

## BAB IV

### HASIL ASUHAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil

##### 1. PENGKAJIAN

###### Identitas Klien

Nama	: Tn. T
Umur	: 71 th
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Suku/Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Wiraswasta
Pendidikan	: SD
Gol Darah	: A/Rh +
Alamat	: Serbajadi I, RT/RW : 002/002, Ds. Pemanggilan, Kecamatan Natar, Kabupaten, Lampung Selatan
Tanggungan	: BPJS
No. RM	: 068382
Tgl MRS	: 03-03-2022
Diagnosa	: Peritonitis

###### a. Riwayat Perioperatif

1. Pasien mulai dirawat tgl 03-03-2022 pada pukul 18.00
2. Ringkasan hasil anamnesis pre operatif :

Pasien datang dari Ruang Bedah / RPU Pada tgl 04-03-2022 pk1.07.00 dengan keluhan nyeri pada abdomen. Pasien akan dilakukan tindakan operasi laparotomi dengan diagnosa medis peritonitis. Hasil pengkajian pada tanggal 04-03-2022, Pkl.06.00 : pasien mengatakan khawatir dengan tindakan operasi karena baru pertama kali menjalani operasi. Pasien tampak banyak bertanya tentang prosedur operasi. Pasien merasa jantung berdebar-debar. Wajah tampak tegang dan gelisah. Tanda vital pasien TD: 120/80 mmhg, nadi 98x/ menit, RR: 24x/menit, Suhu : 36,8° C

3. Berikut hasil pemeriksaan pre operatif pada pasien:

a) Hasil pemeriksaan fisik

**Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan**

No	Pemeriksaan	Hasil				
1	Tanda vital	a. Kesadaran composmentis b. GCS (E4V5M6) c. Orientasi Baik d. Suhu : 36,8°C e. TD: 120/80 mmHg f. Nadi 98x/ menit g. RR: 24x/menit.				
2	Fisik	<p><b>a. Kepala &amp; Leher</b> Kepala tampak bersih normocephal. Tidak ada pembengkakan atau lesi pada kepala, mata simetris. Tidak ada polip pada hidung, mulut dan bibir lembab, tidak ada masalah pendengaran, tidak ada pembesaran KGB dan JVP.</p> <p><b>b. Thorax (jantung)</b> Pada pemeriksaan jantung            (1) Inspeksi :Tidak tampak ictus cordis            (2) Palpasi :Tidak teraba pulsasi ictus cordis            (3) Perkusi :Batas kanan atas SIC II linea parasternal sinistra, kanan bawah SIC IV linea parasternal dextra, kiri atas SIC II linea parasternal extra, kiri bawah SIC IV linea parasternal sinistra            (4) Auskultasi :Bunyi jantung I dan II regular</p> <p><b>c. Thorax (paru)</b>            (1) Inspeksi :Normochest, tidak ada retraksi dinding dada            (2) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, taktil femitus -/-            (3) Perkusi :Sonor            (4) Auskultasi :Suara nafas vesikuler</p> <p><b>d. Abdomen</b>            (1) Inspeksi :Pada pemeriksaan abdomen tampak distensi abdomen, tidak ada lesi/ luka            (2) Auskultasi :Bising usus 14x/ menit            (3) Palpasi :Nyeri tekan dan lepas pada kuadran bawah abdomen            (4) Perkusi :Timpani</p> <p><b>e. Ekstremitas (atas dan bawah)</b> Ekstremitas dapat digerakkan dengan baik, tidak ada edema, akral dingin dan kekuatan otot</p> <div style="text-align: center;"> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> </table> </div> <p><b>f. Genetalia &amp; rectum :</b> Pasien mengatakan BAB lancar 1x/ hari , BAK lancar 5-6x/ hari, tidak ada masalah pada genetalia dan rectum.</p> <p><b>g. Pemeriksaan lain (spesifik)</b> Nyeri tekan dan nyeri lepas pada perut.</p>	5555	5555	5555	5555
5555	5555					
5555	5555					

## b) Skala nyeri pre operatif

Gambar 4.1 Skala Nyeri VAS Pre Operasi



Keterangan :

Pada saat di ruang perawatan dan ruang persiapan operasi, pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah dengan skala 3 (0-10) dengan *Visual Analog Scale* (VAS). Nyeri terasa hilang timbul. Nyeri muncul saat perut ditekan dan semakin bertambah saat tubuh bergerak. Nyeri berkurang dengan berbaring dan diberi obat. Pasien juga mengatakan sulit tidur.

## c) Pemeriksaan Penunjang :

(1) ECG Tgl: 03-03-2022 Jam : 17.45

Hasil : Sinus Rythm

(2) Hasil laboratorium

Tabel 4.2 Hasil pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
<u>Hematologi</u>			
1. Leukosit	<b>12.800</b>	4.500-10.700	mm <sup>3</sup>
2. Hemoglobin	14,0	14-18	gr/dl
3. Eritrokrit	5,2	4,6-6,2	sel/mm <sup>3</sup>
4. Trombosit	266.000	159.000-400.000	sel/mm <sup>3</sup>
5. Hematokrit	42	40-54	%
6. CT	4	1-7	menit
7. BT	11	6-14	menit
8. Gol Darah	A/Rh+		
<u>Kimia Darah</u>			
9. GDS	124	70-200	mg/dl
10. Ureum	33	20-40	mg/dl
11. Kreatinin	1,0	0,6-1,3	mg/dl
12. SGPT	12	5-35	u/l
13. SGOT	12	5-35	u/l

<u>Imunoserologi</u> 14. HbsAg 15. Rapid Antigen	Negatif Non Reaktif	Negatif Non Reaktif	Negatif Non Reaktif
--	---------------------------	------------------------	---------------------------

Sumber: Hasil pemeriksaan laboratorium RS. Bhayangkara  
Bandar Lampung pada tanggal 03-03-2022

#### 4. Prosedur khusus sebelum pembedahan

**Tabel 4.3 Prosedur Khusus Sebelum Operasi**

No	Prosedur	Ya	Tdk
1	Tindakan persiapan psikologi pasien	√	
2	Lembar informed consent	√	
3	Puasa	√	
4	Pembersihan kulit (pencukuran rambut)		√
5	Pembersihan saluran pencernaan (obat pencahar)		√
6	Pengosongan kandung kemih	√	
7	Transfusi darah		√
8	Terapi cairan infus	√	
9	Penyimpanan perhiasan aksesoris, kacamata, anggota tubuh pasien	√	
10	Memakai baju khusus operasi	√	

#### 5. Pemberian obat-obatan

(1) Obat pra-pembedahan (diberikan 1-2 jam sebelum pembedahan)

**Tabel 4.4 Daftar Obat Pra-Operasi**

Tgl/jam	Nama obat	Jenis obat	Dosis	Rute
04/04/2022 06.00 WIB	Ceftriaxone	Antibiotik Profilaksis	1 gr	Intravena

(2) Pasien dikirim keruang operasi:

Tanggal : 04-03-2022 jam 07.00 WIB

Keterangan : pasien akan dilakukan tindakan operasi laparatomi, kesadaran composmentis.

**Tabel 4.5 Surgical Patient Safety Checklist (Sign in)**

SURGICAL PATIENT SAFETY
SIGN IN
Pasien telah dikonfirmasi: <input checked="" type="checkbox"/> Identitas pasien <input checked="" type="checkbox"/> Prosedur <input checked="" type="checkbox"/> Sisi operasi sudah benar <input checked="" type="checkbox"/> Persetujuan untuk operasi telah diberikan <input checked="" type="checkbox"/> Sisi yang akan dioperasi telah ditandai <input checked="" type="checkbox"/> Checklist keamanan anastesi telah dilengkapi <input checked="" type="checkbox"/> Oksimeter pulse pada pasien berfungsi Apakah pasien memiliki alergi? <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak  Resiko kehilangan darah > 500 ml pada orang dewasa atau ? 7 ml/ kg/ BB pada anak-anak: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya peralatan akses cairan telah direncanakan

Pemeriksaan keamanan saat operasi atau *surgical patient safety checklist* dilakukan pada tiga fase yaitu pre-operasi, intra operasi dan post operasi. *Sign in checklist* dilakukan saat pre operasi yaitu pada saat pasien berada di ruangan persiapan.

#### **b. Intraoperatif**

1) Tanda-tanda vital:

Pada tanggal: 04 Maret 2022 pukul : 08.00 WIB Suhu: 36,3 °C,

Tekanan Darah: 130/80 mmHg, Frekuensi Nadi: 80x/menit,

Frekuensi Pernafasan: 20x/menit, spO<sub>2</sub>: 99%

2) Posisi pasien di meja operasi adalah supinasi.

- 3) Jenis operasi: mayor, nama operasi: laparatomy, area tubuh yang dibedah: abdomen (usus).
- 4) Tenaga medis dan perawat di ruang operasi: dr.anestesi: dr. Wahyu, Sp.An, asisten anestesi: Yudi, dr.spesialis bedah: dr. Leonardus Sp.B, asisten: Ns. Anggun, S.Kep, perawat instrumentator: Eka Iriyanto, Ns. Budianto, Str.Kep perawat sirkuler: Ns. Yudi, S.Kep.
- 5) Melakukan *Surgical Patient Safety Checklist (Time Out & Sign Out)*

**Tabel 4.6 *Surgical Patient Safety Checklist (Time Out & Sign Out)***

<b>SURGICAL PATIENT SAFETY</b>	
<b>TIME OUT</b>	<b>SIGN OUT</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing</li> <li>✓ Tim operasi memastikan semua orang di ruang operasi saling mengenal</li> </ul> <p>Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan:</li> <li>✓ Operasi yang benar</li> <li>✓ Pada pasien yang benar</li> <li>✓ Antibiotik profilaksis telah diberikan 60 menit menit sebelumnya</li> </ul>	<p>Melakukan pengecekan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prosedur sudah dicatat</li> <li>✓ Kelengkapan spons</li> <li>✓ Perhitungan instrumen</li> <li>✓ Pemberian lab PI pada spesimen</li> <li>✓ Kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani</li> <li>✓ Tim bedah membuat perencanaan post operasi sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi</li> </ul>

Pemeriksaan keamanan saat operasi atau *surgical patient safety checklist* untuk *time out* dilakukan sebelum mulai tindakan operasi dan *sign out* pada saat selesai tindakan operasi sebelum menutup jaringan, *time out & sign out checklist* dilakukan pada fase intraoperasi.

6) Pemberian obat anestesi : *General Anestesi***Tabel 4.7 Daftar Obat *General Anestesi***

<b>Tanggal</b>	<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Rute</b>	<b>Jam</b>
04/3/2022	Fentanyl	20 mg	Intravena	07 : 45
04/3/2022	Miloz	4 mg	intravena	07 : 48
04/3/2022	Propofol	80 mg	Intravena	07 : 50
04/3/2022	Atracurium	50mg/5ml	Intravena	07 : 55
04/3/2022	Tramadol	50mg/ml	Intravena	07 : 57
04/3/2022	Cevofluran	3 vol %	Inhalasi	08 : 58
04/3/2022	N2O	2L/menit	Inhalasi	08 : 00

## 7) Tahap-tahap operasi

**Tabel 4.8 Tahapan Operasi**

<b>Waktu/ Tahap</b>	<b>Kegiatan</b>
07.45	1. Posisikan supine
	2. Pembiusan dengan General Anestesi
	3. Scrubing, gowning, gloving
	4. Aseptik daerah operasi dengan betadin dan NaCl 0,9 %
08:00	5. Time out
	6. Insisi midline
	7. Insisi dilakukan dari subkutis hingga peritonium
	8. Identifikasi intestinal Adhesi
	9. Dilakukan adhesiolisis
	10. Kontrol perdarahan
09:00	11. Jahit luka
	12. Sign out
	13. Luka operasi di dressing
09:35	14. Operasi selesai dan alat dibereskan

- 1) Tindakan bantuan yang diberikan selama pembedahan: pemberian oksigen, maintenance anestesi dengan pemberian cevofluran dan N2O, pemberian suction dan pemasangan intubasi.
- 2) Pembedahan berlangsung selama: 1 jam 45 menit
- 3) Komplikasi dini setelah pembedahan (saat pasien masih berada diruang operasi): tidak ada komplikasi dini, perdarahan  $\pm 100$  cc, insisi 2 cm diatas umbilikus hingga 3 jari diatas simpisis pubis.

### c. Post Operasi

- 1) Pasien pindah ke *Recovery Room* Jam: 09: 35 WIB
- 2) Keluhan saat di RR/PACU: Pasien tampak mengigil, akral terasa dingin.
- 3) Airway: tidak terdengar suara napas tambahan
- 4) Breathing: napas spontan, RR: 16x/menit, pasien diberikan Oksigen dengan nasal kanul 3L/menit.
- 5) Sirkulasi: SpO<sub>2</sub> 99%, tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 70x/menit, suhu tubuh: 34,8<sup>0</sup> C
- 6) Observasi di recovery room menggunakan Aldrete score

**Tabel 4.9 Aldrete Score**

Tanda	Kriteria	Nilai	5	15	30	45	Saat Keluar
Aktivitas	1. Dapat menggerakkan ke 4 anggota gerak	2	1	1	1	2	2
	2. Dapat menggerakkan ke 2 anggota gerak	1					
	3. Tidak dapat menggerakkan anggota gerak	0					
Pernafasan	1. Dapat nafas dalam dan batuk bebas	2	1	1	1	2	2
	2. Dyspnea atau terbatas	1					
	3. Apnoe	0					
Tekanan Darah	1. TD 20% dari pre anestesi	2	1	1	1	1	1
	2. TD 20-50 % dari pre anestesi	1					
	3. TD > 50 % dari pre anestesi	0					
Kesadaran	1. Sadar penuh	2	1	1	2	2	2
	2. Dapat dibangunkan bila dipanggil	1					
	3. Tidak bereaksi	0					
Saturasi oksigen	1. >90% dengan udara bebas	2	1	1	1	1	2
	2. Memerlukan tambahan oksigen untuk menjaga SPO <sub>2</sub>	1					
	3. SPO <sub>2</sub> > 90% dengan tambahan O <sub>2</sub>	0					
Total Skor			5	5	6	8	<b>9</b>
Skor >8, pasien diperbolehkan pindah dari ruangan							

- 7) Keadaan umum: Baik



- 8) Tanda vital, Suhu: 34,8<sup>0</sup> C, frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, tekanan darah: 110/80 mmHg, spo<sub>2</sub>: 99 %
- 9) Kesadaran: Apatis
- 10) Balance cairan :

**Tabel 4.10 Balance Cairan**

<b>Intake</b>	<b>Jumlah (cc)</b>	<b>Output</b>	<b>Jumlah (cc)</b>
Oral		Urine	1800
Enteral		Muntah	
Parenteral	2000	IWL	20
		Perdarahan	100
<b>Jumlah</b>	<b>2000</b>	<b>Jumlah</b>	<b>1920</b>

- 11) Survey sekunder, lakukan secara head to toe secara prioritas:

**Tabel 4.11 Survey sekunder**

<b>Bagian tubuh</b>	<b>Normal</b>		<b>Jika tidak Normal, Jelaskan</b>
	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	
Kepala	✓		
Leher	✓		
Dada	✓		
Abdomen		✓	Luka jahitan Post op ± 20-25 cm
Genitalia	✓		
Integumen	✓		
Ekstremitas	✓		

## d. Analisa Data

Tabel 4.12 Analisa Data

Data Subyektif & Obyektif	Masalah Keperawatan	Etiologi
<p><b>Pre Operasi (di RPU &amp; Kamar Persiapan Operasi)</b></p> <p>1) DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien mengatakan khawatir dengan tindakan operasi</li> <li>b) Pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi</li> </ul> <p>2) DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien tampak banyak bertanya tentang prosedur operasi.</li> <li>b) Pasien merasa jantung berdebar-debar.</li> <li>c) Wajah tampak tegang dan gelisah.</li> <li>d) Tanda vital pasien TD: 120/80 mmhg, nadi 98 x/menit, RR: 24x/menit.</li> </ul>	<p>Ansietas (D.0080)</p>	<p>Krisis situasional (pre-operasi laparatomi)</p>
<p>DS :</p> <p>1) DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien mengatakan nyeri pada perutnya</li> <li>b) Pasien mengatakan nyeri muncul saat perut ditekan dan semakin bertambah saat tubuh bergerak. Nyeri berkurang dengan berbaring dan diberi obat.</li> </ul> <p>2) DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien tampak menyentuh area Perut</li> <li>b) Pasien tampak meringis</li> <li>c) Pasien tampak gelisah</li> <li>d) Pasien sulit tidur</li> <li>e) Nyeri skala 3 dengan alat ukur nyeri VAS (<i>Visual Analog Scale</i>) .</li> <li>f) Hasil Leukosit : 12.800 mm<sup>3</sup></li> <li>g) TD 120/80 mmHg, N 90 x/menit, RR 24 x/menit</li> </ul>	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>	<p>Agen Pencedera Fisiologis (Proses Infeksi)</p>

<p><b>Intra Operasi (Kamar Operasi)</b></p> <p>1) DS : -</p> <p>2) DO :</p> <p>a) Insisi ± 20-25cm insisi midline 2 cm diatas umbilikus hingga 3 jari diatas simpisis pubis</p> <p>b) Perdarahan ± 100 ml</p> <p>c) Tanda vital:  TD: 130/80 mmHg  Nadi: 80 x/menit  Pernafasan: 20 x/menit spO<sub>2</sub>: 99%</p> <p>d) Balance cairan 80 cc</p>	<p>Resiko perdarahan (D.0012)</p>	<p>Tindakan pembedahan</p>
<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>a) Dilakukan general anestesi</p> <p>b) Pemajanan instrumen bedah</p> <p>c) Pemajanan jarum dan bisturi</p> <p>d) Insisi pembedahan ± 20-25 cm</p> <p>e) Penggunaan pen cutter</p> <p>f) Peletakkan plate diatermi</p> <p>g) Pemindahan pasien dengan brankar dari meja operasi ke ruang RR</p>	<p>Resiko cedera (D.0136)</p>	<p>Perubahan Sensasi, Pemajanan Peralatan (Operasi)</p>
<p><b>Post Operasi ( di RR/ PACU)</b></p> <p>DS :</p> <p>- Pasien mengatakan badan terasa dingin</p> <p>DO :</p> <p>a) Pasien tampak mengigil</p> <p>b) Akral teraba dingin</p> <p>c) Terpasang selimut pada seluruh tubuh pasien dan area kepala</p> <p>d) Dilakukan general anestesi</p> <p>e) Suhu ruangan RR / PACU 22° C</p> <p>f) Tanda - tanda vital :  TD : 110/80 mmHg  Nadi : 70 x/menit  RR : 20 x/menit  Suhu : 34,8° C</p>	<p>Hipotermia Perioperatif (D.0141)</p>	<p>Pemajanan suhu rendah dalam jangka lama</p>

<p><b>Post Operasi ( di Ruang Perawatan Bedah/RPU)</b>  <b>DS :</b>  a) Pasien merintih kesakitan</p> <p><b>DO :</b>  b) Pasien tampak menyentuh area sekitar luka operasi  c) Pasien tampak meringis  d) Pasien tampak gelisah  e) Pasien sulit tidur  f) Nyeri skala 5 dengan alat ukur nyeri VAS (<i>Visual Analog Scale</i>).  g) TD 120/80 mmHg, N 90 x/menit, RR 22 x/menit</p>	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>	<p>Agen pencedera fisik ( Prosedur Operasi )</p>
---	--------------------------------	--

**e. Diagnosis Keperawatan**

- 1) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (pre-operasi laparatomi)
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (Proses Infeksi)
- 3) Resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan
- 4) Resiko cedera berhubungan dengan perubahan sensasi, pemajanan peralatan (operasi)
- 5) Hipotermia perioperatif berhubungan dengan pemajanan suhu rendah dalam jangka lama
- 6) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik ( Prosedur Operasi )



## Rencana Keperawatan

Tabel 4.13 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	<p><b>Pre Operasi</b></p> <p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (pre-operasi laparatomi) ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien mengatakan khawatir dengan tindakan operasi</li> <li>b) Pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien tampak banyak bertanya tentang prosedur operasi.</li> <li>b) Pasien merasa jantung berdebar-debar.</li> <li>c) Wajah tampak tegang dan gelisah.</li> <li>d) Tanda vital pasien TD: 120/80 mmhg, nadi 98x/ menit, RR: 24x/menit.</li> </ul>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1-2 jam tingkat ansietas menurun (L.09093) dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Verbalisasi khawatir menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun</li> <li>4. Perilaku tegang menurun.</li> </ul>	<p><u>Reduksi Ansietas (I.09314)</u></p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi ansietas pasien</li> <li>2. Monitor tanda dan gejala ansietas</li> </ul> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> </ul> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>3. Latih teknik relaksasi napas dalam</li> </ul>

2	<p>Nyeri akut berhubungan agen pencedera fisiologis (Proses Infeksi)</p> <p>DS :</p> <p>c) Pasien mengatakan nyeri pada perutnya</p> <p>d) Pasien mengatakan nyeri muncul saat perut ditekan dan semakin bertambah saat tubuh bergerak. Nyeri berkurang dengan berbaring dan diberi obat.</p> <p>DO :</p> <p>h) Pasien tampak menyentuh area Perut</p> <p>i) Pasien tampak meringis</p> <p>j) Pasien tampak gelisah</p> <p>k) Pasien sulit tidur</p> <p>l) Nyeri skala 3 dengan alat ukur nyeri VAS.</p> <p>m) Hasil leukosit : 12.800 mm<sup>3</sup></p> <p>n) TD 120/80 mmHg, N 90x/menit, RR 24 x/menit</p>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1-2 jam tingkat nyeri menurun hingga hilang (L.08066) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Pasien tampak rileks</li> <li>3. Tanda vital dalam batas normal</li> </ol>	<p><u>Manajemen Nyeri (I.08238)</u></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2. Identifikasi nyeri non verbal</li> <li>3. Monitor tanda vital</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan memberikan posisi nyaman untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ol>
---	--	---	---

3	<p><b>Intra Operasi</b></p> <p>Risiko perdarahan b.d Tindakan pembedahan</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>a) Insisi ± 20-25cm insisi midline 2 cm diatas umbilikus hingga 3 jari diatas simpisis pubis</p> <p>b) Perdarahan ± 100 ml</p> <p>c) Tanda vital:  TD: 130/80 mmHg  Nadi: 80x/menit  Pernafasan: 20x/menit  spO<sub>2</sub>: 99%</p> <p>d) Balance cairan 80 cc</p>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2-3 jam tingkat perdarahan menurun (L.02017) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdarahan &lt; 250 cc.</li> <li>2. Intake dan output seimbang</li> <li>3. Tekanan darah 90-120/60-90 mmHg</li> <li>4. Nadi 60-100 x/menit</li> </ol>	<p><u>Pencegahan Perdarahan (I.02067)</u></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2. Monitor tanda vital dan CRT (<i>Capillary Refill Time</i>)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan ESU (<i>Electrosurgery Unit</i>) untuk koagulasi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dalam pemberian terapi cairan</li> </ol>
4	<p>Risiko cedera b.d pemajanan peralatan</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>a) Pemajanan instrument bedah</p> <p>b) Pemajanan jarum &amp; bisturi</p> <p>c) Insisi ± 20-25cm insisi midline 2 cm diatas umbilikus hingga 3 jari diatas simpisis pubis</p> <p>d) Penggunaan pen cutter</p> <p>e) Peletakan plate diatermi</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2-3 jam, maka tidak ada cedera tambahan (L.14136) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejadian cedera tambahan tidak ada</li> <li>2. Luka atau lecet tambahan tidak ada</li> <li>3. Perdarahan &lt; 250 cc.</li> </ol>	<p><u>Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.04155)</u></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (tali pengaman pada meja operasi, pasien monitor, suction)</li> </ol> <p>Therapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Letakan plate diatermi sesuai prosedur</li> <li>2. Penggunaan ESU(<i>Electrosurgery Unit</i>) untuk koagulasi</li> </ol>



	f) Pemindahan pasien dengan brankar dari meja operasi ke ruang RR ( <i>Recoveri Room</i> )		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Gunakan perangkat pelindung (pagar pada brankar)</li> <li>4. Catat jumlah pemakaian BHP (Bahan Habis Pakai) dan alat sebelum dan sesudah tindakan</li> </ol>
5	<p><b>Post Operasi</b></p> <p>Hipotermia perioperatif berhubungan dengan efek pemajanan suhu rendah dalam jangka lama</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien mengatakan badan terasa dingin</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pasien tampak menggigil</li> <li>b) Akral teraba dingin</li> <li>c) Terpasang selimut pada seluruh tubuh klien dan area kepala</li> <li>d) Suhu ruangan RR/PACU 20° C</li> <li>e) Tanda - tanda vital :           <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 110/70 mmHg</li> <li>Nadi : 70 x/menit</li> <li>RR : 20 x/menit</li> <li>Suhu : 34,8° C</li> </ul> </li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 30 – 45 menit, maka termoregulasi membaik (L.14134) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggigil menurun</li> <li>2. Pucat menurun</li> <li>3. Suhu tubuh membaik</li> <li>4. Suhu kulit membaik</li> </ol>	<p><u>Manajemen Hipotermia (I.14507)</u></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh</li> <li>2. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (menggigil, akral dingin)</li> </ol> <p>Therapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang hangat (atur suhu ruangan)</li> <li>2. Lakukan penghangatan pasif (Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)</li> </ol>

6	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik ( Prosedur Operasi )</p> <p>DS :</p> <p>a) Pasien merintih kesakitan</p> <p>DO :</p> <p>o) Pasien tampak menyentuh area sekitar luka operasi</p> <p>p) Pasien tampak meringis</p> <p>q) Pasien tampak gelisah</p> <p>r) Pasien sulit tidur</p> <p>s) Nyeri skala 5 dengan alat ukur nyeri VAS.</p> <p>t) TD 120/80 mmHg, N 88 x/menit, RR 22 x/menit</p>	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1-2 jam tingkat nyeri menurun hingga hilang (L.08066) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Pasien tampak rileks</li> <li>3. Tanda vital dalam batas normal</li> </ol>	<p><u>Manajemen Nyeri (I.08238)</u></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2. Identifikasi nyeri non verbal</li> <li>3. Monitor tanda vital</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan memberikan posisi nyaman untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ol>
---	--	---	---

**g. Catatan Perkembangan**

**Tabel 4.14 Implementasi dan Evaluasi**

No	Waktu	Implementasi	Evaluasi
1	<p>04-03-2022</p> <p>06.00</p> <p>06.15</p> <p>06.25</p> <p>06.45</p> <p>07.05</p> <p>07.25</p>	<p><b>Pre-Operasi ( R.Bedah/RPU &amp; R.Persiapan Operasi /OK)</b></p> <p><b>Reduksi anxietas</b></p> <p>1 Menanyakan apakah pasien masih merasa cemas</p> <p>2. Meminta pasien untuk menghubungi perawat bila cemas belum reda dan mengukur kembali kecemasan pasien</p> <p>3. Mengajak pasien mengobrol dan memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya terkait pembedahan yang akan dilakukan</p> <p>4. Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>5. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>6. Melatih teknik relaksasi napas dalam</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan lebih tenang dari sebelumnya</p> <p>2. Pasien mengatakan mengerti tentang tindakan operasi yg akan dilakukan</p> <p>O :</p> <p>1. Wajah tampak sedikit tegang</p> <p>2. Perilaku gelisah berkurang</p> <p>3. TD 120/80 mmHg N 80 x/menit RR 20 x/menit S 36,9°C SpO<sup>2</sup> 99%</p> <p>A : Masalah Ansietas Teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>

2	04-03-2022 06:20 06:30 06:35 07:10  07:30	<b>Manajemen Nyeri</b> 1. Mengukur skala nyeri pasien dengan VAS 2. Memantau respon nyeri non-verbal pasien 3. Memberikan posisi semifowler 30° 4. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri 5. Mengukur tanda vital	S : 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang  O : 1. Tampak gelisah berkurang 2. TD: 110/80 mmHg Frekuensi nadi: 80 x/menit Frekuensi napas: 20 x/menit 3. Skala nyeri 1 dengan VAS  A : Masalah Nyeri Akut Teratasi  P : Hentikan Intervensi
3	04-03-2022  07.45 07.48  08.00  09.00 09.33	<b>Intra Operasi (OK)</b>  <b>Pencegahan Perdarahan</b> 1. Memonitor tanda vital 2. Mengatur daya koagulasi pada ESU ( <i>Electrosurgery</i> Unit) sesuai kebutuhan tindakan operasi 3. Memberikan cairan melalui intravena dengan kolaborasi bersama penata anastesi 4. Menghitung perdarahan yang keluar 5. Menghitung balance cairan	S : -  O : 1. Jumlah perdarahan ± 100 cc 2. Daya koagulasi monopolar : 40 3. Diberikan cairan intravena NaCl selama intra operasi sebanyak 2000 cc 4. Balance cairan 80 cc

			<p>5. TD: 110/80 mmHg          Frekuensi nadi: 80 x/menit          Frekuensi napas: 20 x/menit</p> <p>A: Tidak Terjadi Perdarahan</p> <p>P : Hentikan intervensi.</p>
4	04-03-2022	<p><b>Manajemen Keselamatan Lingkungan</b></p> <p>07.50 1. Mengidentifikasi kebutuhan keselamatan (tali pengaman pada meja operasi, pasien monitor, suction)</p> <p>07.55 2. Meletakkan plate diatermi sesuai prosedur</p> <p>08.10 3. Mengawasi penggunaan ESU (<i>Electrosurgery Unit</i>) untuk koagulasi</p> <p>09.15 4. Menggunakan perangkat pelindung (pagar pada brankar)</p> <p>09.35 5. Mencatat jumlah pemakaian BHP (Bahan Habis Pakai) dan alat sebelum dan sesudah tindakan</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. General anestesi pukul 07.45WIB</li> <li>2. Terpasang tali pengaman meja operasi pada klien</li> <li>3. Terdapat luka operasi ± 20-25 cm</li> <li>4. Plate diatermi diletakkan di betis kiri klien</li> <li>5. Daya koagulasi monopolar : 55</li> <li>6. Penggunaan suction dengan daya hisap 100 mmHg</li> <li>7. Terpasang pagar pengaman pada brankar untuk memindahkan pasien ke RR</li> <li>8. Dilakukan sign out untuk memastikan jumlah pemakaian BHP (Bahan Habis</li> </ol>

			<p>Pakai) dan alat sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>A : Tidak Terjadi Cedera Tambahan</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>
5	04-03-2022	<p><b>Post Operasi ( RR/PACU)</b></p> <p><b>Manajemen Hipotermia</b></p> <p>09:35 1. Memonitor suhu tubuh</p> <p>09:40 2. Memonitor tanda dan gejala akibat hipotermia (menggigil, akral dingin)</p> <p>09:45 3. Menyediakan lingkungan yang hangat (atur suhu ruangan)</p> <p>09:50 4. Melakukan penghangatan pasif (Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan dingin berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menggigil berkurang</li> <li>- Terpasang selimut pada seluruh tubuh dan area kepala</li> <li>- Terpasang baju hangat pada klien</li> <li>- Suhu ruangan RR menjadi 24° C</li> <li>- Suhu tubuh : 35,9° C</li> </ul> <p>A : Masalah Hipotermia Teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>

6	05-03-2022	<p><b>Post Operasi ( R.Bedah / RPU )</b></p> <p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>08:00 1. Mengukur skala nyeri pasien dengan VAS</p> <p>08:10 2. Memantau respon nyeri non-verbal pasien</p> <p>08:20 3. Memberikan posisi semifowler 30°</p> <p>08:45 4. Menganjurkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri</p> <p>09:30 5. Mengukur tanda vital</p>	<p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O :</p> <p>1. Tampak gelisah berkurang</p> <p>2. TD: 110/80 mmHg</p> <p>3. Frekuensi nadi: 80 x/menit</p> <p>4. Frekuensi napas: 20 x/menit</p> <p>5. Skala nyeri 4 dengan VAS</p> <p>A : Masalah Nyeri Akut Belum Teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>1. Monitor nyeri pasien</p> <p>2. Anjurkan redakan nyeri secara mandiri</p> <p>3. Kolaborasi pemberian <i>analgetik</i></p> <p>Jam 09:40 Memberikan Th/-Inj Keterolac 1 Amp / 12 Jam (Drip Infus)</p>
---	------------	--	--

## B. Pembahasan

Dalam bab ini berisi pembahasan Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Peritonitis dengan tindakan Laparatomi di Ruang Operasi RS Bhayangkara Bandar Lampung Tahun 2022, yang telah dilakukan pada tanggal 04 Maret 2022. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Penulis membandingkan antara konsep teori dengan asuhan keperawatan perioperatif yang terdiri dari 3 fase yaitu: pre operatif, intra operatif dan post operatif (Kozier et al, 2010).

### a. Pre operatif

#### a) Pengkajian keperawatan

Pengkajian di ruang pra operasi perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dengan kelengkapannya yang berhubungan dengan pembedahan. Pengkajian ringkas tersebut antara lain terdiri dari anamnesis, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik (Padila, 2012). Keluhan utama rasa nyeri pada abdomen. Menurut Padila (2012) untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan : *provoking incident, quality of pain, region, severity (scale) of pain, time*. Hasil pengkajian yang didapatkan pada fase preoperasi ialah pasien mengatakan khawatir dengan tindakan operasi karena baru pertama kali menjalani operasi. Pasien tampak banyak bertanya tentang prosedur operasi. Pasien merasa jantung berdebar-debar. Wajah tampak tegang dan gelisah. Hasil Tanda vital pasien TD: 120/80 mmhg, nadi 98x/ menit, RR: 24x/menit. Tanda-tanda vital merupakan indikator status kesehatan yang menandakan efektivitas sirkulasi, respirasi, fungsi saraf dan endokrin. Pengukuran tanda-tanda vital memberikan data dasar untuk mengetahui respon terhadap stress fisiologi dan psikologi, rangsangan nyeri, respon terhadap terapi serta perubahan fisiologis (Pacagnella et al, 2013).

Kecemasan pasien pada masa pre operasi antara lain dapat berupa khawatir terhadap nyeri setelah pembedahan, perubahan fisik (menjadi buruk rupa dan tidak berfungsi normal), keganasan (bila diagnosa yang



ditegakkan belum pasti), operasi akan gagal, mati saat dilakukan anestesi, mengalami kondisi yang sama dengan orang lain yang mempunyai penyakit yang sama, menghadapi ruang operasi, peralatan bedah dan petugas (Perry & Potter, 2010).

Pada masa pre operasi pasien menghadapi berbagai stresor yang menyebabkan kecemasan (Perry & Potter, 2010). Menurut Carpenito (2002), menyatakan bahwa 90% pasien pre operasi berpotensi mengalami kecemasan. Menurut Yulanda dalam Efendi (2008), penelitiannya menyebutkan bahwa sebanyak 91,43% mengalami kecemasan, sementara itu dalam penelitiannya yang dilakukan pada 41 orang diperoleh informasi bahwa terdapat sebanyak 9,8% pasien mengalami kecemasan berat, 31,7% pasien dengan kecemasan sedang, 53,7% pasien dengan ringan dan 4,9% pasien tidak mengalami kecemasan. Kemudian keluhan lain saat pengkajian pre operatif adalah pada saat di ruang perawatan dan ruang persiapan operasi, pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah dengan skala 3 (0-10) dengan *Visual Analog Scale* (VAS). Nyeri terasa hilang timbul. Nyeri muncul saat perut ditekan dan semakin bertambah saat tubuh bergerak. Nyeri berkurang dengan berbaring dan diberi obat. Pasien sulit tidur. Hasil leukosit : 12.800 mm<sup>3</sup>. Tanda vital pasien TD: 120/80 mmhg, nadi 98x/ menit, RR: 24x/menit.

#### b) Diagnosis Keperawatan

Diagnosis yang diangkat pada preoperasi adalah :

1. Ansietas b.d krisis situasional (pre-operasi laparatomi).

Diagnosa ini didukung dengan adanya data yaitu pasien mengatakan khawatir dengan tindakan operasi, pasien mengatakan baru pertama kali menjalani operasi, pasien tampak banyak bertanya tentang prosedur operasi, pasien merasa jantung berdebar-debar, Wajah tampak tegang dan gelisah, tanda vital pasien TD: 120/80 mmhg, nadi 98x/ menit, RR: 24x/menit.

Berdasarkan SDKI (2016) gejala dan tanda mayor untuk diagnosa ansietas secara subjektif adalah Merasa bingung, Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, Sulit berkonsentrasi, secara objektif adalah Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur. Selain gejala dan tanda mayor ada juga gejala dan tanda minor dengan data subjektifnya adalah mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, Merasa tidak berdaya dan data objektifnya adalah Frekuensi napas meningkat, Frekuensi nadi meningkat, Tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, orientasi pada masa lalu. Berdasarkan penjelasan diatas maka terdapat banyak kesamaan antara data yang diperoleh dengan teori yang ada pada SDKI, sehingga dapat ditegakkan diagnosa ansietas.

## 2. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (proses infeksi)

Diagnosa ini didukung dengan data pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah dengan skala 3 (0-10) dengan *Visual Analog Scale* (VAS). Nyeri terasa hilang timbul. Nyeri muncul saat perut ditekan dan semakin bertambah saat tubuh bergerak. Nyeri berkurang dengan berbaring dan diberi obat. Pasien sulit tidur. Hasil leukosit : 12.800 mm<sup>3</sup> Tanda vital pasien TD: 120/80 mmhg, nadi 98x/ menit, RR: 24x/menit.

Berdasarkan SDKI (2016) Gejala dan tanda mayor untuk diagnosa nyeri akut b.d Proses Infeksi secara subjektif yaitu pasien menyatakan nyeri dan secara objektif adalah Tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Selain gejala dan tanda mayor ada juga gejala dan tanda minor yang ditandai dengan data subjektif tidak tersedia sedangkan data objektifnya yaitu Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Diagnosa keperawatan preoperasi ini didukung Penelitian yang dilakukan oleh (Chahayaningrum, 2012) dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Laparatomi Pada Ileus Obstruksi di Instalasi Bedah Sentral RSUD Dr Moewardi Surakarta menyatakan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul saat pre operasi adalah ansietas. Pada saat intra operasi diagnosa yang muncul adalah resiko tinggi terhadap infeksi dan resiko cedera. Diagnosa post operasi yang muncul adalah resiko tinggi terhadap infeksi. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan pre operasi untuk ansietas dengan *anxiety control* dan *coping mecanishm*. Intervensi diagnosa keperawatan intra operasi untuk resiko tinggi terhadap infeksi dengan *infection control* dan *infection protection*, resiko cedera dengan pengawasan intensif dan manipulasi lingkungan. Intervensi diagnosa keperawatan post operasi untuk resiko tinggi terhadap infeksi dengan *infection control* dan *infection protection*. Setelah dilakukan pemberian asuhan keperawatan permasalahan pasien teratasi.

#### c) Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan asuhan keperawatan bahwa jika perawat sudah menegakkan diagnosa maka rencana keperawatan dapat dirumuskan menggunakan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) untuk menyelesaikan masalah keperawatan. Rencana keperawatan pada fase preoperasi laparatomi dengan masalah keperawatan :

1. Ansietas b.d krisis situasional ( pre operasi- laparatomi) yaitu :  
Identifikasi saat tingkat ansietas berubah ( misal : kondisi, waktu, stresor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, monitor tanda-tanda ansietas ( verbal dan non verbal), ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang

tenang dan meyakinkan, tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang, jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat, latih teknik relaksasi, kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu* (SIKI, 2018).

2. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (proses infeksi), yaitu :  
Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin), kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu* (SIKI, 2018).

Berdasarkan intervensi diatas, tidak semua intervensi dilakukan, sehingga hanya dilakukan intervensi yang

memungkinkan untuk dilakukan yaitu Identifikasi ansietas pasien, Monitor tanda dan gejala ansietas, Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami, Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, Latih teknik relaksasi napas dalam.

Intervensi keperawatan sejalan dengan Penelitian yang dilakukan oleh (Utami, 2016) dalam penelitian yang berjudul Efektifitas Relaksasi Napas Dalam dan Distraksi dengan Latihan 5 Jari Terhadap Nyeri Post Laparatomi pada pasien post laparatomi Penelitian dilakukan di Ruang Camar III RSUD Arifin Achmad Pekanbaru menyatakan bahwa rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukan efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari terhadap nyeri post laparatomi pada kelompok eksperimen adalah 3,91 dan kelompok kontrol 5,11 dengan *p value* 0,254. Sedangkan rata-rata intensitas nyeri setelah dilakukan pijat endorphin pada kelompok eksperimen 2,05 dan kelompok kontrol adalah 4,73 dengan *p value* 0,000. Hasil menunjukkan bahwa efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari efektif untuk menurunkan nyeri post laparatomi (*p value* < 0,05).

#### d) Implementasi Keperawatan

Implementasi yang telah dilakukan pada pasien preoperasi laparatomi dengan diagnosa :

1. ansietas b.d krisis situasional ( pre operasi-laparatomi ) yaitu antara lain : mengidentifikasi ansietas pasien, memonitor tanda dan gejala ansietas, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, melatih teknik relaksasi napas dalam.
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (proses infeksi) , yaitu : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi

nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, memonitor efek samping mengkolaborasi penggunaan analgetik, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin), mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), memfasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu* (SIKI, 2018).

e) Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan asuhan keperawatan preoperatif terhadap Tn. T dengan tindakan laparatomi telah dilakukan evaluasi menggunakan komponen SOAP. Evaluasi tersebut bertujuan untuk mengetahui perkembangan pasien dan untuk mengetahui seberapa besar keberhasilan layanan asuhan keperawatan yang telah diberikan.

1. Ansietas b.d krisis situasional ( pre operasi-laparotomi ) Kondisi pasien setelah dilakukan implementasi yaitu data subjektif: Pasien mengatakan lebih tenang dari sebelumnya. Data objektif : Wajah tampak sedikit tegang, Perilaku gelisah berkurang, pasien tampak memahami tentang prosedur operasi, TD 120/80 mmHg, N 80x/menit, RR 20x/menit, S 36,9°C, SpO<sub>2</sub> 99%. Rencana tindakan : Motivasi pasien untuk melakukan tehnik relaksasi napas dalam secara mandiri, Anjurkan keluarga menemani pasien.

Dari evaluasi diatas menunjukkan penurunan tingkat kecemasan yang ditandai dengan Pasien mengatakan lebih tenang dari sebelumnya, Perilaku gelisah berkurang.

2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (proses infeksi), yaitu : data subjektifnya pasien mengatakan nyeri berkurang dan data objektifnya yaitu Tampak gelisah berkurang, TD: 110/80 mmHg, Frekuensi nadi: 80x/menit, Frekuensi napas: 20x/menit, skala nyeri 1 dengan VAS ( *Visual Analog Scale* ). Rencana tindakan : monitor nyeri pasien, anjurkan redakan nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Dari evaluasi diatas menunjukkan bahwa nyeri akut berkurang setelah dilakukan asuhan keperawatan dibuktikan dengan data subjektif dan objektif dengan pengukuran skala nyeri menggunakan VAS ( *Visual Analog Scale* ) dari 3 menjadi 1.

## **b. Intra operatif**

### **a) Pengkajian Keperawatan**

Pada saat pengkajian intra operasi data-data yang didapat, yaitu: Pada tanggal: 4 Maret pukul : 08.00 WIB Suhu: 36,3 ° C, Tekanan Darah: 130/80 mmHg, Frekuensi Nadi: 80x/menit, Frekuensi Pernafasan: 20x/menit, spO<sub>2</sub>: 99%, posisi pasien di meja operasi adalah supinasi, jenis operasi: mayor, nama operasi: laparatomy, area tubuh yang dibedah: abdomen (usus).

Menurut Muttaqin & Sari (2009) prosedur pemberian anastesi, pengatur posisi bedah, manajemen aseptis, dan prosedur bedah akan memberikan implikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul. Efek dari anastesi umum akan memberikan respons depresi atau iritabilitas kardiovaskuler, depresi pernapasan, dan kerusakan hati serta ginjal.

Pada hasil pengkajian pada Tn. T didapatkan data bahwa Komplikasi dini setelah pembedahan (saat pasien masih berada diruang

operasi): tidak ada komplikasi dini, perdarahan  $\pm 100$  cc, kemudian pemajanan instrument bedah, Pemajanan jarum & bisturi, Insisi  $\pm 20-25$  cm, insisi midline 2 cm diatas umbilikus hingga 3 jari diatas simpisis pubis, Penggunaan pen cutter, Peletakan plate diatermi, Pemindahan pasien dengan brankar yang dapat beresiko cedera pada pasien.

b) Diagnosis Keperawatan

Diagnosis yang diangkat pada intraoperasi adalah :

1. Resiko perdarahan b.d tindakan pembedahan dengan didukung dengan data-data yaitu terdapat insisi  $\pm 20-25$ cm insisi midline 2 cm diatas umbilikus hingga 3 jari diatas simpisis pubis, Perdarahan  $\pm 100$  ml, TD: 130/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Pernafasan: 20x/menit  $spO_2$ : 99%, Balance cairan 80 cc.

Berdasarkan SDKI (2016) resiko perdarahan merupakan keadaan Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh). Faktor resiko antara lain Aneurisma, gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises), gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatitis), komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar), komplikasi pasca partum (mis. atoni uterus, retensi plasenta), gangguan koagulasi (mis. trombositopenia), efek agen farmakologis, tindakan pembedahan, trauma, kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan, proses keganasan.

2. Resiko cedera b.d pemajanan peralatan (operasi) dengan didukung data-data yaitu Pemajanan instrument bedah, Pemajanan jarum & bisturi, Insisi  $\pm 20-25$ cm, insisi midline 2 cm diatas umbilikus hingga 3 jari diatas simpisis pubis, Penggunaan pen cutter, Peletakan plate diatermi, Pemindahan pasien dengan brankar

Berdasarkan SDKI (2016) resiko cedera Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik. Faktor resiko antara lain



(*eksternal*) terpapar patogen, terpapar zat kimia toksik, terpapar agen kimia toksik, terpapar agen nasokomial, ketidakamanan transportasi dan (*internal*) ketidaknormalan profil darah, perubahan orientasi afektif, perubahan sensasi, disfungsi autoimun, disfungsi biokimia, hipoksia jaringan, kegagalan mekanisme pertahanan tubuh, malnutrisi, perubahan fungsi psikomotor, serta perubahan fungsi kognitif.

Berdasarkan penjelasan di atas maka terdapat banyak kesamaan antara data yang diperoleh dengan teori yang ada pada SDKI, sehingga dapat ditegakkan diagnosa resiko perdarahan. Asuhan keperawatan ini sejalan dengan Asuhan keperawatan oleh (Romadhan, 2012) dalam Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Tindakan Laparotomi Pada Obstruksi Ileus Di Ruang Bedah Mayor IGD Rumah Sakit Umum Daerah Moewardi didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang mungkin terdapat pada klien intra operasi *laparatomy* sesuai dengan data yang didapat penulis pada saat pengkajian, ditemukan 2 diagnosa yang dapat ditegakkan pada kasus, diagnosa tersebut antara lain: resiko perdarahan teratasi dengan rehidrasi, diagnosa resiko cedera teratasi dengan pengawasan intensif

### c) Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan asuhan keperawatan bahwa jika perawat sudah menegakkan diagnosa maka rencana keperawatan dapat dirumuskan menggunakan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) untuk menyelesaikan masalah keperawatan. Rencana keperawatan pada pasien intraoperasi laparotomi dengan masalah keperawatan resiko perdarahan yaitu: Monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah, monitor tanda-tanda vital ortostatik, monitor koagulasi, pertahankan bedrest selama perdarahan, batasi tindakan invasif, *jika perlu*, gunakan kasur

pencegah dekubitus, hindari pengukuran suhu rektal, jelaskan tanda dan gejala perdarahan, anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi, anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi, anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan, anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K, anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan, kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*, kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu*, kolaborasi pemberian pelunak tinja, *jika perlu* (SIKI, 2018).

Kemudian rencana keperawatan untuk diagnosis resiko cedera intra operasi antara lain : Identifikasi kebutuhan keselamatan (tali pengaman pada meja operasi, pasien monitor, suction, hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (letakkan plate diatemi sesuai prosedur, penggunaan ESU (*Electrosurgery Unit*) untuk koagulasi), gunakan perangkat pelindung (pagar pada brankar). (SIKI, 2018). Sementara dalam buku NIC (Bulechek, 2013) rencana keperawatan yang dapat dilakukan untuk diagnosis resiko cedera antara lain : periksa monitor isolasi utama, siapkan alat dan bahan oksigenasi dan ventilasi buatan, periksa keadekuatan fungsi dari alat-alat tersebut, monitor aksesoris spesifik yang dibutuhkan untuk posisi bedah tertentu, periksa persetujuan bedah dan tindakan pengobatan lain yang diperlukan, periksa bersama pasien atau orang yang berkepentingan lainnya mengenai prosedur dan area pembedahan, berpartisipasi dalam fase “*time out*” dalam pre operatif untuk memeriksa terhadap prosedur; benar pasien, benar prosedur, benar area pembedahan, sesuai kebijakan instansi., dampingi pasien pada fase transfer ke meja operasi sambil melakukan monitor terhadap alat, hitung kasa perban, alat tajam dan instrumen, sebelum, pada saat dan setelah pembedahan, sediakan unit pembedahan elektronik, alas lapang pembedahan dan elektroda aktif yang sesuai, periksa ketiadaan pacemaker jantung, implan elektrik lainnya, atau prothesis logam yang merupakan kontaindikasi *electrosurgical surgery*, lakukan tindakan pencegahan terhadap radiasi ionisasi atau gunakan alat pelindung dalam situasi dimana alat tersebut

dibutuhkan, sebelum operasi dimulai, sesuaikan koagulasi dan arus pemotong sesuai instruksi dokter atau kebijakan institusi, inspeksi kulit pasien terhadap cedera setelah menggunakan alat pembedahan elektronik.

Berdasarkan intervensi diatas, tidak semua intervensi dilakukan dikarenakan melihat kondisi dan adanya keterbatasan waktu, sehingga hanya dilakukan intervensi yang memungkinkan untuk dilakukan pada diagnosis resiko perdarahan yaitu : Monitor tanda dan gejala perdarahan, monitor tanda vital dan CRT ( *Capillary Refill Time*), penggunaan ESU (*Electrosurgical Unit*) untuk koagulasi, Kolaborasi dalam pemberian terapi cairan, kolaborasi dalam pemberian tranfusi darah. Identifikasi kebutuhan keselamatan (tali pengaman pada meja operasi, pasien monitor, suction). Sementara untuk diagnosis resiko cedera intervensi keperawatan yang dapat dilakukan yaitu: letakan plate diatermi sesuai prosedur, penggunaan ESU untuk koagulasi. gunakan perangkat pelindung (pagar pada brankar) dan catat jumlah pemakaian BHP dan alat sebelum dan sesudah tindakan.

#### d) Implementasi Keperawatan

Implementasi yang telah dilakukan pada pasien intraoperasi laparatomi diatas dengan diagnosis

1. Resiko resiko perdarahan b.d tindakan pembedahan yaitu antara lain : Memonitor tanda dan gejala perdarahan, memonitor tanda vital dan CRT (*Capillary Refill Time*), menggunakan ESU (*Electrosurgery Unit*) untuk koagulasi, mengkolaborasikan dalam pemberian terapi cairan.
2. Resiko cedera b.d perubahan sensasi, pemajanan peralatan (operasi) yaitu antara lain :  
meletakkan plate diatermi sesuai prosedur, mengawasi penggunaan ESU (*Electrosurgery Unit*) untuk koagulasi, menggunakan perangkat pelindung (pagar pada brankar) dan mencatat jumlah pemakaian BHP dan alat sebelum dan sesudah tindakan.

e) Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan asuhan keperawatan intraoperatif terhadap Tn. T dengan tindakan laparatomi telah dilakukan evaluasi menggunakan komponen SOAP. Evaluasi tersebut bertujuan untuk mengetahui perkembangan pasien dan untuk mengetahui seberapa besar keberhasilan layanan asuhan keperawatan yang telah diberikan.

Kondisi pasien setelah dilakukan implementasi pada diagnosis :

- 1) Resiko perdarahan b.d tindakan pembedahan yaitu : Jumlah perdarahan  $\pm$  100 cc, daya coagulasi monopolar : 40, diberikan cairan intravena NaCl selama intra operasi sebanyak 2000 cc, balance cairan 80 cc, TD: 110/80 mmHg , frekuensi nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit. Dari evaluasi diatas menunjukkan tidak terjadi perdarahan ditandai dengan : Jumlah perdarahan  $\pm$  100 cc, daya coagulasi monopolar : 40, diberikan cairan intravena NaCl selama intra operasi sebanyak 2000 cc.
  
- 2) Resiko cedera b.d perubahan sensasi, pemajanan peralatan (operasi) yaitu : Terpasang tali pengaman meja operasi pada klien, plate diatermi diletakkan di betis kiri klien, Daya koagulasi monopolar : 55, Penggunaan suction dengan daya hisap 100 mmHg, terpasang pagar pengaman pada brankar untuk memindahkan pasien ke RR, dilakukan sign out untuk memastikan jumlah pemakaian BHP dan alat sebelum dan sesudah tindakan. Dari evaluasi diatas menunjukkan tidak terjadi cedera tambahan.

**c. Post operatif**

a) Pengkajian Keperawatan

Menurut Muttaqin & Sari (2009) fase pascaoperatif merupakan suatu kondisi dimana pasien ke ruang pulih sadar sampai pasien dalam kondisi sadar betul untuk dibawa ke ruang rawat inap. Pengkajian yang dilakukan saat pascaoperatif meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital, airway, breathing, circulation, kesadaran, brome score, aldrete score,

dan keluhan. Dari data yang penulis temukan pada saat pengkajian post operasi yaitu Pasien pindah ke *Recovery Room* Jam: 10: 00 WIB, keluhan saat di RR/PACU: Pasien mengatakan badan terasa dingin. Pasien tampak menggigil. Akral teraba dingin. Airway: tidak terdengar suara napas tambahan, tidak terpasang OPA, Breathing: napas spontan, RR: 16x/menit, pasien diberikan Oksigen dengan nasal kanul 3L/menit, Sirkulasi: Spo2 99%, tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 70x/menit, suhu: 34,8° C.

Efek dari Paparan suhu ruangan operasi yang rendah dapat mengakibatkan pasien menjadi hipotermi, hal ini terjadi akibat dari perambatan antara suhu permukaan kulit dan suhu lingkungan. Suhu kamar operasi selalu dipertahankan dingin (20 – 24°C) untuk mengurangi pertumbuhan bakteri (Mangku dan Senapathi, 2010).

Kemudian pada saat di ruang perawatan (RPU) tanggal 05-03-2022 jam 08:00 BBWI Pasien tampak merintih kesakitan. Pasien tampak menyentuh area sekitar luka operasi. Nyeri skala 5 dengan alat ukur nyeri VAS (*Visual Analog Scale*), Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 70x/menit, suhu tubuh: 36,1<sup>0</sup>C.

Efek dari insisi akan memberikan respon nyeri pada bagian luka laparatomi . hal ini sesuai dengan Asuhan keperawatan oleh (Adetiya, 2014) dalam Asuhan Keperawatan pada Tn.P dengan Pasca Operasi Laparatomy atas Indikasi Peritonitis di Ruang Wijaya Kusuma RSUD Kraton Pekalongan didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang mungkin terdapat pada klien dengan pasca operasi *laparatomy* sesuai dengan data yang didapat penulis pada saat pengkajian, ditemukan 4 diagnosa yang dapat ditegakkan pada kasus, diagnosa tersebut antara lain: ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, hambatan mobilisasi fisik (imobilisasi) berhubungan dengan nyeri, resiko tinggi infeksi berhubungan dengan luka trauma jaringan.

Pada hasil pengkajian postoperasi pada Tn. T efek luka insisi umum yang ditimbulkan adalah nyeri dengan skala nyeri 5 yang diukur menggunakan VAS (*Visual Analog Scale*)

b) Diagnosis Keperawatan

Diagnosis yang diangkat pada post operasi adalah :

1. Hipotermia perioperatif b.d Pemajanan suhu rendah dalam jangka lama yang didukung dengan data yang penulis temukan pada saat pengkajian post operasi yaitu: Pasien tampak mengigil, Akral teraba dingin, Terpasang selimut pada seluruh tubuh klien dan area kepala, suhu ruangan 20°C

Berdasarkan SDKI (2016) Gejala dan tanda mayor untuk diagnosa hypothermia perioperatif b.d pemajanan suhu rendah dalam jangka lama secara subjektif yaitu pasien Pasien mengeluh badannya terasa dingin. Pasien tampak mengigil. Akral teraba dingin dan suhu tubuh dibawah normal.

2. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (Prosedur Operasi) yang didukung dengan data yang ditemukan pada saat pengkajian post operasi diruang perawatan (RPU) yaitu: Pasien merintih kesakitan, pasien tampak menyentuh area sekitar luka operasi, nyeri skala 5 dengan alat ukur nyeri VAS, TD 110/80 mmHg, N: 70x/m, RR: 16x/m, Pasien tampak gelisah, pasien sulit tidur

Berdasarkan SDKI (2016) Gejala dan tanda mayor untuk diagnosa nyeri akut b.d Agen pencidera fisik (Prosedur Operasi) secara subjektif yaitu pasien menyatakan nyeri dan secara objektif adalah Tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Selain gejala dan tanda mayor ada juga gejala dan tanda minor yang ditandai dengan data subjektif tidak tersedia sedangkan data objektifnya yaitu Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

### c) Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan asuhan keperawatan bahwa jika perawat sudah menegakkan diagnosa maka rencana keperawatan dapat dirumuskan menggunakan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) untuk menyelesaikan masalah keperawatan. Rencana keperawatan pada pasien postoperasi laparatomi dengan masalah keperawatan :

1. Hipotermi perioperatif b.d efek pemajanan suhu rendah dalam jangka lama, yaitu : Monitor suhu tubuh , monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (menggigil, akral dingin), sediakan lingkungan yang hangat (atur suhu ruangan), lakukan penghangatan pasif (Selimut, menutup kepala, pakaian tebal). (SIKI,2018)
2. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi), yaitu : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin), kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu* (SIKI, 2018).

Berdasarkan intervensi diatas, tidak semua intervensi dilakukan dikarenakan melihat kondisi dan adanya keterbatasan waktu, sehingga hanya dilakukan intervensi yang memungkinkan untuk dilakukan untuk diagnosis resiko hipotermia perioperatif adalah : Monitor suhu tubuh , monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (menggigil, akral dingin), sediakan lingkungan yang hangat (atur suhu ruangan), lakukan penghangatan pasif (Selimut, menutup kepala, pakaian tebal).

Sementara untuk diagnosis nyeri akut, yaitu Identifikasi skala nyeri, dentifikasi nyeri non verbal, monitor tanda vital, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan memberikan posisi nyaman untuk mengurangi rasa nyeri, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*.

Intervensi keperawatan untuk diagnosis resiko hipotermi perioperatif ini sejalan dengan hasil Penelitian yang dilakukan oleh (I Made Suindrayasa,2017) yang berjudul Efektifitas Penggunaan Selimut Hangat Terhadap Perubahan Suhu Pada Pasien Hipotermia Post Operasi Di Ruang OK RSUD Buleleng bahwa ada perbedaan suhu pada pasien hipotermia post operasi antara sebelum dengan setelah diberikan penghangat dengan selimut. Hal ini menunjukkan bahwa ada perubahan suhu pada pasien hipotermia post operasi setelah diberikan penghangat dengan selimut. Penggunaan selimut ini membantu mengurangi pengeluaran panas dengan mempertahankan panas secara konduksi. Konduksi merupakan panas yang berpindah dari satu zat ke zat lain dengan bersentuhan secara langsung. Ketika kulit yang memiliki suhu yang lebih tinggi mengenai zat yang lebih dingin, maka panas akan berpindah. Ketika suhu dua objek sama, kehilangan panas konduktif berhenti. Selimut juga dapat melindungi tubuh pasien terutama kulit sebagai reseptor suhu dari keadaan lingkungan ruang RR/PACU.



Dan untuk diagnosis nyeri akut, (Utami, 2016) dalam penelitian yang berjudul Efektifitas Relaksasi Napas Dalam dan Distraksi dengan Latihan 5 Jari Terhadap Nyeri Post Laparatomi pada pasien post laparatomi Penelitian dilakukan di Ruang Camar III RSUD Arifin Achmad Pekanbaru menyatakan bahwa rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukan efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari terhadap nyeri post laparatomi pada kelompok eksperimen adalah 3,91 dan kelompok kontrol 5,11 dengan *p value* 0,254. Sedangkan rata-rata intensitas nyeri setelah dilakukan pijat endorphin pada kelompok eksperimen 2,05 dan kelompok kontrol adalah 4,73 dengan *p value* 0,000. Hasil menunjukkan bahwa efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari efektif untuk menurunkan nyeri post laparatomi (*p value* < 0,05).

#### d) Implementasi Keperawatan

Implementasi yang telah dilakukan pada pasien post operasi laparatomi dengan diagnosis keperawatan :

- 1) Hipotermia perioperatif b.d efek pemajanan suhu rendah dalam jangka lama yaitu antara lain : Memonitor suhu tubuh , memonitor tanda dan gejala akibat hipotermia (menggigil, akral dingin), menyediakan lingkungan yang hangat (atur suhu ruangan), melakukan penghangatan pasif (Selimut, menutup kepala, pakaian tebal).
- 2) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi), yaitu antara lain : Mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi nyeri non verbal, memonitor tanda vital, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan memberikan posisi nyaman untuk mengurangi rasa nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengolaborasi pemberian analgetik Inj. Keterolac 1 Ampul/12 Jam (Drip Infus).

#### e) Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan asuhan keperawatan post operatif terhadap Tn. T dengan tindakan laparatomi telah dilakukan evaluasi menggunakan komponen SOAP. Evaluasi tersebut bertujuan untuk mengetahui perkembangan pasien dan untuk mengetahui seberapa besar keberhasilan layanan asuhan keperawatan yang telah diberikan. Kondisi pasien setelah dilakukan implementasi pada diagnosis

- 1) Hipotermi perioperative b.d efek pemanjanaan suhu rendah dalam jangka lama, yaitu : Data subyektifnya : Pasien mengatakan dingin berkurang dan data objektifnya: menggigil berkurang, terpasang selimut pada seluruh tubuh dan area kepala, terpasang baju hangat pada klien, suhu ruangan RR menjadi 24° C, suhu tubuh : 35,9° C. Evaluasi : menunjukkan bahwa hipotermia teratasi setelah dilakukan asuhan keperawatan dibuktikan dengan data subjektif dan objektif dengan pengukuran suhu tubuh dari 34,8°C menjadi 35,9°C .
- 2) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi), yaitu : Data subjektifnya yaitu Pasien mengatakan nyeri berkurang dan data objektifnya yaitu Tampak gelisah berkurang, TD: 110/80 mmHg, Frekuensi nadi: 80x/menit, Frekuensi napas: 20x/menit, skala nyeri 4 dengan VAS. Rencana tindakan : monitor nyeri pasien, anjurkan redakan nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik. Evaluasi : menunjukan bahwa nyeri akut berkurang setelah dilakukan asuhan keperawatan dibuktikan dengan data subjektif dan objektif dan dengan pengukuran skala nyeri menggunakan VAS dari 5 menjadi 4.

#### C. Keterbatasan

Pada saat melakukan asuhan keperawatan, ada beberapa keterbatasan yang dapat mempengaruhi kondisi dari asuhan yang dilakukan. Adapun keterbatasan tersebut sebagai berikut:

1. Beberapa intervensi tidak dapat dilakukan karena Rumah Sakit memiliki keterbatasan waktu yang diperoleh. intervensi dilakukan dikarenakan melihat kondisi dan adanya keterbatasan waktu. Peneliti menyadari bahwa keterbatasan waktu yang digunakan kurang maksimal untuk menyelesaikan asuhan perioperatif.
2. Pada saat melakukan asuhan keperawatan, ada beberapa keterbatasan yang dialami penulis dan mempengaruhi kondisi dari asuhan keperawatan yang dilakukan. Dimana beberapa intervensi tidak dapat dilakukan karena SOP ( Standar Operasional Prosedur) rumah sakit yang membatasi kepada mahasiswa untuk melakukan tindakan pada pasien pasca anestesi.