

**ASUHAN KEPERAWATAN PADABAPAK A YANG MENGALAMI ABSES  
HEPAR POST OP LAPARATOMI DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH ABDUL WAHAB SJAHRANIESAMARINDA**

**THE NURSING CARE OF MR.A WITH ASBES HEPAR POST  
LAPARATOMY IN CEMPAKA WARD RSUD ABDUL WAHAB SJARANIE  
SAMARINDA**

**KARYA TULIS ILMIAH**



Oleh :

**MELDI RAHMAN**

**NIM :13.113082.1.0772**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA**

**2016**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Hati merupakan salah satu organ tubuh yang paling besar dan merupakan pusat metabolisme tubuh manusia. Gangguan fungsi hati masih menjadi masalah kesehatan besar di negara maju maupun di negara berkembang. Indonesia merupakan negara dalam peringkat endemic tinggi mengenai penyakit hati (Depkes RI, 2007).

Di Amerika Serikat sendiri ada sekitar 2000 kasus penyakit hati yang terjadi di setiap tahunnya dan lebih dari 50% disebabkan oleh obat-obatan (Lucena *et al*, 2008).

Abses Hepar adalah rongga yang terjadi karena kerusakan jaringan hati yang disebabkan oleh kuman *Entamoeba histolytica*. Hampir 10 % penduduk dunia terutama di negara berkembang terinfeksi *Entamoeba histolytica*, tetapi hanya sepersepuluh yang memperlihatkan gejala. Insidensi Abses Hepar di Rumah Sakit seperti di Thailand berkisar 0,17 % sedang di berbagai Rumah Sakit di Indonesia berkisar antara 5 – 15 pasien pertahun (Depkes RI, 2007)

Ada tiga cara penanganan pada kasus abses hepar, yang pertama medikamentosa atau dengan obat-obatan, yang kedua dengan tindakan aspirasi terapeutik, dan yang ketiga dengan cara

pembedahan, pembedahan yang di sebut dengan operasi laparotomi, lapratomi merupakan penyayatan operasi melalui dinding abdominal midline atau flank untuk melakukan visualisasi organ didalam abdominal (Boden, 2012). Ada beberapa efek dari tindakan pembedahan ini yaitu, syok, gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis, dan buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi.

Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya, yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan (Undang-Undang Kesehatan NO.36, 2014). Perawat adalah seorang yang telah lulus pendidikan keperawatan, baik didalam maupun diluar negeri, peraturan menteri kesehatan RI No 1796 tahun 2011 tentang registrasi tenaga kesehatan lebih mengukuhkan perawat sebagai suatu profesi di Indonesia. Tujuan keperawatan adalah untuk merawat dan membantu pasien mencapai perawatan diri secara total dan berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan dengan memperhatikan keadaankebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melauai pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan

tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian di evaluasi perkembangannya.

Catatan dari kepala ruangan cempaka di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda mulai dari tanggal 1 Maret 2016 sampai dengan 30 Mei 2016 menunjukkan penderita yang mengalami Abses Hepar berjumlah 10 pasien yang ada di ruang Cempaka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Berdasarkan uraian diatas, menyebabkan penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn A yang mengalami abses hepar post op laparotomy di ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis merumuskan masalah yaitu “Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn A yang mengalami abses hepar post op laparotomy di ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ?”

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada Tn A yang mengalami abses hepar post op laparotomy di ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## 2. Tujuan Khusus

Memperoleh pengalaman nyata dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn A yang mengalami abses hepar post op laparotomy di ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahrani Samarinda, dan menganalisa kesenjangan-kesenjangan antara teori dan kasus khususnya dalam hal :

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa Keperawatan
- c. Perencanaan
- d. Pelaksanaan
- e. Evaluasi

## **D. Metode Penulisan**

Metode penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan study kasus, yaitu metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan. Disajikan dalam bentuk naratif dan kemudian dijadikan bahan pembahasan. Ada pun metode penulisan Karya Tulis Ilmiah ini didapat dengan cara :

### 1. Studi kepustakaan

Digunakan untuk mengumpulkan data teori yang berhubungan dengan isi karya tulis ilmiah ini, yang terdiri dari buku-buku, diktat dan sumber-sumber lain yang bersifat ilmiah.

