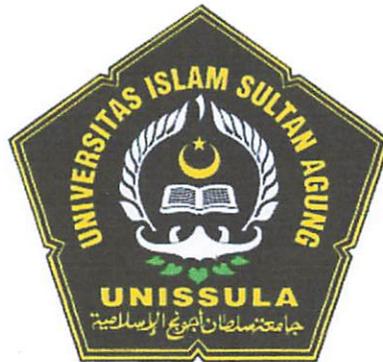


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN  
PERITONITIS POST OPERASI LAPARATOMI  
HARI KE 2 DI RUANG KENANGA RSUD  
SUNAN KALIJAGA DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :

**Al Khoerul Janah**  
NIM. 89.331.3944

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2011**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapkan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 18 Mei 2011

Semarang, 18 Mei 2011

Pembimbing,

  
Ns. Furaida Khasanah, S.Kep.

NIK : 210910022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 06 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 06 Juni 2011

Tim Penguji,

Penguji I



( Ns. Suyanto, S. Kep. )  
NIK: 210909018

UNISSULA

جامعة سلطان أبوبوع الإسلامية

Penguji II



( Ns. Maya Dwi Yustini, S.Kep. )  
NIK : 95.02.518

Penguji III



( Ns. Furaida Khasanah, S.Kep. )  
NIK : 210910022

## PERSEMBAHAN

*Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan untuk*

*Kedua Orang Tuaku Tercinta*

*Yang tiada henti – hentinya bekerja keras,*

*memotivasi dan medoakanku*

*demi mewujudkan cita – cita dan harapanku*

*Trima kasih Ayah & Ibuku.....*



## MOTTO

*".....Allah pasti meninggikan derajat orang – orang yang beriman dan ( meninggikan ) beberapa derajat orang – orang yang berilmu " ( QS. 58 : 11 )*

*" Iman ialah kepercayaan yang teguh yang disertai dengan ketundukan dan penyerahan jiwa ".*

*" Doa itu adalah senjata orang yang beriman dan tiangnya agama serta cahaya langit dan bumi ".*

*" Bring supply when you go, and bring charity when you die "*

*" Tiada keberhasilan tanpa usaha, tiada kesuksesan tanpa pengorbanan "*

*" Where there's a will there's a way, so... don't desperate ! "*



## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur kehadiran Allah SWT, penulis panjatkan atas segala anugrah dan kemudahan yang telah dan akan selalu diberikanNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN PERITONITIS POST OPERASI LAPARATOMI HARI KE 2 DI RUANG KENANGA RSUD SUNAN KALIJAGA DEMAK”.

Karya tulis ini disusun untuk melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Dengan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc., M.Eng., selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung
2. Iwan Ardian, SKM., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan yang telah banyak memberikan inspirasi dan motivasi baik dalam lingkup pendidikan maupun dalam kehidupan sehari-hari.
3. Endang Setyowati, SKM., selaku Ketua Program Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung yang selalu membimbing kami.
4. Ibu Ns.Furaida Khasanah, S.Kep., selaku pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang telah banyak memberi bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Sunan Kalilaga Demak, yang telah

mengijinkan penulis untuk mengambil studi kasus dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah penulis peroleh, sehingga penulis dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Para dosen beserta staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah menemani selama tiga tahun dalam menimba ilmu keperawatan.
7. Bapak dan Ibu tercinta, dengan penuh kasih sayang segala pengorbanan yang telah membesarkan, mendidik, mendoakan tanpa henti dan memberikan motivasi, semangat untuk meraih cita-cita.
8. Kakakku Abdul Khoiris S, adikku A.Khoiril Anam terima kasih atas support dan doanya untuk meraih sukses serta adik M.Nisa`dan Fandi.
9. Buat Abi terima kasih karena selalu menemani dan membantu serta motivasi, support, dan do`a yang tiada henti-hentinya demi terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.
10. Teman-teman seperjuangan satu angkatan, terima kasih atas dukungannya selama 3 tahun ini yang telah memberi semangat dan motivasi.

Akhirnya penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat nyata bagi penulis khususnya dan para pembaca umumnya.

Semarang, 06 Mei 2011

Penulis

Al Khoerul Janah  
NIM. 89.331.3944

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	iv
HALAMAN MOTO.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
<b>BAB I : PENDAHULUAN</b>	
a. Latar Belakang Masalah.....	1
b. Tujuan Penulisan.....	4
c. Manfaat Penulisan.....	5
<b>BAB II : KONSEP DASAR</b>	
A. Konsep Dasar.....	7
1. Definisi.....	7
2. Etiologi.....	8
3. Patofisiologi.....	9
4. Manifestasi Klinis.....	11
5. Pemeriksaan Diagnosik.....	11
6. Komplikasi.....	12
7. Penatalaksanaan.....	13
a. Medis.....	13
b. Keperawatan.....	15

8. Pathways .....	17
B. Dasar Keperawatan .....	18
1. Pengkajian Keperawatan.....	18
2. Diagnosa Keperawatan .....	19
3. Fokus Intervensi.....	19
<b>BAB III : HASIL ASUHAN KEPERAWATAN</b>	
A. Pengkajian.....	26
B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan.....	33
C. Intervensi Keperawatan Pertama .....	34
D. Implementasi Keperawatan Pertama .....	37
E. Evaluasi Keperawatan Pertama .....	40
F. Intervensi Keperawatan Kedua.....	42
G. Implementasi Keperawatan Kedua .....	44
H. Evaluasi Keperawatan Kedua .....	46
<b>BAB IV : PEMBAHASAN</b> .....	49
<b>BAB V : PENUTUP</b>	
a. Kesimpulan .....	65
b. Saran .....	66

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Kesediaan membimbing
- Lampiran 2. Surat Keterangan Konsultasi
- Lampiran 3. Lembar konsultasi bimbingan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 4. Asuhan Keperawatan asli



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Peradangan peritoneum (peritonitis) merupakan komplikasi berbahaya yang sering terjadi akibat penyebaran infeksi dari organ-organ abdomen (misalnya apendiksitis, salpingitis, perforasi ulkus gastroduodenal), ruptura saluran cerna, komplikasi post operasi, iritasi kimiawi, atau dari luka tembus abdomen. Pada keadaan normal, peritoneum resisten terhadap infeksi bakteri secara inokulasi kecil-kecilan. Kontaminasi yang terus menerus, bakteri yang virulen, penurunan resistensi, dan adanya benda asing atau enzim pencerna aktif, merupakan faktor-faktor yang memudahkan terjadinya peritonitis (F:\kti\askep-peritonitis.html, <http://www.Henry>, diunduh tanggal 23 Maret 2011).

Peritonitis adalah meradangnya lapisan sel pada peritoneum yang menjadi dinding rongga abdomen dan pelvis serta organ-organ yang menjulur ke dalam yang akan mengisi rongga tersebut akibatnya meningkatnya cairan peritoneal (Henry david, 2000).

Beberapa penyebab peritonitis adalah infeksi bakteri / mikroorganisme yang berasal dari penyakit saluran gastrointestinal, kuman yang paling sering ialah bakteri Coli, streptokokus u dan b hemolitik, stapilokokus aurens, enterokokus dan yang paling berbahaya adalah clostridium wechii. Secara langsung dari luar, operasi yang tidak steril, Secara hematogen sebagai komplikasi beberapa penyakit akut seperti radang saluran pernapasan bagian atas, otitis media, mastoiditis, glomerulonepritis (Sugeng J dan Weni K, 2010).

Prognosis prevalensi mortalitas peritonitis tetap tinggi antara 10%-40%. Prognosa lebih buruk pada usia lanjut dan bila peritonitis sudah berlangsung lebih dari 48 jam. Lebih cepat diambil tindakan bedah lebih baik prognosanya (Sugeng J dan Weni K, 2010).

Insidensi peritonitis peritoneal lebih sering dijumpai pada wanita dibanding pria dengan perbandingan 1,5 : 1. Peritonitis peritoneal dijumpai 2% dari seluruh peritonitis dan 59,8% dari abdominal. Di Amerika Serikat penyakit ini adalah keenam terbanyak diantara penyakit extra abdominal sedangkan peneliti lain menemukan hanya 5-20%. Pada saat ini dilaporkan bahwa kasus peritonitis peritoneal di negara maju semakin. Di Asia dan Afrika dimana masih banyak dijumpai, peritonitis peritoneal masih merupakan masalah yang penting. Manohar dkk melaporkan di Rumah Sakit King Edward III Durban, Afrika selatan menemukan 145 kasus peritonitis peritoneal selama periode 5 tahun (1994-1998). Sedangkan dengan cara peritonoskopi. Daldiono menemukan sebanyak 15 kasus di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta selama periode 1996-2000 dan Sulaiman di rumah sakit yang sama periode 1995-1999 menemukan sebanyak 30 kasus peritonitis peritoneal. Begitu juga Sibuea dkk melaporkan ada 11 kasus peritonitis peritoneal di Rumah sakit Tjikini Jakarta. Sedangkan di RSUD Sunan Kalijaga Demak kasus peritonitis terjadi 3-4 kasus dalam sebulan tiap tahunnya (<http://www.medikastore.com>, diunduh tanggal 29 April 2011).

Komplikasi peritonitis segera diambil keputusan untuk melakukan tindakan bedah karena setiap keterlambatan akan menimbulkan penyakit yang berakibat meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Ketepatan diagnosis dan penanggulangannya tergantung dari kemampuan melakukan analisis pada data anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Komplikasi dapat terjadi pada peritonitis bakterial akut sekunder, dapat menjadi komplikasi dini dan lanjut. Komplikasi dini seperti septicemia dan syok septic, syok hipovolemik, sepsis intra abdomen rekuren yang dapat dikontrol dengan kegagalan multisystem, abses residual intraperitoneal, portal pyemia (misal abses hepar). Sedangkan komplikasi lanjut adhesi dan obstruksi intestinal rekuren (<http://www.medicastore.com>, diunduh tanggal 19 April 2011).

Peran perawat dalam menangani pasien dalam kasus ini adalah sebagai edukator yaitu seperti mengajari adalah merujuk kepada aktifitas klien dalam proses kesembuhan klien. Sebagai advokad yaitu pembela dari hak-hak klien, termasuk didalamnya peningkatan apa yang terbaik untuk klien, memastikan kebutuhan klien terpenuhi dan melindungi hak-hak klien. Sebagai konseling adalah proses membantu klien untuk menyadari dan mengatasi tekanan psikologis atau masalah sosial untuk membangun hubungan interpersonal yang baik dan untuk meningkatkan proses kesembuhan klien. Didalamnya diberikan dukungan emosional dan intelektual mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri pasien, mempersiapkan pasien pulang (<http://www.fadlie.web.id/bangfad/peran-dan-fungsi-perawat.html>, diunduh tanggal 11 Mei 2011).

Berdasarkan data diatas yang menyebutkan bahwa peritonitis bila tidak segera diambil keputusan untuk melakukan tindakan bedah , dapat menjadi komplikasi dini dan lanjut bahkan mengakibatkan kematian, adapun komplikasi dini seperti septicemia dan syok septic, syok hipovolemik, sepsis intra abdomen rekuren yang dapat dikontrol dengan kegagalan multisystem, abses residual intraperitoneal , portal pyemia (misal abses hepar). Sedangkan komplikasi lanjut adhesi dan obstruksi intestinal rekuren. Maka penulis tertarik dengan mengambil kasus peritonitis, dan kemungkinan penyakit peritonitis jarang diketahui khususnya bagi masyarakat umum maka dari itu penulis akan mengupas konsep dasar dan asuhan keperawatan dikhususkan bagi tenaga kesehatan.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Menjelaskan gambaran asuhan keperawatan pada Tn. S dengan peritonitis post operasi laparatomi hari ke 2 di Ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Sunan Kalijaga Demak.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Mampu menggambarkan pengkajian secara menyeluruh pada klien dengan peritonitis post operasi laparatomi.
- b. Mampu menggambarkan diagnosa masalah keperawatan pada klien dengan peritonitis post operasi laparatomi.

- c. Mampu menggambarkan intervensi dan implementasi untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul pada klien peritonitis post operasi laparatomi.
- d. Mampu menggambarkan evaluasi tindakan keperawatan yang dilaksanakan pada klien dengan peritonitis post operasi laparatomi.

### **C. Manfaat Penulisan**

Karya Tulis Ilmiah yang dibuat penulis diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak terkait, antara lain

#### **1. Penulis**

Sebagai pedoman bagi penulis untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan penulis, baik dari segi konsep dasar penyakit maupun konsep dasar keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang menjalani peritonitis post operasi laparatomi.

#### **2. Pembaca**

Sebagai pedoman untuk peningkatan pengetahuan pembaca terutama pasien dan anggota keluarga yang pernah menjalani peritonitis post operasi laparatomi.

#### **3. Rumah Sakit atau Pelayanan Kesehatan**

Dapat digunakan sebagai acuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien peritonitis post operasi laparatomi.

#### 4. Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai kepustakaan bagi mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan pada klien peritonitis post operasi laparotomi.

