**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN An.D**

**DENGAN DIAGNOSA POST OPERASI LAPARATOMI TUMOR**

**GASTER HARI KE 7 DI RUANG I BEDAH RSPAL**

**Dr. RAMELAN SURABAYA**

****

**Oleh:**

**SAVANNA AKHLAQUL MAKHSUNIYAH**

**NIM. 172.0071**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA PASIEN An.D**

**DENGAN DIAGNOSA POST OPERASI LAPARATOMI TUMOR**

**GASTER HARI KE 7 DI RUANG I BEDAH RSPAL**

**Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh:**

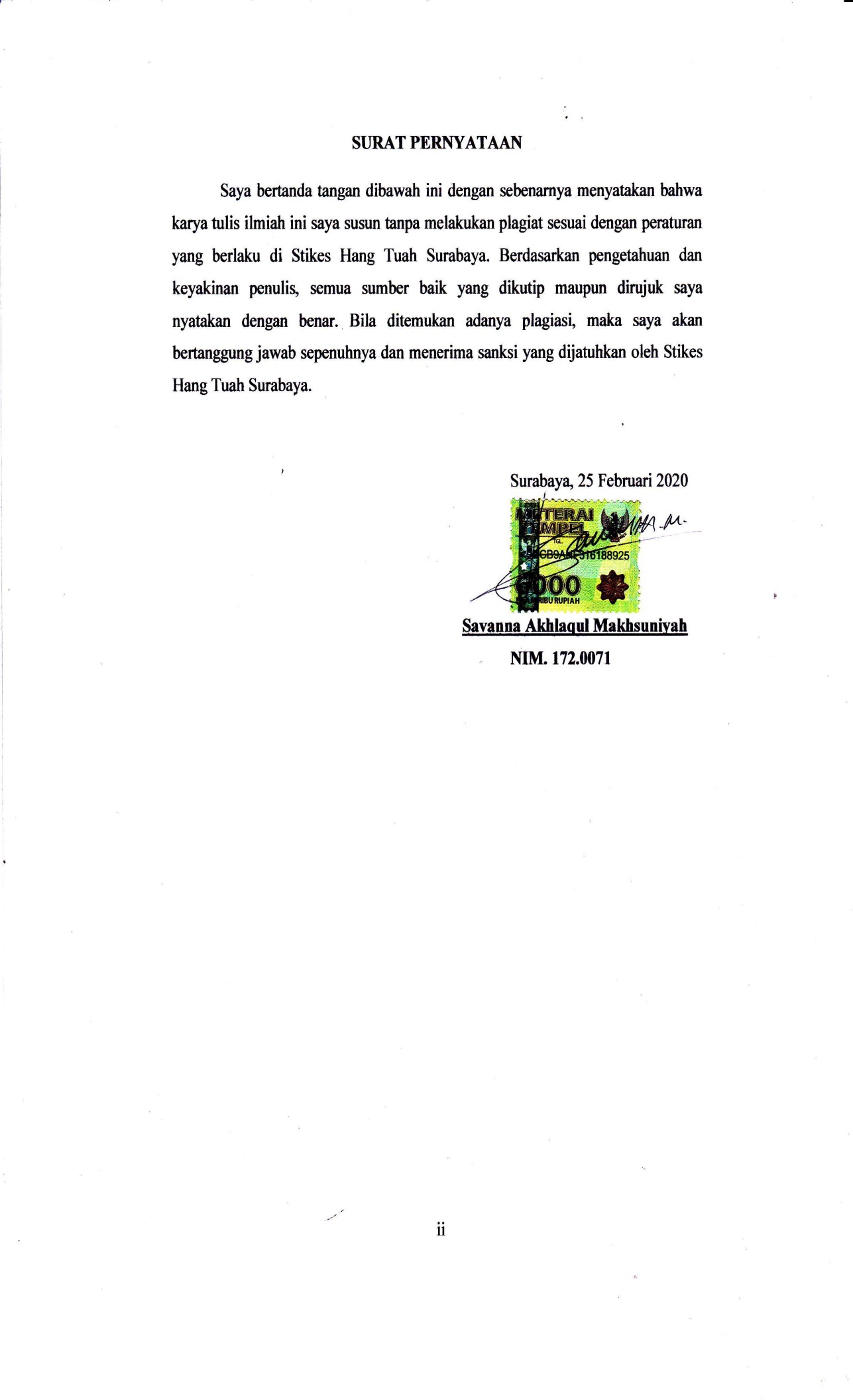
**SAVANNA AKHLAQUL MAKHSUNIYAH**

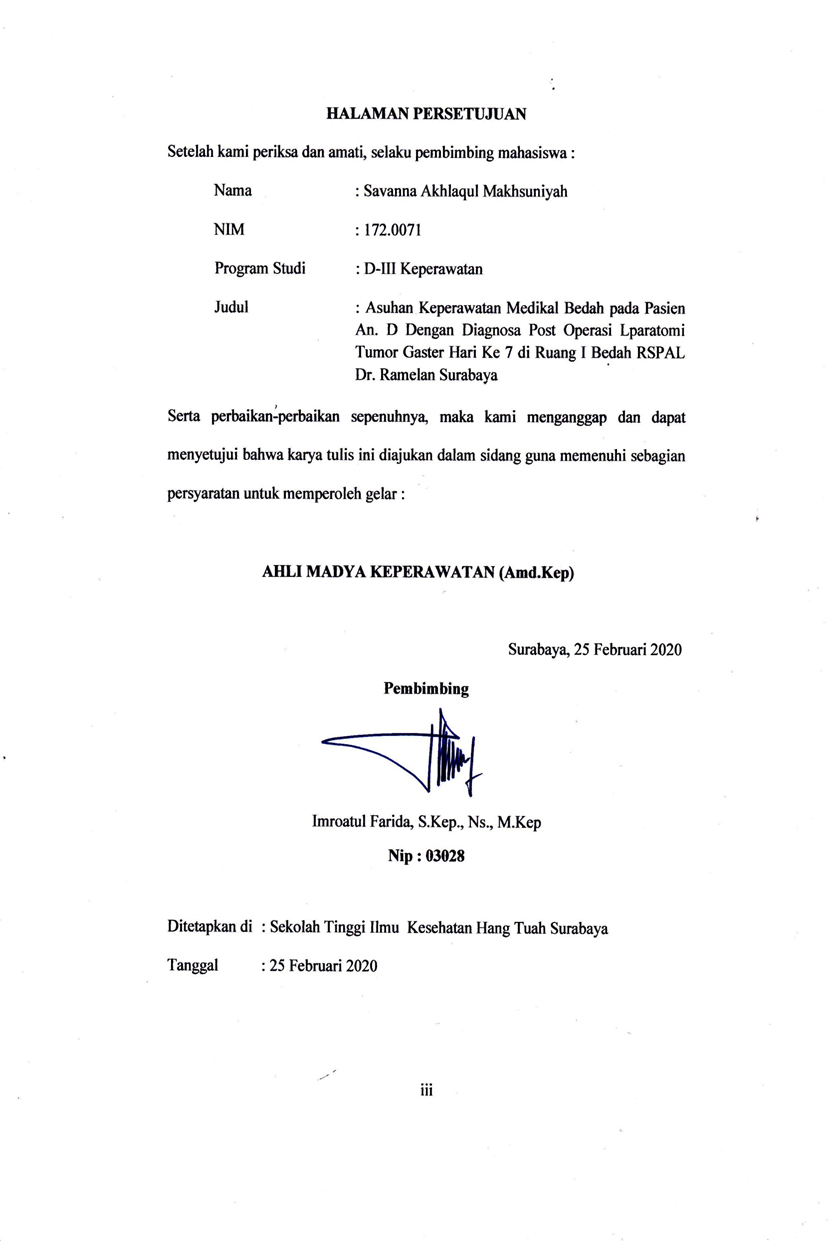
**NIM. 172.0071**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

****

****

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Savanna Akhlaqul Makhsuniyah

Nim : 172.0071

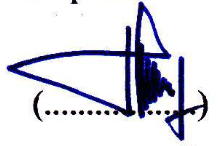
Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : **Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien An. D Dengan Diagnosa Post Operasi Laparatomi Tumor Gaster Hari ke 7 di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya**

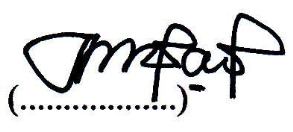
Telah dipertahankan dihadapan dewan siding Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : 25 Februari 2020

Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat di terima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

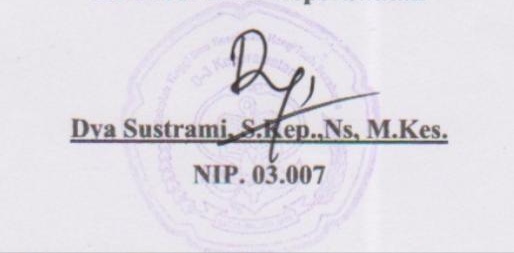
Penguji I : Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep



Penguji II : Dwi Supriyanti, S.Pd., S.Kep., Ns., MM.

Mengetahui,

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 25 Februari 2020

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“**Tugas kita adalah Mencari dan mencari Keburukan dalam diri kita sendiri dan mencari kebaikan dari diri orang lain, Bukan malah sebaliknya**”

Kupersembahkan Karya Tulis yang sederhana ini untuk :

1. Allah SWT yang telah memberikan segala kemudahan dan kelancaran dalam penyelesaian tugas KTI.
2. Nur Muji Astuti S.Kep., Ns,M.,Kes yang telah memberikan semangat dan motivasi kerohanian selama mengerjakan KTI.
3. Ns. Puji Hastuti, S.Kep., M.Kep yang telah mensuport dan menguatkan iman saya dalam menghadapi KTI
4. Mia sebagai nenekku tercinta dan aku sayangi yang selalu menemaniku mulai aku bayi hingga dewasa seperti ini dan juga terimakasih sudah mau menemaniku untuk lembur mengerjakan KTI.
5. Ayah dan Ibu serta keluarga tercinta saya yang selalu memberikan hal yang terbaik, membimbing dan banyak memberikan dukungan kepada saya.
6. Untuk dosen pembimbing Institusi dan Pembimbing Lahan yang sudah membimbing dan memberikan ilmunya untuk menyelesaikan KTI ini.
7. Teman-teman PEJUANG TINGKAT AKHIR D3 Keperawatan
8. Teman-teman rea-reo Difa, Nur Amanah, Ratna dkk

**Kata Pengantar**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL selaku kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk menyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Kolonel Laut (K/W) Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Dya Sustrami, S.kep., Ns., M.Kes. selaku Kepala Rrogram Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing I, dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian KTI
5. Dwi Supriyanti, S.Pd., S.Kep., Ns., MM selaku pembimbing II, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian.

Selanjutanya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilimah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya. 25 Februari 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

HALAMAN JUDUL i

SURAT PERNYATAAN ii

HALAMAN PERSETUJUAN iii

HALAMAN PENGESAHAN iv

MOTTO DAN PERSEMBAHAN v

KATA PENGANTAR vi

DAFTAR ISI viii

DAFTAR TABEL iv

DAFTAR GAMBAR v

DFATAR LAMPIRAN vi

DFTAR SINGKATAN vii

**BAB 1 PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
  2. Rumusan Masalah 3
  3. Tujuan Penulisan 3
     1. Tujuan Umum 3
     2. Tujuan Khusus 3
  4. Manfaat 4
  5. Metode Penulisan 5
     1. Metode 5
     2. Tehnik Pengumpulan Data 5
     3. Sumber Data 6
     4. Studi Kepustakaan 6
  6. Sistematika Penulisan 6

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Penyakit 8

2.1.1 Anatomi Fisiologi 8

2.1.2 Pengertian tumor gaster 10

2.1.3 Etiologi 11

2.1.4 Tanda Geala 11

2.1.5 Patofisiologi 12

2.1.6 Penatalaksanaan 13

2.1.7 Komplikasi 14

2.2. Konsep Anak 14

2.2.1 Definisi Tumbang Anak 14

2.2.2 Tahapan Tumbuh kembang anak usia sekolah 15

2.2.3 Aspek pertumbuhan perkembangan anak 17

2.3 Konsep Hospitalisasi 18

2.3.1 Definisi Hospitalisasi 18

2.3.2 Perilaku maladaptive anak usia sekolah selama hospitalisassi 19

2.3.3 Manfaat Hospitalisasi 19

2.4 Konsep Laparatomi 20

2.4.1 Definisi Laparatomi 20

2.4.2 Etiologi 21

2.4.3 Indikasi Laparatomi 21

2.4.4 Teknik sayatan pada laparatomi 23

2.4.5 Jenis tindakan laparatomi 26

2.4.6 Pemeriksaan Pasca laparatomi 29

2.4.7 Komplikasi post laparatomi 29

2.4.8 Fase penyembuuhan luka 30

2.4.9 Prinsip perawatan luka post operasi 32

2.4.10 Komplikasi 33

2.5 Konsep Nyeri 34

2.5.1 Definisi Nyeri 34

2.5.2 Faktor yang mempengaruhi nyeri 35

2.5.3 Proses atau mekanisme nyeri 37

2.5.4 Pengukuran skala nyeri 39

2.6 Konsep dasar luka 40

2.6.1 Klasifikasi luka 42

2.6.2 Kajian perawatan luka sayat 42

2.7 Asuhan keperawatan 46

2.7.1 Pngkajian 47

2.7.2 Perencanaan 60

2.7.3 Pelaksanaan 81

2.7.4 Evaluasi 81

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

* 1. Pengkajian 82
     1. Identitas 82
     2. Keluhan utama 82
     3. Riwayat Penyakit Sekarang 82
     4. Riwayat Penyakit Dahulu 83
     5. Riwayat Penyakit Keluarga 83
     6. Riwayat alergi 84
     7. Keadaan umum 84
     8. Genogram 83
     9. Pemeriksaan fisik 84
  2. Data penunjang 92
  3. Terapi medis 94
  4. Hasil foto thorax 93
  5. Hasil foto CT scan 93
  6. Analisa data 95
  7. Prioritas masalah 98
  8. Intervensi 99
  9. Implementasi dan Evaluasi 102

**BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian 128

4.2 Diagnosa Keperawatan 128

4.3 Perencanaan 131

4.4 Pelaksanaan 131

4.5 Evaluasi 133

**BAB 5 PENUTUP**

5.1 Simpulan 135

5.2 Saran 137

Daftar Pustaka 138

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Kerangka Masalah 12

Tabel 3.1 Pemeriksaan Labolatorium 92

Tabel 3.2 Terapi Obat 94

Tabel 3.3 Analisa Data 95

Tabel 3.4 Prioritas Masalah Keperawatan 96

Tabel 3.5 Rencana Keperawatan 98

Tabel 3.6 Implementasi Dan Evaluasi 102

**DAFTAR GAMBAR**

Daftar Gambar 2.1 Anatomi Gaster 8

Daftar Gambar 2.4 tindakan laparatomi 20

Daftar Gambar 2.5 macam-macam sayatan laparatomi 23

Daftar Gambar 2.6 midline epigastric insision 24

Daftar Gambar 2.7 midline sub-umbilical insision 24

Daftar Gambar 2.3 numeric rating scale 39

# DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SPO Pemberian Obat 146

Lampiran 2 SPO TTV 151

Lampiran 3 SPO Rawat Luka 157

Lampiran 4 SPO Pemberian makanan melalui NGT 161

# DAFTAR SINGKATAN

AGD Analisa Gas Darah

BAB Buang Air Besar

BB Berat Badan

b.d Berhubungan dengan

BCG Bacillus Calmette Guerin

BUN Blood Urea Nitrogen

C Celcius

Cc Centimeter Cubik

Cm Centi Meter

CRT Capillary Refill Time

DO Data Objektif

Dr. Dokter

DS Data Subjektif

Dx Diagnosa (biasa digunakan dalam dunia medis)

GA General Anestesi

GCS Glasgow Coma Scale

HCT Hemotrocit

HGB Hemoglobin

HKM Hangat Kering Merah

IMT Indeks Massa Tubuh

ICS Intercosta

IV Intra Vena

Kg Kilo gram

KRS Keluar Rumah Sakit

MCH Mean Corpuscular Hemoglobin

MCV Mean Corpuscular Volume

mEq Miliekuivalen

mg Mili Gram

Mis. Misal

ml Mili Liter

mmHg Milimeter Merkuri Hydrargyrum

MRS Masuk Rumah Sakit

N Nadi

NGT Nasogastrik Tube

No Nomor

Ny Nyonya

P Provoking (pengkajian nyeri)

PCT Procalcitonin

PKK Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga

PLT Platelet

Q Quality(pengkajian nyeri)

R Region (pengkajian nyeri)

RBC Red Blood Cell

ROM Range of Motion

RR Respiratori Rate

RS Rumah Sakit

RSPAL Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut

S Suhu

S Scale

SGPT Serum Glutamic Pyruvate Transaminase

SGOT Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase

SMRS Sebelum Masuk Rumah Sakit

SOAP *Subjective, Objective, Assessment, Plan*: Subjektif, Objektif, Pengkajian Rencana

SPO Standart Prosedur Operasional

T Time (pengkajian nyeri)

TB Tinggi Badan

TD Tensi Darah

Tpm Tetes Per Menit

TTV Tanda-Tanda Vital

USG Ultrasonografi

WBC White Blood Cell

WIB Waktu Indonesia Barat

MMS Minum Minum Sedikit

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

*Tumor Gaster* adalah penyakit yang terjadi karena pertumbuhan sel lambung secara abnormal dan tak terkendali. Pertumbuhan sel abnormal ini terjadi karena sel mengalami perubahan genetik. Kanker lambung jarang menimbulakn gejala spesfik pada stadium awal. Gejalanya dapat berupa perut kembung atau nyeri ulu hati, dan sering kali hanya dianggap sebagai keluhan sakit maag. Kondisi tersebut membuat kanker lambung sulit untuk didiagnosis secara dini, dan umunya baru terdiagnosis setelah masuk stadium akhir. Hal ini tentunya akan mempengaruhi peluang kesembuhan (Sihombing & Sppd, 2010) . Kasus dengan Tumor Gaster sangat jarang di temukan di ruang I Bedah di RSPAL DR. Ramelan Surabaya, akan tetapi dengan keluhan nyeri perut yang terus menerus, mual, muntah, nafsu makan menurun akan mengganggu kebutuhan dasar manusia dan karena perlunya dilakukan pembedahan untuk pengendalian atau mestatase tumor.

Kanker merupakan penyebab kematian nomor dua di dunia yakni terhitung 8,8 juta kematian di 2015. Kanker paru-paru, prostat, usus, lambung, dan hati merupakan kanker yang paling umum diderita oleh laki-laki, sementara kanker payudara, usus, paru-paru, leher rahim, dan perut merupakan kanker yang paling umum diderita oleh perempuan (arif muttaqin, 2011). Kanker lambung merupakan kanker yang berawal di bagian lambung dan menyebar atau menyerang ke jaringan biologis yang lain. Secara global, berdasarkan data yang diperoleh dari *World Cancer Research Fund International* (WCRFI), kanker lambung merupakan penyebab kematian yang menempati urutan ke-5 bagi pria maupun wanita pada data tahun 2012. Meskipun telah terjadi penurunan angka penderita kanker lambung di dunia dalam setengah abad belakangan ini, namun berbagai laporan menyebutkan angka kematian akibat kanker lambung masih menduduki urutan kedua terbanyak di dunia yakni mencapai 500.000 kematian setahun. Prognosa karsinoma lambung masih jelek, yaitu hanya sekitar 20% untuk harapan hidup 5 tahun. Di Indonesia insiden karsinoma lambung atau kanker lambung belum tercatat secara nasional, hanya berdasarkan laporan dari beberapa centre yang tidak dapat menggambarkan angka kejadian secara nasional(Suharsono, Riyanto ; Rahmasari, Gusti Putu Ayu, 2016). Berdasakan data yang didapat penderita kanker lambung di RSPAL DR. Ramelan Surabaya di ruang I bedah selama bulan Januari 2019 sampai Desember 2019 terdapat 1 pasien dengan diagnose kanker lambung dan awal Januari 2020 hanya terdapat 1 pasien dengan diagnosa kanker lambung.

Kanker lambung disebabkan oleh pola makan yang tidak sehat seperti konsumsi makanan yang diasinkan, diasapi dan jarang mengonsumsi buah-buahan serta sayuran. Penyebab kanker lambung yang lain yakni riwayat medis keluarga dimana terdapat kanker lambung, infeksi yang disebabkan oleh Helicobacter pylori, radang lambung kronis, pernicious anemia, dan merokok (Ningrum, Mediani, & P, 2017). Bila kanker Gaster dibiarkan terlalu lama atau tidak segera dilakukan tindakan maka akan berakibat perdarahan gastrointestinal, metastase kanker sehingga dapat menekan saluran empedu, obstruksi saluran pencernaan. (Stomach cancer, 2018).

Peran seorang perawat salah satunya sebagai pemberi pendidikan dan penyedia layanan kesehatan, sangat penting mengetahui asuhan keperawatan pasien dengan tumor gaster sehingga hal ini perlu dilakukan pengkajian dan memberikan intervensi kepada pasien serta mengevaluasi kondisi kesehatan pasien guna mencegah kejadian tumor gaster yang dapat menyebabkan kerusakan lambung permanen. Atas dasar berbagai permasalahan diatas maka dipandang perlu untuk menganalisa asuhan keperawatan pada pasien An. D dengan Diagnosa Medis Post Op Laparatomi Tumor Gaster Hari Ke 7 di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

* 1. **Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan tumor gaster dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada An. D dengan diagnosa medis Post Op Laparatomi Tumor Gaster Hari Ke 7 di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

* 1. **Tujuan** 
     1. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu menjelaskan dan mengelola asuhan keperawatan pada An. D dengan diagnosa medis Post Op Laparatomi Tumor Gaster Hari ke 7 di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa mampu Melakukan pengkajian pada An. D dengan diagnosa medis Post Op Laparatomi Tumor Gaster Hari Ke 7 di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Mahasiswa mampu Merumuskan diagnosa keperawatan pada An. D dengan diagnosa medis Post Op Laparatomi Tumor Gaster Hari Ke 7 di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Mahasiswa mampu Menyusun rencana keperawatan pada An. D dengan diagnosa medis Post Op Laparatomi Tumor Gaster Hari Ke 7 di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Mahasiswa mampu Mengaplikasikan implementasi asuhan keperawatan pada An. D dengan diagnosa medis Post Op Laparatomi Tumor Gaster Hari Ke 7 di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mahasiswa mampu Menyusun evaluasi asuhan keperawatan pada An. D dengan diagnosa medis Post Op Laparatomi Tumor Gaster Hari Ke 7 di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mahasiswa mampu Melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada An. D dengan diagnosa medis Post Op Laparatomi Tumor Gaster Hari Ke 7 di Ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
   1. **Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan daapat memberi manfaat:

1. Akademis hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien tumor gaster.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:
3. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien tumor gaster dengan baik.