## 2. Studi Kasus

Yaitu pengamatan kepada kasus yang diambil secara langsung melalui tahap-tahap asuhan keperawatan

## 3. Studi wawancara

Teknik ini digunakan untuk menggali data melalui klien dan keluarga tentang keadaan dan masalah klien saat ini. Selain itu wawancara juga dapat mempererat hubungan perawat dengan klien untuk melancarkan pelaksanaan asuhan keperawatan.

## 4. Observasi

Teknik ini digunakan secara langsung untuk mengenali, mengamati dan memperoleh data tentang kesehatan klien serta berbagai masalah yang timbul pada klien.

## 5. Pemeriksaan fisik

Melakukan pengkajian secara langsung dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi untuk mendapatkan tanda dan gejala yang merupakan data lanjut guna menyusun diagnosa keperawatan dan merencanakan tindakan selanjutnya.

## 6. Studi dokumentasi

Diambil dari status klien yang ada di ruangan baik itu berupa catatan medik, laporan perawat ataupun instruksi dari dokter yang menangani.

## **E. Sistematika Penulisan**

Untuk mendapatkan gambaran secara singkat dan menyeluruh dari isi penulisan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan yang terbagi dalam lima bab yaitu :

BAB I, pendahuluan yang meliputi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II, tinjauan pustaka yang menguraikan tentang konsep dasar meliputi : tinjauan materi yang membahas tentang konsep dasar penyakit dan asuhan keperawatan secara teoritis pada pasien yang mengalami abses hepar post op laparotomy yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi disertai dengan teori-teori yang terkait.

BAB III, merupakan tinjauan kasus dimana penulis akan menyajikan suatu kasus dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, rumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan (pelaksanaan), evaluasi dan dokumentasi .

BAB IV, pembahasan yang menguraikan tentang analisa terhadap hasil studi atau kajian dengan mencantumkan teori-teori yang relevan untuk memperkuat bahasan dan dimana akan dibahas asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien yang meliputi pengkajianm diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan,

evaluasi dan dokumentasi terkait serta menganalisa kesenjangan-kesenjangan antar teori dan kasus.

BAB V, merupakan bab penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran. Dimana kesimpulan merupakan jawaban tujuan penulisan dan sebagai inti dari pembahasan yang ditulis secara singkat dan jelas. Sedangkan saran merupakan alternatif pemecahan masalah yang operasional, dapat dilaksanakan atau diupayakan untuk tindak lanjut oleh yang diberi saran.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **1. Konsep Anatomi Hepar**

##### **a. Anatomi Hepar**

Hati adalah kelenjar terbesar dalam tubuh, berat rata-rata sekitar 1.500 gr. 2% berat badan orang dewasa normal. Hati merupakan organ lunak yang lentur dan tercetak oleh struktur sekitar. Hati memiliki permukaan superior yang cembung dan terletak dibawah kubah merupakan atap dari ginjal, lambung, pancreas dan usus. Hati memiliki dua lobus yaitu kiri dan kanan. Setiap lobus hati terbagi menjadi struktur-struktur yang disebut lobulus, yang merupakan unit mikroskopi dan fungsional organ. Hati manusia memiliki maksimal 100.000 lobulus. Di antara lempengan sel hati terdapat kapiler-kapiler yang disebut sebagai sinusoid. Sinusoid dibatasi oleh sel fagositik dan sel kupffer. Sel kupffer fungsinya adalah menelan bakteri dan benda asing lain dalam darah. (Sylvia a. Price, 2006).