#### 5. Masyarakat

Dapat dapat memberikan informasi ke seluruh masyarakat untuk pencegahan peritonitis dan dimanfaatkan oleh fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat secara maksimal, sehingga dapat meminimalkan angka kesakitan pada peritonitis.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **1. Definisi**

Peritonitis adalah inflamasi peritoneum-lapisan serosa abdomen dan meliputi visera akibat dari infeksi bakteri; organisme berasal dari penyakit saluran gastrointestinal atau, pada wanita dari organ reproduksi internal (Smeltzer & Bare, 2002).

Peritonitis adalah inflamasi pada rongga peritoneal dapat berupa primer atau sekunder, akut atau kronis dan diakibatkan oleh kontaminasi kapasitas peritoneal oleh bakteri atau kimia. Primer tidak berhubungan dengan gangguan usus dasar (contoh: sirosis dengan asites, sistem urinarius), sekunder inflamasi dari saluran GI, ovarium/uterus, cedera traumatik atau kontaminasi bedah (Doenges, 2000).

Peritonitis adalah inflamasi peritonium-lapisan membrane serosa rongga abdomen dan meliputi visera (Smeltzer & Bare, 2002).

Peritonitis adalah infeksi obstruksi / srangulasi saluran cerna dapat menyebabkan perforasi yang mengakibatkan kontaminasi rongga perut oleh saluran cerna ( Sjamsuhidajat & Wim de Jong, 2004).

Peritonitis adalah peradangan peritoneum yang disebabkan oleh bakteri dan kuman-kuman yang masuk ke ruang peritoneum melalui melalui perforasi apendiksitis, perforasi ulkusventrikuli, peradangan panggul, obstruksi atau strangulasi usus, dan operasi yang terkontaminasi (E. Oswari, 2000 ).

Laparotomi-Peritonitis adalah peradangan peritoneum, suatu pembedahan pada lapisan endothelial tipis yang kaya akan vaskularisasi dan aliran limpa ( Sugeng J & Weni K, 2010 ).

## 2. Etiologi

- a. Infeksi bakteri : Mikroorganisme berasal dari penyakit saluran gastrointestinal, appendiksitis yang meradang dan perforasi, tukak peptik (lambung/dudenum), tukak typhoid, tukak disentri amuba/coleolitis, tukak pada tumor, alpingitis, difertikulitis  
Kuman yang paling sering ialah bakteri *Coli*, *streptokokus u* dan *b* hemolitik, *stapilokokus aurens*, *enterokokus* dan yang paling berbahaya adalah *clostridium wechii*.
- b. Secara langsung dari luar : Operasi yang tidak steril, terkontaminasi talcum venetum, lycopodium, sulfonamida, terjadi peritonitis yang disertai pembentukan jaringan granulomatososa sebagai respon terhadap benda asing, disebut juga peritonitis granulomatososa serta merupakan peritonitis local, trauma pada kecelakaan seperti rupturs limpa, ruptur hati, melalui tuba fallopius seperti cacing *enterobius vermikularis*.  
Terbentuk pula peritonitis granulomatososa.
- c. Secara hematogen sebagai komplikasi beberapa penyakit akut seperti radang saluran pernapasan bagian atas, otitis media, mastoiditis, glomerulonepritis. Penyebab utama adalah *streptococcus* atau *pnemococcus* ( Sugeng J & Weni K, 2010 ).

### 3. Patofisiologi

Peritonitis disebabkan oleh kebocoran isi rongga abdomen kedalam rongga abdomen, biasanya akibat dari inflamasi iskemia, trauma atau perforasi tumor, menyebabkan peritoneal yang diawali dengan terkontaminasi material yang peritoneal diawali terkontaminasi material. Awalnya material masuk di dalam rongga-rongga abdomen setelah beberapa jam dapat terjadi kontaminasi bakteri. Hal ini mengakibatkan edem jaringan dan pertumbuhan eksudat. Sehingga cairan didalam rongga abdomen menjadi keruh, kemudian bertambahnya jumlah protein dalam darah dan sel-sel darah putih. Respon segera dari saluran intestinal yaitu hipermetrof yang diikuti ileus paralitik penimbunan udara dan cairan didalam usus besar.

Reaksi peritonium terhadap invasi oleh bakteri adalah keluarnya eksudat febrinosa yang menempel menjadi satu dengan permukaan sekitarnya sehingga membatasi infeksi. Bila bahan-bahan infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum atau bila infeksi menyebar, dapat timbul peritonitis umum.

Aktivitas peristaltic berkurang, sampai timbul ileus paralitik, usus kemudian menjadi atoni dan meregang. Cairan dan elektrolit hilang kedalam lumen usus mengakibatkan dehidrasi syok, gangguan sirkulasi, dan oliguri. Peritonitis menyebabkan penurunan aktivitas fibrinolitik intraabdomen (meningkatkan aktivitas inhibitor activator plasminogen)

dan sekuestrasi fibrin dengan adanya pembentukan jaringan pengikat. Produksi eksudat fibrin merupakan mekanisme terpenting dari system pertahanan tubuh, dengan cara ini akan terikat bakteri dalam jumlah yang sangat banyak di antara matriks fibrin.

Pembentukan abses pada peritonitis pada prinsipnya merupakan mekanisme tubuh yang melibatkan substansi pembentuk abses dan kuman-kuman itu sendiri untuk menciptakan kondisi abdomen yang steril. Pada keadaan jumlah kuman yang sangat banyak, tubuh sudah tidak mampu mengeliminasi kuman dan berusaha mengendalikan penyebaran kuman dengan membentuk kompartemen-kompartemen yang kita kenal sebagai abses. Masuknya bakteri dalam jumlah besar ini bisa berasal dari berbagai sumber. Yang paling sering ialah kontaminasi bakteri transient akibat visceral atau intervensi bedah yang merusak keadaan abdomen.

Selain jumlah bakteri transein yang terlalu banyak didalam rongga abdomen, peritonitis terjadi juga memang karena virulensi kuman yang tinggi hingga mengganggu proses fagositosis dan pembunuhan bakteri dengan neutrofil. Keadaan makin buruk jika infeksiya dibarengi dengan pertumbuhan bakteri lain atau jamur, misalnya pada peritonitis akibat infeksi *Bacteroides fragilis* dan bakteri gram negative terutama *E. Coli* (Sugeng J & Weni K, 2010 ).

#### 4. Manifestasi Klinis

Gejala tergantung pada lokasi dan luas inflamasi. Manifestasi klinis awal dari peritonitis adalah gejala dari gangguan yang menyebabkan kondisi ini. Pada awalnya nyeri menyebar dan sangat terasa. Nyeri cenderung menjadi konstan, terlokalisasi, lebih terasa di dekat sisi inflamasi dan biasanya diperberat oleh gerakan. Area yang sakit dari abdomen menjadi sangat nyeri apabila ditekan dan otot menjadi kaku. Nyeri tekan lepas dan ileus paralitik dapat terjadi. Biasanya terjadi mual dan muntah serta penurunan peristaltic. Suhu dan frekuensi nadi meningkat, dan hampir selalu terdapat peningkatan jumlah leukosit (Smeltzer & Bare, 2002).

Gejala dan tanda peritonitis, syok (neurogenik, hipovolemik atau septik) terjadi pada beberapa penderita peritonitis umum. Demam. Distensi abdomen. Nyeri tekan abdomen dan rigiditas yang lokal, difus, atrofi umum, tergantung pada perluasan iritasi peritonitis. Bising usus tak terdengar pada peritonitis umum dapat terjadi pada daerah yang jauh dari lokasi peritonitisnya. Dan terjadi nausea, vomiting, penurunan peristaltik (Sugeng J & Weni K, 2010).

#### 5. Pemeriksaan Diagnostik

Evaluasi diagnostik pada peritonitis pemeriksaan test laboratorium berupa Leukosit akan meningkat. Hematokrit mungkin rendah bila terjadi kehilangan darah. Asidosis metabolic. Elektrolit serum dapat menunjukkan perubahan kadar kalium, natrium, dan klorida (Smeltzer & Bare, 2002).

CT abdomen dapat menunjukkan pembentukan abses. Aspirasi peritoneal dan pemeriksaan kultur serta sensitifitas cairan teraspirasi dapat menunjukkan infeksi dan mengidentifikasi organisme penyebab (Smeltzer & Bare, 2002).

Sinar-X dada dapat menunjukkan perubahan kadar cairan serta lengkung usus yang terdistensi. Foto polos abdomen 3 posisi (anterior, posterior, lateral) Ileus merupakan penemuan yang tak khas pada peritonitis. Usus halus dan usus besar dilatasi, dan terdapat udara bebas dalam rongga abdomen terlihat pada kasus perforasi (Sugeng J & Weni K, 2010).

## **6. Komplikasi**

Komplikasi dapat terjadi pada peritonitis bakterial akut sekunder, dapat menjadi komplikasi dini dan lanjut. Komplikasi dini seperti septicemia dan syok septic, syok hipovolemik, sepsis intra abdomen rekuren yang dapat dikontrol dengan kegagalan multisystem, abses residual intraperitoneal, portal pyemia (misal abses hepar). Sedangkan komplikasi lanjut adhesi dan obstruksi intestinal rekuren (<http://www.medicastore.com>, diunduh tanggal 19 April 2011).

## 7. Penatalaksanaan

### a. Medis

Penggantian cairan, koloid dan elektroli adalah fokus utama. Beberapa liter larutan isotonik diberikan. Hipovolemia terjadi karena sejumlah besar cairan dan elektrolit bergerak dari luar lumen usus kedalam rongga peritoneal dan menurunkan cairan vaskuler.

Analgeseik diberikan untuk mengatasi nyeri. Antiemetik dapat diberikan sebagai terapi untuk mual dan muntah. Intubasi usus dan pengisapan membantu dalam menghilangkan distensin abdomen dan dalam meningkatkan fungsi usus. Cairan dalam rongga abdomen dapat menyebabkan tekanan yang membatasi ekspansi paru dan menyebabkan distress pernapasan. Terapi oksigen dengan kanul nasal atau masker akan meningkatkan oksigenasi secara adekuat, tetapi kadang-kadang intubasi jalan napas dan bantuan ventilasi diperlukan (Sugeng J & Weni K, 2010).

Terapi antibiotik masif biasanya dimulai di awal pengobatan peritonitis. Dosis besar dari antibiotic spektrum luas diberikan secara intravena sampai organisme penyebab infeksi diidentifikasi dan terapi antibiotic khusus yang tepat dapat dimulai. Tetapi medikamentosa nonoperatif dengan terapi antibiotic, terapi hemodinamik untuk paru dan ginjal, terapi nutrisi dan metabolic dan terapi modulasi respon peradangan (Smeltzer & Bare, 2002).

Pertimbangan keperawatan penderita peritonitis pot operasi :

1). Perawatan pra bedah

Fase praoperatif dari peran keperawatan perioperatif dimulai ketika keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dibawa ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik atau dirumah, menjalani wawancara praoperatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan dan pembedahan. Bagaimanapun, aktivitas keperawatan mungkin dibatasi hingga melakukan pengkajian pasien praoperatif ditempat ruang operasi.

2). Teknik pembedahan

Fase intraoperatif dari keperawatan perioperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke bagian atau keruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan dapat meliputi: memasang infuse (IV), memberikan medikasi intravena, melakukan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Pada beberapa contoh, aktivitas keperawatan terbatas hanya pada menggengam tangan pasien selama induksi anastesia umum, bertindak dalam peranannya sebagai perawat scub, atau membantu dalam mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesejajaran tubuh anastesi umum selalu diberikan sebelum tindakan operasi.

### 3). Perawatan pasca bedah

Fase pascaoperatif dimulai dengan masuknya pasien keruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau dirumah. Lingkup keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase pascaoperatif langsung, focus terhadap mengkaji efek dari agen anastesia dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan yang berhasil dan rehabilitasi diikuti dengan pemulangan. Setiap fase ditelaah lebih detail lagi dalam unit ini. Kapan berkaitan dan memungkinkan, proses keperawatan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi dan evaluasi diuraikan (Smeltzer & Bare, 2002).

#### b. Keperawatan

Penatalaksanaan pasien trauma abdomen dengan hemodinamik stabil di dada bagian bawah atau abdomen berbeda-beda namun semua ahli bedah sepakat pasien dengan tanda peritonitis atau hipovolemia harus menjalani explorasi bedah, tetapi hal ini tidak pasti bagi pasien tanpa-tanda-tanda sepsis dengan hemodinamik stabil. Semua luka tusuk di dada bawah dan abdomen harus dieksplorasi terlebih dahulu. Bila luka menembus peritoneum maka tindakan laparotomi diperlukan. Prolaps visera, tanda-tanda peritonitis, syok,

hilangnya bising usus, terdapat darah dalam lambung, buli-buli dan rectum, adanya udara bebas intraperitoneal dan lavase peritoneal yang positif juga merupakan indikasi melakukan laparotomi. Bila tidak ada, pasien harus diobservasi selama 24-48 jam. Sedangkan pada pasien abses dan peritonitis dianjurkan agar dilakukan laparotomi. Tindakan keperawatan bertujuan mengurangi komplikasi akibat pembedahan, mempercepat penyembuhan, mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri pasien, mempersiapkan pasien pulang (file: ///G:/kti/lp-laparotomi.html, diunduh tanggal 9 Mei 2011).



## B. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

Post Operasi :

a. Pernafasan

Bagaimana saluran pernapasan, jenis pernapasan, bunyi pernapasan, pola hidup pengguna/ seorang yang perokok.

b. Sirkulasi

Tensi, nadi, respirasi, dan suhu, warna kulit, dan refill kapiler.

c. Persarafan : Tingkat kesadaran, Pusing, sinkope, karena pasien kurang beraktivitas, banyak tidur sehingga sirkulasi darah ke otak tidak lancar.

d. Nutrisi : Kebiasaan diet buruk (misalnya rendah serat, tinggi lemak, aditif, bahan pengawet), anoreksia, mual/muntah, perubahan pada berat badan, penurunan berat badan hebat, perubahan pada kelembaban/turgor kulit, edema.

e. Rasa nyaman : mual, muntah, posisi pasien, dan fasilitas ventilasi, ada tidaknya idak ada nyeri, atau derajat bervariasi misalnya ketidaknyamanan ringan sampai nyeri berat (dihubungkan dengan proses penyakit).

f. Balutan : Dilihat apakah ada tube, drainage, ada tanda- tanda infeksi. Bagaimana penyembuhan lukanya.

g. Kotoran : Frekuensi, karakter, jumlah cairan, adanya bau busuk.

h. Eliminasi : Frekuensi, karakter, warna, dan jumlah.

i. Peralatan : Monitor yang terpasang. Cairan infuse atau transfuse.

- j. Psikologis : kecemasan, suasana hati setelah operasi.
- k. Interaksi sosial : Ketidakadekuatan/kelemahan sistem pendukung, riwayat perkawinan (berkenaan dengan kepuasan di rumah, dukungan atau bantuan), masalah tentang fungsi/tanggung jawab peran (Sugeng J & Weni K, 2010).

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan trauma jaringan dan reflek spasme otot sekunder akibat pembedahan (Carpenito, 2007).
- b. Resti tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan (Carpenito, 2007).
- c. Risiko ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan sekunder akibat peritonitis (Carpenito, 2007).
- d. Nyeri berhubungan dengan iritasi kimia peritoneum perifer, trauma jaringan, akumulasi cairan dalam rongga abdomen / distensi abdomen (Carpenito, 2007).
- e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik akibat penurunan mobilitas dan nyeri (NANDA, 2011).
- f. Ansietas berhubungan dengan rasa nyeri yang meningkatkan ketidakberdayaan (NANDA, 2011).

## 3. Fokus Intervensi

### a. Post operasi

#### 1). Diagnosa ke 1

Tujuan : klien merasa nyaman, ketegangan abdomen berkurang setelah dilakukan tindakan 2 x 24 jam.

Kriteria hasil :

- a. Klien tampak tenang dan rileks.
- b. Nyeri berkurang atau hilang dengan skala nyeri 3.

Intervensi dan Implementasi :

- 1) Monitor TTV, kesadaran umum
  - 2) Observasi dan catat sifat darah drain (warna, jumlah) drainage
  - 3) Mengatur dan menggerakkan posisi klien harus hati-hati, jangan sampai drain tercabut.
  - 4) Lakukan perawatan luka operasi secara steril
  - 5) Posisikan klien dengan posisi yang nyaman
2. Diagnosa ke 2

Tujuan : Infeksi tidak terjadi / terkontrol.

Kriteria hasil :

- a. Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti pus.
- b. Luka bersih tidak lembab dan tidak kotor.
- c. Tanda-tanda vital dalam batas normal/dapat ditoleransi.

Intervensi dan implementasi :

- 1) Pantau tanda-tanda vital

Rasional : mengidentifikasi tanda-tanda peradangan terutama bila suhu tubuh meningkat.

- 2) Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik

Rasional : mengendalikan penyebaran mikroorganisme patogen.

- 3) Lakukan perawatan terhadap prosedur insasif seperti infuse, kateter, drainase, luka, dll.

4) Jika ditemukan tanda infeksi kolaborasi untuk pemeriksaan darah, seperti Hb dan leukosit.

5) Kolaborasi untuk pemberian antibiotik

Rasional : antibiotik mencegah perkembangan mikroorganisme patogen.

### 3. Diagnosa ke 3

Tujuan : keseimbangan cairan teratasi, haluaran seimbang dengan pemasukan cairan, keseimbangan volume cairan dapat dipertahankan selama dilakukan tindakan keperawatan selama di rawat di RS.

Kriteria hasil :

- a. Input dan output seimbang.
- b. Vital sign dalam batas normal.
- c. Tidak ada tanda presyok.
- d. Akral hangat

Intervensi :

- 1) Pantau masukan dan haluaran dan berat jenis, catat semua sumber haluaran misalnya muntah, diare, luka basah, hitung keseimbangan 24 jam.

Rasional : keseimbangan cairan negatif terus menerus, menurunkan haluaran renal dan konsentrasi urine menunjukkan terjadinya dehidrasi dan perlunya peningkatan penggantian cairan.

- 2) Timbang berat badan sesuai indikasi

Rasional : pengukuran sensitif terhadap fluktuasi keseimbangan cairan.

- 3) Pantau tanda-tanda vital, evaluasi nadi perifer, pengisian kapiler

Rasional : menunjukkan keadekuatan volume sirkulasi.

- 4) Kaji turgor dan kelembaban membran mukosa. Perhatikan keluhan haus

Rasional : indikator tidak langsung dari status hidrasi/derajat kekurangan

- 5) Dorong peningkatan masukan cairan sampai 3000 ml/hari sesuai toleransi individu.

Rasional : membantu dalam memelihara kebutuhan cairan dan menurunkan resiko efek samping yang membahayakan

- 6) Observasi terhadap kecenderungan perdarahan misalnya rembesan dari membran mukosa, sisi pungsi, adanya ekimosis atau petekie.

Rasional : identifikasi dini terhadap masalah (yang dapat terjadi sebagai akibat kanker dan/atau terapi) memungkinkan untuk intervensi segera.

- 7) Berikan cairan IV sesuai indikasi

Rasional : diberikan untuk hidrasi umum serta mengencerkan obat antineoplastik dan menurunkan efek samping merugikan misalnya : mual/muntah atau nefrotoksisitas.

8) Observasi Intake dan output, catat warna urine / konsentrasi

Rasional : penurunan keluaran urine pekat diduga dehidrasi.

9) Hindari penggunaan aspirin, iritan lambung, atau inhibitor trombosit

Rasional : menimbulkan resiko perdarahan

10) Kolaborasi : pemberian cairan intravena

Rasional : dapat meningkatkan jumlah cairan tubuh, untuk mencegah terjadinya hipovolemik syok (Doengoes, 2002).

#### 4. Diagnosa ke 4

Tujuan : nyeri dapat berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam.

Kriteria hasil : a. klien tampak tenang.

b. Nyeri berkurang atau hilang

Intervensi dan implementasi :

1) Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga

Rasional : hubungan yang baik membuat klien dan keluarga kooperatif.

2) Kaji tingkat intensitas dan frekuensi nyeri

Rasional : tingkat intensitas nyeri dan frekuensi menunjukkan skala nyeri.

3) Jelaskan pada klien penyebab dari nyeri

Rasional : memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan klien tentang nyeri.

4) Observasi tanda-tanda vital

Rasional : untuk mengetahui perkembangan klien

5) Melakukan kolaborasi dengan tim

Rasional : merupakan tindakan dependent perawat, dimana analgesic berfungsi untuk memblok stimulasi nyeri (Carpenito, 2007).

5. Diagnosa ke 5

Tujuan : aktivitas klien meningkat dan mandiri dengan

Kriteria hasil :

- a. lemas berkurang dapat bergerak atau beraktivitas seperti biasanya
- b. mampu beraktifitas seperti duduk dan pindah posisi berbaring.

Intervensi keperawatan yang dilakukan :

- 1) Kaji tingkat kemampuan aktifitas klien
- 2) Dekatkan keperluan klien
- 3) Ajarkan gerak aktif seperti, latih dan ajarkan gerak aktif / mobilitas ringan seperti miring kanan miring kiri
- 4) Libatkan keluarga dalam memenuhi aktifitas klien

(Carpenito, 2007).

## 6. Diagnosa ke 6

Tujuan : ansietas berkurang / terkontrol.

Kriteria hasil :

- a. Klien mampu merencanakan strategi koping untuk situasi-situasi yang membuat stress.
- b. Klien mampu mempertahankan penampilan peran
- c. Klien melaporkan tidak ada gangguan persepsi sensori
- d. Klien melaporkan tidak ada manifestasi kecemasan secara fisik
- e. Tidak ada manifestasi perilaku akibat kecemasan

Intervensi dan implementasi :

- 1) Kaji dan dokumentasikan tingkat kecemasan pasien
- 2) Lakukan pendekatan dan berikan motivasi kepada pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan.
- 3) Berikan penguatan yang positif untuk meneruskan aktivitas sehari-hari meskipun dalam keadaan cemas (Carpenito, 2007).

## BAB III

### HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Senin tanggal 1 Maret 2010 Jam 09.00 WIB di ruang Kenanga RSUD Demak dengan identitas klien nama Tn.S, umur 55 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SD, agama Islam, alamat Demak, tanggal masuk RS 28 Februari 2010 pukul 11.00 WIB dengan diagnosa medis Peritonitis, keluarga yang dapat dihubungi Ny A. Sumber informasi klien, istri klien dan catatan medis. Hubungan dengan klien sebagai istri, pekerjaan Petani.

Riwayat Keperawatan, keluhan utama klien mengatakan nyeri dengan pencetus karena Peritonitis dan luka post operasi laparatomi, kualitas nyeri terasa perih dan teriris - iris, regional nyeri pada abdomen bagian umbilical dan iliaka dekstra, skala nyeri 7, nyeri timbul ketika badan digerakan terutama bagian perut dan punggung..

Riwayat kesehatan sekarang, klien mengatakan setiba di rumah setelah pulang dari sawah jam 16.00 WIB tanggal 27 Februari 2010, klien mandi dan kemudian berkumpul bersama dengan keluarga di teras rumah, saat sampai diteras rumah tiba-tiba klien merasakan nyeri yang berat. Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk. Nyeri terasa pada daerah perut dan terasa tegang seperti papan hingga klien pingsan. Kemudian klien dibawa ke Puskesmas dan akhirnya dirujuk ke RSUD Sunan Kalijaga Demak tanggal 28 Februari 2010

WIB di IGD. Pemeriksaan TTV TD : 130/90 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 24x/menit, suhu : 37,8<sup>o</sup>C, klien mendapat therapi injeksi Taxegram 2 x 1 gr., injeksi Gentamicin 2 x 86 gr. terapi cairan NaCl 20 tpm IV.

Riwayat kesehatan lalu, sebelumnya klien pernah mengalami nyeri perut yang berulang lebih dari 6 bulan namun segera pulih setelah dibawa ke puskesmas / poliklinik setempat. Klien tidak mempunyai riwayat alergi, kebiasaan klien sering membeli obat-obatan di warung ketika kondisi tubuh kurang baik seperti saat flu minum ultraflu, sebelum dan setelah bekerja klien selalu minum suplemen (E-10) untuk penambah tenaga. Kebiasaan ini dilakukan sejak tahun 1980.

Riwayat kesehatan keluarga, istri klien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan klien, keluarga klien tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit menular atau menurun. Riwayat sosial klien bersifat humoris dan penyabar. Hubungan klien dengan tetangga baik.

Genogram keluarga klien, klien adalah seorang laki-laki berusia 55 tahun yang merupakan anak kedua dari dua saudara yaitu laki-laki semua. Klien sudah menikah dengan Ny.A yang orang tua dari istri klien telah meninggal. Begitu juga dengan kedua orang tua klien ( Tn. S ) sudah meninggal. Klien mempunyai lima anak kandung dengan istrinya yang terdiri dari dua perempuan dan tiga laki-laki. Anak pertama perempuan anak, kedua laki-laki, anak ketiga perempuan, anak keempat laki-laki dan anak kelima laki-laki. Klien tinggal bersama istri dan kelima anaknya, dari keluarga klien tidak ada mempunyai penyakit keturunan.

Riwayat social, klien mempunyai sifat penyabar, keniginan klien salalu dapat terpenuhi, tetapi klien sangat ramah dan baik dengan keluarga ataupun dengan tetangga klien dan orang disekitarnya. peran klien didalam masyarakat sangat aktif dalam kegiatan social keagamaan.

Riwayat kesehatan lingkungan istri klien mengatakan kebersihan rumah dan lingkungan rumah terjaga, ventilasi udara dan cahaya cukup, kemungkinan terjadinya bahaya minimal, penataan alat-alat rumah tangga juga aman dan sanitasi air lancar.

Pengkajian pola fungsional menurut Gordon, persepsi kesehatan dan pola manajemen kesehatan, istri k lien mengatakan kesehatan sangat penting

dalam keluarganya buktinya ketika klien sakit istri klien langsung memberikan obat dari toko, memeriksakannya ke poliklinik atau tenaga kesehatan terdekat, bukti lain untuk menjaga kesehatan dan mencegah penyakit. Klien seorang perokok aktif. Harapan klien dan keluarga setelah menjalani perawatan klien dapat berkumpul dengan keluarga di rumah serta dapat menjalani aktifitas yang lebih ringan

Kebutuhan nutrisi, klien mengatakan sejak tanggal 28 Februari 2010 tidak makan dan minum, makan terakhir tanggal 27 februari 2010. Tanggal 28 Februari 2010-1 maret 2010 klien masih puasa makan dan minum. Sebelum sakit klien makan 3 x sehari dengan porsi 2 piring. Saat sakit klien mengalami masalah dengan pencernaan karena perutnya sakit. Klien terpasang selang nasogastrik, terpasang selang drainage untuk pembuangan darah post op, tanggal 1 Maret 2010 tidak ada masukan makanan dan minuman selama 24 jam karena klien keadaan puasa. Klien terpasang cairan intravena 2 jalur, perubahan BB 6 bulan terakhir dari 65 kg menjadi 60 kg.

Pola eliminasi, sebelum sakit klien BAB sehari sekali pada pagi hari dengan konsistensi lembek, warna kuning, bau khas feces. Klien BAK 4-6 kali sehari warna kuning jernih, bau khas urine. Selama sakit klien tidak BAB, BAB terakhir tanggal 27 Februari 2010 pagi hari. Selama sakit klien terpasang kateter, frekuensi urine  $\pm$  1000 ml/hr, warna kuning, bau amoniak.

Pola istirahat dan tidur, sebelum sakit klien tidur efektif dari jam 21.00 sampai 05.00 WIB, klien tidur siang jam 13.00 – 14.00 WIB, tidak ada

kebiasaan pengantar tidur, tidak ada kesulitan dalam tidur, selama sakit dirawat klien tidur dari jam 22.00 – 04.00 WIB, klien tidur siang jam 14.00 – 16.00 WIB, tidak ada kebiasaan pengantar tidur tetapi selama sakit sering terbangun karena merasakan nyeri.

Kebutuhan aktivitas mobilitas klien mengatakan kegiatan sehari-hari sebagai seorang petani bekerja di sawah. Berangkat pagi jam 06.00 WIB, istirahat waktu dzuhur tiba berangkat lagi jam 14.00-17.00 WIB. Klien bisa melakukan aktivitas sendiri tanpa ada keterbatasan. Namun selama sakit klien mengatakan tubuhnya lemas, tidak kuat beraktivitas, aktivitas klien selama dirawat terbatas hanya di tempat tidur seperti miring kanan dan kiri dengan bantuan, klien merasakan nyeri diperberat saat bergerak, batuk, atau mengejan, tampak aktivitas klien dibantu istri/anaknya dan perawat.

Kebutuhan psikososial pola pikir dan persepsi, klien mengatakan tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran, keluhan yang dirasakan klien adalah nyeri karena post operasi laparatomi, nyeri terasa perih dan teriris, skala nyeri 7, klien mengatakan nyeri saat tubuhnya digerakkan terutama bagian perut dan pinggang. Persepsi klien terhadap penyakitnya, klien ingin cepat sembuh setelah dioperasi dan bisa beraktivitas seperti biasanya, istri klien mengatakan sebelumnya klien tidak takut dioperasi dan siap menjalani operasi. Sebelum dioperasi klien tidak merasa takut dan cemas.

Hubungan sosialisasi atau komunikasi, klien mampu mengekspresikan perasaannya, klien mampu mengerti dan memahami orang

lain, hubungan klien dengan keluarga sangat baik, saat dilakukan pengkajian klien menjawab pertanyaan dengan baik.

Kebutuhan seksual, klien mengetahui tentang gendernya, klien mengatakan dirinya seorang laki-laki. Hubungan kasih sayang dan perhatian terpenuhi sebagai suami/bapak, pakainnya sesuaikan dengan gendernya.

Data spiritual dan kepercayaan, klien setiap hari-hari tertentu mengikuti kegiatan kumpulan mengaji atau tahlilan, sumber kekuatan klien adalah Allah SWT, perkembangan moral klien baik. Ibadah klien rajin sebelum sakit, selama sakit dan dirawat klien tidak pernah melakukan ibadah.

Pemeriksaan fisik, didapatkan kesadaran klien Composmentis, keadaan umum sedang, tanda – tanda vital meliputi Tensi 130/90 mmHg, Suhu 37,8 °C, Nadi 88x/menit, pernafasan 24x/menit, tinggi badan : 160 cm, berat badan : 60 kg. Bentuk kepala mesocephal, rambut hitam dan bersih, tidak ada masa atau benjolan, tidak ada nyeri tekan. Mata sklera tidak ikterik, pupil mengecil dengan refleksi cahaya, konjungtiva tidak anemis, palpebra tidak ada oedema. Hidung bentuk simetris terpasang NGT sebelah kanan, tidak ada perdarahan, tidak ada polip. Telinga tidak ada penurunan pendengaran, tidak ada serumen. Mulut: terlihat kotor, tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, mukosa bibir kering. Tenggorokan terasa sakit saat menelan karena terpasang NGT. Pada pemeriksaan dada pada *inspeksi* jantung tidak tampak *ictus cordis*, *palpasi ictus cordis* teraba pada *intercosta* 5, perkusi pekak, auskultasi bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 *reguler*, tidak ada bunyi tambahan, *inspeksi* paru-paru bentuk dada simetris, pengembangan dada maksimal, *palpasi vokal vremitus* kanan kiri sama,

*perkusi*: sonor, auskultasi normal tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing. Abdomen *inspeksi* perut simetris, terdapat luka jahitan post op laparotomi, terpasang selang drainage, *auskultasi* peristaltik usus tidak ada, *palpasi* nyeri tekan disekitar luka post op, tidak ada pembesaran lien dan hepar, *perkusi thympani*, *auskultasi* tidak ada bising usus. Ekstremitas atas terpasang infuse *Ringer Laktat* 20 tpm di tangan kanan dan Nacl 15 tpm ditangan kiri. Ekstremitas bawah normal. Turgor kulit perut tegang/kaku, bengkak pada perut, *capillary refill* kembali sebelum 2 detik, warna kulit sawo matang.

Pemeriksaan Penunjang, didapatkan data laboratorium tanggal 28 Februari 2010 WBC  $12 \times 10^3 / \text{mm}^3$  N (4.0–10.0), RBC  $4.24 \times 10^6 / \text{mm}^3$  N (4.00–5.50), HGB 12.6 g/d N (12.0 – 16.0), HCT 28,1 % N (40,00–50,00), PLT  $123 \times 10^3 / \text{mm}^3$  N (130–450), Limph  $1,5 \times 10^3 / \text{mm}^3$  N (0,8–4,0) MID  $0,70 \times 10^3 / \text{mm}^3$  N (0,1–0,9), GRAN  $9,8 \times 10^3 / \text{mm}^3$  N (2,0 –7,0), Limph % 12,2 % N (20,0–40,0), Mid % 5,9 % N (3,0- 9,0), Gran % 81,9 % (50,0–70,0). Data kimia klinik tanggal 28 Februari 2010 Glucose 67,8 N (70–180,0 mg / dl), creatinin 1,1 N (0,8–1,5 mg / dl), kalsium 9,0 N (8,4 – 10,2 mg / dl), Urea 39,8 N (19,3–42,9 mg/dl), Sodium 157,0 N (137–45 mg / dl), Potassium 3,5 N (3.5–3,10), PLT  $123 \times 10^3 / \text{uL}$  N ( 130–450).

Terapi, infus *Ringer Laktat* 20 tpm di tangan kanan dan infus Nacl 15 tpm ditangan kiri, tidak ada oedem. Injeksi intravena, tanggal 2 Maret 2010 Aminofluid 15 tpm, Taxegram 2x1 gr, Sagestam 2x80 mg, Ranitidin 2x1 gr, Incetron 2x1 gr, Torasic 2x1 gr. Injeksi obat tanggal 3 Maret 2010 Aminofluid 15 tpm, Taxegram 2x1 gr, Sagestam 2x80 mg, Incetron 2x1 gr, Torasic 2x1 gr.

Injeksi obat tanggal 4 Maret 2010 Aminofluid 15 tpm, Taxegram 2x1 gr, Sagestam 2x80 mg, Ranitidin 2x1 gr, Torasic 2x1 gr.

Tindakan medis dan keperawatan, perawatan NGT, perawatan selang drainage, pantau darah drainage, pantau input dan output, ganti balut/perawatan luka, injeksi obat IV, obat per oral, pemeriksaan EKG, pemeriksaan fisik abdomen *perkusi* pekak, *palpasi* nyeri tekan, *auskultasi* tidak ada bising usus.

## **B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan penulis, analisa data diambil data pertama pada tanggal 1 Maret 2010 Jam 10.00 WIB, didapatkan data subjektif, P : Klien mengatakan nyeri karena luka post operasi laparotomi peritonitis, Q : kualitas nyeri terasa perih dan teriris-iris, R : regional nyeri pada abdomen bagian umbilical dan iliaka kanan, S : skala nyeri 7, T : nyeri timbul ketika badan digerakan, batuk, atau mencejan terutama bagian perut dan pinggung. Data objektif : Klien tampak merintih kesakitan, tampak luka jahitan post op sepanjang 10 cm diperut, klien tampak lemah, ekspresi wajah klien tampak menahan rasa sakit, dengan pemeriksaan TTV, Tekanan Darah  $^{130}/_{90}$  mmHg, nadi: 88 x / mnt, suhu : 37,8°C, pernafasan : 24/mnt. Problem : nyeri. Etiologinya trauma jaringan dan reflek spasme otot sekunder akibat pembedahan laparotomi.

Data pkedua pada tanggal 1 Maret 2010 Jam 10.20 WIB, didapatkan data subjektif: Klien mengatakan sejak tanggal 28 Februari 2010 tidak makan dan minum, makan terakhir tanggal 27 Februari 2010, klien mengatakan

merasa kehausan, tanggal 28 Februari - 1 Maret 2010 klien masih puasa makan dan minum. Data objektif: Tampak membran mukosa kering, BB sebelum sakit 6 bulan terakhir menurun dari 65 kg menjadi 60 kg, balance cairan : input < output. Problem : Ketidakseimbangan volume cairan. Etiologinya kehilangan volume cairan sekunder akibat peritonitis.

Data ketiga pada tanggal 1 Maret 2010 Jam 10.40 WIB, didapatkan data subjektif: Klien mengatakan tubuhnya lemas, tidak kuat beraktifitas. Data objektif: Klien tampak lemah, mobilitas hanya miring kanan dan kiri ditempat tidur, klien merasakan nyeri diperberat saat bergerak, batuk, atau mengejan, aktifitas klien dibantu keluarga. Problem : Intoleransi aktifitas. Etiologinya karena kelemahan fisik akibat penurunan mobilitas dan nyeri.

Data keempat pada tanggal 1 Maret 2010 Jam 10.55 WIB, didapatkan data subjektif: Pasien mengatakan luka post op terasa nyeri, perih dan teriris. Data objektif : balutan tertutup rapat, luka tidak tampak bengkak dan kemerahan saat dibuka balutan. Problem : risiko tinggi terjadinya infeksi. Etiologi tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan.

Prioritas diagnosa: Diagnosa yang pertama adalah nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan reflek spasme otot sekunder akibat pembedahan laparatomi. Diagnosa yang kedua adalah ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan sekunder akibat peritonitis. Diagnosa yang ketiga adalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik akibat penurunan mobilitas dan nyeri. Diagnosa yang keempat adalah resti tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan.

### **C. Intervensi Pertama**

Intervensi keperawatan dibuat hari Senin tanggal 1 Maret 2010 jam

10.10 WIB diagnosa keperawatan pertama : Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan reflek spasme otot sekunder akibat pembedahan laparatomi, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil data subjektif : klien mengatakan nyeri post operasi berkurang, klien mengatakan rasa perih dan teriris berkurang, skala nyeri 3, data objektif ekspresi wajah klien rileks tidak menahan nyeri. Intervensi keperawatan yang dilakukan : monitor tanda-tanda vital, kaji jenis dan tingkat nyeri dan karakteristik nyeri, ajarkan keluarga untuk massage ringan, berikan posisi yang nyaman pada klien dan gunakan bantal untuk menyokong daerah yang sakit , latih untuk relaksasi dengan nafas dalam, berikan lingkungan yang nyaman dengan membatasi pengunjung, berikan obat analgetik untuk mengurangi rasa nyeri sesuai *advice* dokter.

Intervensi keperawatan kedua hari Senin tanggal 1 Maret 2010 jam 10.30 WIB diagnosa keperawatan kedua : Ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan sekunder akibat peritonitis. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kebutuhan volume cairan klien dapat terpenuhi dengan kriteria hasil : data subjektif klien mengatakan kebutuhan *input* klien terpenuhi, data objektif *mukosa* bibir tampak lembab, berat badan meningkat, *balance* cairan seimbang antara *input* : *output*. Intervensi keperawatan yang dilakukan: ukur masukan / *input* klien, ukur keluaran / *output* klien, mencatat laporan tertulis tentang *input* dan output klien, menghitung *balance* cairan, dorong pasien untuk mematuhi diet yang diinsruksikan, berikan cairan *parenteral* sesuai *advice*.

Intervensi keperawatan ketiga hari Senin tanggal 1 Maret 2010 jam 10.45 WIB diagnosa yang ketiga adalah Intoleransi aktifitas berhubungan

dengan kelemahan fisik akibat penurunan mobilitas dan nyeri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan aktivitas klien meningkat dan mandiri dengan kriteria hasil : data subjektif klien mengatakan lemas berkurang dapat bergerak atau beraktivitas seperti biasanya, data objektif klien mampu beraktivitas seperti duduk dan pindah posisi berbaring ditempat tidur. Intervensi keperawatan yang dilakukan : kaji tingkat kemampuan aktifitas klien, dekatkan keperluan klien, latih dan ajarkan gerak aktif/mobilitas ringan seperti miring kanan miring kiri libatkan keluarga dalam memenuhi aktifitas klien.

Intervensi keperawatan keempat hari Senin tanggal 1 Maret 2010 jam 11.00 WIB diagnosa yang keempat adalah resti tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan laparotomi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil : data subjektif klien mengatakan luka post op berkurang rasa perihnya, data objektif : luka tampak menutup rapat, tidak terjadi tanda-tanda infeksi seperti bengkak dan kemerahan. Intervensi keperawatan yang dilakukan : observasi tanda infeksi, minimalkan risiko infeksi antara perawat dan pasien, perawatan luka selang *drainage*, ganti balut tiap hari dengan teknik *aseptic* atau lakukan perawatan luka dengan teknik *aspetik*, berikan *antibiotic* sesuai *therapy* dan *advice* dokter.

#### D. Implementasi Pertama

Diagnosa keperawatan pertama nyeri berhubungan dengan trauma jaringan sekunder dan reflek spasme otot sekunder akibat pembedahan laparatomi. Pada tanggal 1 Maret 2010 dilakukan tindakan keperawatan sebagai berikut jam 10.00 WIB memonitor keadaan umum dan tanda – tanda vital, data subjektif klien kooperatif, data objektif : TD 130/90 mmHg, Suhu 37,8 °C, Nadi 88 x/menit, pernafasan 24x/menit, jam 10.05 WIB mengkaji tingkat skala nyeri klien dan karakteristik nyeri, data subjektif: klien mengatakan nyeri saat bergerak nyeri terasa perih dan teriris, skala nyeri 7, data objektif ekpresi wajah klien tampak merintih kesakitan, jam 10.10 WIB mengajarkan keluarga klien untuk memberikan kompres hangat disekitar area nyeri, data subjektif keluarga klien mengatakan akan mengikuti anjuran, data objektif klien tampak nyaman, jam 10.15 WIB memberikan posisi yang nyaman pada klien, data subjektif klien kooperatif, data objektif klien tampak nyaman, jam 10.15 WIB melatih untuk relaksasi dengan nafas dalam, data subjektif klien mengatakan akan mengikuti anjuran, data objektif klien tampak melakukan nafas dalam, jam 12.00 WIB memberikan obat injeksi taxegram 2 x 1 gr, Sagestam 2 x 80 mg, Ranitidin, 2x1 amp, torasic 2 x1 gr, cairan IV Aminofluid 15 tpm, data subjektif klien kooperatif, data objektif injeksi masuk intra selang, klien nampak menahan sakit saat obat dimasukkan.

Diagnosa keperawatan kedua : Ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan sekunder akibat peritonitis. Pada tanggal 1 Maret 2011 dilakukan tindakan keperawatan sebagai berikut jam 11.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, data subjektif klien kooperatif data objektif TD 130/90 mmHg, suhu  $37,8^{\circ}\text{C}$ . Jam 15.00 WIB mengukur *input/output* klien, data subjektif klien kooperatif, injeksi per hari: Taxegram 2 x 5 cc, Ranitidin 2 x 3 amp, Sagestam 2 x 2 cc, Incetron 2 x 2 cc, Torasic 2 x 2 cc, susu 400 cc, cairan IV Aminofluid 15 tpm 100 cc, *Ringer Laktat* 15 tpm 500 cc, NaCl 15 tpm 500 cc. Jam 18.00 WIB menghitung balance cairan, *Input* : Inj. Taxegram 2 x 5 cc = 10 cc, Sagestam 2 x 2 = 2 cc, Ranin 2 x 3 cc = 6 cc, Incetron 2 x 2 = 4 cc, Torasic 2 x 2 cc = 4 cc, Aminofluida = 1000 cc, *Ringer Laktat*: 1500 cc, NaCl: 500 cc = 3028 cc, AM : 5/kg BB/24 jam :  $5 \times 60 = 300 + 3028$  *input* = 3328 cc. *Output* : Drain = 300 cc, urine : 2000 cc, NGT ( susu cair ): 400 cc = 2700 cc, IWL = 15/kg BB/24 jam =  $15 \times 60 = 900$ , *Output* :  $2700 + 900 =$  *output* 3600, *balance* cairan = *Input-Output* =  $3328-3600 = -272$  CC.

Diagnosa keperawatan ketiga : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik akibat penurunan mobilitas akibat nyeri. Pada hari Senin tanggal 1 Maret 2010 dilakukan tindakan keperawatan sebagai berikut : jam 10.20 WIB mengkaji tingkat kemampuan aktifitas klien data subjektif klien mengatakan tak kuat beraktifitas, hanya tiduran ditempat tidur, aktifitas dibantu keluarga, data objektif tampak klien hanya miring kanan dan kiri ditempat tidur dengan menahan nyeri, jam 10.25 WIB mendekati

keperluan klien data subjektif, klien mengatakan terbantu dengan cara ini, data objektif, klien nampak berusaha mengambil sesuatu didekatnya, jam 10.25 WIB mengajarkan gerak aktif/mobilitas ringan seperti miring kanan miring kiri data subjektif klien mengatakan bersedia diajarkan gerak aktif, data objektif mengikuti instruksi perawat, jam 09.00 WIB melibatkan keluarga dalam memenuhi aktifitas klien data subjektif klien mengatakan bersedia membantu memenuhi aktifitas klien, data objektif keluarga tampak membantu menyibin klien.

Diagnosa yang keempat adalah Resti tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan laparatomi. Pada hari Senin tanggal 1 Maret 2010 dilakukan tindakan keperawatan sebagai berikut jam 10.00 WIB observasi tanda infeksi pada luka post op, data subjektif klien bersedia diobsevasi tanda infeksi pada luka post op, data objektif luka jahitan tertutup rapat, luka jahitan tidak bengkak dan kemerahan, jam 10.05 WIB mengganti balutan pada luka jahitan dan perawatan NGT dan selang drain dengan teknik aseptik, data subjektif klien bersedia diganti balutannya, data objektif klien terlihat menahan perih, jam 12.00 WIB memberikan *antibiotic* lewat intra selang sesuai *therapy* dan *advice* dokter data subjektif klien kooperatif, data objektif klien tampak tenang saat obat masuk.

### E. Evaluasi Pertama

Implementasi yang dilakukan selama 2 x 24 jam penulis melakukan evaluasi pada tanggal 2 Maret 2010 jam 13.00 WIB. Dari diagnosa nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot sekunder akibat pembedahan laparotomi, didapatkan data subjektif, P : Klien mengatakan nyeri berkurang karena luka post operasi laparotomi peritonitis, Q : kualitas nyeri terasa perih dan teriris-iris, R : regional nyeri pada abdomen bagian umbilical dan iliaka kanan, S : skala nyeri 5, T : nyeri timbul berkurang ketika badan digerakan, batuk, atau mengejan terutama bagian perut dan pingpong, data objektif : ekspresi wajah klien lebih rileks, tapi klien masih sedikit tampak menahan nyeri, tanda vital tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 76x/menit, pernafasan 24x/menit. Untuk melanjutkan asuhan keperawatan pada Tn.S penulis telah mendelegasikan kepada perawat yang ada di ruangan yaitu kaji skala nyeri, ajarkan teknik distraksi relaksasi, berikan terapi analgetik sesuai advice dokter sampai klien merasa lebih nyaman. Analisa masalah teratasi sebagian. *Planning* klien belum boleh pulang dan lanjutkan intervensi : ajarkan keluarga untuk massage ringan disekitar area nyeri, latih teknik relaksasi dengan nafas dalam, berikan lingkungan yang nyaman dengan membatasi pengunjung, berikan analgetik sesuai advice dokter.

Implementasi dilakukan selama 2 x 24 jam penulis melakukan evaluasi pada tanggal 2 Maret 2010 jam 15.00 WIB. Dari diagnosa kedua adalah Ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan sekunder akibat peritonitis, didapatkan data subjektif : klien

mengatakan *input* kurang karena 2 hari yang lalu masih dalam pembatasan cairan / *input*, data objektif intake dan *output* belum seimbang, *mukosa* bibir lembab. Analisa masalah teratasi sebagian. *Planning* lanjutkan intervensi : pantau masukan/*input* klien, pantau *output* klien, mencatat laporan tertulis tentang *input* dan *output* klien, menghitung *balance* cairan, memberikan cairan *parenteral* sesuai terapi.

Implementasi dilakukan selama 2 x 24 jam penulis melakukan evaluasi pada tanggal 2 Maret 2010 jam 15.30 WIB. Dari diagnosa ketiga adalah Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik akibat penurunan mobilitas dan nyeri, didapatkan data subjektif : klien mengatakan lemas berkurang, data objektif klien dapat miring kanan dan kiri di tempat tidur, klien dapat menjangkau makanan di meja dekat tempat tidur klien. Analisa masalah teratasi sebagian. *Planning* lanjutkan intervensi : kaji tingkat kemampuan aktifitas klien, dekatkan keperluan klien, latih dan ajarkan gerak aktif/mobilitas ringan seperti miring kanan miring kiri libatkan keluarga dalam memenuhi aktifitas klien.

Implementasi dilakukan selama 2 x 24 jam penulis melakukan evaluasi pada tanggal 2 Maret 2010 jam 15.40 WIB. Dari diagnosa keempat adalah tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan laparatomi. Didapatkan data subjektif klien mengatakan rasa perih dan seperti teriris berkurang, data objektif luka terlihat mengering, luka tampak kemerahan dan tidak bengkak saat dibuka, balutan tertutup rapat, *palpasi* masih nyeri tekan disekitar luka post op,

*auskultasi* tidak ada bising usus. Analisa masalah teratasi sebagian. *Planning* lanjutkan intervensi : observasi tanda infeksi, beri perawatan luka post op dan selang drain, ganti balut dan perawatan luka dengan teknik *aseptic* berikan antibiotic sesuai *therapy* dan *advice* dokter.

#### **F. Intervensi kedua**

Intervensi keperawatan kedua dibuat hari Selasa tanggal 2 Maret 2010 jam 06.10 WIB diagnosa keperawatan pertama : Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot sekunder akibat pembedahan laparatomi, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil data subjektif klien mengatakan nyeri post operasi berkurang, klien mengatakan rasa perih dan teriris berkurang, skala nyeri 3, data objektif ekspresi wajah klien rileks. Intervensi keperawatan yang dilakukan : monitor tanda-tanda vital, kaji tingkat nyeri yang dialami klien dan karakteristik nyeri, ajarkan keluarga untuk memberikan kompres hangat diarea sekitar nyeri, berikan posisi yang nyaman pada klien, latih untuk relaksasi dengan nafas dalam, berikan lingkungan yang nyaman dengan membatasi pengunjung, berikan obat *analgetik* sesuai *advice* dokter.

Intervensi keperawatan kedua hari Selasa tanggal 2 Maret 2010 jam 06.30 WIB diagnosa keperawatan kedua : Ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan sekunder akibat peritonitis. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan kebutuhan volume cairan klien dapat terpenuhi dengan kriteria hasil : data subjektif klien mengatakan kebutuhan *input* klien terpenuhi, data objektif

mukosa bibir tampak lembab, BB meningkat, BC seimbang antara *input* : *output*. Intervensi keperawatan yang dilakukan: pantau masukan / *input* klien, pantau keluaran / *output* klien, mencatat laporan tertulis tentang *input* dan *output* klien, menghitung *balance* cairan, berikan cairan *parenteral* sesuai *therapy*.

Intervensi keperawatan ketiga hari Senin tanggal 2 Maret 2010 jam 06.35 WIB diagnosa yang ketiga adalah Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik akibat penurunan mobilitas dan nyeri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan aktivitas klien meningkat dan mandiri dengan kriteria hasil : data subjektif klien mengatakan lemas berkurang dapat bergerak atau beraktivitas seperti biasanya, data objektif klien mampu beraktivitas seperti duduk dan pindah posisi berbaring. Intervensi keperawatan yang dilakukan : kaji tingkat kemampuan aktifitas klien, dekatkan keperluan klien, latih dan ajarkan gerak aktif / mobilitas ringan seperti miring kanan miring kiri libatkan keluarga dalam memenuhi aktifitas klien.

Intervensi keperawatan keempat hari Senin tanggal 2 Maret 2010 jam 06.40 WIB diagnosa yang keempat adalah Resti tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan laparatomi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil : data subjektif klien mengatakan luka post op berkurang rasa perihnya, data objektif luka tampak menutup rapat, tidak bengkak dan memerah. Intervensi keperawatan yang dilakukan : observasi tanda infeksi, ganti balut tiap hari, ganti balut dengan teknik *aseptic* berikan *antibiotic* sesuai *therapy* dan *advice* dokter.

## G. Implementasi Kedua

Diagnosa keperawatan pertama nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot sekunder akibat pembedahan laparotomi. Pada tanggal 3 Maret 2010 dilakukan tindakan keperawatan sebagai berikut jam 06.15 WIB memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital data subjektif klien kooperatif, dan data objektif : TD : 100 / 70 mmHg, Suhu : 37,5 °C, Nadi : 72 x / menit, pernafasan 24 x / menit, jam 06.16 WIB mengkaji tingkat skala nyeri klien dan karakteristik nyeri, data subjektif: klien mengatakan nyeri saat bergerak nyeri terasa perih dan teriris, data objektif ekspresi wajah klien tampak merintih menahan nyeri, jam 06.20 WIB memberikan posisi yang nyaman pada klien data subjektif klien kooperatif, data objektif klien tampak nyaman, jam 06.30 WIB melatih untuk relaksasi dengan nafas dalam, data subjektif klien mengatakan mau mengikuti anjuran, data objektif klien tampak melakukan teknik nafas dalam, jam 12.00 WIB memberikan obat injeksi taxegram 2 x 1 gr, Sagestam 2 x 80 mg, Incetron 2 x 1 gr, Torasic 2 x 1 gr, cairan IV Aminofluid 15 tpm, data subjektif klien kooperatif, data objektif injeksi masuk intra selang, klien nampak menahan sakit saat obat dimasukkan.

Diagnosa keperawatan kedua : Ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan sekunder akibat peritonitis. Pada tanggal 3 Maret 2011 dilakukan tindakan keperawatan sebagai berikut jam 06.15 WIB memonitor tanda-tanda vital, data subjektif klien kooperatif data objektif TD : 110/70 mmHg, S : 37,5 °C. Jam 12.10 WIB memantau

masuk dan keluaran *input/output*, data subjektif klien mengatakan bersedia dipantau *input* dan *outputnya*, data objektif, injeksi per hari : Taxegram 2x5 cc, Ranitidin 2x3 amp, Sagestam 2x2 cc, Incetron 2x2 cc, Torasic 2x2 cc, susu 400 cc, air putih 472 cc, cairan IV Aminofluid 15 tpm 100 cc, RL 15 tpm 500 cc, NaCl 15 tpm 500 cc. Jam 15.00 WIB menghitung *balance* cairan, *Input* : Inj. Taxegram 2x5 cc=10 cc, Sagestam 2x2=4 cc, Ranitidin 2x3 cc=6 cc, Incetron 2x2= 4 cc, Torasic 2 2 cc= 4 cc, susu 400 cc, air putih 472 cc, Aminofluida =1000 cc, *Ringer Laktat* 2x500 cc =1000 cc, NaCl 2x500 cc=1000 cc, *input* =3500 cc, AM : 5/kg BB/24 jam : 5x60=300+3500=3800 cc. *Output* : Drain : 600 cc, BAB 300 cc, urine : 1800 cc, keluaran NGT : 200 cc = 2900 cc, IWL =15/kg BB/24 jam=15x60=900, *Output* : 2900+900=3800, *balance* cairan = *Input-Output* = 3800-3800= 0 cc.

Diagnosa keperawatan ketiga : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik akibat penurunan mobilitas dan nyeri. Pada hari Senin tanggal 3 Maret 2010 dilakukan tindakan keperawatan sebagai berikut jam 12.20 WIB mengkaji tingkat kemampuan aktifitas klien data subjektif klien mengatakan kurang kuat untuk miring atau duduk sendiri ditempat tidur sehingga dibantu keluarga dan perawat, data objektif tampak klien hanya miring kanan dan kiri ditempat tidur dengan menahan nyeri, jam 12.25 WIB mendekati keperluan klien data subjektif klien mengatakan terbantu dengan cara ini, jam 12.30 WIB mengajarkan gerak aktif / mobilitas ringan seperti miring kanan dan miring kiri data subjektif, klien mengatakan bersedia diajarkan gerak aktif, data objektif mengikuti instruksi perawat, jam 12.40 WIB melibatkan keluarga dalam memenuhi aktifitas klien data

subjektif klien mengatakan bersedia membantu memenuhi aktifitas klien, data objektif keluarga tampak membantu menyibin klien.

Diagnosa yang keempat adalah Resti tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan laparotomi. Pada hari Senin tanggal 3 Maret 2010 dilakukan tindakan keperawatan sebagai berikut jam 10.00 WIB mengobservasi tanda infeksi pada luka post op, data subjektif klien bersedia diobservasi tanda infeksi pada luka post op, data objektif tidak terlihat tanda infeksi, luka terlihat akan mengering, jam 10.05 WIB mengganti balutan pada luka jahitan dengan teknik aseptik, data subjektif klien bersedia diganti balutannya, data objektif klien terlihat menahan perih saat diganti balut, balutan terlihat rapat, tidak terlihat tanda infeksi, jam 12.05 WIB memberikan antibiotic lewat intra selang sesuai *therapy* dan *advice* dokter data subjektif klien kooperatif, data objektif klien tampak tenang saat obat masuk.

#### H. Evaluasi Kedua

Implementasi dilakukan selama 2 x 24 jam penulis melakukan evaluasi pada tanggal 4 Maret 2010 jam 13.00 WIB. Dari diagnosa nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot sekunder akibat pembedahan laparotomi, didapatkan data subjektif : P : Klien mengatakan nyeri berkurang karena luka post operasi laparotomi peritonitis, Q : kualitas nyeri terasa perih dan teriris-iris berkurang, R : regional nyeri pada *abdomen* bagian *umbilical* dan *iliaka* kanan, S : skala nyeri 3, T : klien mengatakan nyeri saat merubah posisi miring kanan dan miring kiri berkurang, data objektif : ekspresi wajah klien lebih rileks, TD : 110/80 mmHg, suhu : 37,5°C, nadi : 80x/menit, RR 24x/menit. Analisa masalah teratasi sebagian. *Planning*

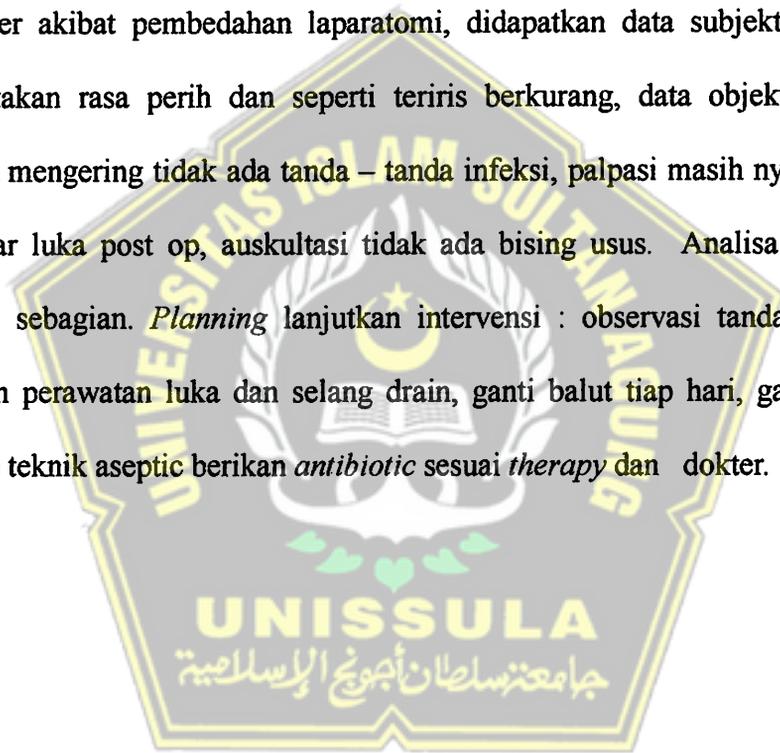
klien belum boleh pulang karena masih dalam perawatan dan lanjutkan intervensi : ajarkan keluarga untuk pemberian kompres hangat saat disekitar area nyeri, latih teknik relaksasi dengan nafas dalam, berikan lingkungan yang nyaman dengan membatasi pengunjung, berikan obat *analgetik* sesuai *advice* dokter.

Implementasi dilakukan selama 2 x 24 jam penulis melakukan evaluasi pada tanggal 4 Maret 2010 jam 15.00 WIB. Dari diagnosa kedua adalah Ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan dengan kehilangan volume cairan sekunder akibat peritonitis., didapatkan data subjektif : klien mengatakan sudah mulai makan dan minum sedikit tapi sering walaupun masih terpasang NGT, data objektif *input* dan *output* sudah seimbang, *mukosa* bibir lembab. Analisa masalah teratasi. *Planning* lanjutkan intervensi : pantau masukan / *input* klien, pantau keluaran / *output* klien, mencatat laporan tertulis tentang *input* dan *output* klien, menghitung *balane* cairan, dorong klien untuk mulai makan dan minum sedikit tapi sering.

Implementasi dilakukan selama 2 x 24 jam penulis melakukan evaluasi pada tanggal 4 Maret 2010 jam 15.30 WIB. Dari diagnosa ketiga adalah Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik akibat penurunan mobilitas akibat nyeri. didapatkan data subjektif klien mengatakan mulai kuat miring kanan dan miring kiri sendiri tapi untuk duduk belum kuat, data objektif klien dapat miring kanan dan kiri di tempat tidur, klien dapat menjangkau makanan di meja didekatnya. Analisa masalah masalah teratasi sebagian. *Planning* lanjutkan intervensi : kaji tingkat kemampuan aktifitas

klien, dekatkan keperluan klien, latih dan ajarkan gerak aktif / mobilitas ringan seperti miring kanan miring kiri libatkan keluarga dalam memenuhi aktifitas klien.

Implementasi dilakukan selama 2 x 24 jam penulis melakukan evaluasi pada tanggal 4 Maret 2010 jam 16.00 WIB. Dari diagnosa keempat adalah tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan laparatomi, didapatkan data subjektif klien mengatakan rasa perih dan seperti teriris berkurang, data objektif luka terlihat mengering tidak ada tanda – tanda infeksi, palpasi masih nyeri tekan disekitar luka post op, auskultasi tidak ada bising usus. Analisa masalah teratasi sebagian. *Planning* lanjutkan intervensi : observasi tanda infeksi, lakukan perawatan luka dan selang drain, ganti balut tiap hari, ganti balut dengan teknik aseptik berikan *antibiotic* sesuai *therapy* dan dokter.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini penulis akan membahas tentang kasus yang diambil mengenai Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan peritonitis post operasi laparotomi hari ke 2 di ruang Kenanga RSUD Sunan Kalijaga Demak.

Pengkajian dilakukan pada hari Senin tanggal 1 Maret 2010 Jam 09.00 WIB klien bernama Tn. S, laki-laki berusia 55 tahun. Klien tinggal di Demak, klien bekerja sebagai Petani, pendidikan terakhir klien SD, Agama Islam, Klien masuk RSUD Kota Demak tanggal 27 Februari 2010, dengan diagnosa Peritonitis. Penanggung jawab klien adalah istri klien Ny.A. Dilakukan secara menyeluruh yang meliputi tahap pengumpulan data baik dari klien, keluarga, catatan medik, dokter dan perawat untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Penulis melakukan pengkajian yang meliputi analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi.

Penulis akan menambahkan beberapa hal yang dalam pengkajian dan pendokumentasian asuhan keperawatan kurang lengkap dan kurang jelas. Dalam pengkajian eliminasi penulis hanya menuliskan input dan output dari data yang dipantau sepengetahuan penulis sesuai input yang di advicekan dokter sedangkan input yang dari kien atau keluarga tidak diketahui, ini terjadi karena kurang telitinya penulis dalam pengkajian awal.

Pengkajian eliminasi penulis hanya mencatat hasil keluaran klien jumlah frekuensi, konsistensi meliputi urine, sisa selang drain, sisa dari lambung yang keluar lewat NGT, BAB, dan muntah klien.

Penulis menemukan 4 diagnosa keperawatan yang prioritas dan memperoleh data sebagai berikut :

**A. Nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan spasme otot sekunder akibat pembedahan.**

Menurut Lynda Juall Carpenito (2007), nyeri kronis adalah keadaan ketika individu mengalami nyeri dan melaporkan adanya sensasi ketidaknyamanan atau intermiten dan berlangsung kurang lebih enam bulan. Dengan batasan karakteristik mayor, individu melaporkan bahwa nyeri telah ada lebih dari 6 bulan ( mungkin satu – satunya pengkajian yang didapatkan ). Dan batasan karakteristik minor ( 60% - 79% ), gangguan hubungan dengan social dan keluarga, peka rangsang, ketidakefektifan fisik atau imobilitas, depresi, menggosok bagian yang nyeri, ansietas, “tampilan meringis”, berfokus pada diri sendiri, tegangan otot rangka, preokupasi somatic, agitasi, kelelahan, penurunan libido, kegelisahan.

Menurut NANDA (2011), nyeri kronis adalah Pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dan muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas dari ringan hingga berat, terjadi secara konstan atau berulang atau akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung > 6 bulan. Dengan batasan karakteristik, gangguan kemampuan untuk meneruskan aktivitas, anoreksia, atrofi kelompok otot yang terserang, perilaku melindungi menjaga area nyeri, keluhan nyeri.

Diagnosa pertama penulis tegakkan karena pada pengkajian penulis menemukan data-data sebagai berikut, yakni klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri karena peritonitis post operasi laparatomi, nyeri terasa perih dan teriris, nyeri pada abdomen, dengan skala 7 dari skala nyeri 0-10, nyeri terasa terutama saat bergerak, batuk, atau mengejan, dengan tekanan darah 130/90 mmHg, suhu klien 37,8° C, dengan nadi 80x/menit, pernafasan 24x/menit. Pada penulisan etiologi diagnosa yang tepat menurut Carpenito, (2007) nyeri “kronis” berhubungan dengan trauma jaringan dan reflek spasme otot sekunder akibat pembedahan.

Diagnosa nyeri oleh penulis diangkat sebagai prioritas pertama karena menurut Hierarki Maslow, terbebas dari rasa nyeri adalah kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang sangat primer dan mutlak harus dipenuhi untuk memelihara homeostatik biologis dan kelangsungan kehidupan bagi tiap manusia. Kebutuhan ini merupakan syarat dasar, apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka dapat mempengaruhi kebutuhan yang lain, misalnya kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas dan nutrisi (Asmadi, 2008). Dengan teratasinya nyeri diharapkan klien dapat memenuhi kebutuhan yang lainnya.

Nyeri juga merupakan kejadian yang menekan atau stress dan dapat mengubah gaya hidup dan kesejahteraan psikologis individu. Dengan mengenali efek nyeri yang klien rasakan maka perawat dapat mengidentifikasi sifat dan keberadaan nyeri dengan lebih baik (Potter, 2006).

Penulis dalam mengatasi masalah diatas, penulis merencanakan asuhan keperawatan baik yang bersifat mandiri maupun kolaborasi yang meliputi kaji skala nyeri dengan rasional merupakan data dasar untuk mengevaluasi kebutuhan, ajarkan klien mengurangi nyeri dengan teknik mengalihkan perhatian klien dengan rasional teknik distraksi dan relaksasi dengan mengajarkan nafas dalam diharapkan dapat mengurangi intensitas nyeri dan mengontrol ketidaknyamanan. Berikan posisi yang nyaman dengan rasional diharapkan dapat memberikan kenyamanan saat berbaring sehingga dapat mengurangi dan mengontrol nyeri. Bantu dengan memberikan kompres hangat dengan rasional diharapkan dapat mengurangi nyeri yang dirasakan. Kolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi dengan rasional analgetik melalui intravena akan segera mencapai pusat rasa sakit, menimbulkan penghilang lebih efektif.

Rencana asuhan keperawatan diatas telah disesuaikan dengan buku diagnosa perencanaan Carpenito (2007) yang menyebutkan bahwa untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri dapat disusun intervensi sebagai berikut: kaji karakteristik, tingkat nyeri dan tentukan skala nyeri, jelaskan tentang penyebab nyeri, observasi tanda-tanda vital sign, kaji faktor yang dapat menurunkan dan meningkatkan nyeri, ajarkan teknik distraksi relaksasi, ciptakan suasana yang tenang, atur posisi yang nyaman, kolaborasi dalam pemberian analgetik.

Penulis selama implementasi keperawatan, penulis telah melakukan tindakan sesuai dengan apa yang telah direncanakan yaitu 10.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD : 130/90 mmHg, nadi : 88 x / mnt, suhu : 37,8 °C, pernafasan : 24x/menit, jam 10.05 WIB mengkaji skala nyeri (skala nyeri 7), mengajarkan keluarga klien untuk memberikan kompres hangat, jam 10.15 WIB memberikan posisi yang nyaman pada klien, jam 10.15 WIB melatih untuk relaksasi dengan nafas dalam, jam 12.00 WIB memberikan obat injeksi taxegram 2 x 1 gr, Sagestam 2 x 80 mg, Ranitidin, 2 x 1 amp, Torasic 2 x 1 gr cairan IV Aminofluid 15 tetes permenit.

Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan implementasi yang telah direncanakan karena didukung oleh sikap klien dan keluarga klien yang kooperatif dan dibantu dengan adanya pemberian obat anti nyeri. Pada implementasi perawat mengajarkan teknik mengurangi nyeri teknik distraksi dan relaksasi, dimana memiliki nilai lebih karena sewaktu-waktu dapat digunakan oleh klien jika merasakan suatu kondisi nyeri, dari nyeri ringan sampai sedang. Teknik tersebut sangat efektif untuk mengontrol nyeri yang dirasakan oleh klien.

Evaluasi akhir pada tanggal 04 Maret 2010 jam 13.00 WIB diagnosa pertama nyeri teratasi sebagian, karena sudah sesuai dengan kriteria hasil yang direncanakan penulis. Data subjektif, P : Klien mengatakan nyeri berkurang karena luka post operasi laparatomi peritonitis, Q : kualitas nyeri terasa perih dan teriris-iris berkurang, R : regional nyeri pada abdomen bagian umbilical

dan iliaka kanan, S : skala nyeri 3 dari rentang skala nyeri 0-10, T : klien mengatakan nyeri saat merubah posisi miring kanan dan miring kiri berkurang. Data objektif : ekspresi wajah klien lebih rileks, TD : 110/80 mmHg, suhu : 37,5°C, nadi : 80x/menit, RR 24x/menit sehingga penulis telah mendelegasikan kepada perawat yang ada di ruangan yaitu untuk menyusun planning selanjutnya untuk intervensi yang direncanakan karena pasien dalam tahap perawatan dan kesembuhan : ajarkan keluarga untuk pemberian kompres hangat disekitar area nyeri saat nyeri, latih teknik relaksasi dengan nafas dalam, berikan lingkungan yang nyaman dengan membatasi pengunjung, berikan analgetik sesuai advice dokter.

**B. Ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan sekunder akibat peritonitis.**

Menurut Lynda Juall Carpenito (2007), ketidakseimbangan volume cairan yaitu suatu keadaan ketika individu mengalami ketidakseimbangan, penurunan, peningkatan atau perpindahan cepat dari satu ke lain cairan intravaskuler, intertisial, dan/atau intraseluler. Dengan batasan karakteristik mayor, ketidakcukupan asupan cairan oral, keseimbangan negatif antara asupan dan haluaran, penurunan berat badan, kulit atau membrane mukosa kering. Dengan batasan karakteristik minor peningkatan natrium serum, penurunan haluaran urine atau pengeluaran haluan urine berkurang, urine memekat atau sering berkemih, penurunan turgor kulit, haus, mual, anoreksia.

Menurut NANDA (2011), risiko ketidakseimbangan volume cairan adalah berisiko terhadap penurunan, peningkatan, atau pergeseran cepat cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intrasesuler lain. Ini mengacu pada kehilangan, penambahan cairan tubuh, atau keduanya. Faktor risiko yang terjadi akibat ketidakseimbangan volume cairan seperti bedah abdomen, asites, luka bakar, obstruksi intestinal, pancreatitis, merasakan berkeringat, sepsis,cedera traumatic ( misal, fraktur panggul).

Menurut Taylor, Cynthia M, (2011) dalam buku Diagnosis Keperawatan dengan Rencana Asuhan, risiko ketidakseimbangan volume cairan adalah faktor risiko yang dapat menyebabkan peningkatan atau penurunan cairan berlebihan. Faktor risiko yang terjadi, perubahan asupan, bukti klinis kehilangan cairan atau darah melalui saluran atau lumen buatan, luka, atauselang drainase, peningkatan haluaran cairan, peningkatan asupan cairan, pergeseran cairan, kurang pengetahuan tentang faktor-faktor yang berkontribusi terhadap ketidakseimbangan cairan.

Diagnosa kedua penulis tegakkan karena pada pengkajian penulis menemukan data-data sebagai berikut : klien mengatakan haus dan pembatasan cairan yang masuk pada klien, klien post bedah abdomen, keluaran sisa drainase dan urine yang tidak biasanya, tampak membran mukosa bibir kering, kulit kering, penurunan berat badan, BB sebelum sakit 6 bulan terakhir menurun dari 65 kg menjadi 60 kg, balance cairan input < output.

Diagnosa ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan sekunder akibat peritonitis oleh penulis diangkat sebagai prioritas kedua karena menurut Hierarki Maslow, cairan adalah kebutuhan fisiologis. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang sangat primer dan mutlak harus dipenuhi untuk memelihara homeostatik biologis dan kelangsungan kehidupan bagi tiap manusia. Kebutuhan ini merupakan syarat dasar, apabila kebutuhan ini tidak terpenuhi maka dapat mempengaruhi kebutuhan yang lain, misalnya kebutuhan nutrisi istirahat tidur, dan kebutuhan aktivitas (Asmadi, 2008). Dengan seimbangya kebutuhan volume cairan diharapkan klien dapat memenuhi kebutuhan yang lainnya. Di sini penulis mengangkat diagnosa ketidakseimbangan karena data-data yang ada dari tanda-tanda dan gejala-gejala yang ada dari klien belum dapat diterapkan untuk menjadi diagnosa aktual. Penulis seharusnya dalam diagnosa tentang ketidakseimbangan volume cairan di dalam analisa data mencantumkan komponen pengkajian cairan dan asupan nutrisi secara lengkap, tetapi penulis tidak mencantumkan secara lengkap. Penulis mencantumkan data tentang Antropometri hanya berat badan dan tinggi badan. Biokimia penulis hanya mencantumkan tentang hasil laboratorium darah, akan tetapi penulis tidak mencantumkan hasil laboratorium (elektrolit, leukosit, albumin dan protein). Penulis juga tidak mencantumkan hasil penunjang lain seperti hasil EKG dan rontgen abdomen (hanya menyatakan peritonitis +). Clinical sign penulis mencantumkan mukosa bibir kering. Diit makanan penulis hanya

mencantumkan data tentang komposisi makanan dan frekuensi makan. Penulis juga mengukur input dan output serta menghitung balance cairan selama proses keperawatan.

Penulis dalam mengatasi masalah diatas, penulis merencanakan asuhan keperawatan baik yang bersifat mandiri maupun kolaborasi yang meliputi : monitor tanda-tanda vital sign, kaji masukan dan keluaran cairan klien, hitung balance cairan dengan rasional klien terpantau dan diketahui input/output kebutuhan cairannya.

Rencana asuhan keperawatan diatas telah disesuaikan dengan buku diagnosa perencanaan Carpenito (2007) yang menyebutkan bahwa untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri dapat disusun intervensi sebagai berikut: kaji masukan dan keluaran cairan klien, rencanakan asupan cairan untuk setiap 8 jam, pantau asupan dan keluaran cairan, pertimbangkan kehilangn cairan tambahan yang berhubungan muntah, demam, selang drain, hitung balance cairan selama 24 jam.

Implementasi keperawatan pada tanggal 03 Maret 2010, penulis telah melakukan beberapa tindakan yang telah direncanakan yakni jam 06.15 WIB memonitor tanda- tanda vital tekanan darah : 110/70 mmHg, suhu : 37,5 °C, jam 12.10 WIB memantau masukan dan keluaran *input* =3500 cc, *output* =3800, jam 12.15 memberikan cairan parenteral Aminofluid 15 tetes permenit, jam 15.00 WIB menghitung balance cairan  $BC = Input - Output = 3.800 - 3.800 = 0$  cc.

Penulis menambahkan juga beberapa intervensi lagi seperti yang tercantum dalam buku *Diagnosis Keperawatan dengan Rencana Asuhan*, diantaranya yaitu timbang berat badan pasien setiap hari sebelum diberikan asupan cairan dan makanan untuk membantu mendeteksi perubahan keseimbangan cairan, periksa membrane mukosa mulut setiap hari, dorong pasien untuk mematuhi diet yang diinstruksikan untuk mencapai keseimbangan cairan yang diinginkan, ajarkan pada klien dan keluarga cara mempertahankan asupan cairan seperti mengukur asupan dan haluaran, dan mengenal tanda-tanda ketidakseimbangan cairan (Taylor, 2011).

Penulis dalam melaksanakan implementasi keperawatan, penulis tidak menemukan kesulitan-kesulitan karena didukung oleh sikap klien dan keluarga yang kooperatif dan telah dilakukan sesuai yang diintervensikan.

Evaluasi akhir pada tanggal 04 Maret 2010 jam 15.00 WIB dari diagnosa kedua ini yakni masalah teratasi sebagian, karena respon klien dari implementasi yang dilakukan terdapat sebagian yang teratasi dari kriteria hasil yang diharapkan dalam perencanaan klien mengalami terpenuhi keseimbangan volume cairan dan elektrolit. Dimana implementasi yang teratasi yaitu didapatkan keseimbangan volume dan cairan klien, haluaran/output seimbang dengan input, *balance* cairan:  $Input - Output = 3800 - 3800 = 0$  cc. Untuk melanjutkan asuhan keperawatan pada Tn. S penulis telah mendelegasikan kepada perawat yang ada di ruangan yaitu dilakukan planning, lanjutkan intervensi dengan memberikan cairan parenteral dan asupan yang seimbang, kaji masukan dan keluaran cairan klien, rencanakan asupan cairan untuk setiap

8 jam sesuai advice, pantau asupan dan keluaran cairan, pertimbangkan kehilangan cairan tambahan yang berhubungan muntah, demam, selang drain, hitung balance cairan selama 24 jam.

### **C. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik akibat penurunan mobilitas dan nyeri.**

Menurut Lynda Juall Carpenito (2007), Intoleransi aktifitas yaitu penurunan dalam kapasitas fisiologis seseorang untuk melakukan aktivitas sampai tingkat yang diinginkan atau yang dibutuhkan. Dengan batasan karakteristik mayor, selama aktivitas kelemahan, pusing, dispnea. Tiga menit setelah aktivitas pusing, dispnea, keletihan akibat aktivitas, frekuensi pernafasan  $> 24$  x/menit, frekuensi nadi  $> 95$  x /menit. Dengan karakteristik minor

Menurut NANDA (2011), Intoleransi aktifitas adalah ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan. Dengan batasan karakteristik respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas, respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas, menyatakan letih saat beraktivitas, menyatakan merasa lemah.

Penulisan diagnose yang tepat menurut NANDA (2011), kelambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan nyeri. Kelambatan pemulihan pasca bedah adalah pemanjangan jumlah hari pasca bedah yang diperlukan untuk memulai dan melakukan aktivitas untuk mempertahankan

kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan yang disebabkan karena pembedahan yang luas. Dengan batasan karakteristik kesulitan bergerak, bukti hambatan penyembuhan area pembedahan (misal, kemerahan, indurasi, drainase, imobilisasi), keletihan, memerlukan bantuan untuk melakukan perawatan diri, melaporkan ketidaknyamanan, melaporkan nyeri.

Diagnosa ketiga penulis tegakkan karena pada pengkajian penulis menemukan data sebagai berikut, klien mengatakan klien mengatakan tubuhnya lemas, tidak kuat beraktifitas walaupun hanya ditempat tidur, klien tampak lemah, mobilitas hanya miring kanan dan kiri ditempat tidur setelah operasi, klien merasakan nyeri diperberat saat bergerak seperti miring di tempat tidur, batuk atau mengejan, dan aktifitas klien dibantu keluarga seperti makan, minum, dan perawatan diri klien.

Diagnosa Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik akibat penurunan mobilitas dan nyeri, diangkat oleh penulis sebagai prioritas ketiga karena menurut Hierarki Maslow, aktivitas adalah kebutuhan keamanan dan kesehatan. Kebutuhan keamanan dan kesehatan tingkat kedua setelah kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi untuk memenuhi kebutuhan dan aktivitas serta kelangsungan aktivitas bagi tiap manusia. Kebutuhan ini merupakan syarat dasar untuk dapat melakukan aktivitas yang lain, misalnya kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas dan nutrisi (Asmadi, 2008). Dengan terpenuhinya kebutuhan aktivitas diharapkan klien dapat memenuhi kebutuhan yang lainnya. Di sini penulis mengangkat diagnosa intoleransi karena data-data yang ada dari tanda-tanda dan gejala-gejala yang ada dari klien belum bisa diterapkan untuk menjadi diagnosa aktual.

Penulis dalam mengatasi masalah diatas, penulis telah merencanakan asuhan keperawatan baik yang bersifat mandiri maupun kolaboratif yaitu kaji tingkat kemampuan aktifitas klien, dekatkan keperluan klien, ajarkan gerak aktif , latih dan ajarkan gerak aktif/mobilitas ringan seperti miring kanan miring kiri, libatkan keluarga dalam memenuhi aktifitas klien, berikan posisi yang nyaman saat berbaring dengan rasional posisi yang nyaman dapat memberikan kenyamanan bagi klien, berikan lingkungan yang nyaman dan tenang dengan rasional lingkungan yang nyaman dapat membantu klien berpikir kritis dalam melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhannya. Rencana asuhan keperawatan diatas telah disesuaikan dengan buku diagnosa perencanaan keperawatan Lynda Juall Carpenito ( 2007).

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi, penulis telah melakukan beberapa tindakan yang telah direncanakan yakni jam 12.10 WIB mengkaji tingkat kemampuan aktifitas klien, jam 12.15 WIB memberikan posisi yang nyaman pada saat berbaring, jam 12.25 WIB mendekati keperluan klien, jam 12.30 WIB mengajarkan gerak aktif / mobilitas ringan seperti miring kanan dan miring kiri tiap 2-4 jam, jam 12.40 WIB melibatkan keluarga dalam membantu memenuhi kebutuhan klien.

Penulis tidak mengalami kesulitan dalam melaksanakan implementasi yang telah direncanakan karena didukung oleh sikap klien dan keluarga klien yang kooperatif.

Evaluasi akhir pada tanggal 04 Maret 2010 dari diagnosa ketiga ini yakni masalah teratasi sebagian, karena respon klien dari implementasi yang dilakukan terdapat sebagian yang teratasi dari kriteria hasil yang diharapkan dalam perencanaan klien mengatakan mulai bisa miring kanan dan kiri ditempat tidur tetapi untuk duduk sendiri belum kuat, saat bergerak rasa nyeri sudah mulai berkurang. Untuk melanjutkan asuhan keperawatan pada Tn. S penulis telah mendelegasikan kepada perawat yang ada di ruangan yaitu lanjutkan intervensi dengan berikan posisi yang nyaman pada saat berbaring, atur posisi minimal 2 jam sekali, dan ajarkan gerak aktif / mobilitas ringan ditempat tidur miring kanan dan miring kiri tiap 2-4 jam.

**D. Resti tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan.**

Menurut NANDA (2011), resti tinggi infeksi adalah mengalami peningkatan risiko terserang organism patogenik. Dengan faktor risiko penyakit kronis, trauma, kerusakan jaringan, pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat (misal, integritas kulit tidak utuh, jaringan yang mengalami trauma, penurunan kerja siliriasis, stasis cairan tubuh, gangguan peristaltik).

Menurut Potter dalam buku Fundamental Keperawatan menyatakan bahwa dalam proses keperawatan, perawat mengkaji mekanisme pertahanan, kerentanan, dan pengetahuan klien mengenai infeksi (Potter, 2006).

Diagnosa keempat penulis tegakkan karena pada pengkajian penulis menemukan data-data sebagai berikut : luka post op terasa nyeri, perih dan teriris, balutan tertutup rapat, luka tidak tampak bengkak, warna kemerahan saat dibuka balutan. Diagnosa keperawatan resti tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan sesuai dengan NANDA (2011).

Penulis dalam mengatasi masalah diatas, penulis merencanakan asuhan keperawatan baik yang bersifat mandiri maupun kolaboratif yang meliputi : ukur tanda vital klien, observasi tanda infeksi, minimalkan risiko infeksi antara perawat dan pasien, ganti balut tiap hari, ganti balut dengan teknik aseptik atau lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik, berikan antibiotik sesuai therapy dan advice dokter.

Rencana asuhan keperawatan diatas telah disesuaikan dengan buku diagnosa perencanaan Lynda Juall Carpenito (2007), yang menyebutkan bahwa untuk mengatasi masalah keperawatan resti infeksi dapat disusun intervensi sebagai berikut : observasi tanda infeksi, minimalkan risiko infeksi antara perawat dan pasien, ganti balut tiap hari, ganti balut dengan teknik aseptik atau lakukan perawatan luka dengan teknik aspetik, berikan antibiotik sesuai therapy dan advice dokter.

Penulis selama implementasi keperawatan, penulis telah melakukan tindakan sesuai dengan apa yang telah direncanakan yaitu jam 10.00 WIB mengukur tanda vital klien, jam 10.05 WIB mengobservasi tanda infeksi pada

luka post op, jam 10.10 WIB mengganti balutan pada luka jahitan dengan teknik aseptik, jam 12.00 WIB memberikan antibiotik lewat intra selang sesuai therapy dan advice dokter.

Penulis dalam melaksanakan implementasi keperawatan, penulis tidak menemukan kesulitan-kesulitan karena didukung oleh sikap klien dan keluarga yang kooperatif.

Evaluasi akhir pada diagnosa keempat karena respon klien dari implementasi yang dilakukan masalah teratasi dari kriteria hasil: luka post op berkurang rasa perihnya, luka tampak menutup rapat, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti bengkak dan merah. Pada tanggal 4 Maret 2010 jam 16.00 WIB dari diagnosa keempat adalah tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan laparatomi, didapatkan data tanda vital tekanan darah 110/80 mmHg, suhu 37°C, nadi 80x/menit, pernafasan 24x/menit, rasa perih dan teriris berkurang, luka terlihat mengering tidak ada tanda-tanda infeksi, palpasi masih nyeri tekan disekitar luka post op, auskultasi tidak ada bising usus. Untuk melanjutkan asuhan keperawatan pada Tn. S penulis telah mendelegasikan kepada perawat yang ada di ruangan yaitu lanjutkan intervensi dengan : ukur tanda vital, observasi tanda infeksi, ganti balut tiap hari, ganti balut dengan teknik aseptik berikan antibiotik sesuai therapy dan advice dokter.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

Berdasarkan hasil pembahasan yang dilakukan oleh penulis maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Penulis mengambil kasus pada Tn.S dengan peritonitis post operasi laparatomi hari ke 2 di Ruang Kenang RSUD Sunan Kalijaga Demak, dapat disimpulkan bahwa pengkajian yang dilakukan penulis belum lengkap karena pada kasus bedah dewasa perlu mencantumkan fase penyembuhan luka pembedahan secara menyeluruh tetapi penulis hanya mencantumkan proses terjadinya penyakit dan keperawatannya. Karya tulis ini membahas tentang konsep dasar keperawatan peritonitis dan asuhan keperawatan bedah yang terdiri dari pengkajian, analisa data, intervensi, implementasi dan evaluasi.
- b. Penulis menganalisa data dan telah menemukan 4 diagnosa atau masalah keperawatan yaitu pertama nyeri, kedua ketidakseimbangan volume cairan, ketiga intoleransi aktivitas dan keempat resti infeksi.
- c. Intervensi dan implementasi untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul pada klien peritonitis post operasi laparatomi rencana dan dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam sesuai dengan intervensi yang direncanakan dan dilakukan dengan baik.
- d. Evaluasi dilakukan pada tanggal 4 Maret 2010 jam 18.00 WIB, dari hasil evaluasi masalah teratasi sebagian karena pasien mengalami perubahan dan proses kesembuhan. Intervensi tetap dilanjutkan di rumah sakit dan dilakukan perawatan luka post operasi, klien

dianjurkan untuk mengikuti anjuran dari dokter dan perawat, serta diit yang diperbolehkan dan yang harus dihindari. Untuk proses keperawatan pada klien selanjutnya dilakukan oleh perawat ruangan yang bertugas diruang Kenanga RSUD Sunan Kalijaga Demak karena keterbatasan waktu yang dilakukan oleh mahasiswa dalam mengelola pasien selama pengambilan kasus ini.

## **B. Saran**

### **1. Bagi penulis**

Menambah pengetahuan dan wawasan penulis khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap penderita peritonitis post operasi laparatomi.

### **2. Bagi Institusi pendidikan**

Mampu memahami dan membimbing mahasiswa tentang asuhan keperawatan komprehensif pada kasus peritonitis post operasi laparatomi, sehingga mahasiswa dapat membuat laporan asuhan keperawatan dengan baik.

### **3. Bagi Rumah Sakit atau Institusi Pelayan Kesehatan**

Mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada semua kasus yang ditemukan pada rumah sakit tersebut terutama pada kasus peritonitis post operasi laparatomi dan perawatannya pada kasus bedah.

### **4. Bagi Masyarakat**

Mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat secara maksimal, sehingga dapat meminimalkan angka kesakitan terutama menyangkut peritonitis post operasi laparatomi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta : Salemba Medika
- Carpenito, Linda J. (2007). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan (Handbook of Nursing Diagnosis)*. Alih Bahasa Yasmin Asih, S.Kp. Edisi 10. Jakarta : EGC.
- Doenges, Marilyn E. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Editor edisi bahasa Indonesia Monica Ester, Yasmin Asih. Edisi 3. Jakarta : EGC.
- Henry D. (2000). *Essential Surgery for Nurses*. Penerjemah Andy Hartono. Yayasan Essentia Medika : Jakarta.
- Http: Henry//www.google.com.File:\kti\askep-peritonitis.html, diunduh tanggal 23 Maret 2011.
- Http://www.google.com.file:///G:/kti/lp-laparatomy.html, diunduh tanggal 9 Mei 2011.
- Http://www.medicastore.com, diunduh tanggal 19 April 2011.
- NANDA International. (2011). *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi (2009-2011)*. Alih Bahasa Made Sumarwati, Dwi W, & Estu T. Jakarta : EGC.
- Oswari E. (2000). *Bedah dan Perawatannya*. Jakarta : FKUI.
- Potter, Patricia A & Perry, A.G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Alih Bahasa Komalasari R, Dian E, Novieastari E, et all. Edisi 4. Volume 1. Jakarta : EGC.
- Potter, Patricia A & Perry, A.G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Alih Bahasa Komalasari R, Dian E, Novieastari E, et all. Edisi 4. Volume 2. Jakarta : EGC.
- Reeves, Charlene J. (2001). *Keperawatan Medikal Bedah*. Alih Bahasa Djoko Setyono. Jakarta : Salemba Medika.

Sjamsuhidajat R & Wim de Jong. (2004). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta : EGC.

Smeltzer, Suzant C dan Bare, Brenda G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner &Suddart*. Edisi 8. Volume 2. Jakarta : EGC.

Sugeng J & Weni K. (2010). *Asuhan Keperawatan Post Operasi dengan Pendekatan Nanda, NIC, NOC*. Nuha Medika : Yogyakarta.

Taylor, Cynthia M. (2011). *Diagnosa Keperawatan : dengan Rencana Asuhan*. Alih Bahasa Eny M. Edisi 10. Jakarta : EGC.

Tucker, Susan M. (2008). *Standar Perawatan Pasien : Perencanaan Kolaborative & Intervensi Keperawatan*. Edisi 7. Volume 1. Jakarta : EGC.

