Perintis RT 01/05 Randudongkal, Pemalang, masuk rumah sakit tanggal 7 januari 2016 dengan diagnosa *peritonitis*. Identitas penanggung jawab klien yaitu Ny. K, umur 45 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Jl. Perintis RT 01/05 Randudongkal, Pemalang, hubungan dengan klien adalah istri klien.

Dari hasil data pengkajian yang didapatkan dari Tn P sendiri, keluhan utama yang dirasakan klien sendiri adalah nyeri. Klien mengatakan masuk rumah sakit melalui IGD pada tanggal 7 januari 2016 dengan keluhan, mual, muntah, terdapat benjolan di perut kanan bawah, tidak bisa BAB dan Flatus. Setelah dilakukan pemeriksaan klien di diagnosa *peritonitis*. Pada tanggal 8 januari 2016 jam 08:00 WIB klien menjalani operasi *laparatomy*. Pada saat dilakukan pengkajian pasca operasi *laparatomy* didapatkan data dari Tn P sendiri, keluhan utama yang dirasakan klien adalah nyeri pada luka pasca operasi, P (*provokes*) apa yang menimbulkan nyeri : luka pasca operasi *laparatomy*. Q (*quality*): seperti disayat, R (*region*) dimana lokasi nyeri : perut tengah, S (*saverity*) seberapa parah nyeri yang dirasakan : skala 5 (sedang), T (*time*) kapan

nyeri dirasakan : hilang timbul. Klien mengatakan belum bisa duduk, aktivitas dibantu oleh istrinya, mual dan tidak nafsu makan, tekanan darah 130/70mmHg, N: 110x/menit, suhu: 36,5°C, frekuensi pernafasan 18x/menit, terdapat luka pasca Operasi *laparatomy* hari ke 3 panjang luka ±15 cm, luka terlihat masih basah, terdapat pus, terpasang selang *drain* di perut kanan bawah, terpasang infus RL 20 tetes permenit

Pada pengkajian, penulis menggunakan pendekatan pengkajian pola kesehatan fungsional Gordon, sehingga didapatkan data antara lain:

1. Pada pola penatalaksanaan kesehatan, menurut keluarga, klien memandang kesehatan sangat penting untuk dijaga. Jika klien merasa sakit, demam atau sekedar flu, biasanya klien memeriksakan diri ke dokter atau puskesmas terdekat.
2. Pola nutrisi metabolik, Sebelum sakit klien biasa makan 3 x sehari dengan porsi nasi, lauk, sayur dan buah serta minum air putih ± 1000 ml/hari serta segelas kopi setiap pagi, serta makanan kecil sebelum berangkat bekerja.
3. Selama sakit klien makan yang disediakan rumah sakit yaitu nasi lembek, sayur, lauk dan buah-buahan 3 x sehari, setara dengan diet tinggi protein.
4. Pada pola eliminasi, sebelum sakit klien BAB 1-2 x sehari dengan konsistensi lembek, bau khas feses, warna kuning. BAK klien 5-6 x /hari, dengan warna kuning jernih, bau khas urin. Selama sakit, klien sudah BAB 1 x dengan konsistensi lembek, bau khas feses, warna kuning dengan sedikit lendir, BAK klien 3-5 x sehari, dengan warna kuning jernih, bau khas urin..
5. Pada pola aktivitas dan latihan, klien mengatakan sebelum sakit, dalam melakukan aktivitas sehari hari seperti berpakaian, mandi, makan dilakukan secara mandiri. Tetapi selama sakit, klien dalam beraktivitas dibantu oleh Istrinya karena nyeri.

6. Pada pola istirahat, tidur, sebelum dirawat klien jarang tidur siang dan tidur malam  $\pm 7$  jam/hari, sedangkan selama sakit klien tidur siang  $\pm 2$  jam dan tidur malam  $\pm 6$  jam.
7. Pada pola kognitif, perseptual, keadekuatan alat sensori, klien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat, dan orang, klien mengetahui jika sekarang sedang dirawat di Rumah sakit.
8. Pada pola persepsi konsep diri, klien adalah kepala keluarga dengan 3 orang anak, klien yakin akan bisa sembuh.
9. Pada pola peran dan tanggung jawab, klien mengatakan di dalam keluarga sebagai kepala keluarga, selama dirawat di rumah sakit, klien tidak dapat menjalankan perannya seperti bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
10. Pada pola seksual reproduksi, klien merasa bahagia telah dikaruniai 3 orang anak dan semuanya perempuan. Selama sakit klien tidak melakukan aktivitas seksualnya.
11. Pada pola koping dan toleransi stres keluarga biasanya berkumpul bersama dan menonton TV. Metode koping yang digunakan adalah berdo'a.
12. Pada pola sistem nilai dan keyakinan, klien dan keluarganya beragama islam. Klien selalu berdo'a untuk kesembuhannya.
13. Pada pemeriksaan umum didapatkan data umum klien lemah, kesadaran composmentis, GCS 15, sedangkan tanda tanda vital tekanan darah 130/70mmHg, nadi 110 kali/menit, suhu 36,5°C, frekuensi pernafasan 18 kali/menit.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data

1) Kepala.

Inspeksi : bentuk kepala bulat, warna rambut hitam dan beruban, kepala bersih, penyebaran rambut rata.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.

2) Mata.

Inspeksi : simetris, penglihatan baik, sklera ikterik.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

3) Telinga.

Inspeksi : tidak ada serumen, bersih.

Tes pendengaran : pendengaran baik.

4) Hidung.

Inspeksi : simetris, tidak ada lendir, bersih.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Tes penciuman : dapat mengenali rangsangan bau.

5) Mulut.

Inspeksi : bibir lembab, mulut dan lidah bersih, tidak ada luka.

6) Leher.

Inspeksi : tidak ada pembesaran vena jugularis.

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

7) Kulit.

Inspeksi : warna kulit sawo matang, terdapat luka pasca operasi *laparatomy* di perut kanan bawah.

Palpasi : turgor baik, nyeri tekan di sekitar luka.

Tes pitting oedema : kembali < 3 detik pada ekstremitas bawah.

8) Paru paru.

Inspeksi : bentuk dada simetris 1:2, tidak ada lesi

Palpasi : getaran dinding dada kanan dan kiri sama.

Perkusi : sonor seluruh lapang paru.

Auskultasi : terdengar bunyi nafas fasikuler.

9) Jantung.

Inspeksi : ictus cordis tidak tampak.

Palpasi : tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba pada intercosta V

Perkusi : Pekak.

Auskultasi : terdengar bunyi jantung 1 dan 2.

10) Perut.

Inspeksi : simetris, umbilikus ditengah terdapat luka pasca operasi *laparatomy* di perut kanan bawah panjang luka  $\pm$  15 cm, terpasang *drain* di perut kanan bawah.

Auskultasi : terdengar bunyi bising usus 15x/menit.

Palpasi : nyeri tekan pada bagian sekitar luka.

Perkusi : Timpani

Sedangkan pengkajian lain didapatkan :

Status Nutrisi :

BB : 61 kg

TB : 176

IMT : indeks masa tubuh

$$\text{IMT} : \frac{\text{BB kg}}{\text{TB}^2 (m)}$$

$$: \frac{61}{(1,76)^2}$$

: 19,7 (underweight)

< 20 : underweight

20 – 25 : normal

25 – 30 : overweight

> 30 : obesitas

Berat badan relatif

$$\text{BBR} : \frac{\text{BB kg}}{\text{TB}-100} \times 100\%$$

$$: \frac{61}{176-100} \times 100\%$$

: 80,2 % underweight

< 90 % (underweight)

90 – 110 % : normal

110 – 120 % : overweight

> 120 % : obesitas

Dari data laboratorium pada tanggal 8 januari 2016 (sebelum operasi) didapatkan hasil sebagai berikut: Leukosit  $20.31 \cdot 10^3/\text{ul}$  (2.0-10.80), Eritrosit L  $4.31 \text{ juat}/\text{mm}^3$  (4.70-6.10), Hemoglobin L 12.5 g/dl (14-18), Hematokrit 1 36.2 % (42.0-52.0), MCV  $84.00 \mu \text{ m}^3$  (78.00-98.00), MCH 28.50 Pg (25.00-35.00), MCHC 34.00 g/dl (31.00-37.00), Trombosit  $309.000/\text{mm}^3$  (150.000-450.000), Neutrofil 88.0 % (50.0-80.0), limfosit 9.2 % (25.0-50), Monosit 2.8 % (2.0-8.0), Natrium 143 mmol / l (136-145), Kalium 4.2 mmol / l (3.5-5.1), Chlorida 112 mmol / l (98-107).

Dari data laboratorium pada tanggal 12 januari 2016 (setelah operasi) didapatkan hasil sebagai berikut: Leukosit  $20.39 \cdot 10^3/\text{ul}$  (2.0-10.80), Eritrosit L  $4.22 \text{ juat}/\text{mm}^3$  (4.70-6.10), Hemoglobin L **10.9** g/dl (14-18), Hematokrit 1 33.2 % (42.0-52.0), MCV  $83.00 \mu \text{ m}^3$  (78.00-98.00), MCH 28.40 Pg (25.00-35.00), MCHC 33.50 g/dl (31.00-37.00), Trombosit  $308.000/\text{mm}^3$  (150.000-450.000), Neutrofil 88.0 % (50.0-80.0), limfosit 8.9 % (25.0-50), Monosit 2.7 % (2.0-8.0), Natrium 141 mmol / l (136-145), Kalium 4.1 mmol / l (3.5-5.1), Chlorida 112 mmol / l (98-107).

Kemudian program terapi Tn.P yaitu infus RL 20 Tetes permenit, injeksi Cefotaxime 2x2 gr, injeksi Ranitidin 3x1 ampul, injeksi ketorolac 3x1 ampul dan metronidazole 3x500 mg.