Hati memiliki dua sumber suplai darah, dari saluran cerna dan limpa melalui vena porta hepatica, dan dari aorta melalui arteri hepatica. Sekitar sepertiga darah yang masuk adalah darah arteri dan dua pertiganya adalah darah vena porta. Volume total darah

yang melewati hati setiap menitnya adalah 1.500 ml. (Sylvia a. Price, 2006).

#### **b. Pengertian Abses Hepar**

Abses hati adalah bentuk infeksi pada hati yang disebabkan karena infeksi bakteri, parasit, jamur maupun nekrosis streril yang bersumber dari sistem gastrointestinal yang ditandai dengan adanya proses supurasi dengan pembentukan pus didalam parenkim hati (Aru W Sudoyo, 2006).

#### **c. Etiologi**

Abses hati dibagi atas dua secara umum, yaitu abses hati amoeba dan abses hati pyogenik.

##### **a. Abses hati amoeba**

Didapatkan beberapa spesies amoeba yang dapat hidup sebagai parasit non patogen dalam mulut dan usus, tapi hanya *Enteramoeba histolytica* yang dapat menyebabkan penyakit. Hanya sebagian individu yang terinfeksi *Enteramoeba histolytica* yang memberi gejala invasif, sehingga di duga ada dua jenis *E. Histolytica* yaitu strain patogen dan non patogen. Bervariasinya virulensi strain ini berbeda berdasarkan kemampuannya menimbulkan lesi pada hepar (Aru W Sudoyo, 2006).

*E.histolytica* didalam *feces* dapat di temukan dalam dua bentuk vegetatif atau trophozoit dan bentuk kista yang bisa bertahan hidup di luar tubuh manusia.Kista dewasa berukuran 10-20 mikron, resisten terhadap suasana kering dan asam. Bentuk trophozoit akan mati dalam suasana kering dan asam. Trophozoit besar sangat aktif bergerak, mampu memangsa eritrosit, mengandung protease yaitu hialuronidase dan mukopolisakaridase yang mampu mengakibatkan destruksi jaringan.

b. Abses hati piogenik

Infeksi terutama disebabkan oleh kuman gram negatif dan penyebab yang terbanyak adalah *E.coli*.Selain itu, penyebabnya juga adalah *streptococcus faecalis*, *Proteus vulgaris*, dan *Salmonella Typhi*.Dapat pula bakteri anaerob seperti *bakteroides*, aerobakteria, *aktinomesis*, dan *streptococcus anaerob*.Untuk penetapannya perlu dilakukan biakan darah, pus, empedu, dan swab secara anaerob maupun aerob (Aru W Sudoyo, 2006).

**d. Patofisiologi**

**1. Amoebiasis Hepar**

Amoebiasis Hati penyebab utamanya adalah *entamoeba histolytica*.Hanya sebagian kecil individu yang terinfeksi

E.Hystolitica yang member gejala amebiasis invasive, sehingga ada dugaan ada dua jenis E.hystolitica yaitu strain pathogen dan non pathogen. Bervariasinya virulensi berbagai strain E.hystolitica ini berbeda berdasarkan kemampuan nya menimbulkan lesi pada hati. Patogenesis amebiasis hati belum dapat diketahui secara pasti. Ada beberapa mekanisme yang telah dikemukakan antara lain; faktor virulensi yang menghasilkan toksin, ketidakseimbangan nutrisi, factor resistensi parasit, imunodepresi pejamu, berubah-ubahnya antigen permukaan dan penurunan imunitas cell- Mediated. (Arief mansjoer,2001)

Secara singkat dapat dikemukakan 2 mekanisme;(Arief Mansjoer, 2001).

