# BAB II

# TINJAUAN PUSTAKA

1. Landasan Teori
2. Konsep Laparatomi
3. Definisi Laparatomi

Laparatomi merupakan pembedahan perut sampai membuka selaput perut (Haryono, 2012). Laparatomi merupakan suatu bentuk pembedahan mayor dengan melakukan pengayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah. (Tefnai, 2019). Laparatomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah. (Sitepu dkk, 2021)

Dari pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa laparatomi merupakan Tindakan operasi besar pada bagian abdomen untuk mendapatkan bagian organ perut yang mengalami masalah.

1. Etiologi

Menurut (Haryono, 2012), indikasi seseorang untuk dilakukan tindakan laparatomi antara lain:

1. Sectio Sesaria

Sectio sesaria adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh, serta berat janin diatas 500 gram. Jenis-jenis sectio sesaria yaitu sectio sesaria klasik dan sectio sesaria ismika. Sectio sesaria klasik yaitu dengan syarat memanjang pada korpus uteri ± 10-12 cm. sedangkan sectio sesaria ismika yaitu dengan sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim ± 10-12 cm.

1. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritonium, suatu lapisan endotelial tipis yang kaya akan vaskularisasi dan aliran limfa. penyebab peritonitis ialah infeksi mikroorganisme yang berasal dari gastrointestinal, appendissitis yang meradang typoid, tukuk pada tumor. Secara langsung dari luar misalnya operasi yang tidak steril. trauma pada kecelakaan seperti ruptur limfa dan ruptur hati.

1. Kolelitiasis

Kolelitiasis disebut juga batu empedu, gallstones, billiary calculus. istilah kolelitiasis dimaksudkan untuk membentuk batu di dalam kandung empedu. Batu empedu adalah timbunan kristal didalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu. Batu yang ditemukan di dalam kandung empedu disebut kolelitiasis, sedangkan batu di dalam saluran empedu disebut koledokolitiasis

1. Kehamilan ektopik (kehamilan di luar uterus)

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan implamasi terjadi diluar rongga uterus, tuba falopi merupakan tempat tersering untuk terjadinya implamasi kehamilan ektopik, sebagian besar kehamilan ektopik berlokasi di tuba, jarang terjadi implamasi pada ovarium, rongga perut, kanalis servikalis uter, tanduk uterus yang yang rudimenter dan divertikel pada usus

1. Divertikulitis (inflamasi kantong usus)

Divertikulitis adalah infeksi atau peradangan pada divertikula, kantong-kantong kecil yang menonjol yang bisa terbentuk di usus (paling sering di usus besar).

1. Adhesi (perlengketan jaringan pada abdomen)

Perlengketan (menempelnya) dua organ berdekatan sehingga mengganggu fungsinya. Atau terdapatnya jaringan fibrosa yang menghubungkan 2 organ yang berdekatan. Umumnya kondisi ini dikenal dengan perlengketan usus. Kondisi ini bisa terjadi paska operasi pada daerah abdomen, terdapatnya infeksi paska operasi sehingga timbul peradangan yang akhirnya menimbulkan kondisi menempelnya usus dengan usus (atau organ lain seperti kandung kencing dll).

1. Trauma abdomen

Trauma abdomen adalah cedera yang terjadi pada organ di dalam perut, seperti lambung, usus, hati, limpa, pankreas, empedu dan ginjal, kerusakan terhadap struktur yang terletak diantara diafragma dan pelvis.

1. Jenis-Jenis Laparatomi

Menurut (Haryono, 2012) terdapat 4 jenis laparatomi diantaranya :

1. *Mid-line incision*

Metode insisi yang paling sering digunakan, karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat sedikit lebih luas, cepat dibuka dan ditutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian jenis insisi ini adalah terjadi hernia cikatrialis, indikasinya pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan pasien serta di bawah umbilikus untuk eksplorasi ginekologis, restosigmoid dan organ dalam pelvis.

1. *Paramedian*

*Paramedian* yaitu sedikit ke tepi dari garis tengah (2,5cm), panjang (12,5cm), terbagi menjadi dua yaitu paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bawah serta plenoktomi.

1. *Transverse upper abdomen incision*

*Transverse upper abdomen incision* yaitu insisi bagian atas misalnya pembedahan colesistotomy dam splenektomy.

1. *Transverse lower abdomen incision*

*Transverse lower abdomen incision* yaitu insisi melintang dibagian bawah 4cm diatas anterior spinailiaka, misalnya pada operasi apendictomy.

1. Patofisiologi dan Dampak terhadap sistem tubuh
2. Patofisiologi

Laparatomi adalah pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen.Adanya trauma abdomen (tumpul/tajam), peritonitis, obstruksi pada usus halus dan usus besar, serta radang pada apendiks membutuhkan tindakan pembedahan untuk mengembalikan fungsi organ yang terjadi masalah, tindakan pembedahan tersebut yaitu laparatomi. Penyayatan pada abdomen akan mengaktifkan reseptor nyeri (nosiseptor) melalui sistem saraf asenden yang kemudian akan merangsang hipotalamus dan korteks selebri dan mengeluarkan zat kimia berupa histamin, bradikimin, serta prostaglandin yang akan memperparah rasa nyeri. Rasa nyeri juga akan menyebabkan keterbatasan gerak pada anggota tubuh dan dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Terputusnya inkotinitas jaringan akan menyebabkan terbukanya invasi sehingga mikroorganisme virus, bakteri dan parasit mudah masuk ke dalam tubuh dan terjadi resiko infeksi (Sjamsuhidajat, 2014).

1. Dampak terhadap sistem tubuh

Pengaruh operasi laparatomi akan berdampak terhadap sistem tubuh sebagai berikut:

1. Sistem integumen,

Pada pasien post op laparatomi akan ditemukan luka akibat pembedahan di area abdomen. Karateristik luka tergantung pada lamanya waktu setelah pembedahan, kerusakan jaringan dan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

1. Sistem Pernafasan

Pasien post op laparatomi akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas serta pernapasan dangkal, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh pasien.

1. Sistem Kardiovaskuler

Pada pasien pasca operasi biasanya ditemukan tanda- tanda syok seperti takikardi, berkeringat, pucat, hipotensi, penurunan suhu tubuh dan mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), atau hipotensi (keadaan dan tirah baring).

1. Sistem musculoskeletal

Kelemahan dan kesulitan ambulasi terjadi akibat nyeri pada abdomen dan efek samping dari anastesi yang sering terjadi adalah kekakuan otot pasca operasi.

1. Sistem Pencernaan

Pada sistem pencernaan, hal yang mendasar adalah mengklarifikasi keluhan nyeri. Pada inspeksi perut ditemukan adanya luka bekas operasi. Auskultasi abdomen untuk pemeriksaan bising usus harus dilakukan sebelum perkusi dan palpasi. Hal ini karena perkusi dan palpasi dapat menstimulasi atau mendepresi peristaltik usus. Bising usus normal berkisar 5‒34 kali/menit, jika tidak terdengar peristaltic usus, usus pasien belum berfungsi, maka pasien harus di puasakan, jika tidak puasa, pasien akan mengalami kembung. Perkusi dilakukan untuk menentukan distribusi gas intra abdomen, massa, serta ukuran organ intra abdomen, terutama hepar dan lien. Perkusi dilakukan pada keempat kuadran abdomen, dengan melihat area yang timpani maupun pekak. Palpasi abdomen akan didapatkan peningkatan respon nyeri. palpasi dalam untuk menentukan adanya rasa nyeri.

1. Sistem genitourinaria

Awal post operasi pasien akan mengalami penurunan jumlah output urine, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal post laparotomi. Output urine akan berangsur normal seiring dengan peningkatan intake oral.

1. Pathway

**Bagan 2. 1 Pathway Laparatomi**

Trauma perut, appendicitis, hernia inguinalis, kanker lambung, obstruksi, kolelitiasis, perforasi

Laparatomi

Efek samping anastesi Insisi jaringan

Mual, muntah, anoreksia Terputusnya inkontinuitas jaringan

Resiko defisit nutrisi

Luka infasif post pembedahan

Merangsang pembentukan Narkose umum Port”d entry MO

Zat kimia : bradikilin,

serotine, histamine Depresi musculoskeletal Resiko Infeksi

Dihantarkan ke Penurunan kekuatan otot

korteks cerebri

Nyeri Akut Kelemahan

Gangguan Mobilitas Fisik

Sumber : (Tefnai,2019)

1. Tanda dan Gejala

Menurut (Tefnai, 2019), tanda dan gejala post op laparatomi sebagai berikut:

1. Luka operasi
2. Nyeri tekan pada area insisi pembedahan
3. Kelemahan fisik
4. Gangguan integumen
5. Mual dan muntah
6. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Ramadhania, 2023), pemeriksaan diagnostik laparatomi yang biasanya dilakukan adalah:

1. Pemeriksaan rectum : adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar : kuldosentesi, kemungkinan adanya darah dalam lambung, dan kateterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.
2. Laboratorium : hemoglobin, hematokrit, leukosit, dan analisis urine.
3. Radiologik: bila diindikasikan untuk melakukan laparatomi.
4. Penatalaksanaan

Perawatan pasca pembedahan (Ramadhania, 2023):

1. Monitor kesadaran, tanda-tanda vital, intake dan output
2. Observasi dan catat sifat darai drain (warna, jumlah) drainage
3. Dalam mengatur dan menggerakan posisi pasien harus hati-hati, jangan sampai drain tercabut.
4. Perawatan luka operasi secara steril.
5. Komplikasi

Menurut (Yuliana, Andrew & Nana 2021) Komplikasi yang seringkali ditemukan pada pasien operasi laparatomi berupa ventilasi paru tidak adekuat, gangguan kardiovaskuler (hipertensi, aritmia jantung), gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dan gangguan rasa nyaman dan kecelakaan.

1. *Tromboplebitis*

Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis. Tromboplebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan kaki post operasi, ambulatif dini.

1. Infeksi

Buruknya integritas kulit sehubungan dengan lnfeksi luka. Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stapilokokus aureus, organisme gram positif. Stapilokokus mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan mempertahankan aseptik dan antiseptik.

1. *Eviserasi*

Integritas kulit yang buruk sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi. Terbukanya tepi-tepi luka disebut dehisensi luka. Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah.

1. Tujuan Perawatan Post Laparatomi

Menurut (Haryono, 2012) tujuan perawatan post laparatomi untuk:

1. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan.
2. Mempercepat proses penyembuhan.
3. Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi.
4. Mempertahankan konsep diri pasien.
5. Mempersiapkan pasien pulang.
6. Konsep Asuhan Keperawatan
7. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang pasien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan (Ramadhania, 2023).

1. Identitas pasien dan penanggung jawab
2. Identitas pasien

Identitas pasien terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, diagnosa medis, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian.

1. Penanggung jawab

Identitas penanggung jawab terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien.

1. Riwayat kesehatan Sekarang
2. Keluhan utama

Keluhan utama yang paling dirasakan oleh pasien post op laparatomi adalah nyeri.

1. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan yang paling dirasakan oleh pasien post op laparatomi diantaranya adalah nyeri, kelemahan saat bergerak, demam, sesak nafas, dan mual muntah, keluhan diuraikan dalam konsep P Q R S T.

1. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat Kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini.

1. Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga ini dikaji apakah keluarga memiliki penyakit yang sama atau memiliki penyakit keturunan, seperti hipertensi, diabetes melitus, jantung.

1. Pola aktivitas sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari bandingkan ADL antara kondisi sehat dan sakit: nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, aktifitas dan gaya hidup pasien.

1. Pemeriksaan Fisik
2. Penampilan umum

Penampilan umum pasien pasca operasi biasanya tampak lemah, gelisah, dan meringis

1. Pemeriksaan fisik persistem
2. Sistem pernafasan

Menilai dan melaporkan inspeksi dada dalam keadaan statis (bentuk dada, kelainan dinding dada) dan dinamis (keterlambatan gerak, retraksi). Adanya gangguan respirasi ditandai dengan peningkatan frekuensi nafas. Pasien post laparatomi akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas (takipneu) serta pernapasan dangkal, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh pasien.

1. Sistem kardiovaskuler

Pada pasien pasca operasi biasanya ditemukan tanda- tanda syok seperti takikardi, berkeringat, pucat, hipotensi,penurunan suhu tubuh dan mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), atau hipotensi (keadaan dan tirah baring).

1. Sistem integumen

Ditemukan luka akibat pembedahan di area abdomen. Karateristik luka tergantung pada lamanya waktu setelah pembedahan, kerusakan jaringan dan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

1. Sistem muskuloskleletal

Kelemahan dan kesulitan ambulasi terjadi akibat nyeri pada abdomen dan efek samping dari anastesi yang sering terjadi adalah kekakuan otot pasca operasi.

1. Sistem Pencernaan

Pada pengkajian abdominal, hal yang mendasar adalah mengklarifikasi keluhan nyeri. Pada inspeksi perut ditemukan adanya luka bekas operasi. Auskultasi abdomen untuk pemeriksaan bising usus harus dilakukan sebelum perkusi dan palpasi. Hal ini karena perkusi dan palpasi dapat menstimulasi atau mendepresi peristaltik usus. Bising usus normal berkisar 5‒34 kali/menit, jika tidak terdengar peristaltic usus, usus pasien belum berfungsi, maka pasien harus di puasakan, jika tidak puasa, pasien akan mengalami kembung. Perkusi dilakukan untuk menentukan distribusi gas intraabdomen, massa, serta ukuran organ intraabdomen, terutama hepar dan lien. Perkusi dilakukan pada keempat kuadran abdomen, dengan melihat area yang timpani maupun pekak. Palpasi abdomen akan didapatkan peningkatan respon nyeri. palpasi dalam untuk menentukan adanya rasa nyeri.

1. Sistem Persyarafan

Pengkajian fungsi serebral meliputi tingkat kesadaran pasien, perilaku dan penampilan, bahasa dan fungsi intelektual. Gunakan skala koma glasgow (GCS) untuk menilai tingkat kesadaran. Kaji tingkat kesadaran, penurunan sensori, nyeri, reflek, fungsi syaraf kranial dengan fungsi syaraf serebral.

1. Sistem endokrin

Umumya pasien post operasi laparatomi tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin. Biasanya pengkajian untuk melihat apakah adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak.

1. Sistem genitourinaria

Awal post operasi pasien akan mengalami penurunan jumlah output urine, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal post laparotomy. Output urine akan berangsur normal seiring dengan peningkatan intake oral.

1. Wicara dan THT

Pada pasien post op laparotomi biasanya tidak mengalami masalah ataupun penyimpangan dalam berbicara, mencium dan pendengaran pasien.

1. Sistem Penglihatan.

Pada pasien post operasi laparatomi biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan. Biasanya pengkajian untuk melihat tingkat kesadaran pasien.

1. Data Psikologis

Data Psikologis terdiri dari status emosi, kecemasan, pola koping, gaya komunikasi, konsep diri.

1. Data Sosial

Berisi hubungan dan pola interaksi dengan keluarga dan masyarakat.

1. Data Spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimism terhadap kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah.

1. Data Penunjang

Dicatat semua prosedur diagnostic dan lab yang dijalani pasien, hasil dituliskan termasuk nilai rujukan, seperti:

1. Ultrasonografi (USG) u**ntuk mengetahui organ tubuh bagian dalam yang bermasalah**
2. Foto polos abdomen dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.
3. Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.

1. Pemeriksaan Laboratorium

**Tabel 2. 1**

**Pemeriksaan Laboratorium**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nama Test** | **Unit** | **Nilai Normal** |
| **HEMATOLOGI** |  |  |
| **Darah Rutin** |  |  |
| Hemoglobin | g/dL | 13.0-16.0 |
| Leukosit | /mm3 | 4,000-10.000 |
| Hematokrit | % | 40-50 |
| Trombosit | /mm3 | 150,000-440.000 |
| Eritrosit | Juta/uL | 4-6 |
| Masa Pendarahan/BT | Menit | 1-3 |
| Masa Pembekuan/CT | Menit | 1-6 |
| **KIMIA KLINIK** |  |  |
| Glukosa Darah Sewaktu | Mg% | <140 |
| Ureum | Mg% | 20-40 |
| Kreatinin | Mg% | 0.8-1.3 |
| Natrium (Na) | Mmol/L | 135-155 |
| Kalium (K) | Mmol/L | 3.5-5.5 |

Sumber : (Pemeriksaan Laboratorium RSUD Cibabat)

1. Analisa Data

**Tabel 2. 2**

**Analisa data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data** | **Penyebab** | **Masalah** |
| 1. | Gejala dan Tanda Mayor  DS :   1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas   DO:   1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun   Gejala dan Tanda Minor  DS:   1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak   DO:   1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah | Trauma perut, appendicitis, hernia inguinalis, kanker lambung, obstruksi, kolelitiasis, perfotasi  Laparatomi  Insisi Jaringan  Terputusnya inkontinuitas jaringan  Luka infasif post pembedahan  Merangsang Narkose Umum  pembentukan  zat kimia :  bradikilin,  serotine, Depresi  histamine Muskuloskeletal  Dihantarkan  ke korteks Penurunan  cerebri Kekuatan Otot  Nyeri  Kelemahan  Gangguan mobilitas fisik | Gangguan Mobilitas Fisik |
| 2. | DS:   1. Mengeluh nyeri   DO:   1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur | Trauma perut, appendicitis, hernia inguinalis, kanker lambung, obstruksi, kolelitiasis, perforasi  Laparatomi  Insisi Jaringan  Terputusnya inkontinuitas jaringan  Terputusnya inkontinuitas jaringan  Merangsang pembentukan zat kimia : bradikilin, serotine, histamine  Dihantarkan ke korteks cerebri  Nyeri dipersepsikan  Nyeri Akut | Nyeri Akut |
| 3. | DO :   1. Terdapat luka operasi | Trauma perut, appendicitis, hernia inguinalis, kanker lambung, obstruksi, kolelitiasis, perfotasi  Laparatomi  Insisi Jaringan  Terputusnya inkontinuitas jaringan  Luka infasif post pembedahan  Port”d entry MO  Risiko Infeksi | Resiko infeksi |
| 4. | DS:   1. Mengeluh mual   DO:   1. Porsi makan tidak dihabiskan 2. Muntah | Trauma perut, appendicitis, hernia inguinalis, kanker lambung, obstruksi, kolelitiasis, perfotasi  Laparatomi  Efek samping anastesi/obat bius  Mual,muntah anoreksia  Risiko defisit nutrisi | Resiko defisit nutrisi |

1. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan pasien.

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien pasca operasi laparatomi berdasarkan dengan SDKI (2017), yaitu:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri (SDKI D.0054)
2. Nyeri Akut berhubungan dengan prosedur operasi (SDKI D.0077)
3. Risiko Infeksi berhubungan dengan luka invasive post pembedahan (SDKI D.0142)
4. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien (D.0032)
5. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome)* yang diharapkan.

**Tabel 2. 3**

**Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa** | **Tujuan** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Gangguan mobilitas fisik (SDKI D.0054) | Gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :   1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Kaku sendi menurun 4. Kelemahan fisik menurun | **Observasi**   1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi   **Terapeutik**   1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan   **Edukasi**   1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. 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) 3. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: kursi roda) 4. Anjurkan melakukan mobilisasi dini secara mandiri | **Observasi**   1. Menidentifikasi apakah ada nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Tekanan darah dilakukan sebelum memulai mobilisasi mengetahui keadaan umum pasien   **Terapeutik**   1. Meningkatkan kenyamanan pada pasien gangguan mobilitas fisik sangat dibutuhkan untuk membatu pergerakan   **Edukasi**   1. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur mobilisasi 2. Memudahkan pasien dalam melakukan pergerakan yang baik 3. Memberikan fasilitas jika pasien melakukan aktivitas 4. Menganjurkan pasien melakukan mobilisasi dini seperti miring ke kanan dan ke kiri, duduk diatas tempat tidur dan turun dari tempat tidur ke kursi roda. |
| 2. | Nyeri Akut (D.0077) | Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :   1. Pasien melaporkan keluhan nyeri menurun 2. Keluhan nyeri meringis menurun 3. Pasien menunjukkan sikap protektif menurun 4. Pasien tidak tampak gelisah | **Observasi**   1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri   **Terapeutik**   1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: relaksasi nafas dalam) 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)   **Edukasi**   1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, dan ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi pemberian analgetik | **Observasi**   1. Menentukan lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri dapat menjadi penilaian untuk mengetahui seberapa kuat rasa nyeri yang dialami 2. Identifikasi skala nyeri dapat membantu menilai efektivitas perawatan yang akan dilakukan 3. Mencari tahu faktor yang memperberat dan memperingan nyeri agar mempercepat proses kesembuhan   **Terapeutik**   1. Teknik nonfarmakologi (Tarik nafas dalam) dapat mengurangi nyeri yang dialami oleh pasien 2. Istirahat dan tidur pasien dapat terpenuhi dan tingkat nyeri menurun 3. Atur lingkungan pasien agar pasien merasa nyaman   **Edukasi**   1. Menjelaskan hal tersebut agar keluarga pasien dan pasien mengerti penyebab dan pemicu nyeri 2. Pasien atau keluarga dapat melakukan secara mandiri ketika nyeri terasa Kembali   **Kolaborasi**   1. Analgetik menurunkan rasa nyeri |
| 3. | Risiko Infeksi (D.0142) | Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :   1. Tidak ada tanda-tanda infeksi (demam, nyeri, kemerahan, dan bengkak) 2. Kadar sel darah putih membaik | **Observasi**   1. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi   **Terapeutik**   1. Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien   **Edukasi**   1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Lakukan perawatan luka   **Kolaborasi**   1. Pemberian antibiotik | **Observasi**   1. Kemerahan, panas, bengkak, merupakan tanda dan gejala infeksi   **Terapeutik**   1. Cuci tangan dapat memotong rantai infeksi   **Edukasi**   1. Kemerahan, panas, bengkak, merupakan tanda dan gejala infeksi 2. Dapat mencegah infeksi pada luka   **Kolaborasi**   1. Antibiotik dapat membunuh kuman patogen penyebab penyakit |
| 4. | Risiko Defisit Nutrisi (D.0032) | Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil:   1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik | **Observasi**   1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Monitor berat badan   **Terapeutik**   1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi serat, tinggi kalori dan tinggi protein   **Edukasi**   1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan | **Observasi**   1. Mengetahui status nutrisi 2. Mengidentifikasi adanya alergi makan agar tidak terjadi tanda-tanda alergi 3. Mengetahui makanan yang disukai pasien untuk menambah nafsu makan pasien 4. Memberikan suplemen makanan dapat meningkatkan nafsu makan pasien 5. Memantau penurunan atau peningkatan berat badan pasien   **Terapeutik**   1. Tawarkan makanan ringan yang padat gizi 2. Memberikan makanan tinggi serat dapat mencegah pasien kontisipasi, makanan tinggi kalori dapat meningkatkan energi tubuh pasien dan makanan tinggi protein dapat memperbaiki jaringan tubuh yang rusak serta membangun sel dan jaringan tubuh yang baru   **Edukasi**   1. Posisi duduk dapat membuat pasien nyaman   **Kolaborasi**   1. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan pasien agar terpenuhi |

Sumber : (PPNI, 2018)

1. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik, sehingga menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi pada pasien pasca operasi laparatomi dilakukan 5 hari. (Ramadhania, 2023)

1. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (Subjektif), O (Objektif), A (Analisis), P (Perencanaan terhadap analisis), yang dibuat bila

* 1. Kerangka waktu ditujuan tercapai
  2. Diagnosa telah teratasi sebelum waktu di tujuan
  3. Terjadi perubahan kondisi (Sulistini, 2014)

1. Konsep Gangguan Mobilitas Fisik
2. Definisi

Gangguan Mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. (PPNI, 2017)**.** Gangguan Mobilitas fisik merupakan keterbatasan individu untuk bergerak dan melakukan kegiatan secara mudah, bebas dan teratur guna memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari. (Wulandari, 2018).Gangguan Mobilitas fisik merupakan keadaan di mana seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), (Nurlitasari, 2021).

Dari definisi diatas, dapat disimpulkan gangguan mobilitas fisik adalah suatu keadaan dimana seseorang keterbatasan untuk menggerakkan ekstremitas dan melakukan aktivitasnya secara mandiri.

1. Etiologi

Faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik menurut (PPNI, 2017) :

1. Kerusakan integritas struktur tulang
2. Perubahan metabolism
3. Ketidakbugaran fisik
4. Penurunan kendali otot
5. Penurunan masa otot
6. Penurunan kekuatan otot
7. Keterlambatan perkembangan
8. Kekakuan sendi
9. Kontraktur
10. Mal nutrasi
11. Gangguan musculoskeletal
12. Gangguan neuromuscular
13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
14. Efek agen farmakologis
15. Program pembatasan gerak
16. Nyeri
17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
18. Kecemasan
19. Gangguan kognitif
20. Keengganan melakukan pergerakan
21. Gangguan sensoripersepsi.
22. Tanda dan Gejala

Adapun tanda gejala pada gangguan mobilitas fisik menurut (PPNI, 2017) :

1. Gejala dan Tanda Mayor
2. Subjektif
3. Mengeluh sulit menggerakkan ektremitas
4. Objektif
5. Kekuatan otot menurun
6. Rentang gerak (ROM) menurun.
7. Gejala dan Tanda Minor
8. Subjektif
9. Nyeri saat bergerak
10. Enggan melakukan pergerakan
11. Merasa cemas saat bergerak
12. Objektif
13. Sendi kaku
14. Gerakan tidak terkoordinasi
15. Gerak terbatas
16. Fisik lemah.
17. Kondisi Penyakit

Penyakit yang biasanya terjadi dengan gangguan mobilitas fisik menurut (PPNI, 2017) diantaranya :

1. Stroke
2. Cedera medulla spinalis
3. Trauma
4. Fraktur
5. Osteoartritis
6. Ostemalasia
7. Keganasan.
8. Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut (PPNI, 2018) ada beberapa penatalaksanaan gangguan mobilisasi diantaranya, yaitu :

1. Miring kanan dan miring kiri

Perubahan posisi miring kanan dan miring kiri pasca operasi dilakukan untuk mencegah thrombosis (menggumpalnya darah di dalam pembuluh darah), posisi ini dilakukan 6 jam pasca operasi, selama maksimal 2 jam.

1. Duduk diatas tempat tidur

Membantu pasien duduk diatas tempat tidur adalah tindakan membantu pasien berpindah posisi dari tidur ke duduk diatas tempat tidur untuk mempertahankan teknik posisi yang benar agar tidak terjadi cedera musculoskeletal. Posisi ini dimulai dari posisi semi fowler lalu posisi fowler selama 10-15 menit.

1. Pindah dari tempat tidur ke kursi roda

Memindahkan pasien dari tempat tidur ke kursi roda adalah membantu pasien turun dari tempat tidur untuk duduk dikursi roda dengan tujuan membantu mobilisasi pasien.

1. Latihan berjalan

Melatih jalan merupakan cara membantu pasien dalam aktivitas berjalan sebagai bentuk kemampuan seseorang untuk bergerak dalam upaya melatih aktivitas berjalan.

1. Alat Ukur

Menggunakan alat ukur Barthel Index Setiap item dinilai dalam hal apakah pasien dapat melakukan tugas secara mandiri, dengan beberapa bantuan, atau bergantung pada bantuan berdasarkan pengamatan. Skor akhir mendapatkan angka pada skor 100 poin. Pedoman yang diusulkan untuk menafsirkan skor Barthel adalah bahwa skor 0-20 menunjukkan ketergantungan “total”, 21-60 menunjukkan ketergantungan “berat”, 61-90 menunjukkan ketergantungan “sedang”, dan 91-99 menunjukkan ketergantungan “ringan” , 100 menunjukkan “mandiri”. Menilai kemampuan aktivitas sebelum dilakukan intervensi dan setelah diberikan intervensi.

Kesimpulannya, bila telah didapatkan nilai setelah diberikan intervensi, maka hasil tersebut yang menentukan pasien termasuk kategori mana. (Oktari, Febtrina, Malfasari, Guna, 2020)

**Tabel 2. 4**

**Alat ukur tingkat kemandirian**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Aktivitas** | **Nilai** |
|  | **Makan** |  |
| 1 | 0 : tidak mampu |  |
| 2 | 5 : dibantu (makanan dipotong-potong dulu |  |
| 3 | 10 : mandiri  **Mandi** |  |
| 4 | 0 : dibantu |  |
| 5 | 5 : mandiri (menggunakan shower) |  |
|  | **Personal hygiene (cuci muka, mencuci rambut, bercukur jenggot, gosok gigi)** |  |
| 6 | 0 : dibantu |  |
| 7 | 5 : mandiri |  |
|  | **Berpakaian** |  |
| 8 | 0 : dibantu seluruhnya |  |
| 9 | 5 : dibantu sebagian |  |
| 10 | 10 : mandiri (termasuk mengancing baju, memakai tali sepatu, dan resleting) |  |
|  | **Buang Air Besar (BAB)** |  |
| 11 | 0 : tidak dapat mengontrol BAB (perlu diberikan enema) |  |
| 12 | 5 : kadang mengalami kecelakaan |  |
| 13 | 10 : mampu mengontrol BAB |  |
|  | **Buang Air Kecil (BAK)** |  |
| 14 | 0 : tidak dapat mengontrol BAK, dan menggunakan kateter |  |
| 15 | 5 : kadang mengalami kecelakaan |  |
| 16 | 10 : mampu mengontrol BAK |  |
|  | ***Toileting* /ke kamar kecil** |  |
| 17 | 0 : dibantu seluruhnya |  |
| 18 | 5: dibantu sebagian |  |
| 19 | 10 : mandiri (melepas atau memakai pakaian, menyiram WC, membersihkan organ kelamin) |  |
|  | **Berpindah (dari tempat tidur kekursi, dan sebaliknya)** |  |
| 20 | 0 : tidak ada keseimbangan untuk duduk |  |
| 21 | 5 : dibantu satu atau dua orang, dan bisa duduk |  |
| 22 | 10 : dibantu (lisan atau fisik) |  |
| 23 | 15 : mandiri |  |
|  | **Mobilisasi (berjalan di permukaan datar)** |  |
| 24 | 0 : tidak dapat berjalan |  |
| 25 | 5 : menggunakan kursi roda |  |
| 26 | 10 : berjalan dengan bantuan satu orang |  |
| 27 | 15 : mandiri |  |
|  | **Naik dan turun tangga** |  |
| 28 | 0 : tidak mampu |  |
| 29 | 5 : dibantu menggunakan tongkat |  |
| 30 | 10 : mandiri. |  |

**Catatan :** Bila telah didapatkan nilai dari setiap poin, maka dijumlahkan dan kemudian hasil tertinggi akan menentukan pasien termasuk kategori mana.