## B. Diagnosa Keperawatan dan Daftar Masalah

Dari hasil pengkajian diatas, penulis mengangkat diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang ditemukan pada tanggal 11 januari 2016, yaitu :

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan ditandai dengan data Subjektif : klien mengatakan mual dan tidak nafsu makan, badan terasa masih lemas. Data Objektif : TD : 130/70 mmHg, N : 110 x/menit, S : 36,5°C, RR : 18 x/menit, hasil pemeriksaan lab Hb :L 10,9 g/dl dan IMT : 19,7
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan nyeri luka operasi P: nyeri karena luka operasi, Q: klien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, R: perut tengah, S: skala nyeri 5 (sedang), T: nyeri pada saat untuk bergerak. Data objektif klien tampak menahan nyeri, terdapat luka pasca operasi *laparatomy* hari ke 3, terpasang drain di perut kanan.
- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan nyeri P : luka pasca operasi *laparatomy*, Q : seperti disayat, R : perut tengah, S : 5 (sedang), T : saat untuk bergerak, O : klien tampak menahan nyeri ketika bergerak, klien mengatakan belum bisa beraktivitas dan aktivitas selalu dibantu istrinya. Data objektif : klien berbaring di tempat tidur, skala aktifitas 2, dibantu oleh keluarga.
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan, ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan ada luka bekas operasi di perut tengah, data objektif : luka pasca operasi *laparatomy* pada perut tengah dengan panjang luka  $\pm$  15 cm. Terdapat pus saat balutan dibuka dan ditekan.

### C. Rencana Keperawatan

Tujuan dari pengangkatan diagnosa pertama adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nafsu makan bertambah, dengan kriteria hasil : klien mengungkapkan adanya kenaikan nafsu makan, makan habis sesuai porsi. Intervensi yang dilakukan adalah : anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering, berikan makanan yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi, kaji adanya alergi terhadap makanan, timbang berat badan secara berkala.

Tujuan dari pengangkatan diagnosa kedua adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil : skala nyeri berkurang menjadi 2, klien mampu melakukan tehnik relaksasi nafas dalam. Intervensi yang dilakukan adalah berikan posisi yang nyaman untuk klien, ajari klien tehnik relaksasi nafas dalam, pertahankan posisi yang sakit dengan tirah baring, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik ketorolac 30 mg, kaji derajat dan karakteristik nyeri dengan metode PQRST.

Tujuan dari pengangkatan diagnosa ketiga adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien mengalami peningkatan gerak dengan kriteria hasil : Klien bisa melakukan mobilisasi bertahap, dimulai dari duduk. Intervensi yang dilakukan yaitu : bantu klien untuk melakukan latihan gerak dimulai dari duduk, instruksikan klien tidur kembali jika saat duduk terasa nyeri, anjurkan klien berubah posisi tiap 2 jam sekali, kaji ttv dan derajat mobilisasi.

Tujuan dari pengangkatan diagnosa keempat adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak ada tanda-tanda infeksi dengan kriteria hasil : Tidak ada tanda-tanda infeksi (*kalor, rubor, tumor, dolor dan functio laesa*). Intervensi yang dilakukan adalah : Ganti balutan dengan tehnik aseptik, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik, obesrvasi dan kaji ulang kondisi luka, anjurkan keluarga untuk cuci tangan 6 langkah setelah kontak dengan klien, hasil lab menunjukan nilai LED normal.

#### **D. Implementasi**

Penulis mengimplementasikan rencana keperawatan yang telah disusun mulai tanggal 12 Januari 2016 : mengukur TTV klien, mengkaji karakteristik nyeri, mengganti balutan luka dengan tehnik aseptik (hari ke 3), menganjurkan klien makan sedikit tapi sering, mengkaji derajat mobilisasi klien, memberikan injeksi analgetik ketorolac 30 mg, dengan respon subjektif klien mengatakan lemas, klien mengatakan nyeri P : nyeri pasca operasi *laparatomy*, Q : seperti disayat-sayat, R : perut tengah, S : 5, T : saat untuk bergerak, klien mengatakan belum nafsu makan, klien mengatakan masih sakit bergerak ditempat tidur. Respon objektif TD : 130/70 mmHg, nadi 110x permenit, suhu 36,5°C, Rr : 18x permenit, luka terlihat masih basah dan keluar nanah saat ditekan, sarapan hanya habis setengah porsi, semua aktivitas dibantu oleh keluarganya, derajat mobilisasi 2, setelah 10 menit obat masuk tidak terlihat adanya tanda-tanda alergi.

Tanggal 13 Januari 2015 penulis melakukan implementasi melakukan mengkaji ulang karakteristik nyeri, mengganti balutan luka dengan tehnik aseptik (hari ke 4 pasca operasi), mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam, mengkaji apakah ada alergi terhadap makan, mendorong klien dan keluarga untuk melakukan perubahan posisi setiap 2 jam sekali, membantu klien mobilisasi bertahap dengan respon subjektif : klien mengatakan nyeri P : nyeri pasca operasi *laparatomy*, Q : seperti disayat-sayat, R : perut tengah, S : 5, T : saat untuk bergerak, klien mengatakan lukanya sudah tidak panas, klien mengatakan mau belajar cara relaksasi nafas dalam, klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi makanan, keluarga bersedia melakukan perubahan posisi kepada klien setiap 2 jam, klien bersedia untuk mencoba duduk. Respon objektif klien luka tampak basah, luka terlihat kemerahan, klien mengikuti perintah, tidak terlihat tanda-tanda alergi seperti gatal-gatal, klien berubah posisi setiap 2 jam, klien bisa duduk tetapi sambil menahan nyeri.

Pada tanggal 14 Januari 2015 penulis melakukan implementasi mengkaji ulang karakteristik nyeri , melakukan perawatan luka (hari ke 5 pasca operasi), mengkaji ulang keadaan luka, mendorong klien untuk beraktifitas / mobilisasi ditempat tidur, memberikan makanan yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi, memberikan injeksi analgetik ketorolac 30 mg. Dengan respon subjektif : klien mengatakan nyeri P : nyeri pasca operasi *laparatomy*, Q : seperti disayat-sayat, R : perut tengah, S : 3, T : saat untuk bergerak, klien mengatakan luka sudah tidak panas, klien bersedia melakukan mobilisasi ditempat tidur, klien mengatakan sudah lebih nafsu makan dibanding kemarin, klien mengatakan masih sedikit nyeri. Dengan respon objektif : luka kering, tak ada kemerahan dan pembengkakan, klien sudah bisa duduk sendiri ditempat tidur, klien mendapatkan diit tinggi protein, setelah 10 menit obat masuk tidak terlihat adanya tanda-tanda alergi.

#### **E. Evaluasi**

Penulis melakukan evaluasi semua tindakan pada tanggal 12 Januari 2016 :

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan. S : klien mengatakan tidak nafsu makan, O : sarapan hanya habis ½ porsi, TD: 130/70 mmHg, Rr : 18 x permenit, S : 36,5°C. A : masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi, P : lanjut intervensi dengan modifikasi : anjurkan klien makan sedikit tapi sering, kaji apakah ada alergi terhadap makanan, timbang berat badan secara rutin.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. S : klien mengatakan masih merasa nyeri P : luka pasca operasi *laparatomy*, Q : seperti disayat, R : perut tengah, S : 5 (sedang), T : saat untuk bergerak, O : klien tampak menahan nyeri ketika bergerak, A : masalah nyeri belum teratasi, P : lanjutkan intervensi : Ajarkan tehnik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, atur posisi yang nyaman

bagi klien, pertahankan posisi yang sakit dengan tirah baring, dan kolaborasi pemberian analgetik.

3. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri. S : klien mengatakan masih merasa nyeri P : luka pasca operasi *laparotomy*, Q : seperti disayat, R : perut tengah, S : 5 (sedang), T : saat untuk bergerak, O : tampak menahan nyeri saat mencoba duduk, A : masalah hambatan mobilisasi fisik belum teratasi, P : lanjutkan intervensi, dorong klien untuk beraktifitas secara mandiri, mobilisasi bertahap.
4. Resiko infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan. S : klien mengatakan terasa panas pada luka bekas operasi, O : tampak kemerahan pada luka, terdapat pus pada luka pasca operasi saat ditekan, tidak ada pembengkakan, A : masalah resiko infeksi belum teratasi, P : pertahankan intervensi : lakukan ganti balut secara rutin.

Evaluasi yang didapat pada tanggal 13 januari 2016 :

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan. S : klien mengatakan tidak nafsu makan, O : makan siang belum dimakan, TD: 120/70 mmHg, Rr : 18 x permenit, S : 36,3°C. A : masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi, P : lanjut intervensi dengan modifikasi : anjurkan klien makan sedikit tapi sering, kaji apakah ada alergi terhadap makanan.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. S : klien mengatakan masih merasa nyeri P : luka pasca operasi *laparotomy*, Q : seperti disayat, R : perut tengah, S : 5 (sedang), T : saat untuk bergerak, O : klien tampak menahan nyeri ketika bergerak, A : masalah nyeri belum teratasi, P : lanjutkan intervensi : Ajarkan tehnik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, atur posisi yang nyaman bagi klien, kaji ulang karakteristik nyeri, dan kolaborasi pemberian analgetik.
3. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri. S : klien mengatakan masih merasa nyeri P : luka pasca operasi *laparotomy*, Q :

seperti disayat, R : perut tengah, S : 5 (sedang), T : saat untuk bergerak, O : tampak menahan nyeri saat mencoba duduk, A : masalah hambatan mobilisasi fisik belum teratasi, P : lanjutkan intervensi, kaji ulang derajat mobilisasi, mobilisasi bertahap.

4. Resiko infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan. S : klien mengatakan lukanya sudah tidak panas, O : tampak tanda – tanda infeksi, terdapat pus pada luka pasca operasi saat ditekan, warna kulit tidak kemerahan, tidak ada pembengkakan, A : masalah resiko infeksi belum teratasi, P : pertahankan intervensi : lakukan ganti balut secara rutin, kolaborasi pemberian analgetik.

Evaluasi yang didapatkan pada tanggal 14 Januari 2016 :

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan. S : klien mengatakan nafsu makan bertambah, O : sarapan habis 1 porsi, TD: 120/70 mmHg, Rr : 19x permenit, S : 36,5°C. A : masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi, P : Pertahankan intervensi dengan modifikasi : anjurkan klien makan sedikit tapi sering, berikan diit TKTP.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. S : klien mengatakan nyeri berkurang P : luka pasca operasi *laparatomy*, Q : seperti disayat, R : perut tengah, S : 3 (ringan), T : saat untuk bergerak, O : klien tampak menahan nyeri ketika bergerak, A : masalah nyeri akut belum teratasi, P : lanjutkan intervensi : Ajarkan tehnik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, dan kolaborasi pemberian analgetik.
3. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri. S : klien mengatakan masih merasa nyeri P : luka pasca operasi *laparatomy*, Q : seperti disayat, R : perut tengah, S : 3 (ringan), T : saat untuk bergerak, O : klien tampak rileks saat mencoba duduk, A : masalah hambatan mobilisasi fisik belum teratasi, P : lanjutkan intervensi,

dorong klien untuk beraktifitas secara mandiri, mobilisasi bertahap, anjurkan klien berubah posisi tiap 2 jam.

4. Resiko infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan. S : klien mengatakan nyeri pada luka berkurang, O : tidak terlihat tanda – tanda infeksi tetapi masih terdapat pus pada luka pasca operasi saat ditekan, warna kulit tidak kemerahan, tidak ada pembengkakan, A : masalah resiko infeksi terasi, P : pertahankan intervensi : lakukan ganti balut secara rutin, kolaborasi pemberian antibiotik.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Dalam Bab ini, penulis akan membahas mengenai uraian kasus yang di angkat oleh penulis serta membahas kesenjangan yang ada antara konsep teori dengan kondisi riil dilahan praktik yang terjadi dalam pelaksanaan pengelolaan keperawatan ketidakseimbangan nutrisi pada Tn. P dengan pasca operasi *laparatomy* di ruang Wijaya kusuma Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kraton Kabupaten Pekalongan. Dalam hal ini, penulis akan memfokuskan pembahasan mulai dari pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Pelaksanaan pengkajian pada Tn.P dengan pasca operasi *laparatomy*, penulis menggunakan metode pendekatan pola fungsional Gordon, pola ini dapat mencakup seluruh aspek yang didalamnya dapat membantu penulis dalam memperoleh data fokus yang menunjang pada kasus pasca operasi *laparatomy*.

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 11 Januari 2016, didapatkan data subyektif, yaitu klien mengatakan nyeri pada luka pasca operasi, P: luka pasca operasi *laparatomy*. Q: seperti disayat, R: perut tengah, S: skala 5 (sedang), T: hilang timbul. Klien mengatakan belum bisa duduk, aktivitas dibantu oleh istrinya, mual dan tidak nafsu makan, tekana darah 130/70mmHg, N: 110x/menit, suhu: 36,5°C, frekuensi pernafasan 18x/menit, terdapat luka pasca operasi *laparatomy* hari ke 3, panjang luka ±15 cm, luka terlihat masih basah, terdapat pus, terpasang selang *drain* di perut kanan bawah, terpasang infus RL 20 tetes permenit, hasil pemeriksaan lab Hb :L 10,9 g/dl dan IMT : 19,7.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang tidak muncul pada Tn.P dengan pasca operasi *laparatomy* di ruang Wijaya kusuma Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kraton yaitu :

1. Resiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan cedera fisik : penekanan pada kulit.

Kerusakan integritas kulit adalah keadaan dimana seorang individu mengalami kerusakan integumen, kornea, atau jaringan membran mukosa. Alasan diagnosa tidak ditegakkan dari data-data yang di peroleh pada saat pengkajian, tidak ditemukan data-data yang mendukung dimunculkannya diagnosa keperawatan ini.

Penulis menemukan dari konsep teori pada kasus dengan pasca operasi *laparatomy* empat diagnosa yaitu :

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.
3. Hambatan mobilitas fisik (imobilisasi) berhubungan dengan nyeri.
4. Resiko infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan.

## **C. Intervensi Keperawatan**

Penulis membuat intervensi sesuai dengan diagnosa keperawatan pada Tn.P pada tanggal 11 Januari 2015 adalah sebagai berikut:

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Nutrisi adalah sesuatu yang dibutuhkan oleh tubuh untuk melakukan segala aktivitas metabolik. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh merupakan kondisi dimana asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (Herdman 2012). Penulis menegakan ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berdasarkan keluhan mual, tidak nafsu makan, Indeks masa tubuh

*underweight*, keadaan abdomen pasca pembedahan dan penurunan kadar Hemoglobin. Sedangkan data objektif yang memperkuat adalah ketidakmampuan menghabiskan makanan sesuai porsi, dan kurang minat terhadap makanan hasil pengukuran IMT 19,7.

Alasan penulis menegakan diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sebagai diagnosa utama karena kebutuhan nutrisi merupakan masalah keperawatan yang mengancam jiwa. Pada saat pengkajian, keluhan klien adalah mual tanpa muntah, tidak nafsu makan. Jika tidak segera ditangani makan akan menimbulkan banyak masalah baru karena klien masih dalam masa penyembuhan luka pasca operasi sehingga nutrisi yang optimal sangat diperlukan untuk mempercepat penyembuhan luka.

Penulis membuat intervensi dan rasional dari rencana tindakan yang dipilih untuk mengatasi masalah keperawatan adalah sebagai berikut :

Intervensi :

a) Anjurkan klien makan sedikit tapi sering.

Rasional :

Meningkatkan nafsu makan.

b) Berikan makanan yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi.

Rasional :

Meningkatkan kebutuhan nutrisi klien.

c) Anjurkan klien makan dalam kondisi hangat.

Rasional :

Makanan hangat lebih meningkatkan nafsu makan.

d) Kaji apakah ada alergi terhadap makanan.

Rasional :

Mengetahui ada atau tidaknya alergi makanan atau makanan yang tidak disukai

## 2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Nyeri akut yaitu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa *International Association for the Study of Pain*; awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi ringan berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan (Herdman, 2012, h. 604)

Penulis menegakkan diagnosa nyeri (akut), berdasarkan karakteristik : *provoking* (P): nyeri pasca operasi *laparotomy*, *quality* (Q): nyeri seperti disayat-sayat, *region* (R): perut tengah, *severity* (S): skala 5, *time* (T): hilang timbul. Sedangkan data obyektif yang didapat, yaitu klien tampak menahan nyeri. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas yang kedua sehingga tindakan pengurangan nyeri harus segera ditangani.

Alasan penulis mengangkat diagnosa ini prioritas kedua karena kebutuhan nutrisi merupakan masalah yang lebih mengancam dibandingkan gangguan rasa nyaman. Pada saat pengkajian keluhan klien adalah nyeri. Jika tidak segera ditangani maka akan dapat menyebabkan gangguan pada fungsi tubuh yang lain, seperti gangguan pola tidur, gangguan rasa nyaman, gangguan nutrisi sehingga akan menurunkan daya tahan tubuh dan dapat memperlambat proses penyembuhan dan akan semakin memperparah keadaan psikologis pasien. Penulis membuat intervensi dan rasional dari rencana tindakan yang dipilih untuk mengatasi masalah keperawatan adalah sebagai berikut :

Intervensi :

- a) Pertahankan imobilisasi bagian yang sakit dengan tirah baring

Rasional :

Mengurangi nyeri dan, mencegah kesalahan posisi.

- b) Evaluasi keluhan nyeri (skala 0-10 dan tanda-tanda vital)

Rasional :

Menilai perkembangan masalah klien.

- c) Lakukan dan awasi latihan gerak pasif/aktif

Rasional :

Memertahankan kekuatan otot dan meningkatkan sirkulasi vaskuler.

- d) Ajarkan penggunaan teknik manajemen nyeri (latihan napas dalam, imajinasi visual)

Rasional :

Mengalihkan perhatian terhadap nyeri, meningkatkan kontrol terhadap nyeri yang mungkin berlangsung lama.

- e) Kolaborasi pemberian analgetik

Injeksi intravena Ketorolac 2 x 30 mg

Rasional :

Menurunkan nyeri melalui mekanisme penghambatan rangsangan nyeri baik secara sentral maupun perifer.

### 3. Hambatan mobilitas fisik (imobilisasi) berhubungan dengan nyeri

Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Herdman 2012, h. 304)

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data subyektif yang mendukung yaitu pasien mengalami keterbatasan lingkup gerak, terganggunya fungsi aktivitas terutama gangguan mobilisasi ditempat tidur, dan adanya nyeri akibat insisi pembedahan. Pada hasil pengkajian yang penulis peroleh, pasien mengatakan sulit untuk beraktivitas. Hal ini merupakan salah satu tanda dari adanya keterbatasan lingkup gerak otot bagian abdomen dan terganggunya fungsi aktivitas.

Hambatan mobilitas fisik jadi prioritas yang ketiga karena diagnosa ini bukan masalah utama. Namun apabila keterbatasan aktivitas tidak segera ditangani, maka dapat membentuk keadaan klien dan tonus otot-otot tubuh pasien menjadi kaku. Penulis membuat intervensi dan rasional dari rencana tindakan yang dipilih untuk mengatasi masalah keperawatan adalah

Intervensi :

- a) Bantu latihan gerak pasif aktif pada ekstremitas yang sakit maupun yang sehat sesuai keadaan klien.

Rasional :

Meningkatkan sirkulasi darah muskuloskeletal, memperthankan tonus otot, mempertahankan gerak sendi, mencegah kontraktur/atrofi.

- b) Bantu dan dorong perawatan diri (kebersihan/eleminasi) sesuai keadaan klien.

Rasional :

Meningkatkan kemandirian klien dalam perawatan diri sesuai kondisi keterbatasan klien.

- c) Ubah posisi secara periodik sesuai keadaan klien.

Rasional :

Menurunkan insiden komplikasi kulit dan pernafasan (dikubitus,pneumonia)

- d) Berikan diet Tinggi Kalori Tinggi Protein

Rasional :

Kalori dan protein yang cukup diperlukan untuk proses penyembuhan fungsi fisiologis tubuh.

- e) Kolaborasi pelaksanaan fisioterapi sesuai indikasi

Rasional :

Kerjasama dengan fisioterapi perlu untuk menyusun program aktivitas fisik secara individual.

#### 4. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan

Resiko tinggi infeksi adalah suatu keadaan dimana mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik (Herdman 2012, h. 531)

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data subyektif yang mendukung yaitu klien mengatakan ada luka pasca operasi di perut tengah dan obyektif terlihat luka pasca operasi dengan panjang  $\pm$  15 cm, adanya luka pasca operasi yang tertutup kassa. Diagnosa ini menjadi prioritas ketiga karena pada saat pengkajian terdapat luka. Apabila luka tidak segera

ditangani, maka dapat memperburuk keadaan klien dan menghambat proses penyembuhan luka karena terjadi infeksi. Penulis merumuskan intervensi dan rasional rencana tindakan untuk menyelesaikan masalah keperawatan sebagai berikut.

Intervensi :

- a) Lakukan perawatan pen steril dan perawatan luka sesuai protokol.

Rasional :

Mencegah infeksi sekunder dan mempercepat penyembuhan luka.

- b) Ajarkan klien untuk mempertahankan kebersihan luka.

Rasional :

Meminimalkan kontaminasi

- c) Ganti balutan dengan teknik aseptik dan antiseptik.

Rasional :

Kemungkinan infeksi dan mempercepat proses penyembuhan luka/kering

- d) Berikan obat antibiotik

Injeksi Cefotaxim 3 x 1 gr

Rasional :

Antibiotik spektrum luas dapat digunakan secara profilaktik atau dapat ditujukan pada mikroorganisme khusus.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Penulis melakukan implementasi sesuai dengan diagnosa keprawatan pada Tn.P pada tanggal 12-14 Januari 2016 adalah sebagai berikut:

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan dirumah sakit adalah menganjurkan klien makan sedikit tapi sering, mengkaji apakah mempunyai alergi terhadap makanan, menganjurkan klien makan saat makanan masih hangat, dan

kolaborasi dengan ahli gizi untuk memberikan diet tinggi karbohidrat dan tinggi protein.

Kekuatan dari implementasi ini adalah klien mau makan walaupun hanya sedikit-sedikit tetapi sering, mengetahui makan yang disukai dan yang tidak disukai klien. Kelemahan dari implementasi ini adalah klien kadang mau mengikuti instruksi perawat untuk makan saat makanan masih hangat dan klien juga susah untuk melakukan pengukuran berat badan sehingga menyulitkan perawat dalam memutuskan apakah nutrisi klien sudah terpenuhi atau belum. Solusi yang digunakan perawat dalam mengatasi kelemahan implementasi adalah melakukan kolaborasi dengan penata laboratorium untuk pemeriksaan kadar Hb klien.

## 2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengkaji TTV, mengkaji keluhan nyeri, lokasi, karakter nyeri, mempertahankan mobilisasi bagian yang sakit dengan tirah baring, mendorong pasien menggunakan teknik manajemen nyeri, dengan mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, mengatur posisi yang nyaman bagi klien, memberikan obat sesuai indikasi analgetik.

Kekuatan dari implementasi ini adalah klien kooperatif dan mau melakukan teknik relaksasi serta mau di suntik ketorolac 2 x 30 mg . Kelemahannya adalah klien merasa kesulitan untuk menunjukkan skala intensitas nyeri yang disarankan, sehingga menyulitkan perawat dalam menentukan tindakan yang akan diambil terlebih dahulu solusi yang digunakan penulis untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah mengajarkan cara menunjukkan skala intensitas nyeri dengan skala 0-10.

## 3. Hambatan mobilitas fisik (imobilisasi) berhubungan dengan nyeri.

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah menganjurkan klien untuk mengubah posisi tidur yang nyaman tiap 2 jam, dorong klien untuk

beraktifitas secara mandiri, misal mengambil minum, mengambil makan, melibatkan keluarga dalam aktivitas klien.

Kekuatan dari implementasi ini adalah klien kooperatif pada saat dilakukan tindakan keperawatan sehingga tindakan dapat dilakukan dengan lancar. Kelemahan dari implementasi ini adalah klien masih takut-takut apabila dilatih mobilitas dan kadang mengeluh sakit sehingga dalam melakukan latihan harus pelan-pelan. Solusi untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah memotivasi klien untuk berlatih mobilisasi.

#### 4. Resiko infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengobservasi luka pembentukan bula, perubahan warna kulit kecoklatan, bau yang tidak enak atau asam, mengganti balutan dengan teknik aseptik dan antiseptik, menjaga kebersihan daerah sekitar operasi. Kekuatan dari implementasi ini adalah klien kooperatif pada saat dilakukan tindakan keperawatan merawat luka serta situasi yang mendukung sehingga tindakan dapat dilakukan dengan lancar. Kelemahan dari implementasi ini adalah klien mengeluh nyeri jika dirawat lukanya, sehingga dalam melakukan perawatan luka harus pelan-pelan. Solusi untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah mengajarkan teknik relaksasi nyeri dengan cara nafas dalam.

### **E. Evaluasi**

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mencerna makanan.

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016 dari diagnosa ini adalah masalah teratasi ditandai dengan klien mengatakan nafsu makan bertambah, sarapan hanya habis 1 porsi, TD: 120/70 mmHg, Rr : 19x permenit, S : 36,5°C. Maka lanjutkan intervensi pada klien dengan yang menganjurkan klien makan sedikit tapi sering, berikan diit TKTP.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016 dari diagnosa ini adalah masalah belum teratasi ditandai dengan klien mengatakan masih merasa nyeri P : luka pasca operasi *laparatomy*, Q : cekot – cekot, R : kaki kanan, S : 3 (ringan), T : saat untuk bergerak, klien tampak menahan nyeri ketika beraktivitas ditempat tidur, maka lanjutkan intervensi pada klien dengan ajarkan tehnik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, atur posisi yang nyaman bagi klien, pertahankan posisi yang sakit dengan tirah baring, dan kolaborasi pemberian analgetik, injeksi ketorolac 2 x 30 mg.

3. Hambatan mobilitas fisik (imobilisasi) berhubungan dengan nyeri.

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016 masalah belum teratasi ditandai dengan klien mengatakan masih merasa nyeri P : luka pasca operasi *laparatomy*, Q : cekot – cekot, R : kaki kanan, S : 3 (ringan), T : saat untuk bergerak, klien mengatakan sudah bisa mengambil makan, minum sendiri tanpa bantuan tapi belum bisa ke kamar mandi sendiri, tampak aktifitas masih dibantu oleh keluarga (ke kamar mandi), maka lanjutkan intervensi pada klien dengan dorong klien untuk beraktifitas secara mandiri.

4. Resiko infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan.

Evaluasi pada tanggal 14 Januari 2016 dari diagnosa ini adalah masalah teratasi ditandai dengan klien mengatakan lukanya sudah tidak panas, tidak tampak tanda – tanda infeksi seperti kemerahan pada kulit dan juga pembengkakan pada luka pasca operasi, pertahankan kondisi klien.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pelaksanaan Asuhan Keperawatan pasca operasi *laparatomy* di ruang Wijaya kusuma Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kraton Kabupaten Pekalongan selama tiga hari, berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan tersebut maka dapat penulis simpulkan sebagai berikut :

#### **A. Simpulan**

1. Dalam pengkajian Tn.P yang menderita pasca operasi *laparatomy*, pada saat pengkajian klien telah menjalani prosedur bedah, dan data yang didapat diantaranya klien mengeluh mual dan tidak nafsu makan, nyeri pada perut bagian tengah dengan skala 5, klien tampak menahan nyeri, terdapat luka bekas operasi pada perut tengah sepanjang  $\pm 15$  cm.
2. Diagnosa keperawatan yang mungkin terdapat pada klien dengan pasca operasi *laparatomy* tidak dapat penulis temukan semua. Sesuai dengan data yang didapat penulis pada saat pengkajian, ditemukan 4 diagnosa yang dapat ditegakkan pada kasus, diagnosa tersebut antara lain : ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makana, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, hambatan mobilisasi fisik (imobilisasi) berhubungan dengan nyeri, resiko tinggi infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan.
3. Perencanaan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah sekaligus memperhatikan kondisi klien serta kesanggupan keluarga dalam kerjasama.
4. Dalam melakukan perawatan pada klien dengan pasca operasi *laparatomy*, penulis telah berusaha melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan dan ditujukan untuk mencegah masalah yang diderita klien.
5. Evaluasi yang telah diterapkan selama tiga hari sesuai dalam teori didapatkan empat diagnosa, yang berhasil diatasi yaitu, ketidakseimbangan

nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan resiko tinggi infeksi. Dan diagnosa yang belum dapat teratasi yaitu nyeri akut dan hambatan mobilitas fisik.

## **B. Saran**

### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan dalam koleksi buku yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam menjalani praktik dan pembuatan asuhan keperawatan.

### 2. Bagi Lahan Praktik

Meningkatkan mutu pelayanan untuk klien dengan melibatkan peran aktif keluarga sehingga asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai tujuan dan memberikan kenyamanan pada klien.

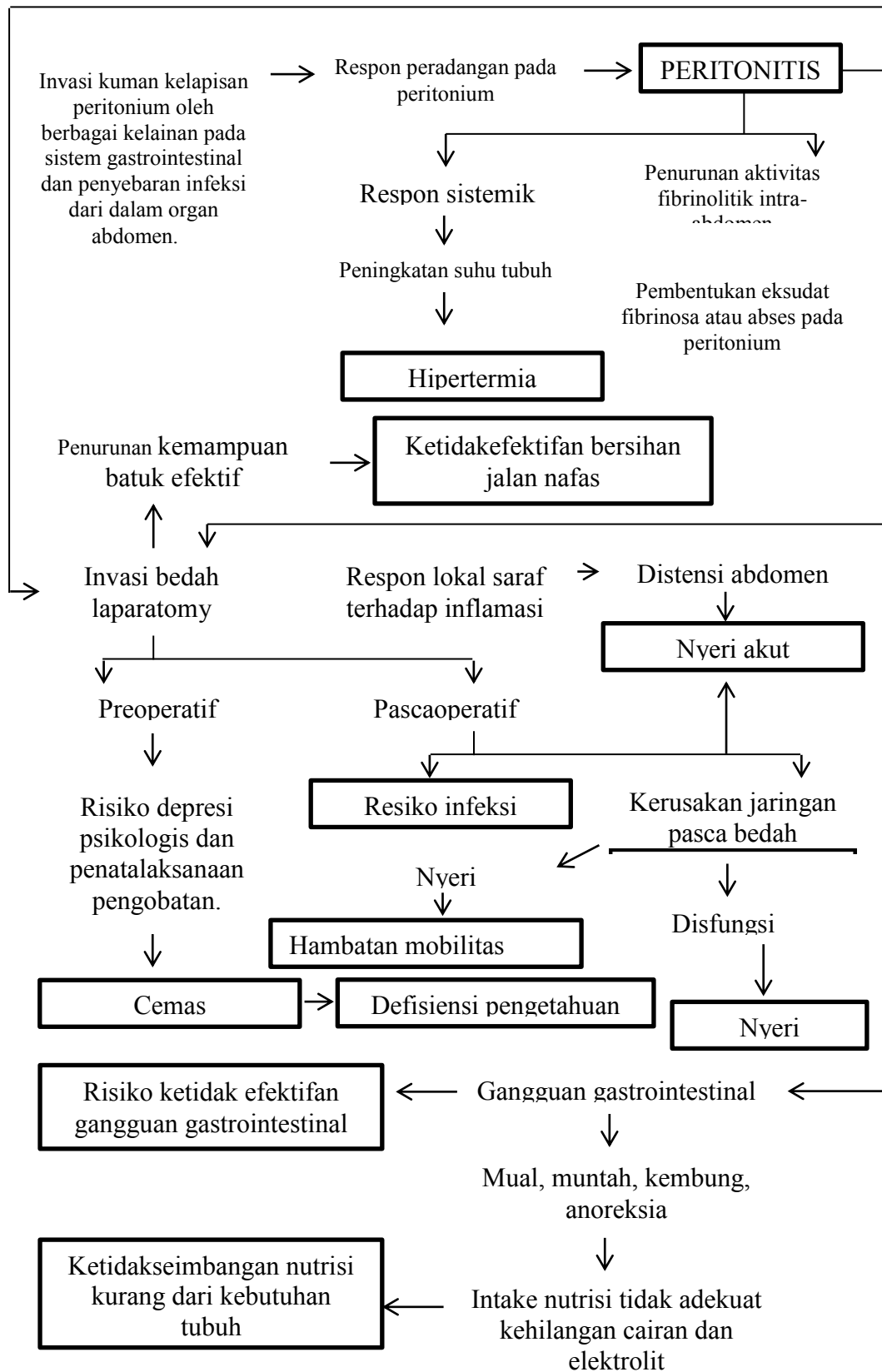
### 3. Bagi Perawat

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan pasca operasi *laparatomy* diharapkan juga melakukan pendekatan psikologisnya untuk memperhatikan kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan untuk masa penyembuhan luka.

## DAFTAR PUSTAKA

- Black & Hawks. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah edisi 2*, Jakarta : EGC
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah. 2009. *Angka Kejadian peritonitis di jawa tengah*.  
Dilihat pada tanggal 21 januari 2016, <<http://www.depkes.go.id/>>
- Herdman, T Heather. 2012. *Nanda International Diagnosa keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : EGC
- Jitowiyono & Kristiyanasari. 2010. *Asuhan Keperawatan Post Operasi*.  
Yogyakarta : Nuha medika
- Muttaqin. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*.  
Jakarta: EGC
- Nurarif & Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC NOC*. Yogyakarta : Mediacion
- Padila. 2012. *Buku ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha medika
- Price & Wilson. 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*,Ed.6,  
volume 1&2. Jakarta : EGC
- RSUD Kraton. 2015. *Insiden Peritonitis Tahun 2015*. Rekam medik
- Sabiston. 2012. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta : EGC

Pathway





STIKES MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN –PEKALONGAN

Jl. Ambokembang No. 8 Pekalongan 51161 Telp (0285) 423850 Fax. (0285) 785555

Site : [www.stikesmuh-pkj.ac.id](http://www.stikesmuh-pkj.ac.id)

---

SURAT KETERANGAN MAGANG

Dengan ini kami yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Wahadi S.kep

Jabatan : Kepala Ruang Wijaya Kusuma

Menerangkan bahwa :

Nama : Tomi Adetiya

NIM : 13.1704.P

Menyatakan bahwa mahasiwa tersebut telah menyelesaikan magang Diruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton mulai dari tanggal 11 januari 2016 – 16 januari 2016. Selama magang di RSUD Kraton, Sdr. Tomi Adetiya mempelajari tentang asuhan keperawatan di ruang Wijaya kusuma dan beberapa hal yang berhubungan dengan Asuhan Keperawatan Bedah.

Demikian Surat keterangan magang ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pekalongan, Januari 2016

  
Wahadi S.kep  
Kepala ruang Wijaya kusuma



**PEMERINTAH KABUPATEN PEKALONGAN**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KRATON**

Jalan Veteran Nomor 31 Pekalongan 51116 Jawa Tengah  
Telp. (0285) 421621 -- 423523, Faks : 423325 E-mail : [rsudkraton@yahoo.co.id](mailto:rsudkraton@yahoo.co.id)

Pekalongan, 15 Januari 2016

Nomor : 423.4 / 015 / 2016  
Lamp :  
Perihal : **Penghadapan Mahasiswa**

Kepada Yth.  
Kepala Rutabagi PM.....  
RSUD Kraton Kab. Pekalongan

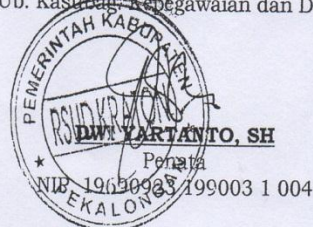
Dasar Disposisi Direktur RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan Tanggal 12 Januari 2016 perihal Permohonan Praktik Mandiri untuk mengambil Kasus KTI, sehubungan hal tersebut dengan ini kami hadapkan:

Nama/ NIM : 1. Tomi Adetya/ 13.1704.P  
              : 2. Mahlul Setiaji/ 13.1676.P  
              : 3. Bagus Purnama/ 13.1644.P  
              : 4. Muamarudin/ 13.1682.P  
Pendidikan : D3 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pekajangan  
Tujuan      : Pencarian Data untuk mengambil Kasus KTI

Mohon bantuan Saudara agar Pengambilan Data tersebut dapat difasilitasi dan berjalan sebagaimana mestinya.

Demikian untuk menjadikan perhatian dan atas bantuannya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD KRATON  
KABUPATEN PEKALONGAN  
Wadir Administrasi Umum Dan Keuangan  
Kabag Administrasi  
Ub. Kasutan, Kegawajaan dan Diklat



ASUHAN KEPERAWATAN PADA TM. P. PASCA OPERASI LAPARATOMI  
ATAS INDIKASI PERITONITIS, DI RUANG  
WUJAYA KUSUMA RSUD KRATON  
PEKALONGAN

Disusun oleh :

TONI ADETIYA (13.1704.P.)

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN STRES MUHAMADIYAH

PEKALONGAN, PEKALONGAN

TAHUN 2016

## PENGKAJIAN

### RIWAYAT KEPERAWATAN

Tanggal masuk : 7 Januari 2016  
Jam masuk : 15.00 WIB  
No. Register : 407032  
Ruang / kamar : Wiyaga Kusuma / 2 - 2  
Tanggal pengkajian : 11 Januari 2016  
Jam pengkajian : 08.00 WIB  
Diagnosa medis : Post Operasi laparotomi dengan indikasi peritonitis  
Tanggal operasi : 8 Januari 2016  
Jam Operasi : 08.00 WIB

### A. BIODATA

#### 1. Biodata klien

Nama : Tn. P  
Umur : 59 Tahun  
Agama : Islam  
Status : Menikah  
Pendidikan : Tamat SD  
Pekerjaan : Wiraswasta  
Suku : Jawa  
Alamat : Pematang

#### 2. Biodata Penanggung Jawab

Nama : Ny. K  
Umur : 45 Tahun  
Agama : Islam  
Status : Menikah  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
Hub. Dgn klien : Istri

### B. POLA FUNKSIONAL GORDON.

#### 1. Riwayat keperawatan untuk pola persepsi kesehatan - penanganan kesehatan

##### a. keluhan Utama

DS : Myeri di perut tengah

DO : Terlihat luka post operasi laparotomy di perut tengah

b. Riwayat penyakit dahulu.

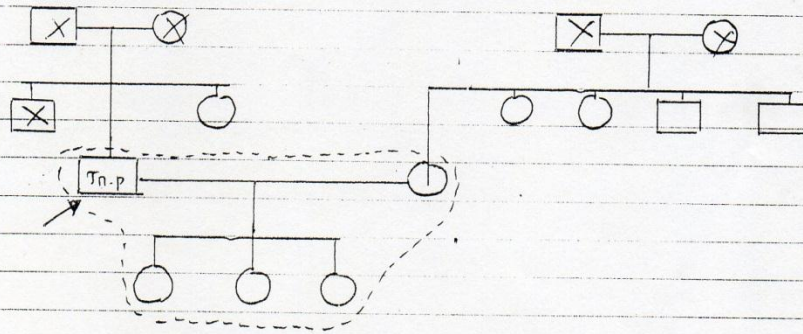
DS: klien dan keluarga mengatakan pernah masuk Rumah sakit pada tahun 2014 dengan keluhan sakit lambung dan susah BAB. pada saat itu klien di diagnosa sakit lambung biasa.

c. Riwayat penyakit sekarang

DS: Pada tanggal 25 Desember 2015 klien mengeluh sakit pada perut kanan bagian bawah. lalu pada tanggal 7 Januari 2016 klien di bawa ke RSUD Kramat sekitar jam 15.00 WIB karena muntah - muntah, mual, susah BAB dan susah flatus serta di perut kanan bawah terdapat benjolan, setelah dilakukan pemeriksaan klien didiagnosa peritonitis. lalu pada tanggal 8 Januari 2016 klien menjalani operasi laparotomy pada jam 08.00 WIB saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Januari 2016 jam 08.00 WIB ditemukan data. Klien mengatakan nyeri, P = Luka post operasi laparotomy, A = Seperti disayat, R = Perut Tengah, S = skala 5 (Sedang) T = Hilang tumbul, klien mengatakan belum bisa duduk, kegiatan selalu dibantu istri, tidak nafsu makan

DO: TD = 130/70 mmHg, N = 110 x /menit, RR = 18 x /menit, S = 36,5° C, Terlihat luka post operasi laparotomy Hari ke - 3, panjang luka ± 15 cm, luka terlihat masih basah dan terdapat pus. Terdapat drain di perut kanan bagian bawah.

d. Genogram



Keterangan: □ = Laki - Laki      X = Sudah meninggal  
 ○ = Perempuan      --- = Tinggal dalam Satu Rumah  
 ┌──┐ = Garis pernikahan      ↗ : Pasien  
 └──┘ = Garis keturunan.

DS: Klien mengatakan dan silsilah keluarganya dan keluarga istrinya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti DM dan Hipertensi.

B. Riwayat kesehatan lingkungan

DS: keluarga klien mengatakan kebersihan rumah terjaga dan terdapat Ventilasi serta tempat pembuangan Sampah, Pencahayaan Cukup dan kamar mandi bersih.

F. Riwayat pencegahan Tindakan medis / gigi

DS: klien mengatakan jika sakit gigi pergi periksa ke dokter gigi atau membeli obat di warung.

g. Prosedur bedah

DS: klien mengatakan belum pernah menjalani prosedur pembedahan sebelumnya

h. Riwayat penyakit masa kanak-kanak.

DS: klien mengatakan saat kanak-kanak hanya mengalami sakit flu biasa.

i. Imunisasi

DS: klien mengatakan lupa dulu saat imunisasi lengkap / tidak.

J. Alergi

DS: klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makanan maupun obat-obatan

k. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan

DS: klien mengatakan tidak merokok tetapi sering minum kopi

L. Riwayat sosial

DS: klien mengatakan dirumah aktif dalam kegiatan sosial

m. Personal hygiene

DS:

	Sebelum sakit	Selama Sakit
Mandi	: 2 x sehari	1x sehari
Gosok gigi	: 2x Sehari	1x Sehari
Cukur rambut	: 2x Seminggu	Belum pernah
Potong kuku	: jika panjang	Belum pernah
Ganti pakaian	: 2x Sehari	1x Sehari

2. Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi - metabolik

DS:

	Sebelum Sakit	Selama Sakit
Makan pagi	: Habis 1 porsi	Habis 1/2 porsi
Makan siang	: Habis 1 porsi	Habis 1/2 porsi
Makan malam	: Habis 1 porsi	
Kudapan	: Roti dan buah	buah
Minum	: ± 8 gelas/hari	± 6-7 gelas
DO: TB	: 176 cm	TB = 176 cm
BB	: 68 kg	BB = 61 kg.

### 3. Riwayat untuk pola eliminasi

DS:

#### a. Sebelum Sakit

BAK

Frekuensi : 4 x sehari  
Jumlah urine : -  
Warna : kekuningan  
Bau : khas urine

BAB

Frekuensi : 1 x sehari  
Jumlah fezes : -  
Warna : kuning  
Konsistensi : lunak

#### b. Selama sakit

BAK

Frekuensi : 2 - 4 x sehari  
Jumlah urine : -  
Warna : kekuningan  
Bau : khas urine  
Masalah : -

BAB

Frekuensi : 1 x sehari  
Jumlah fezes : -  
Warna : kuning  
Konsistensi : lunak  
Masalah : tidak ada

### 4. Riwayat kesehatan

DS: klien mengatakan sebelum sakit bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa bantuan orang lain, setelah sakit klien memerlukan bantuan untuk beraktivitas seperti makan, berpakaian, mandi, BAB dan BAK.

DO: terdapat luka post operasi laparotomy di perut bagian tengah, klien terlihat lemas dan hanya terbaring di tempat tidur.

### 5. Riwayat keperawatan untuk pola istirahat - tidur

DS:

Selama sakit

Tidur siang : 1-2 jam  
Tidur malam : 1-2 jam  
Keluhan : nyeri

DO: terdapat luka post operasi laparotomy di perut tengah

### 6. Riwayat keperawatan untuk pola kognitif perseptual

DS: klien dan keluarga mengatakan tidak tahu tentang penyakitnya dan bagaimana cara penanganannya.

DO:

7. Riwayat keperawatan untuk pola konsep diri

- a. Sikap terhadap diri : Buruk
- b. Dampak sakit terhadap diri :
- c. keinginan untuk berubah diri : Ada
- d. Gugup / Pileks : Relaks
- e. Postur tubuh : Sedang
- f. Kontak mata : Ada
- g. Ekspresi wajah : Tenang.

8. Riwayat keperawatan untuk pola peran dan hubungan.

Ds: klien mengatakan setelah sakit tidak bisa menjalankan perannya sebagai kepala keluarga dan tidak bisa bekerja seperti biasanya.

9. Riwayat keperawatan untuk seksualitas / reproduksi

Ds: klien mengatakan sudah dikaruniai 3 orang anak yang semuanya perempuan

10. Riwayat keperawatan untuk coping / Toleransi stres

- Stressor : Penyakitnya
- Metode coping yang bisa digunakan : Berdoa
- Sistem pendukung : Keluarga
- Efek penyakit terhadap tingkat stres :
- Ekspresi :

11. Riwayat keperawatan untuk nilai / kepercayaan

- a. Agama : Islam

- b. Kegiatan keagamaan :

Ds: Sebelum sakit

Klien shalat 5 waktu dan rutin mengikuti pengajian setelah sakit

Ds: Selama dirawat di RS klien belum pernah shalat

- c. Kepercayaan

Ds: Klien mengatakan tidak mempunyai kepercayaan tentang pantangan-pantangan makanan saat sakit.

### C. Pemeriksaan Fisik.

#### a. Pengumpulan Umum

kesadaran = Comptos mentis

GCS = E4, V5, M6.

#### b. vital sign

Tekanan darah = 130/70 mmHg

Madi = 110 x /menit

Suhu = 36,5°C

RR = 18 x /menit

#### c. Pemeriksaan Head to Toe.

##### 1) Kepala

Inspeksi = Bentuk kepala bulat, warna rambut hitam, kepala bersih, penyebaran rambut rata.

palpasi = Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.

##### 2) Mata

Inspeksi = Letak mata simetris, penglihatan baik, sklera ikterik.

palpasi = tidak ada nyeri tekan.

##### 3) Telinga

Inspeksi = Tidak ada Serumen, telinga bersih.

Tes pendengaran = pendengaran klien baik.

##### 4) Hidung

Inspeksi = Simetris, tidak ada lendir, bersih.

palpasi = tidak ada nyeri tekan

Tes pernafasan = Klien dapat mengendehi rangsangan Bau.

##### 5) Mulut

Inspeksi = Bibir lembab, mulut dan lidah bersih, tidak ada luka.

##### 6) Leher

Inspeksi = tidak ada Pembesaran vena Jugularis

palpasi = tidak ada Pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

##### 7) Kulit

Inspeksi = warna kulit Sawo matang, terdapat luka bekas Operasi di perut, tidak ada edema.

palpasi = Turgor kulit baik, nyeri tekan di sekitar luka Operasi.

8) paru - paru

Inspeksi = Bentuk dada simetris, tidak ada lesi.

Palpasi = Gerakan dinding dada kanan dan kiri sama.

Perkusi = Sonor di seluruh lapang dada.

Auskultasi = Terdengar bunyi suara nafas vesikuler.

9) Jantung.

Inspeksi = Ictus Cordis tidak terlihat

Palpasi = Tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri tekan, Ictus cordis teraba pada intercosta V

Perkusi = pekak

Auskultasi = Terdengar bunyi jantung 1 dan 2.

10) Perut

Inspeksi = Simetris, umbilikus di tengah, terdapat luka operasi laparotomi di perut bagian tengah sepanjang 15 cm, terpasang drain di perut kiri.

Auskultasi = Terdengar suara bising usus 15x/menit.

Palpasi = Nyeri tekan pada daerah sekitar luka

Perkusi = Timpani

11) Ekstremitas.

atas

Inspeksi = Tidak ada luka, terpasang infus di tangan kiri

Palpasi = Tidak ada nyeri tekan

bawah

Inspeksi = Tidak ada luka, tidak ada oedeme

Palpasi = Tidak ada nyeri tekan.

Pengkajian lain

Status Nutrisi :

BB = 61 kg

TB = 176 cm

IMT : Indeks masa tubuh

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB kg}}{\text{TB}^2 (\text{cm})}$$

$$= \frac{61 \text{ kg}}{(1.76)^2}$$

$$= 19.7 \text{ (Underweight)}$$

< 20 = Underweight

20 - 25 = Normal

25 - 30 = Overweight

> 30 = Obesitas

Berat Badan Relatif

$$\text{BBR} = \frac{\text{BB kg}}{\text{TB} - 100} \times 100\%$$

$$= \frac{61}{176 - 100} \times 100\%$$

$$= 80.2\% \text{ (Underweight)}$$

Ket :

< 90% = Underweight

90 - 110% = Normal

110 - 120% = Overweight

> 120% = Obesitas.

### 1. MEDICAL MANAGEMENT

#### a. IV, O<sub>2</sub> Therapy

Medical Management	Tanggal Terapi.	Penjelasan Secara umum	indikasi dan tujuan	RESPON PASIEN.
Infus RL	11/1 - 16	Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit Tn.p.	Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit Tn.p.	DR = klien mengatakan tidak nyaman 0~

b. Obat-obatan

Nama Obat	Tanggal	Frekuensi	Cara Kerja, fungsi & klasifikasi	Respon pasien
Cefotaxime	11-1-2016	2 gr intravena tiap 12 jam	Antibiotik, Mencegah terjadinya infeksi	S = 0 = Setelah 10 menit obat masuk, tidak ada tanda-tanda infeksi.
Ranitidin	11-1-2016	50 mg intravena tiap 8 jam	Menurunkan produksi asam lambung	S = 0 =
Ketorolac	11-1-2016	30 mg intravena tiap 8 jam	Analgetik, Mengurangi rasa nyeri	S = klien mengatakan masih nyeri 0 = Setelah 10 menit obat masuk, tidak ada tanda-tanda infeksi
Mefenidazole	11-1-2016	500 mg intravena tiap 8 jam	Mencegah peradangan pada luka operasi	S = 0 =

c. diet

Jenis diet	Tanggal	Penjelasan	Indikasi & tujuan	Makanan Spesifik	Respon klien
Nutri biasa	11-1-2016		Memberikan dan memenuhi kebutuhan nutrisi klien	Makanan yang mengandung banyak karbohidrat & protein	Klien makan dan hanya habis 1/2 porsi
Tinggi Protein	11-1-2016	Memenuhi kebutuhan nutrisi	Makanan tinggi protein mempercepat penyembuhan luka post operasi	- Ikan gabus - puth telur	Klien mau mengikuti program diet

2, prosedur diagnostik dan laboratorium

Date : 8 Januari 2016

Name : Tn.P

Time : 09.00 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hematologi			
LEO	27	mm <sup>3</sup> /jam	2.0 - 30.0
Darah rutin			
Leukosit	H. 20.31	10 <sup>3</sup> /ul	4.80 - 10.80
Eritrosit	L 4.31	juta/mm <sup>3</sup>	4.70 - 6.10
Hemoglobin	L 12.5	g/dl	14 - 16
Hematokrit	L 36.2	%	42.0 - 52.0
MCV	89.00	um <sup>3</sup>	78.00 - 99.00
MCH	28.50	pg	25.00 - 35.00
MCHC	34.00	g/dl	31.00 - 37.00
Trombosit	309.00	/mm <sup>3</sup>	150.000 - 450.000
Diff count			
Neutrofil	H 88.0	%	50.0 - 80.0
Limfosit	L 9.2	%	25.0 - 50.0
Monosit	2.8	%	2.0 - 8.0
Eosinofil	0.0	%	0.0 - 0.5
Basofil	0.0	%	0.0 - 2.0
Kimia klinik			
Kalsium	4.2	mmol/l	3.5 - 5.5
Natrium	143	mmol/dl	135.0 - 145.0
Chlorida	H 112.0	mmol/dl	98 - 108
GD5	114	?	

Date : 12 Januari 2016

Name : Tn.P

Time : 09.00 WIB

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hematologi			
LED	26	mm / Jam	20,0 - 30,0
Darah rutin			
Leukosit	H 20.30	$10^9$ /ul	4.80 - 10.80
Eritrosit	L 4.22	juta /mm <sup>3</sup>	4.70 - 6.10
Hemoglobin	L 10.9	g/dl	14 - 16
Hematokrit	L 32.2	%	42.0 - 52.0
MCV	83.00	um <sup>3</sup>	78.0 - 98.0
MCH	28.40	pg	25.00 - 35.00
MCHC	33.50	g/dl	31.00 - 37.00
trombosit	308.00	/mm <sup>3</sup>	150.000 - 450.000
Diff Count			
Neutrofa	H 88.0	%	50.0 - 80.0
Limfosit	L 8.8	%	25.0 - 50.0
Monosit	2.7	%	2.0 - 8.0
Eosinofil	0.0	%	0.0 - 5.0
Basofil	0.0	%	0.0 - 2.0
Kimia Klinik			
Kalium	4.1	mmol/l	3.5 - 5.5
Natrium	141	mmol/l	135.0 - 145.0
Chlorida	H 112.0	mmol/l	98 - 108
GDs	110		

a. Pengelompokan Data

- Data Subjektif :
- Klien mengatakan nyeri pada luka operasi, P = Nyeri karena luka operasi
  - Q = Seperti di sayat - sayat, R = perut tengah, S = skala nyeri 5 (sedang)
  - T = Nyeri saat bergerak
  - Klien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas sehari-hari dan masih di bantu istrinya
  - Klien mengatakan lemas dan tidak nafsu makan

- Data Objektif :
- Klien terlihat menahan nyeri
  - Terdapat luka post operasi laparotomy di perut tengah
  - Terdapat drain di perut kanan
  - Klien hanya berbaring di tempat tidur
  - Panjang luka operasi ± 15 cm
  - Terdapat pus pada luka dan luka masih basah
  - TD = 150/70 mmHg
  - N = 110x/menit
  - PR = 18x/menit
  - S = 36,5°C
  - IMT =
  - I' =

Analisa Data

No	DATA	Masalah	Etiologi
1	<p>DS = Klien mengatakan masih lemas, tidak nafsu makan</p> <p>DO = TD = 130/70 mmHg                      H = 110 x /menit                      S = 36,5°C                      RR = 18 x /menit                      Hb = 10,3                      IMT = 19,7</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Ketidakmampuan untuk mencerna makanan</p>
2	<p>DS = Klien mengatakan nyeri, P : luka operasi, Q: seperti disayat, R = perut tengah, S = skala 5 (sedang), T = Saat bergerak</p> <p>DO = Klien terlihat menahan nyeri, Terdapat luka post operasi laparotomy hari ke 3, terpasang drain di perut kanan</p>	<p>Nyeri Akut</p>	<p>Agens Cidera fisik</p>
3	<p>DS = Klien mengatakan belum bisa beraktivitas dan selalu dibantu istrinya</p> <p>DO = Klien tidak bisa berbaring ditempat tidur</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>	
4	<p>DS = Klien mengatakan nyeri luka operasi</p> <p>DO = Luka terlihat masih basah dan terdapat pus pada luka</p>	<p>Risiko tinggi infeksi</p>	<p>Luka trauma Jaringan</p>

Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
2. Nyeri akut berhubungan dengan Agens Cidera fisik.
3. Hambatan Mobilitas fisik berhubungan dengan
4. Risiko tinggi Infeksi berhubungan dengan luka trauma Jaringan.

C. Perencanaan.

Hari/Tgl/Jam	No dx	Tujuan	Intervensi	Pasional.
Senin 11 Januari 2016 13.00 WIB	1.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan terjadi kenaikan berat badan dengan kriteria: - Adanya kenaikan berat badan	1. Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering 2. Berikan makanan yang sudah dikonsumsi dengan ahli gizi. 3. Kaji Adanya Alergi pada makanan	1. Meningkatkan nafsu makan 2. Meningkatkan kebutuhan nutrisi klien. 3. Mengetahui ada atau tidaknya alergi
Senin 11 Januari 2016 13.15 WIB	2.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan skala nyeri berkurang dengan kriteria: - skala nyeri berkurang menjadi 5 - Klien mampu mendemonstrasikan teknik relaksasi nafas dalam.	1. Berikan posisi yang nyaman untuk klien. 2. Ajari klien teknik relaksasi nafas dalam 3. pertahankan posisi yang sakit dengan tirah baring 4. kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik 5. kaji detak dan karakteristik nyeri	1. Rasa nyaman dapat mengurangi nyeri klien. 2. Mengurangi nyeri secara mandiri 3. Mengurangi frekuensi timbulnya nyeri 4. mengurangi nyeri dengan proses farmakologi 5. Mengetahui tingkat dan karakteristik nyeri
Senin 11 Januari 2016 13.30 WIB	3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien mengalami peningkatan gerak dengan kriteria: - Klien bisa mobilisasi bertahap, dimulai dari duduk.	1. Bantu klien untuk latihan gerak, dimulai dari duduk. 2. Instruksikan klien tidur ke mbali, jika saat duduk terasa nyeri 3. Anjurkan klien untuk ubah posisi tidur tiap 2 jam 4. kaji tTV & mobilisasi	1. Meningkatkan mobilisasi secara bertahap. 2. Menghindari terjadinya Redresing. 3. Menghindari adanya luka tekan 4 Mengetahui rentang gerak.
Senin 11 Januari 2016 13.40 WIB	4	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria: Hasil: - Tidak ada tanda-tanda infeksi	1. Cuci tangan dengan teknik aseptik. 2. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik 3. observasi dan kaji ulang luka 4 Anjurkan keluarga untuk cuci tangan & langkah sekecil mungkin kontak dengan klien	1. Menjaga agar luka tetap bersih dan steril 2. Mencegah infeksi dengan proses farmakologi 3. Mengetahui tanda-tanda infeksi 4. Menjaga kebersihan luka klien.

d Implementasi Keperawatan

Tanggal	NO Dx	Tindakan keperawatan	Respon klien	Paraf,
Selasa 12 Jan 2016 08.00 WIB	2	Mengkaji ku dan mengukur TTV	S = Klien mengatakan lemas O = TD : 130 / 70 mmHg N : 110 x / menit S : 36,5° C RR : 18 x / menit	
08.20 WIB	2	Mengkaji karakteristik Nyeri	S = Klien mengatakan masih nyeri P = Luka operasi A = Seperti disayat-sayat R = Perut tengah S = Skala 5 (sedang) T = Nyeri saat bergerak. O =	
08.30 WIB	4	Mengganti balutan luka dengan tehnik aseptik (Han-ke 5)	S = Klien mengatakan nyeri pada luka O = Luka terlihat masih basah, keluar pus saat di tekan.	
10.30 WIB	1	Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering	S = Klien mengatakan masih belum nafsu makan O = Sarapan hanya habis 1/2 porsi	
10.50 WIB	3	Mengkaji derajat mobilitas klien	S = Klien mengatakan masih sakit untuk bergerak ditempat tidur. O = Semua aktivitas dibantu oleh keluarganya, derajat mobilitasi 2.	
11.50 WIB	2	Memberikan injeksi analgesik ketorolak 30 mg iv	S = Klien mengatakan masih nyeri O = Setelah 10 menit obat masuk, tidak terlihat adanya tanda-tanda alergi.	

Tanggal	NO DX	Indikator Keperawatan	Respon klien	Paraf
Rabu 13 Jan 2015				
07.45 WIB	2.	Mengkaji ulang karakteristik Myel	S: Klien mengatakan masih nyeri P: Nyeri luka operasi Q: Seperti disayat-sayat R: Perut tengah S: skala 5 (sedang) T: Saat bergerak.  0:	
08.30 WIB	4	Mengganti balutan luka dan melepas selang drain pada hari ke-4 post operasi.	S: Klien bersedia diganti balutan luka dan dilepas selangnya. 0: Luka terlihat masih basah dan keluar pus saat di tekan.	
09.15 WIB	2	Mengajari klien teknik relaksasi Napas dalam	S: Klien bersedia diajari teknik relaksasi napas dalam. 0: Klien kooperatif saat diajari teknik Napas dalam.	
10.00 WIB	1.	Mengkaji apakah ada alergi pada makanan	S: Klien mengatakan tidak ada tanda-tanda alergi seperti gatal. 0: Tidak terlihat adanya tanda-tanda alergi seperti kulit merah	
10.30 WIB	3.	Mendorong klien dan keluarga agar membantu klien merubah posisi tidur setiap 2 jam.	S: Keluarga bersedia membantu klien berubah posisi setiap 2 jam 0: Klien berubah posisi tidur setelah 2 jam.	
12.00 WIB	3	Membantu klien melakukan mobilitas diri secara bertahap, dimulai dari duduk.	S: Klien bersedia untuk mencoba duduk 0: Klien bisa duduk tetapi sambil menahan nyeri.	

di Implementasi				
Tanggal	NO DX	Tindakan Keperawatan	Respon Klien	Paraf.
Kamis 14 Jan 2016 07.30 WIB	2	Mengatasi ulang karakteristik nyeri	S: Klien mengatakan nyeri sedikit ber- kurang P: Luka Operasi Q: Seperti disayat R: perut tengah. S: skala 3 T: saat bergerak.	
08.15 WIB	4	Mengganti balutan luka dengan Tebrik aseptic pada hari ke-5 post operasi.	S: klien mengatakan O: luka sudah cukup kering tetapi masih terdapat pus	
08.20 WIB	4	Mengatasi ulang keadaan luka	S: klien mengatakan masih nyeri saat dibersihkan. O: luka terlihat kering, terdapat pus, tidak ada kemerahan dan tidak ada pembengkakan.	
09.30 WIB	3	Membantri klien mobilisasi dini di tempat tidur.	S: klien bersedia dibantu mobilisasi di tempat tidur O: klien sudah bisa duduk sendiri di tempat tidur	
11.45 WIB.	1	Membenkan makanan yang sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi	S: klien mengatakan sudah lebih narsu makan dibandingkan kemarin O: klien mendapatkan diet tinggi protein.	
13.00 WIB	2	Memberikan injeksi ketorolac 30 mg IV	S: klien mengatakan masih sedikit nyeri O: Setelah 10 menit obat masuk Tidak terlihat adanya tanda-tanda kefesi.	

Evaluasi keperawatan			
Hari/tanggal	No Dx	catatan perkembangan klien	paraf
Sekwa 12 Januari 2016 14.00 WIB	1.	<p>S: Klien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p>O: Surupan hanya habis 1/2 porsi</p> <p>TO: 130/70 mmHg, N: 110x/menit, RR: 18x/menit, S: 36,5°C</p> <p>A: Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan klien makan sedikit tapi sering</li> <li>- Tanyakan apakah ada alergi terhadap makanan.</li> </ul>	
	2.	<p>S: Klien mengatakan masih nyeri</p> <p>P: Luka operasi</p> <p>Q: Seperti disayat-sayat</p> <p>R: perut fengah</p> <p>S: skala sedang (5)</p> <p>T: Saat bergerak</p> <p>O: Klien terlihat menahan nyeri</p> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam.</li> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik.</li> <li>- Tanyakan karakteristik nyeri</li> </ul>	
	3	<p>S: Klien mengatakan merasa sakit saat duduk.</p> <p>O: Klien terlihat menahan nyeri saat mencoba duduk.</p> <p>A: Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi.</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu klien mobilisasi bertahap.</li> <li>- Tanyakan derajat mobilitasi klien.</li> </ul>	
	4.	<p>S: Klien menyatakan lukanya masih nyeri</p> <p>O: Luka terlihat bersih, keluar pus saat di tekan, tampak kemerahan</p> <p>A: Masalah resiko tinggi infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan ganti balut setiap hari</li> <li>- Kolaborasi pemberian antibiotik.</li> <li>- Tanyakan keadaan luka.</li> </ul>	

Hari/Tanggal	No. Dx	Catatan perkembangan klien	Paraf.
Rabi. 13 Januari 2016 14.00 WIB	1.	<p>S: Klien mengatakan belum makan karena tidak nafsu.</p> <p>O: Mangan satu siang belum dimakan</p> <p>TD = 120/70 mmHg, N = 108 x/menit, RR = 18 x/menit, S = 36,3°C</p> <p>A: Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan klien makan sedikit tapi sering</li> <li>- Kaji apakah ada alergi terhadap makanan.</li> </ul>	
	2.	<p>S: Klien mengatakan masih nyeri</p> <p>P: Luka Operasi</p> <p>O: Seperti disayat</p> <p>R: perut tengah</p> <p>S: Skala 5 (sedang)</p> <p>T: Saat bergerak.</p> <p>O: Klien terlihat menahan nyeri</p> <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan posisi nyaman mungkin.</li> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik.</li> <li>- Kaji ulang karakteristik nyeri</li> </ul>	
	3	<p>S: Klien mengatakan nyeri berkurang saat duduk.</p> <p>O: Klien bisa duduk sambil menahan nyeri</p> <p>A: Masalah Hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu klien mobilisasi bertahap.</li> <li>- Kaji ulang derajat mobilitasi klien</li> </ul>	
	4.	<p>S: Klien mengatakan seket saat ganti balut</p> <p>O: Luka terlihat masih basah. Terlepas pis saat ditekan</p> <p>A: masalah Risiko tinggi infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan perawatan luka steril</li> <li>- Kolaborasi pemberian anti biotik.</li> <li>- Observasi dan kaji ulang luka.</li> </ul>	

Hari / tanggal	NOX	catatan perkembangan klien	paraf,
Kamis 14 Januari 2016	1	<p>S: Klien mengatakan nafsu makan bertambah</p> <p>O: Klien Habis 1 porsi makan siang</p> <p>TD: 120/80 mmHg, N: 105x/menit, S: 36.5°C, RR: 17x/menit</p> <p>A: Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan makanan sesuai program ahli gizi</li> <li>- Anjurkan klien makan sedikit dan sering.</li> </ul>	
	2	<p>S: Klien mengatakan Nyeri bertulang</p> <p>P: Luka Operasi</p> <p>A: seperti disayat - sayat</p> <p>R: perut tengah</p> <p>S: skala 3</p> <p>T: saat bergerak</p> <p>O: Klien Terlihat masih menahan nyeri</p> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan klien relaksasi nafas dalam saat nyeri</li> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik.</li> </ul>	
	3	<p>S: Klien mengatakan sudah bisa duduk.</p> <p>O: Klien duduk ditempat tidur dengan kaki tergantung kebawah</p> <p>A: Masalah Hambatan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan mobilisasi bertahap.</li> <li>- Anjurkan klien merubah posisi tidur tiap 2 jam.</li> </ul>	
	4	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka bertulang.</p> <p>O: Luka sudah cukup kering, tidak kemerahan tetapi masih ada sedikit pus yang keluar, tidak ada pembengkakan</p> <p>A: Masalah resiko tinggi infeksi teratasi</p> <p>P: Lanjut intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan perawatan luka dg prinsip steril</li> <li>- Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ul>	