

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

Studi kasus ini akan diuraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Ny.L dengan Post Op Laparatomi di Ruangan Said bin Zaid RSUD Al-Ihsan yang dilaksanakan pada 11-15 April 2023. Hasil studi kasus berupa Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Op Laparatomi dengan Nyeri Akut. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan selama 5 hari perawatan di rumah sakit. Asuhan keperawatan ini dilakukan dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi.

4.1.1 Hasil Pengkajian Fokus Studi

a. Pengumpulan Data

Tabel 9 Hasil Pengumpulan Data

No	Aspek yang dikaji	Hasil
1	Identitas Pasien Nama: Umur : Pendidikan : Pekerjaan : Diagnosa Medis :	Ny.L 34 thn SMA Ibu Rumah Tangga Chilelitiasis
2	Riwayat Kesehatan Keluhan Utama : Keluhan saat dikaji :	Pasien mengeluh nyeri pada bagian perut Pada tanggal 1 April 2023 pasien mengeluh sakit perut, BAB pucat, perih panas sampai menjalar ke punggung selama 3 hari berturut turut, setelah itu pasien memutuskan untuk datang ke rumah sakit terdekat dengan rumahnya, dan pasien di rujuk ke RSUD Al-Ihsan dan dibawa ke IGD pada tanggal 4 April 2023, pasien langsung dipasang infus RL serta

		dipindahkan ke ruang perawatan rawat inap Said bin Zaid untuk dilakukan perawatan selanjutnya. Pasien menjalankan Tindakan operasi pada tanggal 08 April 2023 pada pukul 07.00 WIB. Pada saat dikaji tanggal 11 April 2023 pasien mengatakan bahwa pasien merasakan sesak, lemas, dan nyeri pada bekas operasi, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyerinya bertambah saat banyak gerak dan nyeri berkurang saat diistirahatkan, pasien juga mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 7 (1- 10), nyeri yang dirasakan hilang timbul. Keluarga pasien mengatakan kegiatan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat seluruhnya.
Riwayat Kesehatan Dahulu :	Kesehatan	Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien tidak pernah mengalami penyakit yang sama sebelumnya
Riwayat Keluarga	Kesehatan	Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, HIV, AIDS. Pasien dan keluarga juga mengatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat penyakit keturunan yang diderita seperti asma, jantung, hipertensi, diabetes melitus.
3	Pola Aktivitas	Sebelum sakit pasien mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri, setelah sakit pasien selalu didampingi dalam kebutuhan sehari-harinya oleh keluarga dan perawat

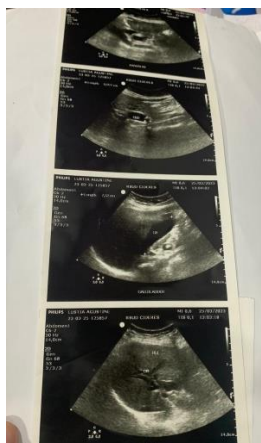
b. Hasil Pemeriksaan Fisik pada Sistem Terkait

Tabel 10 Hasil Pemeriksaan Fisik

No	Aspek yang dikaji	Hasil
1	Keadaan Umum	Pasien tampak lemas dan meringis kesakitan.
2	Kesadaran : <i>Glasgow Coma Scale</i> :	Composmentis
	Tekanan Darah :	E4 V5 M6 (15)
	Nadi :	120/80 mmHg
	Respirasi :	81x/mnt
	Suhu :	26x/mnt dengan O ₂
		36,7 C

Sistem Pernafasan	Terlihat adanya penggunaan otot bantu nafas, terpasang O2 nasal kanul 3 liter, suara paru terdengar wheezing dengan respirasi rate 26x/menit
Sistem Pencernaan	Terlihat adanya luka bekas operasi laparotomi dengan panjang 20 cm, warna kulit serupa dengan kulit sekitarnya, Terdapat nyeri tekan pada bagian abdomen, terbukti dengan adanya luka bekas operasi, luka tampak kemerahan.
Sistem musculoskeletal	Pada ekstremitas bawah, kedua kaki bergerak secara terbatas di pengaruhi oleh nyeri dan khawatir akibat insisi abdomen
Sistem integument dan imunitas	Terdapat luka operasi di daerah abdomen, disekitar luka tampak kemerahan.
3 Data Psikososial	Pasien berhubungan baik dengan keluarga dan tetangganya, Ketika di rumah sakit pasien selalu ditemani oleh ibunya.