1. Bagi peneliti

Hasil karya tulis ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien tumor gaster.

1. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien tumor gaster.

* 1. **Metode Penelitian** 
     1. **Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

* + 1. **Teknik Pengumpulan Data**

1. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan orang tua pasien, maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan dengan orang tua pasien maupun dengan memantau kosndisi pasien.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboraorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

* + 1. **Sumber Data**

1. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

1. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medic perawat, hasil-hasil pemerikasaan dan tim kesehatan lain.

* + 1. **Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

* 1. **Sistematika Penulisan**

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

* + 1. **Bagian awal**

Memuat halaman judul, persetujuan pembimbing pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar lampiran dan abstraksi.

* + 1. **Bagian inti**

Terdiri dari 5 bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub-sub bab berikut ini:

BAB I: Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB II: Tinjauan Pustaka, yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa tumor gaster.

BAB III: Tinjauan Kasus, berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB IV: Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB V: Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

* + 1. **Bagian Akhir**

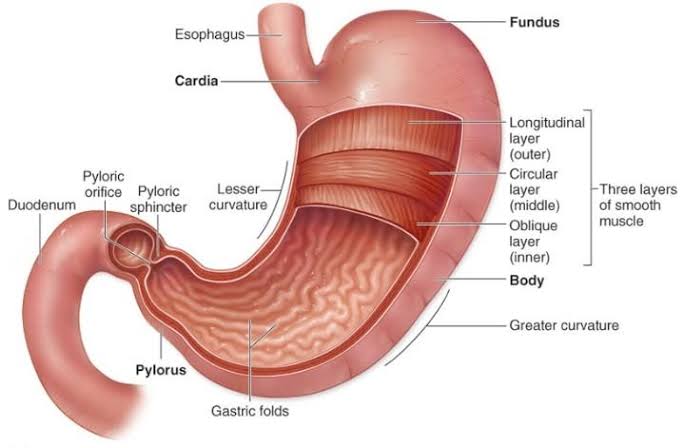
Terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Bab 2 ini akan menguraikan secara teoritis mengenai konsep anatomi fisiologi gaster, Konsep penyakit Tumor Gaster, Konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan Tumor Gaster. Konsep penyakit akan diuraikan anatomi, pengertian, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi, penatalaksanaan, komplikasi. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit tumor gaster dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksaaan, evaluasi.

* 1. **Konsep Penyakit** 
     1. **Anatomi Gaster**

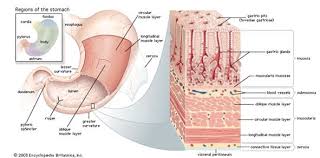


Gambar 2.1 anatomi gaster (Sihombing & Sppd, 2010)

Gaster adalah organ berongga besar menyerupai kantung yang terletak intraperitoneal di epigastrium kiri antara lobus hepatis sinistra dan limpa. Gaster sebagaian besar ditutupi oleh arcus costalis sinistra namun sebagian kecil berbatasan langsung dengan dinding abdomen bagian ventral. Secara garis besar, gaster memiliki tiga bagian; pars cardiaca, corpus gastricum, dan pars pylorica. Pars cardiaca merupakan jalan masuk ke gaster. Corpus gastricum adalah bagian utama dengan fundus gastricus di superior. Pars pylorica sebagai tempat keluar dari gaster yang berlanjut menjadi antrum pyloricum dan canalis pyloricus (Mutaqqin & Sari, 2011).

Gaster memiliki dinding anterior dan posterior dengan curvatura minor terletak di sisi kanan, sedangkan curvatura major di sisi kiri. Dinding gaster terdiri atas tiga tunika muskularis namun tidak ditemukan secara konsisten di semua regio gaster. Lapisan longitudinal eksterna berbatasan dengan lapisan sirkular. Sedangkan lapisan yang paling dalam terdiri atas serat otot oblik yang semakin menghilang menuju curvatura minor. Dinding gaster terdiri dari tunika mucosa yang dipisahkan dari lapisan tunica muscularis oleh lapisan tela submucosa. Gaster adalah organ intraperitoneal yang permukaan luarnya ditutupi oleh peritoneum viscerale sehingga membentuk tunika serosa (Utami, 2014).

Vaskularisasi gaster dibagi berdasarkan strukturnya. Curvatura minor divaskularisasi oleh arteri gastrica sinistra yang berasal dari truncus coeliacus, arteri gastric dekstra yang merupakan cabang dari arteri hepatica. Curvatura major divaskularisasi oleh arteri gastroomentalis dextra cabang dari arteri gastricaduodenalis, arteri gastroomentalis sinistra cabang dari arteri gastroduodenalis. Bagian fundus divaskularisasi oleh arteri gastrica breves cabang dari arteri splenica. Sisi posterior gaster divaskularisasi oleh arteri gastrica posterior (Sihombing & Sppd, 2010).



Gambar 2.2 lisan gaster (Paulsen dan Waschke, 2010).

Vena-vena gaster mengikuti arteri-arteri yang sesuai dengan letak dan lintasan. Vena gastrica dextra dan vena-vena gastrica sinistra membawa darah kembali ke dalam vena porta hepatis. Vena gastrica breves dan vena gastroomentalis membawa isinya ke vena splenica yang bersatu dengan vena mesentrika superior untuk membentuk vena porta hepatis. Vena gastro- 8 omentalis dekstra bermuara dalam vena mesentrica superior(Ningrum et al., 2017).

* + 1. **Pengertian Tumor Gaster**

**Kanker lambung adalah penyakit yang terjadi karena pertumbuhan sel lambung secara abnormal dan tak terkendali. Pertumbuhan sel abnormal ini terjadi karena sel mengalami perubahan genetik.** Kanker lambung jarang menimbulkan gejala spesifik pada stadium awal. Gejalanya dapat berupa perut kembung atau nyeri ulu hati, dan sering kali hanya dianggap sebagai keluhan sakit maag. Kondisi tersebut membuat kanker lambung sulit untuk didiagnosis secara dini, dan umumnya baru terdiagnosis setelah masuk stadium akhir. Hal ini tentunya akan mempengaruhi peluang kesembuhan (Sihombing & Sppd, 2010).

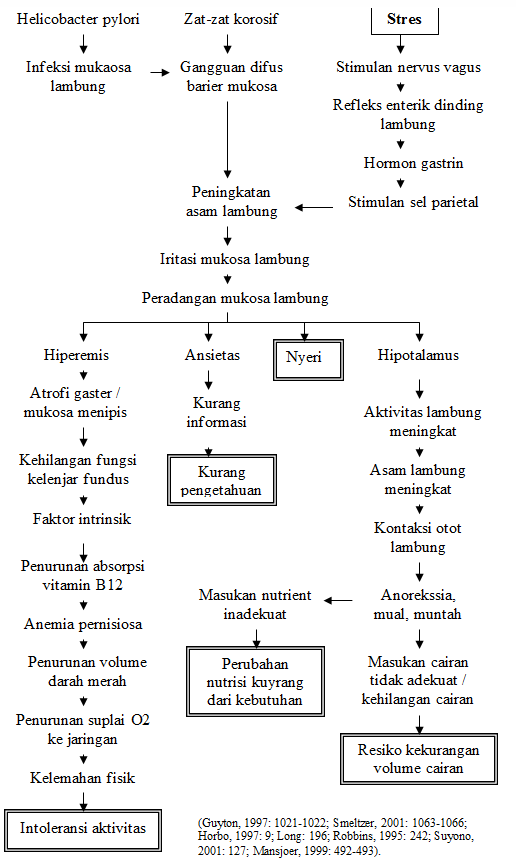
* + 1. **Etiologi**

Penyebab tumor gaster dimulai dari gastritis kronis menjadi atropi dan metaplasia intestinal sampai terjadi displasia premaligna, telah diketahui sebagai prekursor tumor gaster. Selain itu mekanisme yang berhubungan antara *H. pylori* dengan tumor gaster. Infeksi yang berlangsung lama menyebabkan atrofi kelenjar dan menurunnya produksi asam secara bertahap. Beberapa penyebab lain adalah diet tinggi makanan asap, kurang buah-buahan dan sayuran dapat meningkatkan risiko terhadap tumor lambung (arif muttaqin, 2011).

* + 1. **Tanda dan Gejala**

Keluhan utama tumor ganas gaster adalah berat badan menurun, nyeri epigastrium, muntah, keluhan pencernaan, anoreksia, keluhan umum,disfagia, nausea, kelemahan, sendawa, hematemesis, dan regurgitasi (Mutaqqin & Sari, 2011).

* + 1. **Patofisiologi**



* + 1. **Penatalaksaan**

Tindakan yang paling tepat adalah pembedahan setelah sebelumnya ditetapkan apakah masih operable atau tidak. Semakin dini dibuat diagnosis semakain baik. Beberapa tindakan yang dapat dilakukan adalah (Sihombing & Sppd, 2010):

1. Pembedahan

Tumor gaster belum menunjukkan tanda penyebaran, pilihan terbaik adalah pembedahan. Walaupun telah terdapat daerah sebar, pembedahan masih dilakukan sebagai tindakan paliatif. Reseksi kuratif akan berhasil bila tidak ada tanda metastasis ke tempat lain:

1. Kemoterapi

Tumor ganas gaster dapat dilakukan pemeberian obat tunggal atau kombinasi kemoterapi. Diantara obat yang digunakan adalah 5FU, trimetrexote, mitomisin C, hidrourea, epirubisin, dan karmisetin dengan hasil 18% - 30%.

1. Kombinasi terapi

Kombinasi terapi telah memberikan hasil lebih baik sekitar 53%. Regimen FAM (5FU, doksorubisin, mitomisin C) adalah kombinasi yang sering digunakan. Kombinasi lain yang digunakan adalah EAP (etoposid, doksorubisin, sisplatin).

1. Radiasi

Pengobatan dengan radiasi kurang berhasil.

a Resectable dapt diberikan 40–50 gy.

b Kasus lanjut radiasi sebagai paliatif, perbaikan obstruksi, nyeri local dan perdarahan dengan dosis kuran dari 40gy.

* + 1. **Komplikasi**

Komplikasi Tumor Gaster menurut (Sihombing & Sppd, 2010):

1. Perforasi: dapat terjadi perforasi akut dan perforasi kronis.
2. Hematemesis: hematemesis yang massif dan melena dapat terjadi pada tumor ganas gaster sehingga dapat menumbulkan anemia.
3. Obstruksi: dapat terjadi pada bagian bawah lambung dekat daerah pylorus yang disertai keluhan muntah-muntah.
4. Adhesi: jika tumor mengenai dinding lambung dapat terjadi perlengketan dan infiltrasi dengan organ sekitarnya serta menimbulkan keluhan nyeri perut.
   1. **Konsep Anak** 
      1. **Definisi Tumbang Anak**

Pertumbuhan adalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang, dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) (Sutini, 2018).

Perkembangan (*development)* adalah bertambahnya skill (kemampuan) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Sutini, 2018).

Anak usia sekolah adalah anak yang berusia 6-12 tahun dan biasa disebut dengan masa anak-anak pertengahan. Periode ini dimulai dengan masuknya anak ke lingkungan sekolah yang memiliki dampak signifikan dalam perkembangan dan hubungan anak dengan orang lain (Sutini, 2018).

Anak mengalami pertumbuhan fisik yang cepat, mengalami kemajuan dari bayi yang tidak berdaya menjadi individu yang kuat, serta anak menjadi sangat aktif (Sutini, 2018). Usia sekolah merupakan periode anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu (Sutini, 2018).

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa anak usia sekolah adalah anak yang berusia 6-12 tahun dan merupakan masa kanak-kanak pertengahan dimana anak mulai memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa.

* + 1. **Tahapan Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah**

Pertumbuhan merupakan pertambahan jumlah dan besarnya sel di seluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur, sedangkan perkembangan merupakan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui tumbuh kematangan dan belajar (Sutini, 2018).

Anak usia sekolah mengalami beberapa perubahan sampai akhir dari periode masa kanak-kanak dimana anak mulai matang secara seksual pada usia 12 tahun. Periode perkembangan anak usia sekolah ketika anak diarahkan menjauh dari kelompok keluarga dan berpusat pada dunia sebaya yang lebih luas. Pada tahap ini terjadi perkembangan fisik, mental, sosial yang kontinyu disertai dengan penekanan pada perkembangan kompetensi keterampilan. Pada tahap ini, kerjasama sosial dan perkembangan moral dini lebih penting dari dan relevan dengan tahap-tahap kehidupan berikutnya (Sutini, 2018).

1. Pertumbuhan Fisik

Anak laki-laki usia 6 tahun, cenderung memiliki berat badan sekitar 21 kg, kurang lebih 1 kg lebih berat daripada anak perempuan. Rata-rata kenaikan berat badan anak usia sekolah 6-12 tahun kurang lebih sebesar 3,2 kg per tahun. Periode ini, perbedaan individu pada kenaikan berat badan disebabkan oleh faktor genetik dan lingkungan. Tinggi badan anak usia 6 tahun, baik laki-laki maupun perempuan memiliki tinggi badan yang sama, yaitu kurang lebih 115 cm. Setelah usia 12 tahun, tinggi badan kurang lebih 150 cm (Sutini, 2018).

1. Perkembangan Kognitif

Anak usia sekolah mempelajari alfabet dan perluasan simbol yang disebut kata-kata, yang diatur dalam susunan struktur dan hubungannya dengan alfabet. Keterampilan yang paling penting yaitu kemampuan membaca yang diperoleh selama bertahun-tahun sekolah dan menjadi hal yang paling berharga untuk mengobservasi kemandirian anak (Sutini, 2018).

Pada anak usia 7-12 tahun anak berpikir semakin logis dan masuk akal. Anak-anak mampu mengklarifikasi, mengurutkan, menyusun, dan mengatur fakta tentang dunia untuk menyelesaikan masalah. Pada usia ini anak mampu menghadapi sejumlah aspek berbeda dalam sebuah situasi secara bersamaan. Anak tidak memiliki kemampuan untuk menghadapi sesuatu yang abstrak, anak menyelesaikan masalah secara konkret dan sistematis berdasarkan apa yang mereka rasakan. Pada saat ini anak berpikir secara induktif, dimana cara berpikir tidak terlalu berpusat pada diri sendiri. Anak dapat mempertimbangkan sudut pandang orang lain secara berbeda dan sudut pandang mereka sendiri. Dengan demikian cara berpikir menjadi semakin tersosialisasi (Sutini, 2018).

1. Perkembangan Psikososial

Anak usia sekolah telah siap untuk bekerja dan berproduksi. Anak mau terlibat dalam tugas dan aktivitas yang dapat mereka lakukan sampai selesai, anak menginginkan pencapaian yang nyata. Anak-anak belajar berkompetisi dan bekerjasama dengan orang lain dan anak juga patuh terhadap aturan-aturan. Periode ini merupakan pemantapan dalam hubungan sosial anak dengan orang lain (Sutini, 2018).

1. Perkembangan Moral

Dalam tahap perkembangan anak juga mengalami perkembangan dalam cara berpikir moral. Pada tahap pra konvensional anak terorientasi secara budaya dengan label baik atau buruk, benar atau salah. Pada tahap ini anak menentukan bahwa perilaku yang benar terdiri atas sesuatu yang memuakan kebutuhan mereka sendiri. Pada tahap konvensional anak lebih terfokus pada kepatuhan dan loyalitas. Anak mematuhi aturan, melakukan tugas seseorang, menunjukkan rasa hormat, dan menjaga aturan sosial (Sutini, 2018).

* + 1. **Aspek Pertumbuhan dan Perkembangan Anak**

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009) menyebutkan aspek-aspek perkembangan yang dapat dipantau meliputi gerak kasar, gerak halus, kemampuan bicara dan bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian.

1. Gerak kasar atau motorik kasar adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar, seperti duduk, berdiri, dan sebagainya.
2. Gerak halus atau motorik halus adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan oleh otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjimpit, menulis dan sebagainya.
3. Kemampuan bicara dan bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah dan sebagainya.

Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri anak (makan sendiri, membereskan mainan selesai bermain), berpisah dengan ibu/pengasuh anak, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya, dan sebagainya.

* 1. **Konsep Hospitalisasi**
     1. **Definisi Hospitalisasi**

Hospitalisasi anak merupakan suatu proses yang karena suatu alasan tertentu mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangannya kembali kerumah (Sutini, 2018). Hospitalisasi adalah suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit.

* + 1. **Perilaku Maladaptif Anak Usia Sekolah selama Hospitalisasi**

Salah satu bentuk kecemasan anak usia sekolah akibat hospitalisasi adalah perpisahan dengan orang tua dan teman sebaya. Hal-hal yang menunjukkan kecemasan akibat perpisahan, serta rasa takut lainnya yaitu dengan anak merasa kesepian, bosan, isolasi, menarik diri, depresi, marah, frustasi dan bermusuhan. Sedangkan mekanisme pertahanan diri yang digunakan yaitu regresi mengacu pada kecenderungan untuk kembali pada tahap perilaku yang lebih dini dan lebih primitif (Sutini, 2018).

Anak usia sekolah mengalami stress selama hospitalisasi akan menunjukkan ciri-ciri yang maladaptif yaitu anak menjadi tidak kooperatif, tidur tidak nyenyak, tidak mau makan serta mungkin ditunjukkan dengan reaksi regresi yang diekspresikan secara verbal maupun non verbal (Sutini, 2018). Biasanya anak juga menanggapi perawatan dirumah sakit dengan reaksi misalnya menjerit-jerit, mengompol atau perilaku lain yang lebih pantas untuk tahap usia yang lebih awal.

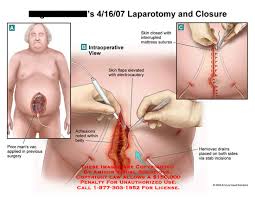
* + 1. **Manfaat Hospitalisasi**

Cara memaksimalkan manfaat hospitalisasi anak:

* 1. Membantu perkembangan orang tua dan anak dengan cara memberi kesempatan orang tua mempelajari tumbuh kembang anak dan reaksi anak terhadap stressor yang dihadapi selama dalam perawatan di rumah sakit.
  2. Hospitalisasi dapat dijadiksn media untuk belajar orang tua, untk itu perawat dapat memberi kesempatan pada orang tua ntuk belajar tentang penyakit anak, tetapi yang didapat, dan prosedr keperawatan yang dilakukan pada anak, tentunya sesuai dengan kapasitas belajarnya.
  3. Meningkatkan kemampuan control diri dapat dilakukan dengan memberi kesempatan pada anak mengambil keputusan, tidak terlalu bergantung pada orang lain dan percaya diri. Tentunya hal ini hanya dapat dilakukan oleh anak yang lebih besar, bukan bayi. Berikan selalu penguatan yang positif dengan selalu memberikan pujian atas kemampuan anak dan orang tua dan dororng terus ntuk meningkatkannya.

Fasilitasi anak untuk menjaga sosialisainya dengan sesama pasien anak yang ada, teman sebaya atau teman sekolah. Beri kesempatan padanya untuk saling kenal dan berbagai pengalamannya. Demikian juga interaksi dengan petugas kesehatan dan sesama orang tua harus difasilitasi oleh perawat karena selama di rumah sakit orang tua dan anak mempunyai kelompok social yang baru. (Sutini, 2018).

* 1. **Konsep Laparatomi**
     1. **Definis Laparatomi**



Gambar 2.4 tindakan laparotomi (Purwandari, 2013).

Menurut Kusumayanti (2014), Laparatomi merupakan jenis operasi bedah mayor yang dilakukan di daerah abdomen. Pembedahan dilakukan dengan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah seperti hemoragi, perforasi, kanker, dan obstruksi. Dalam Rosida 2014, Laparatomi adalah salah satu jenis operasi yang dilakukan pada daerah abdomen. Operasi laparatomi dilakukan apabila terjadi masalah kesehatan yang berat pada area abdomen, dalam penelitian nya mengatakan Laparatomi adalah suatu potongan pada dinding abdomen seperti caesarean section sampai membuka selaput perut (Suryani 2014).

* + 1. **Etiologi**

Indikasi laparatomi adalah trauma abdomen (tumpul atau tajam) / ruptur hepar, peritonisis, perdarahan saluran pencernaan (internal Blooding), sumbatan pada usus halus dan besar dan massa pada abdomen. 10 Kasus-kasus yang terdapat pada kasus laparatomi, yaitu : hernotorni, gasterektomi, kalosistoduodenostomi, hepaterektomi, splenorafi/ splenotomi, apendektomi, kolostomi dan fistulaktomi (Maulidatun, 2017).

* + 1. **Indikasi Laparatomi**

Indikasi dilakukannya laparatomi adalah menurut purwandari (2013:

1. Trauma abdomen (tumpul atau tajam)

Trauma abdomen didefinisikan sebagai kerusakan terhadap struktur yang terletak diantara diafragma dan pelvis yang diakibatkan oleh luka tumpul atau yang menusuk. Trauma abdomen dibedakan menjadi 2 yaitu :

* + - * 1. Trauma tembus (trauma perut dengan penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang disebabkan oleh luka tusuk, luka tembak.
        2. Trauma tumpul (trauma perut tanpa penetrasi kedalam rongga peritoneum) yang dapat disebabkan oleh pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman (sit-belt).

2. Peritonitis.

Peritonitis adalah inflamasi peritoneum lapisan membran serosa rongga abdomen, yang diklasifikasikan atas primer, sekunder dan tersier. Peritonitis primer dapat disebabkan oleh spontaneous bacterial peritonitis (SBP) akibat penyakit hepar kronis. Peritonitis skunder disebabkan oleh perforasi apendisitis , perforasi gaster dan penyakit ulkus duodenale, perforasi kolon (paling sering kolon sigmoid) sementara proses pembedahan merupakan penyebab peritonitis tersier.

