

LAPORAN TUGAS AKHIR PEMINATAN PERIOPERATIF

**ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA NY. A DENGAN
DIAGNOSIS MEDIS *TUMOR MESENTERIUM* TINDAKAN *LAPARATOMI
RESEKSI TUMOR* DI RUANGAN *CENTRAL OPERATING THEATRE (COT)*
RUMAH SAKIT PERGURUAN TINGGI NEGERI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2021**



**Oleh :
NURUL SAKINAH FATHIASARI
R014 19 1021**

**PRAKTEK PEMINATAN KLINIK KEPERAWATAN PERIOPERATIF
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

TUGAS AKHIR PROFESI NERS

**LAPORAN AKHIR PROFESI NERS PEMINATAN PERIOPERATIF
PADA NY. A DENGAN DIAGNOSIS MEDIS *TUMOR MESENTERIUM*
TINDAKAN *LAPARATOMI RESEKSI TUMOR* DI RUANGAN *CENTRAL
OPERATING THEATRE (COT)* RUMAH SAKIT PERGURUAN TINGGI
NEGERI UNIVERSITAS HASANUDDIN
TAHUN 2021**

*Laporan akhir ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk
mendapatkan gelar Ners (Ns)*



Oleh :

NURUL SAKINAH FATHIASARI

R014 19 1021

**PRAKTEK PEMINATAN KLINIK KEPERAWATAN PERIOPERATIF
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA NY. A
DENGAN DIAGNOSIS MEDIS *TUMOR MESENTERIUM*
DENGAN TINDAKAN *LAPARATOMI RESEKSI TUMOR*
DI RUANGAN *CENTRAL OPERATING THEATRE (COT)*
RS UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR**

TAHUN 2021

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada:

Hari/ Tanggal : Kamis/07 Januari 2021
Pukul : 09.00 –11.30 WITA
Tempat : Daring via zoom meeting

Disusun Oleh :

NURUL SAKINAH FATHIASARI S.Kep

R014 19 1021

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Pembimbing



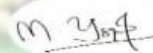
Moh. Syafar Sangkala, S.Kep.,Ns., MANP
NIP. 198012152014041001

Penguji I



Moh. Syafar Sangkala, S.Kep.,Ns., MANP
NIP. 198012152014041001

Penguji II



Muh. Yusuf, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP. 198510092012121002

Mengetahui,

Ketua Program Studi
Profesi Ners



Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M. Kes
NIP. 19770421 200912 1 003

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin



Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si
NIP. 19680421 2001112 2

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nurul Sakinah Fathiasari, S.Kep
NIM : R014 19 1021
Program Studi : Profesi Ners
Jenjang : Profesi Ners

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul

ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA NY. A DENGAN DIAGNOSIS
MEDIS *TUMOR MESENTERIUM* TINDAKAN *LAPARATOMI RESEKSI TUMOR* DI
RUANGAN *CENTRAL OPERATING THEATRE (COT)* RUMAH SAKIT PERGURUAN
TINGGI NEGERI UNIVERSITAS HASANUDDIN TAHUN 2021

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain
bahwa laporan yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan
laporan ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 29 Januari 2021

Yang menyatakan

(Nurul Sakinah Fathiasari, S.Kep)

ABSTRAK

Nurul Sakinah Fathiasari, S.Kep. R014191021. **ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA NY. A DENGAN DIAGNOSIS MEDIS TUMOR MESENTERIUM TINDAKAN LAPARATOMI RESEKSI TUMOR DI RUANGAN CENTRAL OPERATING THEATRE (COT) RUMAH SAKIT PERGURUAN TINGGI NEGERI UNIVERSITAS HASANUDDIN TAHUN 2021** dibimbing oleh Moh. Syafar Sangkala

Latar Belakang: *Mesenterium* merupakan jaringan berbentuk membran yang muncul dari dinding posterior cavum peritoneal dan melekat pada intestinum. *Tumor mesenterium* merupakan sebuah tumor yang amat jarang ditemui dengan insiden kira-kira 1:100.000-200.0000. Salah satu penatalaksanaan dari *tumor mesenterium*, yaitu tindakan pembedahan seperti *laparotomi reseksi tumor*. *Laparotomi reseksi tumor* merupakan prosedur operasi yang dilakukan untuk mengangkat tumor yang tumbuh di sekitar perut.

Tujuan: Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien *tumor mesenterium* dengan tindakan *laparotomi reseksi tumor*

Metode: Asuhan keperawatan ini dilakukan pada Ny. A yang telah dilakukan tindakan operasi *laparotomi reseksi tumor* di ruang COT RSPTN Universitas Hasanuddin pada tanggal 21 Desember 2020. Terdapat 7 diagnosa keperawatan yang terbagi menjadi pre operasi, intra operasi, dan post operasi diberikan dalam perawatan pasien selama di ruang COT. Evaluasi keperawatan pada pasien dapat dinilai dengan menggunakan buku *Perioperatif Nursing Data Set (PNDS)*.

Hasil: Berdasarkan 7 diagnosa keperawatan yang telah ditegaskan, diagnosa pada pre operasi yaitu diagnosa ansietas yang teratasi dengan hasil pasien tampak tenang dan skala cemas 0, diagnosa risiko jatuh dengan hasil pasien tidak jatuh dari tempat tidur. Diagnosa pada intra operasi yaitu risiko cedera dengan hasil pasien tidak mengalami cedera selama tindakan invasif dilakukan, risiko infeksi area pembedahan dengan hasil tidak ada tanda kemerahan dan bengkak pada area luka operasi, dan risiko perdarahan dengan hasil tanda-tanda vital dalam rentang normal. Diagnosa pada post operasi yaitu diagnosa risiko infeksi dengan hasil pasien tidak ada tanda-tanda infeksi dan diagnosa risiko jatuh dengan hasil pasien tidak jatuh dari tempat tidur.