4 Hasil USG



5 Hasil Labolatorium	Nama Test	Hasil	Flag	Unit	Nilai Rujukan
Darah Rutin					
	Hemoglobin	11.3	*	g/dL	12.0 ~ 16.0
	Lekosit	8530		Sel/uL	3800 ~ 10600
	Eritrosit	3.87		Juta/uL	3.6 ~ 5.8
	Hematokrit	33.5	*	%	35 ~ 47
	Trombosit	513000	*	Sel/uL	150000 ~ 440000
	RAPID ANTIGEN COVID-19	NEGATIF			
6 Program terapi :	Cefotaxime 3 x 1000 mg IV				

Omeprazole 1 x 40 mg IV
 Ketorolac 2 x 30 mg IV
 Meropeneum 3 x1000 mg IV

4.1.2 Gambaran Diagnosa Keperawatan

Dirumuskan diagnosa keperawatan utama yang sesuai topik bahasan berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data yang terlampir terhadap pasien sebagai berikut :

Tabel 11 Hasil Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh nyeri 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk dan hilang timbul. 3. Pasien mengatakan nyeri berkurang ketika beristirahat dan bertambah saat digerakan. 4. Pasien mengatakan telah dilakukan operasi pada tanggal 08 April 2023 <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis kesakitan. 2. Pasien bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Pasien tampak gelisah 4. Sulit tidur 5. Skala nyeri 7 (1-10)
<p>Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh sesak napas (dispnea) <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan otot bantu pernafasan 2. Pasien terpasang O2 nasal kanul 3 liter 3. Adanya bunyi napas tambahan (wheezing) 4. RR : 26x/menit dengan O2
<p>Resiko Infeksi berhubungan dengan luka invasive post pembedahan</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka operasi
<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan:</p> <p>DS :</p>

-
1. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak
 2. Pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan
 3. Pasien mengatakan cemas saat bergerak
 4. Keluarga pasien mengatakan bahwa dibantu saat melakukan aktivitas

DO :

1. Gerakan tidak terkoordinasi
 2. Gerakan terbatas
 3. Fisik lemah
-

4.1.3 Gambaran Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat, penulis merencanakan

Tindakan keperawatan sebagai berikut :

Tabel 12 Hasil Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melaporkan keluhan nyeri menurun dengan skala 0-3 (1-10) 2. Keluhan nyeri meringis menurun 3. Pasien menunjukkan sikap protektif menurun 4. Pasien tidak tampak gelisah 	Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 	Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri dapat menjadi penilaian untuk mengetahui berapa kuat rasa nyeri yang dialami 2. Identifikasi skala nyeri dapat membantu menilai efektivitas perawatan yang akan dilakukan 3. Mencari tahu factor yang memperberat dan memperingan nyeri agar mempercepat proses kesembuhan

			<p>Terapeutik 4. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: relaksasi nafas dalam)</p> <p>Edukasi 5. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, dan ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi 7. Pemberian analgetik ketorolac 2 x 30 mg IV</p>	<p>Terapeutik 4. Teknik nonfarmakologi (Tarik nafas dalam) dapat mengurangi nyeri yang dialami oleh pasien</p> <p>Edukasi 5. Menjelaskan hal tersebut agar keluarga pasien dan pasien mengerti penyebab dan pemicu nyeri</p> <p>6. Pasien atau keluarga dapat melakukan secara mandiri ketika nyeri terasa Kembali</p> <p>Kolaborasi 7. Analgetik menurunkan rasa nyeri</p>
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 5 x 8 jam gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Kaku sendi menurun 4. Kelemahan fisik menurun	<p>Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>Terapeutik 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>	<p>Observasi 1. Menidentifikasi apakah ada nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Tekanan darah dilakukan sebelum memulai mobilisasi mengetahui keadaan umum pasien</p> <p>Terapeutik 3. Meningkatkan kenyamanan pada pasien gangguan mobilitas fisik sangat dibutuhkan untuk membantu pergerakan</p>