3. Apendisitis

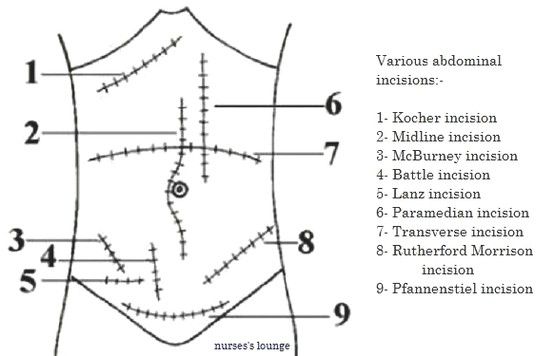
Mengacu pada radang apendiks Suatu tambahan seperti kantong yang tak berfungsi terletak pada bagian inferior dari sekum. Penyebab yang paling umum dari apendisitis adalah obstruksi lumen oleh fases yang akhirnya merusak suplai aliran darah dan mengikis mukosa menyebabkan inflamasi

4. Sumbatan pada usus halus dan usus besar.

Obstruksi usus dapat didefinisikan sebagai gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran usus. Obstruksi usus biasanya mengenai kolon sebagai akibat karsinoma dan perkembangan lambat. Sebagian dasar dari obstruksi justru mengenai usus halus. Obstruksi total usus halus merupakan keadaan gawat yang memerlukan diagnosis dini dan tindakan pembedahan darurat bila penderita ingin tetap hidup. Penyebabnya dapat berupa pelengketan ( lengkung usus menjadi melekat pada area yang sembuh secara lambat atau pada jaringan parut setelah pembedahan abdomen), intusepsi (salah satu bagian dari usus menyusup kedalam bagian lain yang ada dibawahnya akibat penyempitan lumen usus), volvusus (usus besar yang mempunyai mesocolon dapat terpuntir sendiri dengan demikian menimbulkan penyumbatan dengan menutupnya gelungan usus yang terjadi amat distensi), hernia (protrusi usus melalui area yang lemah dalam usus atau dinding otot abdomen) dan tumor (tumor yang ada dalam dinding usus meluas kelumen usus atau tumor diluar usus menyebabkan tekanan dinding usus) (Purwandari, 2013).

**2.4.4 Teknik Sayatan pada Laparatomi**

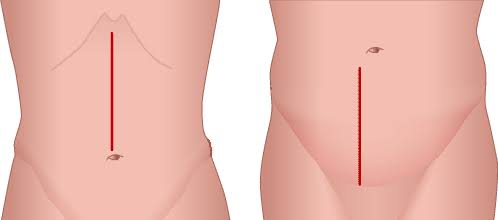
Bedah laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen. Teknik sayatan dapat dilakukan pada bedah digestif dan kandungan, dimana arah sayatan meliputi :



Gambar 2.5 Macam-Macam Sayatan Laparotomi

1. Midline Epigastric Insision (irisan median atas)

Insisi dilakukan persis pada garis tengah dimulai dari ujung Proc. Xiphoideus hingga satu sentimeter diatas umbilikus. Membuka peritoneum dari bawah.



Gambar 2.6 Midline Epigastric Insision (Purwandari, 2013).

2. Midline Sub-umbilical Insision (irisan median bawah)

Irisan dari umbilikus sampai simfisis, membuka peritoneum dari sisi atas. Irisan median atas dan bawah dapat disambung dengan melingkari umbilikus.



Gambar 2.7 Midline Sub-umbilical Insision

1. Paramedian Insision ”trapp door” (konvensional)

Insisi ini dapat dibuat baik di sebelah kanan atau kiri dari garis tengah. Kira-kira 2,5cm sampai 5cm dari garis tengah. Insisi dilakukan vertikal, diatas sampai bawah umbilikus, M. Rectus Abdominis didorong ke lateral dan peritoneum dibuka juga 2,5cm lateral dari garis tengah.

4 . Lateral Paramedian

Insision Modifikasi dari paramedian insision yang dikenalkan oleh Guillou. Dimana fascia diiris lebih lateral dari yang konvensional. Secara teoritis, teknik ini akan memperkecil kemungkinan terjadinya wound dehiscence dan insisional hernia dan lebih baik dari yang konvensional.

5 . Vertical Muscle Splitting Insision (paramedian transrect)

insisi ini sama dengan paramedian insision konvensional, hanya otot rectus pada insisi ini dipisahkan secara tumpul (splitting 13 longitudinally) pada tengahnya, atau jika mungkin pada tengahnya. Insisi ini berguna untuk membuka scar yang berasal dari insisi paramedian sebelumnya Kemungkinan hernia sikatrikalis lebih besar

6. Kocher Subcostal Insision

Insisi Subcostal kanan yang biasanya digunakan untuk pembedahan empedu dan saluran empedu.

7. McBurney Gridiron (Irisan oblique)

Dilakukan untuk kasus apendisitis akut dan diperkenalkan oleh Charles McBurney pada tahun 1894, otot-otot dipisahkan secara tumpul.

8. Rocky Davis

Insisi dilakukan pada titik McBurney secara transverse skin crease, irisan ini lebih kosmetik.

9. Pfannenstiel Insision

Insisi yang popular dalam bidang ginekologi dan juga dapat memberikan akses pada ruang retropubic pada laki-laki untuk melakukan extraperitoneal retropubic prostatectomy.

10. Insisi Thoracoabdominal

Insisi Thorakoabdominal, baik kanan maupun kiri, akan membuat cavum pleura dan cavum abdomen menjadi satu. Insisi thorakoabdominal kanan biasanya dilakukan untuk melakukan emergensi ataupun elektif reseksi hepar. Insisi thorakoabdominal kiri efektif jika dilakukan untuk melakukan reseksi dari bagian bawah esophagus dan bagian proximal dari lambung (Mugitarini, 2013).

**2.4.5 Jenis Tindakan Laparatomi**

Tindakan bedah digestif yang sering dilakukan dengan teknik sayatan arah laparatomi yaitu:

* + - 1. Herniotomi Tindakan bedah hernia disebut herniotomi.

Herniotomi adalah operasi pembebasan kantong hernia sampai ke lehernya, kantong hernia dibuka dan isi hernia dibebaskkan kalau ada perlengketan, kemudian direposisi, kantong hernia dijahit ikat setingggi mungkin lalu dipotong.

* + - 1. Gastrektomi

Suatu tindakan reseksi pada lambung baik keseluruhan lambung maupun sebagian. Prosedur ini biasanya digunakan untuk mengobati kanker,tetapi juga digunakan untuk mengobati ulkus lambung yang tidak berespon terhadap terapi obat. Gastrektomi Billroth I adalah gastrektomi parsial, yaitu bagian lambung yang masih ada dilakukan anastomosis dengan duodenum. Gastrektomi parsial Polya (di Amerika Serikat lebih dikenal dengan gastrektomi Billroth II) meliputi pengangkatan sebagian lambung dan duodenum serta anastomosis bagian lambung yang masih ada dengan jejunum. Gastrektomi total adalah operasi radikal yang dilakukan untuk kanker di bagian atas lambung.

* + - 1. Kolesistoduodenostomi

Pembedahan pada tumor obstruksi duktus koleduktus, kaput pankreas,papilla vater, duktus pankreas, duodenum, vena mesentrikasuperior, duktus hepatikus, arteri mesenterika superior dan kandung empedu.

* + - 1. Hepatektomi

Hepatektomi adalah operasi bedah untuk mengangkat sebagian atau seluruh bagian organ hati. Tindakan hepatektomi sering digunakan untuk mengobati kanker hati. Hepatektomi parsial adalah pembedahan yang hanya mengangkat tumornya saja (sebagian dari hati). Hepatektomi total adalah operasi yang kompleks di mana seluruh hati atau liver akan diangkat. Prosedur ini diikuti dengan transplantasi hati karena tubuh tidak dapat hidup tanpa hati.

* + - 1. Splenorafi atau splenotomi

Splenotomi adalah adalah sebuah metode operasi pengangkatan limpa, yang mana organ ini merupakan bagian dari sistem getah bening. Splenotomi biasanya dilakukan pada trauma limpa, penyakit keganasan tertentu pada limpa (hodkin’s disease dan non-hodkin’s limfoma, limfositis kronik, dan CML), hemolitik jaundice, idiopatik trombositopenia purpura, atau untuk tumor, kista, dan splenomegali.

* + - 1. Apendektomi

Tindakan pembedahan yang dilakukan pada apendiks akibat peradangan baik bersifat akut maupun kronik. Teknik apendektomi dengan irisan Mc. Burney secara terbuka.

* + - 1. Kolostomi

Kolostomi merupakan kolokytaneostomi yang disebut juga anus preternaturalis yang dibuat sementara atau menetap.

* + - 1. Hemoroidektomi

Terapi bedah dipilih untuk penderita yang mengalami keluhan menahun dan pada penderita hemoroid derajat III dan IV.

* + - 1. Fistulotomi atau fistulektomi

Pada fistel dilakukan fistulotomi atau fistulektomi artinya fistel dibuka dari lubang asalnya sampai lubang kulit. Luka dibiarkan terbuka sehingga proses penyembuhan dimulai dari dasar persekundan intertionem. Tindakan bedah kandungan yang sering dilakukan dengan teknik sayatan arah laparatomi adalah berbagai jenis operasi uterus, operasi pada tuba fallopi dan operasi ovarium.

* + - 1. Histerektomi

Pembukaan uterus untuk mengeluarkan isinya dan kemudian menutupnya lagi, yang dapat dilakukan dengan cara:

* + - * 1. Histerektomi total yaitu mengangkat seluruh uterus dengan membuka vagina.
        2. Histerektomi subtotal yaitu pengangkatan bagian uterus diatas vagina tanpa membuka vagina.
        3. Histerektomi radikal yaitu untuk karsinoma serviks uterus dengan mengangkat uterus, alat-alat adneksia sebagian dari parametrium, bagian atas vagina dan kelenjar-kelenjar regional.
        4. Eksterasi pelvik yaitu operasi yang lebih luas dengan mengangkat semua jaringan di dalam rongga pelvik, termasuk kandung kencing atau rektum.
      1. Salpingo-ooforektomi bilateral

Merupakan pengangkatan sebagian ovarium diselenggarakan pada kelainan jinak. Pada tumor ganas ovari kanan dan kiri diangkat dengan tuba bersama dengan uterus. Selain tindakan bedah dengan teknik sayatan laparatomi pada bedah digestif dan kandungan, teknik ini juga sering dilakukan pada pembedahan organ lain, antara lain ginjal dan kandung kemih (Nuryanti, 2012).

**2.4.6 Pemeriksaan Pasca Laparatomi**

Beberapa pemeriksaan yang mungkin dilakukan dokter sebelum prosedur laparotomi adalah (Marianti,2017):

Pemeriksaan fisik. Umumnya meliputi pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan fisik secara keseluruhan, serta pemeriksaan lain untuk memastikan kondisi pasien siap untuk menjalani operasi.

Pemindaian. Pemeriksaan foto Rontgen, CT Scan dan MRI untuk membantu dokter merencanakan prosedur.

Pemeriksaan darah. Pemeriksaan ini dilakukan untuk memantau kadar elektrolit, gula darah, serta fungsi organ tubuh seperti jantung dan paru-paru.

**2.4.7 Komplikasi Post Laparatomi**

Menurut jitowiyono dalam maulidatun (2017) beberapa komplikasi pasca laparatomi yaitu :

1. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis. Tromboplebitis post operasi timbulnya 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar dari tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan kaki post operasi.
2. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi. Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stapilokokus aurens, organisme : gram positif. Perawatan luka hendaknya aseptic dan antiseptik.
3. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi. Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi-tepi luka. Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi atau eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah.

**2.4.8 Fase Penyembuhan Luka**

Menurut Kozier (2010) fase-fase penyembuhan luka:

Fase Inflamatori Fase ini terjadi segera setelah luka dan berakhir 3-4 hari. Dua proses utama terjadi pada fase ini yaitu hemostasis dan pagositosis. Hemostasis (penghentian perdarahan) akibat fase konstriksi pembuluh darah besar di daerah luka, retraksi pembuluh darah, endapan fibrin (menghubungkan jaringan) dan pembentukan bekuan darah di daerah luka. Bekuan darah dibentuk oleh platelet yang menyiapkan matrik fibrin yang menjadi kerangka bagi pengambilan sel. Scab (keropeng) juga dibentuk dipermukaan luka. Bekuan dan jaringan mati, scab membantu hemostasis dan mencegah kontaminasi luka oleh mikroorganisme. Dibawah scab epithelial sel berpindah dari luka ke tepi. Sel epitel membantu sebagai barier antara tubuh dengan lingkungan dan mencegah masuknya mikroorganisme (Kozier, 2010).

Fase inflamatori juga memerlukan pembuluh darah dan respon seluler digunakan untuk mengangkat benda-benda asing dan jaringan mati. Suplai darah yang meningkat ke jaringan membawa bahanbahan dan nutrisi yang diperlukan pada proses penyembuhan. Pada akhirnya daerah luka tampak merah dan sedikit bengkak (Kozier, 2010). Selama sel lekosit (terutama neutropil) berpindah ke daerah interstitial. Tempat ini ditempati oleh makrofag yang keluar dari monosit selama lebih kurang 2 jam setelah cidera/luka. Makrofag ini menelan mikroorganisme dan sel debris melalui proses yang disebut pagositosis. Makrofag juga mengeluarkan angiogenesis growth factor (AGF) yang merangsang pembentukan ujung epitel diakhir pembuluh darah. Makrofag dan AGF bersama-sama mempercepat proses penyembuhan. Respon inflamatori ini sangat penting bagi proses penyembuhan (Kozier, 2010).

* + - * 1. Fase Proliferatif Fase kedua Berlangsung dari hari ke-3 atau 4 sampai hari ke-21 setelah pembedahan. Fibroblast (menghubungkan sel-sel jaringan) yang berpindah ke daerah luka mulai 24 jam pertama setelah pembedahan. Diawali dengan mensintesis kolagen dan substansi dasar yang disebut proteoglikan kira-kira 5 hari setelah terjadi luka. Kolagen adalah substansi protein yang menambah tegangan permukaan dari luka. Jumlah kolagen yang meningkat menambah kekuatan permukaan luka sehingga kecil kemungkinan luka terbuka. Selama waktu itu sebuah lapisan penyembuhan nampak dibawah garis irisan luka Kapilarisasi tumbuh melintasi luka, meningkatkan aliran darah yang memberikan oksigen dan nutrisi yang diperlukan bagi penyembuhan. Fibroblast berpindah dar pembuluh darah ke luka membawa fibrin. Seiring perkembangan kapilarisasi jaringan perlahan berwarna merah. Jaringan ini disebut granulasi jaringan yang lunak dan mudah pecah (Kozier, 2010).
        2. Fase Maturasi Fase Maturasi dimulai hari ke-21 dan berakhir 1-2 tahun setelah pembedahan. Fibroblast terus mensintesis kolagen. Kolagen menjalin dirinya , menyatukan dalam struktur yang lebih kuat. Bekas luka menjadi kecil, kehilangan elastisitas dan meninggalkan garis putih (Kozier, 2010).

**2.4.9 Prinsip Perawatan Luka Post Operasi**

Ada beberapa prinsip dalam penyembuhan luka menurut Taylor (2011) yaitu:

Kemampuan tubuh untuk menangani trauma jaringan dipengaruhi oleh luasnya kerusakan dan keadaan umum kesehatan tiap orang.

Respon tubuh pada luka lebih efektif jika nutrisi yang tepat tetap dijaga.

Respon tubuh secara sistemik pada trauma.

Aliran darah ke dan dari jaringan yang luka.

Keutuhan kulit dan mukosa membran disiapkan sebagai garis pertama untuk mempertahankan diri dari Mikroorganisme.

Penyembuhan normal ditingkatkan ketika luka bebas dari benda asing tubuh termasuk bakteri.

**2.4.10 Komplikasi**

Dari Penyembuhan Luka Komplikasi penyembuhan luka meliputi infeksi, perdarahan, dehiscence dan eviscerasi :

* + - * 1. Infeksi Invasi bakteri pada luka dapat terjadi pada saat trauma, selama pembedahan atau setelah pembedahan. Gejala dari infeksi sering muncul dalam 2 – 7 hari setelah pembedahan. Gejalanya berupa infeksi termasuk adanya purulent, peningkatan drainase, nyeri, kemerahan dan bengkak di sekeliling luka, peningkatan suhu, dan peningkatan jumlah sel darah putih (Sjamsurihidayat dan Jong, 2010).
        2. Perdarahan Perdarahan dapat menunjukkan suatu pelepasan jahitan, sulit membeku pada garis jahitan, infeksi, atau erosi dari pembuluh darah oleh benda asing (seperti drain). Hipovolemia mungkin tidak cepat ada tanda. Sehingga balutan (dan luka di bawah balutan) jika mungkin harus sering dilihat selama 48 jam pertama setelah pembedahan dan tiap 8 jam setelah itu.Jika perdarahan berlebihan terjadi, penambahan tekanan balutan luka steril mungkin diperlukan. Pemberian cairan dan intervensi pembedahan mungkin diperlukan (Sjamsurihidayat dan Jong, 2010).
        3. Dehiscence dan Eviscerasi Dehiscence dan eviscerasi adalah komplikasi operasi yang paling serius. Dehiscence adalah terbukanya lapisan luka partial atau total. Eviscerasi adalah keluarnya pembuluh melalui daerah irisan. Sejumlah faktor meliputi, kegemukan, kurang nutrisi, multiple trauma, gagal untuk menyatu, batuk yang berlebihan, muntah, dan dehidrasi mempertinggi resiko klien mengalami dehiscence luka. Dehiscence luka dapat terjadi 4 –5 hari setelah operasi sebelum kollagen meluas di daerah luka. Ketika dehiscence dan eviscerasi 38 terjadi luka harus segera ditutup dengan balutan steril yang lebar, kompres dengan normal saline. Klien disiapkan untuk segera dilakukan perbaikan pada daerah luka (Sjamsurihidayat dan Jong, 2010).

**2.5 Konsep Nyeri**

**2.5.1 Definisi Nyeri**

Nyeri dapat didefinisikan sebagai sesuatu yang sukar dipahami dan fenomena yang kompleks meskipun universal, tetapi masih merupakan misteri. Nyeri adalah salah satu mekanisme pertahanan tubuh manusia yang menunjukkan adanya pengalaman masalah. Nyeri merupakan keyakinan individu dan bagaimana respon individu tersebut terhadap sakit yang dialaminya. (Taylor, 2011)

**2.5.2 Faktor Yang mempengaruhi Nyeri**

Faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Taylor, 2011) diantaranya:

* 1. Budaya

Latar belakang etnik dan warisan budaya telah lama dikenal sebagai faktor faktor yang mempengaruhi reaksi nyeri dan ekspresi nyeri tersebut. Perilaku yang berhubungan dengan nyeri adalah sebuah bagian dari proses sosialisasi. (Kozier, 2010)

* 1. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan perbedaan yang telah dikodratkan Tuhan. Perbedaan antara laki laki dengan perempuan tidak hanya dalam faktor biologis, tetapi aspek sosial kultural juga membentuk berbagai karakter sifat gender. Karakter jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri (contoh: laki-laki tidak pantas mengeluh nyeri, wanita boleh mengeluh nyeri). Jenis kelamin dengan respon nyeri laki- laki dan perempuan berbeda. Hal ini terjadi karena laki-laki lebih siap untuk menerima efek, komplikasi dari nyeri sedangkan perempuan suka mengeluhkan sakitnya dan menangis (Adha, 2014)

* 1. Usia

Menurut Retnopurwandri (2008), semakin bertambah usia semakin bertambah pula pemahaman terhadap suatu masalah yang diakibatkan oleh tindakan dan memiliki usaha untuk mengatasinya. Umur lansia lebih siap melakukan dengan menerima dampak, efek dan komplikasi nyeri (Adha, 2014).

* 1. Makna Nyeri

Beberapa klien dapat lebih mudah menerima nyeri dibandingkan klien lain, bergantung pada keadaan dan interpretasi klien mengenai makna nyeri tersebut. Seorang klien yang menghubungkan rasa nyeri dengan hasil akhir yang positif dapat menahan nyeri dengan sangat baik. Sebaliknya, klien yang nyeri kroniknya tidak mereda dapat merasa lebih menderita. Mereka dapat berespon dengan putus asa, ansietas, dan depresi karena mereka tidak dapat mengubungkan makna positif atau tujuan nyeri (Kozier, 2010).

* 1. Kepercayaan spiritual

Kepercayaan spiritual dapat menjadi kekuatan yang memengaruhi pengalaman individu dari nyeri. Pasien mungkin terbantu dengan cara berbincang dengan penasihat spiritual mereka (Taylor, 2011)

* 1. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

* 1. Ansietas

Stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas (Taylor, 2011).

* 1. Lingkungan dan dukungan keluarga

Individu dari kelompok sosiobudaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang orang, tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri, klien yang mengalami nyeri seringkali bergantung pada anggota keluarga atau teman untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan.

* 1. Pengalaman sebelumnya

Pengalaman nyeri sebelumnya tidak berarti bahwa individu akan mengalami nyeri yang lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian nyeri tanpa pernah sembuh maka rasa takut akan muncul dan sebaliknya (Judha, 2012).

**2.5.3 Proses atau Mekanisme Nyeri**

Proses fisiologis yang berhubungan dengan persepsi nyeri diartikan sebagai *nosisepsi.* Menurut Taylor (2011) terdapat empat proses yang terlibat dalam mekanisme nyeri: transduksi, transmisi, persepsi dan modulasi.

* 1. Transduksi

Aktivasi dari reseptor nyeri terjadi selama proses transduksi. Transduksi merupakan proses dari stimulus nyeri yang diubah ke bentuk yang dapat diakses oleh otak (Taylor, 2011). Selama fase transduksi, stimulus berbahaya (cedera jari tangan) memicu pelepasan mediator biokimia (misal., *prostaglandin, bradikinin, serotonin, histamin, zat P)* (Kozier, 2010).

* 1. Transmisi

Impuls nyeri berjalan dari serabut saraf tepi ke medulla spinalis. *Zat P* bertindak sebagai *neurotrasmiter*, yang meningkatkan pergerakan impuls menyebrangi setiap sinaps saraf dari neuron aferen primer ke neuron ordo kedua di *kornu dorsalis medulla spinalis*. Transmisi dari *medulla spinalis* dan *asendens,* melalui *traktus spinotalamikus,* ke batang otak dan *talamus*. Lalu melibatkan transmisi sinyal antara talamus ke korteks sensorik somatik tempat terjadinya persepsi nyeri (Kozier, 2010).

* 1. Persepsi

Persepsi dari nyeri melibatkan proses sensori bahwa akan datang persepsi nyeri (Taylor, 2011). Persepsi merupakan titik kesadaran seseorang terhadap nyeri. Stimulus nyeri ditransmisikan naik ke *medulla spinalis* ke *talamus* dan otak tengah. Dari *talamus*, serabut menstransmisikan pesan nyeri ke berbagai area otak, termasuk korteks sensori dan korteks asosiasi (dikedua *lobus parietalis*), *lobus frontalis*, dan sistem limbik.

* 1. Modulasi

Proses dimana sensasi dari nyeri dihambat atau dimodifikasi disebut modulasi. Sensasi nyeri diantaranya dapat diatur atau dimodifikasi oleh substansi yang dinamakan *neuromodulator*. *Neuromodulator* merupakan campuran dari opioid endogen, yang keluar secara alami, seperti morphin pengatur kimia di ganglia spinal dan otak. Mereka memiliki aktivitas analgesik dan mengubah persepsi nyeri.(Taylor, 2011).

**2.5.4 Pengukuran Skala Nyeri**

Skala penilaian numerik lebih digunakan sebagai pengganti alat deskripsi kita. Klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0 – 10 (Taylor, 2011).



Gambar 2.3 *Numeric Rating Scale* (Rumah Sakit Permada Husada Yogyakarta, 2016)

* 1. **Konsep Dasar Luka**

Luka merupakan kejadian yang sering kita jumpai dalam kehidupan seharihari. Luka adalah kerusakan pada fungsi perlindungan kulit disertai hilangnya kontinuitas jaringan epitel dengan atau tanpa adanya kerusakan pada jaringan lainnya seperti otot, tulang dan nervus yang disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu: tekanan, sayatan dan luka karena operasi (Ryan, 2014). Menurut Arisanty Luka merupakan gangguan atau kerusakan dari keutuhan kulit (Arisanty, 2013).

Luka adalah gangguan pada struktur, fungsi dan bentuk kulit normal yang dapat dibedakan menjadi 2 jenis menurut waktu penyembuhannya yaitu luka akut dan luka kronis (Granic & Teot, 2012). Ketika luka timbul ada beberapa efek yang akan muncul yaitu:

1. Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ Luka merupakan kejadian yang sering ditemui di kehidupan sehari-hari yang menyebabkan hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ. Luka merupakan kerusakan secara seluler maupun anatomis pada fungsi kontinuitas jaringan hidup (Nalwaya ,et al. 2010).
2. Respon stres simpatis Reaksi pada respon stres simpatis dikenal juga sebagai alergi terkait sistem imun tubuh. Reaksi yang sering muncul dapat diklasifikasikan menjadi empat tipe. Tipe satu yaitu reaksi segera atau reaksi vasoaktif substansi sel mast ataubasofil yang diikuti dengan reaksi spesifik antigen atau atibody.Tipe dua yaitu reaksi sitotoksik berupa reaksi merusak sel, fagositosis, dan mekanisme bula. Tipe tiga yaitu reaksi imun kompleks berupa sirkulasi antigen atau antibodi ke jaringan inflamasi, trombosit rusak, vasoaktif menurun, dan pemearbelitas vaskuler meningkat. Tipe empat yaitu raksi hipersensitif (Arisanty, 2013).
3. Pendarahan dan pembekuan darah Luka dapat menyebabkan reaksi pendarahan dan pembekuan darah akibat respon imun di dalam tubuh. Lesi kulit dapat terjadi karena gangguan pembuluh darah arteri dan vena (Arisanty, 2013). Pendarahan dibedakan menjadi dua yaitu pendarahan internal dan eksternal. Pendarahan internal ditandai dengan nyeri pada area luka, perubahan tanda-tanda vital dan adanya hematoma yang menyebabkan penekanan jaringan disekitarnya, sehingga dapat menyumbat aliran darah(Treas dan Wilkinson, 2013).
4. Kontaminasi bakteri Semua luka traumatik cenderung terkontaminasi bakteri serta mikro organisme lainnya. Bakteri adalah organisme bersel tunggal yang berpotensi menyebabkan infeksi. Bakteri biasanya juga mampu hidup tanpa bantuan, walaupun beberapa diantaranya bersifat parasit (Boyle, 2009). Imunitas terhadap bakteri bervariasi tergantung pada organisme yang hidup di dalam atau di luar sel.. Walaupun banyak bekteri dapat ditolak atau bahkan dimusnahkan oleh sistem pertahanan tubuh dasar, beberapa bakteri telah mengembangkan kemampuannya untuk memperdaya sistem pertahanan tubuh (Boyle, 2009). 5. Kematian sel Luka dapat menyebabkan kematian sel akibat beberapa faktor. Kerusakan sel disebabkan beberapa faktor, yaitu shear (lipatan), pressure (tekanan), friction(gesekan), 11 bahan kimia, iskemia (kekurangan oksigen), dan neuropati (mati rasa). Mekanisme kerusakan pada kulit menyebabkan terjadinya luka (arisanty, 2013).
   * 1. **Klasifikasi Luka**

Luka dapat diklasifikasikan berdasarkan mekanisme cideranya seperti luka sayat. Luka sayat merupakan salah satu jenis luka terbuka atau luka bersih yang disebabkan oleh pisau bedah dengan meminimalkan kerusakan kulit (Mair, 2013). Luka sayat memiliki resiko infeksi yang tinggi sehingga perlu adanya teknik antiseptik saat preoperatif untuk mengurangi infeksi pada area operasi dengan menggunakan bahan Iodine, alkohol dan klorheksidine (Dumville, 2013). Sering kita jumpai luka dapat diklasifikasikan menurut warna untuk menentukan tingkat keparahan luka. Menurut Arisanty (2013) klasifikasi luka berdasarkan warna dasar luka atau penampilan klinis luka(clinicalappearance). Klasifikasi ini juga dikenal dengan sebutan RYB (red, yellow, black).

* + 1. **Kajian Perawatan Luka Sayat**

Dalam pengkajian perawatan luka sayat ada beberapa tahap yang dilakukan yaitu evaluasi luka, tindakan antiseptik, pembersihan luka, penjahitan luka, penutupan luka, pembalutan, pemberian antibiotik dan pengangkatan jahitan Pengkajian pada saat perawatan lukasayat dapat dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu:

1. Evaluasi luka dan pemeriksaan fisik

Tugas perawat dalam evaluasi luka dan pemeriksaan fisik pasien adalah mengkaji turgor kulit, adanya tanda-tanda inflamasi pada daerah sekitar luka, tandatanda infeksi, dan kaji nyeri yang dirasakan pasien. Penyembuhan luka yang baik ditandai dengan mengecilnya ukuran luka, berkurangnya cairan yang keluar dari luka, meningkatnya kondisi kulit pada area sekitar luka, dan tanda-tanda infeksi tidak terjadi, seperti: eritema, cairan purulen, dan bau yang tidak sedap (Treas & Wilkinson, 2013). Pemeriksaan pada area sekitar luka dapat dilakukan dengan inspeksi warna, integritas, dan kontur kulit sedangkan palpasi dilakukan dengan merasakan suhu pada kulit, tekstur, kelembapan, ketebalan, turgor dan mobilitas kulit (Lewis ,et al. 2014).

1. Tindakan antiseptic

Menurut Daeschlein (2013), tujuan dari tindakan antiseptik adalah membunuh bakteri, virus dan jamur sehingga mencegah terjadinya infeksi, tindakan ini dapat membantu proses penyembuhan luka khususnya pada fase proliferasi dan regenerasi. Pemberian cairan antiseptik tidak boleh berlebihan karena hal tersebut akan mengganggu proses penyembuhan luka pada fase haemostatis yang memiliki potensi untuk memperburuk penyembuhan luka. Pada luka insisi tindakan antiseptic dapat dilakukan dengan pemberian Povido Iodine yang dapat dikombinasikan dengan chlorhexidine, iodine povacrylex, dan Isopropil Alcohol.Tindakan antiseptic dapat mempercepat epitelisasi pada area luka sekitar 24-48 jam setelah dilakukannya insisi (John & Andrew, 2012).

1. Pembersihan luka

Menurut Browne (2012) pembersihan luka bertujuan untuk mengurangi jumlah bakteri pada area luka. Pembersihan luka secara umum dilakukan untuk memperbaiki sel kulit yang telah rusak, menumbuhkan jaringan baru dan menjaga kelembapan kulit. Pembersihan daerah luka dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

a. Lakukan irigasi luka dengan menggunakan normal saline atau menggunakan cairan antiseptik

b. Bersihkan area luka dengan kasa yang diberi cairan normal saline secara lembut untuk menghindari kerusakan jaringan kulit pada area sekitar luka maupun jaringan sel kulit yang baru

c. Jika perlu berilah dressing sesuai dengan ukuran luka d. Berikan balutan pada area luka tanpa memberikan penekanan

1. Penjahitan luka

Luka yang terbuka dan sangat lebar perlu tindakan penjahitan atau suture untuk mengurangi pendarahan.Penjahitan luka memiliki beberapa teknik yang berbeda tergantung lokasi dan lebar luka. Teknik penjahitan luka dibedakan menjadi 4 teknik utama yaitu simple suture, vertical matress suture, horizontal matress suture, dan subcuticular suture (Jain, Stoker & Tanwar, 2013). Menurut Singer, Hollander dan Blumm (2011), Luka sayat dapat dilakukan penjahitan dengan dua teknik yaitu dengan percutaneous suture dan subcuticular suture. Pemilihan bahan untuk penjahitan luka ditentukan berdasarkan lapisan kulit yang terluka.Sebagai seorang tenaga kesehatan wajib untuk mengukur tekanan darah, kedalaman jahitan, terjadinya edema dan waktu yang tepat untuk melepaskan jahitan.

1. Penutupan luka

Penutupan luka dapat dilakukan dengan penggunaan Dressing sampai kurun waktu 48-72 jam setelah operasi. Penutupan luka ini bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka dengan menyediakan lingkungan yang lembab pada area luka, melindungi kulit dari bahaya luar yang berpotensi untuk memperburuk kondisi luka, sebagai bahan pengkajian luka post-operasi, mengabsorbsi eksudat yang keluar dan memberi kenyamanan (Dougherty & Lister, 2015).Penutupan luka dengan menggunakan dressing dibedakan menjadi 2 macam bahan yaitu dressing dasar tanpa tambahan bahan pelembab, dressing dengan hidrokoloid. Pemberian dressing setelah operasi terbukti mempercepat proses penyembuhan luka (Bryant & Nix, 2015).

1. Pembalutan

Pembalutan luka operasi bertujuan agar jika terdapat pendarahan yang berlebih dapat diantisipasi dengan penggunaan kasa.Pembalutan luka lebih banyak dilakukan pada operasi dengan luka yang lebar.Pembalutan luka dilakukan setelah penggunaan dressing, setelah dibalut maka kasa difiksasi dengan plester agar tidak bergeser dan membuat pasien merasa nyaman (Pearce, 2010).

1. Pemberian antibiotic

Antibiotik dapat dikombinasikan dengan teknik antiseptik untuk membunuh bakteri dan fungi pada area luka insisi. Antibiotik dibedakan menjadi dua macam yaitu antibiotik local dan antibiotik sistemik.Antibiotik lokal tidak disarankan untuk luka insisi karena kurang efektif dalam membunuh bakteri, sehingga diperlukan antibiotik sistemik yang biasa digunakan untuk mengurangi resiko infeksi (Daeschlein, 2013). Pemberian antibiotik secara topikal atau jelly petroleum dapat dilakukan setelah dua hari pasca penjahitan luka untuk mempercepat epitelisasi jaringan pada kulit. Antibiotik Prophylactic harus diberikan pada pasien dengan infeksi luka yang cukup parah (Jain, Stoker & Tanwar, 2013).

1. Pengangkatan jahitan

Jahitan pada luka insisi dilepaskan untuk mengurangi resiko kontaminasi benang suture dengan jaringan disekitar kulit yang dapat menyebabkan resiko infeksi. Jahitan dilepaskan dengan cara menentukan titik ikatan jahitan dengan menggunakan pinset dan mengguntingnya, kemudian tarik kedua jahitan yang terpotong sesuai arah garis insisi dan jangan menariknya terlalu kuat karena luka insisi dapat terbuka kembali (Jain, Stoker & Tanwar, 2013). Pengangkatan jahitan dilakukan sekitar 3-10 hari setelah proses penjahitan tergantung dari lokasi luka insisi. Prosedur pengangkatan jahitan harus dimulai dari pengamatan luka dan pembersihan daerah luka dengan menggunakan teknik steril.Prosedur pengangkatan luka dilakukan sesuai teknik pembuatan jahitan dengan meminimalisir kontaminasi jaringan subkutan.Jahitan yang telah diangkat diberikan obat Povidone Iodine untuk membersihkan daerah jahitan dan mempercepat penyembuhan luka (William & Wilkins, 2010).

* 1. **Asuhan Keperawatan**

Pengkajian Tumor Gaster terdiri dari pengkajian anamnesis, pemeriksaan fisik dan evaluasi diagnostik (arif muttaqin, 2011).

* + 1. **Pengkajian**

Pengkajian keperawatan pada pasien persarafan adalah salah satu komponen dari asuhan keperawatan yang merupakan suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan pada pasien (Nugroho, 2012).

1. Identitas

Identitas pasien mencakup nama, usia (pada masalah disfungsi neurologidapat terjadi pada semua umur, tidak jarang menyerang anak-anak di bawah usia 10 tahun, tetapi paling sering terjadi pada orang dewasa), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS), nomor regristrasi, dan diagnosa medis (Nugroho, 2012).

**Riwayat kesehatan**

Keluhan utama

Hal yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan biasanya berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial dan adanya gangguan fokal, seperti nyeri kepala hebat, muntah-muntah, kejang, dan penurunan tingkat kesadaran (Nugroho, 2012).

Gejala yang sering timbul adalah vertigo/pusing, nyeri kepala, mual, perubahan mental.

Riwayat penyakit Sekarang

Kaji adanya keluhan nyeri kepala, mual, muntah, kejang dan penurunan tingkat kesadaran.Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran dihubungkan dengan perubahan di dalam intracranial. Keluahan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargik, tidak responsive, dan koma (Nugroho, 2012).

Riwayat Pentakit Dahulu

Kaji adanya riwayat nyeri kepala pada masa sebelumnya. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Nugroho, 2012).

Riwayat kesehatan keluarga

Kaji adanya hubungan keluhan tumor pada generasi terdahulu (Nugroho, 2012).

Observasi dan pemeriksaan fisik

Keadaan umum dan tanda-tanda vital:

Pernafasan (B1: *Breath*)

Inspeksi : Pada keadaan lanjut yang di sebabkan adanya kompresi pada medula oblongata didapatkan adanya kegagalan pernafasan.

Pada pasien tanpa kompresi oblongata pada pengkajian inspeksi pernapasan tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskutasi tidak di dapatkan bunyi nafas tambahan (Muttaqin,2008).

Cardiovaskuler (B2: *Blood*)

Pada keadaan lanjut yang disebabkan adanya kompresi pada medula oblongata didapatkan adanya kegagalan sirkulasi. Pada pasien tanpa kompresi medula oblongata pada pengkajian tidak ada kelainan. Tekanan darah biasanya normal, dan tidak ada peningkatan *heart rate* (Muttaqin:2010).

Persarafan (B3: *Brain*)

Menurut Muttaqin (2010) mengatakan bahwa tumor intrakranial sering menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada gangguan fokal dan adanya peningkatan intrakranial. Pengkajian B3 (*Brain*) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya. Trias klasik tumor otak adalah nyeri kepala, muntah, dan papiledema. Pengkajian Tingkat Kesadaran. Kualitas kesadaran pasien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Pengkajian Fungsi Serebral. Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, dan lobus frontal.

Status mental : Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik pasien.

Fungsi Intelektual : Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang.

Lobus Frontal : Tumor lobus frontalis memberi gejala perubahan mental, hemiparesis, ataksia, dan gangguan bicara.

Pengkajian Saraf Kranial. Pengkajian ini meliputi pengkajian saraf kranial I – XII.

1. Saraf I. Pada pasien tumor intrakranial yang tidak mengalami kompresi saraf ini tidak memiliki kelainan pada fungsi penciuman.
2. Saraf II : Gangguan lapang pandang disebabkan lesi pada bagian tertentu dari lintasan visual.
3. Saraf III, IV, dan VI : Adanya kelumpuhan unilateral atau bilateral dari saraf VI memberikan manifestasi pada suatu tanda adanya glioblastoma multiformis
4. Saraf V : Pada keadaan tumor intrakranial yang tidak menekan saraf trigeminus, tidak ada kelainan pada fungsi saraf ini. Pada neurolema yang menekan saraf ini akan didapatkan adanya paralisis wajah unilateral.
5. Saraf VII : Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
6. Saraf VIII : Pada neurolema didapatkn adanya tulipersepsi. Tumor lobus temporalis menyebabkan tinitus dan halusinasi pendengran yang mungkin diakibatkan iritasi korteks pendengaran temporalis atau korteks yang berbatasan.
7. Saraf IX dan X : Kemampuan menelan kurang baik, dan terdapat kesulitan membuka mulut.
8. Saraf XI : Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
9. Saraf XII : Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi. Indra pengecapan normal

Pengkajian sistem motorik. Keseimbangan dan koordinasi, *lesi serebelum* mengakibatkan gangguan pergerakan. Gangguan ini bervariasi, bergantung pada ukuran dan lokasi spesifik tumor dalamm *sereblum.*

Pengkajian Refleks. Gerakan *involunter* : pada lesi tertentu memberikan tekanan pada area fokal kortikal tertentu, biasanya menyebabkan kejang umum, terutama pada tumor lobus *oksipitalis*.

Pengkajian sistem sensorik. Mungkin nyeri kepala merupakan gejala umum yang paling sering dijumpai pada pasien tumor otak. Nyeri dapat digambarkan bersifat dalam, terus-menerus, tumpul, dan kadang-kadang hebat sekali. Nyeri ini paling hebat waktu pagi hari dan menjadi lebih hebat oleh aktivitas yang biasanya meningkatkan tekanan intrakranial, seperti membungkuk, batuk, atau mengejan pada waktu buang air besar.

* 1. Perkemihan-eliminasi urine (B4: *Bladder*)

Inkontinensia urine yang berlanjutan menunjukan kerusakan neurologis luas (Nugroho, 2012).

* 1. Pencernaan (B5: *Bowel*)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual dan muntah terjadi sebagai akibat rangsangan pusat muntah pada medulla oblongata. Muntah dapat terjadi tanpa didahului mual dan dapat berupa muntah proyektil (Muttaqin, 2010).

* 1. Integumen dan muskuluskletal (B6: *Bone*)

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori, dan mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat (Nugroho, 2012).

**ii Pemeriksaan penunjang**

Pengkajian pemeriksaan laboratorium, bisa didapatkan lekositosis, hiperbilirubinemia,. Pada kasus yang parah, peningkatan enzim hati dapat disebabkan oleh pencedera peradangan hati yang berdekatan. Protombin akan menurun bila aliran dari empedu intestine menurun. Hal ini terjadi karena obstruksi sehungga menyebabkan penurunan absorbs vitamin K (Mutaqqin & Sari, 2011). Pemeriksaan USG menunjukkan adanya bendungan atau hambatan karena adanya batu empedu dan distensi saluran empedu. Pada pemeriksaan Cholecystogram (untuk Cholelitiasis kronik) akan menunjukkan batu di sistem bilier. CT scan dilakukan untuk mendeteksi adanya kista, dilatasi pada saluran empedu, dan obstruksi. Foto polos abdomen bisa didapatkan adanya klasifikasi *Endoscope retro cholangiopancreatography* (ERCP) x – ray memungkinkan pencitraan dari saluran empedu (Mutaqqin & Sari, 2011).

* + 1. **Penatalaksanaan**
       1. Makan lebih banyaak buah dan sayuran.
       2. Mengurasi makanan diasap dan asin yang dikonsmsi.
       3. Berhenti merokok.
       4. Pengobatan.
          1. Kemoterapi dan terapi radiasi.
          2. Reseksi bedah.
          3. Pembedahan.
          4. Hiperalimentasi.
       5. Perawatan.
          1. Pasien dirawat dengan tujuan isolasi.
          2. Pasien dengan kesadaran menurun diperlukan perubahan posisi.
          3. Diet.
    2. **Analisa data**

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisa data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Dermawan, 2012).

* + 1. **Diagnosis Keperawatan**

Pada proses keperawatan terdapat 8 diagnosis keperawatan yaitu :

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (mis. Inflamasi, iskemia,neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan), yang ditandai dengan :

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

Mengeluh nyeri.

b. Objektif

1. Tampak meringis

2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)

3. Gelisah

4. Frekuensi nadi meningkat

5. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

(tidak tersedia)

b. Objektif

1. Tekanan darah meningkat

2. Pola napas berubah

3. Nafsu makan berubah

4. Proses berfikir terganggu

5. Menarik diri

6. Berfokus pada diri sendiri

7. Diaforesis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

1. Defisit pengetahuan b.d keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi, yang ditandai dengan :

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

Menanyakan masalah yang dihadapi

b. Objektif

1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

(tidak tersedia)

b. Objektif

1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat

2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

1. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi), faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan), yang ditandai dengan :

Gejala dan Tanda Mayor.

a. Subjektif

(tidak tersedia)

b. Objektif

Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

1. Cepat kenyang setelah makan

2. Kram/nyeri abdomen

3. Nafsu makan menurun

b. Objektif

1. Bising usus hiperaktif

2. Otot pengunyah lemah

3. Otot menelan lemah

4. Membran mukosa pucat

5. Sariawan

6. Serum albumin turun

7. Rambut rontok berlebihan

8. Diare (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

1. Pola nafas tidak efektif b.d depresi pusat pernafasan, hambatan upaya nafas (mis. nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernafasan), deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuskuler, gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang), imaturis neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas), cedera pada medula spinalis, efek agen farmakologis, kecemasan, yang ditandai dengan :

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

Dispnea

b. Objektif

1. Penggunaan otot bantu pernapasan

2. Fase ekspirasi memanjang

3. Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, c heyne-stokes)

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

Ortopnea

b. Objektif

1. Pernapasan pursed-lip

2. Pernapasan cuping hidung

3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat

4. Ventilasi semenit menurun

5. Kapasitas semenit menurun

6. Tekanan ekspirasi menurun

7. Tekanan inspirasi menurun

8. Ekskursi dada berubah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

1. Risiko ketidakseimbangan elektrolit b.d ketidakseimbangaan cairan (mis. dehidrasi dan intoksikasi air), kelebihan volume cairan, gangguan mekanisme regulasi (mis. diabetes), efek samping prosedur (mis. pembedahan), diare, muntah, disfungsi ginjal, disfungsi regulasi endokrin (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).
2. Risiko infeksi b.d penyakit kronis (mis. diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, stasis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).
3. Hipertermi b.d dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (mis. infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, penggunaan inkubator, yang ditandai dengan :

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

(tidak tersedia)

b. Objektif

Suhu tubuh diatas nilai normal

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

(tidak tersedia)

b. Objektif

1. Kulit merah

2. Kejang

3. Takikardi

4. Takipnea

5. Kulit terasa hangat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

1. Ansietas b.d krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain), kurang terpapar informasi, yang ditandai dengan :

Gejala dan Tanda Mayor

a. Subjektif

1. Merasa bingung

2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi

3. Sulit berkonsentrasi

b. Objektif

1. Tampak gelisah

2. Tampak tegang

3. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

a. Subjektif

1. Mengeluh pusing

2. Anoreksia

3. Palpitasi

4. Merasa tidak berdaya

b. Objektif

1. Frekuensi napas meningkat

2. Frekuensi nadi meningkat

3. Tekanan darah meningkat

4. Diaforesis

5. Tremor

6. Muka tampak pucat

7. Suara bergetar

8. Kontak mata buruk

9. Sering berkemih

10. Berorientasi pada masa lalu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

**2.4.6 Perencanaan**

1. Diagnosis keperawatan 1 :

Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (mis. Inflamasi, iskemia,neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

**Tujuan :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 maka tingkat nyeri menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

**Kriteria Hasil :** Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Menarik diri menurun, Berfokus pada diri sendiri menurun, Diaforesis menurun, Perasaan depresi (tertekan) menurun, Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, Anoreksia menurun, Perineum terasa tertekan menurun, Uterus teraba membulat menurun, Ketegangan otot menurun, Pupil dilatasi menurun, Muntah menurun, Mual menurun, Frekuensi nadi membaik, Pola napas membaik, Tekanan darah membaik, Proses berpikir membaik, Fokus membaik, Fungsi berkemih membaik, Perilaku membaik, Nafsu makan membaik, Pola tidur membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Manajemen Nyeri**

**Observasi**

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.
2. Identifikasi skala nyeri.
3. Identifikasi respons nyeri non verbal.
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
8. Monitor hasil terapi komplementer yang sudah diberikan.
9. Monitor efek samping penggunaan analgetik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Teraupetik**

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (missal, TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin dan terapi bermain).
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan,dan kebisingan).
3. Fasilitasi istirahat dan tidur.
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri.
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri,
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.
5. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Pemberian Analgesik**

**Observasi**

1) Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)

2) Identifikasi riwayat alergi obat

3) Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri

4) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik

5) Monitor efektifitas analgesik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

**Terapeutik**

1) Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu

2) Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opiod untuk mempertahankan kadar dalam serum

3) Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien

4) Dokumentasikan respons terhadaop efek analgesik odan efek yang tidak diinginkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

**Edukasi**

Jelaskan efek terapi dan efek samping obat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

1) Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik,sesuai indikasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. Diagnosis keperawatan 2 :

Defisit pengetahuan b.d keterbatasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

**Tujuan :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat pengetahuan meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :** Perilaku sesuai anjuran meningkat**,** Verbalisasi minat dalam belajar meningkat**,** Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat**,** Kamampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat**,** Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat**,** Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun**,** Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun**,** Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun, Perilaku membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Observasi**

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
2. Identifikasi faktor – faktor yang dapat mengakibatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.
2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
3. Berikan kesempatan untuk bertanya (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

1. Jadwalkan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.
2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.
3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).
4. Diagnosis keperawatan 3 **:**

Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi), faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

**Tujuan :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka status nutrisi membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :** Porsi makan yang dihabiskan meningkat, Kekuatan otot pengunyah meningkat, Kekuatan otot menelan meningkat, Serum albumin meningkat, Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat, Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, Pengetahuan tentang standar asuhan nutrisi yang tepat meningkat, Penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman meningkat, Penyiapan dari penyimpanan minuman yang aman meningkat, Sikap terhadap makanan atau minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat, Perasaan cepat kenyang menurun, Nyeri abdomen menurun, Sariawan menurun, Rambut rontok menurun, Diare menurun, Berat badan mambaik, Indeks Massa Tubuh (IMT) mambaik, Frekuensi makan mambaik, Nafsu makan mambaik, Bising usus mambaik, Tebal lipatan kulit trisep mambaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Manajemen Nutrisi**

**Observasi**

1. Identifikasi status nutrisi.
2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan.
3. Identifikasi makanan disukai.
4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien.
5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik.
6. Monitor asupan makanan.
7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

1. Lakukan *oral hygiene* sebelum makan , jika perlu.
2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi.
3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.
4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi.
5. Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein.
6. Berikan suplemen makanan, jika perlu.
7. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu.
2. Ajarkan diet yang diprogramkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (pereda nyeri dan antiemetik).
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Promosoi Berat Badan**

**Observasi**

1) Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang.

2) Monitor adanya mual dan muntah.

3) Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari.

4) Monitor berat badan.

5) Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

1) Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu.

2) Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasiean (mis. makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang diberikan melalui NGT atau gastrostomi, total parenteral nutrition sesuai indikasi).

3) Hidangkan makanan secara menarik.

4) Berikan suplemen, jika perlu

5) Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

1) Jelaskan makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau.

2) Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. Diagnosis keperawatan 4 :

Pola nafas tidak efektif b.d depresi pusat pernafasan, hambatan upaya nafas (mis. nyeri saat bernafas, kelemahan otot pernafasan), deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuskuler, gangguan neurologis (mis. elektroensefalogram [EEG] positif, cedera kepala, gangguan kejang), imaturis neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas), cedera pada medula spinalis, efek agen farmakologis, kecemasan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

**Tujuan :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka pola napas membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :** Dispnea menurun, Penggunaan otot bantu napas menurun, Pemanjangan fase ekspirasi menurun, Ortopnea menurun, Pernapasan pursed-lip menurun**,** Pernapasan cuping hidung menurun, Frekuensi napas membaik, Kedalaman napas membaik, Ekskursi dada membaik, Ventilasi semenit membaik, Kapasitas vital membaik, Diameter thoraks anterior-posterior membaik, Tekanan ekspirasi membaik, Tekanan inspirasi membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Manajemen Jalan Napas**

**Observasi**

1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, dan usaha napas).
2. Monitor bunyi napas (*gurgling,* mengi, *wheezing*, ronchi kering).
3. Monitor sputum (jumlah, warna, dan aroma) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan *head –tilt* dan *chin – lift* (*jaw – trust* jika curiga trauma servikal).
2. Posisikan semi – Fowler atau Fowler.
3. Berikan minuman hangat.
4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu.
5. Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik.
6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal.
7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan *forcep McGill*.
8. Berikan oksigen, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml per hari, jika tidak kontraindikasi.
2. Anjarkan teknik batuk efektif (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, dan mukolitik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Pemantauan Respirasi**

**Observasi**

1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas.

1. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul,cheyne-stokes, biot, ataksik).
2. Monitor kemampuan batuk efektif.
3. Monitor adanya produksi sputum.
4. Monitor adanya sumbatan jalan napas.
5. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru.
6. Auskultasi bunyi napas.
7. Monitor saturasi oksigen.
8. Monitor nilai AGD.
9. Monitor hasil x-ray toraks (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien.

2) Dokumentasikan hasil pemantauan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. Diagnosis keperawatan 5 :

Risiko ketidakseimbangan elektrolit b.d ketidakseimbangaan cairan (mis. dehidrasi dan intoksikasi air), kelebihan volume cairan, gangguan mekanisme regulasi (mis. diabetes), efek samping prosedur (mis. pembedahan), diare, muntah, disfungsi ginjal, disfungsi regulasi endokrin (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

**Tujuan :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka keseimbangan elektrolit meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :** Serum natrium meningkat, Serum kalium meningkat,Serum klorida meningkat, Serum kalsium meningkat, Serum magnesium meningkat, Serum fosfor meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Observasi**

1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit.
2. Monitor kadar elektrolit serum.
3. Monitor mual, muntah dan diare.
4. Monitor kehilangan cairan, jika perlu.
5. Monitor tanda dan gejala hipokalemia(mis. Kelemahan otot, interval QT memanjang, gelombang T datar atau terbalik, depresi segmen ST, gelombang U, kelelahan, parestesla, penurunan reflex, anoreksia, konstipasi, motilitas usus menurun, pusing, dan depresi pernapasan ).
6. Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis. Peka rangsangan, gelisah, mual, muntah, takikardia mengarah ke bradikardia, fibrilasi atau takikardia ventrikel, gelombang T tinggi, gelombang P datar, kompleks QRS tumpul, dan blok jantung mengarah asistol).
7. Monitor tanda dan gejala hiponatriemi (mis. Disorientasi, otot berkedut, sakit kepala, membran mukosa kering, hipitensi postural, kejang, letargi, dan penurunan kesadaran).
8. Monitor tanda dan gejala hipernatriemia (mis. Haus, demam, mual, muntah, gelisah, peka rangsangan, membran mukosa kering, takikardia, hipotensi, letargi, konfusi dan kejang ).
9. Monitor tanda dan gejala hipokalsemia (mis. Peka rangsang, tanda *Chovestek* [spasme otot wajah], tanda *Trousseau* [spasme karpal], kram otot, dan interval QT memanjang).
10. Monitor tanda dan gejala hiperkalsemia (mis. Nyeri tulang, haus, anoreksia, letargi, kelemahan otot, segmen QT memendek, gelombang T lebar, kompleks QRS lebar dan interval PR memanjang).
11. Monitor tanda dan gejala hipomagnesemia (mis. Depresi pernapasan, apatis, tanda *Chovestek* [spasme otot wajah], tanda *Trousseau* [spasme karpal], konfusi, dan disritmia).
12. Monitor tanda dan gejala hipermagnesemia (mis. Kelemahan otot, hiporefleks, bradikardia, depresi SSP, letargi, koma dan depres) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien.
2. Dokumentasikan hasil pemantauan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).
3. Diagnosis keperawatan 6 :

Risiko infeksi b.d penyakit kronis (mis. diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, stasis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

**Tujuan :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat infeksi menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :** Kebersihan tangan meningkat, Kebersihan badan meningkat, Demam menurun, Kemerahan menurun, Nyeri menurun, Bengkak menurun, Vesikel menurun, Cairan berbau busuk menurun, Sputum berwarna hijau menurun, Drainase purulen menurun, Piuna menurun, Periode malaise menurun, Periode menggigil menurun, Letargi menurun, Gangguan kognitif menurun, Kadar sel darah putih membaik, Kultur darah membaik, Kultur urine membaik, Kultur sputum membaik, Kultur area luka membaik, Kultur feses membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Pencegahan Infeksi**

**Observasi**

Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

1. Batasi jumlah pengunjung.
2. Berikan perawatan kulit pada area edema.
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
3. Ajarkan etika batuk.
4. Ajarkan cara memeriksa luka atau luka operasi.
5. Anjurkan mengikatkan nutrisi.
6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Manajemen Imunisasi/Vaksinasi**

**Observasi**

1) Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi.

2) Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. reaksi anafilaksi terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam).

3) Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

1) Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral.

2) Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. nama produsen, tanggal kedaluwarsa)

3) Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

1) Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping.

2) Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertusis, H. Influenza, polio, campak, measles, rubela).

3) Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. influenza, pneumokokus).

4) Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. rabies, tetanus).

5) Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali.

6) Informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. Diagnosis keperawatan 7 :

Hipertermi b.d dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (mis. infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, penggunaan inkubator (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

**Tujuan :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka termoregulasi membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :** Menggigil menurun, Kulit merah menurun, Akrosianosis menurun, Konsumsi oksigen menurun, Piloereksi menurun, Vasokonstriksi perifer menurun, Kutis memorata menurun, Pucat menurun, Takikardia menurun, Takipnea menurun, Bradikardia menurun, Dasar kuku sianotik menurun, Hipoksia menurun, Suhu tubuh membaik, Suhu kulit membaik, Kadar glukosa darah membaik, Ventilasi membaik, Tekanan darah membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Manajemen Hipertermia**

**Observasi**

1. Identifikasi penyebab hipertermia (misal, dehidrasi, terpapar lingkungan panas, dan penggunaan inkubator).
2. Monitor suhu tubuh.
3. Monitor kadar elektrolit.
4. Monitor haluaran urine.
5. Monitor komplikasi akibat hipertermia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

1. Sediakan lingkungan yang dingin.
2. Longgarkan atau lepaskan pakaian.
3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh.
4. Berikan cairan oral.
5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosi (keringat berlebih).
6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
7. Hindari pemberian antipiretik atau aspiroin.
8. Berikan oksigen, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

Anjurkan tirah baring (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

1. Diagnosis keperawatan 8 :

Ansietas b.d krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain), kurang terpapar informasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016b).

**Tujuan :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat ansietas menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Kriteria hasil :** Verbalisasi kebingungan menurun, Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, Perilaku gelisah menurun, Perilaku tegang menurun, Keluhan pusing menurun, Anoreksia menurun,Palpitasi menurun, Diaforesis menurun, Tremor menurun, Pucat menurun, Konsentrasi membaik, Pola tidur membaik, Frekuensi pernapasan membaik, Frekuensi nadi membaik, Tekanan darah membaik, Kontak mata membaik, Pola berkemih membaik, Orientasi membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

**Intervensi :**

**Reduksi Ansietas**

**Observasi**

1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal, kondisi, waktu dan stresor).
2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.
3. Monitor tanda – tanda ansietas (verbal dan nonverbal) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.
2. Temani klien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.
3. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian.
4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.
5. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.
6. Motivasi mengidentivikasi situasi yang memicu kecemasan.
7. Diskusikan perencanaan realistis peristiwa yang akan datang (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.
2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis.
3. Anjurkan kelurga untuk tetap bersama klien, jika perlu.
4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan.
5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.
6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan.
7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat.
8. Latih teknik relaksasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Kolaborasi**

Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapi Relaksasi**

**Observasi**

1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif.

2) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan.

3) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya.

4) Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan.

5) Monitor respons terhadap terapi relaksasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Terapeutik**

1) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan.

2) Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi.

3) Gunakan pakaian longgar.

4) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama.

5) Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lainnya, jika sesuai (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**Edukasi**

1) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif).

2) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih.

3) Anjurkan mengambil posisi nyaman.

4) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi.

5) Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.

6) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

**2.4.7 Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien

1. Mengajarkan klien tentang manajemen nyeri, terapi diet, perawatan luka insisi, pembatasan aktivitas dan perawatan kesehatan tindak lanjut.
2. Mengingatkan klien untuk minum obat-obatan harian yang di perlukan untuk proses penyembuhan.
3. Memberi tahu klien untuk melakukan diet rendah lemak dan menghindari makanan berlemak tinggi seperti susu, gorengan, alpukat, mentega dan coklat.
4. Mengajarkan klien cara perawatan diri di rumah dan semua hal yang diperlukan untuk perawatan di rumah.
5. Memberikan informasi kepada klien dan keluarga tentang potensi terjadinya sindrom setelah kolesistektomi. Berikan instruksi, termasuk perawatan lanjutan, tanda-tanda dan kekurangan gizi, infeksi, dan perawatan selanjutnya (Mutaqqin & Sari, 2011).

**2.4.8 Evaluasi**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tujuan yang ingin tercapai sebagai berikut: 1. Rasa nyeri berkurang, 2. Defisit Nutrisi tidak terjadi, 3. Infeksi tidak terjadi.

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

* 1. **Pengkajian**

Untuk mendapatkan gambaran yang nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien *Post op lapartomi* tumor gaster, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 27Januari 2020 sampai dengan 29 januari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 08.00 WIB. Pasien MRS pada tanggal 1 Januari 2020 pukul 15.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file No. Register 62 – 39 – xx sebagai berikut:

* + 1. **Identitas**

Pasien adalah seorang perempuan bernama An. D usia 12 tahun, beragama islam bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia. Pasien adalah anak ke dua dari Tn. S usia 40 tahun dan Ny. S usia 38 tahun, pasien tinggal di daerah pulosari, pasien berstatus pelajar, pasien MRS pada tanggal 01 Januari 2020 jam 12.35 WIB.

* + 1. **Keluhan utama**

Pasien mengatakan nyeri perut bekas operasi.

* + 1. **Riwayat penyakit sekarang**

Pasien mengatakan saat dirumah mengeluh nyeri perut tak kunjung sembuh,mual, muntah nafsu makan menurun ±1 minggu, kemudian pasien pergi ke poli bedah anak RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, kemudian dilakukan pemeriksaan oleh dokter spesialis bedah anak, kemudian akan direncanakan oprasi dan pasien menunggu selama 3 bulan. Pada tanggal 01-01-2020 An. D datang ke Poli Bedah Anak RSPAL pada jam 14.00 kontrol untuk persiapan operasi. Kemudian dokter menyarankan untuk MRS. Kemudian pasien diantar ke Ruangan I bedah pada jam 15.00. Pada jam 18.00 dilakukan pengambilan darah vena untuk pemeriksaan Laboratorium SE, HBSAG monster. Pada tanggal 13-01-2020 pasien menjalani operasi pertama yaitu endoskopi dan pada tanggal 20-01-2020 pasien menjalani operasi ke dua yaitu laparatomi, dokter menganjurkan pasien untuk puasa 8 jam sebagai persiapan tindakan operasi. Pasien kembali dari ICU terpasang CVP dan Intra Peritoneal Drain, kateter, mendapat terapi cairan Futrolit 1000/24 jam, injeksi Cinam 4x750 mg, injeksi Metronidazole 3x250 mg, injeksi Ondancentron 2x4 mg, injeksi Transamin 3x250 mg.

* + 1. **Riwayat penyakit dahulu**

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu.

* + 1. **Riwayat kesehatan keluarga**

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit tumor.

* + 1. **Genogram**

**Keterangan :**

Laki – laki :

Perempuan :

Meninggal :

Pasien :

Garis keturunan :

Tinggal serumah :

* + 1. **Riwayat alergi**

Pasien mengatakan tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan yang dibuktikan dengan skin test.

* + 1. **Keadaan umum**

Keadaan pasien baik, kesadaran composmentis.

* + 1. **Tanda-tanda vital**

Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,50C lokasi di axilla.

* + 1. **Pemeriksaan fisik** 
       1. B1 : Breathing (pernafasan)

Inspeksi : bentuk dada pasien normochest, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, tidak ada sputum, kemampuan batuk efektif baik, tidak terpasang selang WSD, palpasi : teraba jelas di daerah paru kanan, auskultasi : irama nafas reguler pernafasan 20x/menit (normal 18-20x/menit), pola nafas eupnea, suara nafas vesikuler, tidak ada sesak nafas, tidak ada suara nafas tambahan seperti stridor, ronchi, rales, crowing, dan gargling, perkusi : perkusi dada sonor.

* + - 1. B2 : Blood (sirkulasi)

Inspeksi : tidak ada nyeri dada, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, palpasi : CRT <2 detik, akral teraba hangat kering merah, ictus cordis teraba di ICS 4-5 midclavicula sinistra, irama nadi reguler, auskultasi : irama jantung reguler, bunyi jantung S1 S2 tunggal.

* + - 1. B3 : Brain (persyarafan)

Inspeksi : GCS E:4 V:5 M:6 total 15, reflek cahaya (+/+), Pupil isokor,Kepala luka post op ada jahitan diatas pusar palpasi dan perkusi : reflek fisiologi patella (+/+) respon berupa kontraksi otot quadriceps femoris yaitu ekstensi dari lutut, trisep (+/+) normal karena timbul kontraksi triceps, biceps (+/+) normal karena timbul kontraksi biceps, achilles (+/+) respon normal berupa gerakan plantar fleksi kaki, babinski (+/+) respon normal terjadi fleksi plantar semua jari kaki, reflek patologis kaku kuduk (+/+), brudzinski I (+/+) bila kedua tungkai bawah akan fleksi pada sendi panggul dan sendi lutut, brudzinski II (+/+) fleksi tungkai lainnya pada sendi panggul dan lutut, kernig (+/+) respon normal ekstensi lutut pasif akan menyebabkan rasa sakit terhadap hambatan. Dan terdapat luka *post op Laparatomi* tertutup kasa berapa panjangnya 15 cm skala nyeri 5 ditusuk tusuk.

Pada pemeriksaan nervus cranial I pasien mampu membedakan antara bau makanan dan obat, nerus cranial II pasien mampu melihat di semua lapang pandang secara normal, nervus cranial III pasien mampu membuka mata ke atas dan ke bawah, nervus cranial IV pasien mampu menggerakkan bola mata, nervus cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik, nervus cranial VI pasien mampu bergerakke atah lateral, nervus cranial VII pasien mampu untuk tersenyum, nervus cranial VIII pasien mampu mendengarkan perintah perawat dengan baik, nervus cranial IX pasien mampu merasakan rasa manis, nervus cranial X pasien mampu menelan makanan dengan baik, nervus cranial XI pasien mampu mengangkat bahu dan menoleh kanan kiri, nervus cranial XII pasien mampu menggerakkan lidah ke kanan kiri, tidak ada paralisis, tidak ada polip dan deviasi septum. Syaraf sensorik :pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bekas luka operasi laparotomi, luka tersa panas seperti disayat, frequensi hilang timbul, dengan skala nyeri 5.

* + - 1. B4 : Bladder (perkemihan)

Sebelum MRS: Frekuensi berkemih 3-4x/hari, pola minum cukup (1500ml-2000ml/hari), kencing keluar banyak, inspeksi : genetalia bersih, jumlah urine±900-1000cc/8jam warna kuning keruh, bau khas amoniak.

MRS: terpasang cateter uk 16 (1000 CC/24 jam)palpasi tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, pasien belum BAB selama 7 hari, perut teraba distensi abdomen.

* + - 1. B5 : Bowel (pencernaan)

Inspeksi mulut pasien terlihat kotor, membrane mukosa lembab, tidak terdapat gigi palsu, tidak ada nyeri telan, nafsu makan menurun, pasien mual muntatal, terpasang NGT, isi lambung warna abu-abu keruh dari selang NGT ±50cc, perkusi terdapat suara timpani pada abdomen, palpasi pada bagian perut teraba sedkit keras (distensi), tidak ada pembesaran hepar dan lien, auskultasi bising usus 3x/menit, Pada saat pengkajian didapatkan hasil pasien melakukan diet khusus dengan makan minum susu cair yang didalam berisikan entramic 30gr, susu full cream 40gr, gula 20gr, total 200cc melalui NGT selama 6x50cc setiap 4 jam yang diberikan oleh rumah sakit.

* + - 1. B6 : Bone (muskuluskeletal)

Inspeksi : tidak ada edema, kemapuan pergerakan sendi bebas, tidak ada atrofi atau hipertrofi, tidak ada paralisis dan hemiparase, tidak ada deformitas, tidak ada nyeri sendi, tidak ada nyeri tulang, tidak ada riwayat fraktur, klien mengalami keterbatasan mobilitas karena terpasang futrolit 500cc/24 jam di CVP, tidak ada dislokasi, tidak ada alat bantu seperti gips, kekuatan otot

5555 5555

5555 5555

palpasi : turgor kulit elastis, tidak ada krepitasi

Keterangan :

0 : otot sama sekali tidak mampu bergerak

1 : tampak sedikit kontraksi dan gerak

2 : mampu menahan tegak dan menahan gaya gravitasi

3 : mampu menggerakkan otot dengan tahanan minimal

4 : dapat bergerak dan melawan hambatan ringan

5 : kekuatan otot penuh

Post op laparatomi hari ke 7, luka terletak di atas pusar, panjang luka ±10cm, terpasang drain di abdomen kuadran kanan bawah, luka jahitan kering, kulit sekitar luka yang terpasang hepafik terlihat kemerahan, tidak terdapat pus (nanah), tidak ada tanda-tanda infeksi.

* + - 1. Sistem integumen

Pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan kulit abdomen pembedahan post op laparatomi , ada luka bekas operasi, warna kulit sawo matang.

* + - 1. Pola istirahat tidur

Jam tidur SMRS : siang 12.00-15.00 WIB malam 22.00-05.00 WIB total tidur pasien SMRS 8 jam. Jam tidur MRS : siang 12.00-14.00 WIB malam 21.00-04.00 WIB total tidur pasien selama 10 jam.

* + - 1. Sistem penginderaan

Mata (penglihatan) : pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan bentuk mata simetris, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada kelainan pada mata, reflek cahaya +/+, lapang pandang luas, telinga (pendengaran) : telinga bersih, bentuk telinga simetris, tidak banyak serumen, tidak ada kelainan pendengaran, tidak ada lesi di telinga, tidak ada alat bantu pendengaran, hidung (penciuman) : bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak ada deviasi septum, tidak ada gangguan penciuman, lidah (pengecap) : kondisi lidah bersih, tidak ada kesulitan menelan, uvula di tengah, bicara normal tidak ada kesulitan.

* + - 1. Endokrin

Saat dilakukan pengkajian tidak didapatkan adanya pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada hiperglikemia maupun hipoglikemia.

* + - 1. Sistem reproduksi/genetalia

Saat dilakukan pemeriksaan jenis kelamin pasien perempuan dan belum menstruasi.

* + - 1. Personal hygine

SMRS : pasien mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, keramas1x/2hari, memotong kuku 1x/minggu, MRS : saat dilakukan pengkajian pasien mandi 1x/hari (diseka), gosok gigi 1x/hari dibantu neneknya, ganti pakaian 2x/hari dilakukan di bantu neneknya.

* + - 1. Psikososiocultural

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan mampu menghadapi dan mengatasi masalah denga baik. Gambaran diri pasien mengatakan menerima penyakit yang dialami saat ini dan sadar akan kemampuan diri sendiri, identitas diri : pasien seorang perempuan usia 12 tahun, peran diri : pasien berstatus sebagai pelajar, ideal diri : pasien dan keluarga yakin pasti akan sembuh dari sakit yang dialaminya saat ini, harga diri : pasien tampak tenang dalam proses penyembuhan akan penyakitnya dan tidak ada rasa malu.

* + - 1. Tumbuh Kembang Anak

Masa sekolah : terganggu dikarenakan sakit dan anak cenderung menarik diri. Pola bermain MRS: pasien tidak bisa bermain saat masuk rumah sakit dikarenakan dengan sakit yang dialami selama di rumah sakit. Perubahan status : pasien mengatakan semenjak sakit pasien tidak bisa beraktivitas seperti anak-anak pada umunya, pola bermain juga terganggu karena keterbatasan gerak.

Bb sebelum sakit 24kg, selama sakit 21kg, tinggi badan 154cm

* + - 1. Pola fungsi kesehatan

Persepsi terhadap kesehatan

Pasien mengatakan bahwa sehat-sakit adalah kemampuan diri dalam melakukan aktivitas tanpa adanya suatu hambatan dan batasan serta tidak merasakan kesakitan, sedangkan sakit adalah keadaan dimana diri kita membutuhkan perawatan untuk mencapai kesembuhan.

Skor :

1 : Mandiri

2 : alat bantu

3:Dibantu orang lain dan alat : Tergantung/tidak mampu

* + - 1. Pola aktivitas dan latihan

Kemampuan perawatan diri

Tabel 3.2 Kemampuan Perawatan diri An. D

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aktivitas | SMRS | MRS |
| Mandi | 1 | 3 |
| Berpakaian/dandan | 1 | 3 |
| Toileting/eliminasi | 1 | 2 |
| Mobilitas di tempat tidur | 1 | 3 |
| Berpindah | 1 | 3 |
| Berjalan | 1 | 3 |
| Naik tangga | 1 |  |
| Berbelanja | 1 |  |
| Memasak | 1 |  |
| Pemeliharaan rumah | 1 |  |

Alat bantu berupa :folly cateter, disekitar kateter Nampak terlihat kotor, terasa gatal, merasa tidak nyaman, merasa nyeri

* + - 1. Kebersihan diri

SMRS : pasien mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, keramas1x/2hari, memotong kuku 1x/minggu, MRS : saat dilakukan pengkajian pasien mandi 1x/hari (diseka), gosok gigi 1x/hari dibantu neneknya, ganti pakaian 2x/hari dilakukan dibantu neneknya.

* + - 1. Aktivitas

Sebelum sakit pasien aktif bermain sendiri dengan kakaknya di rumah dan berkumpul bersama.

* + - 1. Rekreasi

Pasien melakukan rekreasi saat ada hari libur bersama keluarganya dan bermain bersama teman-temannya dirumah.

* + - 1. Berolahraga

Pasien rutin melakukan jalan pagi tiap hari minggu bersama kakanya kadang dengan neneknya.

* + 1. **Data Penunjang**

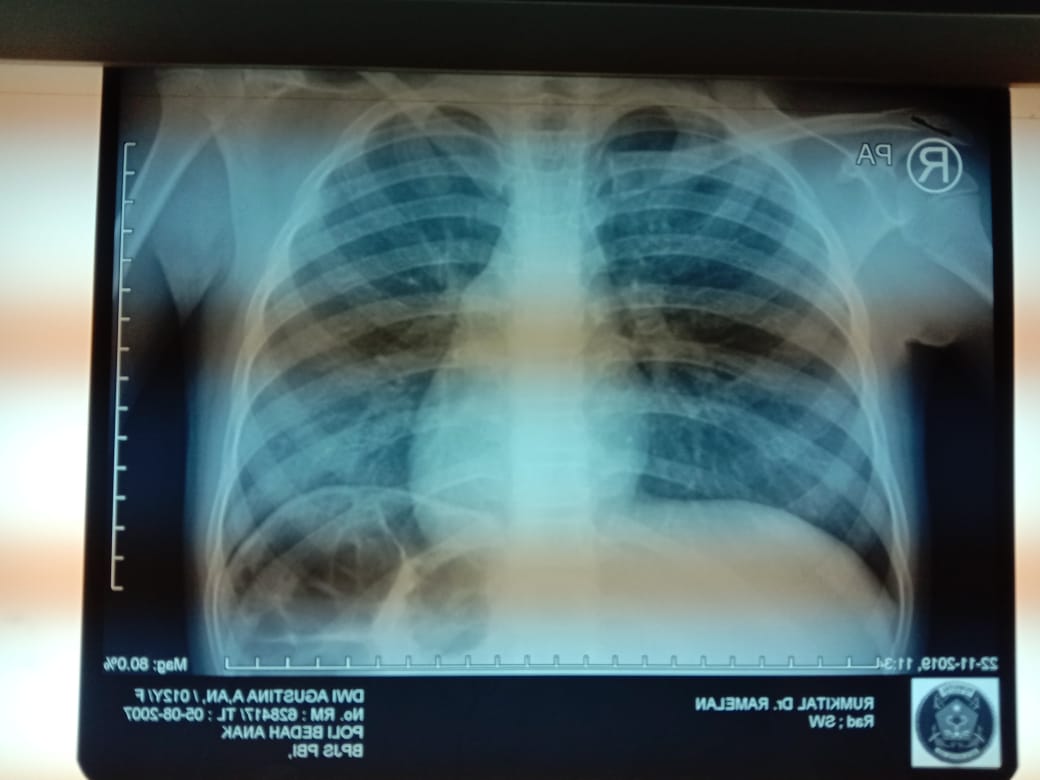
Hasil Laboratorium tanggal : 20-01-2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **Hasil** | **Unit** | **Nilai normal** |
| WBC  Neu#  Neu%  Lym#  Lym%  Mon#  Mon%  EOS#  EOS%  Bas#  Bas%  RBC  HGB  HCT  MCV  MCH  MCHC  RDW\_CV  RDW\_SD  PLT  MPV  PCT  IMG#  IMG%  Natrium  Kalium  Chlorida | 5.0  2.42  48.4  2.2  43.9  0.27  5.4  0.1  2.1  0.01  0.2  4.45  12.4  36.0  80.9  28.0  34.5  12.2  34.8  246  10.2  12.0  2.49  0.0  0.0  -  - | 10^3/µL  10^3/µL  %  10^3/µL  %  10^3/µL  %  10^3/µL  %  10^3/µL  %  10^6/µL  g/dL  %  fL  10^3/µL  fL  fL  mL  10^3/µL  fL  mL  10^3/µL  %  mmol/L  mmol/L  mmol/L | 4.00-10.00  2.00-7.00  50.0-70.0  0.80-4.00  20.0-40.0  0.12-1.20  3.0-12.0  0.02-0.50  0.5-5.0  0.00-0.10  0.0-1.0  3.50-5.50  11.0-16.0  37.0-54.0  80.0-100.0  27.0-34.0  32.0-36.0  11.0-16.0  35.0-56.0  100-300  6.5-12.0  1.08-2.82  0.00-999.99  0.0-100.0  135-147  3.00-5.00  95.0-105.0 |

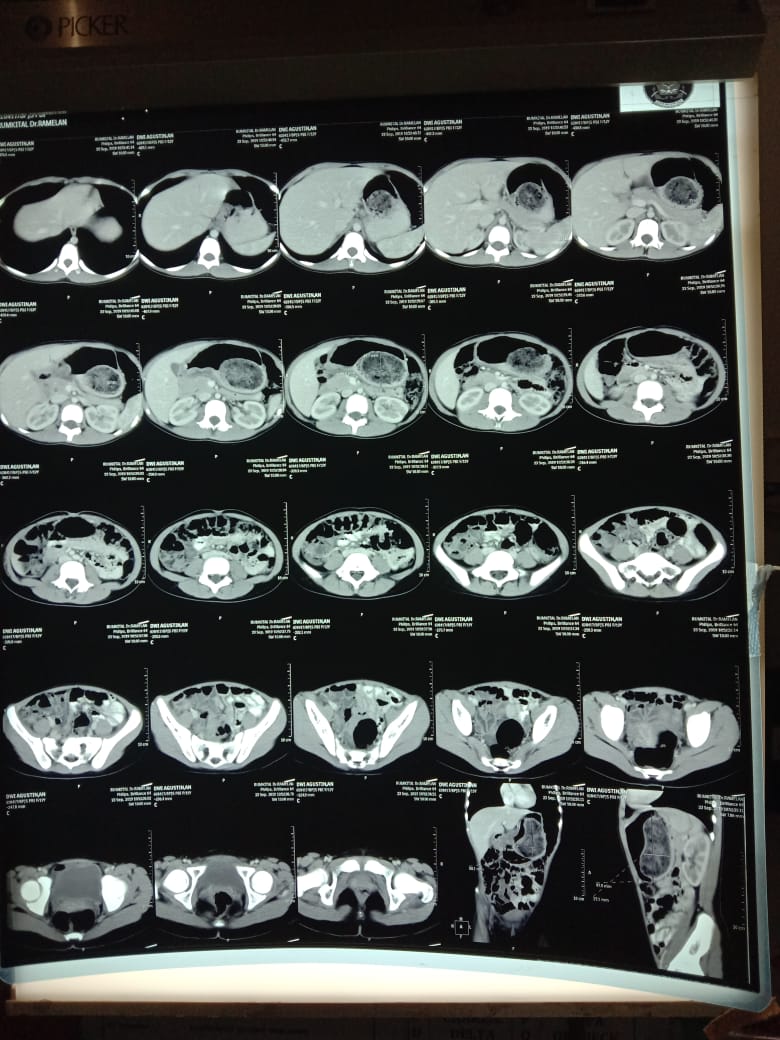
Hasil pemeriksaan FH tanggal 20-januari-2020

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hasil Faal Hemostatis: | | |
| APTT  IMR  PPC | 36,7  1,24  11,4 | 26,0-40,0  1.00-2.00  11.00-15.00 |
| Hasil Patologi :  Diterima 1 sediaan bersih dan ptongan jaringan panjang 7,5cm, jaringan 1 ujung tampak tumor. | | |

Hasil foto rongent pada tanggal 05-08-2019:



Hasil Endoscopy pada tanggal 10-01-2020:



****

****

**3.1.12 Terapi Medis**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tanggal** | **Terapi obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 27-01-2020  04.00  12.00  20.00 | Antrain | 3x1/2 amp/ 24 jam | IV | Antibiotik |
| 27-01-2020  06.00  12.00  18.00  24.00 | Cinam | 4x0,75mg/24 jam | IV | Antibiotik untuk mengobati infeksi |
| 27-01-2020 | Futrolit | 500cc/24 jam= 7tetes/menit | IV | Mengatasi kebutuhan karbohidrat, cairan dan elektrolit dalam tubuh |
| 28-01-2020 | Clinoleic 20% | 250cc/24 jam= 10 tetes/menit | IV | Asupan gizi |

* 1. **Analisa Data**

Tabel 3.2 Analisa Data An. D pada tanggal 27 januari 2020 di ruang I Bedah

Nama pasien : An. D Ruang / kamar : I Bedah

Umur : 12 th RM : 62 . XX . XX

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data / Faktor Resiko | Etiologi | Masalah |
| 1 | Ds :  Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bekas operasi.  (P) Post OP laparatomi+tumor gaster  (Q) cenut-cenut seperti tersayat  (R) perut bagian bekas operasi  (S) skala 5  (T) Setiap saat  Do :   * Pasien Nampak meringis * Pasien Nampak sering memegangi perut ekas operasi * Pemeriksaan tanda-tanda vital * T : 110/80 mmHg * S : 36ºC * Frekuensi nafas: 20x/menit * Frekuensi nadi: 88x/ menit | Agen cidera Fisiologis (prosedur operasi) | Nyeri Akut  (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016a) |
| 2 | DS : -  DO :  Faktor Resiko   * Efek prosedur Invasif * Terpasang NGT dan kateter tanggal 27-28 februari 2020 * Terpasang drain dibagian perut sebelah kiri * T : 110/80 mmHg * S : 36ºC * Frekuensi nafas : 20x/menit * Frekuensi nadi : 88x/ menit | Efek Kerusakan Jaringan | Resiko Infeksi  (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016a) |
| 3 | DS :  Pasien mengatakan tidak mau makan karena mulut terasa tidak enak jika dimasukkan makanan  DO :   * Keengganan untuk makan * Ketidak mampuan mencerna makanan * Selama dirawat pasien hanya diberikan makan minum susu melalui NGT 6X50cc setiap 4 jam * Faktor psikologis * IMT 8,8 * Pemeriksaan tanda-tanda vital * T : 110/80 mmHg * S : 36ºC * Frekuensi nafas: 20x/menit * Frekuensi nadi:88x/ menit | Ketidak mampuan mengabsorbsi nutrient | Defisit Nutrisi  (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016a) |
| 4. | DS :  Pasein mengatakan badan bagian punggung terasa gatal meski sudah diseka dan tidak mampu melakukan toileting sendiri  DO :   * Tempat tidur pasien terlihat kotor * Dikulit bagian perut (sekitar luka) pasien merah dan gatal * Pasie Nampak diseka * Pasien tidak mampu mandi * Nenek membantu cuucnya mengganti baju dan mengenakan pakaian dalam | Gangguan Muskuloskeletal | Defisit Perawatan Diri  (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016a) |
| 5 | DS :  Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi laparatomi  DO :  -Terdapat luka bekas operasi laparatomi di perut panjang 10cm, luka terlihat kering, terdapat 7 jahitan.  - disekitar luka tampak kemerahan   * T : 110/80 mmHg * S : 36ºC * Frekuensi nafas : 20x/menit * Frekuensi nadi : 88x/ menit | Faktor mekanis (Prosedur pembedahan) | Gangguan Integritas kulit  (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016a) |
| 6 | DS :  Pasien mengatakan sering mendengar suara yang membisikkan ke telinganya dan suara itu membuat pasien kesal.  DO :   * Pasien terlihat seperti mendengarkan sesuatu * Pasien terlihat sering melamun * Pasien lebih sering menyendiri * T : 110/80 mmHg * S : 36ºC * Frekuensi nafas : 20x/menit * Frekuensi nadi : 88x/ menit | Gangguan pendengaran | Gangguan persepsi sensori  (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016a) |

* 1. **Tabel Prioritas Masalah**

Nama pasien : An. D ruang / kamar : I Bedah

Umur : 12 th RM : 62 . XX . XX

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Masalah Keperawatan | Tanggal | | Paraf |
| Ditemukan | Teratasi |
| 1 | Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi nutrien | 27 Januari 2020 | 29 Januari 2020 | Savanna |
| 2 | Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisiologis (prosedur infasif) | 27 Januari 2020 | 29 Januari 2020 | Savanna |
| 3 | Resiko Infeksi berhubungan dengan efek kerusakan jaringan | 27 Januari 2020 | 29 Januari 2020 | Savanna |

* 1. **Intervensi Keperawatan**

Tabel 3.4 intervensi Keperawatan An. D pada tanggal 27 januari 2020 di ruang I Bedah

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosis keperawatan | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil :  1. Nyeri berkurang dengan skala nyeri 0-1  2. Pasien dapat mengontrol nyeri dengan teknik distraksi dan relaksasi  3. Pasien merasa nyaman setelah nyeri berkurang | 1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga.  2. Lakukan observasi tanda-tanda vital dan observasi nyeri (lokasi,skala,waktu,kualitas dan intensitas nyeri)  3. Anjurkan pasien melakukan teknik distraksi dan rileksasi dengan cara nafas dalam dan anjurkan pasien untuk istirahat dan tidur  4. Berikan penjelasan tentang penyebab periode, pemicu dan strategi meredakan nyeri  5. Kolaborasi pemberian obat analgetik | 1. Untuk membina hubungan saling percaya antara perawat paien dan keluarga  2. Untuk memfasilitasi pengkajian yang akurat tentang tingkat nyeri pada pasien  3. Untuk mengurangi rasa nyeri.  4. Mendidik pasien dan keluarga tentang pemahaman dan penanganan nyeri  5. Untuk mengurangi nyeri |
| 2 | Resiko infeksi | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi.  Kriteria Hasil :  1. 1. Tidak terjadi tanda infeksi  2. 2. Leukosit dalam batas normal (4000-10.000)  3. Observasi tanda-tanda vital dalam batas normal | 1. 1. Observasi drain (catat jumlah darah dan warna darah pada drain) 2. 2. Lakukan perawatan luka dan ganti balutan post operasi diluka sebelah kanan dengan NaCl dan betadine, catat karakteristik luka operasi (warna luka, terdapat pus/tidak dan integritas luka) 3. 3. Lakukan angkat jahitan pada luka post operasi hari ke 7 4. 4. Atur posisi pasien supaya nyaman dan mengubah posisi pasien setiap 2 jam sekali 5. 5. Jelaskan kepada pasien pentingnya untuk tidak menyentuh atau menggaruk luka post operasi di perut sebelah kanan. 6. 6. Berikan injeksi obat sesuai hasil kolaborasi dengan tim medis pada An.D nama obat Cinam dosis 4x1,5 gr secara intravena (IV) | 1. Menunjukkan perkembangan luka dan menunjukkan keefektifan program perawatan luka 2. Membersihkan luka dan mencegah terjadnya infeksi 3. Jika jahitan post operasi sudah menutup tidak ada tanda-tanda infeksi mala benang jahitan dilepakan pada hari 3-14 hari merupakan fase jaringan kolagen mulai terbentuk 4. Mencegah timbulnya infeksi pada area luka post operasi 5. Mengurangi tekanan meningkatkan sirkulasi dan mencegah kerusakan kulit 6. Cinam bekerja dengan cara mematikan bakteri dalam tubuh. Obat ini digunakan untuk mengobati infeksi yang disebabkan bakteri |
| 3 | Defiisit nutrisii beruhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi nutrient | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nutrisi tercukupi.  Kriteria Hasil :  1. 1.Porsi makan/minum meningkat  2. pasien tidak lemas  3. pasien tidak pucat | 1. Menimbang Berat badan 2. Memberikan makan minum melalui sonde setiap 4 jam sekali 3. Memberi healt edukasi pemberian susu melalui sonde kepada keluarga | 1. 1. Untuk mengetahui perkembangan anak 2. 2. Untuk memenuhi kebutuhan tubuh pasien 3. 3. Untuk menambah wawasan pengetahuan kepada keluarga |

* 1. **Tindakan Kperawatan**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**  **Diagnosa** | **Waktu**  **(Tanggal Dan Jam)** | **Tindakan** | **Paraf** | **Waktu (Tanggal Dan Jam)** | **SOAP** | **Paraf** |
| 1  2  2  1  1  1,2,3  1,2,3  1  3  1,2,3  1,2,3  3  2  3  1,2  2  3  3  3  2  1,2,3  1  1,2,3  1,2,3 | 27 – 01-20  Dinas pagi  08.00  08.05  08.10  08.15  08.20  08.30  09.00  09.30  10.00  12.00  27 – 01-20  Dinas siang  14.00  14.30  17.00  17.30  18.00  18.30  19.00  19.10  19.10  19.30  19.00  27 – 01 -20  Dinas malam  21.00  21.20  00.00  00.05 | * Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga, memberi salam terapiutik kepada pasien. Memperkenalkan diri, hasil pasien dan keluarga kooperatif. * Mengkaji mobilitas fisik pasien. Pasien mengatakan untuk bergerak masih takut dan dibantu. * Mengobservasi drain yang terpasang diperut kanan pasien. Hasil terdapat darah warna merah tua 50 cc. * Mengobservasi tingkat fungsional pasien. Hasil bedrest dan tidak mampu untuk melakukan perawatan diri.   - Mengkaji keluahan pasien. Hasil pasien mengatakan nyeri bekas  operasi diperut sebelah kanan.mengungkapkan perasaan dan persepsinya   * Mengkaji tingkat ansietas pasien. Hasil pasien berada dalam ansietas ringan dibuktikan dengan motivasi pasien untuk cepat sembuh. * Memberikan informasi pada pasien tentang proses penyembuhan luka. Hasil pasien dan keluarga memahami kondisi luka. * Mengkaji ulang intensitas lokasi dan penyebaran nyeri diluka bekas operasi.   Hasil P : luka bekas operasi  Q : Cenut-cenut  R :perut sebelah kiri  S : 5 (0-10)  T : Hilang timbul   * Memberikan posisi yang nyaman pada pasien, mika/miki dengan dibantu neneknya. Pada perut kiri pasien diberi bantal. * Memberikan injeksi cinam 4x0,75mg, antrain 3x1/2 ampul, ondansentron 2x4 mg * Mengkaji intensitas lokasi dan penyebaran skala.   Hasil P : luka bekas operasi  Q : Cenut-cenut  R : Perut sebelah kanan  S : 4 (0-10)  T : Hilang timbul  Mengkaji mobilitas fisik pasien. Pasien mengatakan untuk bergerak masih takut dan dibantu.   * Mengobservasi drain yang terpasang diperut kanan pasien. Hasil terdapat darah warna merah tua 50 cc di selang dan tidak menambah. * Mengobservasikan tingkat fungsional pasien. Hasil pasien bed rest dan tidak mampu untuk melakukan perawatan diri. * Memberikan posisi yang nyaman. Pada pasien, miring kanan, miring kiri masih dibantu nenek. * Memberikan posisi yang nyaman pada pasien, mika/miki dengan dibantu nenek. Pada perut kanan pasien diberi bantal. * Melakukan rawat luka dengan menggunakan NS. * Memotivasi pasien untuk menggunakan cara peralihan nyeri yang sudah diajarkan. Hasil pasien mengerti dan memperagakan teknik relaksasi dengan baik dan benar. * Memberikan posisi yang nyaman. Pada pasien, miring kanan, miring kiri masih dibantu ibu. * Memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaan setelah dirawat luka. Hasil pasien mengatakan lebih enak setelah dirawat luka. * Mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi diarea sekitar luka. * Memberikan injeksi cinam 4x0,75mg, antrain 3x1/2 ampul, ondansentron 2x4 mg * Mengkaji intensitas lokasi dan penyebaran skala.   Hasil P : luka bekas operasi  Q : Cenut-cenut  R : Perut sebelah kanan  S : 4 (0-10)  T : Hilang timbul   * Memberikan injeksi cinam 4x0,75mg, antrain 3x1/2 ampul, ondansentron 2x4 mg * Menyyarankan pasien untuk istirahat | **sv** | 27 – 01 -20  Dinas pagi  14.00  27 – 01-20  Dinas siang  21.00  27 – 01 -20  Dinas malam  07.00 | Dx 1  S :  Pasien mengatakan nyeri masih terasa hilang timbul.  P : Luka post Laparotomi  Q : Terasa cenut-cenut  R : Perut sebelah kanan  S : 5 (0-10)  T : Hilang timbul  O :   * Pasien tampak meringis kesakitan bila nyeri timbul * Tangan menunjuk pada luka operasi bila nyeri timbul   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4  Dx 2  S :  Pasien mengatakan lukanya sedikit sakit.  O :   * Terdapat luka post operasi laparotomi diperut sebelah kanan * Luka tertutup kassa panjang 10 cm * Terpasang drain 10 cc darah berwarna merah tua   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan rawat luka hari jum’at .  Dx 3  S :  Pasien mengatakan masih miring kiri, miring kanan dibantu ibunya  O :   * Keadaan umum lemah * Pasien miring kiri, miring kanan masih dibantu ibu   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4  *Catatan*  -Pasien hari 1-6 puasa terpasang NGT  - Hari ke 5 dicoba MMS  -Hari ke 7  Dx 1  S :  Pasien mengatakan nyeri masih terasa tetapi sudat dapat dikendalikan.  P : Luka post laparotomi  Q : Terasa cenut-cenut  R : Perut sebelah kanan  S : 4 (0-10)  T : Hilang timbul  O :   * Pasien tampak meringis kesakitan bila nyeri timbul * Tangan menunjuk pada luka operasi bila nyeri timbul   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4  DX 2  S :  Pasien mengatakan luka sedikit cenut-cenut.  O :   * Luka bagus, tidak ada pus, luka kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, panjang luka 10 cm terdapat 7 jahitan   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan  Dx 3  S :  Pasien mengatakan masih miring kanan, miring kiri dibantu ibunya.  O :   * Keadaan umum lemah * Pasien miring kanan, miring kiri masih dibantu ibu   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan  DX 1  S :  Pasien mengatakan nyeri masih terasa tetapi sudat dapat dikendalikan.  P : Luka post laparotomi  Q : Terasa cenut-cenut  R : Perut sebelah kanan  S : 4 (0-10)  T : Hilang timbul  O :   * Pasien tampak meringis kesakitan bila nyeri timbul   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4  DX 2  S :  Pasien mengatakan luka sedikit cenut-cenut.  O :   * Luka bagus, tidak ada pus, luka kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, panjang luka 10 cm terdapat jahitan   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan  Dx 2  S :  Pasien mengatakan masih miring kanan, miring kiri dibantu ibunya.  O :   * Keadaan umum lemah * Pasien miring kanan, miring kiri masih dibantu ibu   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan no 1,2,3,4 |  |
| 1,2,3  1  1,2,3  1,2,3  2  1,2,3  1,2,3  1  1,2,3  1,2,3  1,2,3  2  1,2,3  1,2,3  1  1,2,3 | 28-01-20  Pagi  08.00  08.15  08.15  08.20  11.00  12.00  28-01-2020  Siang  16.00  16.05  17.00  18.00  19.00  28-01-20  Dinas malam  23.00  23.35  00.00 | - Obsevasi tanda-tanda vital:  TD = 110/80 mmhg  Suhu = 36, o c  Nadi = 90 x/menit  RR = 20x/menit  SPO2 = 99%  - Memberikan edukasi pada pasien mengenai relaksasi nafas dalam  - Menganjurkan pasien untuk mematuhi program pengobatan  - Memberikan motivasi pasien untuk tetap semangat dan berdoa agar cepat sembuh.  - Mengobservasi tanda–tanda infeksi (ruam kemerahan ,Demam,Luka terasa panas, Pembengkakan,Terbentuknya nanah)   * Memberikan injeksi cinam 4x0,75mg, antrain 3x1/2 ampul, ondansentron 2x4 mg   - Mengobsevasi tanda-tanda vital:  TD = 120/80 mmhg  Suhu = 36, o c  Nadi = 90 x/menit  RR = 20x/menit  SPO2 = 99%  - Memberikan edukasi pada pasien mengenai relaksasi nafas dalam  - Menganjurkan pasien untuk mematuhi program pengobatan  - Memberikan motivasi pasien untuk tetap semangat dan berdoa agar cepat sembuh.   * Memberikan injeksi cinam 4x0,75mg, antrain 3x1/2 ampul, ondansentron 2x4 mg * Memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaan setelah dirawat luka. Hasil pasien mengatakan lebih enak setelah dirawat luka.   Mengobservasi TTV :  TD = 110/70 mmHg  S = 36,0c  N = 88 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  - Menganjurkan pasien istirahat dan tidur  - Menganjurkan pasien teknik distraksi dan relaksasi dengan cara teknik nafas dalam   * Memberikan injeksi cinam 4x0,75mg, antrain 3x1/2 ampul, ondansentron 2x4 mg |  | 28-01-2020  Pagi  14.00  28-01-2020  Siang  21.00  29.01.20  Dinas malam  07.00 | DX 1  S :  - Pasien mengatakan nyeri perut.  P: nyeri karena luka operasi  Q: seperti disayat dan terasa panas  R: Bagian Perut  S: Skala 4  T: Hilang Timbul  O :  - Pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif  - Observasi TTV :  TD = 120/80 mmhg  Suhu = 36, o c  Nadi = 90 x/menit  RR = 20x/menit  SPO2 = 99%  A : Masalah belum Teratasi  P : Intervensi dilanjutkan 2,3,4,6  DX 2  S:  - pasien mengatakan ada bekas jahitan operasi di bagian perut.  - pasien mengatakan luka bekas operasi terasa sakit.  O :   * Terdapat luka post operasi laminectomy di bagian perut * Luka tertutup kassa dengan panjang ± 10cm   A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan rawat luka untuk menghindari infeksi pada luka  DX 3  S :  - Pasien mengeluh sulit bergerak karena menahan nyeri pada perut (bekas operasi), badan terasa lemas dan tidak nyaman.  O :  - Keadaan umum tampak lemah  - Pasien tampak lemas dan sulit menggerakkan anggorta tubuhnya.  - Observasi TTV :  TD = 120/80 mmhg  Suhu = 36, o c  Nadi = 90 x/menit  RR = 20x/menit  SPO2 = 99%  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi 2,3,4,6 dilanjutkan  DX 1  S :  - Pasien mengatakan nyeri perut.  P: nyeri karena luka operasi  Q: seperti disayat dan terasa panas  R: perut  S: Skala 4  T: Hilang Timbul  O:  - Pasien tampak meringis,gelisah dan bersikap protektif  - Observasi TTV :  TD = 120/60 mmhg  Suhu = 36, o c  Nadi = 90 x/menit  RR = 20x/menit  SPO2 = 99%  A: masalah belum teratasi  P: intervensi dilanjutkan 2,3,4,6  DX 2  S:  - Pasien mengeluh sulit bergerak karena menahan nyeri pada perut (bekas operasi), badan terasa lemas dan tidak nyaman.  O :  - Keadaan umum tampak lemah  - Pasien tampak lemas dan sulit menggerakkan anggota tubuhnya.  - Observasi TTV :  TD = 110/70 mmhg  Suhu = 36, o c  Nadi = 88 x/menit  RR = 20x/menit  SPO2 = 99%  Gcs : 4:5:6  A : masalah belum teratasi  P : intervensi dilanjutkan 2,3,6  Dx 3  S :  Pasien mengatakan luka sedikit cenut-cenut.  O :   * Luka bagus, tidak ada pus, luka kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, panjang luka ±10cmterdapat jahitan   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan  DX 1  S:  - pasien mengatakan nyeri punggung berkurang  P: nyeri karena luka operasi  Q: seperti disayat dan terasa panas  R: punggung  S: Skala 3  T: Hilang Timbul  O:  - Observasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan 2,3,6  DX 2  S:  -  O : .  - Observasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, 4c  N = 80 X/Menit  RR = 18x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan 2,3  DX 3  S :  -Pasien mengatakan luka sudah enakan  O :   * Luka bagus, tidak ada pus, luka kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, panjang luka ±5 cm terdapat jahitan   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan |  |
| Dx 1,2,3  Dx 1  Dx 2 | Tanggal 29-01-20  Dinas pagi  08.00  08.00  11.00  Dx 1,2,3  12.00 | - Mengobservasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  - Menganjurkan pasien teknik distraksi dan retraksi dengan cara nafas dalam bila terasa nyeri punggung  - mengajarkan mobilisasi bertahap dengan miring kanan miring kiri secara mandiri   * Memberikan injeksi cinam 4x0,75mg, antrain 3x1/2 ampul, ondansentron 2x4 mg | **Sv** | TanggaL 29-01-20  14.00 | DX1  S :   * Pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri pada bagian punggung   P: nyeri karena luka operasi  Q: seperti disayat dan terasa panas  R: punggung  S: Skala 2  T: Hilang Timbul  O:  - Observasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dilanjutkan  DX2  S:  - paasien mengatakan sudah mulai bisa berjalan perlahan dan tidak merasa sakit dan lemah  O : .  - Observasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan  DX 3  S :  -  O :   * Luka bagus, tidak ada pus, luka kering, tidak ada tanda- tanda infeksi, panjang luka 10 cm terdapat jahitan   A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan |  |
| Dx 1,2,3  Dx 1  Dx 2  Dx 1,2,3 | 29-01-20  Dinas siang  16.00  16.30  17.00  18.00 | - Mengobservasi TTV :  TD = 120/70 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  - Menganjurkan pasien teknik distraksi dan retraksi dengan cara nafas dalam bila terasa nyeri punggung  - mengajarkan mobilisasi bertahap dengan miring kanan miring kiri secara mandiri   * Memberikan injeksi cinam 4x0,75mg, antrain 3x1/2 ampul, ondansentron 2x4 mg | **SV** | 29-01-20  Dinas siang  21.00 | DX 1  S :   * Pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri pada bagian punggung   P: nyeri karena luka operasi  Q: tidak terasa apa apa  R: punggung  S: Skala 2  T: Hilang Timbul  O:  - Observasi TTV :  TD = 120/90 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A: masalah teratasi  P: intervensi dihentikan  -rencakan krs  DX 2  S:  - paasien mengatakan sudah mulai bisa berjalan perlahan dan tidak merasa sakit dan lemah  O :  - Observasi TTV :  TD = 120/90 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan  DX3  S :  -  O :   * Luka bagus, tidak ada pus, luka kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, panjang luka 10 cm terdapat jahitan   A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan | **SV** |
| Dx 1,2,3  Dx 1,2,3 | 29-01-20  Dinas malam  23.00 wib  23.30  00.00 | Mengobservasi TTV :  TD = 120/80 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99% GCS: 456  - Menganjurkan pasien istirahat tidur  - Memberikan bantuan untuk merubah posisi tidur miring kanan , mengajarkan pasien mobilisasi bertahap dan berdoa sebelum tidur | **SV** | 30-01-20  06.30 WIB | DX 1  S:  - pasien mengatakan nyeri punggung hilang  O:  - Observasi TTV :  TD = 120/80 Mmhg  S = 36, O c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A: masalah teratasi  P: intervensi dihentikan  Dx 2  S:  -  O : .  - Observasi TTV :  TD = 120/80 Mmhg  S = 36, 0c  N = 80 X/Menit  RR = 20x/Menit  SPO2 = 99%  GCS: 456  A : masalah teratasi  P : intervensi dihentikan  Dx 3  S :  -Pasien mengatakan luka sudah enakan  O :   * Luka bagus, tidak ada pus, luka kering, tidak ada tanda-tanda infeksi, panjang luka 10 cm terdapat jahitan   A : Masalah teratasi  P : Intervensi dihentikan | * **SV** |

Discard planning pasien KRS:

Mengedukasi kepada pasien tentang efek samping obat antibiotik jika diminum teratur,

Menganjurkan kepada pasien untuk mengkonsumsi makanan halus untuk sementara waktu demi pemulihan kondisi lambung

Menganjurkan pasien untuk menjaga waktu istirahat

Menganjurkan pasien untuk menjaga pola makan sehari-hari

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Pembahasan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Post op lapartomi* tumor gaster di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. **Pengkajian**

Tahap pengumpulan data, penulis melakukan perkenalan dan menjelaskan maksud dan tujuan untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga pasien terbuka dan kooperatif.

**Kanker lambung adalah penyakit yang terjadi karena pertumbuhan sel lambung secara abnormal dan tak terkendali. Pertumbuhan sel abnormal ini terjadi karena sel mengalami perubahan genetik.** Kanker lambung jarang menimbulkan gejala spesifik pada stadium awal. Gejalanya dapat berupa perut kembung atau nyeri ulu hati, dan sering kali hanya dianggap sebagai keluhan sakit maag. Kondisi tersebut membuat kanker lambung sulit untuk didiagnosis secara dini, dan umumnya baru terdiagnosis setelah masuk stadium akhir. Hal ini tentunya akan mempengaruhi peluang kesembuhan (Sihombing & Sppd, 2010).. Yang salah satu penanganan pada penyakit tumor gaster yang paling tepat adalah pembedahan setelah sebelumnya ditetapkan apakah masih operable atau tidak.

Sedangkan kesenjangan yang terjadi antara tinjauan teori dan kasus pada diagnosa keperawatan pasca operasi adalah Nyeri akut, resiko infeksi, defisit nutrisi pada teori terdapat diagnosa keperawatan antara lain akut, resiko infeksi, defisit nutrisi.

Pada tinjauan khusus tumor gaster disebutkan bahwa tanda dan gejala dari tomor gaster adalah berat badan menurun, nyeri epigastrium, muntah, keluhan pencernaan, anoreksia, keluhan umum,disfagia, nausea, kelemahan, sendawa, hematemesis, dan regurgitasi. Pasien-pasien dengan tumor gaster dilakukan tindakan pembedahan untuk mengurangi faktor resiko.

Sedangkan pada studi kasus An.D setelah dilakukan pengkajian yang ditemukan, tanggal 13-01-2020 pasien menjalani operasi pertama yaitu endoskopi dan pada tanggal 20-01-2020 pasien menjalani operasi ke dua yaitu laparatomi, dokter menganjurkan pasien untuk puasa 8 jam sebagai persiapan tindakan operasi didapatkan luka *post op Laparatomi* tertutup kasa panjang 15 cm skala nyeri 5 seperti ditusuk tusuk., sehingga penulis merumuskan diganosa : nyeri akut berhubungan dengan agen cidera (operasi laparotomi).

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjaun kasus secara garis besar terjadi kesenjangan dalam tinjauan pustaka dan didapatkan pada saat pengkajian.

Pada tinjauan khusus post operasi disebutkan bahwa peningkatan resiko masuknya organisme patogen dan dapat ditegakkan jika ada faktor resiko lainnya yaitu, ketidak adekuatan tubuh primer, malnutrisi, trauma dan kerusakan jaringan.

Sedangkan pada studi kasus An.D setelah dilakukan tindakan pembedahan post op hasil pengkajian yang ditemukan Efek prosedur invasive, terpasang NGT dan Kateter, terpasang drain dibagian perut sebelah kiri, dengan tanda-tanda vital TD 110/80mmHg, Nadi 88x/menit, Rr 20x/menit, SPO2 99%, suhu 36,5°C, WBC= 5.0, RBC=4.45, HGB=12,4, HCT=36.0, MCU=80.9, MCH=28.0, MCHC=34.5, RDW\_CV=12.2, RDW\_SD=34.8, PLT=246, MPV=10.2, PCT=12.0, sehingga penulis merumuskan diganosa : resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasive.

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjaun kasus secara garis besar terjadi kesenjangan dalam tinjauan pustaka dan didapatkan pada saat pengkajian.

Pada tinjauan khusus disebutkan bahwa banyak pasien tumor gaster akan mengalami penurunan nafsu makan yang berlebihan sehingga dapat berdampak pada penurunan nafsu makan.

Sedangkan pada studi kasus An.D didapatkan pasien tampak terpasang NGT dan hanya diberikan susu untuk memenuuhi kebutuhan tubuhnya, terjadinya penurunan berat badan SMRS= 24kg, MRS= 21kg, dengan hasil IMT 8,8 (berat badan kurang), sehingga penulis merumuskan diganosa : defisit nutrisi

Dengan demikian apa yang dijelaskan pada tinjaun kasus secara garis besar terjadi kesenjangan dalam tinjauan pustaka dan didapatkan pada saat pengkajian.

Pengkajian sudah dilaksanakan secara maksimal dikarenakan keluarga sangat terbuka dan selalu melaporkan perkembangan kepada perawat masalah nyeri pasien mengerti bagaimana cara menegament nyeri saat dikaji mengenai masalah nyeri,

* 1. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka diagnosa keperawatan pada kasus adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan pencederah fisik (prosedur operasi).
2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek kerusakan jaringan.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuluskeletal
4. Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan.faktor mekanis (prosedur pembedahan)
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi nutrient

Dari hasil pengkajian pasien dapat diagnosa yang dapat dimunculkan adalah sebagai berikut

* + - 1. Nyeri akut berhubungan dengan pencederah fisik (prosedur operasi).
      2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek kerusakan jaringan.
      3. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi nutrient
  1. **Perencanaan**

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Pada tinjauan kasus perencanaan juga menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, akan tetapi penulis juga ingin berupaya memandirikan pasien dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor).Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnose keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang ditetapkan.

Nyeri akut berhubungan dengan luka laparotomi. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan rasa nyeri berkurang atau hilang. Kriteria hasilnya pasien menjelaskan bahwa nyeri berkurang, mampu mengontrol nyeri, mampu mengenali nyeri (penyebab,skala, frekuensi dan tanda nyeri) dengan intervensi observasi PQRST, memberikan teknik relaksasi dan kolaborasi pemberian analgetic.

Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif dan pembedahan. Setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan pasien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi. Kriteria hasilnya luka pasien tidak menunjukkan tanda kemerahan, tidak terjadinya peningkatan suhu tubuh .

Defisit nutrisi. Setelah dilakukan dilakukan keperawatan selama 3x24 jam dengan tujuan defisit nutrisi tidak terjadi. Kriteria hasil pasien mampu makan nasi seperti biasa dan tidak menggunakan NGT. Dengan intervensi berikan observasi tingkat cemas pasien, edukasi mengenai tindakan yang dilakukan, dan kolaborasikan dengan dokter untuk pemberian obat.

* 1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan semuanya karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan implementasi ini ada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain: adanya kerja sama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Nyeri akut berhubungan dengan luka laparostomi dilakukan tindakan keperawatan dengan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengobservasi reaksi verbal dari ketidaknyamanan, mengajarkan tehnik manajemen non farmakologi dengan nafas dalam dan relaksasi, meningkatkan istirahat pasien, mengontrol lingkungan sekitar pasien, mengkolaborasi dengan tim medis untuk pemberian analgesic untuk mengurangi nyeri

**4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung. Evaluasi merupakan tahap terakhir proses keperawatan dengan cara menialai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi nyeri akut berhubungan dengan agens cidera luka laparotomy Kriteria hasil telah terpenuhi selama 3x 24 jam karena tindakan yang tepat dan berhasil dilaksanakan sehingga masalah teratasi pada tanggal 29 januari 2020

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama antara pasien, keluarga dan tim kesehatan sehingga pada tanggal 29 January2020 pukul 12.30 pasien An. D masalah teratasi sebagian.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus *Post op lapartomi* tumor gaster di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutuasuhan keperawatan pasien dengan *Post op lapartomi* tumor gaster.

1. **Simpulan**
2. Pada pengkajian pasien dengan kista ovarium pada An.D pasien mengatakan lemas,kesadaran composmentis. Pasien nafas spontan, RR 20 x/menit (reguler), tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu nafas. Didapatkan tekanan darah pasien 110/70 mmhg, nadi 88 x/menit (kuat, reguler) dengan suhu 36,70C. Berat badan pasien40 kg, dengan tinggi badan : 154 cm. Pemeriksaan didapatkan data ada bekas luka laparotomi pada perut, rambut agak kotor. Konjungtiva tidak anemis, sklera putih, kelopak mata normal, gerakan mata normal, pupil isokor, akomodasi normal (20cm). Reaksi alergi tidak ada dan sinus normal tidak ada keluhan. Gigi pasien masih lengkap tampak bersih serta tidak ada kesulitan menelan. Tidak ada pembesaran pada mammae, areola mamae tidak hiperpigmentasi, papila mamae menonjol, tidak ada pengeluaran colostrum. Jalan nafas pasien bersih, suara nafas vasikuler, tidak menggunakan otot-otot bantu nafas, irama reguler, suara S1 S2 tunggal, tidak ada keluhan nyeri dada pada pasien. Turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang, tidak ada kontraktur pada persendiaan dan ekstrimintas.
3. Nyeri akut berhubungan dengan agens cidera Post op laparotomi Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan respon nyeri pasien dapat terkontrol/hilang dengan kriteria hasil pasien melaporkan bahwa nyeri berkurang, mampu mengontrol nyeri. mampu mengenali nyeri (skala, frekuensi, intensitas dan tanda nyeri).
4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan tumor gaster menganjurkan keluarga pasien melakukan tektik relaksani. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan pasien dan keluarga secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada An.D sudah sesuai harapan masalah teratasi sebagian pada tanggal 29 Januari 2020.
   1. **Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

#### Bagi Pasien

#### Penyakit tumor gaster jika penanganannya terlambat bisa komplikasi untuk itu dianjurkan agar pasien tetap menjaga kesehatanya dengan menjaga kebersihan lingkungan, makan- makanan yang bergizi sesuai kebutuhan tubuh.

#### Bagi Rumah Sakit

#### Rumah sakit diharapkan dari waktu ke waktu tetap menjaga mutu pelayanan bagi para pasien yang dirawat agar pasien lebih puas akan pelayanan yang diberikan.

#### Bagi Institusi Pendidikan

#### Institusi pendidikan diharapkan meningkatkan ilmu pengetahuan dan pendidikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis post laparatomi tumor gaster.

#### Bagi Mahasiswa

#### Mahasiswa supaya lebih memahami apa yang dijadikan kasus penyakit yang diteliti, lebih banyak melakukan pendekatan kepada pasien yang diteliti dan aktif dalam tindakan- tindakan keperawatan pada saat penelitian dilakukan.

**Daftar Pustaka**

arif muttaqin, kumala sari. (2011). *No Titlegangguan gastrointestinal aplikasi asuhan keperawatan medikal bedah* (S. Carolina, ed.). jakarta.

Dermawan, D. (2012). *PROSES KEPERAWATAN* (Jilid 1; D. Dermawan & T. Rahayuningsih, eds.). Yogyakarta: Gosyen Publishing.

*Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan, Volume 8, No. 1, Februari 2012*. (2012). *8*(1), 32–43.

Mutaqqin, A., & Sari, K. (2011). *Gangguan Gastrointestinal*. Jakarta: Salemba Medika.

Ningrum, T. P., Mediani, H. S., & P, C. I. H. (2017). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Wound Dehiscence pada Pasien Post Laparatomi Factors correlating of Wound Dehiscence in Patients after Laparatomi at Dr Hasan Sadikin General Hospital Bandung*. *5*.

PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Sihombing, M. H. M., & Sppd, I. (2010). Tumor lambung. *TUMOR LAMBUNG*, 1–8.

Suharsono, Riyanto ; Rahmasari, Gusti Putu Ayu, 2016. (2016). Jurnal 1. *Pengaruh Pengungkapan Corporate Social Responsibility (CSR) Terhadap Cost of Capital (COC) Dengan Kepemilikan Institusional Sebagai*, Vol. 109, pp. 109–119.

Sutini, T. (2018). *No TitleModul Ajar Konsep Keperawatan Anak* (Y. Supartini, Ed.). Jakarta: AIPVIKI.

Utami, S. (2014). *LATIHAN 5 JARI TERHADAP NYERI POST LAPARATOMI menurut Data Tabulasi Nasional Departemen*. 61–73.

**LAMPIRAN 1**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SOP)**

**PEMBERIAN OBAT**

Pemberian obat kepada pasien dapat dilakukan melalui beberapa cara, diantaranya: oral, parenteral, rectal, vaginal, kulit, mata, telinga dan hidung dengan menggunakan prinsip 5 tepat (tepat nama pasien , nama obat, dosis obat, cara pemberian dan waktu pemberian) dan 1 waspada.

1. **Pemberian obat melalui oral**

Pemberian obat melalui oral merupakan pemberian obat melalui mulut dengan tujuan mencegah, mengobati, dan mengurangi rasa sakit sesuai dengan jenis obat.

Persiapan alat :

1. Obat-obatan
2. Tempat obat
3. Daftar buku obat/ jadwal pemberian obat
4. Air minum dalam tempatnya

Langkah-langkah :

1. Membagi obat ketempat obat:
2. Mencuci tangan
3. Membaca instruksi pada daftar obat
4. Mengambil obat-obatan
5. Menyiapkan obat dengan tepat menurut daftar obat (obat masih dalam kemasan)
6. Menyiapkan obat cair beserta gelas obat
7. Membagi obat ke pasien:
   1. Mencuci tangan
   2. Mengambil daftar obat kemudian obat diteliti kembali sambil membuka bungkus obat.
   3. Menuangkan obat cair kedalam gelas obat, jaga kebersihan etiket obat
   4. Membawa obat dan daftar obat ke pasien sambil mencocokan nama pada tempat tidur dengan nama daftar obat
   5. Memastikan pasien benar dengan meanggil nama pasien sesuai dengan nama pada daftar obat
   6. Memberi obat satu per satu ke pasien sambil menunggu sampai pasien selesai minum
   7. Catat perubahan, reaksi terhadap pemberian, dan evaluasi respon terhadap obat dengan mencatat hasil peberian obat
   8. Mencuci tangan
8. **Pemberian obat melalui subkutan (SC)**

Pemberian obat melalui subkutan (SC) adalah pemberian obat melalui suntikan kebawah kulit yang dapat dilakukan pada daerah lengan atas sebelah luar atau sepertiga bagian dari bahu, paha sebelah luar, daerah dada, dan daerah sekitar umbilicus (abdomen). Pemberian obat melalui SC memiliki efek sistemmik.

Lokasi untuk suntikan dipilih dimana terdapat bantalan lemak dengan ukuran memadai. Pemberian obat dengan cara ini pada umumnya dilakukan dalam program pemberian insulin yang digunkan untuk mengontrol kadar gula darah.

Persiapan alat:

1. Spuit
2. Kapas alcohol 70%
3. Obat injeksi
4. Daftar buku obat
5. Bak injeksi
6. Bengkok
7. Perlak dan alasnya

Langkah-langkah :

1. Mencuci tangan
2. Jelaskan prosedur tindakan
3. Menyiapkan dosis obat setelah itu tempatkan pada bak injeksi
4. Menentukan lokasi
5. Desinfeksi dengan menggunakan kapas alcohol pada lokasi
6. Menusukkan jarum injeksi dengan sudut 45 o
7. Lakukan aspirasi, bila tidak ada darah masukkan obat perlahan-lahan hingga habis
8. Tarik spuit dan tahan dengan kapas alcohol. Masukkan spuit yang telah terpakai kedalam bengkok
9. Membereskan alat
10. Mencuci tangan
11. Mengobservasi reaksi pasien.
12. **Pemberian obat melalui wadah cairan intravena (drip)**

Pemberian obat melalui wadah cairan intravena merupakan cara memberikan obat dengan menambahkan atau memasukkan obat ke dalam wadah cairan intravena dengan tujuan untuk meminimalkan efek samping dan mempertahankan kadar terapiutik dalam darah.

Persiapan Alat :

* 1. Spuit
  2. Obat dalam tempatnya.
  3. Wadah cairan.
  4. Kapas alcohol

Langkah-langkah :

* + - 1. Cuci tangan
      2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
      3. Periksa indentitas pasien dan ambil obat kemudian masukkan ke dalam spuit.
      4. Cari tempat penyuntikan obat pada daerah wadah/kantong cairan.
      5. Lakukan disinfeksi dengan kapas alcohol dan hentikan aliran.
      6. Lakukan penyuntikan dengan memasukkan jarum spuit hingga menembus bagian tengah dan masukkan obat perlahan-lahan.
      7. Tarik spuit kemudian jalankan kembali aliran serta periksa kecepatan infus.
      8. Cuci tangan.
      9. Catat obat yang telah diberikan dan dosisnya.

1. **Pemberian obat melalui selang intravena (per infus)**

Peralatan :

1. Spuit.
2. Obat dalam tempatnya.
3. Selang intravena.
4. Kapas alcohol.

Langkah-langkah :

1. Cuci tangan.
2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
3. Periksa indentitas pasien dan ambil obat kemudian masukkan ke dalam spuit.
4. Cari tempat penyuntikan obat pada daerah selang intravena.
5. Lakukan disinfeksi dengan kapas alcohol dan hentikan aliran.
6. Lakukan penyuntikan dengan memasukkan jarum spuit hingga menembus bagian tengah selang intravena dan masukkan obat perlahan-lahan.
7. Tarik spuit kemudian jalankan kembali aliran serta periksa kecepatan infus.
8. Cuci tangan.
9. Catat obat yang telah diberikan dan dosisnya.

**LAMPIRAN 2**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SPO)**

**Pengukuran Tanda Vital ( Pernafasan, Nadi, Tekanan Darah Dan Suhu )**

1. **Pengertian :**
2. Pernafasan

Menghitung jumlah pernafasan (inspirasi yang diikuti ekskresi selama 1 menit).

1. Nadi

Menghitung frekuensi denyut nadi ( loncatan aliran darah yang dapat teraba yang terdapat di berbagai titik anggota tubuh melalui perabaan pada nadi, yang lazim diperiksa atau diraba pada radialis).

1. Tekanan darah

Melakukan pengukuran tekanan darah ( hasil dari curah jantung dan tekanan darah perifer ) dengan menggunakan spygnomanometer dan stetoskop.

1. Suhu

Mengukur suhu tubuh dengan mengguanakan termometer yang di pasangkan di mulut, aksila dan rektal.

1. **Tujuan :**
2. Pernafasan
   1. Mengetahui keadaan umum pasien
   2. Mengetahui jumlah dan sifat pernafasan dalam rentan 1 menit
   3. Mengikuti perkembangan penyakit.
   4. Membantu menegakkan diagnosis.
3. Nadi
   1. Mengetahui denyut nadi selama rentan waktu 1 menit
   2. Mengetahui keadaan umum pasien
   3. Mengetahui intgritas sistem kardiovaskulr
   4. Mengikuti perjalanan penyakit
4. Suhu
   1. Mengetahui suhu tubuh pasien untuk menentukan tindakan keperawatan
   2. Membantu menegakkan diagnosis
5. Tekanan darah
   1. Mengetahui keadaan hemodinamik pasien
   2. Mengetahui keadaan kesehatan pasien secara menyeluruh
6. **Indikasi**
7. Pada pasien yang baru masuk dan untuk dirawat
8. Secara rutin pada pasien yang dirawat
9. Sewaktu-waktu sesuai dengan kebutuhan pasien
10. **Persiapan alat :**
11. Pernafasan

Stop watch atau jam tangan, pena dan buku

1. Nadi

Stop watch atau jam tangan, pena dan buku

1. Tekanan darah

Stotoskop, spygnomanometer, pena dan buku.

1. Suhu

Termometer aksila, atau termometer mulut atau rektum, tissue, air bersih, air sabun, air desinfektan, savlon didalam bitol, pena dan buku.

1. **Prosedur kerja** :
2. Tahap prainteraksi
   1. Baca status pasien
   2. Lakukan verifikasi order yang ada untuk pemeriksaan
   3. Mencuci tangan
   4. siapkan alat
3. Tahap orientasi
   1. Menberi salam, pangil pasien dengan panggilan yang di senangi
   2. Memperkenalkan nama pasien
   3. Jelaskan prosedur dab tujuan tindakan pada pasien dan keluarga
   4. Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya
   5. Jaga privacy pasien
4. Tahap kerja
   1. Memberikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya sebelum tindakan dimulai
   2. Menggunakan sarung tangan
   3. Menanyakan keluhan utama melakukan penilaian sesuai dengan prosedur
   4. Melakukan kegiatan sesuai perencanaan
5. Penilaian pernafasan
   1. Menjelaskan prosedur kepada pasien bila hanya khusus menilai pernafasan
   2. Membuka baju pasien jika perlu untukmengobservasi gerakan dada
   3. Letakan tangan pada dada, mendobservasikeadaan dan kesimetrisan gerak pernafasan
   4. Menentukan irama pernafasan
   5. Menghitung pernafasan slama 1 menit atau 60 detik
   6. Mendengarkan bunyi pernafasan, kemungkinana ada bunyi abnormal
   7. Mencuci tangan.
6. Penilaian denyut nadi radialis
   1. Mengatur posisi pasien dengan nyaman dan rileks
   2. Menekan kulit pada area arteri radialis dengan menggunakan 3 jari yang kemudian meraba denyut nadi
   3. Menekan arteri radialis kuat dengan menggunakan jari-jari 1 menit atau 60 detik, jika tidakteraba denyutan, jari-jari digeser kekanan atau kekiri hingga denyut nadi dapat dirasakan
   4. Denyut pertama akan terasa atau teraba kuat, jika denyut hilang rabalah, tekanlah hinggadenyut terasa kuat kembali
   5. Mencuci tangan
7. Penilaian tekanan darah
   1. Menyiapkan posisi pasien
   2. Menyingsingkan lengan baju pasien
   3. Memasang manset 1 inchi (2,5 cm) diatas nadi branchialis (melakukan palpasi nadi branchialis)
   4. Mengatur tensi meter agar siapdipakai (untuk tensi air raksa) menghubungkan pipa tensi meter dengan pipa manset, menutup sekrup balon manset, membuka kunci resevoir
   5. Meletakan diafragma stotoskop diatas tempat denyut nadi tanpa menekan nadi branchialis
   6. Memompa balon manset ±180 mmHg
   7. Mengendorkan pompa dengan cara membuka skrup balon manset hingga melawati bunyi denyut nadi yang terdengar terakhir
   8. Pada saat mengendurkan pompa perahtikan bunyi denyut nadi pertama (syistol) sampai denyut nadi terakhir (diastol) jatuh diangka berapa sesuai dengan sekala yang ada di tensi meter
   9. Jika pengukuran belum yakin, tunggu 30 detik dan lalu lengan ditinggikan diatas jantung untuk mengalirkan darah dari lengan setelah itu ulangi lagi, hingga merasa yakin dan mendapat hasil yang akurat
   10. Melepaskan manset
   11. Mengembalikan posisi pasien dengan senyaman mungkin
   12. Mencuci tangan.
8. Penilaian suhu pada aksila
   1. Mengamati angka yang di tunjuk air raksa dengan benar
   2. Menurunkan air raksa bila perlu
   3. Mengatur posisi pasien
   4. Meletakan termimeter di ketiak tangan kanan atau tangan kiri dengan posisi ujung termometer dibawah kemudian pasien disuruh menjepit termometer dengan cara tangan kanan atau tangan kiri memegang bahu secara bersilangan
   5. Menunggu sekitar 5 menit
   6. Mengambil termometer setelah 5 menit kemudian mengelap termometer dengan cara berputar dari urutan yang paling bersih keurutan yang paling kotor
   7. Membaca hasil pengukuran suhu yang ditunjukan air raksa dengan segera
   8. Merapikan baju dan posisi pasien senyaman mungkin
   9. Mencelupkan termometer dengan urutan air savlon, air sabun dan bilas dengan sir bersih
   10. Mengeringkan termometer dengan menggunakan tissue
   11. Mengembalikan atau menurunkan posisi air raksa
   12. Mencuci tangan.
9. **Tahap terminasi**
   1. Menanyakan kepada pasien apa yang dirasakan setelah dilakukan tindakan
   2. Menyimpulkan prosedur yang telah dilakukan
   3. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
   4. Berikan penghargaan sesuai dengan kemampuan pasien
   5. Mengakhiri kegiatan dengan memberikan salam.
10. **Dokumentasi**

Catat seluruh hasil kegiatan tindakan dalam buku, beri waktu pelaksanaan kegiatan dan tanda tangan perawat jaga.

**LAMPIRAN 3**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SPO)**

**RAWAT LUKA POST OPERASI**

1. **Persiapan**
2. Persiapan Alat
3. Alat-alat steril

* Pinset anatomis 1 buah
* Pinset sirugis 1 buah
* Gunting bedah / jaringan 1 buah
* Kassa kering dalam kom tertutup secukupnya
* Kassa desinfektan dalam kom tertutup
* Handsoen 1 pasang
* Korentang / forcep

1. Alat-alat tidak steril

* Gunting
* Plester / hepafix
* Pengalas / perlak / uderpad
* Kom kecil 2 buah
* Kapas alkohol
* Sabun cair anti septic
* NaCl 9 %
* Handsoon 1 pasang
* Masker
* Bengkok
* Air hangat (bila dibutuhkan)
* Kantong plastik / baskom untuk tempat sampah

1. Persiapan tindakan

* Menutup tirai
* Membuat pasien merasa nyaman
* Menjaga privasi pasien

1. Persiapan pasien

* Memberi salam
* Memperkenalkan diri
* Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan serta meminta ijin pada pasien

1. **Tahap Pelaksanaan**
2. Perawat cuci tangan
3. Pasang masker dan sarung tangan yang tidak steril
4. Atur posisi pasien sesuai dengan kebutuhan
5. Letakkan pengalas / perlak / uderpad dibawah area luka
6. Buka balutan lama (hati-hati jangan sampai menyentuh luka) dengan menggunakan pinset anatomi, buang balutan bekas kedalam bengkok. Jika menggunakan plester lepaskan plester dengan cara melepaskan ujungnya dan menahan kulit dibawahnya, setelah itu tarik secara perlahan sejajar dengan kulit dan kearah balutan. (Bila masih terdapat sisa perekat dikulit, dapat dihilangkan dengan kapas alkohol)
7. Bila balutan melekat pada jaringan dibawah, jangan dibasahi, tapi angkat balutan dengan berlahan
8. Letakkan balutan kotor ke bengkok lalu buang kekantong plastik, hindari kontaminasi dengan permukaan luar wadah
9. Kaji lokasi, tipe, jumlah jahitan atau bau dari luka
10. Membuka set balutan steril dan menyiapkan larutan pencuci luka dan obat luka dengan memperhatikan tehnik aseptik.
11. Buka sarung tangan ganti dengan sarung tangan steril
12. Membersihkan luka dengan sabun anti septik atau NaCl 9 %
13. Memberikan obat atau antikbiotik pada area luka (disesuaikan dengan terapi)
14. Menutup luka dengan cara:
15. Balutan kering

* Lapisan pertama kassa kering steril untuk menutupi daerah insisi dan bagian sekeliling kulit
* Lapisan kedua adalah kassa kering steril yang dapat menyerap
* Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luar

1. Balutan basah – kering

* Lapisan pertama kassa steril yang telah diberi cairan steril atau untuk menutupi area luka
* Lapisan kedua kasa steril yang lebab yang sifatnya menyerap
* Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luar

1. Balutan basah – basah

* Lapisan pertama kassa steril yang telah diberi dengan cairan fisiologik untuk menutupi luka
* Lapisan kedua kassa kering steril yang bersifat menyerap
* Lapisan ketiga (paling luar) kassa steril yang sudah dilembabkan dengan cairan fisiologik

1. Plester dengan rapi
2. Buka sarung tangan dan masukan kedalam kantong plastik tempat sampah
3. Lepaskan masker
4. Atur dan rapikan posisi pasien
5. Buka sampiran
6. Rapikan peralatan dan kembalikan ketempatnya dalam keadaan bersih, kering dan rapi
7. Perawat cuci tangan
8. **Tahap Evaluasi**

Evaluasi keadaan umum pasien

1. **Dokumentasi**

Dokumentasikan tindakan dalam catatan keperawatan

**LAMPIRAN 4**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SPO)**

**RAWAT LUKA POST OPERASI**

* + 1. **Pengertian**

Tindakan memasukkan cairan, makanan cair/ formula enteral, dan obat-obatan melalui selang NGT.

* + 1. **Tujuan** 
       1. Memperbaiki/mempertahankan status nutrisi klien
       2. Pemberian obat
    2. **Prinsip**

Pastikan posisi selang dan adanya residu lambung.

Hindari mendorong makanan.

Perhatikan interaksi obat oral dengan makanan, terutama dengan susu.

* + 1. **Peralatan**

Cairan makanan dan minuman

Gelas ukur dan corong atau spuit 100cc

Pengalas

Klem

Sarung tangan bersih

* + 1. **Prosedur** 
       1. **Tahap Pra Interaksi** 
          1. Melakukan verivikasi data sebelumnya bila ada kesalahan
          2. Mencuci tangan
          3. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar
       2. **Tahap Orientasi** 
          1. Memberikan salam dan menyapa nama pasien
          2. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga pasien
          3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan klien
       3. **Tahap kerja** 
          1. Menjaga privasi
          2. Atur posisi semifowler atau fowler, jika kontra indikasi berikan posisi miring kanan
          3. Pasang pengalas di dada pasien
          4. Siapkan makanan dan obat (jika ada) yang akan diberikan
          5. Pakai sarung tangan
          6. Cek posisi dan kepatenan selang NGT serta residu lambung. Jika residu 50-100 cc tanda pemberian sampai 1 jam. Jika setelah 1 jam jumlah masih tetap, lapor ke dokter
          7. Dengan tangan yang tidak dominan, klem delang NGT dan tinggikan selang 45 cm dari dada klien
          8. Alirkan makanan perlahan-lahan tanpa mendorong, jangan membiarkan udara masuk ke dalam selang. Bila makanan sudah selesai, bilas selang dengan cairan.
          9. Tutup selang
          10. Biarkan pasien pada posisi semifowler selama 30 menit setelah pemberian makanan
          11. Merapikan pasien
  1. **Tahap Terminasi** 
     + - 1. Melakukan evaluasi tindakan
         2. Berpamitan dengan klien
         3. Membereskan alat-alat
         4. Mencuci tangan
         5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan