

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN DIAGNOSA TRAUMA ABDOMEN  
POST LAPARATOMI ATAS INDIKASI INTERNAL BLEEDING DI RUANG INTENSIVE  
CARE UNIT (ICU) RSUD. DR. MOEWARDI DI SURAKARTA**

**NASKAH PUBLIKASI**



**Di Susun Oleh :**

**THOIFATUL BAROKAH**  
**J 230 113 021**

**PROGRAM PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

**2012**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**NASKAH PUBLIKASI**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN DIAGNOSA TRAUMA ABDOMEN  
POST LAPARATOMIATAS INDIKASI INTERNAL BLEEDING DI RUANG  
INTENSIVE CARE UNIT (ICU) RSUD.DR.MOEWARDI DI SURAKARTA**

Disusun Oleh :

**THOIFATUL BAROKAH**

**J 230 113 021**

Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 9 November 2012,  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**Susunan Dewan Penguji**

1. Nanang Sri Mujiono, S.Kep

2. Ari Setyajati, S.Kep, Ns

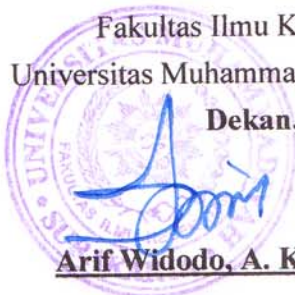
3. Irdawati Skep.,Ns.,M.Si.,Med



Surakarta, 9 November 2012

Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Surakarta

Dekan,



**Arif Widodo, A. Kep., M. Kes**

**NASKAH PUBLIKASI****ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN DIAGNOSA TRAUMA ABDOMEN POST LAPARATOMI ATAS INDIKASI INTERNAL BLEEDING DI RUANG INTENSIVE CARE UNIT (ICU) RSUD.DR.MOEWARDI DI SURAKARTA**

## Abstrak

Thoifatul Barokah\*  
Nanang Sri Mujiono, Skep\*\*  
Ari Setyajatii, S.Kep.,Ns \*\*

Dalam era modernisasi kemajuan di bidang teknologi transportasi dan semakin berkembangnya mobilitas manusia berkendara di jalan raya menyebabkan kecelakaan yang terjadi semakin meningkat serta angka kematian semakin tinggi. Kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab kematian 75% trauma tumpul abdomen, trauma abdomen merupakan penyebab terbanyak kehilangan nyawa yang bersifat tragis, karena hal tersebut di atas akan mengakibatkan kerusakan dan menimbulkan robekan dari organ-organ dalam rongga abdomen atau mengakibatkan penumpukan darah dalam rongga abdomen yang berakibat kematian. Dalam kasus ini “ waktu adalah nyawa” dimana di butuhkan suatu penanganan yang profesional yaitu cepat, tepat cermat dan akurat baik di tempat kejadian (pre hospital), transportasi sampai tindakan definitif di rumah sakit. penyusunan karya tulis ini menggunakan pendekatan deskriptif observasional dalam bentuk study kasus yaitu pendekatan yang di buat berdasarkan keadaan sebenarnya dan tertuju pada pemecahan masalah. Kesimpulan dari karya ilmiah adalah pada pasien Tn. S dengan trauma abdomen post laparotomi atas indikasi internal bleeding terjadi permasalahan nyeri akut b.d agen injury fisik(luka post operasi hari 1), resiko infeksi bd. Inadekuat pertahanan primer dan sekunder dan intoleransi aktivitas bd. Kelemahan fisik

Kata kunci : trauma abdomen, post laparotomi, internal bleeding, asuhan keperawatan

### *Abstract*

In the era of modernization advances in transportation technology and the growing mobility of people driving on the highway causing accidents is increasing as well as the higher mortality. Traffic accidents are the cause of death of 75% of blunt abdominal trauma, abdominal trauma is the most common cause of loss of life is tragic, due to the above will result in damage and cause laceration of the organs in the abdominal cavity or cause an accumulation of blood in the abdominal cavity resulting in death. In this case the "time is life" when in need of a professional treatment that is fast, precise carefully and accurately either at the scene (pre-hospital), transport to definitive action at home sakit.penyusunan this paper uses a descriptive approach in the form of observational study case the approach was made based on the actual situation and focused on problem solving. The conclusion of the scientific work is Mr. patients. S with abdominal trauma laparotomy post on the indication of internal bleeding occurs acute pain problems bd agents physical injury (injuries postoperative day 1), the risk of infection bd. Inadekuat primary and secondary defense and activity intolerance bd. physical weakness

keywords: abdominal trauma, post laparotomy, internal bleeding, nursing care

## Pendahuluan

### Latar belakang masalah

Dalam era modernisasi kemajuan di bidang teknologi transportasi dan semakin berkembangnya mobilitas manusia berkendara di jalan raya menyebabkan kecelakaan yang terjadi semakin meningkat serta angka kematian semakin tinggi. Trauma pada penduduk Indonesia masih tetap merupakan penyebab kematian pada seluruh kelompok umur di bawah umur 45 tahun. Lebih dari seper dua pasien-pasien trauma merupakan akibat kecelakaan lalu lintas, selebihnya akibat terjatuh, luka tembak dan luka tusuk, keracunan luka bakar dan tenggelam.

kepala divisi hubungan masyarakat (kadv Humas) menyatakan, sebanyak 1.547 jiwa meninggal dunia akibat korban kecelakaan lalu lintas di seluruh Indonesia sejak awal Januari 2012. Angka kecelakaan lalu lintas cukup tinggi dan menonjol, datanya selama satu setengah bulan ada 9.884 kasus, meninggal dunia 1.547 jiwa, luka berat 2.562 jiwa dan luka ringan 7.564 jiwa, Salah satu kematian akibat kecelakaan adalah di akibatkan trauma abdomen. Kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab kematian 75% trauma tumpul abdomen, trauma abdomen merupakan penyebab terbanyak kehilangan nyawa yang bersifat tragis, trauma abdomen yang tidak di ketahui masih tetap menjadi momok sebagai penyebab kematian yang seharusnya bisa di cegah.. (Depkes RI 2012)

Dalam kasus ini “ waktu adalah nyawa” dimana di butuhkan suatu penanganan yang profesional yaitu cepat, tepat cermat dan akurat baik di tempat kejadian (pre hospital), transportasi sampai tindakan definitif di rumah sakit.

Perawat merupakan ujung tombak dan berperan aktif dalam memberikan pelayanan membantu klien mengatasi permasalahan yang di rasakan baik dari aspek psikologis maupun aspek fisiologi secara komprehensif.

Berdasarkan kasus yang penulis temukan di RSUD Dr. Moewardi yaitu di ruang Intensive Care Unit terdapat 12 pasien yang mengalami trauma abdomen,

### TINJAUAN TEORI PENGERTIAN

Trauma adalah cedera fisik dan psikis, kekerasan yang mengakibatkan cedera (sjamsuhidayat, 2010).

## ETIOLOGI

1. Penyebab trauma penetrasi
2. Penyebab trauma non penetrasi

## PATOFISIOLOGI

Jika terjadi trauma penetrasi atau non penetrasi kemungkinan terjadi perdarahan intra abdomen yang serius, pasien akan memperlihatkan tanda-tanda iritasi yang di sertai penurunan hitung sel darah merah yang akhirnya gambaran klasik syok hemoragik. Bila suatu organ visceral mengalami perforasi, maka tanda-tanda perforasi, tanda-tanda iritasi peritoneum cepat tampak. Tanda-tanda dalam trauma abdomen tersebut meliputi nyeri tekan, nyeri spontan, nyeri lepas dan distensi abdomen tanpa bising usus bila telah terjadi peritonitis umum. Bila syok telah lanjut pasien akan mengalami takikardi dan peningkatan suhu tubuh, juga terdapat leukositosis. Biasanya tanda- tanda peritonitis mungkin belum tampak. Pada fase awal perforasi kecil hanya tanda- tanda tidak khas yang muncul. Bila terdapat kecurigaan bahwa masuk rongga abdomen, maka operasi harus di lakukan(sjamsuhidayat, 2010).

## MANIFESTASI KLINIS

Klinis kasus trauma abdomen ini bias menimbulkan manifestasi klinis menurut(sjamsuhidayat, 2010), meliputi : nyeri tekan diatas daerah abdomen, demam, anorexia, mual dan muntah, takikardi, peningkatan suhu tubuh, nyeri spontan. Pada trauma non penetrasi (tumpul) pada trauma non penetrasi biasanya terdapat adanya jejas atau ruptur di bagian dalam abdomen: terjadi perdarahan intra abdominal. Apabila trauma terkena usus, mortilisasi usus terganggu sehingga fungsi usus tidak normal dan biasanya akan mengakibatkan peritonitis dengan gejala mual, muntah, dan BAB hitam (melena).

Kemungkinan bukti klinis tidak tampak sampai beberapa jam setelah trauma. Cedera serius dapat terjadi walaupun tidak terlihat tanda kontusio pada dinding abdomen. Pada trauma penetrasi biasanya terdapat : terdapat luka robekan pada abdomen, luka tusuk sampai menembus abdomen, biasanya organ yang terkenne penetrasi bias perdarahan/memperparah keadaan keluar dari dalam abdomen.

## KOMPLIKASI

Menurut smeltzer(2001) komplikasi yang di sebabkan karena adanya trauma pada abdomen adalah dalam waktu segera dapat terjadi syok hemoragik dan cedera, pada fase lanjut dapat terjadi infeksi, thrombosis vena, emboli pulmonar, stress

ulserasi dan perdarahan, pneumonia, tekanan ulserasi, atelektasis maupun sepsis.

### PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Pemeriksaan rektum, Laboratorium Radiologi, IVP/sistogram, Parasentesis perut, Lavase peritoneal

### PENATALAKSANAAN

Menurut FKUI (2001) penatalaksanaan kedaruratan yang dilakukan pada pasien trauma abdomen adalah mengkaji ABCDE, lalu Pemasangan NGT untuk pengosongan isi lambung dan mencegah aspirasi, Kateter dipasang untuk mengosongkan kandung kencing dan menilai urin yang keluar (perdarahan). Pembedahan/laparotomi (untuk trauma tembus dan trauma tumpul jika terjadi rangsangan peritoneal : syok, bising usus tidak terdengar, prolaps visera melalui luka tusuk, darah dalam lambung, buli-buli, rektum, udara bebas intraperitoneal, lavase peritoneal positif, cairan bebas dalam rongga perut.

### DIAGNOSA KEPERAWATAN

Defisit volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan perdarahan, Nyeri berhubungan dengan adanya trauma abdomen atau luka penetrasi abdomen, Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan pembedahan, tidak adekuatnya pertahanan tubuh,

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan fisik

### RESUME KEPERAWATAN

#### A. PENGKAJIAN

##### 1. Keluhan utama

Klien mengeluh Nyeri pada abdomen post operasi laparatomi

P: saat di gerakkan  
Q: tertusuk-tusuk  
R: Abdomen  
S: 6  
T: hilang timbul

##### 2. Alasan masuk ICU

Post laparatomi atas indikasi internal bleeding

##### 3. Riwayat Penyakit

- Riwayat Penyakit Sekarang
- ± 1 hari sebelum masuk rumah sakit klien sedang menebang pohon dan kemudian pasien tertimpa balok kayu pada perut, setelah kejadian kemudian pasien di bawa ke RSUD Medika Mulya wonogiri,

tetapi karena keterbatasan sarana dan prasarana pasien lalu di rujuk ke RSUD dengan suspect perdarahan intra abdomen

- Riwayat penyakit dahulu  
Klien tidak mempunyai riwayat hipertensi, Diabetes Mellitus, jantung, asma dan alergi.
- Riwayat penyakit keluarga  
Didalam keluarga tidak ada riwayat hipertensi, diabetes mellitus, atau penyakit manular dan berbahaya lainnya.

#### 4. Pengkajian fungsional menurut Gordon (post operasi hari 1)

- Persepsi dan pemeliharaan kesehatan  
Pasien mengatakan sakit ini adalah cobaan dari Allah selama ini hanya kalau sakit diobatkan di puskesmas saja,
- Pola nutrisi/metabolic  
Pada post operasi hari 1 klien masih dianjurkan untuk puasa  
Intake makanan: -  
Intake cairan: klien mendapat terapi cairan RL 500ml, feeding test 20 tetes / menit
- Pola eliminasi  
- Buang air besar:  
Pasien belum BAB sejak 2 hari yang lalu  
- Buang air kecil  
Pasien BAK lewat DC 600cc sejak pk 07.00-14.00
- Pola tidur dan istirahat

Selama sakit dalam sehari pasien biasa tidur 6-8 jam, dan tidak ada gangguan selama tidur

##### e. Pola persepsual

pasien tidak ada gangguan penurunan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan pengecap dan tidak ada gangguan sensasi.

##### f. Pola persepsi diri

pasien ingin segera cepat sembuh, agar dapat berkumpul dengan keluarga dan dapat melakukan aktifitas seperti biasanya

##### g. Pola seksualitas dan reproduksi

Pasien mempunyai 1 orang anak, sekarang berusia 36th tahun (sudah berkeluarga).

##### h. Pola peran hubungan

menurut pengakuan klien dan keluarga, komunikasi dengan orang lain baik, dan

biasa berkomunikasi menggunakan bahasa jawa. Hubungan dengan orang lain tidak ada masalah.

**i. Pola manajemen koping-stes**

Pasien mengatakan sedih karena sakit dan harus di rawat di RS. Tetapi pasien dapat menerima keadaan ini dengan ikhlas

**j. Sistem nilai dan keyakinan**

klien beragama Islam, tetapi belum menjalankan kewajiban sholat, tetapi setelah nanti sembuh ia akan memulai sholat. " Saya tahu kewajiban umat Islam harus menjalankan Sholat dan saya sudah bisa, hanya belum menjalankan".

**5. Pengkajian Primer**

**a. Airway**

Tidak Terdapat penumpukan sekret di jalan nafas, bunyi nafas ronchi, lidah tidak jatuh ke belakang, jalan nafas bersih.

**b. Breathing**

Frekuensi pernafasan (Respiratory rate) 23 x/menit, irama nafas teratur, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, suara nafas vesikuler (lapang paru kanan dan kiri), SpO<sub>2</sub>: 95%, klien terpasang NRM (Non Rebreathing Mask) O<sub>2</sub> 3 lpm.

**c. Circulation**

Nadi karotis dan nadi perifer teraba kuat, capillary refill kembali dalam 3 detik, akral dingin, tidak sianosis, kesadaran somnolen.

Tanda-tanda vital:

TD (Tekanan Darah) : 100/70 mmHg

RR (Respiratory Rate) : 23 x/menit

**d. Disability**

Kesadaran compos mentis dengan GCS = E4V5M5 = 14

E4 = dapat membuka mata secara spontan

V5 = dapat berbicara secara teratur

M5 = Mengidentifikasi nyeri yang terlokalisasi

**e. Exposure**

Integritas kulit baik, ada luka bekas post operasi laparatomi hari 1, tertutup kassa steril dengan panjang 7cm, capillary refill kembali dalam 3 detik.

**6. Pengkajian Sekunder**

**a. AMPLE**

**1) Alergi**

Klien tidak mempunyai alergi terhadap obat-obatan, makanan, minuman dan lingkungan.

**2) Medikasi**

Sebelum dibawa ke RS (Rumah Sakit), klien tidak mengkonsumsi obat-obatan apapun dari dokter maupun apotik.

**3) Past illness**

Sebelum dibawa ke RS, klien tidak mengalami sakit.

**4) Last meal**

Klien terakhir mengkonsumsi nasi dan sayur ± 40 jam yang lalu.

**5) Environment**

Klien tinggal di rumah sendiri bersama istri dan anaknya di lingkungan padat penduduk, tempat tinggal cukup dengan ventilasi, lantai sudah di keramik, pencahayaan cukup, terdapat saluran untuk limbah rumah tangga (selokan).

**b. Pemeriksaan Head to Toe**

**1) Kepala**

Bentuk mesocephal, rambut hitam, lurus, tidak ada hematoma maupun jejas,

**2) Mata**

Pupil isokor, ukuran 3mm/ 3mm, simetris kanan-kiri, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, reaksi terhadap cahaya baik, tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

**3) Hidung**

Bentuk simetris, tidak ada polip maupun sekret, terpasang NRM 3 lpm, dan terpasang NGT (Naso Gastric Tube).

**4) Telinga**

Simetris kanan-kiri, tidak ada penumpukan serumen, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

**5) Mulut**

tidak ada perdarahan pada gusi, mukosa bibir kering, tidak ada sariawan, tidak menggunakan gigi palsu, dan tidak terdapat lesi.

**6) Leher**

Tidak terjadi pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada peningkatan JVP (Jugularis Vena Pressure).

**7) Pernafasan (paru)**

I : Pengembangan dada simetris antara kanan- kiri, tidak

N (Nadi): 89 x/menit

S (Suhu) : 37°C

- menggunakan otot bantu pernafasan, RR:23x/ menit.
- P : Sonor seluruh lapang paru
- P : Fremitus vokal sama antara kanan- kiri.
- A : vesikuler
- 8) Sirkulasi (jantung)
- I : Ictus cordis tidak tampak
- P : Ictus cordis teraba kuat di mid klavikula intercosta V sinistra
- P : Pekak
- A : Bunyi jantung (S1- S2) reguler, tidak ada suara jantung tambahan.
- 9) Abdomen
- I : Perut datar, terdapat luka post operasi laparotomi hari 1 , tertutup dengan kain steril 7cm. klien terpasang drain, jumlah pengeluaran darah pada drain  $\pm$  4cc
- A : Peristaltik usus 4x/ menit
- P : mengalami nyeri tekan pada luka bekas operasi , hepar dan lien tidak teraba.
- P : Tympani
- 10) Genitoririna
- Bersih, terpasang DC (Dower Cateter) sejak tanggal 7 Juli 2012
- 11) Kulit
- Turgor kulit elastis, kembali kurang dari 3 detik, tidak ada lesi, tidak ada kelainan pada kulit.
- 12) Ekstremitas
- Ekstremitas atas: kekuatan otot (4), tidak oedema, capillary refill 3 detik, terpasang infus RL di tangan kanan
- Ekstremitas bawah : kekuatan otot (4), tidak oedema, capillary refill 3 detik,

### 7. Pemeriksaan Tersier

### 8. Hasil radiologi USG abdomen tgl 8 juli 2012

Kesan :

- tampak gambaran udara bebas di hemidiafragma kanan
- Tampak cairan bebas di marrison pouch, splenorenal space dan paravesika space.

### ANALISA DATA

TANGGAL	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
9-7-2012	DS: klien mengeluh nyeri pada luka post	Nyeri akut	Agen injury

operasi			fisik (Luka post operasi hari 1)
P: saat di gerakkan			
Q: tertusuk-tusuk			
R: abdomen			
S: 6			
T: hilang timbul			
DO: klien mringis nampak menahan nyeri			
- Tegang			
- TD : 100/70 mm/Hg			
R: 23x/m			
N:89x/m			
S: 37°C SPO2 : 95%			
Ds: -			
DO : terdapat luka post op hari 1.luka bersih, kering, tidak ada pengeluaran cairan maupun pus, luka di tutup dengan kassa steril,tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada kemerahan, bengkak, panas, maupun fungsiolesa	infeksi		Tidak adekuat pertahanan primer dan sekunder
- Leukosit : 12,4ribu/u l			
- Hemoglobin 10.2 g/dl			
Ds : pasien mengatakan semua kebutuhan ADL di bantu perawat dan keluarga			
Do: ADL di bantu perawat dan keluarga	Intoleransi aktifitas		Kelemahan fisik
- Kekuatan otot 4-			
Pasien lemas			



**Dari analisa data diatas diagnosa keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut:**

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (luka post op hari 1)
2. infeksi berhubungan dengan tidak adekuat pertahanan primer dan sekunder
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

**EVALUASI**

Hari/tgl	No.dx	Evaluasi	Ttd
Senin 9/7/12 14.00	1	<p>S: klien mengeluh nyeri pada luka post operasi hari 1</p> <p>P: saat di gerakkan</p> <p>Q: tertusuk-tusuk</p> <p>R: abdomen</p> <p>S: 6</p> <p>T: kadang-kadang</p> <p>O: klien mringis nampak menahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tegang</li> <li>- TD 100/70mmHg, Nadi 89 x/menit, RR 23x/menit, Suhu 37°C</li> <li>- Memberikan injeksi morfin 500mg</li> <li>- klien mengatakan mau di ajari relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p>A; masalah keperawatan untuk diagnosa keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mamu melakukan relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kaji skala nyeri secara komprehensif</li> <li>- ajarkan relaksasi progresif</li> <li>- kolaborasi dalam pemberian anlgetik</li> <li>- berikan lingkungan dengan stimulus rendah</li> </ul> <p>S: -</p>	Iva

2	<p>O: terdapat luka post op hari 1.luka bersih, kering, tidak ada pengeluaran cairan maupun pus, luka di tutup dengan kassa steril,tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada kemerahan, bengkak, panas, maupun fungsiolesa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perawat selalu melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan kepada pasien</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan untuk diagnosa infeksi keperawatan teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- luka bersih, kering, tidak ada pengeluaran cairan maupun pus, luka di tutup dengan kassa steril,tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada kemerahan, bengkak, panas, maupun fungsiolesa</li> <li>- CEfotaxim 1gr masuk sesuai program</li> <li>- perawat selalu melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan kepada pasien</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- observanda dan gejala infeksi seperti kemerahan , panas, nyeri, tumor dan adanya fungsiolesa</li> <li>- ukur temperature klien</li> <li>- observasi nilai laboratorium( leukosit)</li> <li>- cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan</li> <li>- berikan terapi</li> </ul>	Iva
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

	3	<p>antibiotic sesuai intruksi</p> <p>S: Klien mengatakan ADL di bantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>O: perawat menyibin klien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memberikan feeding test D5% 500cc via IV 20 tetes/menit</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan untuk diagnose keperawatan intoleransi aktifitas belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- berikan periode aktivitas selama beraktivitas</li> <li>- pantau TTV sebelum dan setelah beraktivitas</li> <li>- pastikan perubahan posisi klien secara bertahan</li> <li>- monitor intake nutrisi untuk memastikan sumber-sumber energi</li> </ul>	Iva
Selasa 10/7/12	1	<p>S: klien mengeluh nyeri pada luka post operasi hari ke 2</p> <p>P: saat di gerakkan</p> <p>Q: tertusuk-tusuk</p> <p>R: abdomen</p> <p>S: 5</p> <p>T: kadang-kadang</p> <p>O: klien lebih relaks</p> <p>TD : 110/80 mm/Hg R: 22 x/N: 90x/m S: 37°C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan injeksi morfin 500mg</li> <li>- klien mengatakan mau di ajari relaksasi progresif</li> </ul> <p>A; masalah keperawatan untuk diagnosa keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mampu melakukan relaksasi nafas dalam</li> </ul>	Iva

	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- skala nyeri berkurang</li> <li>- klien lebih relaks</li> </ul> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kaji skala nyeri secara komprehensif</li> <li>- ajarkan relaksasi progresif</li> <li>- kolaborasi dalam pemberian anlgetik</li> <li>- berikan lingkungan dengan stimulus rendah</li> </ul> <p>S: -</p> <p>O: terdapat luka post op hari 2 .luka bersih, kering, tidak ada pengeluaran cairan maupun pus, luka di tutup dengan kassa steril,tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada kemerahan, bengkak, panas, maupun fungsiolesa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perawat selalu melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan kepada pasien</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan untuk diagnosa keperawatan infeksi teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- luka bersih, kering, tidak ada pengeluaran cairan maupun pus, luka di tutup dengan kassa steril,tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada kemerahan, bengkak, panas, maupun fungsiolesa</li> <li>- Memberikan metronidazole 500ml</li> <li>- perawat selalu melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan kepada pasien</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- observanda dan gejala</li> </ul>	Iva
--	---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----



	<p>- AL : 11,5 ribu/ul</p> <p>- HB : 10,5 g/dl</p> <p>A: masalah keperawatan untuk diagnosa infeksi keperawatan teratasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- luka bersih, kering, tidak ada pengeluaran cairan maupun pus, luka di tutup dengan kassa steril,tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada kemerahan, bengkak, panas, maupun fungsiolesa</li> <li>- perawat selalu melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan kepada pasien</li> <li>- Ciprofloxacin 400mg</li> <li>- Memberikan metronidazole 500ml masuk sesuai advise dokter</li> </ul> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- observanda dan gejala infeksi seperti kemerahan , panas, nyeri, tumor dan adanya fungsiolesa</li> <li>- . ukur temperature klien</li> <li>- observasi nilai laboratorium( leukosit)</li> <li>- berikan terapi antibiotic sesuai intruksi</li> </ul> <p>S: -</p> <p>O: perawat menyibin klien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien sudah dapat makan diit BN</li> <li>- Klien menghabiskan diit makan habis ½</li> </ul>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>porsi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sudah mampu miring kanan miring kiri</li> </ul> <p>A: masalah keperawatan untuk diagnose keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- berikan periode aktivitas selama beraktivitas</li> <li>- pantau TTV sebelum dan setelah beraktivitas</li> <li>- pastikan perubahan posisi klien secara bertahan</li> <li>- monitor intake nutrisi untuk memastikan sumber-sumber energy</li> </ul>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## PEMBAHASAN

### Pengkajian

Pengkajian ini di lakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi kasus. Hasil dari pengkajian pada tanggal 9 juli 2012 di dapatkan data subjektif pasien mengatakan mengeluh nyeri pada luka post operasi hari 1, nyeri bertambah saat di buat bergerak, rasanya seperti tertusuk-tusuk pada abdomen dengan skala nyeri 6 nyeri dirasakan hilang timbul, pasien mengatakan ADL di bantu keluarga dan perawat Sedangkan data objektif adalah klien meringis nampak menahan nyeri, klien tegang, terdapat luka post op hari 1.luka bersih, kering, tidak ada pengeluaran cairan maupun pus, luka di tutup dengan kassa steril,tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada kemerahan, bengkak, panas, maupun fungsiolesa di dapatkan data laborat tgl 9 juli 2012 angka leukosit 12,5 ribu/ul, Hemoglobin 10,2 g/dl . Semua kebutuhan ADL klien di bantu oleh keluarga dan perawat, pasien lemas, kekuatan otot 4

### Diagnosa

### Diagnosa 1

Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik( luka post operasi hari 1)

*International Association for the Study of Pain, IASP* (2011) mendefinisikan nyeri sebagai suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan. Dijelaskan dalam Smeltzer & Bare (2002) bahwa nyeri pasca operasi muncul disebabkan oleh rangsangan mekanik luka yang menyebabkan tubuh menghasilkan mediator-mediator kimia nyeri. Intesitas bervariasi mulai dari nyeri ringan sampai nyeri berat namun menurun sejalan dengan proses penyembuhan (Potter & Perry, 2006). Jika nyeri akut tidak dikontrol dapat menyebabkan proses rehabilitasi pasien tertunda dan hospitalisasi menjadi lama. Hal ini karena pasien memfokuskan semua perhatiannya pada nyeri yang dirasakan (Smeltzer & Bare, 2002).

Diagnosa yang ditegakkan sesuai dengan data yang telah diperoleh yaitu. pasien mengatakan mengeluh nyeri pada luka post operasi hari 1, nyeri bertambah saat di buat bergerak, rasanya seperti tertusuk-tusuk pada abdomen dengan skala nyeri 6 nyeri dirasakan hilang timbul klien meringis nampak menahan nyeri, klien tegang dengan TD 130/80mmHg, Nadi 99 x/menit, RR 23x/menit, Suhu 37°C.

Untuk mengatasi masalah dari diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik( luka post operasi hari 1) penulis merencanakan tindakan keperawatan yaitu kaji skala nyeri secara komprehensif, relaksasi dan distraksi, lingkungan yang nyaman, observasi isyarat-isyarat non verbal klien, dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik. Nanda(2009)

Implementasi yang telah dilakukan untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik( luka post operasi hari 1) adalah memberikan tindakan keperawatan tehnik non farmakologi yaitu relaksasi progresif, Relaksasi didefinisikan sebagai keadaan kebebasan relatif dari kedua kecemasan dan ketegangan otot rangka, yang dinyatakan sebagai ketenangan, kedamaian, dan menjadikan seseorang menjadi tenang (McCaffery & Beebe, 1989). Relaksasi dihipotesiskan mempengaruhi rasa sakit dengan mengurangi permintaan oksigen jaringan dan menurunkan tingkat bahan kimia seperti asam laktat yang dapat memicu

nyeri (McCaffery & Pasero, 1999).sesuai dengan jurnal *systematic review of relaxation interventions for pain* (2006) menyebutkan bahwa memberikan tehnik relaksasi progresif. tehnik relaksasi telah lama dipraktekkan untuk berbagai keperluan yang berhubungan dengan kesehatan, dan survei nasional terbaru menunjukkan peningkatan dalam penggunaan relaksasi (Eisenberg et al, 1998;.. Kessler et al, 2001). Untuk terapi analgetik farmakologi pada nyeri akut post operasi obat-obatan golongan Opioid Kuat, misalnya Morfin

Evaluasi terakhir dilakukan pada tanggal 11 juli 2012 pkl 19.00 untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisi( luka post operasi hari 1) dengan klien mengatakan nyeri berkurang pada post operasi hari ke 3, nyeri bertambah saat di gerakkan terasa tertusuk-tusuk di bagian abdomen dengan skala 4, nyeri di rasakan hilang timbul, klien lebih relaks, klien mampu melakukan relaksasi progresif dan nafas dalam

### Diagnosa II

infeksi berhubungan dengan inadekuat pertahanan primer dan sekunder.

Infeksi adalah proses invasif oleh mikroorganisme dan berpoliferasi di dalam tubuh yang menyebabkan sakit (Potter & Perry, 2005). Data yang didapat pada saat pengakajian adalah terdapat luka post operasi hari 1.luka bersih, kering, tidak ada pengeluaran cairan maupun pus, luka di tutup dengan kassa steril,tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada kemerahan, bengkak, anas, maupun fungsiolesa di dapatkan data laborat tgl 9 juli 2012 Angka leukosit 12, 5 ribu/ul, Hemoglobin 10,2 g/dl.

Diagnosa infeksi berhubungan dengan inadekuat pertahanan primer dan sekunder penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan kepada pasien, mengkaji keadaan luka pasien, melakukan perawatan luka dengan prinsip steril, memantau perkembangan laboratorium terkait angka leukosit. Nanda(2009)

Implementasi yang telah dilakukan untuk diagnosa infeksi berhubungan pord de entry adalah menurut nanda (2009) penulis

memberikan antibiotic metronidazole. Hal ini sejalan oleh Anonymous Nursing (2010) dalam jurnalnya yang berjudul *"Hand Washing : First defense against"* yang menyatakan bahwa cuci tangan dilakukan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Mencuci tangan mengurangi jumlah pathogen. Sesuai dengan penelitian Rudi (2009) menyebutkan bahwa dengan tidak cuci tangan, tidak melakukan prinsip steril pada setiap tindakan, maupun dalam perawatan luka dapat meningkatkan penyebaran infeksi.

Evaluasi terakhir dilakukan pada tanggal 11 juli 2012 pkl 19.00 Untuk diagnosa infeksi berhubungan dengan inadekuat pertahanan primer dan sekunder dengan di dapatkan hasil evaluasi luka bersih, kering, tidak ada pengeluaran cairan maupun pus, luka di tutup dengan kassa steril, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada kemerahan, bengkak, panas, maupun fungsiolesa dan perawat selalu melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan kepada pasien, hasil laborat tgl 11 AL : 11,5 ribu/ul Hb : 10,5 g/d.

**Diagnosa III** Intolerans aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik  
Menurut Nanda (2009), intoleransi aktifitas adalah ketidakcukupan energi secara fisiologis maupun psikologis untuk meneruskan atau menyelesaikan aktifitas yang diminta atau aktifitas sehari-hari. Data yang didapat pada saat pengakajian adalah Semua kebutuhan ADL klien di bantu oleh keluarga dan perawat pasien lemas.

Diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik penulis merencanakan tindakan keperawatan memantau tanda tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas, memastikan perubahan posisi klien secara bertahap, menentukan intake nutrisi untuk memastikan sumber-sumber energy klien. Nanda(2009)

Istirahat total adalah salah satu implementasi yang dilakukan pada diagnose intoleransi aktifitas. menurut Smeltzer (2003), istirahat akan mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung dan menurunkan tekanan darah.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik di dapatkan hasil evaluasi klien klien sudah dapat makan diit BN dan Klien

menghabiskan diit makan habis ½ porsi, Klien sudah mampu miring kanan miring kiri

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Penanganan pada kasus pasien trauma abdomen post laparotomi secara garis besar Untuk mengatasi masalah dari diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik( luka post operasi hari 1) penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu kaji skala nyeri secara komprehensif, memberikan relaksasi dan distraksi, lingkungan yang nyaman, mengobservasi isyarat-isyarat non verbal klien, dan berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik. Dengan hasil evaluasi klien mengatakan nyeri berkurang pada post operasi hari ke 3, nyeri bertambah saat di gerakkan terasa tertusuk-tusuk di bagian abdomen dengan skala 4, nyeri di rasakan hilang timbul, klien lebih relaks, klien mampu melakukan relaksasi progresif dan nafas dalam

Untuk mengatasi masalah selanjutnya yaitu diagnosa infeksi berhubungan dengan inadekuat pertahanan primer dan sekunder penulis melakukan tindakan keperawatan selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan kepada pasien, mengkaji keadaan luka pasien, melakukan perawatan luka dengan prinsip steril, memantau perkembangan laboratorium terkait angka leukosit. Evaluasi terakhir di dapatkan luka bersih, kering, tidak ada pengeluaran cairan maupun pus, luka di tutup dengan kassa steril, tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada kemerahan, bengkak, panas, maupun fungsiolesa dan perawat selalu melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan kepada pasien AL : 11,5 ribu/ul Hb : 10,5 g/dl

Untuk mengatasi masalah selanjutnya yaitu diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik enulis melakukan tindakan keperawatan memantau tanda tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas, memastikan perubahan posisi klien secara bertahap, menentukan intake nutrisi untuk memastikan sumber-sumber energy klien . Nanda(2009).

hasil evaluasi klien klien sudah dapat makan diit BN dan Klien menghabiskan diit

makan habis ½ porsi, Klien sudah mampu miring kanan miring kiri

#### Saran

1. Instalasi pelayanan kesehatan diharapkan meningkatkan kinerja perawat dan tenaga medis sehingga dapat meningkatkan asuhan keperawatan terhadap pasien khususnya pasien dengan trauma abdomen post laparotomi atas indikasi interna bleeding
2. Tenaga kesehatan khususnya perawat diharapkan melanjutkan asuhan keperawatan yang sudah dikelola oleh penulis sehingga tercapai kesembuhan pasien.
3. Klien dan keluarga disarankan menambah pengetahuan dan perawatan tentang trauma abdomen post laparotomi .
4. Institusi pendidikan diharapkan lebih menyediakan fasilitas dan tenaga pengajar yang berkualitas dan memunculkan inovasi-inovasi baru yang dapat mendukung terciptanya perawat yang berkualitas dan profesional.

#### DAFTAR PUSTAKA

American College of Surgeon Committee of Trauma,2004.*Advanced Trauma Life Support Seventh Edition*.Indonesia: Ikabi

Doenges E. Marilyn. Et All. 2000. *Nursing Care Plans*, Edition 2, Company Philadephia.

**Dudy.D. N. 2009. Factors that influence the incidence of methicillin-resistant staphylococcus aureus – MRSA on surgical wound infection in surgery ward of Dr. Kariadi.thesis.Semarang**

Eisenberg, D.M., Davis, R.B., Ettner, S.L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., et al. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *JAMA*, 280, 1569-1575

**FKUI. 1995. Kumpulan Kuliah Ilmu bedah. Binarupa Aksara : Jakarta**

Harahap. I. A. (2011). *Perilaku Nyeri, Fenomena Harian Yang Dihadapi Perawat, What We Can Do?. Dalam Evidence Based Da;am Praktik Pelayanan Keperawatan*. 48

Prosiding. Medan: Fakultas Keperawatan USU.

[http://www.primarytraumacare.org/ptcmam/training/ppd/ptc\\_indo.pdf/04,24,2008](http://www.primarytraumacare.org/ptcmam/training/ppd/ptc_indo.pdf/04,24,2008)

<http://www.gubukberita.com/2011/12/trauma-tumpul-abdomen.html>

<http://id.scribd.com/doc/57662825/Tehnik-Tehnik-Analgesia-Post-Operasi>

Kwekkeboom, Kristine L; Elfa Gretarsdottir2006. *Journal of Nursing Scholarship Systematic Review of Relaxation Interventions for Pain*

**38. 3** (Third Quarter 2006): 269-77

Merlyn E. Doenges. (2000). *Rencana Asuhan keperawatan : Pedoman Untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien Edisi 3* penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta

McCaffrey, M., & Beebe, A. (1989). *Pain : Clinical manual for nursing practice*. St. Louis, MO: Mosby.

McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain : Clinical manual for nursing practice (2nd ed.)*. St. Louis, MO: Mosby

Mustawan, Zulaik. (2008). *Hubungan Penggunaan Mekanisme Koping Dengan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur Femur di Unit Orthopedi RSU Islam Kustati Surakarta*. Skripsi. Surakarta: Fakultas Ilmu Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik* (Edisi 4 Volume 2). Jakarta: EGC.

Smeltzer, Suzanne C. 2001. *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner and Suddarth Ed.8 Vol.3*. EGC : Jakarta.

Sjamsuhidayat,2010. *Buku Ajarilmu Bedah*. Jakarta. EGC.

. The Author 2007. Published by Oxford University Press. All rights reserved. For Permissions, please email: [journals.permissions@oxfordjournals.org](mailto:journals.permissions@oxfordjournals.org)

---

**Thoifatul Barokah\* : Mahasiswa**

Keperawatan Ners FIK UMS. Jln A Yani Tromol Post  
1 Kartasura.

**Nanang Sri Mujiono\*\*** : kepala ICU RS.PKU  
Muhammadiyah Surakarta

**Ari Setyajati\*\***: Kepala ICU RSUD.DR.Moewardi  
Surakarta

---