

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keselamatan & Keamanan

Konsep keselamatan & keamanan berkaitan dengan kemampuan seseorang dalam menghindari bahaya, dan orang tersebut memiliki pengetahuan dan kesadaran akan melakukan pencegahan. Beberapa faktor penting berkaitan dengan keselamatan dan keamanan, yaitu tingkat pengetahuan dan kesadaran individu, kemampuan fisik dan mental dalam upaya pencegahan, serta lingkungan fisik yang dapat membahayakan keselamatan individu (Mubarak & Chayatin, 2008).

1. Definisi Keamanan dan Protektif

Keamanan & proteksi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi setelah kebutuhan fisiologis, keamanan didefinisikan sebagai keadaan seseorang yang bebas dari cedera fisik dan psikologis. Dalam lingkungan pelayanan kesehatan kebutuhan rasa aman merupakan hal yang penting dalam perawatan pasien, sehingga perawat memiliki tugas menjaga keamanan diri serta pasien yang dirawat baik sehat maupun sakit demi kelangsungan hidup pasien (Perry & Potter, 2010).

Keselamatan (*safety*) adalah keadaan seseorang, kelompok, masyarakat agar terhindar dari bahaya/kecelakaan (Tarwoto & Wartonah, 2010).

2. Faktor yang mempengaruhi keselamatan dan keamanan

Chayatin & Mubarak (2019), mengemukakan Kemampuan seseorang untuk melindungi dirinya dipengaruhi oleh beberapa faktor diantara lain:

a. Usia

Usia sangat berkaitan dengan pengetahuan dan pengalaman seseorang. Anak-anak biasanya belum mengetahui ancaman bahaya di lingkungan yang dapat menyebabkan cedera pada mereka. Sedangkan lansia umumnya akan mengalami penurunan fungsi organ yang dapat

dapat menghambat kemampuan untuk melindungi diri mereka

b. Perubahan persepsi-sensorik

Persepsi-sensorik merupakan hal yang vital bagi keselamatan individu. Individu yang mengalami gangguan persepsi-sensori (pendengaran, penglihatan, penciuman, sentuhan) berisiko tinggi mengalami cedera

c. Aktivitas

Keterbatasan aktivitas terjadi pada pasien post operasi yang bagian tubuhnya mengalami masalah kesehatan kemudian diakhiri dengan penutupan luka, hal ini menyebabkan masalah keterbatasan gerak sehingga mengakibatkan ketidakmampuan untuk memenuhi activity daily living(ADL)(Dewi et al., 2022).

d. Status kesehatan

Seseorang yang lemah karena penyakit atau prosedur pembedahan jika tidak selalu waspada dengan kondisi mereka dapat mengancam keamanan mereka

e. Keadaan emosi

Perubahan emosi pada seseorang akan mengancam diri sendiri dan lingkungan salah satunya sulit tidur, sulit tidur dapat disebabkan oleh 2 hal yaitu, ketidaknyamanan fisik nyeri dan kecemasan terhadap perkembangan kesehatan setelah operasi, jika berlangsung terus dalam periode lama, dapat menghambat penyembuhan dan memperburuk penyakit (Samsir & Yunus, 2020).

f. Pengetahuan tentang keamanan

Informasi tentang keamanan sangat penting karena dapat menurunkan tingkat bahaya lingkungan. Dalam hal ini perawat bertanggung jawab memberikan informasi yang akurat kepada pasien dirumah sakit

g. Gaya hidup

Beberapa hal gaya hidup yang berisiko tinggi terhadap individu yaitu lingkungan kerja yang tidak aman, lingkungan di daerah rawan

seperti sungai, lereng pegunungan, jalan raya, tingkat ekonomi yang rendah, akses yang mudah untuk mendapatkan obat-obatan

h. Lingkungan

Kondisi lingkungan yang tidak aman dapat membahayakan keselamatan individu seperti bunyi yang sangat keras sehingga dapat menyebabkan indra pendengaran terganggu. Bahan-bahan berbahaya seperti racun, zat kimia, dan merkuri dapat mengakibatkan kerusakan pada jaringan saraf

B. Konsep Post Operasi

1. Pengertian Post Operasi

Post Operasi adalah masa setelah pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya. Tahap-tahap pasca-operasi dimulai dari memindahkan pasien dari ruang bedah ke unit pasca-operasi dan berakhir saat pasien pulang (Hidayat & Uliyah, 2016).

2. Jenis-jenis Operasi

a. Perry & Potter (2010), Mengemukakan jenis operasi menurut fungsinya (tujuannya) di antara lain:

- 1) Diagnostik: Biopsi, Laparotomi eksplorasi
- 2) Kuratif (ablatif): tumor appendektomi
- 3) Reparatif: memperbaiki luka multiple
- 4) Rekonstruktif: mamoplasti, perbaikan wajah
- 5) Paliatif: menghilangkan nyeri
- 6) Transplantasi: penanaman organ tubuh untuk menggantikan organ atau struktur tubuh yang malfungsi (cangkok ginjal, kornea)

b. Menurut luas atau tingkat resiko

1) Mayor

operasi yang melibatkan organ tubuh secara luas dan mempunyai resiko tinggi terhadap kelangsungan hidup klien.

2) Minor

Operasi dengan Sebagian kecil dari tubuh yang mempunyai resiko komplikasi lebih kecil dibandingkan dengan operasi mayor

3. Komplikasi Post Operasi

Menurut Baradero et al. (2008), komplikasi yang dapat muncul antara lain hipotensi dan hipertensi. Hipotensi adalah tekanan darah systole kurang dari 70 mmHg atau kurang dari 25% dari nilai sebelumnya. Hipotensi bisa disebabkan karena hipovolemia yang diakibatkan perdarahan dan overdosis obat anestetika. Hipertensi dapat terjadi karena analgesik dan hipnosis yang tidak adekuat, batuk, penyakit hipertensi yang tidak diterapi, dan ventilasi yang tidak adekuat.

Sedangkan menurut Majid et al. (2011), komplikasi post operasi adalah perdarahan dengan penyebab seperti gelisah, gundah, terus bergerak, merasa haus, kulit dingin basah pucat, nadi meningkat, suhu turun, pernafasan cepat dan dalam, bibir dan konjungtiva pucat dan pasien melemah.

C. Proses Penyembuhan Luka

Luka terjadi akibat proses pembedahan pada abdomen sehingga mengakibatkan rasa tidak nyaman hingga dapat menyebabkan infeksi pada luka operasi (Sandy et al., 2015).

Penyembuhan luka adalah sebuah proses yang melibatkan respon seluler dan biokimia baik secara local maupun sistemik dengan melibatkan proses dinamis dan kompleks dari koordinasi serial termasuk perdarahan, koagulasi, inisiasi, respon inflamasi akut segera setelah trauma, regenerasi, migrasi dan proliferasi jaringan ikat dan sel parenkim, serta sintesis protein matriks ekstraselular, remodeling parenkim dan jaringan ikat serta deposisi kolagen (Primadina et al., 2019).

Sebagai respon terhadap jaringan yang rusak, tubuh mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk menggantikan jaringan yang hilang, memperbaiki struktur, kekuatan dan juga fungsinya. Penyembuhan luka dapat melibatkan integrasi proses fisiologis. Sifat penyembuhan semua luka sama,

tergantung pada lokasi luka, keparahan luka dan luas cedera. Tidak hanya itu, penyembuhan luka dipengaruhi oleh kemampuan sel dan jaringan untuk melakukan regenerasi (Perry et al., 2013). Berdasarkan proses penyembuhan, dapat dikategorikan menjadi 3 yaitu:

1. *Healing by primary intention*

Tepi luka bisa menyatu kembali, permukaan bersih, biasanya terjadi karena suatu insisi, tidak adanya jaringan yang hilang. Penyembuhan luka berlangsung dari bagian internal ke bagian eksternal

2. *Healing by secondary intention*

Terdapat Sebagian jaringan yang hilang, proses penyembuhan akan berlangsung mulai dari pembentukan jaringan granulasi pada dasar luka dan disekitarnya.

3. *Delayed primary healing (tertiary healing)*

Penyembuhan luka berlangsung lambat, biasanya sering disertai dengan infeksi dan diperlukan penutupan luka secara manual.

1. Fase Penyembuhan Luka

Ada beberapa fase dalam penyembuhan luka menurut Primadina et al. (2019), sebagai berikut:

A. Fase Inflamasi

Fase inflamasi berlangsung sekitar 4-6 hari. Pada proses penyembuhan luka ini berawal proses hemostatis. Beberapa jumlah mekanisme terlibat didalam untuk menghentikan perdarahan secara alami (hemostatis). Selama proses penyembuhan dengan hemostatis pembuluh darah yang cedera akan mengalami konstriksi dan trombosit berkumpul untuk menghentikan perdarahan (Perry et al., 2013). Proses ini memerlukan peranan platelet dan fibrin. Pada pembuluh darah normal, terdapat produk endotel seperti *prostacyclin* untuk menghambat pembentukan bekuan darah. Ketika pembuluh darah pecah, proses pembekuan dimulai dari rangsangan *callogen* terhadap platelet. Platelet menempel dengan platelet lainnya dimedia oleh protein fibrinogen dan faktor *von Willebrand*. Agregasi platelet

Bersama dengan eritrosit akan menutup kapiler untuk menghentikan perdarahan.

Proses awal terjadinya luka terjadi vasokonstriksi lokal pada arteri dan kapiler untuk menghentikan perdarahan. Proses ini dimediasi oleh epinephrin, norepinephrine dan prostaglandin yang dikeluarkan oleh sel yang cedera. Setelah 10-15 menit pembuluh darah akan mengalami vasodilatasi yang dimediasi oleh serotonin, histamin, kinin, prostaglandin, *leukotriene* dan produk endotel. Hal ini mengakibatkan lokasi luka tampak merah dan hangat

Sel mati yang berada dipermukaan endotel mengeluarkan histamin dan serotonin yang menyebabkan vasodilatasi dan peningkatan permeabilitas vaskuler. Hal ini mengakibatkan plasma keluar intravaskuler ke ekstrasvaskuler. Leukosit berpindah ke jaringan luka melalui proses aktif yaitu diapedesis. Proses ini dimulai ketika leukosit menempel pada sel endotel yang melapisi kapiler dimediasi oleh selectin. Kemudian leukosit semakin lekat akibat integrin yang terdapat pada permukaan leukosit dengan *intercellular adhesion moleculer* (ICAM) pada sel endotel. Setelah itu leukosit berpindah secara aktif dari sel endotel ke jaringan luka

Saat hari kedua/ketiga luka, monosit/makrofag masuk kedalam luka melalui mediasi *monocyte chemoattractant protein 1* (MCP-1). Makrofag adalah sel yang sangat penting untuk membuang material asing, merangsang pergerakan sel, dan mengatur pergantian ECM. Makrofag adalah penghasil sitokin dan growth factor yang menstimulasi proliferasi fibroblast, produksi kolagen, pembentukan pembuluh darah baru, dan proses penyembuhan lainnya

Limfosit T muncul secara signifikan pada hari kelima luka sampai ke tujuh. Limfosit mempengaruhi fibroblast dengan menghasilkan sitokin, seperti IL-2 dan *fibroblast activating factor*. Limfosit T menghasilkan interferon- γ (IFN- γ), yang menstimulasikan makrofag untuk mengeluarkan sitokin seperti IL-1 dan TNF- α . Sel T memiliki peran dalam penyembuhan luka kronis.

Pada fase inflamasi setelah berhasil dicapai luka yang bersih, tidak terdapat infeksi atau kuman serta pedoma/parameter bahwa fase inflamasi ditandai dengan adanya edema hangat pada kulit, edema dan rasa sakit yang berlangsung hingga hari ke-3 atau hari ke-4 (Maryunani, 2015).

B. Fase Proliferasi

Pada fase ini berlangsung hingga hitungan minggu atau 3-24 hari Primadina et al. (2019), Jaringan baru mengalami pertumbuhan untuk menutup luka utamanya dilakukan melalui aktivasi fibroblast (Primadina et al., 2019). Normalnya fibroblast ditemukan pada jaringan ikat, bermigrasi ke daerah luka karena berbagai macam mediator seluler. Fibroblast meletakkan substansi dasar dan serabut-serabut kolagen serta pembuluh darah baru mulai menginfiltrasi luka. Fibroblast bermigrasi ke daerah luka dan mulai berproliferasi hingga jumlahnya lebih dominan dibandingkan sel radang pada daerah tersebut. Fase ini terjadi saat mencapai hari ke 3-5.

Pembentukan pembuluh darah baru/angiogenesis merupakan proses yang dirangsang oleh kebutuhan energi yang tinggi untuk proliferasi sel. Disisi lain angiogenesis juga diperlukan untuk mengatur vaskularisasi yang rusak akibat luka dan menstimulasikan kondisi laktat yang tinggi, kadar PH yang asma dan penurunan tekanan oksigen di jaringan.

Matrik fibrin awal akan digantikan oleh jaringan granulasi. Dalam migrasi jaringan granulasi berperan sebagai perantara sel-sel. Jaringan terdiri dari 3 sel yang berperan penting yaitu: fibroblast, makrofag dan sel endotel. Sel-sel ini menghasilkan ECM dan pembuluh darah baru sebagai sumber energi jaringan granulasi. Jaringan ini akan muncul pada hari ke-4 setelah luka. Pembentukan granulasi terjadi pada hari ke 2-5 setelah luka, dibentuk oleh fibroblast yang mengalami proliferasi dan maturase. Fibroblast akan bekerja menghasilkan ECM untuk mengisi celah yang terjadi akibat luka dan sebagai perantara migrasi keratinosit. Matriks ini akan terlihat jelas pada luka. Makrofag

akan menghasilkan *growth factor* yang merangsang fibroblast berproliferasi. Makrofag juga akan merangsang sel endotel untuk membentuk pembuluh darah baru.

Kontraksi luka merupakan Gerakan centripetal dari tepi luka menuju arah tengah luka. Kontraksi luka maksimal berlanjut sampai hari ke-12 atau hari ke-15 dan bisa berlanjut apabila luka tetap terbuka dan biasanya terjadi pada hari ke-7 dan fase maturase biasanya terjadi pada hari ke-21. Luka bergerak dari tengah dapat mencapai rata-rata 0,6 sampai 0,75 mm/hari. Kontraksi juga tergantung dari jaringan kulit sekitar yang longgar. Myofibroblast merupakan sel yang banyak ditemukan pada kontraksi luka. Sel ini berasal dari fibroblast normal tetapi mengandung mikrofilamen di sitoplasmanya.

C. Fase Maturasi

Fase ini berlangsung selama beberapa minggu Primadina et al. (2019), Terjadi proses epitelisasi, kontraksi dan reorganisasi jaringan ikat pada tahap maturase. Setiap cedera yang mengakibatkan hilangnya kulit, sel epitel pada pinggir luka, peningkatan kekuatan terjadi secara signifikan pada minggu ke-3 sampai ke-6 setelah luka. Kekuatan tahanan luka maksimal mencapai 90% dari kekuatan kulit normal.

2. Faktor Faktor yang dapat mempengaruhi Proses Penyembuhan luka

Meskipun proses penyembuhan luka sama bagi setiap penderita, ada banyak faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka menurut Morison (2004), yaitu:

a. Faktor Intrinsik

meliputi faktor faktor patofisiologi umum (misalnya, gangguan kardiovaskuler, malnutrisi, gangguan metabolik dan endokrin, penurunan daya tahan terhadap infeksi) dan faktor fisiologi yang berhubungan dengan usia dan kondisi local yang merugikan pada tempat luka (misalnya, eksudat yang berlebihan, dehidrasi, infeksi

luka, malnutrisi, trauma kambuhan, penurunan suhu luka, pasokan darah yang buruk, edema, hipoksia lokal, jaringan nekrotik, pengelupasan jaringan yang luas, produk metabolic yang berlebihan dan benda asing). Nutrisi merupakan faktor penting pada masa bedah. Defisit Nutrisi disebabkan oleh penyakit yang diderita dan akibat diet yang kurang baik sehingga timbul keadaan malnutrisi yang akan berdampak pada fungsi fisiologis dan memperlambat proses penyembuhan luka operasi (Paridah, 2014)

b. Faktor Ekstrinsik

meliputi penatalaksana luka yang tidak tepat (misalnya, pengkajian luka yang tidak tepat, penggunaan bahan perawata luka primer yang tidak sesuai dan Teknik penggantian balutan yang ceroboh)

D. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan salah satu upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap dipasien untuk menentukan masalah apa yang terjadi pada tubuhnya. (Doenges, 2018).

Menurut Setiati et al., (2017), pengkajian yang mungkin muncul pada pasien post operasi ileostomy sebagai berikut.

a. Identitas

Pengkajian identitas baik pada klien maupun penanggung jawab berupa nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk

b. Keluhan Utama

Keluhan utama klien yang mengalami post tutup stoma adalah keluhan nyeri, mual, keluhan tidak nyaman, luka operasi

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian yang berkaitan dengan kasus ini dilakukan dengan pendekatan PQRST

P: Paliatif/profokatif yaitu yang meningkat atau menurunkan

Q: Kualitas/kuantitas yaitu frekuensi dan lamanya keluhan

R: *Region*/tempat yakni lokasi sumber dan penyebarannya

S: Skala yaitu derajat nyeri dengan menggunakan rentang nilai

T: *Time* yaitu kapan keluhan dirasakan dan lama keluhan

d. Riwayat kesehatan dahulu

Dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah mengalami penyakit sistem pencernaan atau pernah operasi sistem pencernaan

e. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah dalam anggota keluarga pernah mengalami penyakit yang sama dengan klien

f. Pola keseharian

Pola nutrisi (konsumsi makanan dan minuman keseharian yang dapat mempengaruhi penyakit tersebut). Pola aktivitas (pekerjaan

sehari hari yang dilakukan oleh klien). Pola eliminasi (keluhan terjadinya konstipasi atau tidak, warna, frekuensi, tekstur)

g. Pemeriksaan fisik

1) Aktivitas/istirahat

Gejala : kelemahan, kelelahan, malaise, merasa gelisah dan ansietas, tidak tidur semalaman karena diare, pembatasan aktivitas/kerja sehubungan dengan efek proses penyakit

2) Pernafasan

Gejala : nafas pendek, dispnea, dan frekuensi pernafasan menurun

3) Sirkulasi

Gejala : takikardi (respon terhadap demam, dehidrasi, proses inflamasi dan nyeri)

4) Integritas ego

Gejala : ansietas, ketakutan, emosi, kesal

5) Eliminasi

Gejala : tekstur feses bervariasi, lunak, dan frekuensi 10-20x sehari

6) Makan/cairan

Gejala : anoreksia, mual, muntah, penurunan berat badan, tidak toleran terhadap diet

7) Hygiene

Tanda : ketidakmampuan melakukan perawatan diri, stomatitis, menunjukkan kekurangan vitamin

8) Nyeri/kenyamanan

Gejala : nyeri tekan pada kuadran kiri bawah

9) Keamanan

Gejala : adanya riwayat polip, radang kronik viseratif.

10) Muskuloskeletal

Tanda : penurunan kekuatan otot, kelemahan, dan malaise

11) Seksualitas

Gejala : tidak bisa melakukan hubungan seksual/frekuensi menurun

12) Interaksi sosial

Gejala : masalah hubungan/peran sehubungan dengan kondisi ketidakmampuan aktif dalam sosial

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Menurut Sjamsuhidayat & de Jong, (2017), Dari studi kasus diatas maka diagnosa keperawatan yang mungkin muncul yaitu

1. Gangguan Integritas kulit

Definisi: Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen

Penyebab: Perubahan sirkulasi

2. Defisit Nutrisi

Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Penyebab: Faktor psikologis

3. Gangguan Rasa Nyaman

Definisi: Perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

Penyebab: Gejala penyakit

4. Hipovolemia

Definisi: Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler.

Penyebab: Kekurangan intake cairan

5. Resiko Infeksi

Definisi: Mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Faktor Resiko: Efek prosedur invasif

3. Rencana Keperawatan

Menurut Suarni & Apriyani (2017), Rencana keperawatan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami pasien, masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. Dalam penyelesaian masalah ini juga harus menggunakan standar perencanaan yang disusun berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Rencana Tindakan Keperawatan pasien dengan kasus post operasi tutup stoma ditampilkan dalam tabel sebagai berikut.

Tabel 2.1 Teori Rencana Asuhan Keperawatan¹

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Gangguan Integritas kulit gejala dan tanda mayor subjektif: - Objektif: Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Kriteria hasil 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Kemerahan menurun	Perawatan Luka (I.14564) <i>Observasi</i> 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <i>Teraupetik</i> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 8. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari 9. Berikan suplemen vitamin dan

1	2	3	4
			<p>mineral, sesuai indikasi</p> <p>10. Berikan terapi TENS</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi prosedur debridement 2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
2.	<p>Defisit Nutri gejala dan tanda mayor</p> <p>Objektif:</p> <p>Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</p>	<p>Nafsu Makan (L.03024)</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan Cairan membaik 2. Asupan Nutrisi membaik 	<p>Pemantauan nutrisi (I.03123)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor yang mempengaruhi asupan gizi(misal. Pengetahuan, ketersediaan makanan, agama/kepercayaan, budaya, mengunyah tidak adekuat, gangguan menelan, penggunaan obat obatan atau pasca operasi) 2. Indetifikasi perubahan berat badan 3. Identifikasi kelainan pada kulit 4. Identifikasi pola makan 5. Identifikasi kelainan pada rambut 6. Identifikasi kelainan pada kuku 7. Identifikasi kemampuan menelan 8. Identifikasi kelainan rongga mulut 9. Identifikasi kelainan eliminasi 10. Monitor mual dan muntah 11. Monitor asupan oral 12. Monitor warna konjungtiva 13. Monitor hasil laboratorium <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ukur antropometrik komposisi tubuh 2. Dokumentasikan hasil pemantauan 3. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien 4. Timbang berat badan 5. Hitung perubahan berat badan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan

1	2	3	4
3	Resiko infeksi Gejala dan tanda mayor: -	Kontrol resiko (L.14128) Kriteria hasil: 1. Kemampuan mengidentifikasi faktor risiko 2. Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko	Pencegahan infeksi (I.14539) <i>Observasi</i> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <i>Teraupetik</i> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahan kan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meingkatkan asupan cairan <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi
4	Gangguan rasa nyaman Gejala dan tanda mayor: gelisah, mengeluh tidak nyaman	Status Kenyamanan (L.08064) Kriteria hasil: 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun	Pengaturan Posisi (I.01019) <i>Observasi</i> 1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi 2. Monitor alat traksi agar selalu tepat <i>Terapeutik</i> 1. Tempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat 2. Tempatkan pada posisi terapeutik 3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan 5. Sediakan matras yang kokoh/padat 6. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi 7. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis: semi-fowler) 8. Atur posisi yang meningkatkan drainage 9. Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat

1	2	3	4
			10. Imobilisasi dan topang bagian tubuh
			<p>yang cedera dengan tepat</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat 12. Tinggikan anggota gerak 20° atau lebih diatas level jantung 13. Tinggikan tempat tidur bagian kepala 14. Berikan bantal yang tepat pada leher 15. Berikan topangan pada area edema (mis: bantal dibawah lengan atau skrotum) 16. Posisikan untuk mempermudah ventilasi/perfusi (mis:tengkurap /good lung down) 17. Motivasi melakukan ROM aktif atau ROM pasif 18. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan 19. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri 20. Hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi 21. Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka 22. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi 23. Ubah posisi setiap 2 jam 24. Ubah posisi dengan Teknik log roll 25. Pertahankan posisi dan integritas traksi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 2. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu

1	2	3	4
5	Hipovolemia Gejala dan tanda mayor: Frekuensi nadi meningkat, Nadi teraba lemah, Tekanan darah menurun, Tekanan nadi menyempit, Turgor kulit menurun, Membrane mukosa kering, Volume urin menurun, Hematokrit meningkat	Keseimbangan Cairan (L.03020) Kriteria hasil: 1. Asupan Cairan meningkat 2. Membrane mukosa lembab 3. Dehidrasi menurun	Manajemen Hipovolemia (I.03116) Observasi 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified Trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oral Edukasi 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCl, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate) 4. Kolaborasi pemberian produk darah

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah realisasi perencanaan tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data sebelum dan sesudah pelaksanaan tindakan (Suarni & Apriyani, 2017).

5. Evaluasi

Perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. Dalam penyelesaian masalah ini menggunakan standar perencanaan yang terdiri dari: perencanaan tujuan (*outcome*) dan perencanaan tindakan (*intervention*)(Suarni & Apriyani, 2017).

untuk mempermudah mengevaluasi perkembangan pasien digunakan komponen SOAP adalah sebagai berikut:

S: Subjektif

Informasi yang didapat dari klian setelah diberi tindakan

O: Objektif

Informasi yang diperoleh dari hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah melakukan tindakan

A: Analisa

Masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau dapat memunculkan suatu diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang teridentifikasi datanya kedalam data subjektif dan objektif

P: *Planning*

Rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan analisa