Kesimpulan: Tindakan pembedahan wajib memperhatikan keselamatan pasien, kesiapan pasien, dan prosedur yang akan dilakukan. Kesalahan yang biasa terjadi saat dikamar bedah yaitu salah lokasi operasi, salah prosedur operasi ataupun salah pasien. Komunikasi interprofesi yang efektif merupakan faktor yang sangat berpengaruh dalam meningkatkan keselamatan pasien dan dapat meminimalisir kesalahpahaman

Kata Kunci: *Tumor Mesenterium, Laparotomi Reseksi Tumor, Central Operating Theatre (COT)*

Sumber Literatur: 9 Kepustakaan (2011-2018)

ABSTRACT

Nurul Sakinah Fathiasari, S.Kep. R014191021. *PERIOPERATIVE NURSING IN NY.A WITH MESENTERIC TUMORS MEDICAL DIAGNOSIS TUMOR RESECTION LAPAROTOMY ACTION IN CENTRAL OPERATING THEATER (COT) HOSPITAL HOSPITAL OF STATE OF HASANUDDIN UNIVERSITY in 2021* guided by Moh. Syafar Sangkala.

Background: *The mesentery is a membrane-shaped tissue that arises from the posterior wall of the peritoneal cavity and attaches to the intestines. Mesenteric tumors is a very rare tumor with an incidence of approximately 1: 100.000-200.000. One of the management of mesenteric tumors which is surgery such as tumor resection laparotomy. Tumor resection laparotomy is a surgical procedure performed to remove tumors that grow around the stomach.*

Objective: *To determine nursing care in patients with mesenteric tumors with tumor resection laparotomy.*

Methods: *Nursing care is performed on Mrs. A, who performed tumor resection laparotomy surgery in the COT room at the Hasanuddin University Hospital on December 21, 2020. There were 7 nursing diagnoses divided into preoperative, intraoperative, and postoperative given in the care of patients while in the COT room. Nursing evaluation of patients can be assessed using the Perioperatif Nursing Data Set (PNDS) book.*

Results: *Based on 7 nursing diagnoses that have been established, preoperative diagnoses are anxiety diagnosed with patient results appearing calm and anxiety scale 0 and risk of falling with the results of the patients not falling from bed. Diagnosis on intra surgery is the risk of injury with the result of the patient not experiencing injury during the invasive action performed, risk of area infection surgery with no signs of redness and swelling in the area of the surgical wound, and the risk of bleeding with vital signs results in the normal range. Postoperative diagnosis is a diagnosis of the risk of infection with the result of the patient has no signs of infection and risk of falling is the result of the patient not falling from the bed.*

Conclusion: *Surgery must pay attention to patient safety, patient readiness, and procedures to be performed. Errors that usually occur when in a surgical room are the wrong location of surgery, wrong operating procedure or wrong patient. Effective interprofession communication is a very influential factor in improving patient safety and can minimize misunderstanding.*

Keywords: *Mesenteric Tumors, Tumor Resection Laparotomy, Central Operating Theatre (COT)*

Literature Sources: *9 Literatures (2011-2018)*

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirahim

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan Berkah dan Rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan akhir peminatan ini dengan judul “*ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF PADA NY. A DENGAN DIAGNOSIS MEDIS TUMOR MESENTERIUM TINDAKAN LAPARATOMI RESEKSI TUMOR DI RUANGAN CENTRAL OPERATING THEATRE (COT) RUMAH SAKIT PERGURUAN TINGGI NEGERI UNIVERSITAS HASANUDDIN TAHUN 2021*”. Laporan akhir peminatan ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Profesi Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Demikian pula, shalawat dan salam senantiasa tercurahkan untuk Rasulullah *Shallallahu 'alaihi wasallam*, keluarga, sahabat dan pengikut beliau hingga akhir zaman.

Pada kesempatan kali ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Dr. Ns. Takdir Tahir, Skep., M.Kes selaku ketua program studi Profesi Ners Universitas Hasanuddin serta seluruh Dosen dan Staf Akademik Fakultas Keperawatan yang banyak membantu dan memberikan dukungan selama proses penyelesaian studi.
2. Ns. Moh. Syafar Sangkala, S.Kep.,MANP selaku pembimbing institusi dan penguji I dan Ns. Muh. Yusuf, S. Kep., M.Kep selaku penguji II yang

telah menyediakan waktu tenaga dan pemikiran sampai terselesaikannya laporan ini.

3. Kepada orang tua yang tercinta ayahanda Djufri Dj. Nasir (rahimahullah) dan Ibunda Saidiyah yang selalu memberikan dukungan dan semangat untuk menyelesaikan studi dan do'a yang selalu dikirimkan untuk dapat menyelesaikan tugas akhir ini. Dan tak kalah penting, kepada seluruh keluarga penulis yang tak hentinya memberikan semangat dalam menyelesaikan profesi ners.
4. Seluruh pembimbing lahan dan staff pegawai di RSWS Makassar, RS Unhas, RS Bahagia, RSKD Prov SulSel, Puskesmas Tamalanrea dan Pampang.
5. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan profesi ners dan terkhusus teman-teman yang mengambil peminatan COT yang senantiasa saling menyemangati.
6. Terima kasih kepada teman-teman penulis yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang senantiasa memberikan dukungan, semangat, motivasi, serta saran dan bantuannya.

Makassar, 29 Januari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
BAB 1 PENDAHULUAN (KONSEP MEDIS).....	1
A. Tumor Mesenterium.....	1
1. Definisi.....	1
2. Etiologi.....	1
3. Manifestasi klinis	2
4. Komplikasi	2
5. Pemeriksaan penunjang.....	2
6. Penatalaksanaan	3
B. Laparotomi Reseksi Tumor	3
1. Definisi.....	3
2. Tujuan pembedahan	4
3. Tahapan operasi laparotomi	5
4. Komplikasi	8
BAB 2 KONSEP KEPERAWATAN	9
A. ASKEP	9
1. Pengkajian keperawatan.....	9
2. Diagnosa keperawatan	9
3. Intervensi keperawatan.....	10
B. Penyimpangan KDM.....	19
BAB III ASKEP PERIOPERATIF	20
BAB IV PEMBAHASAN KESESUAIAN/ KESENJANGAN ANTARA KONSEP DAN PRAKTIK SERTA <i>EVIDENCE-BASED PRACTICE</i> TERKAIT KASUS.....	42
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	45
DAFTAR PUSTAKA	46
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	47

BAB 1
PENDAHULUAN
(KONSEP MEDIS)

A. *Tumor Mesenterium*

1. Definisi

Mesenterium merupakan jaringan berbentuk membran yang muncul dari dinding posterior cavum peritoneal dan melekat pada intestinum. Tumor mesenterium merupakan sebuah tumor yang amat jarang ditemui dengan insiden kira-kira 1:100.000-200.0000. Tumor ini dapat berlokasi dimana saja sepanjang duodenum sampai rektum walaupun lokasi terbanyak sering ditemukan di uleum sampai rektum yaitu sebanyak 66% dan di mesenterium di colon terutama terutama colon ascenden yaitu 33%. Tumor ini sangat sulit didiagnosis karena memang jarang terjadi dan tidak mempunyai gejala klinis yang khas dan penampakan radiologinya pun juga tidak khas sehingga seringkali diagnosis pada tumor ini seringkali tidak tepat. Tumor mesenterium ini dapat ditemukan tidak sengaja sewaktu pemeriksaan radiologi, dapat juga ditemukan pada pasien dengan keluhan abdomen yang tidak khas, tetapi dapat juga ditemukan pada kondisi akut abdomen. Tumor mesenterium yang menunjukkan tanda ganas hanya ditemukan pada 3% kasus (Dufay, 2012).

2. Etiologi

Secara umum masih menjadi perdebatan diantara para ahli tentang bagaimana mekanisme terjadinya tumor mesenterium ini. Para ahli menyatakan bahwa tumor ini muncul sebagai akibat adanya proliferasi yang bersifat benigna dari saluran limfatik ektopik yang gagal berhubungan dengan system limfatik yang normal. Teori yang lain mengatakan tumor mesenterium ini terbentuk akibat adanya obstruksi pada saluran limfatik, tetapi beberapa kali percobaan pada binatang dimana dilakukan obstruksi artifisial pada saluran limfatik tetapi tidak menghasilkan adanya tumor mesenterium ini karena banyaknya system

kolateral yang ada. Teori yang lain adalah saluran limfatik saat masa embrio gagal bergabung dengan sistem vena. Beberapa penyebab yang lain adalah neoplasia dan degenerasi nodus limfatikus (Makhija, 2016).

Adapun klasifikasi berdasarkan penyebabnya maka tumor mesenterium dibagi menjadi empat yaitu:

- a. Embriolik yang berhubungan dengan gangguan perkembangan
- b. Trauma
- c. Neoplasma
- d. Infeksi atau degeneratif

3. Manifestasi Klinis

Sebagian besar penderita tumor mesenterium tanpa keluhan. Penderita tumor mesenterium seringkali tidak memiliki gejala (asintomatis) dan terdeteksi secara tidak sengaja pada pemeriksaan pada bagian abdomen untuk penyakit yang lainnya secara tidak sengaja saat dilakukan laparotomi. Dan jika timbul keluhan, pada 10% pasien tumor mesenterium memiliki gejala akut abdomen dan sebagian kecil lainnya mengeluhkan nyeri kronik pada bagian abdomen (Ünlüer, 2016).

4. Komplikasi

Pada kasus yang berat disertai dengan komplikasi, tumor mesenterium ini dapat menyebabkan adanya obstruksi pada usus halus yang berhubungan dengan adanya volvulus. Pada kasus lainnya, dapat terjadi perdarahan, terinfeksi, ruptur, volvulus disertai perforasi atau terjadi obstruksi uropati yang menimbulkan terjadinya gagal ginjal.

5. Pemeriksaan Penunjang

Peranan radiologi dalam penegakan diagnosis tumor mesenterium ini cukup besar, ada beberapa modalitas yang dipakai yaitu foto polos abdomen, pemeriksaan dengan kontras yaitu barium meal, USG, CT Scan & MRI, walaupun memang seringkali kista mesentrium ini justru ditemukan tanpa sengaja pada pemeriksaan abdomen baik pada *medical check up* maupun pada kasus-kasus akut abdomen.

- a. Foto polos abdomen

Pada foto polos tidak banyak informasi yang bisa digali, seringkali hanya tampak adanya opasitas homogen dengan densitas air, tak

tampak gambaran udara usus pada opasitas tersebut. Pada massa yang cukup besar, seringkali ditemukan adanya pergeseran pergeseran gambaran *bowel loop* ke aspek anterior atau lateral.

b. Pemeriksaan dengan kontras

Pada beberapa kasus, dilakukan pemeriksaan barium meal. Pemeriksaan ini terutama dilakukan pada pasien anak dimana pada pasien anak gambaran *palpable mass* lebih sering terlihat. Gambaran yang dihasilkan sesuai dengan lokasi dimana tumor ini berada dan seberapa besar ukurannya serta posisi terhadap struktur bowel. Pada tumor yang cukup besar seringkali dapat terjadi pergeseran struktur *bowel loop* maupun organ lain seperti ginjal

c. Ultrasound

Gambaran yang tampak adalah gambaran lesi anechoic berbatas tegas dengan tepi licin, tas tegas seringkali tampak pada gambaran struktur internalnya pada kasus kista mesenterium

d. CT Scan

Biasanya pemeriksaan ini dilakukan untuk mengkonfirmasi jika hasil USG masih meragukan terutama untuk memastikan asal tumor tersebut bukan berasal dari organ lain seperti ginjal, pankreas, ataupun ovarium. Pemeriksaan CT Scan dapat pula dilakukan pengukuran massa dengan lebih akurat sehingga membantu klinisi pada saat preoperatif

6. Penatalaksanaan

Terapi pada tumor ini adalah operasi, dimana dilakukan eksisi pada masa, reseksi dilakukan untuk memastikan bahwa sisa usus yang ada masih *viable*. Jika reseksi tidak dapat dilakukan sepenuhnya karena ukurannya yang cukup besar maka dapat dilakukan reseksi parsial dengan marsupialisasi.

B. Laparotomi Reseksi Tumor

1. Definisi

Laparotomi adalah prosedur medis yang bertujuan untuk membuka dinding perut agar dapat memiliki akses ke organ perut yang memerlukan tindakan tertentu atau sebagai prosedur diagnostik. Laparotomi dilakukan dengan cara membuat sayatan besar pada area di sekitar perut pasien yang didahului dengan pemberian anestesi. Laparotomi reseksi tumor merupakan prosedur operasi yang dilakukan untuk mengangkat tumor yang tumbuh di sekitar perut.



2. Tujuan Pembedahan

Prosedur ini dilakukan dengan tujuan untuk menangani beberapa kasus yang seperti adanya penyumbatan atau obstruksi usus, perforasi atau kebocoran usus, pendarahan rongga perut ataupun adanya tumor ganas disekitar perut . Indikasi prosedur laparotomi dapat dilakukan pada berbagai kondisi, seperti:

- a. Nyeri hebat pada perut.
- b. Perdarahan gastrointestinal.
- c. Radang pada lapisan tipis dinding perut atau *peritoneum* (peritonitis).
- d. Robekan pada organ usus 12 jari (*doudenum*), lambung, usus halus, atau organ perut lainnya.
- e. Divertikulitis, usus buntu, atau peradangan pada pankreas.
- f. Penyakit batu empedu.
- g. Trauma atau cedera perut dengan ketidakstabilan hemodinamik atau penetrasi benda tajam.
- h. Kanker atau tumor ganas pada organ di dalam atau di sekitar rongga perut.
- i. Abses hati.
- j. Perlengketan di rongga perut.

- k. Kehamilan ektopik (di luar rahim).
- l. Pertumbuhan jaringan endometrium di luar rahim (endometriosis).

Kontraindikasi yang perlu diperhatikan adalah ketidakcocokan dengan obat anestesi tertentu, umumnya pada penderita sepsis, tumor ganas, dan kondisi kritis lainnya, sehingga dokter akan berkonsultasi dengan dokter spesialis anestesi untuk menghindari terjadinya efek negatif akibat obat anestesi. Sesak napas, perdarahan, pembekuan darah, dan infeksi merupakan risiko yang dapat terjadi sebagai reaksi terhadap obat dan tindakan yang dilakukan.

3. Tahapan Operasi Laparatomi

Ada tiga tahap dalam operasi laparatomi, yaitu praoperasi, proses operasi, dan pasca operasi. Khusus pada tahapan pasca operasi, pasien sangat diharapkan untuk mengikuti petunjuk dokter.

a. Pre operasi

Beberapa pemeriksaan yang mungkin dilakukan dokter sebelum prosedur laparotomi adalah:

1) Pemeriksaan fisik

Umumnya meliputi pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan fisik secara keseluruhan, serta pemeriksaan lain untuk memastikan kondisi pasien siap untuk menjalani operasi.

2) Pemindaian

Pemeriksaan foto Rontgen, CT Scan dan MRI untuk membantu merencanakan prosedur.

3) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memantau kadar elektrolit, gula darah, serta fungsi organ tubuh seperti jantung dan paru-paru

Pasien diharuskan untuk berhenti merokok atau minum alkohol beberapa minggu sebelum tindakan laparotomi dilakukan. Konsumsi obat-obatan seperti aspirin, ibuprofen, vitamin E, warfarin, *clopidogrel*, atau *ticlopidine* juga harus dihentikan

seminggu sebelum jadwal tindakan untuk menghindari kesulitan pembekuan darah disekitar area operasi.

Beberapa saran tambahan yang mungkin diberikan sebelum melakukan tindakan laparotomi untuk menghindari infeksi usus meliputi:

- 1) Mengonsumsi makanan berserat tinggi seperti sayur, buah, roti, dan sereal gandum sehari atau dua hari sebelum operasi dilakukan.
- 2) Mengonsumsi 6 hingga 8 gelas air putih sehari.
- 3) Mengonsumsi obat pencahar untuk membersihkan usus. Obat ini akan memicu diare..

b. Intra operasi

Persiapan awal yang akan dilakukan dokter pada pasien di ruang bedah adalah memberikan anastesi dan mengosongkan usus untuk menghindari asam lambung berlebih dengan menggunakan kateter. Obat anastesi umumnya diberikan melalui cairan infus agar pasien selalu dalam keadaan tertidur selama tindakan. Dokter juga akan membersihkan bagian perut dengan sabun sebelum operasi dilakukan. Berikut adalah urutan prosedur laparotomi:

- 1) Pasien akan direbahkan pada meja operasi dengan posisi terlentang dan lengan yang diposisikan di sebelah kanan tubuh.
- 2) Setelah itu, dokter akan membuat sayatan secara vertikal di tengah, atas, atau bawah perut. Ukuran sayatan akan disesuaikan dengan kondisi pasien dan tindakan yang akan dilakukan. Umumnya, sayatan dibuat di bagian tengah perut untuk memudahkan menggapai membran lapisan perut (*peritoneum*) dan menurunkan risiko perdarahan.
- 3) Setelah sayatan utama dibuat, dokter akan membuat sayatan lebih dalam melalui lemak subkutan hingga ke lapisan *linea alba*. Lapisan tersebut kemudian dibelah sampai terlihat lemak *preperitoneal*.

- 4) Dokter akan menjepit dan mengangkat lapisan *peritoneum* menggunakan forsep, di dekat garis sayatan. Tahap ini akan dilakukan dengan perlahan-lahan agar tidak melukai usus atau organ lainnya.
- 5) Tahap berikutnya pengangkatan tumor (reseksi)
- 6) Setelah seluruh proses dilakukan, dokter akan memeriksa kondisi organ perut dan sekitarnya sebelum menjahitnya kembali. Dinding perut bisa dijahit menggunakan benang bedah dengan daya serap rendah (*polypropylene*) atau dengan daya serap baik (*polydioxanone*). Umumnya, jahitan akan dimulai dari jarak 1 cm dari ujung linea alba, dilanjutkan dengan menjahit di antara sayatan yang dibuat.
- 7) Jika pasien mengalami pembengkakan atau pengembungan usus, dokter akan melakukan penjahitan sementara untuk menghindari komplikasi pasca operasi seperti peningkatan tekanan intra abdomen (IAP), gangguan pernapasan karena adanya penekanan ke diafragma dan rongga dada, rasa nyeri pada perut, atau robekan pada jahitan. Jahitan sementara tersebut akan diperkuat saat pembengkakan sudah berkurang.

c. Post operasi

Sesaat setelah tindakan laparotomi dilakukan, pasien akan dipindahkan ke ruang perawatan untuk observasi lebih lanjut. Bagi pasien yang melakukan laparotomi darurat, dokter mungkin akan memindahkan pasien ke ruang ICU agar dapat dipantau secara intensif. Dokter akan memberikan obat pereda rasa nyeri seperti *paracetamol* atau *morphine*, sesuai tingkatan nyeri yang dialami. Obat antiemetik juga akan diberikan untuk mengurangi rasa kembung dan mual. Fisioterapi dan olahraga ringan mungkin akan dianjurkan, khususnya bagi pasien yang menjalani tindakan laparotomi darurat untuk mengembalikan kekuatan tubuh dan menghindari risiko penggumpalan darah. Pasien akan diminta untuk tidak banyak bergerak, sebelum dokter mengizinkan.

Pada saat pemulihan, asupan nutrisi yang baik perlu diperhatikan agar tidak membebani fungsi pencernaan. Jika pasien tidak mampu mengonsumsi makanan atau minuman apa pun, dokter akan memberikan cairan infus sebagai pengganti makanan. Awasi jika pasien merasakan demam dan nyeri hebat setelah operasi.

4. Komplikasi

Tindakan laparotomi, baik secara darurat atau terjadwal, berisiko mengakibatkan komplikasi. Beberapa risiko yang bisa terjadi sesaat setelah operasi adalah:

- a. Terhentinya gerakan peristaltik usus (ileus paralitik).
- b. Penumpukan nanah di dalam organ tubuh (abses).
- c. Infeksi pada luka operasi.
- d. Terbukanya jahitan pada dinding perut.
- e. Terbentuknya lubang pada saluran cerna (*enterocutaneous fistula/ECF*).
- f. Kolaps pada paru dikarenakan penyumbatan pada bronkus atau bronkiolus (atelektasis paru).
- g. Hernia insisional.
- h. Obstruksi usus.
- i. Perdarahan

Penanganan cepat perlu dilakukan jika pasien mengalami sumbatan karena gumpalan darah pada lengan atau tungkai, kerusakan organ tubuh seperti ginjal, paru-paru, limpa, atau apabila terjadi perlengketan pada rongga perut.

BAB II

KONSEP KEPERAWATAN

A. ASKEP TEORI

1. Pengkajian Keperawatan

- a. Identitas pasien
- b. Masuk melalui dan dengan cara apa
- c. Keluhan utama : mual, muntah, sakit kepala, penurunan kesadaran, gangguan penglihatan, kejang, perubahan status mental
- d. Riwayat keluarga apakah ada keluarga yang menderita kasus yang sama
- e. Riwayat penyakit yang diderita
- f. Riwayat operasi
- g. Psikososial/ekonomi
- h. Pemeriksaan fisik
 - 1) Mata : penglihatan kabur atau mengalami kebutaan
 - 2) Hidung : adanya gangguan penciuman
 - 3) Telinga : adanya gangguan pendengaran
 - 4) Respirasi : tampak sesak
 - 5) Kardiovaskuler : takikardi
 - 6) Gastrointestinal : mual, muntah, intoleransi makan
 - 7) Nutrisi : terdapat malnutrisi, dekubitus
 - 8) Neurologi : sakit kepala hebat, letargi, koma, paralise, kelemahan, vertigo
 - 9) Integument : warna kulit kemerahan, atrifi/deformitas

2. Diagnosa Keperawatan

a. Pre Operasi

- 1) Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini

b. Intra Operasi

- 1) Risiko cedera
- 2) Risiko Perdarahan

c. Post Operasi

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera (prosedur bedah)
- 2) Risiko infeksi

3. Intervensi Keperawatan

PRE OPERASI

No	Nursing Diagnosis	Nursing Outcome	Nursing Interventions and Activities
1.	<p>Ansietas b.d ancaman pada status terkini</p> <p>X4-00146</p> <p>Domain 3A Respon perilaku -pasien dan keluarga: pengetahuan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi 1x10 menit diharapkan :</p> <p>O.500: Pengetahuan tentang respon psikososial</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pasien mengungkapkan urutan kejadian yang diharapkan sebelum dan segera setelah operasi ● Pasien menyatakan harapan yang realistis mengenai pemulihan dari prosedur ● Pasien dan anggota keluarga mengidentifikasi tanda dan gejala untuk dilaporkan kepada ahli bedah atau penyedia layanan kesehatan 	<p>Mengidentifikasi status psikososial (A.510) (Menilai faktor psikososial yang memengaruhi perawatan pasien dan mengembangkan serta menerapkan rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan tersebut)</p> <p>Layar untuk penyalahgunaan zat (A.510.5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Memantau tanda vital <p>Menilai mekanisme koping (A.510.6)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tinjau pola koping pasien dan keefektifannya ● Minta pasien untuk mendeskripsikan metode penanganan stres saat ini ● Mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan ● Menentukan metode komunikasi dan dukungan yang paling efektif ● Mengevaluasi ketersediaan dan efektivitas sistem pendukung <p>Mengidentifikasi pasien dan dukungan yang ditunjuk kebutuhan pendidikan seseorang (A.530) (Mengidentifikasi kebutuhan pendidikan relatif terhadap prosedur pasien, persyaratan perawatan perioperatif dan status psikososial)</p> <p>Menerapkan tindakan untuk memberikan dukungan</p>

		<p>psikologis (Im.510)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Menilai tanda dan gejala kecemasan atau ketakutan (misalnya, insomnia pra operasi, ketegangan otot, tremor, lekas marah, perubahan dalam [mungil, gelisah, diaphoresis, takipnea, takikardia, tekanan darah tinggi, wajah pucat atau kemerahan, perilaku menarik diri) ● Memberikan informasi dan menjawab pertanyaan dengan jujur ● Memberikan suasana perhatian dan perhatian (misalnya, pendekatan tanpa penilaian privasi, empati, rasa hormat) ● Menawarkan metode alternatif untuk meminimalkan kecemasan (misalnya, musik, humor) ● Jelaskan tujuan persiapan pra operasi sebelum pelaksanaan. <p>Termasuk pasien atau orang yang mendukung dalam pengajaran perioperatif (Im. 700) (Mengidentifikasi pasien dan pengetahuan orang pendukung yang ditunjuk dan memberikan pendidikan dan dukungan)</p> <p>Menjelaskan urutan kejadian yang diharapkan (Im. 700.2) (Menjelaskan rutinitas dan protokol yang terkait dengan perawatan perioperativa)</p> <p>Mengevaluasi respons psikososial terhadap rencana perawatan (E.520)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mengevaluasi efektivitas sistem pendukung ● Memverifikasi kemampuan pasien untuk memahami informasi ● Menyediakan waktu yang diperlukan untuk memproses informasi ● Meninjau rencana asuhan keperawatan dengan pasien dan anggota keluarga
--	--	---

INTRA OPERASI

No	Nursing Diagnosis	Nursing Outcome	Nursing Interventions and Activities
1.	<p>Risiko perdarahan</p> <p>X75-00206</p> <p>Domain 1 Safety</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x60 menit diharapkan :</p> <p>0.320: Status kardiovaskular pasien ditingkatkan dari level baseline</p> <ul style="list-style-type: none"> - vital pasien berada dalam kisaran yang diharapkan setelah keluar dari ruang OR atau ruang prosedur atau PACU - Perfusi jaringan perifer pasien konsisten dengan atau meningkat dari status pra-operasi saat keluar dari ruang operasi prosedur 	<p>Identifikasi faktor-faktor yang terkait dengan peningkatan risiko perdarahan dengan peningkatan risiko perdarahan cairan dan elektrolit e ketidakseimbangan (A.310)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Menilai keluhan vital ● Menilai kondisi pasien mengenai cedera traumatis untuk perdarahan abnormal ● Identifikasi risiko pasien untuk perdarahan atau hipovolemia sehubungan dengan prosedur pembedahan ● Verifikasi status hidrasi perioperatif pasien ● Berkomunikasi dengan dokter dari penyedia perawatan anestesi jika penilaian Data atau tanda atau gejala yang tidak biasa dari cairan, elektrolit, ketidakseimbangan asam basa dicatat. ● Pastikan pasokan cangkir hisap, spons, dan agen hemostatik yang tidak biasa <p>Koperasi dengan bank darah untuk memastikan suplai darah atau memastikan suplai darah atau monitor pengganti plasma parameter fisiologis (Im. 370):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Perkirakan kehilangan darah dan cairan memantau tanda-tanda hipovolemia ● Monitor untuk kehilangan asam

			<ul style="list-style-type: none"> ● Monitor untuk gejala gagal pernapasan ● Monitor untuk perfusi jaringan ● Monitor untuk parameter hemodinamik, termasuk CVP, MAP, level PCWP, jika tersedia ● Pantau efek pengobatan pada parameter hemodinamik dan kehilangan cairan dan elektrolit
2.	<p>Resiko cedera</p> <p>X29-00035</p> <p>Domain 1</p> <p>Keselamatan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi 3x60 menit diharapkan :</p> <p>O. 10: Pasien bebas dari benda dan gejala cedera yang berhubungan dengan sumber panas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kondisi kulit pasien, selain sayatan bedah, tidak berubah antara masuk dan keluar dari ruang OR atau prosedur - Pasien melaporkan kenyamanan di lokasi perangkat termoregulasi - Statistik neuromuskuler pasien Kami tidak berubah antara masuk dan keluar dari OR atau ruang prosedur 	<p>Mengidentifikasi status fisiologis (A.210)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi membran bukal, sklera, dan kulit (misalnya, kekeringan, sianosis, ikterus) <p>Laporkan penyimpangan dalam hasil studi diagnostik (A.340)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkomunikasikan status kesehatan fisiologis (misalnya, laporan verbal, catatan pasien) kepada anggota tim yang sesuai <p>Berkolaborasi dengan penyedia layanan kesehatan lain mengenai hasil studi diagnostik atau temuan penilaian nilai kondisi kulit dasar (A.240)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi keberadaan denyut nadi perifer, meminta informasi pasien persepsi nyeri, dan mengidentifikasi gangguan mobilitas saat pasien terjaga - Menilai kondisi kulit pasien - Menilai risiko cedera kulit pasien terkait dengan sumber termal - Menilai kulit untuk cedera dari perangkat invasif (misalnya, tabung, saluran pembuangan, kateter yang tinggal, kabel) - Mengidentifikasi diagnosis keperawatan yang menggambarkan derajat risiko pasien untuk cedera kulit terkait bahaya termal. <p>Menerapkan perangkat keselamatan (Im.80)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa lingkungan bedah untuk peralatan atau kondisi

			<p>yang menimbulkan risiko keselamatan dan mengambil tindakan korektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memilih perangkat keselamatan berdasarkan kebutuhan pasien dan prosedur operasi atau invasif yang direncanakan - Menerapkan perangkat keselamatan pada pasien sesuai rencana perawatan, pedoman praktik yang berlaku, kebijakan fasilitas, dan petunjuk dokumentasi produsen. <p>Memastikan bahwa perangkat keselamatan tersedia, bersih, bebas dari ujung yang tajam, dilapisi sebagaimana mestinya, dan dalam kondisi kerja sebelum digunakan monitor parameter psikologis (Im. 370)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pantau tanda vital (mis., Tekanan darah, monitor jantung atau laju EGC dan ritme, laju pernapasan, suhu) - Pantau pasien untuk perubahan integritas kulit (misalnya, denyut perifer, warna kulit, suhu, turgor, isi ulang kapiler, jika sesuai). <p>Mengevaluasi tanda dan gejala cedera sik pada kulit dan jaringan (E.10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa dan mengevaluasi kulit pasien, tonjolan tulang, tempat tekanan, area yang disiapkan, dan jaringan yang berdekatan untuk tanda-tanda irigasi atau cedera (misalnya, perubahan warna, ruam, lecet, lecet, area yang menonjol) - Permintaan keluhan nyeri atau ketidaknyamanan di area selain sayatan bedah solicits untuk keluhan mati rasa atau kesemutan (misalnya, situs perangkat termoregulasi, situs memposisikan bantu) - Laporan varians tak terduga kepada anggota sesuai dari tim perawatan kesehatan.
--	--	--	--

POST OPERASI

No	Nursing Diagnosis	Nursing Outcome	Nursing Interventions and Activities
1.	<p>Nyeri akut b.d agen cedera fisik (prosedur bedah) X38-00132</p> <p>Domain 2 Respon fisiologis</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi 1x30 menit diharapkan :</p> <p>O.330: Pasien menunjukkan dan / atau melaporkan kontrol nyeri yang memadai</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien bekerja sama dengan berbaring diam selama prosedur intraoperatif menggunakan anestesi lokal blok. - Tanda vital pasien saat keluar dari OR sama dengan atau meningkat dari nilai sebelum operasi. - Pasien secara verbal mengontrol rasa sakit. 	<p>Menilai pengendalian nyeri (A.360)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meninjau (Menggunakan skala spain yang divalidasi untuk menilai pengendalian nyeri) - penilaian pasien untuk jenis nyeri yang dirawat dan kondisi medis - Meninjau potensi interaksi obat nyeri dengan obat lain atau makanan yang setara dengan pasien secara verbal keefektifan pengobatan dengan penilaian yang diakui alat (mis. skala numerik, skala wajah) - meminta verbalisasi ekspektasi pasien terhadap skor nyeri yang dapat diterima - Menawarkan informasi kepada pasien dan anggota keluarga tentang nyeri, ukuran pereda nyeri, skala penilaian, dan data penilaian lainnya untuk dilaporkan - Pantau pasien untuk kesesuaian verbal dan nonverbal isyarat. <p>Menerapkan pedoman nyeri (Im.310)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meninjau penilaian pasien untuk jenis nyeri yang dirawat, kondisi medis, dan status kesehatan - Meninjau pedoman nyeri fasilitas - Dokumen tingkat nyeri yang dinyatakan pasien saat ini - Posisi untuk kenyamanan kecuali kontraindikasi

			<ul style="list-style-type: none"> - Menentukan apakah rejimen memenuhi kebutuhan pasien yang diidentifikasi - Monitor hubungan pasien kemajuan ke pengendalian nyeri <p>Memantau efektivitas pedoman nyeri Menerapkan metode alternatif pengendalian nyeri (Im.310.1) (Menggunakan sentuhan terapeutik, meditasi, pernapasan, dan posisi untuk menambah metode pengendalian nyeri)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengulas pengobatan nyeri non-pengobatan (mis. gangguan Musio, terapi relaksasi) - Menawarkan informasi tentang metode yang akan membantu dalam pengendalian nyeri. <p>Mengevaluasi respons terhadap intervensi(E.250) Manajemen Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menilai respons pasien terhadap intervensi manajemen nyeri termasuk parameter fisiologis dan temuan subjektif dan objektif. - Mengidentifikasi dan mendokumentasikan bagaimana pasien mengekspresikan nyeri (misalnya, ekspresi wajah, lekas marah, res keletihan, verbalisasi) - Mengevaluasi sifat nyeri dan setiap perubahan tingkat nyeri setelah intervensi manajemen nyeri
2.	Risiko Infeksi X28-00004 Domain 2 Physiologic response	Setelah dilakukan intervensi 1x30 menit diharapkan : 0.280 Infeksi ▪ Luka pasien bebas dari tanda atau gejala infeksi dan nyeri, kemerahan,	Mengklasifikasikan luka bedah (A.350.1) (menunjukkan kategori klasifikasi luka yang sesuai untuk setiap lokasi luka bedah sesuai dengan CDC ▪) Luka kelas 1 (bersih) (yang tidak ditemui peradangan dan saluran pernapasan, saluran pencernaan, genital, atau saluran

		<p>bengkak, drainase, atau penyembuhan tertunda pada saat discharge</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasien menjalani operasi bersih, terutama tertutup luka ditutupi dengan pakaian kering dan steril saat keluar dari ATAU ▪ Status kekebalan pasien tetap dalam tingkat yang diharapkan 5 hari setelah operasi ▪ Jumlah sel darah putih pasien tetap dalam batas yang diharapkan 5 hari setelah operasi ▪ Pasien afebris dan bebas dari tanda dan gejala infeksi ▪ Perioperatif dan antibiotik pasca operasi diberikan sesuai dengan pedoman yang direkomendasikan. 	<p>kemih yang tidak tidak dimasuki. Luka bersih terutama ditutup, dan jika perlu, dikeringkan dengan drainase tertutup.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kelas 2 (terkontaminasi bersih), luka operasi di mana saluran pernafasan, saluran genital atau saluran kemih dimasukkan dalam kondisi terkontrol dan tanpa kondisi yang tidak biasa. ▪ Kelas 3 (luka yang terkontaminasi) luka terbuka, segar, tidak disengaja, prosedur pembedahan dengan kerusakan besar dalam teknik steril atau tumpahan kotor dari saluran cerna dan insisi yang ditemui peradangan akut dan tidak bernanah. Luka <ul style="list-style-type: none"> ▪ kelas IV (infeksi kotor): luka traumatis lama yang tersisa jaringan yang rusak dan yang melibatkan infeksi klinis yang ada atau organ dalam yang berlubang. Definisi ini menunjukkan bahwa organisme penyebab Infeksi pasca operasi hadir di lapangan operasi sebelum prosedur pembedahan. <p>Menerapkan teknik aseptik (Im.300)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Menetapkan dan memelihara bidang steril. ▪ Menerapkan prinsip-prinsip teknik aseptik ▪ Mempertahankan bidang steril, ▪ Mencegah kontaminasi luka terbuka ▪ Mengisolasi tempat operasi dari lingkungan fisik nonsteril di sekitarnya <p>Melindungi kontaminasi silang bentuk (Gambar 300.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meminimalkan kontaminasi silang dengan memahami dan menerapkan praktik pengendalian infeksi saat menyiapkan instrumen dan perlengkapan untuk digunakan
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none">▪ Pribadi: mempromosikan dan mendemonstrasikan kesehatan dan kebersihan pribadi, melakukan kebersihan tangan secara umum. <p>Melakukan preparat kulit (Im. 270)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ status kesehatan pasien secara keseluruhan▪ MenilaiMenilai kondisi kulit pasien, termasuk: warna, drainase, edema, jaringan rapuh, kelembaban, suhu tekstur, turgor, vascu; aity <p>Memantau tanda dan gejala infeksi (Im. 360)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Mengevaluasi data penilaian pasien indikasi infeksi termasuk: demam, nyeri atau bengkak, infeksi sebelumnya▪ Kaji ulang uji diagnostik laboratorium untuk indikasi infeksi, termasuk tetapi tidak terbatas abnormal (WBC, Urinalisis, budaya atau serologi)<ul style="list-style-type: none">▪ A Ssess untuk tanda dan gejala peradangan atau infeksi: mengamati manifestasi lokal peradangan seperti kemerahan, panas, nyeri, bengkak, kehilangan fungsi. Mengamati tanda dan gejala infeksi paru seperti hipoksia, perubahan mental pasien, peningkatan suhu tubuh, peningkatan produksi sekresi atau perubahan warna sekret)
--	--	---

B. Penyimpangan KDM