			<p>Edukasi</p> <p>4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>5. Ajarkan tahapan mobilisasi dini yang harus dilakukan (dimulai dari miring kanan dan miring kiri, duduk diatas tempat tidur, kemudian pindah dari tempat tidur ke kursi roda dan Latihan berjalan)</p> <p>6. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: kursi roda)</p> <p>7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini secara mandiri</p>	<p>Edukasi</p> <p>4. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur mobilisasi</p> <p>5. Memudahkan pasien dalam melakukan pergerakan yang baik</p> <p>6. Memberikan fasilitas jika pasien melakukan aktivitas</p> <p>7. Menganjurkan pasien melakukan mobilisasi dini seperti miring ke kanan dan ke kiri, duduk diatas tempat tidur dan turun dari tempat tidur ke kursi roda dan Latihan berjalan</p>
3.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 5 x 8 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Kedalaman napas membaik	<p>Observasi</p> <p>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis: gurgling, mengi, wheezing, ronkhi)</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Mengetahui frekuensi, kedalaman dan usaha napas</p> <p>2. Mengetahui apakah ada suara tambahan napas seperti gurgling, mengi, wheezing, ronkhi</p>
			<p>Terapeutik</p> <p>3. Posisikan semi-fowler atau fowler</p>	<p>Terapeutik</p> <p>3. Posisi fowler atau semi-fowler</p>







				memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya bernapas
			4. Berikan oksigen 3 liter/menit	4. Oksigen membantu pernapasan pasien
4.	Resiko Infeksi berhubungan dengan luka invasive post pembedahan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 5 x 8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Tidak ada tanda-tanda infeksi (demam, nyeri, kemerahan, dan bengkak) 2. Kadar sel darah putih membaik	<p>Observasi</p> <p>1. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>2. Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>3. Lakukan perawatan luka</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5. Pemberian antibiotik Cefotaxime 3x1000 gr IV Meropeneum 3x1000 IV</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Kemerahan, panas, bengkak, merupakan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>2. Cuci tangan dapat memotong rantai infeksi</p> <p>3. Dapat mencegah infeksi pada luka</p> <p>Edukasi</p> <p>4. Kemerahan, panas, bengkak, merupakan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5. Pemberian antibiotik mencegah terjadinya infeksi</p>

4.1.4 Gambaran Implementasi Keperawatan




Setelah dilakukan perencanaan keperawatan, dilanjutkan dengan pelaksanaan Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari pada tanggal 11-15 April 2023.

Tabel 13 Implementasi



Hari ke-1







No	Tanggal dan Jam	DP	Tindakan	Paraf
1	11/04/2023 07.30 WIB	1	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh namun bicara dengan nada pelan karena mengeluh nyeri pada bagian perut pasca operasi laparatomi dan tidak bisa bangun dari tempat tidur.	
2	08.00 WIB	1,2	Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, & intensitas nyeri E/ Pasien mengeluh nyeri dibagian perut pasca operasi dan menyebar hingga ke area sekitar punggung dengan skala 7 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul, makin terasa ketika bergerak dan mereda ketika pasien istirahat	
3	08.05 WIB	1	Memonitor TTV E/ TD : 107/66 mmHg Suhu : 36 °C Nadi : 107x/menit Respirasi : 26x/menit	
4	08.10 WIB	3	Memonitor pola dan bunyi napas E/ frekuensi napas 26x/menit Bunyi napas terdengar wheezing	
5	08.15 WIB	4	Memonitor adanya tanda dan gejala infeksi E/ Kulit sekitar luka operasi terlihat bersih, warna sama dengan area sekitarnya dan terdapat kemerahan.	
6	08.30 WIB	2	Mengkaji tingkat mobilitas E/ Pasien ketergantungan total dibantu oleh perawat dan keluarga karena tidak bisa bergerak dan mengeluh nyeri pada bagian pasca operasi	





7	08.40 WIB	1	Melakukan pendidikan kesehatan tentang relaksasi nafas dalam E/ Pasien memerhatikan penjelasan perawat, membaca leaflet dan mengatakan mengerti apa itu nyeri, penyebab nyeri, dan manfaat relaksasi nafas dalam	<i>Pnne</i>
8	08.50 WIB	1	Melatih pasien Relaksasi Nafas Dalam E/ Pasien melakukan Relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat. Pasien mengatakan Skala nyeri menurun dari 7 menjadi 6 (1-10)	<i>Pnne</i>
9	08.55 WIB	3	Memberikan oksigen nasal kanul diberikan 3 liter/menit E/ Sesak Pasien berkurang RR : 26x/menit	<i>Pnne</i>
10	09.00 WIB	2	Melakukan pendidikan kesehatan tentang mobilisasi E/ Pasien mengatakan mengerti apa itu mobilisasi, dan manfaat mobilisasi, dan dapat menyebutkan kembali apa yang telah disampaikan	<i>Pnne</i>
11	09.10 WIB	2	Membantu pasien melakukan mobilisasi E/ Pasien miring kanan, miring kiri, dan duduk diatas tempat tidur	<i>Pnne</i>
12	10.00 WIB	4	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi E/ Pasien tampak mengerti apa yang sudah dijelaskan perawat, dan menyebutkan ulang tanda dan gejala infeksi	<i>Pnne</i>
13	10.10 WIB	4	Melakukan perawatan luka E/ Pasien diganti perban dan luka tampak sedikit kemerahan	<i>Pnne</i>
14	11.00 WIB	1	Melakukan pemberian obat analgetik Keterolac 30 mg, dan antibiotik Cefotaxime 1000 mg dan	<i>Pnne</i>

			meropeneum 1000 mg dan Omeprazole 40 mg secara intravena E/ Pasien kooperatif saat diberi obat dan mengatakan bahwa nyerinya berkurang setelah diberi obat	
15	15.00 WIB	3	Memonitor TTV E/ TD : 110/70 mmHg Suhu : 36 °C Nadi : 100x/menit Respirasi : 28x/menit	
16	15.10 WIB	1	Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, & intensitas nyeri E/ Pasien mengeluh nyeri dibagian perut pasca operasi dan menyebar hingga ke area sekitar punggung dengan skala 6 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul, makin terasa ketika bergerak dan mereda ketika pasien istirahat	
17	15.20 WIB	1	Melatih pasien Relaksasi Nafas Dalam E/ Pasien melakukan Relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat. Pasien mengatakan Skala nyeri menurun dari 6 menjadi 5 (1-10)	


Hari ke-2








19	12/04/2023 07.30 WIB	1	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh namun bicara dengan nada pelan karena mengeluh nyeri pada bagian perut pasca operasi laparatomi dan tidak bisa bangun dari tempat tidur.	
20	08.00 WIB	1,2	Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, & intensitas nyeri E/ Pasien mengeluh nyeri dibagian perut pasca operasi dan menyebar hingga ke area punggung dengan skala 6 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul, makin terasa ketika	





			bergerak dan mereda ketika pasien istirahat	
21	08.00 WIB	1	Memonitor TTV E/ TD : 130/90 mmHg Suhu : 36 C Nadi : 123x/menit Respirasi : 25x/menit	
22	08.10 WIB	4	Memonitor adanya tanda dan gejala infeksi E/ Kulit sekitar luka operasi terlihat bersih, warna sama dengan area sekitarnya dan tidak ada kemerahan.	
23	08.20 WIB	4	Melakukan perawatan luka E/ Pasien sudah diganti perban, tidak ada kemerahan	
24	08.30 WIB	2	Mengkaji tingkat mobilitas E/ Pasien ketergantungan total karena kesulitan bergerak, namun sudah bisa duduk, dan kegiatan lainnya dibantu perawat dan keluarga karena kesulitan bergerak dan mengeluh nyeri pada bagian pasca operasi	
25	08.50 WIB	1	Membimbing pasien Relaksasi Nafas Dalam E/ Pasien melakukan Relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat. Pasien mengatakan Skala nyeri 5 (1-10)	
26	09.10 WIB	2	Membantu pasien melakukan mobilisasi E/ Pasien tampak lemas, pasien sebelum diberikan Tindakan melakukan tidak bisa miring kanan, miring kiri terlalu lama karena merasakan sesak dan pasien dapat	

			duduk dengan bantuan perawat setelah diberikan Tindakan pasien masih sama, tidak bisa melakukan miring kanan-kiri terlalu lama karena merasakan sesak namun pasien dapat duduk dengan bantuan perawat	
27	11.00 WIB	1	Melakukan pemberian obat analgetik Keterolac 30 mg, dan antibiotik Cefotaxime 1000 mg dan meropenem 1000 mg dan Omeprazole 40 mg secara intravena E/ Pasien kooperatif saat diberi obat dan mengatakan bahwa nyerinya berkurang setelah diberi obat	
29	15.00 WIB	3	Memonitor TTV E/ TD : 130/80 mmHg Suhu : 34,7 °C Nadi : 124x/menit Respirasi : 22x/menit	
30	15.10 WIB	1	Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, & intensitas nyeri E/ Pasien mengeluh nyeri dibagian perut pasca operasi dan menyebar hingga ke area sekitar punggung dengan skala 5 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul, makin terasa ketika bergerak dan mereda ketika pasien istirahat	
31	15.20 WIB	1	Melatih pasien Relaksasi Nafas Dalam E/ Pasien melakukan Relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat. Pasien mengatakan Skala nyeri menurun dari 6 menjadi 5 (1-10)	



Hari ke-3







32	13/04/2023 07.30 WIB	1	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh namun bicara dengan nada pelan karena mengeluh nyeri pada bagian perut pasca operasi laparatomi dan mulai bisa bangun dari tempat tidur dan turun dari tempat tidur dengan bantuan perawat.	
----	-------------------------	---	--	---





33	08.00 WIB	1,2	Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, & intensitas nyeri E/ Pasien mengeluh nyeri dibagian perut pasca operasi dan menyebar hingga ke area punggung dengan skala 5 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul, makin terasa ketika bergerak dan mereda ketika pasien istirahat	
34	08.00 WIB	1	Memonitor TTV E/ TD : 130/80 mmHg Suhu : 39,7 C Nadi : 130x/menit Respirasi : 24x/menit	
35	08.10 WIB	4	Monitor adanya tanda dan gejala infeksi E/ Kulit sekitar luka operasi terlihat bersih, warna sama dengan area sekitarnya dan tidak ada kemerahan.	
36	08.20 WIB	4	Melakukan perawatan luka E/ Pasien sudah diganti perban dan tidak ada kemerahan	
37	08.30 WIB	2	Mengkaji tingkat mobilitas E/ tingkat kemandirian pasien berada pada ketergantungan berat, Pasien sudah mulai bisa sedikit-sedikit bergerak, sudah bisa duduk, dan turun dari tempat tidur ke kursi roda dan kegiatan lainnya dibantu perawat dan keluarga	
38	08.50 WIB	1	Membimbing pasien Relaksasi Nafas Dalam E/ Pasien melakukan Relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat. Pasien mengatakan Skala nyeri menurun dari 5 menjadi 4 (1-10)	
39	09.10 WIB	2	Membantu pasien melakukan mobilisasi E/ Sebelum dilakukan Tindakan pasien bisa duduk diatas tempat tidur dengan bantuan setelah dilakukan Tindakan pasien sudah bisa duduk diatas tempat tidur dengan mandiri dan pasien bisa	

			turun dari tempat tidur dan duduk di kursi roda dengan bantuan	
40	11.00 WIB	1	Melakukan pemberian obat analgetik Keterolac 30 mg, dan antibiotik Cefotaxime 1000 mg dan meropenem 1000 mg dan Omeprazole 40 mg secara intravena E/ Pasien kooperatif saat diberi obat dan mengatakan bahwa nyerinya berkurang setelah diberi obat	
41	15.00 WIB	3	Memonitor TTV E/ TD : 120/70 mmHg Suhu : 37,7 C Nadi : 130x/menit Respirasi : 22x/menit	
42	15.10 WIB	1	Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, & intensitas nyeri E/ Pasien mengeluh nyeri dibagian perut pasca operasi dan menyebar hingga ke area sekitar punggung dengan skala 5 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul, makin terasa ketika bergerak dan mereda ketika pasien istirahat	
43	15.20 WIB	1	Melatih pasien Relaksasi Nafas Dalam E/ Pasien melakukan Relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat. Pasien mengatakan Skala nyeri menurun dari 5 menjadi 4 (1-10)	



Hari ke-4








44	14/04/2023 07.30 WIB	1	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh dan sudah mulai berenergi, nyeri sudah berkurang	
45	08.00 WIB	1,2	Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, & intensitas nyeri E/ Pasien mengeluh nyeri dibagian perut pasca operasi dan menyebar hingga ke area sekitar punggung dengan skala 3 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul, makin terasa	



			ketika bergerak dan mereda ketika pasien istirahat	
46	08.00 WIB	1	Memonitor TTV E/ TD : 120/80 mmHg Suhu : 36 C Nadi : 130x/menit Respirasi : 22x/menit	
47	08.10 WIB	4	Monitor adanya tanda dan gejala infeksi E/ Kulit sekitar luka operasi terlihat bersih, warna sama dengan area sekitarnya dan tidak ada kemerahan.	
48	08.20 WIB	4	Melakukan perawatan luka E/ Pasien sudah diganti perban dan tidak ada kemerahan	
49	08.30 WIB	2	Mengkaji tingkat mobilitas E/ tingkat kemandirian pasien pada hari ke-4 termasuk kategori ketergantungan sedang, Pasien sudah bisa berjalan namun masih dibantu perawat dan keluarga	
50	08.50 WIB	1	Membimbing pasien Relaksasi Nafas Dalam E/ Pasien melakukan Relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat. Pasien mengatakan Skala nyeri menurun dari 4 menjadi 3 (1-10)	
51	09.10 WIB	2	Membantu pasien melakukan mobilisasi E/ Sebelum dilakukan Tindakan pasien pasien bisa turun dari tempat tidur dan duduk dikursi roda dengan bantuan, setelah dilatih Kembali, pasien bisa turun dari tempat tidur dan duduk di kursi roda dengan mandiri dan pasien bisa berjalan dengan bantuan.	

52	11.00 WIB	1	Melakukan pemberian obat analgetik Keterolac 30 mg, dan antibiotik Cefotaxime 1000 mg dan meropeneum 1000 mg dan Omeprazole 40 mg secara intravena E/ Pasien kooperatif saat diberi obat dan mengatakan bahwa nyerinya berkurang setelah diberi obat	
53	15.00 WIB	3	Memonitor TTV E/ TD : 110/80 mmHg Suhu : 36,6 C Nadi : 126x/menit Respirasi : 22x/menit	
54	15.10 WIB	1	Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, & intensitas nyeri E/ Pasien mengeluh nyeri dibagian perut pasca operasi dan menyebar hingga ke area sekitar punggung dengan skala 3 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul, makin terasa ketika bergerak dan mereda ketika pasien istirahat	
55	15.20 WIB		Melatih pasien Relaksasi Nafas Dalam E/ Pasien melakukan Relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat. Pasien mengatakan Skala nyeri menurun dari 3 menjadi 2 (1-10)	

Hari ke-5

56	15/04/2023 07.30 WIB	1	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh dan mengatakan nyeri sudah berkurang.	
57	08.00 WIB	1,2	Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, & intensitas nyeri E/ Pasien mengatakan nyeri dibagian perut pasca operasi dan menyebar hingga ke area sekitar punggung sudah tidak terasa dengan skala 2 (1-10).	




58	08.00 WIB	1	Memonitor TTV E/ TD : 120/70 mmHg Suhu : 36,1 C Nadi : 126x/menit Respirasi : 20x/menit	
59	08.10 WIB	4	Monitor adanya tanda dan gejala infeksi E/ Kulit sekitar luka operasi terlihat bersih, warna sama dengan area sekitarnya dan tidak ada kemerahan.	
60	08.30 WIB	2	Mengkaji tingkat mobilitas E/ Tingkat kemandirian pasien pada hari ke-5 sudah pada kategori mandiri, Pasien sudah bisa duduk, dan berjalan dengan mandiri	
61	08.50 WIB	1	Membimbing pasien Relaksasi Nafas Dalam E/ Pasien melakukan Relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat. Pasien mengatakan Skala nyeri menurun dari 3 menjadi 2 (1-10)	
62	09.10 WIB	2	Membantu pasien melakukan mobilisasi E/ Sebelum dilakukan Tindakan Pasien dapat duduk dikursi roda, dan berjalan dengan bantuan, setelah diberikan Tindakan pasien berjalan ke toilet dengan mandiri.	
63	11.00 WIB	1	Melakukan pemberian obat analgetik Keterolac 30 mg, dan antibiotik Cefotaxime 1000 mg dan meropenem 1000 mg dan Omeprazole 40 mg secara intravena E/ Pasien kooperatif saat diberi obat dan mengatakan bahwa nyerinya berkurang setelah diberi obat	
64	15.00 WIB	3	Memonitor TTV E/ TD : 110/70 mmHg Suhu : 36,6 C Nadi : 120x/menit Respirasi : 22x/menit	


65	15.10 WIB	1	Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, & intensitas nyeri E/ Pasien mengeluh nyeri dibagian perut pasca operasi dan menyebar hingga ke area sekitar punggung dengan skala 2 (1-10), nyeri dirasakan hilang timbul, makin terasa ketika bergerak dan mereda ketika pasien istirahat	
66	15.20	1	Melatih pasien Relaksasi Nafas Dalam E/ Pasien melakukan Relaksasi nafas dalam sesuai arahan perawat. Pasien mengatakan Skala nyeri menurun dari 2 menjadi 1 (1-10)	

4.1.5 Gambaran Evaluasi

Setelah dilakukan Implementasi Keperawatan selama 5 hari dari tanggal 11-15 April 2023, didapatkan hasil evaluasi akhir sebagai berikut :

Tabel 14 Evaluasi

Tanggal	Dx	Perkembangan	Paraf
15 April 2023 Pukul 14.00	1	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang O : Skala nyeri 2 (1-10) A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
15 April 2023 Pukul 14.00	2	S : Pasien mengatakan sudah bisa bergerak bebas dan ke toilet secara mandiri O : - Gerakan tidak terbatas - Pasien tampak berjalan ke toilet secara mandiri A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
15 April 2023 Pukul 14.00	3	S : Pasien mengatakan sudah tidak merasa sesak O : RR : 20x/menit	

		<p>SPO : 99%</p> <p>Bunyi napas vesikuler</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
<p>15 April 2023</p> <p>Pukul 14.00</p>	4	<p>S : -</p> <p>O : Tidak tampak gejala infeksi</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor adanya tanda dan gejala Infeksi Terapeutik - Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien - Lakukan perawatan luka Edukasi - Latih keluarga melakukan perawatan luka - Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p>I : 1. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi</p> <p>E/ Kulit sekitar luka operasi terlihat bersih, warna sama dengan area sekitarnya dan tidak ada kemerahan</p> <p>2. Melakukan perawatan luka</p> <p>E/ Pasien sudah diganti perban dan tidak ada kemerahan</p> <p>3. Melatih keluarga melakukan perawatan luka</p> <p>E/ Keluarga mengerti dan dapat menjelaskan kembali apa yang sudah diajarkan</p> <p>4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>E/ Keluarga pasien bersedia melakukan perawatan luka dirumah</p> <p>R : Kaji kembali</p>	

4.2 Pembahasan Studi Kasus

Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 5 hari dengan proses keperawatan yang meliputi mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, hingga evaluasi maka akan dibahas terkait fakta yang didapat dilapangan yang dikaitkan dengan teori.

Laparotomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah. (Sitepu dkk, 2021). Indikasi seseorang untuk dilakukan Tindakan laparatomi menurut (Haryono, 2012) yaitu section sesarea, peritonitis, kolelitiasis, kehamilan ektopik (kehamilan di luar uterus, diverticulitis (inflamasi kantong usus), adhesi (perlengketan jaringan pada abdomen), trauma abdomen. Ny. L di diagnose kolelitiasis sehingga dilakukan tindakan operasi laparatomi.

Pengaruh operasi laparatomi akan berdampak terhadap sistem tubuh, Ny. L mengalami dampak nyeri dikarenakan post operasi laparatomi yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan sehingga merangsang pembentukan bradikilin, serotin dan histamine yang dihantarkan ke korteks oleh cerebri dan menciptakan nyeri akut, Ny. L mengalami dampak pada sistem pernafasan yaitu mengalami dispnea dikarenakan pemberian anastesi yang menyebabkan defresi sistem saraf pusat, pernafasan dan kardiovaskuer sehingga terjadinya obstruksi saluran nafas yang menyebabkan dispnea, Ny. L juga memiliki Resiko Infeksi dikarenakan luka post operasi laparatomi yang menimbulkan luka terbuka

sehingga terdapat resiko masuknya media mikro organisme dan terjadinya infeksi, selain itu Ny. L juga mengalami dampak terhadap sistem musculoskeletal yaitu Ny. L mengalami kelemahan dan kesulitan ambulasi akibat nyeri pada abdomen, dan berdampak pada sistem integument karena ditemukan adanya luka akibat pembedahan di area abdomen.

Berdasarkan dengan hasil pengkajian dari Ny. L maka ditetapkanlah 4 diagnosa keperawatan yang memiliki focus pada nyeri akut yang dialami oleh Ny. L focus implementasi pada Ny. L diantaranya : melakukan relaksasi nafas yang bertujuan memberi rasa nyaman, rileks, dan mengurangi intensitas nyeri, serta dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen darah dengan dihasilkannya hormon adrenalin dan hormon kortison sehingga kadar PaCO₂ meningkat dan menurunkan PH, sehingga kadar oksigen dalam darah juga meningkat.

Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 5 hari didapatkan hasil evaluasi akhir dimana Ny.L mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 1 (1-10), Ny.L mengatakan nyeri sudah berkurang bahkan tidak terasa mengganggu.

4.3 Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus mengenai asuhan keperawatan pada Ny.L dengan gangguan nyeri akut di ruang Said bin Zaid yang bertempat di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat yang telah dilaksanakan selama 5 hari terdapat beberapa hal yang menghambat jalannya studi kasus yaitu :

Selama melaksanakan studi kasus, penulis memiliki keterbatasan yaitu implementasi untuk penanganan nyeri akut pada pasien post op laparatomi ini tidak hanya menggunakan implementasi relaksasi nafas dalam saja, melainkan diiringi dengan implementasi farmakologi analgetik.