- 1) Strain E.Hystolitica ada yang pathogen dan non pathogen
- 2) Secara genetic E.Hystolitica dapat menyebabkan invasi tetapi tergantung pada interaksi yang kompleks antara parasit dengan lingkungan saluran cerna terutama pada flora bakteri. Mekanisme terjadinya amebiasis hati:
  - a) Penempelan E.Hystolitica pada mucus usus
  - b) Pengerusakan sawar intestinal.
  - c) Lisis sel epitel intestinal serta sel radang. Terjadinya supresi respon imun cell-mediated yang disebabkan

kanenzim atau toksin parasit, juga dapat karena penyakit tuberculosis, malnutrisi, keganasan. Dll

Penyebaran ameba kehati. penyebaran ameba dari usus kehati sebagian besar melalui vena porta. Terjadi fokus akumulasi neutrofil periportal yang disertai nekrosis dan infiltrasi granulomatosa. lesi membesar, bersatu dengan granuloma diganti dengan jaringan nekrotik. Bagian nekrotik ini dikelilingi kapsul tipis seperti jaringan fibrosa.

## **2. Abses Hati Piagenik**

Abses Hati piagenik dapat terjadi melalui infeksi yang berasal dari:

- a) Vena porta yaitu terinfeksi pelvis atau gastrointestinal, bisa menyebabkan pielflebitis porta atau emboli septic
- b) Saluran empedu merupakan sumber infeksi tersering. Kolangitis septic dapat menyebabkan penyumbatan saluran empedu seperti juga batu empedu, kanker, striktura saluran empedu ataupun anomaly saluran empedu kongenital.
- c) Infeksi langsung seperti luka penetrasi. Focus septik berdekatan seperti abses perinefrik, kecelakaan lalu lintas.
- d) Septisemia atau bakterimia akibat infeksi ditempat lain.
- e) Kriptogenik tanpa factor predisposisi yang jelas, terutama pada organ lanjut usia. (Aru W Sudoyo, 2006)

#### **e. Tanda Dan Gejala**

Gejala yang ditemukan pada abses hepar umumnya adalah demam, berat badan menurun, rasa lemah, nyeri kuadran kanan atas, mual, muntah dan anoreksia.

#### **f. Penatalaksanaan Medis**

##### **1. Medikamentosa**

Derivat nitromidazole dapat memberantas tropozoit intestinal/ekstraintestinal atau kista, obat ini dapat diberikan secara oral atau intravena.

Secara singkat pengobatan amoebiasis hati sebagai berikut :

1. Metronidazole
  2. Klorquin fospat
  3. Dehydroemetine
2. Tindakan aspirasi terapeutik indikasi :

Abses yang dikhawatirkan akan pecah

- a) Respon terhadap medikamentosa setelah 5 hari tidak ada
- b) Abses dilobus kiri karena abses disini mudah pecah kerongga pericardium atau peritoneum
- c) Tindakan pembedahan

3. Pembedahan dilakukan bila :

- a) Abses disertai komplikasi infeksi sekunder
- b) Abses yang sudah jelas menonjol ke dinding abdomen atau ruang intercostal
- c) Bila terjadi medikamentosa atau aspirasi tidak berhasil
- d) Ruptur abses ke dalam rongga intra peritoneal/pleural/pericardial

Tindakan bias berupa drainase baik tertutup maupun terbuka, atau tindakan reseksi misalnya lobektomi.

#### **g. Pemeriksaan Diagnostik**

1. Laboratorium

Untuk mengetahui keadaan hemoglobin, leukosit dan faal hati.

2. Foto dada

Didapatkan peninggian kubah diafragma kanan, berkurangnya gerak diafragma, efusi pleura, kolaps paru dan abses paru.

3. Foto polos abdomen

Kelainan dapat berupa gambaran ileus, hepatomegali atau gambaran udara bebas di atas hati.

4. Ultrasonografi

Mendeteksi kelainan traktus bilier dan diafragma.

5. Tomografi komputer

Melihat kelainan di daerah posterior dan superior, tetapi tidak dapat melihat integritas diafragma.

6. Pemeriksaan serologi

Menunjukkan sensitifitas yang tinggi terhadap kuman.

## **2. Konsep Post Laparatomi**

### **a. Pengertian**

Laparotomy merupakan penyayatan operasi melalui dinding abdominal midline atau flank untuk melakukan visualisasi organ di dalam abdominal (Boden, 2012).

Post op atau Post operatif Laparatomi merupakan tahapan setelah proses pembedahan pada area abdomen (laparatomi). Dalam Perry dan Potter (2005) dipaparkan bahwa tindakan post operatif dilakukan dalam 2 tahap yaitu periode pemulihan segera dan pemulihan berkelanjutan setelah fase post operatif. Proses pemulihan tersebut membutuhkan perawatan post laparatomi. Perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang di berikan kepada klien yang telah menjalani operasi pembedahan

### **b. Tujuan perawatan post laparatomi**

Dalam Perry dan Potter (2005) tujuan post laparatomi adalah :

1. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan



2. Mempercepat penyembuhan
3. Mengembalikan fungsi klien semaksimal mungkin
4. Mempertahankan konsep diri klien
5. Mempersiapkan klien pulang

**c. Manifestasi Klinis**

Manifestasi yang biasa timbul pada pasien post laparatomi diantaranya:

1. Nyeri tekan pada area sekitar insisi pembedahan
2. Dapat terjadi peningkatan respirasi, tekanan darah dan nadi
3. Kelemahan
4. Mual, muntah, anoreksia
5. Konstipasi

**d. Komplikasi**

1. Syok
2. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis.  
Tromboflebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboflebitis timbul bila darah lepas dari pembuluh darah vena.
3. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi.
4. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka yang mengalami dehisensi

### **3. Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah, dari respon pasien terhadap penyakitnya (Wartonah, 2006). Dalam proses keperawatan ada lima tahap, dimana tahap-tahap tersebut tidak dapat dipisahkan dan saling berhubungan. Tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut:

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan tujuan pengkajian adalah memberikan suatu gambaran yang terus menerus mengenai kesehatan pasien. Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi yang meliputi tiga aktifitas dasar yaitu : pertama mengumpulkan data secara sistematis; kedua, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan; dan ketiga, mendokumentasikan data dalam yang dapat dibuka kembali (Asmadi 2008).

Dalam melakukan pengkajian diperlukan keahlian-keahlian (*skill*) seperti wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi, hasil pengumpulan data kemudian diklasifikasikan dalam data

subjektif dan objektif. Data subjektif merupakan ungkapan atau persepsi yang diungkapkan oleh pasien. Data objektif merupakan data yang didapat dari hasil observasi, pengukuran, dan pemeriksaan fisik.

Ada beberapa cara pengelompokan data, yaitu berdasarkan sistem tubuh, berdasarkan kebutuhan dasar (Maslow), berdasarkan teori keperawatan, berdasarkan pola kesehatan fungsional. Pengumpulan data bisa digunakan dengan menggunakan metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dokumentasi dari catatan medis, status klien, dan hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi.

Pemeriksaan fisik adalah cara pengumpulan data melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Inspeksi didefinisikan sebagai kegiatan melihat atau memperhatikan secara seksama status kesehatan klien seperti inspeksi kesimetrisan pergerakan dinding dada, penggunaan otot bantu napas, inspeksi adanya lesi pada kulit dan sebagainya. Palpasi adalah jenis pemeriksaan dengan cara meraba atau merasakan kulit klien. Auskultasi adalah cara pemeriksaan fisik dengan menggunakan stetoskop yang memungkinkan pemeriksa mendengar bunyi yang keluar dari rongga tubuh klien. Perkusi adalah pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk

secara pelan jari tengah menggunakan jari yang lain untuk menentukan posisi, ukuran, dan konsistensi struktur suatu organ tubuh (Asmadi, 2008).

Menurut Doenges, E.M (2010), data dasar pengkajian pasien dengan Abses Hepar, meliputi:

- a. Aktivitas/istirahat, menunjukkan adanya kelemahan, kelelahan, terlalu lemah, latergi, penurunan massa otot/tonus.
- b. Sirkulasi, menunjukkan adanya gagal jantung kronis, kanker, distritmia, bunyi jantung ekstra, distensi vena abdomen.
- c. Eliminasi, Diare, Keringat pada malam hari menunjukkan adanya flatus, distensi abdomen, penurunan/tidak ada bising usus, feses warna tanah liat, melena, urine gelap pekat.
- d. Makanan/cairan, menunjukkan adanya anoreksia, tidak toleran terhadap makanan/tidak dapat mencerna, mual/muntah, penurunan berat badan dan peningkatan cairan, edema, kulit kering, turgor buruk, ikterik.
- e. Neurosensori, menunjukkan adanya perubahan mental, halusinasi, koma, bicara tidak jelas.

- f. Nyeri/kenyamanan, menunjukkan adanya nyeri abdomen kuadran kanan atas, pruritas, sepsi perilaku berhati-hati/distraksi, focus pada diri sendiri.
- g. Pernapasan, menunjukkan adanya dispnea, takipnea, pernapasan dangkal, bunyi napas tambahan, ekspansi paru terbatas, asites, hipoksia.
- h. Keamanan, menunjukkan adanya pruritas, demam, ikterik, ekimosis, patekis, angioma spider, eritema.
- i. Seksualitas, menunjukkan adanya gangguan menstruasi, impotent, atrofi testis

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan potensial dan aktual (Carpenito, 2007).

Menurut Doenges, E.M (2010), diagnosa keperawatan pasien dengan Abses Hepar post laparotomi meliputi :

- a. Nyeri (akut) berhubungan dengan gangguan pada kulit, jaringan, dan integritas otot.
- b. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan interupsi mekanisme pada kulit/jaringan.

- c. Resiko tinggi infeksi berubungan dengan luka oprasi dan prosedur invasif.

### 3. Perencanaan

No	DX Keperawatan	NOC	NIC
1	Nyeri (akut) berhubungan dengan gangguan pada kulit, jaringan, dan integritas otot.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pain level</li> <li>➤ Pain control</li> <li>➤ Comfort level</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p>Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil:</p> <p>1.1 Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>2.1 Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>3.1 Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>4.1 Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>5.1 Tanda vital dalam rentang normal</p>	<p>1.1 Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</p> <p>2.1 Observasi reaksi nonverbal dari Ketidaknyamanan</p> <p>3.1 Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p> <p>4.1 Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>5.1 Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>6.1 Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>7.1 Ajarkan tentang tehnik non farmakologi: napas dala, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Tidak mengalami gangguan tidur</li> </ul>	<p>8.1 Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri:</p> <p>.....</p> <p>9.1 Tingkatkan istirahat</p> <p>10.1 Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur</p> <p>11.1 Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p>
2	<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan interupsi mekanisme pada kulit/jaringan</p>	<p>Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes</p> <p>Wound Healing : primer dan sekunder</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kerusakan integritas kulit pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>1.2 Integritas kulit yang baik bisa Dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)</p>	<p>1.2 Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>2.2 Hindari kerutan pada tempat tidur</p> <p>3.2 Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</p> <p>4.2 Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</p> <p>5.2 Monitor kulit akan adanya kemerahan</p> <p>6.2 Oleskan lotion atau</p>

		<p>2.2 Tidak ada luka/lesi pada kulit</p> <p>3.2 Perfusi jaringan baik</p> <p>4.2 Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang</p> <p>5.2 Mampu melindungi kulit dan Mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</p> <p>6.2 Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka</p>	<p>minyak/baby oil pada daerah yang tertekan</p> <p>7.2 Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</p> <p>8.2 Monitor status nutrisi pasien</p> <p>9.2 Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</p> <p>10.2 Kaji lingkungan dan peralatan yang menyebabkan tekanan</p> <p>11.2 Observasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tandatanda infeksi lokal, formasi traktus</p> <p>12.2 Ajarkan pada keluarga tentang luka dan perawatan luka</p> <p>13.2 Kolaborasi ahli gizi pemberian diae TKTP, vitamin</p> <p>14.2 Cegah kontaminasi feses dan urin</p> <p>15.2 Lakukan tehnik perawatan luka dengan steril</p> <p>16.2 Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka</p>
--	--	--	---



3	Resiko tinggi infeksi berubungan dengan luka oprasi dan prosedur invasif.	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Immune Status</li> <li>⊗ Knowledge : Infection control</li> <li>⊗ Risk control</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.3 Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2.3 Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>3.2 Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>4.3 Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> <li>5.3 Status imun, gastrointestinal, genitourinaria dalam batas normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.3 Pertahankan teknik aseptif</li> <li>2.3 Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>3.3 Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>4.3 Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</li> <li>5.3 Ganti letak IV perifer dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</li> <li>6.3 Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</li> <li>7.3 Tingkatkan intake nutrisi</li> <li>8.3 Berikan terapi antibiotik:.....</li> <li>9.3 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal</li> <li>10.3 Pertahankan teknik isolasi k/p</li> <li>11.3 nspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase</li> <li>12.3 Monitor adanya luka</li> <li>11.3 Dorong masukan cairan</li> </ul>

			12.3 Dorong istirahat 13.3 Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi 14.3 Kaji suhu badan pada pasien neutropenia setiap 4 jam
--	--	--	---

#### 4. Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan (Hidayat, 2006).

Merupakan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Pelaksanaan tindakan keperawatan dapat dilaksanakan sebagian oleh pasien, perawat secara mandiri, atau bekerja sama dengan tim kesehatan lain. Dalam hal ini perawat adalah sebagai pelaksana asuhan keperawatan yaitu memberikan pelayanan perawatan dengan menggunakan proses keperawatan. Adapun langkah-langkah dalam tindakan keperawatan terdiri dari tiga tahap yaitu persiapan pelaksanaan dan dokumentasi.

- a. Fase persiapan, meliputi pengetahuan tentang rencana, validasi rencana, pengetahuan dan keterampilan mengimplementasikan rencana, persiapan klien dan lingkungan.
- b. Fase operasional, merupakan puncak implementasi dengan berorientasi pada tujuan. Implementasi dapat dilakukan dengan intervensi independen, dependen atau interdependen.
- c. Fase terminasi, merupakan terminasi perawat dengan klien setelah implementasi dilakukan.

Prinsip tindakan yang mendasari penanganan diagnosa keperawatan yang dapat timbul adalah :

- 1) Mempertahankan pola nafas efektif
- 2) Mempertahankan tingkat kesadaran pasien
- 3) Mempertahankan keseimbangan cairan
- 4) Menerapkan manajemen nyeri
- 5) Mencegah terjadinya infeksi
- 6) Mempertahankan dan meningkatkan kebutuhan istirahat
- 7) Meningkatkan pengalaman pasien tentang proses penyakit dan prognosis

## **5. Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan seiauh mana dari rencana keperawatan tercapai (Hidayat, 2006)

Evaluasi bertujuan untuk menilai efektifitas rencana dan strategi asuhan keperawatan. Evaluasi terdiri dari evaluasi proses, untuk menilai apakah prosedur dilakukan sesuai dengan rencana dan evaluasi hasil berfokus kepada perubahan perilaku dan keadaan kesehatan pasien sebagai hasil tindakan keperawatan. Ada empat alternative dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu

a. Masalah teratasi

Masalah teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan tingkah laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan criteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

b. Masalah sebagian teratasi

Masalah sebagian teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari criteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan

c. Masalah belum teratasi

masalah belum teratasi apabila pasien sama sekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan timbul masalah yang baru.

d. Timbul masalah yang baru

e. Masalah yang timbul atau muncul baru lagi pada pasien dengan menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan yang baru pada kondisi kesehatan klien.

Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional dengan pengertian S adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara objektif oleh klien setelah diberikan implementasi keperawatan. O adalah kegiatan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamat atau pengamatan objektif setelah implementasi keperawatan. A merupakan analisa perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif pasien yang dibandingkan dengan criteria dan standar yang telah ditentukan mengacu pada tujuan rencana keperawatan. P adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa (Effendy, 2006).

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

A. Pengkajian .....	22
B. Diagnosa Keperawatan .....	29
C. Perencanaan .....	30
D. Pelaksanaan .....	33
E. Evaluasi .....	41

### **BAB IV PEMBAHASAN**

A. Pengkajian .....	50
B. Diagnosa Keperawatan .....	54
C. Perencanaan .....	56
D. Pelaksanaan .....	56
E. Evaluasi .....	57

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS  
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian**

Hasil pengkajian subjektif dan objektif pada Tn A adalah pasien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi dibagian abdomen dan kuadran kanan abdomen, pasien juga tidak mampu melakukan perawatan diri mandi, pasien mengatakan susah tidur dan tidak ada BAB selama seminggu.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang muncul pada asuhan keperawatan ini adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka post op), resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasiv, defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan nyeri, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan mekanik (luka post op), gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan, konstipasi berhubungan dengan distensi abdomen.

##### **3. Perencanaan**

Perencanaan yang dilakukan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan saat pengkajian, tidak mendapat kesenjangan antara perencanaan secara teori maupun secara

kejadian dilapangan pada diagnosa yang sama. Pada diagnosa yang tidak sama perencanaan disesuaikan dengan masalah yang ada.

#### **4. Pelaksanaan**

Pelaksanaan yang dilakukan disesuaikan dengan intervensi atau perencanaan yang telah ditentukan tidak ditemukan hambatan dalam proses pelaksanaan dikarenakan dukungan keluarga dan sikap kooperatif pasien.

#### **5. Evaluasi**

Hasil asuhan keperawatan menunjukkan bahwa dari enam diagnosa dan sebagian teratasi dan masalah yang teratasi dengan diagnosa : defisit perawatan mandi berhubungan dengan nyeri, gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan, konstipasi berhubungan dengan distensi abdomen.

### **B. SARAN**

#### **1. Kepada Instansi Pendidikan**

Diharapkan agar dapat memperbaharui dan menambah literature/*referensi* terbaru sehingga dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini mahasiswa tidak mengalami kesulitan dalam mencari literatur.



## **2. Bagi Rumah Sakit**

Dalam rangka meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien hendaknya rumah sakit terus meningkatkan pengetahuan tenaga perawat dan tenaga medis lainnya dengan melaksanakan pelatihan atau seminar untuk perawat dan juga menyediakan fasilitas yang sesuai dengan standar prosedur tindakan keperawatan dan untuk mendapatkan peningkatan pelayanan asuhan keperawatan rumah sakit harus lebih menambah jumlah perawat diruang agar beban kerja perawat sedikit berkurang dan perawat bias lebih professional dalam memberikan asuhan keperawatan.

## **3. Kepada Penulis Selanjutnya**

Agar dalam melakukan asuhan keperawatan dapat dilakukan mulai pasien masuk sampai pasien pulang sehingga dapat melakukan asuhan keperawatan secara lebih optimal.

## DAFTAR PUSTAKA

Aru, W. Sudoyo, dkk. (2006). *Buku ajar Ilmu penyakit Dalam*, Jilid 1 Edisi Empat Jakarta : Balai Penerbitan FK-UI.

Brunner dan Suddarth. (2000). *Buku Ajaran Keperawatan Medikal Bedah* Edisi 8 Jakarta : EGC

Doenges, Marillyn all. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Dan Pedoman Untuk Perencanaan Dan Pendokumentasian Perawatan*. Edisi 3, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Doenges, M.(2010). *Nursing Diagnosis Manual. Nursing diagnosis manual : Panning, Individualizing, and documenting client care*. Edisi 2. Jakarta : EGC

Nanda , (2010). *Diagnosa Keperawatan Definisi Dan Klasifikasi*. Penerbit Buku Kedokteran : EGC

Potter & Perry. (2005). *Fundamental Keperawatan : Konsep , Proses Dan Praktik* Edisi 4 Volume 1, Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC

Smeltzer, Suzanne C. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8. Volume 2. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC