

**PENERAPAN TERAPI MUROTTAL SURAH AR RAHMAN  
PADA PASIEN TERPASANG VENTILATOR DENGAN  
POST LAPARATOMI TERHADAP NYERI DI RUANG  
ICU TULIP I RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS AKHIR**



**Oleh:**

**ATHALA RANIA INSYRA, S.Tr.Kep  
NIM.233410006**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
TAHUN 2024**

PENERAPAN TERAPI MUROTTAL SURAH AR RAHMAN  
PADA PASIEN TERPASANG VENTILATOR DENGAN  
POST LAPARATOMI TERHADAP NYERI DI RUANG  
ICU TULIP I RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

KARYA TULIS AKHIR

Diajukan pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes  
Poltekkes Padang sebagai Persyaratan dalam Menyelesaikan  
Pendidikan Profesi Ners



Oleh:

ATHALA RANIA INSYRA, S.Tr.Kep  
NIM.233410006

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
KEMENKES POLTEKES PADANG  
TAHUN 2024

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Terapi Murotal Surah Ar-Rahman Pada Pasien Terpasang Ventilator Dengan Post Laparotomi Terhadap Nyeri Di Ruang ICU Tulip I RSUP Dr. M. Djamil Padang

Nama : Athala Rania Insyra, S.Tr.Kep

NIM : 233410006

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji Prodi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Poltekkes Padang.

Padang, 28 Mei 2024

Komisi Pembimbing



(Nur Yosi Suryandiana, M.Kep, Sp.Kep.MB)  
NIP. 19750718 19880 2 003

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Nur Yosi Suryandiana, M.Kep, Sp.Kep.MB)  
NIP. 19750718 19880 2 003

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Nama : Athala Rania Insyra, S.Tr.Kep  
NIM : 233410006  
Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Terapi Murotal Surah Ar-Rahman Pada Pasien Terpasang Ventilator Dengan Post Laparotomi Terhadap Nyeri Di Ruang ICU Tulip IRSUP Dr. M. Djanit Padang.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Kewanakes Poltekkes Padang.

## DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Nova Yanti, M.Kep., Sp.Kep.MB  
Anggota Penguji : Ns. Mislatia Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB  
Anggota Penguji : Ns. Yuli Suryaningsih, M.Kep., Sp.Kep.MB

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



## PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama Lengkap : Athala Rania Insyra  
NIM : 233410006  
Tanggal Lahir : 23 Januari 2001  
Tahun Masuk : 2023  
Nama Pembimbing Akademik : Efitra, S.Kp., M.Kep  
Nama Pembimbing : Ns, Yosi Suryarini Sih, M.Kep., Sp.Kep.MB

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan laporan hasil skripsi saya, yang berjudul : Penerapan Terapi Murottal Surah Ar-Rahman Pada Pasien Terpasang Ventilator Dengan Post Laparatomi Terhadap Nyeri Di Ruang ICU Tulip I RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 07 Agustus 2024



(Athala Rania Insyra)  
NIM.233410006

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN**

**Karya Tulis Akhir, Mei 2024**

**Athala Rania Insyra, S.Tr. Kep**

**Penerapan Terapi Murottal Surah Ar-Rahman Pada Pasien Terpasang Ventilator Dengan Post Laparatomi Terhadap Nyeri Pasien Di Ruang ICU Tulip I RSUP Dr. M. Djamil Padang**

**xi + halaman + tabel + lampiran**

**ABSTRAK**

Nyeri adalah keluhan yang umum dialami oleh pasien pasca pembedahan, bahkan bertahun-tahun setelah tindakan. ICU menjadi ruangan untuk perawatan bagi pasien yang memerlukan perawatan intensif seperti butuhnya penggunaan ventilator mekanik, salah satu kasus yang banyak ditemukan adalah post laparatomi. Selain menggunakan farmakologis, pengendalian nyeri juga dapat dilakukan dengan nonfarmakologis, diantaranya menggunakan terapi murottal yaitu terapi dengan mendengarkan alunan ayat-ayat suci Al-Quran yang dibacakan oleh 'qori. Tujuan karya tulis ilmiah ini untuk mengetahui penerapan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman pada pasien terpasang ventilator dengan post laparaskopi dengan nyeri di Ruang ICU Tulip I RSUP Dr. M. Djamil Padang. Metode yang digunakan *case study*, dengan populasi seluruh pasien terpasang ventilator mekanik dengan post laparatomi pada bulan Maret sampai April sebanyak 11 orang, sampel yang digunakan adalah 2 klien dengan menggunakan pengukuran skala nyeri Behavioral Pain Scale (BPS). Hasil evaluasi intervensi yang diberikan pada Ny. W dan Tn. R dengan penerapan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman yaitu skala nyeri mengalami penurunan secara signifikan.

**Kata Kunci : Ventilator Mekanik, Post Laparatomi, Nyeri Akut**  
**Daftar Pustaka : 2007-2022**

**KEMENKES PADANG HEALTH POLYTECHNIC  
MAJORING IN NURSING**

***Final Paper, Mei 2024***

**Athala Rania Insyra, S.Tr. Kep**

***Application of Therapy: Murottal Surah Ar-Rahman for Ventilator Installed Patients with Post Laparatomy Against Patient Pain in the ICU Tulip I Room of Dr. M. Djamil Padang Hospital***

***xi + pages + tables + attachments***

**ABSTRACT**

*Pain is a common complaint experienced by post-surgical patients, even years after the procedure. ICU is a room for treatment for patients who require intensive care such as the need for the use of mechanical ventilators, one of the many cases found is post laparatomy. In addition to using pharmacological, pain control can also be done with non-pharmacological, including using murottal therapy, namely therapy by listening to the strains of the holy verses of the Koran read by 'qori. The purpose of this scientific paper is to find out the application of murottal therapy Al-Quran surah Ar-Rahman in patients attached to ventilators with post laparascopy with pain in the ICU Tulip I Room of Dr. M. Djamil Padang Hospital. The method used is a case study, with a population of all patients attached to a mechanical ventilator with post laparatomy in March to April as many as 11 people, the sample used is 2 clients using the Behavioral Pain Scale (BPS) pain scale measurement. The results of the evaluation of the interventions given to Mrs. W and Mr. R with the application of Al-Quran murottal therapy. R with the application of murottal therapy Al-Quran surah Ar-Rahman, namely the pain scale has decreased significantly.*

***Keywords : Mechanical Ventilator, Post Laparatomy, Acute Pain***

***Bibliography : 2007-2022***

## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah puji dan Syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan Rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir yang berjudul “Penerapan Terapi Murottal Surah Ar-Rahman Pada Pasien Terpasang Ventilator Dengan Post Laparotomi Terhadap Nyeri Di Ruang ICU Tulip I RSUP Dr. M. Djamil Padang” sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar Profesi Ners di Kemenkes Poltekke Padang.

Pada kesempatan ini juga izinkan peneliti menyampaikan rasa terimakasih yang tak terhingga kepada Ibu Ns. Yosi Suryarinilsih, M. Kep.,Sp.Kep.MB selaku pembimbing yang telah begitu sabar dalam memberikan bimbingan, waktu, perhatian, saran-saran serta dukungannya kepada penulis. Dalam penulisan Karya Tulis Akhir ini, penulis mendapat bimbingan, arahan, dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terimakasih dengan setulus-tulusnya kepada :

1. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas, SpOG(K) selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah memberi izin dalam pelaksanaan Praktek Magang Profesi Ners.
2. Ibu Renidayati, S.Kp.,M.Kep.,Sp.J selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
3. Bapak Tasman, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Ibu Ns. Elvia Metti, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Mat selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Ibu Efitra, S.Kp.,M.Kep selaku Pembimbing Akademik.
6. Ibu Ns. Lisa Afriani, S.Kep selaku Kepala Ruangan ICU Tulip I RSUP Dr M Djamil Padang
7. Ibu Ns. Meta Agil Ciptaan, S.Kep.,M.Kep selaku pembimbing klinik (CI) yang telah membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir.

8. Ibu Ns. Nova Yanti, M.Kep.,Sp.Kep.MB dan Ibu Ns. Misfatria Noor, M. Kep.,Sp.Kep.MB selaku penguji yang telah memberikan arahan dan masukan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir.
9. Bapak Ibu Dosen serta seluruh staf Jurusan Keperawatan Politeknik Kementrian Kesehatan Padang yang telah memberikan pengetahuan dan pengalamannya selama perkuliahan.
10. Teristimewa kepada orang tua serta keluarga yang telah memberikan semangat dan dukungan secara material dan finansial yang tak dapat ternilai dengan apapun
11. Teman-teman seperjuangan yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa dalam proses penulisan Karya Tulis Akhir ini masih belum sempurna baik dalam materi maupun penulisannya. Penulis dengan rendah hati menerima saran dan masukan guna menyempurnakan Karya Tulis Akhir ini. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Tulis Akhir ini dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Padang, 07 Agustus 2024

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
HALAMAN PENGESAHAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT .....	iv
ABSTRAK .....	v
<i>ABSTRACT</i> .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR BAGAN .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan .....	6
D. Manfaat .....	7
BAB II TINJAUAN LITERATUR .....	9
A. Konsep <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) .....	9
B. Konsep Laparatomi .....	13
C. Konsep Nyeri .....	19
D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terpasang Ventilator .....	30
E. Evidence Based Nursing (EBN) .....	40
BAB III METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR .....	51
A. Jenis dan Desain Penelitian .....	51
B. Waktu dan Tempat .....	51
C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN .....	51
D. Populasi dan Sampel .....	51
E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data .....	52
F. Instrument .....	54
G. Prosedur Karya Tulis Akhir .....	54
H. Analisis Data .....	55

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	56
A. Hasil .....	56
B. Pembahasan.....	71
BAB V PENUTUP.....	85
A. Kesimpulan .....	85
B. Saran.....	86
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

## **DAFTAR TABEL**

Table 2.1 Rencana Keperawatan Post Laparotomi .....	33
Table 2.2 SOP Terapi Murottal Al-Quran Surah Ar-Rahman .....	45
Table 2.3 Analisis Jurnal Terapi Murottal Al-Quran Surah Ar-Rahman Nyeri.....	47
Table 3.1 Pengkajian Primary Survey.....	56
Table 3.2 Pengkajian Secondary Survey.....	57
Table 3.3 Diagnosa keperawatan .....	62
Table 3.4 Rencana Keperawatan.....	64
Table 3.5 Implementasi Keperawatan.....	67
Table 3.6 Evaluasi Keperawatan.....	69

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 WOC Post Laparotomi.....	18
Bagan 3.1 Prosedur Karya Ilmiah.....	61

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Gantchart

Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 3 Lembar Bimbingan KTA

Lampiran 4 SOP EBN

Lampiran 5 Media Sosialisasi EBN

Lampiran 6 Surat Permohonan kepada Responden

Lampiran 7 Informed Consent

Lampiran 8 Asuhan Keperawatan

Lampiran 9 Dokumentasi Asuhan Keperawatan dan Sosialisasi EBN

Lampiran 10 Penurunan Skala Nyeri

Lampiran 11 Uji Turnitin

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Intensive Care Unit (ICU) adalah unit rumah sakit dengan standar khusus untuk memberikan pelayanan pemantauan, perawatan dan pengobatan kepada pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa atau berpotensi mengancam jiwa (Kemenkes RI, 2010). Unit perawatan intensif (ICU) juga menyediakan sarana dan prasarana yang lengkap dengan tenaga medis yang berpengalaman dalam menangani kondisi kritis (Purnawan, 2020).

Supriyantoro (2011) mencatat bahwa unit perawatan intensif memberikan perawatan terhadap pasien sakit kritis yang memerlukan pelayanan, observasi, pemantauan dan perawatan yang ketat. Perawatan dan pemantauan hemodinamik di unit perawatan intensif dilakukan secara cepat, akurat dan hati-hati secara terus menerus selama 24 jam. Kriteria pasien yang dirawat di unit perawatan intensif adalah pasien yang mengalami cedera seperti cedera kepala, pasien dengan penyakit dan kondisi serius, serta pasien dengan penyakit yang berpotensi mengancam jiwa (Achsanuddin, 2007).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), pengetahuan tentang kejadian kondisi kritis dan pasien perawatan intensif meningkat setiap tahunnya. Ditemukan bahwa 9,8–24,6% pasien sakit kritis dan dirawat di unit perawatan intensif per 100.000 penduduk, dengan 1,1–7,4 juta kematian di seluruh dunia. Sedangkan di Indonesia, prevalensi pasien kritis dengan rata-rata penggunaan ventilator selama 3-10 hari adalah 1.285 orang, dan 575 orang diantaranya meninggal dunia (World Health Organization, 2016).

Perlengkapan ICU standar mencakup ventilator manual dan perangkat pendukung pernapasan, seperti suction, alat akses vaskular, alat monitoring invasif dan non invasif, defibrillator dan alat pacu jantung, monitor suhu pasien, chest drain,

pompa infus dan pompa injeksi, transporter portabel, tempat tidur khusus, lampu prosedur dan salah satunya ventilasi mekanis untuk memfasilitasi pernapasan dengan tabung endotrakeal (ETT) atau trakeostomi. Salah satu indikasi klinis penggunaan ventilasi mekanis adalah gagal napas (Musliha, 2010).

Kegagalan pernafasan terjadi ketika pertukaran oksigen menjadi karbon dioksida di paru-paru tidak dapat mempertahankan laju konsumsi oksigen ( $O_2$ ) dan pembentukan karbon dioksida ( $CO_2$ ) dalam sel-sel tubuh. Hal ini menyebabkan tekanan oksigen arteri di bawah 50 mmHg (hipoksemia) dan peningkatan tekanan karbon dioksida di atas 45 mmHg (hiperkapnia). Pembersihan pernafasan yang tidak efisien merupakan masalah besar, karena keluarnya lendir yang tidak merata dapat menyebabkan kesulitan bernafas dan gangguan pertukaran gas di paru-paru. Hal ini dapat menyebabkan sianosis, kelelahan, apatis, lemas, dan pada tahap selanjutnya, pasien dapat mengalami penyempitan saluran napas sehingga menyebabkan penyumbatan saluran napas (Musliha, 2010).

Menurut penelitian, lebih dari 300.000 pasien di Amerika Serikat menerima ventilasi mekanis setiap tahun. Pasien ICU kritis mempunyai penyakit yang beragam, sehingga pasien ICU bisa disamakan dengan kata “pasif” karena menstabilkan status hemodinamiknyanya dengan memasang berbagai alat monitoring dan vital. Berbagai kondisi ini memerlukan perhatian khusus dari perawat yang siap melayani pasien 24/7 untuk memastikan pengobatan yang efektif (NHSN, 2023).

Ventilasi mekanis adalah alat pernapasan bertekanan positif dan negatif yang digunakan untuk mempertahankan ventilasi yang memadai dan memberikan oksigen pada pasien sakit kritis. Salah satu indikasi penggunaan ventilasi mekanis adalah tindakan operasi yang membutuhkan penggunaan anestesi dan sedative sangat terbantu dengan keberadaan alat ini. Resiko terjadinya gagal napas selama operasi akibat pengaruh obat sedative sudah bisa tertangani dengan keberadaan ventilasi mekanik (Panjaitan dkk, 2021).

Umumnya pasien mengalami nyeri ketika mendapatkan intervensi pemasangan ventilator mekanik. Nyeri yang hebat pada pasien di ICU menjadikan pasien berada dalam risiko tinggi mengalami nyeri kronis yang akan berdampak terhadap fungsi tubuh, kualitas hidup dan kesejahteraan jangka panjang, dan bahkan dapat memperlambat proses penyembuhan pasien. Dampak lain yang dipicu oleh nyeri ialah dapat menimbulkan reaksi fisiologis yang menurunkan kesehatan. Efek yang tidak teratasi berpotensi menyebabkan ketidakstabilan status hemodinamik, menurunkan imunitas, memicu hiperglikemia, dan meningkatkan pengeluaran katekolamin, kortisol, dan antidiuretic hormin. Keberadaan hormone-hormon tersebut dapat memperburuk proses inflamasi dan kerusakan sel-sel secara umum (Gnanadurai, 2021).

Selain memicu respon fisiologis, nyeri juga memicu respon psikososial seperti depresi, cemas, delirium, gangguan stress post traumatic, dan disorientasi. Oleh karena itulah penanganan nyeri pada pasien di ICU perlu dilakukan. Pemasangan ventilasi mekanik merupakan stressor bagi pasien (Ikima et, al). Setiap pasien yang masuk ke ruangan ICU telah dalam keadaan terintubasi dan telah mendapatkan tindakan dari dokter. Salah satu tindakan yang banyak ditemukan adalah pasca pembedahan (Anggraeni dkk, 2021)

Setiap tindakan pembedahan yang dijalani pasien juga menimbulkan nyeri. Salah satu kasus yang banyak ditemui di ICU adalah post op laparatomi. Nyeri post operasi laparatomi diakibatkan karena diskontinuitas jaringan atau luka operasi akibat insisi pembedahan, sehingga sel safar kulit rusak (Black, J dan Hawks, 2017). Tindakan pembedahan laparatomi dapat menimbulkan beberapa masalah diantaranya ialah nyeri akut pasca pembedahan, rusaknya integritas kulit, imobilisasi perdarahan, dan risiko infeksi (Jitowiyono, 2012).

Nyeri adalah masalah nyata bagi pasien yang sakit kritis. Pasien di unit perawatan intensif mengalami berbagai kondisi kompleks dan mengancam jiwa, seringkali disertai rasa sakit dan ketidaknyamanan. Berbagai sumber nyeri telah diidentifikasi, termasuk penyakit akut, pembedahan, trauma, alat invasif, prosedur

keperawatan dan medis, serta mobilisasi. Perubahan posisi, cedera, penempatan saluran air dan kanula menyebabkan nyeri pada pasien. Nyeri yang tidak henti-hentinya menyebabkan ketidaknyamanan pasien, gangguan istirahat/tidur, kebingungan, kelelahan dan akibat fisiologis. Pasien yang merasakan nyeri selama perawatan intensif mencapai 71%. Nyeri ini dipicu oleh berbagai prosedur pengobatan nyeri, yang paling umum adalah reposisi dan suction (Pérez et al., 2017).

Pasien ICU dianjurkan untuk menerima obat penenang secara teratur untuk mengurangi rasa sakit dan kecemasan, terutama yang dipasang pada ventilator mekanik agar pasien dapat beradaptasi dengan berbagai prosedur invasif. Merupakan faktor stres bagi pasien. Selain intubasi yakni pemasangan saluran napas buatan, ketidaknyamanan yang dialami pasien disebabkan oleh ventilasi mekanis ventilator. Hal ini menghasilkan infus obat penenang terus menerus untuk pasien sakit kritis yang menggunakan ventilator mekanis. Hal ini bertujuan untuk menjaga kenyamanan, meningkatkan interaksi pasien-ventilator, mengurangi rasa sakit dan kecemasan (Purnawan, 2020).

Penatalaksanaan nyeri pasien di unit perawatan intensif sangatlah penting. Pemasangan ventilasi mekanis merupakan faktor stres bagi pasien. Selain intubasi, yaitu pemasangan jalan nafas buatan, ketidaknyamanan yang dialami pasien disebabkan oleh proses bantuan pernafasan ventilasi mekanis (Iklima, N., Mediani, H. S., & Prawesti, 2019). Pasien yang memakai ventilasi mekanis pada awalnya mengalami kesulitan beradaptasi, sehingga terjadi peningkatan tekanan saluran napas. Stres yang dialami pasien juga ditandai dengan ketegangan dan kekakuan otot responden. Penatalaksanaan nyeri yang tepat bergantung pada penilaian nyeri yang sistematis dan akurat. Nyeri yang tidak ditangani secara optimal dapat berdampak negatif pada fungsi fisiologis (fluktuasi fungsi vital, infeksi yang didapat di rumah sakit), memperpanjang masa rawat inap di unit perawatan intensif, dan memperpanjang waktu penggunaan ventilator (Trijayanti, I. D. N., Kurnia, E., & Napitu, 2021).

Perawat adalah bagian dari perawatan intensif, memberikan pereda nyeri karena perawat merawat 24 jam sehari. Perawat membutuhkan pengetahuan dan keterampilan manajemen nyeri untuk mencapai manajemen nyeri yang efektif. Peran perawat dalam pengkajian nyeri sebagai bagian dari manajemen nyeri adalah dapat memberikan pengkajian kepada pasien yang dapat melaporkan nyeri secara verbal dan non verbal (Iklima, N., Mediani, H. S., & Prawesti, 2019).

Salah satu intervensi spiritual dalam perawatan pasien adalah penggunaan murottal al-Qur'an. Al-Qur'an merupakan kitab surgawi umat Islam yang mencakup seluruh dimensi kehidupan manusia, dan salah satunya berkaitan dengan pengobatan penyakit. Stimulasi pendengaran dengan Murotta Al-Qur'an merupakan terapi yang merangsang perubahan pada reseptor. Hal ini memicu rangsangan neurotransmitter seperti endorfin, enkephalin, dan dinorfin, yang dapat mencegah aktivasi zat P (nyeri). Sehingga dapat meningkatkan status hemodinamik (Irman, I., Natashia, D., & Gayatri, 2021).

Bacaan Al-Quran secara Murottal mempunyai efek relaksasi dan dapat menurunkan kecemasan jika didengarkan secara perlahan tanpa perubahan ritme secara tiba-tiba dan dengan suara yang lembut. Ketika sel-sel otak menerima rangsangan dalam bentuk suara, dan suara tersebut berbanding lurus dengan frekuensi alami sel, sel-sel tersebut beresonansi dan kemudian dapat secara aktif memberi sinyal pada kelenjar. Kemudian tubuh mengeluarkan hormon endorfin, keadaan ini membuat tubuh menjadi rileks. Saat tubuh rileks, epinefrin dan tekanan darah menurun (Lestari, 2015).

Mendengarkan Al-Qur'an merupakan pengobatan non medis yang efektif meningkatkan fungsi vital, meningkatkan saturasi oksigen, mendengarkan bacaan Al-Qur'an menenangkan hati, memudahkan relaksasi, relaksasi dan suasana rileks (Hakim, H., Syam, Y. and Rachmawaty, 2018). Perawat harus menghormati aspek spiritual serta nilai dan keyakinan pasien. Selain intervensi keperawatan lainnya, intervensi spiritual menyeimbangkan tubuh dan jiwa serta memberikan langkah holistik menuju kesehatan. Selain itu, terapi Murottal, Al-Qur'an

merupakan salah satu bentuk pengobatan non farmakologi yang dapat digunakan untuk menurunkan kecemasan karena dapat menimbulkan respon relaksasi pada orang yang mendengarkannya (Harisa, A., Wulandari, P., Ningrat, S., & Yodang, 2020).

Salah satu contoh surat yang digunakan adalah Surat Ar-Rahman, yang memiliki ayat yang diulang-ulang sehingga mengalihkan perhatian dan berfungsi sebagai hipnosis yang menurunkan gelombang otak pasien. Hormon serotonin dan endorfin diproduksi oleh otak sehingga seseorang merasa tenang, nyaman dan bahagia. Surat Ar-Rahman mempunyai timbre medium, pitch 44 Hz, harmony reguler dan consistent, rithm andate (mendayu-dayu), volume 60 decibel, intesitas medium amplitudo, sehingga memiliki efek relaksasi jika diperdengarkan (Wahida, S., Nooryanto, M., Andarini, 2015).

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan peneliti di atas, maka peneliti merumuskan masalahnya yaitu “Penerapan Terapi Murottal Al-Quran Surah Ar-Rahman Pada Pasien Terpasang Ventilator Dengan Post Laparatomi Terhadap Nyeri Di Ruang ICU Tulip I RSUP Dr. M. Djamil Padang”.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana Penerapan Terapi Murottal Surah Ar-Rahman Pada Pasien Terpasang Ventilator Dengan Post Laparatomi Terhadap Nyeri Pasien Di Ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang?

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Penulisan karya tulis akhir ini diharapkan dapat memberikan informasi/wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi terhadap nyeri pasien di Ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien terpasang ventilator dengan nyeri akut yang dilakukan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman pada pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi terhadap nyeri di ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien terpasang ventilator dengan nyeri akut yang dilakukan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman pada pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi terhadap nyeri di ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang
- c. Merencanakan intervensi keperawatan pada pasien terpasang ventilator dengan nyeri akut yang dilakukan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman pada pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi terhadap nyeri di ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien terpasang ventilator dengan nyeri akut yang dilakukan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman pada pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi terhadap nyeri di ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien terpasang ventilator dengan nyeri akut yang dilakukan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman pada pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi terhadap nyeri di ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang
- f. Menganalisis penerapan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman pada pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi terhadap nyeri di ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang

## **D. Manfaat**

### **1. Manfaat Aplikatif**

Penulisan karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberikan informasi/wawasan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan

pada pasien terpasang ventilator dengan nyeri di Ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## **2. Manfaat Pengembangan Keilmuan**

### **a. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang**

Hasil karya tulis akhir ini dijadikan sebagai bahan masukan bagi perawat di Ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang mengenai penerapan terapi murottal surah Ar Rahman pada pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi terhadap nyeri.

### **b. Bagi Poltekkes Kemenkes Padang**

Hasil penelitian yang akan dilakukan ini dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan serta bahan literature bagi mahasiswa.

### **c. Bagi Peneliti**

Penelitian ini dapat menambah wawasan, kemampuan berpikir, menganalisa, dan pengetahuan peneliti khususnya dalam bidang penelitian terkait penerapan terapi murottal surah Ar Rahman pada pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi terhadap nyeri.

### **d. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi data dasar dalam asuhan keperawatan kritis pada pasien terpasang ventilator dengan nyeri akut.

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **A. Konsep *Intensive Care Unit* (ICU)**

##### **1. Pengertian**

ICU (*Intensive Care Unit*) adalah ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk yang mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat menyebabkan kematian. Tiap pasien kritis erat kaitannya dengan perawatan intensif oleh karena memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring serta dengan cepat dapat dipantau perubahan fisiologis yang terjadi atau akibat dari penurunan fungsi organ-organ tubuh lainnya (Frelita, G, Silitonga, DS, Tahjoo, A, Tandiono, E, 2011)

ICU adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi di bawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang di tujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit,cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia (Kemenkes RI, 2010). Jadi, ICU merupakan suatu bagian atau unit dari Rumah Sakit yang memerlukan staff dan peralatan yang khusus yang dilakukan secara berkesinambungan dan monitoring dengan cepat dan tepat.

##### **2. Indikasi Masuk *Intensive Care Unit* (ICU)**

Indikasi Masuk ICU adalah pasien kritis yang memiliki angka kesakitan dan kematian cukup tinggi, pasien yang mengalami ancaman seperti kegagalan sistem pernafasan (gagal nafas), kegagalan sistem hemodinamik (shock), kegagalan sistem syaraf pusat seperti stroke atau penurunan kesadaran, overdosis obat, reaksi obat dan intoksikasi (depresi nafas) serta mengalami

infeksi berat (sepsis). Pengenalan dan penanganan tepat pada pasien secara dini akan membantu meminimalkan perburukan lebih lanjut dan memaksimalkan kesempatan untuk pulih. Kondisi ini membutuhkan peran perawat profesional yang memiliki kompetensi di bidang perawatan intensif yang bersertifikasi, sehingga dapat dipertanggung jawabkan untuk memberikan pelayanan keperawatan secara optimal dalam mengatasi kegawatan pasien diruang perawatan intensif (Frelita, G, Silitonga, DS, Tahjoo, A, Tandiono, E, 2011)

### **3. Peran Perawat *Intensive Care Unit***

Peran perawat secara umum adalah pemberi asuhan keperawatan, pembuat keputusan klinis, pelindung dan advokat klien, manajer kasus, rehabilitator, pemberi keyakinan, edukator, kolaborator, konsultan, dan pembaharu. Menurut (Nurses, 2017), peran perawat ICU dalam keperawatan kritis adalah salah satu keahlian khusus didalam ilmu perawatan yang menghadapi secara rinci terhadap manusia dan bertanggung jawab atas masalah yang mengancam jiwa, Pelayanan keperawatan kritis di ICU merupakan pelayanan yang diberikan kepada pasien dalam kondisi kritis yang mengancam jiwa, sehingga harus dilaksanakan oleh tim terlatih dan berpengalaman di ruang perawatan intensif. Pelayanan keperawatan kritis bertujuan untuk memberikan asuhan bagi pasien dengan penyakit berat yang membutuhkan terapi intensif dan potensial untuk disembuhkan, memberikan asuhan bagi pasien berpenyakit berat yang memerlukan observasi atau pengawasan ketat secara terus-menerus, untuk mengetahui setiap perubahan pada kondisi pasien yang membutuhkan intervensi segera (Kemenkes, 2011). Kemampuan mengobservasi dan pengawasan ketat dibidang perawatan kegawatan, salah satunya adalah kegawatan dalam monitoring hemodinamik pada pasien kritis.

### **4. Kriteria Prioritas Pasien Masuk dan keluar *Intensive Care Unit***

Prosedur diperlukan untuk memutuskan pasien mana yang akan dirawat di unit perawatan intensif ini mengacu pada penggunaan ketika fasilitas dan

infrastruktur ICU di rumah sakit terbatas dan kebutuhan akan layanan ICU lebih besar ini termasuk :

a. Kriteria Pasien Masuk

Kriteria prioritas pasien masuk menurut RSUP Dr. Kariadi Semarang (2016) yaitu :

1) Pasien Prioritas 1

Kelompok ini adalah pasien penting dan tidak stabil yang membutuhkan perawatan intensif dan titrasi, termasuk sebagai contoh: Dukungan ventilasi, dukungan fungsi sensorik, infus, agen vasoaktif / inotropik, agen antiaritmia. semisal pada pasien setelah operasi kardioraks, sepsis berat, gangguan asam-basa dan elektrolit yang mengancam jiwa.

2) Pasien Prioritas 2

Populasi pasien ini memerlukan pemantauan komprehensif di unit perawatan intensif karena berisiko tinggi jika tidak segera mendapatkan perawatan intensif, seperti pemantauan intensif dengan kateter arteri pulmonal. Contoh pasien dengan penyakit kardiopulmoner, gagal ginjal akut dan berat, atau pasien yang menjalani operasi besar. Karena kondisi kesehatan terus berubah, pengobatan pada kelompok pasien prioritas 2 tidak dibatasi.

3) Pasien Prioritas 3

Pasien golongan ini ialah pasien kritis, yang tak stabil status kesehatan sebelumnya, yang ditimbulkan penyakit yang mendasarinya atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh serta atau manfaat terapi di ICU di golongan ini sangat kecil. contoh pasien diantaranya pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, pericardial tamponade, sumbatan jalan nafas, atau pasien penyakit jantung, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pengelolaan di pasien golongan ini hanya untuk

mengatasi kegawatan akutnya saja, serta perjuangan terapi mungkin tak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru.

#### 4) Pengecualian

Dengan pertimbangan & atas persetujuan ketua Instalasi Rawat Intensive, tanda masuk dalam beberapa golongan pasien sanggup dikecualikan menggunakan catatan bahwa pasien golongan demikian sewaktu-waktu wajib dikeluarkan berdasarkan ICU supaya fasilitas terbatas bisa dipakai buat pasien prioritas 1,2,3. Sebagai contoh: pasien yang memenuhi kriteria masuk namun menolak untuk diberikan terapi tunjangan hidup yang militan & hanya demi perawatan yang kondusif saja, pasien menggunakan perintah “Do Not Resuscitate”, pasien pada keadaan vegetatif permanen, pasien yang dipastikan mati batang otak, tetapi hanya lantaran kepentingandonor organ, maka pasien bisa dirawat pada ICU demi menunjangfungsi organ sebelum dilakukan pengambilan organ buat donasi.

#### b. Kriteria keluar

Kriteria pasien keluar atau pemindahan pasien dari unit perawatan intensif tunduk pada pertimbangan medis direktur unit perawatan intensif dan tim yang merawat pasien. Kriterianya menurut (PPP Hipercci, 2018) adalah :

- 1) Tidak memerlukan terapi ataupun pemantauan lebih lanjut secara intensive karena keadaan pasien yang telah stabil.
- 2) Tidak ada hasil yang berarti bagi pemantauan intensif yang telah dilakukan.
- 3) Terdapat penolakan untuk dirawat lebih lanjut, oleh pasien maupun keluarga.
- 4) Terdapat pasien yang lebih gawat membutuhkan terapi dan observasi dibandingkan dengan pasien yang hanya membutuhkan observasi secara intensive.

## **B. Konsep Laparatomi**

### **1. Pengertian**

Laparotomi adalah pembedahan yang dilakukan pada usus akibat terjadinya perlekatan usus dan biasanya terjadi pada usus halus. Laparotomi merupakan operasi yang dilakukan untuk membuka bagian abdomen, laparotomi merupakan suatu bentuk pembedahan mayor dengan, dengan melakukan pengayatan pada lapisan lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Laparatomi dilakukan pada kasus seperti apendicitis hernia inguinalis, kanker lambung, kanker kolon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestisitis dan peritonitis. Laparatomi adalah pembedahan perut, membuka perut dengan operasi. Pelayanan. post operasi laparotomi adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien pasien yang telah menjalani operasi perut (Mumtaz, K ., Patel, K., Krishna, S. G. et al., 2020).

### **2. Tujuan Tindakan**

Prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen.

### **3. Indikasi**

Indikasi seseorang untuk dilakukan tindakan laparotomi antara lain: trauma abdomen (tumpul atau tajam) / Ruptur hepar, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan (Internal Bleeding), sumbatan pada usus halus dan usus besar, massa pada abdomen. Selain itu, pada bagian obstetri dan gynecology tindakan laparotomi seringkali juga dilakukan seperti pada operasi Caesar (Pooria, A., Pourya, A., & Gheini, 2020).

#### **a. Apendisitis**

Apendisitis adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing atau peradangan akibat infeksi pada usus buntu. Bila infeksi parah, usus buntu

itu akan pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol pada bagian awal unsur atau sekum (Pooria, A., Pourya, A., & Gheini, 2020)

b. Sectio Caesarea

Sectio sesarea 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 di atas 500 gram. Jenis-jenis sectio sesarea yaitu sectio Caesarea klasik dan sectio Caesarea ismika. Sectio Caesarea klasik yaitu dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm, sedangkan sectio caesarea ismika yaitu dengan sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira-kira 10 cm (Suwondo, 2017)

c. 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, appendisitis yang meradang typhoid, tukak pada tumor. Secara langsung dari luar misalnya operasi yang tidak steril, trauma pada kecelakaan seperti ruptur limfa dan ruptur hati (Suwondo, 2017).

d. Kanker Kolon

Kanker kolon dan rektum terutama (95%) adeno karsinoma (muncul dari lapisan epitel usus) dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas ke dalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar ke dalam tubuh yang lain (paling sering ke hati). Gejala paling menonjol adalah perubahan kebiasaan defekasi. Pasase darah dalam feses adalah gejala paling umum kedua. Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan dan keletihan. Pembedahan adalah tindakan primer untuk kebanyakan kanker

kolon dan rektal. Pembedahan dapat bersifat kuratif atau paliatif (Suwondo, 2017).

e. Abscess Hepar

Abscess adalah kumpulan nanah setempat dalam rongga yang tidak akibat kerusakan jaringan, Hepar adalah hati. Abscess hepar adalah rongga yang berisi nanah pada hati yang diakibatkan oleh infeksi. Penyebab abscess hati yaitu oleh kuman gram negatif dan penyebab yang paling terbanyak yaitu E. Coli. Komplikasi yang paling sering adalah berupa ruptur abscess sebesar 5 - 15,6%, perforasi abscess ke berbagai organ tubuh seperti ke pleura, paru, pericardium, usus, intraperitoneal atau kulit. Kadang-kadang dapat terjadi superinfeksi, terutama setelah aspirasi atau drainase (Suwondo, 2017).

f. Ileus Obstruktif

Obstruksi usus didefinisikan sebagai sumbatan bagi jalan distal isi usus. Ada dasar mekanis, tempat sumbatan fisik terletak melewati usus atau ia bisa karena suatu ileus. Ileus juga didefinisikan sebagai jenis obstruksi apapun, artinya ketidakmampuan isi usus menuju ke distal sekunder terhadap kelainan sementara dalam motilitas. Ileus dapat disebabkan oleh gangguan peristaltic usus akibat pemakaian obat-obatan atau kelainan sistemik seperti gagal ginjal dengan uremia sehingga terjadi paralysis. Penyebab lain adalah adanya sumbatan/hambatan lumen usus akibat pelekatan atau massa tumor. Akan terjadi peningkatan peristaltic usus sebagai usaha untuk mengatasi hambatan (Suwondo, 2017)

#### 4. Klasifikasi

Terdapat 4 cara pembedahan laparotomi menurut (Yenichrist, 2008):

- a. 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 cicatrisial, indikasinya pada

eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan klien serta di bawah umbilikus untuk eksplorasi ginekologis, restosigmoid dan organ dalam pelvis.

- b. 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 splenektomi.
- c. Transverse upper abdomen incision Yaitu; insisi bagian atas misalnya pembedahan colesistotomy dan splenectomy.
- d. Transverse lower abdomen incision Yaitu; insisi melintang dibagian bawah 4cm diatas anterior spina iliaka, misalnya pada operasi apendectomy. Latihan-latihan fisik seperti latihan napas dalam, batuk efektif, menggerakkan otot kaki, menggerakkan otot bokong, latihan alih baring dan turun dari tempat tidur. semuanya dilakukan hari ke-2 post operasi.

## **5. Pemeriksaan Penunjang**

- a. Pemeriksaan rektum : adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar, kuldosentesi, kemungkinan adanya darah dalam lambung dan kateterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.
- b. Laboratorium : hemoglobin, hematokrit, leukosit dan analisis urine.
- c. Radiologi : bila diindikasikan untuk melakukan laparotomi.
- d. IVP/sistogram : hanya dilakukan bila ada kecurigaan terhadap trauma saluran kencing.
- e. Parasentesis perut : tindakan ini dilakukan pada trauma tumpul perut yang diragukan adanya kelainan dalam rongga perut atau trauma tumpul perut disertai dengan trauma kepala yang berat, dilakukan dengan menggunakan jarum punsi no 18 atau 20 yang ditusukkan melalui dinding perut didaerah kuadran bawah atau digaris tengah di bawah pusat dengan menggosokkan bulu-buli terlebih dahulu.

- f. Lavase peritoneal : pungsi dan aspirasi/bilasan rongga perut dengan memasukkan cairan garam fisiologis melalui kanula yang dimasukkan kedalam rongga peritonium.

## **6. Patofisiologi**

Trauma abdomen adalah cedera pada abdomen dapat berupa trauma tumpul dan tembus serta trauma yang disengaja atau tidak disengaja (Bare BG., 2010). Trauma abdomen merupakan luka pada isi rongga perut dapat terjadi dengan atau tanpa tembusnya dinding perut dimana pada penanganan/penatalaksanaan lebih bersifat kedaruratan dapat pula dilakukan tindakan laparotomi. Tusukan/tembakan, pukulan, benturan, ledakan, deselerasi, kompresi atau sabuk pengaman dapat mengakibatkan terjadinya trauma abdomen sehingga harus dilakukan laparotomi (Muttaqin, 2014).

Prosedur pembedahan laparotomi yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke cavitas abdomen dapat mengakibatkan hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ dan respon stress dari saraf simpatis akan menyebabkan terjadinya kerusakan integritas kulit, syok dan perdarahan, kerusakan pertukaran gas, risiko tinggi terhadap infeksi, nyeri akut (Muttaqin, 2014)

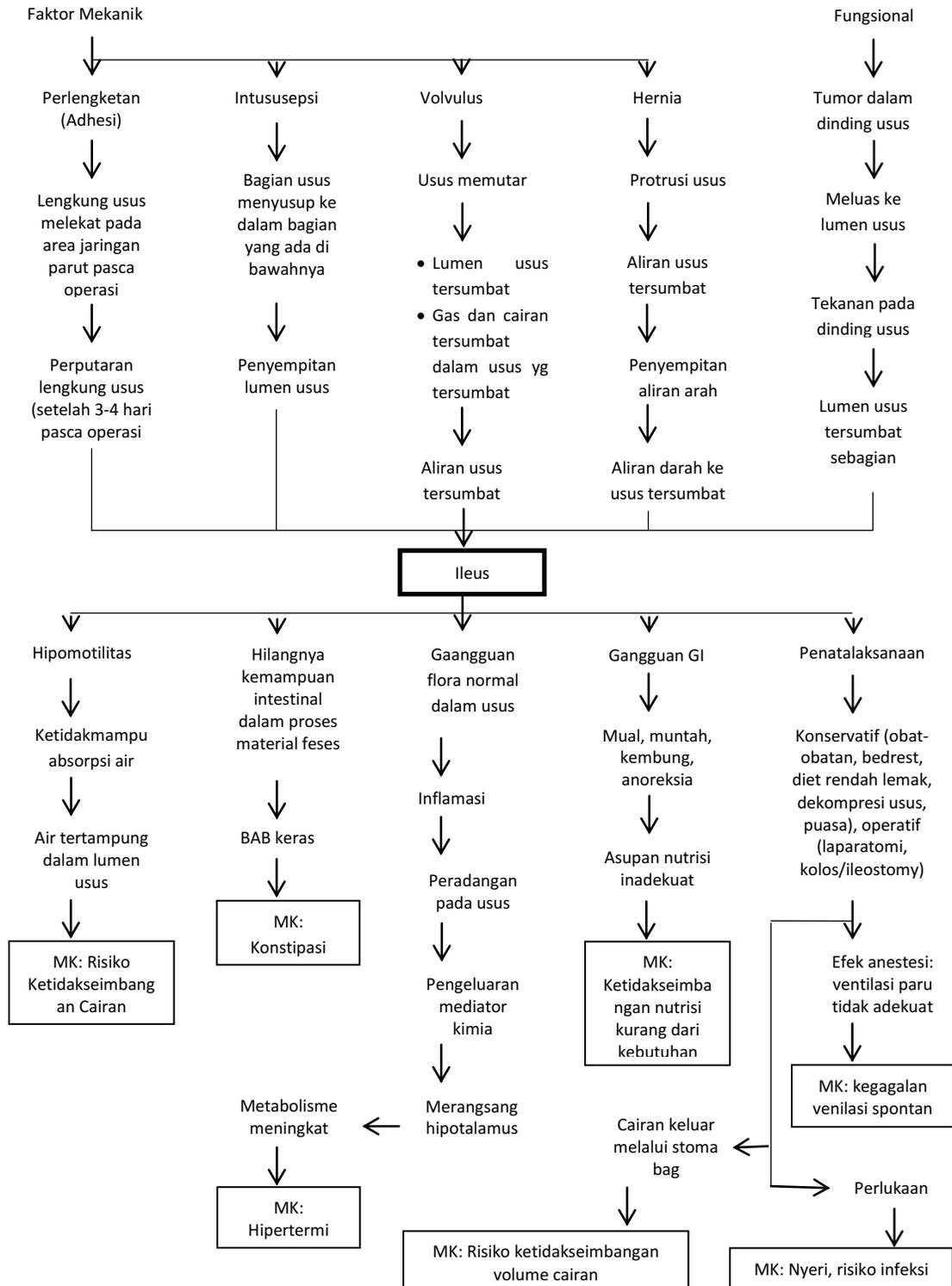
## **7. Komplikasi**

Menurut (C. Smeltzer, 2013), komplikasi yang dapat terjadi pada pasien yang dilakukan tindakan laparotomi yaitu :

- a. Syok
- b. Hemorrhagi
- c. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis.
- d. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi

### 8. Pathway

Bagan 2.1 WOC Post Laparatomi



## C. Konsep Nyeri

### 1. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah pengalaman yang sangat individual dan subyektif yang dapat mempengaruhi orang-orang dari segala usia. Nyeri dapat terjadi pada anak-anak dan orang dewasa. Penyebab nyeri meliputi proses penyakit, cedera, prosedur dan intervensi bedah (Kyle, T & Carman, 2015).

Menurut International Association for Study of Pain (IASP), nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional subyektif yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial. Nyeri pasca operasi meningkatkan stres pasca operasi klien. Penatalaksanaan nyeri pasca operasi dianggap penting untuk mengurangi nyeri, mengurangi kecemasan, memperlancar pernapasan, dan membuat mobilisasi sesegera mungkin dapat ditoleransi (Handani P, M, 2019).

### 2. Klasifikasi Nyeri

#### a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau prosedur pembedahan, berkembang dengan cepat, intensitasnya bervariasi (dari ringan hingga berat), dan berlangsung dalam waktu singkat. Menurut definisinya, nyeri akut dapat digambarkan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga 6 bulan.

Nyeri akut hilang dengan sendirinya (self-limiting) dan akhirnya hilang dengan atau tanpa pengobatan setelah area cedera membaik. Nyeri akut jangka pendek (<6 bulan) menunjukkan variabilitas lokal. Rasa sakit ini disebabkan oleh trauma bedah atau peradangan. Kebanyakan orang mengalami nyeri jenis ini seperti sakit kepala, sakit gigi, rasa terbakar, tergigit duri, melahirkan, pasca operasi, dan lain-lain.

Nyeri akut mungkin berhubungan dengan aktivitas sistem saraf simpatis dan disertai gejala seperti peningkatan nyeri, pernapasan, peningkatan tekanan darah, peningkatan detak jantung, berkeringat dan pupil melebar.

Pasien dengan nyeri akut biasanya menunjukkan respons emosional dan perilaku seperti menangis, mengerang, nyeri, mengerutkan kening, dan meringis.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronik merupakan nyeri yang berlangsung lama dan terus menerus (>6 bulan). Nyeri kronis seringkali sulit diobati karena tidak memiliki lokasi pasti dan biasanya tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang ditujukan pada penyebabnya. Nyeri kronik dibedakan menjadi dua yaitu nyeri kronik non ganas dan nyeri kronik. Nyeri kronis non-ganas adalah nyeri yang diakibatkan oleh kerusakan jaringan yang progresif atau sedang sembuh dan biasanya tidak memiliki penyebab yang jelas, seperti nyeri punggung, nyeri akibat kondisi kronis seperti osteoporosis (Potter, Patricia, A., & Perry, 2009)

Nyeri kronis ganas dikenal nyeri kanker memiliki penyebab nyeri khusus yang disebabkan oleh perubahan saraf. Perubahan tersebut dapat disebabkan oleh metastasis sel kanker, paparan bahan kimia atau tekanan pada saraf yang disebabkan oleh paparan bahan kimia yang dihasilkan oleh kanker itu sendiri..

### 3. Fisiologis Nyeri

Sensasi nyeri merupakan fenomena yang kompleks melibatkan sekuens kejadian fisiologis pada sistem saraf. Kejadian ini meliputi transduksi, transmisi, persepsi dan modulasi (Kyle, T & Carman, 2015).

a. Transduksi

Serabut perifer yang memanjang dari berbagai lokasi di medula spinalis dan seluruh jaringan tubuh, seperti kulit, sendi, tulang dan membran yang menutupi membran internal. Di ujung serabut ini ada reseptor khusus, disebut nosiseptor yang menjadi aktif ketika mereka terpajan dengan stimuli berbahaya, seperti bahan kimia mekanis atau termal. Stimuli

mekanis dapat berupa tekanan yang intens pada area dengan kontraksi otot yang kuat, atau tekanan ekstensif akibat peregangan otot berlebihan.

b. Transmisi

Kornu dorsal medulla spinalis berisi serabut interneuronal atau interkoneksi. Serabut berdiameter besar lebih cepat membawa nosiseptif atau tanda nyeri. Serabut besar ketika terstimulasi, menutup gerbang atau jaras ke otak, dengan demikian menghambat atau memblokir transmisi impuls nyeri, sehingga impuls tidak mencapai otak tempat impuls diinterpretasikan sebagai nyeri.

c. Persepsi

Ketika kornul dorsal medula spinalis, serabut saraf dibagi dan kemudian melintasi sisi yang berlawanan dan naik ke hipotalamus. Thalamus merespon secara tepat dan mengirimkan pesan korteks somatosensori otak, tempat impuls menginterpretasikan sebagai sensasi fisik nyeri. Impuls dibawa oleh serabut delta-A yang cepat mengarah ke persepsi tajam, nyeri lokal menikam yang biasanya juga melibatkan respons reflek meninggalkan dari stimulus. Impuls dibawa oleh serabut C lambat yang menyebabkan persepsi nyeri yang menyebar, tumpul, terbakar atau nyeri yang sakit.

#### 4. Derajat Nyeri

Pengukuran derajat nyeri dilihat oleh faktor subjektif seperti faktor fisiologis, psikologis, dan lingkungan dan harus dilakukan dengan benar. Oleh karena itu, riwayat yang dilaporkan sendiri sangat penting untuk pasien yang sensitif dan konsisten. Situasi di mana penilaian diri pasien tidak dapat diperoleh, seperti tingkat kesadaran, gangguan kognitif, pasien anak, gangguan komunikasi, kurangnya kerjasama atau kecemasan yang parah memerlukan cara lain (Riyandi & Mardana, 2017).

Cara yang mudah adalah dengan menentukan derajat nyeri secara kualitatif sebagai berikut:

- a. Nyeri ringan: nyeri yang keluar masuk terutama dalam kehidupan sehari-hari, dan hilang saat tidur.
- b. Nyeri sedang: nyeri yang terjadi terus-menerus dan intermiten yang hilang hanya pada saat pasien tidur.
- c. Nyeri hebat: nyeri berlangsung sepanjang hari, pasien sering tidak dapat tidur.

## 5. Pengukuran Skala Nyeri

Intensitas nyeri ialah penilaian terhadap nyeri. Perawat memperoleh laporan ini dengan meminta pasien mengukur nyeri pada skala yang perlu mereka bayangkan. Orang yang menderita rasa nyeri mungkin merasa sulit untuk fokus pada pekerjaan mental mereka dan kesulitan untuk mengikuti skala nyeri yang mereka bayangkan (Black, J. M., & Hawks, 2014).

### a. Skala Analog Visual (VAS)

Visual Analogue Scale (VAS) ialah skala linier yang secara visual mewakili tingkat rasa sakit yang dapat dialami pasien. Area nyeri diwakili oleh garis 10 cm. Penanda di kedua ujung baris ini bisa berupa angka atau teks deskriptif. Salah satu ujung mewakili rasa sakit dan ujung lainnya mewakili rasa sakit yang paling buruk. Digunakan pada klien anak >8 tahun dan dewasa. Penggunaan VAS untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan kognitif (Riyandi & Mardana, 2017).

### b. Numeric Rating Scale (NRS)

Numeric Rating Scale (NRS) ini didasarkan nilai 1-10 skala yang mewakili kualitas rasa sakit yang dialami pasien. NRS cenderung efektif dalam menilai penyebab nyeri akut dibandingkan VAS dan VRS. Namun, kurangnya NRS pilihan kata menjelaskan nyeri terbatas, tidak mungkin membedakan tingkat nyeri secara lebih akurat, dan kata-kata yang menjelaskan efek analgesik diasumsikan memiliki jarak yang sama. Akan dilakukan. Skala numerik dari 0 hingga 10. 0 menunjukkan tidak ada rasa

sakit atau tidak ada rasa sakit, 10 menunjukkan rasa sakit yang sangat parah (Riyandi & Mardana, 2017).

Keterangan: 0 : Tidak nyeri 1-3 : Nyeri ringan Secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik. 4-6 : Nyeri sedang Secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. 7-9 : Nyeri berat Secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi nafas panjang dan distraksi. 10 : Nyeri sangat berat. Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

c. Skala Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini sama dengan skala VAS. Skala ini menggunakan kata alih garis atau 17 angka untuk memperoleh tingkatan rasa sakit. Skala yang digunakan mungkin tidak menimbulkan rasa sakit. Hilangnya sakit dapat digambarkan sebagai tidak hilang sama sekali, sedikit berkurang, sedang berkurang, atau hilang sama sekali rasa nyeri. Kekurangan VRS membatasi kosa kata (Riyandi & Mardana, 2017).

d. Wong Baker FACES Pain Rating Scale

Skala ini relatif mudah dibuat hanya melihat ekspresi wajah pasien saat bertatap muka. Skala Nyeri ini ialah Skala Nyeri yang dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Skala ini menunjukkan berbagai wajah yang mewakili "rasa sakit yang paling buruk", dari 0 wajah bahagia, "tidak ada luka" hingga 10 wajah menangis. Pasien perlu memilih wajah yang paling mengekspresikan perasaan mereka. Skala nyeri ini direkomendasikan untuk anak di atas 3 tahun. klien tersebut meliputi anak-anak yang tidak dapat menyampaikan ketidaknyamanan verbal, lansia pada gangguan kognitif. Oleh karena itu, menggunakan Skala Penilaian Rasa Sakit Wong Baker FACES untuk jenis klien ini. Gradasi wajah mencakup graduasi angka pada setiap ekspresi nyeri sehingga

perawat dapat merekam intensitas nyeri. Berikut skala nyeri yang dinilai berdasarkan ekspresi wajah : Wajah Pertama 0 : Tidak merasa sakit sama sekali. Wajah Kedua 2 : Sakit hanya sedikit. Wajah Ketiga 4 : Sedikit lebih sakit. Wajah Keempat 6 : Lebih sakit. Wajah Kelima 8 : Jauh lebih sakit Wajah Keenam 10 : Sangat sakit luar biasa.

e. *Behavioral Pain Scale* (BPS)

Manajemen nyeri pada pasien kritis atau tidak sadar yang tepat tergantung bagaimana pengkajian atau penilaian nyeri yang dilakukan terhadap pasien. Salah satu instrumen atau alat ukur nyeri pada pasien kritis atau tidak sadar adalah *Behavioral Pain Scale* (BPS). *Behavioral Pain Scale* (BPS) merupakan salah satu alat ukur pengkajian nyeri pada pasien kritis yang valid dan direkomendasikan untuk digunakan. Nyeri pada pasien-pasien dengan kondisi kritis di ruang perawatan intensif harus segera diidentifikasi untuk mendapatkan penanganan nyeri yang adekuat dengan standar baku penilaian harus merupakan penilaian pasien sendiri terhadap nyeri.

No.	Parameter	Skor
1.	Face (Wajah) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tenang/rileks</li> <li>▪ Mengerutkan alis</li> <li>▪ Kelopak mata tertutup</li> <li>▪ Meringis</li> </ul>	1 2 3 4
2.	Anggota badan sebelah atas <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tidak ada pergerakan</li> <li>▪ Sebagian ditekuk</li> <li>▪ Sepenuhnya ditekuk dengan fleksi jari-jari</li> <li>▪ Retraksi permanen</li> </ul>	1 2 3 4
3.	Ventilasi <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pergerakan dapat ditoleransi</li> <li>▪ Batuk dengan pergerakan</li> <li>▪ Melawan ventilator</li> <li>▪ Tidak dapat mengontrol dengan ventilasi</li> </ul>	1 2 3 4

## 6. Jenis Nyeri

Banyak system berbeda dapat digunakan untuk mengklasifikasikan nyeri, yang paling umum nyeri diklasifikasikan berdasarkan durasi, etiologi, atau sumber atau lokasi (Kyle, T & Carman, 2015).

### a. Berdasarkan Durasi

- 1) Nyeri Akut Nyeri akut merupakan nyeri yang berkaitan dengan awitan cepat intensitas yang bervariasi. Biasanya mengindikasikan kerusakan jaringan dan berubah dengan penyembuhan cedera. Contoh penyebab nyeri akut yaitu trauma, prosedur invasif, dan penyakit akut.
- 2) Nyeri Kronis Nyeri kronis merupakan nyeri yang terus berlangsung melebihi waktu penyembuhan yang diharapkan untuk cedera jaringan. Nyeri ini dapat mengganggu pola tidur dan penampilan aktifitas anak yang menyebabkan penurunan nafsu makan dan depresi.

### b. Berdasarkan Etiologi

#### 1) Nyeri Nosiseptif

Nyeri yang diakibatkan stimulant berbahaya yang merusak jaringan normal jika nyeri bersifat lama. Rentang nyeri nosiseptif dari nyeri tajam atau terbakar hingga tumpul, sakit, atau menimbulkan kram dan juga sakit dalam atau nyeri tajam yang menusuk.

#### 2) Nyeri Neuropati

Nyeri akibat multifungsi system saraf perifer dan system saraf pusat. Nyeri ini berlangsung terus menerus atau intermenin dari biasanya dijelaskan seperti nyeri terbakar, kesemutan, tertembak, menekan atau spasme.

### c. Berdasarkan Lokasi

#### 1) Nyeri Somatik

Nyeri yang terjadi pada jaringan. Nyeri somatik dibagi menjadi dua yaitu superfisial dan profunda. Superfisial melibatkan stimulasi nosiseptor di kulit, jaringan subkutan atau membrane mukosa,

biasanya nyeri terokalisir dengan baik sebagai sensasi tajam, tertusuk atau terbakar. Profunda melibatkan otot, tendon dan sendi, fasia, dan tulang. Nyeri ini terlokalisir dan biasanya dijelaskan sebagai tumpul, nyeri atau kram.

## 2) Nyeri Viseral

Nyeri yang terjadi dalam organ, seperti hati, paru, saluran gastrointestinal, pankreas, hati, kandung empedu, ginjal dan kandung kemih. Nyeri ini biasanya dihasilkan oleh penyakit dan terlokalisir buruk serta dijelaskan nyeri dalam dengan sensasi tajam menusuk dan menyebar.

## 7. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Andarmoyo mengatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi nyeri, diantaranya (Andarmoyo, 2013):

### a. Usia

Pada usia anak-anak terdapat kurangnya pemahaman mengenai nyeri dan prosedur pengobatan. Anak-anak belum mampu mengungkapkan nyeri yang dialaminya dengan jelas. Pada usia dewasa sampai dengan lansia, pengkajian yang lebih rinci diperlukan. Seringkali pasien lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu. Usia reproduktif termasuk dalam rentang usia kejadian nyeri banyak terjadi sebagaimana dinyatakan oleh Benjamin & Virginia dalam bukunya yaitu 21-45 tahun.

### b. Jenis kelamin Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam berespon terhadap nyeri, akan tetapi pria dan wanita memiliki perbedaan dalam mentoleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia.

### c. Perhatian Kemampuan individu dalam memfokuskan perhatian pada nyeri mempengaruhi persepsi nyeri. Apabila fokus pada nyeri meningkat maka nyeri juga akan meningkat. Konsep inilah yang diterapkan dalam bidang keperawatan untuk manajemen nyeri dengan teknik relaksasi, imajinasi terbimbing, dan massage.

- d. Kebudayaan Setiap orang belajar dari budaya dan keyakinan bagaimana mereka berespon dengan adanya nyeri.
- e. Makna nyeri Individu akan mempersepsikan nyeri dengan berbagai cara yang berbeda. Nyeri dapat diartikan sebagai ancaman, kehilangan, hukuman, bahkan tantangan.
- f. Ansietas Kecemasan yang relevan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi nyeri.
- g. Keletihan Rasa lelah dapat membuat sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan mekanisme coping sehingga persepsi nyeri semakin meningkat.
- h. Pengalaman sebelumnya Pengalaman nyeri yang sebelumnya dirasakan tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah dikemudian hari. Apabila individu telah mengalami nyeri dalam jangka waktu yang cukup lama dan berat maka rasa takut dapat muncul. Apabila individu mengalami nyeri yang berulang-ulang tetapi dapat diatasi maka akan lebih mudah dalam menginterpretasikan sensasi nyeri tersebut. Individu yang memiliki penyakit sistemik ringan akan memiliki faktor risiko nyeri pasca operasi lebih tinggi yang masih dapat diminimalkan dengan cara nonfarmakologi.
- i. Gaya coping Saat individu mengalami nyeri secara terus-menerus dapat menghilangkan kontrol nyeri. Klien dapat menemukan cara untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Sumber-sumber coping individu dapat bersumber dari komunikasi dengan keluarga, latihan, dan bernyanyi.
- j. Dukungan keluarga dan sosial Rasa sepi dan ketakutan dapat diminimalkan dengan kehadiran orang yang terdekat. Individu yang mengalami nyeri akan bergantung pada keluarga untuk mendukung, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran orang-orang terdekat mungkin akan menambah persepsi nyeri.

## **8. Teori Pengontrolan Nyeri**

Beberapa teori dikembangkan untuk menjelaskan fenomena nyeri. Hingga saat ini teori gerbang kendali (gate control theory) menjadi teori yang paling relevan untuk menjelaskan fenomena nyeri. Teori ini diciptakan oleh Melzack dan Wall tahun 1965 untuk melengkapi kekurangan teori spesifitas dan teori pola. Teori kontrol gerbang nyeri menunjukkan bahwa impuls nyeri dapat diatur oleh mekanisme pada saraf pusat. Impuls dapat dihantarkan saat pertahanan dibuka dan impuls dapat dihambat ketika pertahanan ditutup (Andarmoyo, 2013).

Teori kontrol gerbang dapat menjelaskan bahwa pemijatan dapat menghilangkan nyeri. Reseptor opiate di membran sinaps, opiat dan opioid menghambat nyeri. Dalam tubuh terdapat substansi alami seperti opiat yang disebut endorfin. Enkefalin, beta endorfin dan dinorfin mengikat reseptor opiate, dengan efek analgesik serupa yang ditimbulkan oleh obat opiat oksigen. Dengan demikian, reseptor opiat dan opiat endogen membentuk suatu “sistem penekan nyeri” intrinsik (Andarmoyo, 2013).

## **9. Dampak Nyeri**

Nyeri merupakan suatu kondisi yang menyebabkan pasien merasa sangat menderita, bahkan pasien dapat sampai tidak mampu bergerak, tidak mampu bernapas dan batuk dengan baik, kesulitan tidur, tidak nafsu makan dan minum, gelisah, cemas, hingga putus asa. Nyeri dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, bahkan beberapa pasien sampai tidak mampu untuk hidup mandiri. Penatalaksanaan nyeri pada hakikatnya tidak hanya bertujuan untuk mengurangi dan menghilangkan nyeri itu saja, melainkan juga bermaksud untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien sehingga dapat kembali beraktivitas normal dalam keluarga maupun lingkungannya (Mangku G, 2010)

Menurut pendapat Padila dalam Rustini, nyeri yang dirasakan pasca operasi sectio caesarea akan menimbulkan dampak terhadap ibu, yaitu terbatasnya mobilitas fisik, bonding attachment menjadi terganggu, aktivitas sehari-hari menjadi terbatas, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) tidak berjalan dengan baik, cemas, stress, kualitas tidur menurun, dan ketakutan apabila akan menjalani pembedahan kembali. Selain itu, nyeri juga akan berdampak pada bayi yakni berkurangnya nutrisi akibat gangguan menyusui yang disebabkan oleh adanya nyeri (Rustini, N. and Tridiyawati, 2022).

## **10. Manajemen Nyeri**

Metode dalam terapi nyeri dibagi menjadi dua yakni metode farmakologi dan nonfarmakologi (Danuatmaja B, 2014)

### **a. Manajemen Farmakologi**

Pada manajemen farmakologi obat-obatan yang diberikan dapat mengurangi nyeri dengan cara memblok transmisi stimuli. Adanya blok ini akan mengubah persepsi dan mengurangi respon kortikal. Obat yang digunakan dalam meredakan nyeri dibagi menjadi beberapa kelompok yaitu analgesik, NSAID, obat anestesi, dan golongan opioid.

### **b. Manajemen Non Farmakologi**

Pemberian terapi farmakologi pada manajemen nyeri dinilai dapat memunculkan efek samping yang kurang baik apabila dikonsumsi dalam jangka panjang dan cenderung lebih mahal. Banyak dokter dan pasien yang kurang puas akan hal tersebut. Hal ini mendorong berkembangnya berbagai macam metode nonfarmakologi untuk menangani nyeri pada pasien. Manajemen nyeri secara nonfarmakologi lebih murah, sederhana, tidak memiliki efek yang merugikan, serta dapat menambah kepuasan pada pasien

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terpasang Ventilator**

### **1. Pengkajian**

Hal-hal yang perlu dikaji pada pasien yang mendapat nafas buatan dengan ventilator adalah:

a. Biodata

Meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, agama, alamat, dll. Pengkajian ini penting dilakukan untuk mengetahui latar belakang status sosial ekonomi, adat kebudayaan dan keyakinan spiritual pasien, sehingga mempermudah dalam berkomunikasi dan menentukan tindakan keperawatan yang sesuai.

b. Riwayat penyakit/riwayat keperawatan

Informasi mengenai latar belakang dan riwayat penyakit yang sekarang dapat diperoleh melalui oranglain (keluarga, tim medis lain) karena kondisi pasien yang dapat bantuan ventilator tidak mungkin untuk memberikan data secara detail. Pengkajian ini ditujukan untuk mengetahui kemungkinan penyebab atau faktor pencetus terjadinya gagal nafas/dipasangnya ventilator.

c. Keluhan

Untuk mengkaji keluhan pasien dalam keadaan sadar baik, bisa dilakukan dengan cara pasien diberi alat tulis untuk menyampaikan keluhannya. Keluhan pasien yang perlu dikaji adalah rasa sesak nafas, nafas terasa berat, kelelahan dan ketidaknyamanan.

d. Sistem pernafasan

1) Setting ventilator meliputi:

a) Mode ventilator

- (1) CR/CMV/IPPV (Controlled Respiration/Controlled Mandatory Ventilation/Intermittent Positive Pressure Ventilation)
- (2) SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)
- (3) ASB/PS (Assisted Spontaneous Breathing/Pressure Support)

## (4) CPAP (Continuous Positive Air Pressure)

- b) FiO<sub>2</sub>: Prosentase oksigen yang diberikan
  - c) PEEP: Positive End Expiratory Pressure
  - d) Frekwensi nafas
- 2) Gerakan nafas apakah sesuai dengan irama ventilator
  - 3) Expansi dada kanan dan kiri apakah simetris atau tidak
  - 4) Suara nafas: adalah ronkhi, whezing, penurunan suara nafas
  - 5) Adakah gerakan cuping hidung dan penggunaan otot bantu tambahan
  - 6) Sekret: jumlah, konsistensi, warna dan bau
  - 6) Humidifier: kehangatan dan batas aqua
  - 7) Tubing/circuit ventilator: adakah kebocoran tertekuk atau terlepas
  - 8) Hasil analisa gas darah terakhir/saturasi oksigen
  - 9) Hasil foto thorax terakhir
- e. Sistem kardiovaskuler
- Penkajian kardiovaskuler dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan hemodinamik yang diakibatkan setting ventilator (PEEP terlalu tinggi) atau
- disebabkan karena hipoksia. Pengkajian meliputi tekanan darah, nadi, irama jantung, perfusi, adakah sianosis dan banyak mengeluarkan keringat.
- f. Sistem neurologi
- Pengkajian meliputi tingkat kesadaran, adalah nyeri kepala, rasa ngantuk, gelisah dan kekacauan mental.
- g. Sistem urogenital
- Adakah penurunan produksi urine (berkurangnya produksi urine menunjukkan adanya gangguan perfusi ginjal)
- h. Status cairan dan nutrisi

Status cairan dan nutrisi penting dikaji karena bila ada gangguan status nutrisi dan cairan akan memperberat keadaan. Seperti cairan yang berlebihan dan albumin yang rendah akan memperberat oedema paru.

i. Status psycososial

Pasien yang dirawat di ICU dan dipasang ventilator sering mengalami depresi mental yang dimanifestasikan berupa kebingungan, gangguan orientasi, merasa terisolasi, kecemasan dan ketakutan akan kematian.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI 2017) adalah:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001) berhubungan dengan sekresi yang tertahan.
- b. Gangguan pertukaran gas (D.0003) berhubungan dengan perubahan membran alveoulus-kapiler
- c. Gangguan penyapihan ventilator (D.0002) berhubungan dengan hambatan upaya napas.
- d. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan hambatan lingkungan (jadwal pemantauan dan tindakan)
- e. Intoleransi aktivitas (D.0054) berhubungan dengan kelemahan
- f. Risiko aspirasi (D.0006) dibuktikan dengan terpasang endotracheal tube
- g. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik

## 3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan

dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Febi and Panggabean 2012). Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI 2019) Tahun 2018 intervensi pada diagnosa (SIKI 2018) yang muncul seperti di tabel berikut ini :

Table 2.0-1 Rencana Keperawatan Post Laparotomi

No.	Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p><b>Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan</b></p> <p>Di buktikan dengan :</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif:</b></p> <p>tidak tersedia</p> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk</li> <li>▪ Sputum berlebih/obstruksi di jalan napas/meconium di jalan napas (pada neonates)</li> <li>▪ Mengi, wheezing, dan/atau ronkhi</li> </ul> <p><b>Gejala dan Tanda Minor Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dispnea</li> <li>▪ Sulit bicara</li> <li>▪ Ortopnea</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p>	<p><b>Tujuan:</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 jam Bersihkan jalan napas Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Batuk efektif meningkat</li> <li>▪ Produksi sputum menurun</li> <li>▪ Mengi menurun</li> <li>▪ Wheezing menurun</li> <li>▪ Dispnea menurun</li> <li>▪ Gelisah menurun</li> <li>▪ Frekuensi napas membaik</li> <li>▪ Pola napas membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitor pola napas dengan melihat monitor</li> <li>▪ Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi)</li> <li>▪ Monitor sputum</li> <li>▪ Posisikan 60°</li> <li>▪ Berikan minumair hangat</li> <li>▪ Lakukan fisioterapi dada</li> <li>▪ Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik</li> <li>▪ Hiperoksigenasi</li> <li>▪ Ajarkan batuk efektif</li> <li>▪ Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu</li> </ul> <p><b>Pemantauan Respirasi (I.01014)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>▪ Auskultasi bunyi napas</li> <li>▪ Monitor saturasi oksigen</li> <li>▪ Dokumentasikan hasil</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gelisah</li> <li>▪ Sianosis</li> <li>▪ Bunyi napas menurun</li> <li>▪ Frekuensi napas berubah</li> <li>▪ Pola napas berubah</li> </ul>		pemantauan
2.	<p><b>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveoluskapiler</b></p> <p>Dibuktikan dengan :</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif:</b></p> <p>Dispnea</p> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PCO<sub>2</sub> meningkat/menurun</li> <li>▪ PO<sub>2</sub> menurun</li> <li>▪ Takikardia</li> <li>▪ Ph arteri meningkat/menurun</li> <li>▪ Bunyi napas tambahan</li> </ul> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pusing</li> <li>▪ Penglihatan kabur</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sianosis</li> <li>▪ Diaforesis</li> <li>▪ Gelisah</li> <li>▪ Napas cuping hidung</li> <li>▪ Pola napas abnormal</li> <li>▪ Warna kulit abnormal</li> <li>▪ Kesadaran menurun</li> </ul>	<p><b>Tujuan:</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 24 jam pertukaran gas Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>▪ Dispnea menurun</li> <li>▪ Bunyi napas tambahan menurun</li> <li>▪ Pusing menurun</li> <li>▪ diaforesis menurun</li> <li>▪ Gelisah menurun</li> <li>▪ Napas cuping hidung menurun</li> <li>▪ PCO<sub>2</sub> membaik</li> <li>▪ PO<sub>2</sub> membaik</li> <li>▪ Takikardia membaik</li> <li>▪ Ph membaik</li> <li>▪ Sianosis membaik</li> <li>▪ Pola napas membaik</li> <li>▪ Warna kulit membaik</li> </ul>	<p><b>Pemantauan Respirasi (I.01014)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas dengan melihat ke monitor</li> <li>▪ Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, biot, atksik)</li> <li>▪ Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>▪ Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>▪ Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>▪ Auskultasi bunyi napas</li> <li>▪ Monitor saturasi oksigen</li> <li>▪ Monitor nilai AGD</li> <li>▪ Monitor hasil X-ray Toraks</li> <li>▪ Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>▪ Dokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>▪ Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> </ul> <p><b>Terapi Oksigen (I.01026)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitor kecepatan aliran oksigen</li> <li>▪ Monitor efektifitas terapi oksigen</li> <li>▪ Monitor tanda-tanda hipoventilasi</li> <li>▪ Bersihkan secret pada</li> </ul>

			<p>mulut, hidung, dan trakea jika perlu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>▪ Berikan oksigen tambahan</li> <li>▪ Ajarkan teknik relaksasi</li> <li>▪ Kolaborasi penentuan dosis oksigen</li> </ul>
3.	<p><b>Gangguan penyapihan ventilator berhubungan dengan hambatan upaya napas</b></p> <p>Dibuktikan dengan:</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <p>-</p> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frekwensi napas meningkat</li> <li>▪ Penggunaan otot bantu napas</li> <li>▪ Napas megap-megap</li> <li>▪ Upaya napas dan bantuan ventilator tidak sinkron</li> <li>▪ Napas dangkal</li> <li>▪ Agitasi</li> <li>▪ Nilai gas darah arteri abnormal</li> </ul> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lelah</li> <li>▪ Kuatir mesin rusak</li> <li>▪ Fokus meningkat pada pernapasan</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p>	<p><b>Tujuan:</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 jam penyapihan ventilator Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kesinkronan bantuan ventilator menurun</li> <li>▪ Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>▪ Napas gasping menurun</li> <li>▪ Napas dangkal menurun</li> <li>▪ Agitasi menurun</li> <li>▪ Lelah menurun</li> <li>▪ Perasaan kuatir alat rusak menurun</li> <li>▪ Napas paradoks abdominal menurun</li> <li>▪ Diaforesis menurun</li> <li>▪ Frekuensi napas membaik</li> <li>▪ Nilai gas darah arteri membaik</li> <li>▪ Upaya napas membaik</li> <li>▪ Auskultasi suara inspirasi membaik</li> <li>▪ Warna kulit membaik</li> </ul>	<p><b>Penyapihan Ventilasi Mekanik (I.01021)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Periksa kemampuan untuk disapih</li> <li>▪ Monitor prediktor untuk penyapihan</li> <li>▪ Monitor tanda-tanda kelelahan</li> <li>▪ Posisikan 60°</li> <li>▪ Lakukan suction</li> <li>▪ Lakukan fisioterapi dada</li> <li>▪ Lakukan uji coba penyapihan</li> <li>▪ Beri dukungan fisiologi</li> </ul> <p><b>Pemantauan Respirasi (I.01014)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>▪ Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, biot, atksik)</li> <li>▪ Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>▪ Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>▪ Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>▪ Auskultasi bunyi napas</li> <li>▪ Monitor saturasi oksigen</li> <li>▪ Monitor nilai AGD</li> <li>▪ Monitor hasil X-ray</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auskultasi suara napas menurun</li> <li>▪ Warna kulit abnormal</li> <li>▪ Napas paradox</li> <li>▪ Diaforosis</li> </ul>		<p>Toraks</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>▪ Dokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>▪ Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> </ul>
4.	<p><b>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (jadwal pemantauan dan tindakan)</b></p> <p>Dibuktikan dengan</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengeluh sulit tidur</li> <li>▪ Mengeluh sering terjaga</li> <li>▪ Mengeluh tidak puas tidur</li> <li>▪ Mengeluh pola tidur berubah</li> <li>▪ Mengeluh istirahat tidak cukup</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <p>-</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <p>-</p>	<p><b>Tujuan:</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 24 jam gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>▪ Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>▪ Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>▪ Keluhan pola tidur berubah menurun</li> <li>▪ Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> <li>▪ Kemampuan beraktivitas meningkat</li> </ul>	<p><b>Dukungan Tidur (I.05174)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi pola istirahat tidur</li> <li>▪ Modifikasi lingkungan dengan memberikan suhu ruangan dan kebisingan yang telah diatur</li> <li>▪ Sesuaikan jadwal tindakan yang akan diberikan</li> <li>▪ Jelaskan pentingnya waktu tidur</li> <li>▪ Ajarkan teknik relaksasi</li> </ul>
5.	<p><b>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</b></p>	<p><b>Tujuan:</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan</p>	<p><b>Managemen energi (I.05178)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi gangguan</li> </ul>

	<p>Ditandai dengan</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mengeluh lelah</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frekwensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</li> </ul> <p><b>Gejala dan Tanda Minor Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dispnea saat setelah aktivitas</li> <li>▪ Merasa tidak nyaman saat setelah aktivitas</li> <li>▪ Merasa lemah</li> </ul> <p><b>Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tekanan darah berubah &gt;20% dari kondisi istirahat</li> <li>▪ Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas</li> <li>▪ Gambaran EKG menunjukkan iskemia</li> <li>▪ Sianosis</li> </ul>	<p>selama 24 jam intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frekwensi nadi meningkat</li> <li>▪ Saturasi oksigen meningkat</li> <li>▪ Kemudahan dalam melakukan aktivitas meningkat</li> <li>▪ Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</li> <li>▪ Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</li> <li>▪ Keluhan lelah menurun</li> <li>▪ Dispnea saat aktivitas menurun</li> <li>▪ Dispnea setelah aktivitas menurun</li> <li>▪ Aritmia saat aktivitas menurun</li> <li>▪ Dispnea setelah aktivitas menurun</li> <li>▪ Sianosis menurun</li> <li>▪ Warna kulit membaik</li> <li>▪ Tekanan darah membaik</li> <li>▪ Frekwensi napas membaik</li> <li>▪ EKG iskemia membaik</li> </ul>	<p>fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>▪ Monitor pola jam tidur</li> <li>▪ Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>▪ Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</li> <li>▪ Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>▪ Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ul> <p><b>Terapi aktivitas (I.05186)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi defisit tingkat aktivitas</li> <li>▪ Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>▪ Monitor respon emosional</li> <li>▪ Fasilitasi fokus pada kemampuan</li> <li>▪ Koordinasikan pemilihan aktivitas</li> <li>▪ Fasilitasi aktivitas motorik kasar</li> <li>▪ Fasilitasi mengembangkan kemampuan diri</li> <li>▪ Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> <li>▪ Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari</li> </ul>
6.	<p><b>Risiko aspirasi dibuktikan dengan terpasang endotracheal</b></p>	<p><b>Tujuan</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan</p>	<p><b>Manajemen Jalan napas (I.01011)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitor pola napas</li> </ul>

	<b>tube</b>	<p>selama 24 jam resiko aspirasi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>▪ Kemampuan menelan meningkat</li> <li>▪ Kebersihan mulut meningkat</li> <li>▪ Dispnea menurun</li> <li>▪ Kelemahan otot menurun</li> <li>▪ Akumulasi sekret menurun</li> <li>▪ Wheezing menurun</li> <li>▪ Batuk menurun</li> <li>▪ Penggunaan otot aksesoris menurun</li> <li>▪ Sianosis menurun</li> <li>▪ Gelisah menurun</li> <li>▪ Frekuensi napas membaik</li> </ul>	<p>dengan melihat monitor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi)</li> <li>▪ Monitor sputum</li> <li>▪ Posisikan 60°</li> <li>▪ Berikan minum air hangat</li> <li>▪ Lakukan fisioterapi dada</li> <li>▪ Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik</li> <li>▪ Hiperoksigenasi</li> <li>▪ Ajarkan batuk efektif</li> <li>▪ Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspetoran, mukolitik, jika perlu</li> </ul> <p><b>Pencegahan Aspirasi (I.01018)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan</li> <li>▪ Monitor status pernapasan</li> <li>▪ Monitor bunyi napas</li> <li>▪ Posisikan 30-45°</li> <li>▪ Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>▪ Perhatikan pengembangan balon ETT</li> <li>▪ Lakukan suction</li> <li>▪ Ajarkan teknik mencegah aspirasi</li> <li>▪ Ajarkan teknik mengunyah atau menelan</li> </ul>
7.	<b>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</b>	<p><b>Tujuan</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 24 jam tingkat</p>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi lokasi,</li> </ul>

		<p>nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keluhan nyeri menurun</li> <li>▪ Meringis menurun</li> <li>▪ Sikap protektif menurun</li> <li>▪ Gelisah menurun</li> <li>▪ Kesulitan tidur menurun</li> <li>▪ Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>▪ Ketegangan otot menurun</li> <li>▪ Frekuensi nadi membaik</li> <li>▪ Tekanan darah membaik</li> <li>▪ Pola napas membaik</li> <li>▪ Fokus membaik</li> <li>▪ Nafsu makan membaik</li> <li>▪ Pola tidur membaik</li> </ul>	<p>karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifikasi skala nyeri</li> <li>▪ Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>▪ Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>▪ Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>▪ Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>▪ Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>▪ Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>▪ Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>▪ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>▪ Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>▪ Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>▪ Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>▪ Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>▪ Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>▪ Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## E. Evidence Based Nursing (EBN)

### 1. Pengantar Jurnal

#### a. Definisi Murottal

Terapi murottal Al-Qur'an adalah terapi religi dimana seorang dibacakan ayat-ayat Al-Qur'an selama beberapa menit atau jam sehingga memberikan dampak positif bagi tubuh seseorang. Bacaan Al-Quran merupakan obat dari segala jenis penyakit dan menjadi obat, penawar serta penyembuh dari berbagai persoalan hidup manusia (Indrajati, 2013).

Murottal merupakan salah satu musik yang memiliki pengaruh positif bagi pendengarnya. Mendengarkan ayat-ayat Al-qur'an yang dibacakan secara tartil dan benar, akan mendatangkan ketenangan jiwa. Lantunan ayat-ayat Al-qur'an secara fisik mengandung unsur-unsur manusia yang meruoakan instrumen penyembuhan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endofrin alami, meningkatkan perasaan rileks, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak. Mendengarkan

ayat-ayat Al-qur'an yang dibacakan secara tartil dan benar, akan mendatangkan ketenangan jiwa karena suara yang dikeluarkan dari bacaan Al-Qur'an dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi dan aktivitas gelombang otak (Indrajati, 2013).

#### **b. Manfaat Mendengarkan**

Murottal Mendengarkan murottal Al-Qur'an dapat memberikan beberapa manfaat, antara lain :

- 1) Mendengarkan bacaan ayat-ayat Al-Qur'an dapat memberikan ketenangan jiwa
- 2) Lantunan Al-Qur'an juga dapat menurunkan hormon stres, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga tekanan darah menurun, memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik.
- 3) Terapi murottal dapat meningkatkan kualitas kesadaran seseorang terhadap Tuhan, baik orang tersebut tahu arti al-Qur'an atau tidak. Dimana dengan peningkatan kesadaran pada Tuhan akan menyebabkan rasa pasrah kepada Allah SWT sepenuhnya sehingga otak pada keadaan gelombang alpha (frekuensi 7-14 Hz) atau keadaan energi otak yang optimal dapat menyingkirkan stress dan menurunkan kecemasan.

#### **c. Mekanisme Terapi Murottal Al Quran**

Murottal Al Quran yang diperdengarkan melalui suara, intonasi serta makna ayat ayat yang terkandung dalam murottal Al Quran dapat

menimbulkan perubahan pada tubuh manusia (Rochmawati, 2018). Suara murottal yang lambat yang dihasilkan sebagai getaran suara akan menggetarkan membrane timpani diteruskan menuju organ korti dalam koklea yang akan di 16 ubah dari sistem saraf melalui Nervus VIII (Saraf pendengaran) dan diteruskan ke korteks auditori yang ada di korteks cerebri menuju sistem limbik yang merupakan target utama reseptor opiate yang mengatur homeostatis melalui kortek limbik sehingga menimbulkan rasa nyaman (Safitri, O. R., Sangadji, F., & Mizan, 2018). Ketika seseorang mendengarkan murottal maka akan memberikan rangsangan pada gendang telinga akan mulai proses mendengarkan dimana setiap bunyi yang dihasilkan sumber bunyi akan diteruskan melalui saraf pendengaran menuju kortek pendengaran di otak (Zainuddin, R. dan Maru, 2019).

Perangsangan auditori melalui murottal Al Quran mempunyai efek distraksi yang meningkatkan pertumbuhan hormon endorpin dalam sistem kontrol desenden. Bacaan murottal selama 15 menit akan sampai ke otak dan akan diterjemahkan oleh otak sehingga memberikan dampak yang positif. Murottal Al Quran yang diperdengarkan mengakibatkan rangsangan ke hipotalamus sehingga produksi CRF (Corticotropin Releasing Fakto) yang akan merangsang kelenjar Primary anterior untuk memproduksi ACTH dan menstimulasi endorpin (Safitri, O. R., Sangadji, F., & Mizan, 2018).

Suara dapat menurunkan hormone stress, mengaktifkan hormon endhorpin alami sehingga hal ini bisa berpengaruh pada sistem kimia tubuh dan berakibat pada tekanan darah yang menurun, memperlambat pernafasan serta detak jantung, nadi, serta aktivitas gelombang otak (Handayani, R., Fajarsari, D., Asih, D.T., & Rohmah, 2014). Selain menstimulasi endhorpin suara lantunan murottal juga dapat membangkitkan gelombang alpha yang ada di otak sehingga hipokampus sebagai pusat memori bisa bekerja dengan sempurna karena kondisi otak

menjadi lebih rileks dan waspada (Azizah, I. N., Wiyono, N., & Fitriani, 2019).

**d. Mekanisme Terapi Murottal Al-Quran terhadap Penurunan Intensitas Nyeri**

Murottal bekerja pada otak dimana ketika didorong oleh rangsangan dari terapi murottal maka otak akan memproduksi zat kimia yang disebut zat neuropeptide. Molekul ini akan menyangkut ke dalam reseptorreseptor dan memberikan umpan balik berupa kenikmatan dan kenyamanan (Risnawati, 2017).

Fungsi pendengaran manusia yang merupakan penerimaan rangsang auditori atau suara. Rangsangan auditori yang berupa suara diterima oleh telinga sehingga membuatnya bergetar. Getaran ini akan diteruskan ke tulang-tulang pendengaran yang bertautan antara satu dengan yang lain (Silviani, 2015).

Rangsang fisik tadi diubah oleh adanya perbedaan ion kalium dan ion natrium menjadi aliran listrik yang melalui saraf nervus VIII (vestibule cochlearis) menuju ke otak, tepatnya di area pendengaran. Setelah mengalami perubahan potensial aksi yang dihasilkan oleh saraf auditorius, perambatan potensial aksi ke korteks auditorius (yang bertanggung jawab untuk menganalisa suara yang kompleks, ingatan jangka pendek, perbandingan nada, menghambat respon motorik yang tidak diinginkan, pendengaran yang serius, dan sebagainya) diterima oleh lobus temporal otak untuk mempresepsikan suara. Talamus sebagai pemancar impuls akan meneruskan rangsang ke amigdala (tempat penyimpanan memori emosi) yang merupakan bagian penting dari system limbik (yang mempengaruhi emosi dan perilaku) (Risnawati, 2017).

Dengan mendengarkan ayat-ayat suci al-Qur'an, seorang muslim, baik mereka yang berbahasa arab maupun bukan, dapat merasakan perubahan fisiologis yang sangat besar. Secara umum mereka merasakan adanya penurunan depresi, kesedihan, dan ketenangan jiwa.

Murottal al-Qur'an adalah rekaman al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qor'i (Pembaca al-Qur'an). Murottal juga dapat diartikan sebagai lantunan ayat-ayat suci al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang Qor'i direkam dan di perdengarkan dengan tempo yang lambat serta harmonis (Siswantinah, 2016).

Murottal merupakan salah satu musik yang memiliki pengaruh positif bagi pendengarnya. Mendengarkan ayat-ayat al-Qur'an yang dibacakan dengan tartil dan benar akan mendatangkan ketenangan jiwa. Lantunan al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, sedangkan suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki system kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktifitas gelombang otak. Ini menunjukkan bahwa bacaan al-Qur'an dapat digunakan sebagai perawatan koplementer karena dapat meningkatkan perasaan rileks (Al, 2015).

Stimulant Murottal Al-Qur'an dapat dijadikan alternatif terapi baru sebagai terapi relaksasi bahkan lebih baik dibandingkan dengan terapi audio lainnya karena stimulant Al-Qur'an dapat memunculkan gelombang delta sebesar 63,11%. Terapi audio ini juga merupakan terapi yang murah dan tidak menimbulkan efek samping (Abdurrahman, 2018).

Intensitas suara yang rendah merupakan intensitas suara kurang dari 60 desibel sehingga menimbulkan kenyamanan dan tidak nyeri. Murottal merupakan intensitas 50 desibel yang membawa pengaruh positif bagi pendengarnya. Manfaatnya lebih efektif yaitu terapi murottal diberikan dengan durasi 15-25 menit (Risnawati, 2017).

**e. SOP Murottal**

1) Pengertian : Pemanfaatan kemampuan terapi murottal pada Anak

- 2) Tujuan : Memperbaiki kondisi fisik, emosional, dan kesehatan spiritual pasien.
- 3) Persiapan alat dan bahan :
  - Handphone
  - Headset
  - Alat-alat yang sesuai
- 4) Prosedur

Table 2.0-2 SOP Terapi Murottal Al-Quran Surah Ar-Rahman

No.	Prosedur
<b>Pre Interaksi</b>	
1.	Siapkan alat-alat
2.	Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontra indikasi
3.	Cuci tangan
<b>Tahap Orientasi</b>	
4.	Beri salam dan panggil klien dengan namanya
5.	Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien (jika sadar)
<b>Tahap Kerja</b>	
6.	Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan
7.	Menanyakan keluhan utama klien
8.	Jaga privasi klien. Memulai kegiatan dengan cara yang baik
9.	Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi, dan mengurangi rasa sakit.
10.	Menetapkan ketertarikan klien terhadap murottal
11.	Pilih pilihan surat murottal
12.	Bantu klien untuk memilih posisi yang nyaman.
13.	Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan murottal
14.	Pasang headset pada klien
15.	Pastikan headset dalam kondisi baik.
16.	Nyalakan murottal Al-Quran Surah Ar-Rahman 78 ayat by Mishari Rasyid Al-Afasy dan lakukan terapi murottal
17.	Pastikan volume sesuai dan tidak terlalu keras.
18.	Hindari menghidupkan murottal dan meninggalkannya dalam waktu yang lama.
19.	Hindari stimulasi suara setelah nyeri/luka kepala akut.
20.	Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi, dan mengurangi rasa sakit.
21.	Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi, dan mengurangi rasa sakit.
<b>Terminasi</b>	
22.	Evaluasi hasil kegiatan (kenyamanan klien)
23.	Simpulkan hasil kegiatan

24.	Berikan umpan balik positif
25.	Kontrak pertemuan selanjutnya
26.	Akhiri kegiatan dengan cara yang baik
27.	Bereskan alat-alat
28.	Cuci tangan
<b>Dokumentasi</b>	
29.	Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nama Px, Umur, Jenis kelamin, dll</li><li>▪ Keluhan utama</li><li>▪ Tindakan yang dilakukan (terapi murottal)</li><li>▪ Lama tindakan</li><li>▪ Jenis terapi murottal yang diberikan</li><li>▪ Reaksi selama, setelah terapi pemberian terapi murottal</li><li>▪ Respon pasien.</li><li>▪ Nama perawat</li><li>▪ Tanggal pemeriksaan</li></ul>

## 2. Analisis Jurnal

Analisis jurnal menggunakan metode PICO seperti tabel di bawah ini:

Table 2.0-3 Analisis Jurnal Terapi Murottal Al-Quran Surah Ar-Rahman Terhadap Nyeri

Metode Analisis Jurnal	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3	Jurnal 4
<b>Judul</b>	Penerapan Terapi Murottal Sebagai Terapi Non Farmakologis Untuk Mengurangi Nyeri Pasien	The Effectiveness Of Murottal Al-Qur'an Therapy And Virtual Reality To Reduce Pain Intensity In Post Operating Patients	Pengaruh Murottal Al-Quran Terhadap Penurunan Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif : Evidence Based Case Report (Ebcr)	Penerapan terapi murottal Al Qur'an untuk mengurangi intensitas nyeri pada pasien post ORIF
<b>P (Problem/ Population)</b>	Menerapkan terapi Murottal sebagai terapi nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri pasien.  Metode yang digunakan pada PKM ini berupa pendidikan kesehatan sekaligus penerapan terapi Murottal pada pasien yang mengalami nyeri setelah dilakukan operasi. Jumlah pasien yang dilibatkan sejumlah 12 orang	Untuk mengetahui pengaruh kombinasi terapi Murottal Al-Qur'an dan virtual reality terhadap intensitas nyeri pada pasien pasca operasi  Subyek penelitian ini adalah 32 pasien pasca operasi di RS PKU Muhammadiyah Temanggung.	Mengetahui apakah murottal Al-Quran dapat mengurangi nyeri persalinan kala I fase aktif	Mengetahui perbedaan nyeri pada pasien post orif sebelum dan sesudah diberikan terapi murottal Al-Qur'an.  Subyek studi kasus ini sejumlah 3 orang yaitu pasien post orif yang mengalami nyeri lebih dari skala 3.
<b>I</b>	Terapi audio/pendengaran yaitu dengan	Terapi Murottal Al-Qur'an berupa rekaman	Memberikan asuhan dalam pengurangan	Penulis mengkaji skala nyeri pasien, kemudian

<b>(Intervention)</b>	mendengarkan bacaan Murotal Al-Quran. Murotal merupakan rekaman suara bacaan ayat suci Al-Quran yang dilagukan oleh seorang Qori dengan keteraturan bacaan yang benar mampu mendatangkan ketenangan bagi orang yang mendengarnya. Terapi audio/pendengaran yaitu dengan mendengarkan bacaan Murotal Al-Quran. Murotal merupakan rekaman suara bacaan ayat suci Al-Quran yang dilagukan oleh seorang Qori dengan keteraturan bacaan yang benar mampu mendatangkan ketenangan bagi orang yang mendengarnya	suara yang berisi surah AlRahman lebih familiar dan mempunyai 78 ayat dan semua ayat tersebut bersifat pendek dan diulang sebanyak 31 ayat sehingga nyaman untuk didengarkan dan dapat menimbulkan rasa rileks. efeknya bahkan bagi pendengar awam. Murottal Ar-Rahman jika dipadukan dengan virtual reality menggunakan kaca mata/kotak virtual berisi video yang diberikan kepada pasien selama 15 menit dapat memberikan efek psikologis yang positif.	nyeri persalinan kala I fase aktif dengan melakukan intervensi mendengarkan Murrotal Al-Quran selama 11 menit menggunakan earphone, Sebelum dilakukan pemberian intervensi dilakukan penilaian skala nyeri yang diukur melalui Numeric Rating Scale (NRS) dimana diperoleh nilai skor 7,5 yang berarti rasa nyeri berada pada kategori nyeri berat. Kemudian dilakukan pemberian mendengarkan ayat suci ArRahman selama 11 menit dan diulang sebanyak 3-4 kali saat kontraksi berlangsung. Setelah diberikan intervensi didapatkan skala nyeri NRS 5 yaitu artinya nyeri sedang.	memberikan terapi murottal AlQur'an dengan durasi waktu 15 menit menggunakan headset, setelah dilakukan terapi penulis mengkaji ulang skala nyeri pasien.  Studi kasus ini menggunakan instrumen yaitu : DDQ, Numeric Rating Scale (NRS), dan Mp3 Surah Ar-Rahman 78 ayat by Mishari Rasyid AlAfasy.
<b>C (Comparison)</b>	Hasil PKM ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa mendengarkan Al-Quran dapat menurunkan nyeri pada pasien post operasi	Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian lain yang menyatakan bahwa terapi murottal berpengaruh besar dalam menurunkan respon nyeri pada pasien pasca	-	Hasil tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bahari Yan Syah pada tahun 2018 dengan hasil nyeri pasien post ORIF menurun setelah diberikan terapi murottal

	(Purnawan, I., Widyastuti, Y., Setiyarini, S., & Probosuseno, 2022)	operasi hernia di Cilacap. Melalui pemberian terapi murottal Al Quran akan terjadi perubahan arus listrik pada otot, perubahan peredaran darah, perubahan denyut jantung dan kadar darah pada kulit.		Al-Qur'an. Perbedaan penelitian yang dilakukan Bahari Yan Syah pada tahun 2018 dengan studi kasus ini yaitu pada bagian sampel yaitu 10 orang tetapi studi kasus ini hanya menggunakan 3 orang untuk sampel. Selain jumlah sampel, terdapat perbedaan pada rentang usia pasien. Pada penelitian yang dilakukan Bahari Yan Syah pada tahun 2018 usia dewasa awal (26-35) menjadi sebagian besar responden, sedangkan pada studi kasus ini ketiga pasien berada pada rentang usia lansia. Hal itu juga dapat mempengaruhi respon fisiologi seseorang terhadap nyeri yang dirasakan.
<b>O (Outcome)</b>	Evaluasi terhadap skala nyeri yang dirasakan oleh pasien sebelum dan setelah dilakukan terapi Murottal, sebagian besar menunjukkan menurun sejumlah 9 orang (75%). Skala nyeri yang dirasakan pasien mulai	Hasil tersebut menunjukkan terdapat perbedaan intensitas nyeri terendah yang sebelumnya pada skala 4 setelah diberikan kombinasi terapi murottal Al-Quran dan virtual reality menjadi	Hasil laporan dari penilaian nyeri yang dirasakan ibu menggunakan Numeric Rating Scale (NRS) sebelum dan sesudah intervensi menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan	Setelah diberikan terapi murottal Al-Qur'an surah Ar-Rahman dalam jangka waktu 3 hari skala nyeri menurun pada ketiga klien yang mengeluh nyeri skala sedang (4-6) menjadi skala ringan (1-3)

	<p>dari nyeri ringan sampai sedang. Skala nyeri yang tertinggi yaitu 7. Setelah dilakukan tindakan untuk mendengarkan Murotal, skala nyeri pasien menurun yang paling terendah yaitu 1. Sehingga, terapi Murotal ini dapat dikatakan sebagai salah satu terapi yang efektif untuk menurunkan nyeri pada pasien post operasi.</p>	<p>yang terendah pada skala 2.</p>	<p>penurunan 2 skala</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------	--

## **BAB III**

### **METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR**

#### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan peneliti dalam penelitian ini yaitu penelitian observasional deskriptif berupa laporan kasus (case report). Case report adalah salah satu rancangan pada penelitian deskriptif yang mendokumentasikan gambaran klinis yang mempunyai manifestasi yang tidak biasa atau jarang (Utarini, 2022).

#### **B. Waktu dan Tempat**

Penelitian telah dilakukan di Ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai bulan April sampai Mei 2024. Waktu pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan selama 5 hari dimulai tanggal 16 April 2024.

#### **C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN**

Proses pemilihan EBN menggunakan metode pencarian artikel yang digunakan dalam penelitian karya tulis akhir ini yaitu menggunakan Google Scholar. Dengan kriteria pada telusur jurnal yaitu jurnal yang telah terindeks nasional dan internasional dalam kurun waktu kurang dari 5 tahun. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian ini yaitu terapi terapi murottal surah Ar-Rahman, pasien terpasang ventilator, dan nyeri.

#### **D. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah subjek (misalnya manusia) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Adiputra, 2021). Populasi dalam karya tulis akhir ini yaitu seluruh pasien terpasang ventilator yang berada di ruangan ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang pada bulan April sampai Mei.

## **2. Sampel**

Sampel terdiri atas sebagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek melalui sampling. Sedangkan sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2016). Sampel dalam karya tulis akhir ini adalah 2 orang pasien terpasang ventilator di ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### **a. Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman saat menentukan kriteria inklusi. Dimana kriteria dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien terpasang ventilator yang mengalami nyeri skala
- 2) Pasien kooperatif dan memiliki kesadaran penuh
- 3) Pasien bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent saat pengambilan data dan dalam memberikan asuhan keperawatan

### **b. Kriteria Eksklusi**

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai hal sehingga dapat mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien yang memiliki gangguan pendengaran
- 2) Pasien CKD dengan penurunan kesadaran

## **E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data**

### **1. Jenis Data**

Jenis data yang dikumpulkan untuk pembuatan karya tulis ilmiah ini ada dua yaitu data primer dan data sekunder

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survey dan lain-lain (Nursalam, 2016). Data primer yang dikumpulkan meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari dokumen yang diperoleh dari suatu lembaga atau orang lain (Nursalam, 2016). Data sekunder yang dikumpulkan diperoleh dari rekam medis dan catatan perkembangan pasien meliputi hasil pemeriksaan penunjang dan obat-obatan.

## **2. Metode Pengumpulan Data**

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam sebuah penelitian (Nursalam, 2016). Metode pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan observasi terstruktur. Pengukuran wawancara terstruktur meliputi strategi yang memungkinkan adanya suatu control dari pembicaraan sesuai dengan isi yang diinginkan peneliti. Daftar pertanyaan biasanya sudah disusun sebelum diwawancara dan ditanyakan secara urut. Observasi terstruktur dimana peneliti secara cermat mendefinisikan apa yang akan diobservasi melalui suatu perencanaan yang matang (Nursalam, 2016). Wawancara dan observasi yang dilakukan kepada pasien dan keluarga meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital.

Langkah-langkah dalam pengumpulan data pada karya ilmiah akhir ners ini adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan skrining (identifikasi pasien) di Ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang

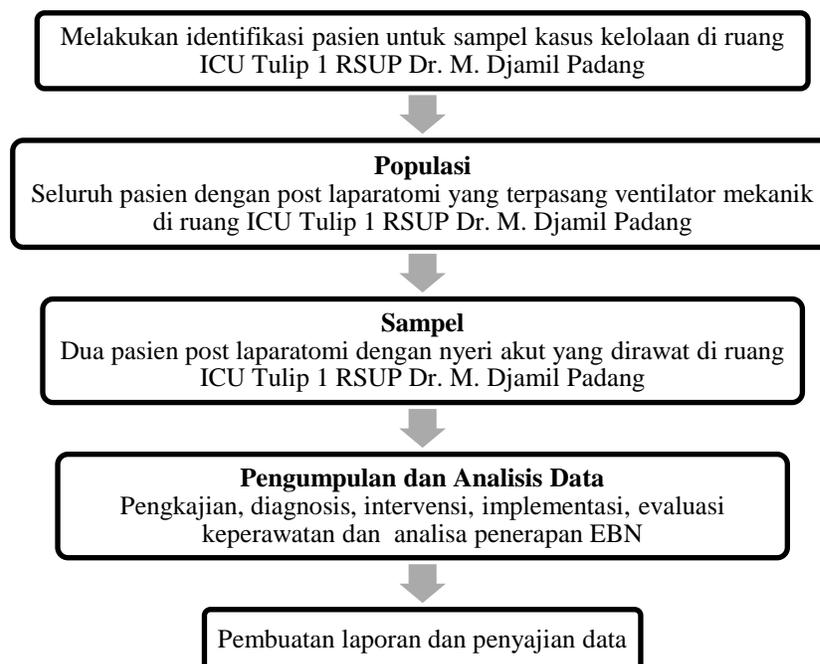
- b. Melakukan pendekatan secara informal kepada pasien yang dipilih sebagai responden kasus kelolaan dengan menjelaskan maksud dan tujuan, terapi murottal surah Ar-Rahman, serta memberikan lembar persetujuan. Jika pasien bersedia untuk diberikan terapi, maka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika pasien menolak akan diberikan terapi, maka peneliti tidak memaksa dan menghormati haknya.
- c. Pasien yang bersedia untuk diberikan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman akan dilakukan pengkajian keperawatan dengan cara wawancara dan observasi, biodata, keluhan utama dan pemeriksaan fisik.

#### F. Instrument

Instrument pengumpulan data yang digunakan pada karya tulis akhir ners ini berupa format pengkajian pada asuhan keperawatan pasien untuk memperoleh data biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dulu, riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan fisik dan hasil skoring.

#### G. Prosedur Karya Tulis Akhir

Bagan 3.1 Prosedur Karya Tulis Akhir



## **H. Analisis Data**

Pengolahan dan analisis data pada karya tulis akhir ners ini menggunakan metode analisis data kualitatif. Analisis data dimulai saat peneliti mengumpulkan data di tempat penelitian sampai semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan mengemukakan fakta dan membandingkan dengan teori yang ada kemudian dituangkan dalam bentuk opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan adalah teknik analisis naratif dengan cara menguraikan jawaban-jawaban dan hasil pengamatan yang diperoleh dari hasil studi dokumentasi secara mendalam sebagai jawaban dari rumusan masalah (Nursalam, 2016). Berikut ini merupakan urutan dalam analisis pada karya ilmiah akhir ners ini meliputi:

### **1. Reduksi Data**

Data hasil wawancara dan observasi yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan disajikan dalam satu transkrip dan dikelompokkan menjadi data-data sesuai dengan yang diperlukan untuk menjawab tujuan penelitian

### **2. Penyajian Data**

Penyajian data disesuaikan dengan rancangan penelitian yang sudah dipilih yaitu rancangan penelitian deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Data disajikan secara terstruktur atau narasi dan dapat disertakan dengan ungkapan verbal dari subjek penelitian sebagai data pendukung.

### **3. Kesimpulan**

Langkah setelah data disajikan yaitu pembahasan dan membandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan teori secara teoritis dengan perilaku kesehatan, kemudian ditarik kesimpulan dengan metode induksi yang diurutkan sesuai dengan proses keperawatan dan terapi inovasi meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi, hasil analisis pemberian terapi inovasi.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil

Penelitian yang dilakukan pada tanggal 16 April sampai 05 Mei 2024 di Ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang, kedua partisipan Ny. W dan Tn. R dirawat di ruang ICU. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, rencana, implementasi dan evaluasi keperawatan yang dilakukan dengan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik.

#### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dimulai dari 16 April sampai 05 Mei 2024 pukul 08.30 WIB pada partisipan I Ny. W berusia 71 tahun dengan diagnosa Post Laparatomi Eksplorasi + Ileostomy a.i Ileus Obstruksi Letak Rendah e.c Tumor Colon Descenden + Sigmoid. Partisipan II Tn. R berusia 60 tahun dengan diagnosa Post Laparatomi LAR a.i Tumor Recti Susp. Malignancy + Respiratory Disorder. Hasil penelitian tentang pengkajian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik pada kedua partisipan dituangkan pada tabel sebagai berikut :

Table 3.0-1 Pengkajian *Primary Survey*

Pengkajian	Partisipan I	Partisipan II
<i>Airway</i>	Pasien terpasang ETT No. 7 menggunakan ventilator mode CPAP asb 10, FiO2 40%, PEEP 6 RRspont 12x/i, SPO2 100% terdapat produksi secret banyak di sekitar TC dan oral, kental dan putih kekuningan.	Pasien tepasang ETT No. 7 menggunakan ventilator mode BIPAP Pins 12, PS 5, PEEP 5, FiO2 50%, RR 12 x/i, SPO2 100%, tampak banyak secret di sekitar TC dan oral, kental dan kekuningan.
<i>Breathing</i>	RR 12 x/i, SPO2 100%, terdengar suara napas tambahan ronchi di seluruh lapang paru.	RR 12 x/i, SPO2 100%, tidak terdengar suara napas tambahan, ronchi (-).

<i>Circulation</i>	TD 111/63 mmHg, T 38,1°C, N 118x/i, RRspont 12 x/i, SPO2 100%, capillary refill time > detik, akral teraba dingin Intake oral tidak ada, pasien masih dipuaskan, intake parenteral IVFD tutosol 8 jam/kolf, inj. Ampisilin sulbactam 3 x 1.500 g, Inf. Metronidazole 3 x 500 mg, inj. Omeprazole 2 x 40 mg, inj. Ketorolac 3 x 30 mg, inj. asam tranexamat 3 x 1 gr, inj. vit K 3 x 10 mg, inf. paracetamol 1 gr k/p. Total intake ± 1100 cc/24 jam output urine ± 300 cc/24 jam balance cairan + 800 cc	TD 191/116 mmHg, N 121 x/i, T 36°C, SPO2 100%, urin pasien tampak jernih, ± 800 cc/24 jam, CRT < 2 detik, akral teraba dingin, pasien masih dipuaskan, intake parenteral IVFD tutosol 8 jam/kolf, inj, ampicillin sulbactam 3 x 1.5 gr, Inf. Metrodinazole 3 x 500 mg, inj. Omeprazole 2 x 40 mg, inj. Ketorolac 3 x 30 mg, asam tranexamat 3 x 1 gr, vit K 3 x 10 mg, paracetamol 1 gr k/p.
<i>Disability</i>	Kesadaran <i>compos mentis</i> GCS 15 (E4 Vett M6), reflek fisiologis +/+, reflek cahaya +/+, pupil 2/2, reflek patologis -/-, kekuatan otot melemah	KU berat, kesadaran pasien sd/kpo, reflek fisiologis +/+, pupil 2/2, reflek patologis -/-, kekuatan otot melemah
<i>Exposure</i>	T 38,1°C, tidak ada perdarahan, pasien terpasang CVC pada vena jugular intena kanan terdapat luka post laparatomi pada abdomen, terdapat stoma bag, drain ileostomy sinistra.	T 36°C, Pasien tampak meringis, pasien post laparatomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy POD 1, pasien terpasang CVC, terdapat luka post laparatomi pada abdomen pasien.

Table 3.0-2 Pengkajian *Secondary Survey*

<b>Pengkajian</b>	<b>Partisipan I</b>	<b>Partisipan II</b>
<b>Identitas pasien</b>	Studi dokumentasi dan wawancara:  Seorang perempuan, Ny. W (pensiunan), sudah menikah dengan usia 71 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SMA,	Studi dokumentasi dan wawancara:  Seorang laki-laki, Tn. R (petani) sudah menikah dengan usia 60 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, Nomor

	Nomor MR 01215617 dengan diagnosa Post Laparotomi Eksplorasi + Ileostomy a.i Ileus Obstruksi Letak Rendah e.c Tumor Colon Descenden + Sigmoid	MR 01217322 dengan diagnosa Post Laparotomi LAR a.i Tumor Recti Susp. Malignancy + Respiratory Disorder
<b>Riwayat kesehatan</b>  <b>Keluhan utama</b>	Ny. W masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD, keluarga pasien mengatakan perutnya membesar sejak 5 hari SMRS, nyeri pada perut bagian kanan, keluarga mengatakan pasien juga merasa mual namun tidak muntah. Keluarga mengatakan pasien dijadwalkan untuk OK-CITO.	Pasien masuk IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang karena BAB berdarah sejak 3 bulan SMRS, tidak ada benjolan pada anus pasien, pasien mengeluh nyeri pada perut.
<b>Riwayat kesehatan sekarang</b>	<b>Pemeriksaan Fisik :</b>  Pada saat dilakukan pengkajian pada 16 April 2024 pukul 11.00 WIB pasien terintubasi, terpasang ventilator mode CPAP asb 10 PEEP 6 FiO2 40% SPO2 100%, RR 12 x/i, kesadaran sd/kpo, ku sedang, GCS: E4 M5 V(ETT), N 118 x/i, TD 111/63 mmHg, MAP 79, T 38,1°C tampak bekas luka operasi Laparotomi pada abdomen pasien, luka tampak tertutup perban, perut tampak sedikit distensi, pasien terpasang stoma, pasien terpasang DC urin tampak sedikit dan pekat. Pasien dirawat di ruang ICU dengan post Laparotomi eksplorasi semenjak 1 hari yll pada tanggal 15 April 2024, pasien tampak gelisah dan berhati-hati pada bekas post op nya, pasien tampak meringis, BPS 7	<b>Pemeriksaan Fisik :</b>  Pada saat dilakukan pengkajian pada 27 April 2024 pukul 11.00 WIB pasien terintubasi, terpasang ventilator mode BIPAP Pins 12, PS 5, PEEP 5, FiO2 50%, RR 12 x/i, KU berat, kesadaran pasien sd/kpo, TD 191/116 mmHg, N 121 x/i, T 36°C, SPO2 100%, pasien post Laparotomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy POD 1. Pasien tampak meringis, tampak banyak secret di sekitar TC dan oral, kental dan kekuningan, ronkhi (-), pasien tampak meringis, bersikap protektif terhadap lukanya, BPS 8, urin pasien tampak jernih, ± 800 cc/24 jam.
<b>Riwayat kesehatan</b>	Keluarga mengatakan pasien sudah mengalami hipertensi semenjak	Keluarga mengatakan pasien tidak pernah dirawat di RS

<b>dahulu</b>	sekitar 10 tahun yll, tidak ada riwayat penyakit DM	sebelumnya, pasien juga tidak pernah mengeluhkan ada sakit.
<b>Riwayat kesehatan keluarga</b>	Keluarga mengatakan tidak anggota keluarga yang mengalami penyakit sama, orang tua klien juga memiliki riwayat penyakit hipertensi	Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit Hipertensi (-), DM (-), dan penyakit yang sama dengan pasien.
<b>Pola eliminasi</b>	<p>a. Sehat Keluarga mengatakan BAK pasien DNB, pasien tidak BAB semenjak 1 minggu SMRS</p> <p>b. Sakit Saat dilakukan pengkajian urine pasien sedikit dan pekat, BAB tampak DNB via stoma berwarna kehijauan, encer dan berampas.</p>	<p>a. Sehat BAB : keluarga mengatakan pasien BAB secara teratur setiap pagi dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning. BAK : pada saat sehat pasien BAK kurang lebih sebanyak 5-6 kali dalam sehari, berwarna jernih, dan tidak ada nyeri ketika BAK.</p> <p>b. Sakit BAB : pasien BAB berdarah semenjak 3 bulan yang lalu warna kehitaman, dan memberat (darah segar) semenjak 3 hari SMRS. Saat dilakukan pengkajian pasien tampak BAB pasien tidak lagi berdarah. BAK : pada saat sakit pasien terpasang dower catheter, jumlah urin normal <math>\pm</math> 800 cc warna jernih.</p>
<b>Pola istirahat dan tidur</b>	<p>a. Sehat Keluarga mengatakan saat sehat pasien tidur 7-8 jam sehari pada malam hari dan tidur siang 1-2 jam.</p> <p>b. Sakit Pasien tampak tidak mengalami kesulitan tidur, pasien lebih sering tertidur.</p>	<p>a. Sehat Keluarga mengatakan saat sehat pasien tidur 7-8 jam sehari pada malam hari dan tidur siang 1-2 jam</p> <p>b. Sakit Saat sakit pasien tampak sering terjaga dan tidur sebentar-sebentar karena</p>

	Terjaga saat ada tindakan yang dilakukan pada pasien.	nyeri dan tindakan-tindakan yang dialami oleh pasien.
<b>Pola persepsi sensorial dan kognitif</b>	Pasien terpasang ETT dan kesadaran sd/kpo sehingga terhambat dalam melakukan komunikasi secara verbal.	Keluarga mengatakan pasien dulu sering merasa gelisah dengan keadaan tubuhnya.
<b>Pola persepsi dan konsep diri</b>	Pasien terpasang ETT dan kesadaran sd/kpo sehingga terhambat dalam melakukan komunikasi secara verbal.	Keluarga mengatakan pasien sangat berharap ia bisa sembuh dan orang-orang disekitarnya juga selalu memberikan dukungan pada pasien agar terus menjalani pengobatan.
<b>Pemeriksaan fisik</b>	<p>Keadaan umum pasien sedang, pasien lemah dengan kesadaran sd/kpo GCS 15 (E4 Vett M6) pasien kooperatif, berat badan 70 kg, tinggi badan 160 cm, LILA 26 cm. Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 111/63 mmHg, Nadi : 118 x/i teraba lemah, Suhu : 38,1°C, Pernapasan 12 x/i. Pada pemeriksaan fisik didapatkan :</p> <p><b>Wajah</b> tampak simetris kiri dan kanan, tampak pucat, dan tidak ada lesi.</p> <p><b>Mata</b> simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor 2/2, reflek cahaya +/-.</p> <p><b>Mulut</b> mukosa bibir tampak kering, gigi terlihat kuning dan tidak lengkap, pasien terintubasi terpasang ETT No. 7 napas dengan VM mode CPAP</p> <p><b>Dada dan Thorax</b> tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi, pergerakan diafragma simetris, fremitus sulit</p>	<p>Keadaan umum pasien berat, pasien lemah dengan kesadaran sd/kpo GCS sulit dinilai, berat badan 60 kg, tinggi badan 165 cm. Tanda-tanda vital Tekanan Darah 191/116 mmHg, Nadi 121 x/i, Suhu 36°C, Pernapasan 12 x/i, MAP 141. Pada pemeriksaan fisik didapatkan :</p> <p><b>Wajah</b> tampak simetris kiri dan kanan, tampak sedikit pucat, dan tidak ada lesi.</p> <p><b>Mata</b> simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor 2/2, reflek cahaya +/-.</p> <p><b>Mulut</b> mukosa bibir tampak sedikit kering, gigi terlihat bersih dan tidak lengkap, pasien terintubasi terpasang ETT No. 7 napas dengan VM mode BIPAP</p> <p><b>Dada dan Thorax</b> tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi, pergerakan diafragma simetris, fremitus sulit</p>

	<p>dinilai karena pasien tirah baring dan terpasang ETT, perkusi dada terdengar sonor, pada saat auskultasi terdengar suara napas tambahan ronkhi</p> <p><b>Jantung</b> tampak ictus cordis tidak terlihat, ketika di palpasi ictus cordis teraba 1 jari lateral Imcs RIC V, dan terdengar bunyi jantung regular S1: Lub S2: Dup, perkusi terdengar pekak, tidak ada suara tambahan pada jantung</p> <p><b>Abdomen</b> tampak luka post laparotomi vertical pada mid abdomen anterior, terdapat stoma bag pada kolon dextra dengan diameter insisi <math>\pm</math> 4-5 cm, terdapat drain ileostomy pada abdomen sinistra dengan produksi cairan minimal, BU 12 x/i, perkusi timpani, palpasi terdapat nyeri pada seluruh abdomen pasien.</p> <p><b>Ekstremitas</b> CRT &gt; 3 detik, akral teraba dingin, tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, kekuatan otot menurun akibat pengaruh obat dan kondisi pasien, warna kulit tampak pucat, turgor kulit menurun.</p> <p><b>Genitalia</b> kelamin berjenis perempuan, produksi urin pasien tampak sedikit, BAB via stoma berwarna kehijauan, encer berampas.</p>	<p>dinilai karena pasien tirah baring dan terpasang ETT, perkusi dada terdengar sonor, pada saat auskultasi tidak terdengar suara napas tambahan, ronkhi (-).</p> <p><b>Jantung</b> ictus cordis tidak terlihat, ketika dipalpasi ictus cordis teraba 1 jari lateral Imcs RIC V, dan terdengar bunyi jantung regular S1: Lub S2: Dup, perkusi terdengar pekak, tidak ada suara tambahan pada jantung</p> <p><b>Abdomen</b> tampak luka post laparotomi vertical pada mid abdomen anterior, luka tampak bersih dan tertutup perban dari OK. BU 17 x/i, perkusi timpani, palpasi terdapat nyeri pada area luka post op pasien.</p> <p><b>Ekstremitas</b> CRT &lt; 2 detik, akral teraba dingin, tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, kekuatan otot menurun akibat pengaruh obat dan kondisi pasien, warna kulit tampak sedikit pucat, turgor kulit normal.</p> <p><b>Genitalia</b> kelamin berjenis laki-laki, produksi urin pasien <math>\pm</math> 800 cc/24 jam, BAB belum ada.</p>
<b>Data penunjang</b>	Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal <b>16 April 2024</b> : Albumin 2,5 g/dL,	Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal <b>27 April 2024</b> : Albumin 4,1 g/dL,

	Hemoglobin 12,4 g/dL, Leukosit 16,20 $10^3/\text{mm}^3$ , K <sup>+</sup> 2,8 mmol/L, Globulin 3,4 g/dL, Kalium 3,1 mmol/L, GLU 117 mg/dL, LAC 2,9 mmol/L, PO <sub>2</sub> 115 mmHg, HCO <sub>3</sub> 28,5 mmol/L, hematocrit 47 %	bilirubin direk 0,5 mg/dL, bilirubin indirek 0,9 mg/dL, bilirubin total 1,4 mg/dL, leukosit 11,55 $10^3/\text{mm}^3$ , CA ++ 0.70 mmol/L, LAC 3,1 mmol/L, pH(T) 7,25, pCO <sub>2</sub> (T) 50 mmHg, pO <sub>2</sub> (T) 156 mmHg, total protein 5,0 g/dL
<b>Terapi</b>	IVFD Tutosol 8 jam/kolf Po Paracetamol 1 gr k/p Inj. Omeprazole 2 x 40 mg Inj. Vit. K 3 x 10 mg Inj. Asam tranexamat 3 x 1 gr Inf. Metronidazole 3 x 500 mg Inj. Ampicilin Sulbactam 3 x 3 gr Inj. Ketorolac 3 x 30 mg Inj. Omeprazole 2 x 40 mg	IVFD tutosol 8 jam/kolf Inj, ampicillin sulbactam 3 x 1.5 gr Inf. Metrodinazole 3 x 500 mg Inj. Omeprazole 2 x 40 mg Inj. Ketorolac 3 x 30 mg Asam tranexamat 3 x 1 gr Vit K 3 x 10 mg Paracetamol 1 gr k/p

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data yang didapatkan berupa data subjektif dan objektif. Berikut ini diagnosa keperawatan yang ditegakkan perawat ruangan berdasarkan studi dokumentasi dan hasil observasi beserta wawancara adalah sebagai berikut :

Table 3.0-3 Diagnosa keperawatan Partisipan I dan Partisipan II

<b>Partisipan I</b>	<b>Partisipan II</b>
<p>Diagnosa berdasarkan hasil observasi peneliti dan wawancara :</p> <p>a. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme. Data subjektif tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT. Data objektif tampak penggunaan otot bantu napas, PO<sub>2</sub> menurun, PCO<sub>2</sub> menurun, SaO<sub>2</sub> menurun.</p> <p>b. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan. Data subjektif tidak dapat dikaji karena pasien terpasang</p>	<p>Diagnosa berdasarkan hasil observasi peneliti dan wawancara :</p> <p>a. Gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme. Data subjektif tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT. Data objektif tampak penggunaan otot bantu napas, PO<sub>2</sub> menurun, PCO<sub>2</sub> menurun, SaO<sub>2</sub> menurun.</p>

<p>ETT. Data objektif frekuensi nadi pasien 118 x/i, TD 111/63 mmHg, MAP 79, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, mukosa bibir tampak kering, urin pasien sedikit dan pekat, T 38,1°C , CRT &gt; 3 detik, intake ± 1100 cc/24 jam output urine ± 300 cc/24 jam balance cairan + 800 cc ureum 70 mg, kreatinin 0,9 mg/dL, albumin 2,2 gr/dL, hematocrit 47%</p> <p>c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Data subjektif pasien tidak dapat dikaji karena terpasang ETT. Data objektif pasien terpasang ETT No. 7, pasien tampak gelisah, bunyi napas ronchi (+), pasien tidak mampu untuk batuk, terdengar suara napas gargling, pasien menggunakan VM mode CPAP asb 10, FiO2 40%, PEEP 6 RRspont 12x/i, SPO2 100% terdapat produksi secret banyak di sekitar TC dan oral, kental dan putih kekuningan, N 118 x/i, TD 111/63 mmHg, MAP 79, T 38,1°C.</p> <p>d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Data subjektif pasien tidak dapat dikaji karena terpasang ETT. Data objektif pasien tampak meringis, pasien tampak bersikap hati-hati, pasien tampak gelisah, N 118 x/i, TD 111/63 mmHg, pasien menggunakan VM mode CPAP asb 10, FiO2 40%, PEEP 6 RRspont 12x/i, SPO2 100%, pasien post Laparatomi 1 hari yll pada mid abdomen anterior, pasien terpasang stoma bag pada abdomen dextra, pasien terpasang drain pada abdomen sinistra dengan produksi cairan minimal, BPS 7</p>	<p>b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Data subjektif tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT. Data objektif, pasien terintubasi ETT no. 7, terpasang ventilator mode BIPAP Pins 12, PS 5, PEEP 5, FiO2 50%, RR 12 x/i, KU berat, kesadaran pasien sd/kpo, SPO2 100%, pasien post Laparatomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy POD 1, tampak banyak secret di sekitar TC dan oral, kental dan kekuningan, ronkhi (-)</p> <p>c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op Laparatomi). Data subjektif tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT. Data objektif TD 191/116 mmHg, N 121 x/i, T 36°C, BPS (Skala nyeri) 8, pasien tampak meringis, pasien post Laparatomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy POD 1, pasien tampak meringis, bersikap protektif terhadap lukanya, urin pasien tampak jernih, ± 800 cc/24 jam, pasien tampak sering terbangun karena nyerinya</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada kedua partisipan engacu pada SLKI dan SKI berdasarkan hasil dokumentasi status Partisipan I dan Partisipan II adalah seperti yang tertera pada tabel di bawah ini :

Table 3.0-4 Rencana Keperawatan Partisipan I dan Partisipan II

Partisipan I	Partisipan II
<p>a. Intervensi diagnosa gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme berdasarkan <b>SLKI : Ventilasi Spontan Membaik</b> dengan kriteria hasil : dispnea menurun, gelisah menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, PCO<sub>2</sub> membaik, PO<sub>2</sub> membaik, takikardia membaik. <b>SIKI : Dukungan Ventilasi</b> Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas, identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan, monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen), pertahankan kepatenan jalan nafas dan penggunaan ventilator, berikan oksigenasi sesuai kebutuhan, fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin, ajarkan teknik relaksasi napas dalam, ajarkan mengubah posisi secara mandiri, ajarkan teknik batuk efektif. <b>Pemantauan Respirasi</b> Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas, kemampuan batuk efektif. monitor adanya produksi sputum, monitor adanya sumbatan sumbatan jalan napas, atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasi hasil pemantauan, jelaskan tujuan pemantauan,</p>	<p>a. Intervensi diagnosa gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme berdasarkan <b>SLKI : Ventilasi Spontan Membaik</b> dengan kriteria hasil : dispnea menurun, gelisah menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, PCO<sub>2</sub> membaik, PO<sub>2</sub> membaik, takikardia membaik. <b>SIKI : Dukungan Ventilasi</b> Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas, identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan, monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen), pertahankan kepatenan jalan nafas dan penggunaan ventilator, berikan oksigenasi sesuai kebutuhan, fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin, ajarkan teknik relaksasi napas dalam, ajarkan mengubah posisi secara mandiri, ajarkan teknik batuk efektif. <b>Pemantauan Respirasi</b> Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas, monitor pola napas, kemampuan batuk efektif. monitor adanya produksi sputum, monitor adanya sumbatan sumbatan jalan napas, atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasi hasil pemantauan, jelaskan tujuan pemantauan, informasikan hasil</p>

<p>informasikan hasil pemantauan</p> <p>b. Intervensi diagnosa hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan berdasarkan <b>SLKI : Status Cairan Membaik</b> dengan kriteria hasil : kekuatan nadi meningkat, turgor kulit meningkat, output urine meningkat, pengisian vena meningkat, konsentrasi urin menurun, frekuensi nadi membaik, membrane mukosa membaik, intake cairan membaik, suhu tubuh membaik. <b>SIKI : Manajemen Hipovolemia</b> Periksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah), monitor intake dan output cairan, hitung kebutuhan cairan, berikan posisi modified trendelenburg, berikan asupan cairan oral, olaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL), kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%), kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate), kolaborasi pemberian produk darah. <b>SIKI : Pemantauan Tanda Vital</b> monitor tekanan darah, monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama), monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman), monitor suhu tubuh, monitor oksimetri nadi, monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD), identifikasi penyebab perubahan tanda vital, atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan.</p> <p>c. Intervensi diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan</p>	<p>pemantuan</p> <p>b. Intervensi diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. <b>SLKI : Bersihan Jalan Napas Meningkat</b> dengan kriteria hasil : Produksi sputum menurun, sulit bicara menurun, gelisah menurun, fekuensi napas membaik. <b>SIKI : Manajemen Jalan Napas</b> monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), lakukan fisioterapi dada, jika perlu, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotreakal, laborasi pemberian bronkodilator ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p> <p>c. Intervensi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. <b>SLKI : Tingkat Nyeri Menurun</b> dengan kriteria hasil : Meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, focus membaik, kesulitan tidur menurun. <b>SIKI : Manajemen Nyeri</b> identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, dentifikasi respon nyeri non verbal, iidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, dentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, dentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer (mendengarkan murottal</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>hipersekreasi jalan napas. <b>SLKI : Bersihan Jalan Napas Meningkat</b> dengan kriteria hasil : produksi sputum menurun, sulit bicara menurun, gelisah menurun, frekuensi napas membaik. <b>SIKI : Manajemen Jalan Napas</b> monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), lakukan fisioterapi dada, jika perlu, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotracheal, olaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p> <p>d. Intervensi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. <b>SLKI : Tingkat Nyeri Menurun</b> dengan kriteria hasil : meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, focus membaik. <b>SIKI : Manajemen Nyeri</b> identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer (mendengarkan murottal surah Ar-Rahman untuk mengurangi nyer) yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik, ontrol lingkungan yang memperberat</p>	<p>surah Ar-Rahman untuk mengurangi nyer) yang sudah diberikan, monitor efek samping penggunaan analgetik, ontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan berdasarkan hasil studi dokumentasi, wawancara, serta observasi Partisipan I dan Partisipan II adalah seperti yang tertara pada tabel dibawah ini:

Table 3.0-5 Implementasi Keperawatan Partisipan I dan Partisipan II

Partisipan I	Partisipan II
<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 4 hari dari tanggal 16 April – 19 April 2024 untuk diagnosa gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas</li> <li>Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan</li> <li>Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)</li> <li>Mempertahankan kepatenan jalan nafas dan penggunaan ventilator</li> <li>Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan</li> <li>Mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif</li> </ol> <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 4 hari dari tanggal 16 April – 19 April 2024 untuk diagnosa hipovolemia berhubungan kekurangan intake cairan</p>	<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 27 April – 29 April 2024 untuk diagnosa gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas</li> <li>Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan</li> <li>Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)</li> <li>Mempertahankan kepatenan jalan nafas dan penggunaan ventilator</li> <li>Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan</li> <li>Mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif</li> </ol> <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 27 April – 29 April 2024 untuk diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan</p>

<p>antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, konsentrasi urin meningkat, ureum meningkat, kreatinin meningkat)</li> <li>Memonitor suhu tubuh pasien</li> <li>Memonitor saturasi oksigen pasien</li> <li>Memonitor intake dan output cairan pasien</li> <li>Menghitung kebutuhan cairan pasien</li> <li>Mengatur posisi modified trendelenburg</li> <li>Memberikan cairan hipotonis Tutosol 1500 cc/24 jam</li> </ol> <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 4 hari dari tanggal 16 April – 19 April 2024 untuk diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>Memonitor bunyi napas tambahan (gargling, ronkhi)</li> <li>Memonitor sputum pasien (jumlah, warna, aroma)</li> <li>Melakukan fisioterapi dada</li> <li>Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> </ol> <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 4 hari dari tanggal 16 April – 19 April 2024 untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas</li> </ol>	<p>hipersekresi jalan napas antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>Memonitor bunyi napas tambahan (gargling, ronkhi)</li> <li>Memonitor sputum pasien (jumlah, warna, aroma)</li> <li>Melakukan fisioterapi dada</li> <li>Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> </ol> <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 27 April – 29 April 2024 untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>Memberikan terapi komplementer terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman 78 ayat by Mishari Rasyid Al-Afasy</li> <li>Memonitor keberhasilan terapi komplementer (mendengarkan murottal surah Ar-Rahman untuk mengurangi nyeri)</li> <li>Memonitor efek samping penggunaan analgetik</li> <li>Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ol>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

nyeri b. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal c. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri d. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup e. Memberikan terapi komplementer terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman 78 ayat by Mishari Rasyid Al-Afasy f. Memonitor keberhasilan terapi komplementer (mendengarkan murottal surah Ar-Rahman untuk mengurangi nyeri) g. Memonitor efek samping penggunaan analgetik h. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) i. Memfasilitasi istirahat dan tidur, j. Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	i. Memfasilitasi istirahat dan tidur, j. Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan Partisipan I dan Partisipan II adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini :

Table 3.6 Evaluasi Keperawatan Partisipan I dan Partisipan II

Partisipan I	Partisipan II
a. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. W pada hari ke 3 dengan diagnosa gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme, didapatkan hasil pasien sudah ter esktube, pasien dapat bernapas spontan, pasien mampu batuk efektif, retraksi dinding dada minimal, napas teratur, SaO <sub>2</sub> 100%. Masalah gangguan ventilasi spontan teratasi, intervensi	a. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. R pada hari ke 3 dengan diagnosa gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan gangguan metabolisme, didapatkan hasil pasien sudah ter esktube, pasien dapat bernapas spontan, pasien mampu batuk efektif, retraksi dinding dada minimal, napas teratur, SaO <sub>2</sub> 100%. Masalah gangguan ventilasi spontan teratasi,

<p>dihentikan.</p> <p>b. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. W pada hari ke 3 dengan diagnosa hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, didapatkan hasil, pasien sudah ter ekstube, napas spontan menggunakan NRM 8 L/i, pasien mengeluh merasa lemah, N 98 x/i, TD 130/75 mmHg, nadi tidak teraba lemah, turgor kulit cukup meningkat, mukosa bibir tampak tidak kering, urin 900 cc/24 jam berwarna kuning, tidak pekat, CRT &lt; 2 detik, T 36,5°C, Albumin 2,7 gr/dL. Dari hasil analisis masalah hipovolemia teratasi, intervensi dihentikan.</p> <p>c. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. W pada hari ke 3 dengan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, didapatkan hasil pasien masih kesulitan berbicara karena post ekstube hari 1, RR 22 x/i, pasien sudah mampu batuk secara mandiri dan mengeluarkan secret, secret sudah berkurang, terdengar suara napas tambahan ronkhi, pasien masih tampak gelisah. Dari hasil analisis masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan</p> <p>d. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. W pada hari ke 3 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, didapatkan hasil pasien masih mengeluh nyeri, tampak meringis, pasien tampak gelisah, skala nyeri BPS 3, N 98 x/i, TD 130/75 mmHg. Dari hasil analisis masalah nyeri akut teratasi sebagian, intervensi</p>	<p>intervensi dihentikan.</p> <p>b. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. R pada hari ke 3 dengan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, didapatkan hasil pasien telah di ekstube tanggal 28 April 2024, pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang, pasien tampak gelisah, bunyi napas ronkhi (-), pasien sudah mampu untuk batuk, pasien menggunakan oksigen binasal 5 lpm, RRspont 20 x/i, SPO2 100%, produksi secret sudah berkurang, N 103 x/i, TD 171/100 mmHg, T 36,5°C. Dari hasil analisis masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, intervensi manajemen jalan napas dilanjutkan</p> <p>c. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Tn. R pada hari ke 3 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, didapatkan hasil pasien telah di ekstube tanggal 28 April 2024, pasien tampak meringis, pasien tampak bersikap hati-hati, pasien tampak gelisah, N 103 x/i, TD 171/100 mmHg, pasien menggunakan oksigen binasal 5 lpm, RRspont 20 x/I, SPO2 100%, pasien post Laparatomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy POD 2 yll pada mid abdomen anterior, BPS (skala nyeri) 4. Dari hasil analisis masalah nyeri akut belum teratasi, intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

dilanjutkan.	
--------------	--

## **B. Pembahasan**

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan kritis yang dilakukan pada partisipan I (Ny. W) dan partisipan II (Tn. R) dengan kasus post Laparatomi di ruangan ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang. Dalam bab ini peneliti akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus. Peneliti juga membahas kesulitan yang ditemukan terhadap partisipan I (Ny. W) dan partisipan II (Tn. R) dengan kasus post Laparatomi. Di dalam penyusunan asuhan keperawatan peneliti melakukan pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi serta penerapan EBN dengan uraian sebagai berikut.

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Indikasi atas Laparatomi pada kedua partisipan berbeda, Ny. W disebabkan karena tumor kolon descenden, sedangkan Tn. R disebabkan karena tumor recti. Keluarga mengatakan tidak ada keluarga dengan penyakit yang sama dengan pasien. Menurut (Grace, Pierce A, 2007) salah satu penatalaksanaan surgery pada pasien dengan kanker kolon adalah operasi kolostomi (pembuatan stoma). Kolostomi merupakan sebuah prosedur pembedahan untuk mengalihkan feses dari usus besar dengan menarik bagian usus melalui sayatan perut kemudian menjahitnya di kulit yang sering disebut stoma. Pembuatan stoma ini dapat bersifat permanen maupun sementara tergantung pada tujuan dari tindakan dan kondisi yang dialami pasien. Laparatomi juga suatu penatalaksanaan yang digunakan untuk tumor recti. Menurut (Sjamsuhidayat W., 2017) satu-satunya kemungkinan terapi kuratif ialah tindak bedah. Tujuan utama ialah memperlancar saluran cerna, baik bersifat kuratif maupun nonkuratif. Tindak bedah terdiri atas reseksi luas kasinoma primer dan kelenjar limfa regional. Bila sudah terjadi metastasis jauh, tumor

primer akan direseksi juga dengan maksud mencegah obstruksi, perdarahan, anemia, inkontinensia, fistel dan nyeri.

Hal ini juga didukung dengan teori oleh (Marley, 2016) yang menyebutkan bahwa pembedahan merupakan pengobatan yang paling umum dilakukan pada kanker kolorektal. Pembedahan adalah pengobatan paling umum untuk kanker kolorektal dan dapat berkisar mulai dari minimal invasive, seperti pengangkatan polip selama kolonoskopi, hingga dalam kasus yang jarang terjadi, dilakukan pengangkatan seluruh usus besar, banyak operasi yang melibatkan pengangkatan tumor, bagian usus besar tempat tumor ditemukan, jaringan normal di sekitarnya dan kelenjar getah bening disekitarnya.

Pada saat pengkajian tanggal 16 dan 27 April 2024 ditemukan bahwa pasien berada pada usia di atas 50 tahun. Angka insiden dan mortalitas kolorektal bertambah secara drastic setelah usia di atas 50 tahun. Usia tua menjadi salah satu faktor risiko kejadian kanker kolorektal. Diagnosis kanker kolorektal meningkat dengan progresif semenjak usia 40 tahun, dan meningkat tajam setelah usia 50 tahun. Lebih dari 90% kasus kanker kolorektal terjadi pada usia di atas 50 tahun. Angka kejadian pada usia 60-79 tahun 50 kali lebih tinggi dibandingkan dengan usia kurang dari 40 tahun (Khosama, 2012).

Berpengaruhnya usia tua sebagai faktor risiko dari kanker kolorektal dapat disebabkan karena terjadinya mutasi dari DNA sel-sel penyusun dinding kolon yang akhirnya terakumulasi seiring dengan bertambahnya usia seseorang. Penyebab lain mungkin berkaitan dengan terjadinya penurunan dari fungsi kekebalan tubuh serta semakin bertambahnya paparan dari agen karsinogenik (Raihana dkk, 2015).

Hasil pengkajian menunjukkan kedua partisipan merupakan lansia. Berdasarkan penelitian oleh (Wijaya, 2015) usia memiliki hubungan yang signifikan dengan intensitas nyeri pasca bedah abdomen. Menurut (Smeltzer & Bare, 2012) Pada lansia terdapat perubahan morfologi maupun fungsi dari reseptor nosiseptif di kulit, termasuk reseptor nyeri suhu dan tekan. Hal ini

dapat memengaruhi perbedaan ambang batas stimulus suhu dan tekan dibandingkan elektrik. Sebagian besar

Pada saat pengkajian tanggal 16 dan 27 April 2024 ditemukan bahwa kedua pasien berbeda jenis kelamin. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh (Yusa, 2012) bahwa faktor risiko kanker kolorektal terjadi pada jenis kelamin laki-laki, tetapi ada juga yang menyatakan jika terbanyak pada jenis kelamin perempuan seperti penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Soedarso Pontianak tahun 2011-2012 oleh Yusra yang hasilnya pasien yang terdiagnosis kanker kolorektal di RSUD tersebut berjenis kelamin perempuan sebanyak 50,3% dan pada laki-laki sebanyak 49,7%. Hal-hal tersebut dapat disimpulkan jika jenis kelamin sudah tidak berpengaruh terhadap terjadinya kanker kolorektal dan semua jenis kelamin mempunyai potensi yang sama terkena kanker kolorektal.

Pada saat pengkajian tanggal 16 dan 27 April 2024 ditemukan bahwa terdapat gangguan pada defekasi pasien, tidak BAB selama satu minggu dan BAB berdarah. Hal ini sejalan dengan teori menurut (Lenggogeni, 2023) bahwa tanda gejala dari kanker kolorektal ialah perubahan pada pola defekasi seperti perdarahan berupa darah segar, baik prominen maupun occult, mucus/lendir yang bercampur dengan feses banyak dijumpi pada tumor yang terletak pada rectum bagian distal, diare di pagi hari berupa campuran darah dan lendir, berbau busuk, tanpa ampas pada pagi hari, nyeri pada pinggang bagian bawah, mual dan muntah, adanya tanda obstruksi usus. Gejala lainnya yang sering ditemukan adalah adanya keinginan defekasi, sering berkemih. Semua karsinoma kolorektal dapat menyebabkan ulserasi, perdarahan, nyeri, obstruksi atau invasi menembus dinding usus dan kelenjar-kelenjar regional bisa menyebabkan terjadinya manifestasi klinis terutama ditemukan oleh lokasi dari tumor.

Pada saat pengkajian tanggal 16 April 2024 ditemukan pada Ny. W mengalami hipoalbumin dengan albumin 2,2 mg/dL, hal ini sejalan dengan teori menurut (Lohsiriwat et al, 2008) pasien kanker kolorektal memiliki

risiko terhadap malnutrisi yang diakibatkan oleh kanker, penurunan asupan makanan dan cachexia. Malnutrisi dan cachexia pada pasien kanker kolorektal merupakan masalah yang sering terjadi karena tumor, respon pasien terhadap tumor, dan terapi anti kanker. Malnutrisi sering dihubungkan dengan sejumlah konsekuensi klinis, misalnya penurunan kualitas hidup, penurunan respon terhadap pengobatan, peningkatan risiko kemoterapi, peningkatan toksisitas dan penurunan angka keselamatan dari kanker (Gupta dan Lis, 2010). Peningkatan risiko hipoalbumin sering dihubungkan dengan lamanya pemulihan fungsi usus atau operasi gastrointestinal dan kadar albumin merefleksikan status gizi pada pasien yang menjalani rawat inap dalam jangka waktu lama (Fraser, 2009)

Pada pemeriksaan fisik Ny. W ditemukan bahwa terdapat stoma bag pada abdomen dextra. Hal ini sesuai dengan teori menurut (NCI, 2019) reseksi usus besar dengan kolostomi dilakukan jika dokter tidak dapat menjahit kedua ujung usus besar bersama-sama, stoma (lubang) dibuat di bagian luar tubuh agar feses dapat keluar. Kantung akan ditempatkan di sekitar stoma untuk penampungan feses. Kadang-kadang kolostomi diperlukan hanya sampai usus besar bagian bawah telah sembuh, dan kemudian dapat dibalik. Namun, jika dokter perlu mengangkat seluruh usus besar bagian bawah, kolostomi mungkin akan menjadi permanen.

Pada saat pengkajian tanggal 16 dan 27 April 2024 ditemukan pada kedua pasien mengalami nyeri skala sedang, yaitu 7 dan 8. Pengukuran skala nyeri menggunakan *Behavioral Pain Scale* (BPS). Hal ini sejalan dengan teori oleh (I Putu Artha, 2014) bahwa Setelah dilakukan laparatomi pada pasien apendisitis dampak masalah yang muncul yaitu nyeri akut, biasanya dirasakan 12 sampai 36 jam atau 3 hari pasca dilakukan tindakan laparatomi. Karakteristik nyeri yang dirasakan pada pasien post laparatomi meliputi rasa sensasi nyeri tekan berlokasi di area laparatomi pada daerah perut kanan bawah, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk, sensasi rasa perih, nyeri dirasakan selama 10 menit secara terus-menerus tetapi tidak menentu waktunya, dengan

skala nyeri 4-6, dan nyeri bertambah jika pasien melakukan aktivitas maupun bergerak. Pada kasus pasien post laparatomi jika masalah nyeri yang dirasakan tidak diatasi secara adekuat maka dapat mengakibatkan sensasi ketidaknyamanan, ketidakmampuan beraktivitas atau gangguan mobilitas, menimbulkan rasa gelisah ataupun cemas, nafsu makan menurun, sensasi kesakitan pada bagian perut, sensasi nyeri pada luka bekas operasi, mempengaruhi sistem pulmonary (pernapasan yang cepat), dan sistem kardiovaskuler

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah sebuah konsep kritis untuk memandu proses pengkajian dan intervensi. Diagnosa juga menjadi komunikasi dan basis ilmu keperawatan dalam interaksinya dengan disiplin ilmu yang lain. Diagnosa keperawatan dalam interaksinya dengan disiplin ilmu yang lain. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian perawat berdasarkan respon pasien secara holistic (bio-psiko-sosio-spiritual) terhadap penyakit atau gangguan yang sedang diaaminya (Koerniawan, Daeli & Srimiyati, 2020). Proses identifikasi gangguan kebutuhan berdasarkan respon yang didapat dari pasien diperoleh dari proses pengkajian dan kemudian dianalisis untuk penarikan kesimpulan atau keputusan klinik dalam bentuk diagnosa keperawatan (Herdman & Kamitsuru, 2018). Setelah dilakukan pengkajian, didapatkan data sesuai dengan keluhan pasien, maka muncul beberapa diagnosa keperawatan yang dapat diangkat yaitu hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pada penelitian ini penulis lebih memfokuskan pada diagnosa terakhir yaitu nyeri akut.

### **a. Hipovolemia berhubungan dengan Kekurangan Intake Cairan**

Diagnosa pertama yang diangkat yaitu hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan. Dalam standar diagnosa keperawatan (SDKI,

2017) hipovolemia adalah penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial dan/atau intraseluler. Dari hasil pengkajian didapatkan data yang mendukung untuk hipovolemia adalah pasien dengan albumin 2,2 gr/dL, kreatinin 0.9 mg/dL, ureum 70 mg, hematocrit 47%, nadi pasien 118 x/i, TD 111/63 mmHg, MAP 79, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, mukosa bibir tampak kering, urin pasien sedikit dan pekat, output 24 jam. Sesuai dengan SDKI (2017) dalam menegakkan diagnosa hipovolemia memiliki beberapa tanda dan gejala seperti frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrn mukosa menurun, volume urin menurun, hematocrit meningkat, pengisian vena menurun, konsentrasi urin meningkat, berat badan turun tiba. Masalah keseimbangan cairan dan elektrolit umumnya terjadi akibat dari penyakit dan pengobatan. Pemeriksaan laboratorium seperti BUN, penurunan kadar protein serum, hematocrit, dan kadar elektrolit membantu dalam menentukan status cairan dan elektrolit pasien. Peningkatan BUN, penurunan kadar protein serum, dan peningkatan hematocrit mungkin mengindikasikan hipovolemia (Dior Manta Tambunan, 2023).

Hematocrit merupakan persentase keseluruhan volume eritrosit dalam darah, selain itu hematocrit berfungsi untuk menilai status dehidrasi tubuh. Kadar hematocrit akan meningkat saat terjadinya peningkatan hemokonsentrasi, baik oleh peningkatan kadar sel darah atau penurunan kadar plasma darah, misalnya pada kasus hipovolemia yang mengakibatkan terjadinya viskositas darah sehingga persentase sel darah meningkat. Kadar hemokonsentrasi akan menurun ketika terjadi peningkatan hematocrit, karena terjadi penurunan kadar seluer darah atau peningkatan kadar plasma darah, antara lain saat terjadinya anemia (Bakta, 2006).

**b. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Hipersekresi Jalan Napas**

Diagnosa kedua yang diangkat adalah bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas. Dalam standar diagnosis keperawatan (SDKI, 2017) bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten. Dari hasil pengkajian didapatkan data yang mendukung untuk bersihan jalan napas tidak efektif adalah pasien terpasang ETT No. 7, pasien tampak gelisah, terdengar bunyi napas ronkhi, pasien tidak mampu untuk batuk efektif, terdengar suara gargling, pasien menggunakan VM mode CPAP asb 10, FiO<sub>2</sub> 40%, PEEP 6 RRspont 12x/i, SPO<sub>2</sub> 100%, terdengar produksi secret banyak di sekitar ETT dan oral, kental dan putih kekuningan, N 118 x/i, TD 111/63 mmHg, MAP 79, T 38,1°C. Sesuai dengan (SDKI, 2017) dalam menegakkan diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif memiliki beberapa tanda dan gejala seperti pasien tidak mampu batuk, sputum berlebih, terdengar suara ronkhi, pasien kesulitan bicara, pasien tampak gelisah.

Terpasangnya ETT akan menjadi salah satu jalan masuk bakteri secara langsung menuju saluran nafas bagian bawah, hal ini akan mengakibatkan adanya bahaya antara saluran nafas bagian atas dan trakea yaitu terbukanya saluran nafas bagian atas dan tersedianya jalan masuk bakteri secara langsung, karena terbukanya saluran nafas bagian atas akan terjadi penurunan kemampuan tubuh untuk menyaring dan menghangatkan udara. Selain itu, reflek batuk sering ditekan atau dikurangi dengan adanya pemasangan ETT, dan gangguan pada pertahanan silia mukosa saluran napas karena adanya cedera pada mukosa pada saat intubasi dilakukan, sehingga akan menjadi tempat bakteri untuk berkolonisasi pada trakea, keadaan ini akan mengakibatkan peningkatan produksi dan sekresi secret (Agustyn, 2007).

**c. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik**

Diagnosa yang terakhir diangkat adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi). Dalam standar diagnosis

keperawatan (SDKI, 2017) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan beintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Dari hasil pengkajian didapatkan data yang mendukung untuk nyeri akut adalah pasien tampak meringis, pasien tampak berhati-hati, pasien tampak gelisah, nadi 118 x/i, tekanan darah 111/63 mmHg, pasien menggunakan VM mode CPAP asb 10, FiO2 40%, PEEP 6 RRspont 12x/i, SPO2 100%, pasien post laparatomi 1 hari yang lalu pada mid abdomen anterior, skala nyeri dengan BPS 7. Sesuai dengan (SDKI, 2017) dalam menegakkan diagnosa nyeri akut memiliki beberapa tanda dan gejala seperti pasien tampak meringis, bersikap protektif, pasien gelisah, frekuensi nadi pasien meningkat, pasien sulit tidur karena nyeri, pasien berfokus pada diri sendiri.

Nyeri merupakan stressor paling banyak dialami oleh pasien-pasien di Intensive Care Unite (ICU). Nyeri tersebut dipicu oleh berbagai prosedur perawatan yang menyakitkan, yang paling sering adalah meubah posisi dan suction. Nyeri juga memicu respon fisiologis tubuh yang merugikan, antara lain ketidakstabilan status hemodinamik, penurunan fungsi system imunitas tubuh, memicu hiperglikemia, dan merangsang pengeluaran hormone-hormon stress (katekolamin, kortisol, dan antidiuretic hormone). Selain itu secara psikososial nyeri bisa memicu depresi, cemas, delirium, gangguan stress post traumatic, dan disorientasi. Oleh karena itulah penanganan nyeri pasien di ICU sangat penting dilakukan (Puntillo et al, 2004).

### **3. Rencana Keperawatan**

Intervensi atau perencanaan keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi keperawatan

merupakan metode dokumentasi, tentang asuhan keperawatan kepada klien (Nursala, 2011).

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa hipovolemia berdasarkan SLKI yaitu status cairan membaik, kekuatan nadi meningkat, turgor kulit meningkat, output urine meningkat, pengisian vena meningkat, konsentrasi urin menurun, frekuensi nadi membaik, membrane mukosa membaik, intake cairan membaik, suhu tubuh membaik (SLKI, 2018). Tindakan keperawatan menurut SIKI adalah manajemen hipovolemia.

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berdasarkan SLKI yaitu bersihan jalan napas meningkat, sputum menurun, sulit bicara menurun, gelisah menurun, frekuensi napas membaik (SLKI, 2018). Tindakan keperawatan menurut SIKI adalah manajemen jalan napas.

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut berdasarkan SLKI yaitu nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, focus membaik (SLKI, 2018). Tindakan keperawatan menurut SIKI adalah manajemen nyeri.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2018). Dalam pelaksanaan implementasi pada diagnosa keperawatan hipovolemia intervensi yang dilakukan adalah manajemen hipovolemia yang memiliki tujuan untuk meningkatkan volume cairan intravascular, interstitial, dan/atau intraselular pada pasien yang mengalami penurunan cairan tubuh akibat terjadinya kehilangan cairan aktif, peningkatan permeabilitas kapiler, kekurangan intake dan sebagainya. Dalam tindakan manajemen hipovolemia terdapat tindakan observasi pemantauan atau monitor intake dan output cairan

pasien atau dapat disebut sebagai balance cairan dan tindakan terapeutik pemberian asupan cairan peroral. Kemudian, terkait tindakan kolaboratif manajemen hipovolemia, terdapat tindakan kolaborasi pemberian cairan IV isotonis dan hipotonis serta cairan IV koloid, hal ini sejalan dengan penelitian (Kurnia Wardani, 2016) yang menjelaskan bahwa, hasil studi kasus setelah dilakukannya tindakan keperawatan kolaborasi pemberian cairan pada pasien dengan masalah keperawatan deficit volume cairan, didapatkan bahwa masalah teratasi sebagian dengan terdapatnya kriteria hasil turgor kulit bagus dan pasien tampak lebih segar.

Dalam pelaksanaan implementasi pada diagnosa keperawatan bersihan jalan napas intervensi yang dilakukan adalah manajemen jalan napas yang merupakan hal penting dalam perawatan pasien di ruang perawatan kritis. Hal ini berhubungan dengan komplikasi yang mungkin terjadi, padahal sangat dibutuhkan kepatenan jalan napas untuk suplai oksigen yang adekuat untuk mempertahankan kehidupan pasien kritis (West, 2012). Manajemen airway menentukan kondisi jalan napas, yaitu sangat mempengaruhi pertukaran oksigen dan menentukan kadar oksigen dalam darah (Lee, Burge, & Holland, 2015). Dalam intervensi manajemen jalan napas terdapat tindakan pemberian semifowler. Posisi semi fowler menjadi salah satu posisi yang sering digunakan sebagai kombinasi ventilator dan support pernapasan pada pasien kritis karena posisi ini mendukung paru-paru dan ekspansi dinding thoraks (Ignatovicus & Workman, 2016). Hal ini sangat bermanfaat karena posisi semifowler mendukung pernapasan dengan menggunakan gravitasi untuk mendukung pengembangan paru dan mengurangi tekanan abdomen serta diafragma sehingga pernapasan maksimal dapat terjadi (Musri, Melanis, & Yudistirawati, 2021).

Dalam pelaksanaan implementasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut intervensi yang dilakukan adalah memberikan terapi nonfarmakologis dengan mendengarkan murottal Al-Quran surah Ar-Rahman. Pasien yang didengarkan bacaan tersebut dapat membuat tenang dan rileks saat

didengarkan bacaan tersebut. Hal ini dikarenakan saat pasien mendengarkan bacaan ayat suci Al-Quran akan menstimulasikan otak untuk menghasilkan suatu hormone yang berperan sebagai penurunan intensitas nyeri, selain itu juga bisa menghambat produksi hormone yang menjadi pemicu nyeri semakin berat seperti pada hormone kortisol. Terapi murottal terbukti bisa mengaktifkan sel-sel tubuh dengan mengubah getaram menjadi gelombang yang ditangkap tubuh, menurunkan stimulasi reseptor nyeri dan memberikan ketenangan jiwa (Potter & Perry, 2015).

Suara Al-Quran merupakan frekuensi audio atau gelombang yang dikirim kepada kita melalui udara, gelombang suara yang ditransmisikan ke telinga kemudian berubah menjadi isyarat-isyarat elektronik, kemudian ia berjalan melalui saraf pendengaran dalam otak dan sel-sel tubuh memberi respon kepadanya, dari sini gelombang suara beralih ke berbagai wilayah otak terutama bagian depan, dengan demikian getaran suara dapat mempengaruhi getaran sel tubuh (Al Kahel, 2012).

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Pada karya tulis akhir ini peneliti melakukan evaluasi tindakan dari tanggal 16 April sampai 04 Mei 2024. Hasil evaluasi dari diagnosa keperawatan hipovolemia setelah dilakukan pada Ny. W yaitu manajemen hipovolemia salah satunya memonitor intake dan output, didapatkan hasil pada Ny. W yaitu output 900 cc/24 jam. Salah satu manifestasi klini dari hipovolemia adalah uri yang sedikit dan gelap. Pemantauan intake dan output cairan pasien dilakukan dalam waktu 24 jam dan dapat dibagi tiap shift jaga ( $\pm$  8 jam) untuk kemudian dimasukkan ke dalam chart atau tabel sesuai jam dan jenis intake pasien yaitu masukan dari makanan, minuman, atau infus dan output yaitu pengeluaran dari mutah, urine, BAB, atau IWL untuk kemudian dihitung balance cairan pasien tersebut (Anggraini & Putri, 2016).

Hasil evaluasi dari diagnosa keperawatan bersihan jalan napas setelah dilakukan pada kedua partisipan yaitu manajemen jalan napas, didapatkan

hasil pasien telah tidak ter ekstube, pasien sudah mampu batuk efektif dan produksi secret masih ada, pasien terpasang NRM pada saat di ekstube hari pertama. Namun intervensi masih dilanjutkan karena pada pasien pasca ekstubasi masih diperlukan pemantauan respirasi. Observasi meliputi tingkat kesadaran, laju respirasi, laju denyut jantung, tekanan darah, saturasi oksigen, suhu dan skor nyeri. Tanda bahaya meliputi masalah awal dengan jalan napas (stridor, pola obstruksi pernapasan, agitasi), hasil dari operasi (kehilangan cairan dari drain bedah, perfusi free flap, perdarahan, pembentukan hematoma dan pemengkakan di jalan napas) dan masalah yang terlambat muncul ketika pasien kembali ke bangsal terkait mediastinitis dan cedera jalan napas (Karnarkar S, 2008).

Hasil evaluasi dari diagnosa keperawatan nyeri akut setelah dilakukan pada kedua partisipan yaitu manajemen nyeri nonfarmakologis dengan terapi murottal surah Ar-Rahman, didapatkan hasil nyeri pada kedua pasien sudah berkurang namun intervensi masih dilanjutkan.

Menurut pemberi asuhan pada proses asuhan keperawatan dilakukan bertujuan untuk lebih mengoptimalkan dari proses implementasi keperawatan, dan juga pembuatan intervensi keperawatan yang baru jika mungkin muncul masalah baru pada proses keperawatan.

## **6. Analisis Penerapan EBN**

### **a. Implikasi**

Penerapan evidence-based nursing (EBN) merupakan salah satu dari beberapa strategi untuk memberikan outcome yang lebih baik maupun lebih efektif bagi kesembuhan pasien. EBN dalam praktik keperawatan merupakan modifikasi pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang berlandaskan teori dan beberapa hasil penelitian (Malina & Rahmayunia Kartika, 2020).

Pada karya tulis akhir ini penulis memfokuskan pada penerapan murottal Al-Quran surah Ar-Rahman dalam asuhan keperawatan pada pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi, dimana hasil beberapa penelitian yang mendukung sebagai berikut :

Menurut penelitian Sri Rahayu, dkk., (2022) teknik distraksi dalam manajemen nyeri nonfarmakologis selama 20-30 menit ternyata mampu mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi. Pada respon kedua partisipan setelah diberikan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman selama 3-4 hari menunjukkan adanya pengaruh terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman terhadap skala nyeri yang sebelumnya skala 7 dan 8 menjadi 3 dan 4.

Berdasarkan hasil penelitian (Nanik Puji R., Darsini., 2018) menjelaskan bahwa pasien yang mendengarkan bacaan ayat suci Al-Quran merasa tenang dan rileks saat mendengarkan bacaan tersebut. Hal ini dikarenakan saat pasien mendengarkan bacaan ayat suci Al-Quran akan menstimulasi otak untuk menghasilkan suatu hormone yang berperan sebagai penurunan intensitas nyeri. Selain itu juga bisa menghambat produksi hormone yang menjadi pemicu nyeri yang semakin berat seperti pada hormone krtisol.

#### **b. Keterbatasan**

Pada proses implementasi EBN masih memiliki kekurangan yaitu peneliti tidak dapat memberikan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman selama 3 x 24 jam kepada pasien, dan dengan kategori skala nyeri sedang tersebut pasien juga mendapatkan terapi farmakologis untuk mengurangi nyerinya dari dokter, namun studi sudah dapat memberikan gambaran umum mengenai gambaran penerapan BEN terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman terhadap skala nyeri pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi.

**c. Rencana Tindak Lanjut**

Adapun rencana tindakan lanjut dari asuhan keperawatan ini menganjurkan keluarga dan pasien melakukan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman secara mandiri, apabila pasien sudah berada di rumah sehingga tidak bergantung dengan terapi farmakologi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis mengenai intervensi terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman terhadap skala nyeri pada partisipan I dan partisipan II yang terpasang ventilator dengan post laparatomi, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada partisipan I dengan post laparatomi dan terpasang ventilator mekanik pada tanggal 16 April 2024 ditemukan bahwa pasien hari rawatan ke-2 di ICU dengan nyeri akut pasien mengalami nyeri skala sedang dengan pengukuran menggunakan BPS didapatkan skor 7. Sedangkan pada partisipan II dengan post laparatomi dan terpasang ventilator mekanik pada tanggal 27 April 2024 ditemukan bahwa pasien hari rawatan ke-2 dengan nyeri akut pasien mengalami nyeri skala sedang dengan pengukuran menggunakan BPS didapatkan skor 8.
2. Diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (proses operasi).
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu manajemen hipovolemia, manajemen jalan napas, dan manajemen nyeri.
4. Implementasi dengan terapi murottal Al-Quran surah Ar-Rahman untuk menurunkan skala nyeri pada partisipan I dan II selama 3 hari.
5. Hasil evaluasi pasien didapatkan masalah hipovolemia sudah teratasi, masalah bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian, masalah nyeri akut teratasi sebagian.
6. Pasien mengatakan lebih rileks dan tenang saat dilakukan terapi murottal, pasien tampak meringis karena terintubasi dan post laparatomi hari ke-1 yang menyebabkan pasien merasakan nyeri. Setelah mempraktekkan terapi

7. murottal, pada hari ketiga partisipan I mengatakan kalau nyeri yang dialaminya sudah berkurang, dan pasien sudah bisa diajak berkomunikasi karena telah ekstube. Sedangkan pada partisipan II mengatakan kalau pasien sudah mulai bisa memperhatikan lingkungan dan tidak berfokus pada diri sendiri lagi, namun nyeri masih dirasakan dengan skala ringan.

## **B. Saran**

1. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi perawat di Ruang ICU Tulip I RSUP Dr. M. Djamil Padang mengenai penerapan Terapi Murottal Surah Ar-Rahman pada pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi.

2. Bagi Poltekkes Kemenkes Padang

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi Kesehatan serta bahan literatur bacaan bagi mahasiswa.

3. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menambah wawasan, kemampuan menganalisa, dan pengetahuan peneliti khususnya dalam bidang penelitian terkait pengaruh Terapi Murottal Surah Ar-Rahman pada pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi data dasar dalam asuhan keperawatan kritis pada pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi yang mengalami nyeri akut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrahman, M. (2018). *Anak Berkesulitan Belajar*. PT Rineka Cipta.
- Achsanuddin, H. (2007). *Peranan Ruangan Perawatan Intensif (ICU) dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit*.
- Adiputra, M. S. et al. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Al, E. N. et. (2015). Qur'an Recitation: Short-Term Effect And Related Factors In Preterm Newborns. *Research Journal Of Medical Sciencnces*.
- Andarmoyo, S. (2013). *Konsep Dan Proses Keperawatan Nyeri*. Ar-Ruzz.
- Anggraeni, D. E., Irawan, E., Iklima, N., Liliandari, A., Adhirajasa, U., S., R., Adhirajasa, U., Sanjaya, R., Adhirajasa, U., Sanjaya, R., Adhirajasa, U., & Sanjaya, R. (2021). *HUBUNGAN BEBAN KERJA DENGAN BURNOUT PADA PERAWAT RUANG ISOLASI KHUSUS ( RIK ) RSUD KOTA BANDUNG DI MASA PANDEMI COVID-19*. 2(9), 253–262.
- Azizah, I. N., Wiyono, N., & Fitriani, A. (2019). Pengaruh Mendengar Murottal Alquran Terhadap Memori Kerja. *Jurnal Psikologi Islam*, 24–32.
- B, D. (2014). *Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit*. Puspa Swara.
- Bare BG., S. S. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. CV Pentasada Media Edukasi.
- Black, J dan Hawks, J. (2017). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Salemba Emban Patria.
- C. Smeltzer, S. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah Burnner & Suddarth*. Edisi 12. EGC.

- Frelita, G, Silitonga, DS, Tahjoo, A, Tandiono, E, S. (2011). *Joint Commission Internasional Standar Ed.* PT Gramedia Pustaka Utama.
- Gnanadurai, A. (2021). *Critical Care Nursing in India. In Critical Care Nursing Clinics of North America.*
- Grace, Pierce A, neil R. B. (2007). *At a Glance Ilmu Bedah Ed 3.* Erlangga.
- Hakim, H., Syam, Y. and Rachmawaty, R. (2018). Efektivitas Murottal Al Qur'an Terhadap Respon Fisiologis, Kecemasan Pre Operasi Dan Gelombang Otak. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta, 5(3), 451–455.*
- Handani P, M, A. & U. B. (2019). Penerapan Teknik Effleurage Menggunakan Minyak Zaitun Terhadap Pengurangan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Appendectomy. In *University Research Colloquium.*
- Handayani, R., Fajarsari, D., Asih, D.T., & Rohmah, D. N. (2014). Pengaruh Terapi Murottal Al quran Untuk Penurunan Nyeri Persalinan Dan Kecemasan Pada Ibu Bersalin Kala I Fase Aktif. *Jurnal Ilmiah Kebidanan, 1–15.*
- Harisa, A., Wulandari, P., Ningrat, S., & Yodang, Y. (2020). Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Depresi Pada Pasien Congestive Heart Failure Di Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo. *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan, 8(2), 269–276.*
- Iklima, N., Mediani, H. S., & Prawesti, A. (2019). Pengkajian Dan Manajemen Nyeri Di Ruang Intensif Literatur Review. *Journal of Chemical Information and Modeling, 3(1), 11–24.*
- Indrajati, T. (2013). *Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Denyut Nadi Dan Frekuensi Pernafasan Pada Bayi Prematur di RSUD Banyumas.*
- Irman, I., Natasha, D., & Gayatri, D. (2021). Stimulasi auditori menggunakan murottal terhadap vital signs pasien stroke fase akut. *Jurnal Keperawatan Silampari, 4(2), 625–633.*

- Kemenkes RI. (2010). *Riset Kesehatan Dasar, RIKESDAS*. Balitbang Kemenkes RI.
- Kyle, T & Carman, S. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Edisi 2*. EGC.
- Lestari, D. (2015). Pengaruh Terapi Murottal terhadap Tingkat Kecemasan Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner di Ruang ICCU RSUD dr. Soedarso Pontianak. *ProNers*, 3(1).
- Mangku G, S. T. (2010). *Buku Ajar Ilmu Anestesia dan Reanimasi*. Indeks.
- Mumtaz, K., Patel, K., Krishna, S. G., P., K., Stanich, P. P., Conwell, D. L., ... &, & Hussan, H. (2020). Diverticulitis In Morbidly Obese Adults: A Rise In Hospitalizations With Worse Outcomes According To National Us Data. *Digestive Diseases And Sciences*, 65, 2644–2653.
- Musliha. (2010). *Keperawatan Gawat Darurat*. Nuha Medika.
- Muttaqin, A. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan Hematologi*.
- Nanik Puji R., Darsini., I. N. Z. (2018). *Pengaruh Murottal Qur'an Terhadap Nyeri post Operasi (Di Paviliun Asoka RSUD Jombang)*.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- Nurses, A. A. of C.-C. (2017). *Oral care for acutely and critically ill patients*.
- Panjaitan, D. K., Sinatra, J. dan Siahaan, D. L. (2021). *Literature Review: Hubungan Penggunaan Ventilator Mekanik Terhadap Kejadian Ventilator Associated Pneumonia (VAP)*. 14(1).
- Pérez, A., Santamaria, et al (2017). Tingkat Kecemasan Keluarga di Ruang ICU RSUD dr. Soedono Madiun. *BMC Public Health*, 5(1), 1–8.
- Pooria, A., Pourya, A., & Gheini, A. (2020). A descriptive study on the usage of exploratory laparotomy for trauma patients. *Open Access Emergency Medicine*:

*OAEM, 12, 255.*

- Potter, Patricia, A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamental Of Nursing*. Elsevier.
- PPP Hipercci, T. (2018). *Modul Latihan Keperawatan Intensif Dasar*. In Media.
- Purnawan, S. & H. (2020). Gambaran Respon Pasien ICU Terhadap Pemasangan Ventilator Mekanik di ICU RSUD RSUD Prof . Dr . Margono Soekarjo. *Journal of Bionursing*, 120–125.
- Risnawati, H. (2017). Efektivitas Terapi Murottal Al-Qur'an Dan Terapi Musik Terhadap Tingkat Kecemasan Mahasiswa Keperawatan Semester Viii Uin Alauddin Makassar. *Jurnal Ilmu Keperawatan*.
- Riyandi, I. K., & Mardana, P. (2017). *Penilaian nyeri*.
- Rochmawati, N. P. (2018). Pengaruh Murottal Al-Qur'an Terhadap Nyeri Post Operasi di Paviliun Asoka RSUD Kab. Jombang. In *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika*.
- Rustini, N. and Tridiyawati, F. (2022). Efektifitas Relaksasi Slow Deep Breathing dan Relaksasi Benson terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesarea. *Malahayati Nursing Journal*, 4(3), 683–692.
- Safitri, O. R., Sangadji, F., & Mizan, D. M. (2018). Efektifitas head Massage dan Murottal Al quran surah Ar Rahman Terhadap Nyeri. *Jurnal Kesehatan Madani Medika*, 68–76.
- Silviani, N. E. (2015). *Pengaruh Terapi Mendengarkan Murottal Al-Qur'an terhadap Tingkat Kecemasan Anak Presirkumsisi Di Rumah Sunatan Bintaro*. Jakarta.
- Siswantinah. (2016). Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Kecemasan Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Dilakukan Tindakan Hemodialisa Di Rsud Kraton Kabupaten Pekalongan. *Jurnal Universitas Muhammadiyah Semarang*.
- Supriyantoro. (2011). *Juknis SIRS Sistem Informasi Rumah Sakit*.

- Suwondo, B. S. dkk. (2017). *Buku Ajar Nyeri*. Perkumpulan Nyeri Indonesia.
- Trijayanti, I. D. N., Kurnia, E., & Napitu, A. A. (2021). *Pengkajian Nyeri Pada Pasien Terpasang Ventilator (Alat Ukur Nyeri Sebagai Aplikasi Pengkajian dalam Asuhan Keperawatan Kritis)*. Eureka Media Aksara.
- Utarini, A. (2022). *Metode Penelitian*. Gadjah Mada University Press.
- W., S. R. and de jong. (2017). *Buku Ajar Ilmu Bedah, 4th ed.* EGC.
- Wahida, S., Nooryanto, M., Andarini, S. (2015). *Terapi murotal Al-Qur'an surat Arrahman meningkatkan beta endorphin dan menurunkan intensitas nyeri bersalin*. [jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/.../](http://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/.../)
- World Health Organization. (2016). World Health Statistic 2015. *WHO*.
- Yenichrist. (2008). *Askep Post-Operatif: Peran Perawat Pasca Operatif*. EGC.
- Zainuddin, R. dan Maru, R. La. (2019). Efektivitas Terapi Murottal Al-Quran Terhadap Kecemasan Anak Dengan Leukemia Literature Review. *Jurnal Keperawatan Global*, 4(2), 109–114.

# LAMPIRAN

Lampiran 1

**GANTCHART KARYA TULIS AKHIR PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**TAHUN 2024**

No	Kegiatan	Pra Magang		Magang			6 – 11 Mei 2024	Ujian KTA 13-25 Mei 2024	27 Mei-1 Juni 2024
		Sept – Des 2023	Januari-April 2024	Minggu I	Minggu II	Minggu III			
1.	Pembahasan revisi panduan KTA 2024								
2.	Penentuan kouta kasus dan pembimbing KTA								
3.	Konsultasi jurnal/Artikel KTA								
4.	Konsultasi Penyusunan BAB I, II, III								
5.	Pelaksanaan/penerapan EBN pada Kasus								
6.	Penyusunan BAB IV (gambaran Kasus dan pembahasan)								
7.	Penyusunan BAB V								
8.	Pendaftaran sidang KTA								
9.	Sidang KTA								
10.	Revisi laporan sidang KTA								
11.	Pembuatan dan konsultasi manuskrip hasil KTA								
12.	Pengumpulan laporan KTA Ke prodi								

Lampiran 2

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



**A. Identitas Diri**

Nama : Athala Rania Insyra  
Tempat/Tanggal Lahir : Balai Tengah, 23 Januari 2001  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jorong Ampek Korong, Balai Tengah, Lintau  
Buo Utara, Tanah Datar, Sumatera Barat  
Agama : Islam  
Status Keluarga : Belum Menikah  
Nama Ayah : Dasrial  
Nama Ibu : Rini Kumala  
No. Telp/HP : -/082287501840  
E-mail : [rathala50@gmail.com](mailto:rathala50@gmail.com)

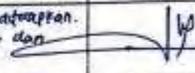
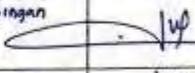
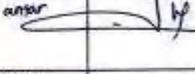
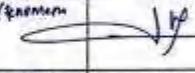
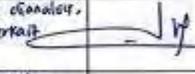
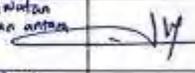
**B. Riwayat Pendidikan Formal**

No	Pendidikan	Tahun Lulus
1.	TK Aisyah Balai Tengah	2007
2.	SD N 22 Balai Tengah	2013
3.	SMP Islam Tuanku Lintau	2016
4.	SMA N 1 Lintau Buo Utara	2019
5.	Sarjana Terapan Keperawatan	2023
6.	Profesi Ners	2024

Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI/ BIMBINGAN KARYA TULIS AKHIR  
 PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
 KEMENKES POLTEKKES PADANG

Nama Mahasiswa : Athala Rania Insyra, S. Tr. Kep  
 NIM : 233410006  
 Pembimbing : Ns. Yosi Suryarinilsih, M. Kep., Sp. KMB  
 Judul KTA : Penerapan Terapi Non Farmakologi : Murottal Surah Ar-Rahman Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terpasang Ventilator Dengan Post Laparatomi Terhadap Nyeri Pasien Di Ruang Icu Tulip I Rsup Dr M Djamil Padang

Bimbingan ke	Hari/ Tanggal	Uraian Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	Rabu 3/4-2024	Konsultasi judul dan jurnal EBM yg akan diterapkan. - pemilihan skala nyeri yang diukur dan yang ada pada pasien belalang.	
II	Selasa 14/04-2024	Konsultasi SOP Tempi murottal dan bimbingan terkait pasien.	
III	Selasa 23/04-2024	Bimbingan BAB I : hubungan palmar ansar Parasetamol dan selanjutnya.	
IV	Ramis 25/04-2024	Bimbingan BAB I dan II : terkait alasan pemberian Pengambilan judul di latar belakang	
V	Selasa 14/05/2024	Bimbingan BAB I, II dan III : jurnal yg di analisis, tambahkan ke hukum Indonesia, konsultasi terkait kasus belalang.	
VI	Senin 20/05-2024	Bimbingan Bab IV dan V: asuhan keperawatan yang dilakukan, pelaksanaan EBM sesuai anamnesa kasus dengan jurnal.	
VII	Senin 27/05-2024	Bimbingan Bab IV : pembahasan dan BAB V. - tambahkan teori terkait implementasi pada asuhan yang di angkat.	
VIII	Selasa 28/05-2024	ACC Ujian KTA	

Catatan:

Bimbingan dengan pembimbing minimal 8 kali

Mengetahui,

Ketua Prodi Pendidikan Profesi-Ners



Ns. Elvia Metti, M.Kep, Sp.Kep.Mat

NIP. 198004232002122001

Lampiran 4

SOP Terapi Murottal Al-Quran Surah Ar-Rahman

No.	Prosedur
<b>Pre Interaksi</b>	
1.	Siapkan alat-alat
2.	Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan kontra indikasi
3.	Cuci tangan
<b>Tahap Orientasi</b>	
4.	Beri salam dan panggil klien dengan namanya
5.	Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien (jika sadar)
<b>Tahap Kerja</b>	
6.	Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan
7.	Menanyakan keluhan utama klien
8.	Jaga privasi klien. Memulai kegiatan dengan cara yang baik
9.	Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi, dan mengurangi rasa sakit.
10.	Menetapkan ketertarikan klien terhadap murottal
11.	Pilih pilihan surat murottal
12.	Bantu klien untuk memilih posisi yang nyaman.
13.	Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan murottal
14.	Pasang headset pada klien
15.	Pastikan headset dalam kondisi baik.
16.	Nyalakan murottal Al-Quran Surah Ar-Rahman 78 ayat by Mishari Rasyid Al-Afasy dan lakukan terapi murottal
17.	Pastikan volume sesuai dan tidak terlalu keras.
18.	Hindari menghidupkan murottal dan meninggalkannya dalam waktu yang lama.
19.	Hindari stimulasi suara setelah nyeri/luka kepala akut.
20.	Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi, dan mengurangi rasa sakit.
21.	Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi, dan mengurangi rasa sakit.
<b>Terminasi</b>	
22.	Evaluasi hasil kegiatan (kenyamanan klien)
23.	Simpulkan hasil kegiatan
24.	Berikan umpan balik positif
25.	Kontrak pertemuan selanjutnya
26.	Akhiri kegiatan dengan cara yang baik
27.	Bereskan alat-alat
28.	Cuci tangan
<b>Dokumentasi</b>	
29.	Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nama Px, Umur, Jenis kelamin, dll</li> <li>▪ Keluhan utama</li> <li>▪ Tindakan yang dilakukan (terapi murottal)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Lama tindakan</li><li>▪ Jenis terapi murottal yang diberikan</li><li>▪ Reaksi selama, setelah terapi pemberian terapi murottal</li><li>▪ Respon pasien.</li><li>▪ Nama perawat</li><li>▪ Tanggal pemeriksaan</li></ul>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Lampiran 5

### Mekanisme Murottal dalam Mengurangi Nyeri



Suara murottal yang dihasilkan akan menggetarkan membrane timpani dan diteruskan ke korteks auditori yang ada di korteks cerebri menuju sistem limbik yang merupakan target utama reseptor opiate sehingga menimbulkan rasa nyaman.

Perangsangan auditori melalui murottal Al Quran mempunyai efek distraksi yang meningkatkan pertumbuhan hormon endorphin dalam sistem kontrol desenden.

Murottal dapat menurunkan stress, mengaktifkan hormon endorphin alami sehingga hal ini bisa berpengaruh pada sistem kimia tubuh dan berekibat pada tekanan darah menurun, memperlambat pemafasan serta detak jantung, nadi, aktivitas gelombang otak.

### Apa itu Murottal?

Terapi murottal Al-Qur'an adalah terapi religi dimana seorang mendengarkan ayat-ayat Al-Qur'an selama beberapa menit atau jam sehingga memberikan dampak positif bagi tubuh seseorang. Bacaan Al-Quran merupakan obat dari segala jenis penyakit dan menjadi obat, penawar serta penyembuh dari berbagai persoalan hidup manusia.

### Apa manfaat mendengarkan murottal?

Ketentuan tentang Alquran sebagai penyembuh tersebut diabadikan Alquran dalam sejumlah ayat antara lain:

"Wahai manusia! Sungguh, telah datang kepadamu pelajaran (Alquran) dari Tuhanmu, penyembuh bagi penyakit yang ada dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang yang beriman." (QS Yunus [10]: 57)

"Apabila dibacakan Al-Quran, perhatikanlah dan diamlah, maka kalian akan mendapatkan rahmat." (QS. Al A'raf. 204)

**KEMENKES**  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI

### TERAPI NONFARMAKOLOGIS : MUROTTAL SURAH AR-RAHMAN UNTUK MENGURANGI NYERI



OLEH :  
**ATHALA RANIA BSYRA**

MAHASISWA PRAKTIK PENMATAN  
POLTEKES KEMENKES PADANG

## Persiapan Terapi Murottal Surah Ar-Rahman

### 01 Speaker



Untuk mendengarkan murottal pada pasien di ICU diperlukan speaker bluetooth. Dibandingkan headphone/headset, media speaker lebih mudah dipergunakan untuk mendengarkan murottal pada pasien.

### 02 Handphone



Phone akan dihubungkan ke speaker bluetooth, kemudian pemberi asuhan akan memutarakan surah Ar-Rahman sebagai terapi untuk pasien.

## Prosedur Terapi Murottal Surah Ar-Rahman

### Pre Interaksi

1. Siapkan alat-alat
2. Identifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan koetra indikasi
3. Cuci tangan

### Tahap Orientasi

1. Beri salam dan panggil klien dengan namanya
2. Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada pasien/keluarga

### Tahap Kerja

- Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan
- Menanyakan keluhan utama klien
- Jaga privasi pasien. Memulai kegiatan dengan cara yang baik
- Menetapkan perhatian pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi, dan mengurangi rasa sakit
- Menetapkan ketertarikan pasien terhadap murottal
- Pilih pilihan surah Ar-Rahman
- Bantu pasien untuk memilih posisi yang nyaman
- Batasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan murottal

- Dekatkan handphone dan perlingkapan dengan pasien
- Pasikan tape handphone dan perlingkapan dalam kondisi baik
- Nyalakan murottal dan lakukan terapi murottal
- Pastikan volume sesuai dan tidak terlalu keras
- Hindari stimulasi suara setelah hyerfuka kepala akut
- Menetapkan perubahan pada perilaku dan/atau fisiologi yang diinginkan seperti relaksasi, stimulasi, konsentrasi, dan mengurangi rasa sakit

### Terminasi

- Evaluasi hasil kegiatan (kegembiraan anak)
- Simpulkan hasil kegiatan
- Berikan umpan balik positif
- Kontrak pertemuan selanjutnya
- Akhiri kegiatan dengan cara yang baik
- Bereskan alat-alat
- Cuci tangan

### Dokumentasi

Catat hasil kegiatan di dalam catatan keperawatan

- Nama Px, Umur, Jenis kelamin, dll
  - Keluhan utama
  - Tindakan yang dilakukan (terapi murottal)
  - Lama tindakan
  - Jenis terapi (murottal yang diberikan)
  - Reaksi selama, setelah terapi/ pemberian terapi music
  - Respon pasien
  - Nama perawat
  - Tanggal pemantauan
- 

Lampiran 6

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth:

Bapak/Ibu

Di Ruang ICU Tulip I RSUP Dr. M. Djamil Padang

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswi Profesi Ners  
Kemenkes Poltekkes Padang

Nama : Athala Rania Insyra

NIM : 233410006

Alamat : Jl. Pondok Kopi II, Nanggalo, Kota Padang

Akan melakukan penelitian dengan judul **“Penerapan Terapi Murottal Surah Ar-Rahman Pada Pasien Terpasang Ventilator Dengan Post Laparatomi Terhadap Nyeri Di Ruang ICU Tulip I RSUP Dr. M. Djamil Padang”**.

Tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pasien terpasang ventilator dengan post laparatomi terhadap nyeri pasien di Ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Penulis

Athala Rania Insyra

Lampiran 7

**INFORMED CONSENT**  
**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Usia :

Pendidikan terakhir :

Pekerjaan :

Alamat :

Bersedia menjadi responden pada penelitian yang berjudul “**Penerapan Terapi Murottal Surah Ar-Rahman Pada Pasien Terpasang Ventilator Dengan Post Laparatomi Terhadap Nyeri Di Ruang ICU Tulip I RSUP Dr. M. Djamil Padang**”.

Demikian surat persetujuan ini saya buat dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 15 April 2024

Responden

## Lampiran 8

### A. Pengkajian Keperawatan

#### 1. Identitas Pasien

Nama Pasien : Ny. W  
No. RM : 01215617  
Umur : 71 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Padang Tiakar, Mudiak, Payakumbuh  
Tanggal MRS : 12 April 2024  
Ruang Rawatan : ICU Tulip 1 (Green)  
Tanggal Pengkajian : 16 April 2024  
Diagnosa Medis : Laparotomi Eksplorasi + Ileostomy a.i Ileus  
Obstruksi Letak Rendah e.c Tumor Colon Descendens  
+ Sigmoid + CAP.

#### 2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. T  
Umur : 45 Tahun  
Pendidikan : Srata 1  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Hubungan : Anak

#### 3. Primary Survey

##### a. Airway

Pasien terpasang ETT No. 7 menggunakan ventilator mode CPAP asb 10, FiO<sub>2</sub> 40%, PEEP 6 RRspont 12x/i, SPO<sub>2</sub> 100% terdapat produksi secret banyak di sekitar TC dan oral, kental dan putih kekuningan.

##### b. Breathing

RR 12 x/i, SPO<sub>2</sub> 100%, terdengar suara napas tambahan ronchi di seluruh lapang paru.

##### c. Circulation

TD 111/63 mmHg, T 38,1°C, N 118x/i, RRspont 12 x/i, SPO<sub>2</sub> 100%, capillary refill time > detik, akral teraba dingin Intake oral tidak ada, pasien masih dipuasakan, intake parenteral IVFD tutosol 8 jam/kolf, inj. Ampisilin sulbactam 3 x 1.500 g, Inf. Metronidazole 3 x 500 mg, inj. Omeprazole 2 x 40 mg, inj. Ketorolac 3 x 30 mg, inj. asam tranexamat 3 x 1 gr, inj. vit K 3 x 10 mg, inf. paracetamol 1 gr k/p. Total intake ± 1100 cc/24 jam output urine ± 300 cc/24 jam balance cairan.

##### d. Disability

Kesadaran compos mentis GCS 15 (E4 Vett M6), reflek fisiologis +/+, reflek cahaya +/+, pupil 2/2, reflek patologis -/-, kekuatan otot.

e. Exposure

T 38,1°C, tidak ada perdarahan, tidak ada perdarahan, pasien terpasang CVC pada vena jugular intena kanan terdapat luka post laparatomi pada abdomen, terdapat stoma bag, drain ileostomy sinistra.

**4. Riwayat Kesehatan**

a. Keluhan Utama

Pasien masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD, keluarga pasien mengatakan perutnya membesar sejak 5 hari SMRS, nyeri pada perut bagian kanan, keluarga mengatakan pasien juga merasa mual namun tidak muntah. Keluarga mengatakan pasien tidak BAB semenjak 1 minggu yll, makan dan minum berkurang. Keluarga mengatakan pasien tidak ada demam, batuk dan pilek. Pasien merasa nyeri pada perut sebelah kiri, memberat ketika lapar dan berkurang setelah makan. Keluarga mengatakan keluan mual muntah sudah dirasakan sejak 1 tahun yll, pasien sempat berobat ke RS dan dinyatakan sakit perut biasa. Pada awal bulan puasa tahun ini, keluhan nyeri dirasa makin memberat hingga mengganggu aktifitas pasien. Sejak 1 minggu yll, pasien semakin lemah dan hanya tirah baring di tempat tidur. Pasien sempat di bawa ke RS Sukma Bunda dan dilakukan tindakan USG abdomen dengan kesan; suspek hepatocellular carcinoma dd metastasis. Keluarga mengatakan pasien kemudian dijadwalkan untuk OK-CITO.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada 16 April 2024 pukul 11.00 WIB pasien terintubasi, terpasang ventilator mode CPAP asb 10 PEEP 6 FiO2 40% SPO2 100%, RR 12 x/i, kesadaran sd/kpo, ku sedang, GCS: E4 M5 V(ETT), N 118 x/i, TD 111/63 mmHg, MAP 79, T 38,1°C tampak bekas luka operasi Laparatomi pada abdomen pasien, luka tampak tertutup perban, perut tampak sedikit distensi, pasien terpasang stoma, pasien terpasang DC urin tampak sedikit dan pekat. Pasien dirawat di ruang ICU dengan post Laparatomi eksplorasi semenjak 1 hari yll pada tanggal 15 April 2024, pasien tampak gelisah dan berhati-hati pada bekas post op nya, pasien tampak meringis, BPS 7.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga mengatakan pasien sudah mengalami hipertensi semenjak sekitar 10 tahun yll, tidak ada riwayat penyakit DM

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga mengatakan ada anggota keluarga, yaitu ibu dari pasien yang memiliki penyakit Hipertensi (+), DM (-), tidak ada anggota keluarga dengan penyakit pencernaan yang sama dengan pasien.

e. Riwayat Psikososial

Keluarga pasien mengatakan bahwa mereka selalu mendukung pasien untuk menjalani pengobatan selama sakit. Keluarga juga mengatakan cara pasien dan keluarga mengatasi masalah dengan cara bermusyawarah bersama-sama untuk mendapatkan solusi dari masalah yang dihadapi.

## 5. Pengkajian Fungsional Gordon

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien menyadari akan penyakitnya, sudah sempat mencoba berobat ke 2 RS sebelumnya. Keluarga mengatakan pasien dahulu juga sering bertanya mengenai penyakitnya pada anggota keluarga yang lain. Pasien juga sudah mencoba untuk menghindari makanan-makanan yang berisiko untuk meningkatkan tensinya.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Sehat

Keluarga mengatakan pasien makan 3x sehari saat kondisi tubuh masih sehat, pasien mengonsumsi nasi dengan lauk pauk dan sayur yang sudah diatur sesuai dengan kondisi hipertensi pasien. Keluarga mengatakan pasien tidak ada alergi terhadap makanan. Pasien minum air putih 5-6 gelas dalam sehari. Keluarga mengatakan BB pasien dulu sebelum sakit 75 kg dan BB sekarang 70 kg.

2) Sakit

Nafsu makan pasien menurun semenjak 1 tahun yll, pasien mudah merasa mual, yang mengakibatkan penurunan BB pasien. Saat dilakukan pengkajian, pasien masih dipuaskan pasca op laparotomi. Pasien hanya mendapatkan terapi via parenteral dan direncanakan untuk test feeding terlebih dahulu sebelum mendapatkan MC Neomun. Pasien terpasang NGT.

c. Pola Eliminasi

1) Sehat

BAB : keluarga mengatakan pasien BAB secara teratur setiap pagi dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning.

BAK : pada saat sehat pasien BAK kurang lebih sebanyak 5-6 kali dalam sehari, berwarna jernih, dan tidak ada nyeri ketika BAK.

2) Sakit

BAB : sudah tidak BAB semenjak 1 minggu SMRS, perut pasien tampak membesar dan nyeri. Saat dilakukan pengkajian, pasien telah terpasang stoma bag, BAB via stoma dalam jumlah norma, berwarna kehijauan dan konsistensi encer berampas.

BAK : pada saat sakit pasien terpasang *dower catheter*, urin tampak sedikit  $\pm$  300 cc warna pekat.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Sehat

Pada saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri, untuk aktivitas yang berat seperti mengangkat2 beban pasien akan minta tolong ke anggota keluarga yang lain

2) Sakit

Pada saat sakit pasien tampak lemah, dan pasien masih berada dalam pengaruh obat post op laparotomi, pasien tirah baring selama di ruang rawat dan bernapas dengan bantuan VM mode CPAP.

e. Pola Istirahat dan Tidur

1) Sehat

Keluarga mengatakan saat sehat pasien tidur 7-8 jam sehari pada malam hari dan tidur siang 1-2 jam.

2) Sakit

Saat sakit pasien tampak sering terjaga dan tidur sebentar-sebentar karena nyeri dan tindakan-tindakan yang dijalani oleh pasien. Pengukuran skala nyeri menggunakan BPS didapatkan skala nyeri pasien 7 (nyeri sedang).

No.	Parameter	Skor
1.	Face (wajah) : tegang seluruhnya, kelopak mata menutup	3
2.	Pergerakan anggota gerak atas : menekuk sebagian	2
3.	Ada batuk tetapi masih toleransi terhadap penggunaan ventilator	2

f. Pola Persepsi Sensori dan Kognitif

Keluarga mengatakan pasien dulu sering merasa gelisah dengan keadaan tubuhnya.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Keluarga mengatakan pasien sangat berharap ia bisa sembuh dan orang-orang disekitarnya juga selalu memberikan dukungan pada pasien agar terus menjalani pengobatan.

h. Pola Peran dan Hubungan

Pasien tidak mampu menjalankan peran dalam keluarga selama sakit.

i. Pola Reproduksi dan Seksual

Keluarga mengatakan pasien tidak lagi pernah melakukan hubungan seksual bersama pasangannya sejak sakit.

j. Pola Nilai dan Keyakinan

Pasien menganut agama islam dan keluarga mengatakan pasien ikhlas menerima penyakit yang dideritanya dan percaya Allah SWT tidak akan memberikan ujian diluar batas kemamouan hambanya.

**6. Pemeriksaan Fisik**

a. Keadaan Umum

KU sedang, pasien sadar, GCS 15 (E4 Vett M6), kesadaran sd/kpo.

b. Pengukuran Antropometri

Berat badan : 70 kg

Tinggi Badan : 160 cm

LILA : 26 cm

c. Tanda-tanda Vital

Keadaan umum : sedang

Kesadaran : sd/kpo, GCS 15 (E4 Vett M6)

Tekanan Darah : 111/63 mmHg

Nadi : 118 x/i,

Suhu : 38,1°C

Pernapasan : 12 x/i

MAP : 79

d. Kepala

Inspeksi : tidak terlihat lesi atau pembengkakan, bentuk kepala bulat

Palpasi : tidak teraba massa/pembengkakan

e. Mata

Inspeksi : terbuka spontan, konjungtiva anemis, reflek cahaya (+/+), pupil isokor (2/2)

f. Rambut

Inspeksi : rambut tampak bersih, beruban dan kering

Palpasi : rambut sedikit berminyak

g. Hidung

Inspeksi : tampak bersih, tidak ada pernapasan cuping hidung

Palpasi : tidak teraba pembengkakan, nyeri tekan dan nyeri lepas

h. Mulut

Inspeksi : gigi tampak bersih dan tidak lengkap

i. Leher

Inspeksi : tampak bersih dan tidak terlihat pembengkakan

Palpasi : tidak teraba pembengkakan KGB dan KT

j. Dada dan Thoraks

Inspeksi : tampak simetris kiri dan kanan, tampak pengembangan diafragma saat bernapas, tidak tampak lesi, pasien tidak tampak sianosis, tidak terdengar suara stridor, tidak ada reaksi intercostal

Palpasi : fremitus sulit dinilai karena pasien terpasang ETT dan tirah baring

Perkusi : sonor pada kedua lapang paru

Auskultasi : bronkovesikuler, ronchi (+/+)

k. Jantung

Inspeksi : tidak tampak adanya ictus cordis

Palpasi : ictus cordis teraba 1 jari medial Imcs RIC V

Auskultasi : terdengar bunyi jantung regular S1 lub S2 dup

Perkusi : terdengar pekak, tidak ada suara tambahan pada jantung

l. Abdomen

Inspeksi : tampak luka post laparotomi vertical pada mid abdomen anterior, terdapat stoma bag pada kolon dextra dengan diameter insisi ± 4-5 cm, terdapat drain ileostomy pada abdomen sinistra dengan produksi cairan minimal

Palpasi : terdapat nyeri pada seluruh abdomen pasien

Auskultasi : BU terdengar 12 x/i

Perkusi : timpani

m. Genitalia

Pasien berjenis kelamin perempuan, urin pasien tampak sedikit dan pekat, BAB via stoma dengan jumlah normal, warna kehijauan, konsistensi encer dan berampas.

n. Ekstremitas

Inspeksi : pasien tampak belum bisa menggerakkan ekstremitasnya dengan leluasa karena pengaruh obat, post op dan pemakaian ETT. Kekuatan otot pasien menurun, kulit tampak pucat, turgor kulit menurun.

Palpasi : CRT > 3 detik dan akral teraba dingin.

## 7. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal : 16 April 2024

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Albumin	2.2	g/dL	3.8-5.0
APTT	29.6	detik	23.4-30.8
Bilirubin Direk	1.3	mg/dL	< 0.020
Bilirubin Indirek	1.3	mg/dL	< 0.60
Bilirubin Total	1.6	mg/dL	0.3-1.0

Hemoglobin	14.8	g/dL	12.0-14.0
Leukosit	18.28	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	5.0-10.0
Hematocrit	47	%	37-43
Trombosit	342	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150-400
MCV	90	fL	82.0-92.0
MCH	29	pg	27.0-31.0
MCHC	32	%	32.0-36.0
RDW-CV	14.6	%	11.5-14.5
D-Dimer	>10000	mg/dL	<500
Natrium	142	mmol/L	136-145
Kalium	4.0	mmol/L	3.5-5.1
Klorida	107	mmol/L	97-111
Globulin	3.6	g/dL	1.3-2.7
Gula Darah Sewaktu	95	mg/dL	50-200
Kalsium	9.3	mg/dL	8.1-10.4
Kreatinin Darah	0.9	mg/dL	8.1-10.4
NA+	138	mmol/L	136-145
K+	3.5	mmol/L	3.4-4.5
CA++	0.56	mmol/L	1.15-1.35
GLU	94	mg/dL	60-95
LAC	3.1	mmol/L	0.5-2.2
HCT	48	%	35-51
pH(T)	7.33		7.35-7.45
pCO <sub>2</sub> (T)	44	mmHg	35-45
pO <sub>2</sub> (T)	140	mmHg	83-105
HCO <sub>3</sub>	23.2	mmol/L	18-23
TCO <sub>3</sub>	24.6	mmol/L	22-29
BE	-2.9	mmol/L	(-2.0)-(+3.0)
SO <sub>2</sub> C	99	%	95-55
THb	14.3	g/dL	11.7-17.4
PT	13.6	detik	9.4-12.8
SGOT	142	U/L	<32
SGPT	62	U/L	<31
Total Protein	5.8	g/dL	6.6-8.7
Ureum Darah	70	mg/dL	10-50

Catatan : leukositosis, PT melebihi nilai rujukan, D Dimer meningkat, total protein dan albumin menurun, bilirubin total dan bilirubin direk meningkat, SGOT dan SGPT meningkat, ureum meningkat, procalsitonin. Moderate risk of severe sepsis and/or septic shock

## 8. Program Pengobatan

- a. Diet : Puasa
- b. Intake Parenteral
  - IVFD Tutosol 8 jam/kolf
  - Inj. Omeprazole 2 x 40 mg
  - Inj. Vit. K 3 x 10 mg
  - Inj. Asam tranexamat 3 x 1 gr

- Inf. Metronidazole 3 x 500 mg
  - Inj. Ampicilin Sulbactam 3 x 3 gr
  - Inj. Ketorolac 3 x 30 mg
  - Inj. Omeprazole 2 x 40 mg
- c. Obat Parenteral : po Paracetamol 1 gr k/p

## B. Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	<p><b>Data Subjektif:</b> Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</p> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak penggunaan otot bantu napas</li> <li>- PO<sub>2</sub> menurun</li> <li>- PCO<sub>2</sub> menurun</li> <li>- SaO<sub>2</sub> menurun</li> </ul>	Gangguan metabolisme	Gangguan ventilasi spontan
2.	<p><b>Data Subjektif :</b> Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N 118 x/i</li> <li>- TD 111/63 mmHg</li> <li>- MAP 79</li> <li>- Nadi teraba lemah</li> <li>- Turgor kulit menurun</li> <li>- Mukosa bibir tampak kering</li> <li>- Urin pasien sedikit dan pekat</li> <li>- T 38,1°C</li> <li>- CRT &gt; 3 detik</li> <li>- Ureum 70 mg,</li> <li>- Keatinin 0,9 mg/dL</li> <li>- Albumin 2,2 gr/dL.</li> <li>- Hematocrit 47 %</li> </ul>	Kekurangan intake cairan	Hipovolemia
3.	<p><b>Data Subjektif :</b> Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang ETT No. 7</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Bunyi napas ronchi (+)</li> <li>- Pasien tidak mampu untuk batuk</li> <li>- Terdengar suara napas gargling</li> <li>- Pasien menggunakan VM mode</li> </ul>	Hipersekresi jalan napas.	Bersihkan jalan napas tidak efektif

	<p>CPAP asb 10, FiO2 40%, PEEP 6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RRspont 12x/i</li> <li>- SPO2 100%</li> <li>- Terdapat produksi secret banyak di sekitar TC dan oral, kental dan putih kekuningan</li> <li>- N 118 x/i</li> <li>- TD 111/63 mmHg</li> <li>- MAP 79</li> <li>- T 38,1°C.</li> </ul>		
4.	<p><b>Data Subjektif :</b> Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak bersikap hati-hati</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- N 118 x/i</li> <li>- TD 111/63 mmHg</li> <li>- Pasien menggunakan VM mode CPAP asb 10, FiO2 40%, PEEP 6 RRspont 12x/i, SPO2 100%</li> <li>- Pasien post Laparatomi 1 hari yll pada mid abdomen anterior</li> <li>- Pasien terpasang stoma bag pada abdomen dextra</li> <li>- Pasien terpasang drain pada abdomen sinistra dengan produksi cairan minimal</li> <li>- BPS (Skala nyeri) 7</li> </ul>	Agen pencedera fisik (post op Laparatomi eksplorasi + ileostomy)	Nyeri Akut

### C. Diagnosa Keperawatan

1. (D.0004) Gangguan ventilasi spontan b.d gangguan metabolisme
2. (D.0023) Hipovolemia b.d kekurangan inatake cairan
3. (D.0001) Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas
4. (D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (post op Laparatomi eksplorasi + ileostomy)

### D. Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	(D.0004) Gangguan ventilasi spontan b.d gangguan metabolisme	(L.01007) Ventilasi Spontan	(I.01002) Dukungan Ventilasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas</li> </ul>

		<p>Ekspektasi : membaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispnea menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>- PCO2 membaik</li> <li>- PO2 membaik</li> <li>- Takikardia membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan</li> <li>- Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)</li> <li>- Pertahankan kepatenan jalan nafas dan penggunaan ventilator</li> <li>- Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan</li> <li>- Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin</li> <li>- Ajarkan teknik relaksasi napas dalam</li> <li>- Ajarkan mengubah posisi secara mandiri</li> <li>- Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ul> <p><b>(I.01014) Pemantauan Respirasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>- Monitor pola napas</li> <li>- Kemampuan batuk efektif</li> <li>- Monitor adanya produksi sputum</li> <li>- Monitor adanya sumbatan sumbatan jalan napas</li> <li>- Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>- Dokumentasi hasil pemantauan</li> <li>- Jelaskan tujuan pemantauan</li> <li>- Informasikan hasil pemantuan</li> </ul>
2.	<b>(D.0023) Hipovolemia</b> b.d kekurangan intake cairan	<b>(L.03208) Status Cairan</b>  Ekspektasi : membaik Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan nadi meningkat</li> <li>- Turgor kulit meningkat</li> <li>- Output urine meningkat</li> <li>- Pengisian vena</li> </ul>	<b>(L.03116) Manajemen Hipovolemia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering,</li> </ul>

		<p>meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsentrasi urin menurun</li> <li>- Frekuensi nadi membaik</li> <li>- Membrane mukosa membaik</li> <li>- Intake cairan membaik</li> <li>- Suhu tubuh membaik.</li> </ul>	<p>volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor intake dan output cairan</li> <li>- Hitung kebutuhan cairan, berikan posisi modified trendelenburg</li> <li>- Berikan asupan cairan oral,</li> <li>- Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)</li> <li>- Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)</li> <li>- Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)</li> <li>- Kolaborasi pemberian produk darah.</li> </ul> <p><b>(I.02060) Pemantauan Tanda Vital</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tekanan darah, monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)</li> <li>- Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman)</li> <li>- Monitor suhu tubuh</li> <li>- Monitor oksimetri nadi, monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</li> <li>- Identifikasi penyebab perubahan tanda vital</li> <li>- Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan.</li> </ul>
3.	<b>(D.0001) Bersihan jalan napas tidak efektif</b> b.d hipersekreasi jalan napas	<b>(L.01001) Bersihan Jalan Napas</b> Ekspektasi : Meningkatkan Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Produksi sputum menurun</li> <li>- Sulit bicara menurun</li> </ul>	<b>(I.01006) Manajemen Jalan Napas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>- Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Fekkuensi napas membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> <li>- Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</li> <li>- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>- Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotreakeal</li> <li>- Klaborasi pemberian bronkodilator ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</li> </ul>
<b>4.</b>	<b>(D.0077) Nyeri akut</b> b.d agen pencedera fisik (post op Laparatomi eksplorasi + ileostomy)	<b>(L.08066) Tingkat Nyeri</b> Ekspektasi : menurun Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis menurun</li> <li>- Sikap protektif menurun</li> <li>- Gelisah menurun,</li> <li>- Fekkuensi nadi membaik</li> <li>- Tekanan darah membaik</li> <li>- Focus membaik</li> </ul>	<b>(I.08238) Manajemen Nyeri</b> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri, dentifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, dentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer (mendengarkan murottal surah Ar-Rahman untuk mengurangi nyer) yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgetik, ontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

### E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Selasa/ 16 April 2024	08.00- 14.00 WIB	Gangguan ventilasi spontan b.d gangguan metabolisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas</li> <li>- Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan</li> <li>- Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)</li> <li>- Mempertahankan kepatenan jalan nafas dan penggunaan ventilator</li> <li>- Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan</li> <li>- Mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terpasang ventilator</li> <li>- Tampak napas dalam dan pendek</li> <li>- Retraksi dinding dada minimal</li> <li>- SPO2 100%</li> <li>- Dilakukan suction berkala</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>
Selasa/ 16 April 2024	08.00- 14.00 WIB	Hipovolemia b.d kekurangan intake cairan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, konsentrasi urin meningkat, ureum meningkat, kreatinin meningkat)</li> <li>- Memonitor suhu tubuh pasien</li> <li>- Memonitor saturasi oksigen pasien</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N 115 x/i</li> <li>- TD 123/85 mmHg</li> <li>- Nadi masih teraba lemah</li> <li>- Turgor kulit menurun</li> <li>- Mukosa bibir tampak kering</li> <li>- Urin sedikit dan pekat</li> <li>- T 37,1°C</li> <li>- CRT &lt; 2 detik</li> <li>- Albumin 2.5 g/dL</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor intake dan output cairan pasien</li> <li>- Menghitung kebutuhan cairan pasien</li> <li>- Mengatur posisi modified trendelenburg</li> <li>- Memberikan cairan hipotonis Tutosol 1500 cc/24 jam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ureum 44 mg/dL</li> <li>- Kreatinin 0.7 mg/dL</li> </ul> <p><b>A</b> : Hipovolemia <b>P</b> : Intervensi manajemen hipovolemia dilanjutkan</p>
Selasa/ 16 April 2024	08.00- 14.00 WIB	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>- Memonitor bunyi napas tambahan (gargling, ronkhi)</li> <li>- Memonitor sputum pasien (jumlah, warna, aroma)</li> <li>- Melakukan fisioterapi dada</li> <li>- Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>- Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> </ul>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang ETT No. 7</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Bunyi napas ronkhi (+)</li> <li>- Pasien tidak mampu untuk batuk</li> <li>- Terdengar suara gargling</li> <li>- Pasien menggunakan VM mode CPAP asb 10, FiO2 40%, PEEP 6</li> <li>- RRspont 13 x/i</li> <li>- SPO2 100%</li> <li>- Terdapat produksi secret banyak di sekitar TC dan oral, kental dan putih kekuningan</li> <li>- N 115 x/i</li> <li>- TD 123/85 mmHg</li> <li>- T 37,1°C</li> </ul> <p><b>A</b> : Bersihan jalan tidak efektif <b>P</b> : Intervensi manajemen jalan napas dilanjutkan</p>
Selasa/ 16 April 2024	08.00- 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan</li> </ul>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak dapat dikaji karena pasien</li> </ul>

			<p>intensitas nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Memonitor keberhasilan terapi komplementer (mendengarkan murottal surah Ar-Rahman untuk mengurangi nyeri)</li> <li>- Memonitor efek samping penggunaan analgetik</li> <li>- Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Memfasilitasi istirahat dan tidur,</li> <li>- Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>	<p>terpasang ETT</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak bersikap hati-hati</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- N 115 x/i</li> <li>- TD 123/85 mmHg</li> <li>- Pasien menggunakan VM mode CPAP asb 10, FiO2 40%, PEEP 6</li> <li>- RRspont 12 x/i</li> <li>- SPO2 100%</li> <li>- Pasien POD 1 yll pada mid abdomen anterior</li> <li>- Pasien terpasang drain pada abdomen sinistra dengan produksi cairan minimal</li> <li>- Pasien terpasang stoma bag pada abdomen dextra</li> <li>- BPS (skala nyeri) 7</li> </ul> <p><b>A :</b> Nyeri akut</p> <p><b>P :</b> Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</p>
Rabu/ 17 April 2024	08.00-14.00 WIB	Hipovolemia b.d kekurangan intake cairan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, konsentrasi urin meningkat, ureum meningkat, kreatinin meningkat)</li> <li>- Memonitor suhu tubuh pasien</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N 108 x/i</li> <li>- TD 131/87 mmHg</li> <li>- Nadi teraba kuat</li> <li>- Turgor kulit cukup meningkat</li> <li>- Mukosa bibir tampak sedikit kering</li> <li>- Urin 600 cc warna kuning pucat</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor saturasi oksigen pasien</li> <li>- Memonitor intake dan output cairan pasien, MC Neomun 6 x 100 kkal</li> <li>- Menghitung kebutuhan cairan pasien</li> <li>- Mengatur posisi modified trendelenburg</li> <li>- Memberikan cairan hipotonis Tutosol 1500 cc/24 jam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- T 36,7°C</li> <li>- CRT &lt; 2 detik</li> <li>- Albumin 2.6 g/dL</li> </ul> <p><b>A</b> : Hipovolemia  <b>P</b> : Intervensi manajemen hipovolemia dihentikan</p>
Rabu/ 17 April 2024	08.00-14.00 WIB	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>- Memonitor bunyi napas tambahan (gargling, ronkhi)</li> <li>- Memonitor sputum pasien (jumlah, warna, aroma)</li> <li>- Melakukan fisioterapi dada</li> <li>- Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>- Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> </ul>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang ETT No. 7</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Bunyi napas ronkhi (+)</li> <li>- Pasien tidak mampu untuk batuk</li> <li>- Terdengar suara gargling</li> <li>- Pasien menggunakan VM mode CPAP asb 10, FiO2 40%, PEEP 6</li> <li>- RRspont 15 x/i</li> <li>- SPO2 100%</li> <li>- Terdapat produksi secret banyak di sekitar TC dan oral, kental dan putih kekuningan</li> <li>- N 108 x/i</li> <li>- TD 131/87 mmHg</li> <li>- T 36,7°C</li> </ul> <p><b>A</b> : Bersihan jalan tidak efektif  <b>P</b> : Intervensi manajemen</p>

				jalan napas dilanjutkan
Rabu/ 17 April 2024	08.00-14.00 WIB	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>– Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>– Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>– Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>– Memonitor keberhasilan terapi komplementer (mendengarkan murottal surah Ar-Rahman untuk mengurangi nyeri)</li> <li>– Memonitor efek samping penggunaan analgetik</li> <li>– Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>– Memfasilitasi istirahat dan tidur,</li> <li>– Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasien tampak meringis</li> <li>– Pasien tampak bersikap hati-hati</li> <li>– Pasien tampak gelisah</li> <li>– N 108 x/i</li> <li>– TD 131/87 mmHg</li> <li>– Pasien menggunakan VM mode CPAP asb 10, FiO2 40%, PEEP 6</li> <li>– RRspont 12 x/i</li> <li>– SPO2 100%</li> <li>– Pasien POD 1 yll pada mid abdomen anterior</li> <li>– Pasien terpasang drain pada abdomen sinistra dengan produksi cairan minimal</li> <li>– Pasien terpasang stoma bag pada abdomen dextra</li> <li>– BPS (skala nyeri) 5</li> </ul> <p><b>A :</b> Nyeri akut  <b>P :</b> Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</p>
Kamis/ 18 April 2024	08.00-14.00 WIB	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>– Memonitor bunyi napas tambahan (gargling, ronkhi)</li> <li>– Memonitor sputum pasien (jumlah, warna, aroma)</li> <li>– Melakukan fisioterapi</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasien kesulitan berbicara karena post ekstube hari 1</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasien telah di ekstubasi</li> <li>– RR 22 x/i</li> <li>– Pasien sudah mampu batuk secara mandiri</li> </ul>

			<p>dada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>- Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> </ul>	<p>dan mengeluarkan secret</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Secret sudah berkurang</li> <li>- Terdengar suara napas tambahan ronkhi</li> <li>- Pasien masih tampak gelisah.</li> <li>- N 73 x/i</li> <li>- TD 130/75 mmHg</li> </ul> <p><b>A</b> : Bersihan jalan tidak efektif teratasi sebagian  <b>P</b> : Intervensi manajemen jalan napas dilanjutkan</p>
Kamis/ 18 April 2024	08.00- 14.00 WIB	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>- Memonitor keberhasilan terapi komplementer (mendengarkan murottal surah Ar-Rahman untuk mengurangi nyeri)</li> <li>- Memonitor efek samping penggunaan analgetik</li> <li>- Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Memfasilitasi istirahat dan tidur,</li> <li>- Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri pada area post op</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak gelisah,</li> <li>- Skala nyeri BPS 3</li> <li>- N 98 x/i</li> <li>- TD 130/75 mmHg.</li> </ul> <p><b>A</b> : Nyeri akut  <b>P</b> : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</p>

## **A. Pengkajian Keperawatan**

### **1. Identitas Pasien**

Nama Pasien : Tn. R  
No. RM : 01217322  
Umur : 60 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Alamat : Malai V Suku Timur Batang Anai Gasan Pariaman  
Tanggal MRS : 25 April 2024  
Ruang Rawatan : ICU Tulip 1 (Green)  
Tanggal Pengkajian : 27 April 2024  
Diagnosa Medis : Post Laparatomi LAR a.i Tumor Recti Susp.  
Malignancy + Respiratory Disorder

### **2. Identitas Penanggung Jawab**

Nama : Ny. I  
Umur : 55 Tahun  
Pendidikan : SMP  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Hubungan : Isteri

### **3. Primary Survey**

#### **a. Airway**

Pasien terpasang ETT No. 7 menggunakan ventilator mode BIPAP Pins 12, PS 5, PEEP 5, FiO<sub>2</sub> 50%, RR 12 x/i, SPO<sub>2</sub> 100%, tampak banyak secret di sekitar TC dan oral, kental dan kekuningan.

#### **b. Breathing**

RR 12 x/i, SPO<sub>2</sub> 100%, tidak terdengar suara napas tambahan, ronkhi (-).

#### **c. Circulation**

TD 191/116 mmHg, N 121 x/i, T 36°C, SPO<sub>2</sub> 100%, urin pasien tampak jernih, ± 800 cc/24 jam, CRT < 2 detik, akral teraba dingin, pasien masih dipuasakan, intake parenteral IVFD tutosol 8 jam/kolf, inj, ampicillin sulbactam 3 x 1.5 gr, Inf. Metrodinazole 3 x 500 mg, inj. Omeprazole 2 x 40 mg, inj. Ketorolac 3 x 30 mg, asam tranexamat 3 x 1 gr, vit K 3 x 10 mg, paracetamol 1 gr k/p.

#### **d. Disability**

KU berat, kesadaran pasien sd/kpo, reflek fisiologis +/+, pupil 2/2, reflek patologis -/-, kekuatan otot melemah.

#### **e. Exposure**

T 36°C, Pasien tampak meringis, pasien post laparatomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy POD 1, pasien terpasang CVC, terdapat luka post laparatomi pada abdomen pasien.

#### **4. Riwayat Kesehatan**

##### **a. Keluhan Utama**

Pasien masuk IGD RSUP Dr. M. Djamil Padang karena BAB berdarah sejak 3 bulan SMRS, tidak ada benjolan pada anus pasien, pasien mengeluh nyeri pada perut.

##### **b. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Pada saat dilakukan pengkajian pada 27 April 2024 pukul 11.00 WIB pasien terintubasi, terpasang ventilator mode BIPAP Pins 12, PS 5, PEEP 5, FiO2 50%, RR 12 x/i, KU berat, kesadaran pasien sd/kpo, TD 191/116 mmHg, N 121 x/i, T 36°C, SPO2 100%, pasien post Laparatomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy POD 1. Pasien tampak meringis, tampak banyak secret di sekitar TC dan oral, kental dan kekuningan, ronkhi (-), pasien tampak meringis, bersikap protektif terhadap lukanya, urin pasien tampak jernih, ± 800 cc/24 jam.

##### **c. Riwayat Penyakit Dahulu**

Keluarga mengatakan pasien tidak pernah dirawat di RS sebelumnya, pasien juga tidak pernah mengeluhkan ada sakit.

##### **d. Riwayat Penyakit Keluarga**

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit Hipertensi (-), DM (-), dan penyakit yang sama dengan pasien.

##### **e. Riwayat Psikososial**

Keluarga pasien mengatakan bahwa mereka selalu mendukung pasien untuk menjalani pengobatan selama sakit. Keluarga juga mengatakan cara pasien dan keluarga mengatasi masalah dengan cara bermusyawarah bersama-sama untuk mendapatkan solusi dari masalah yang dihadapi.

#### **5. Pengkajian Fungsional Gordon**

##### **a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan**

Pasien menyadari akan penyakitnya. Keluarga mengatakan pasien dahulu juga sering bertanya mengenai penyakitnya pada anggota keluarga yang lain. Pasien juga sudah mencoba untuk menghindari makanan-makanan yang berisiko untuk meningkatkan tensinya.

##### **b. Pola Nutrisi dan Metabolik**

###### **3) Sehat**

Keluarga mengatakan pasien makan 3x sehari saat kondisi tubuh masih sehat, pasien mengonsumsi nasi dengan lauk pauk dan sayur yang sudah diatur sesuai dengan kondisi hipertensi pasien. Keluarga mengatakan pasien tidak ada alergi terhadap makanan. Pasien

minum air putih 5-6 gelas dalam sehari. Keluarga mengatakan BB pasien dulu sebelum sakit 65 kg dan BB sekarang 60 kg.

4) Sakit

Nafsu makan pasien menurun semenjak 1 minggu yll. Saat dilakukan pengkajian, pasien masih dipuaskan pasca op laparotomi. Pasien hanya mendapatkan terapi via parenteral dan direncanakan untuk test feeding terlebih dahulu sebelum mendapatkan NTS 6 x 100 kkal. Pasien terpasang NGT.

c. Pola Eliminasi

3) Sehat

BAB : keluarga mengatakan pasien BAB secara teratur setiap pagi dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning.

BAK : pada saat sehat pasien BAK kurang lebih sebanyak 5-6 kali dalam sehari, berwarna jernih, dan tidak ada nyeri ketika BAK.

4) Sakit

BAB : pasien BAB berdarah semenjak 3 bulan yang lalu warna kehitaman, dan memberat (darah segar) semenjak 3 hari SMRS. Saat dilakukan pengkajian pasien tampak BAB pasien tidak lagi berdarah.

BAK : pada saat sakit pasien terpasang *dower catheter*, jumlah urin normal  $\pm$  800 cc warna jernih.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

3) Sehat

Pada saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri, untuk aktivitas yang berat seperti mengangkat2 beban pasien akan minta tolong ke anggota keluarga yang lain

4) Sakit

Pada saat sakit pasien tampak lemah, dan pasien masih berada dalam pengaruh obat post op laparotomi, pasien tirah baring selama di ruang rawat dan bernapas dengan bantuan VM mode BIPAP.

e. Pola Istirahat dan Tidur

3) Sehat

Keluarga mengatakan saat sehat pasien tidur 7-8 jam sehari pada malam hari dan tidur siang 1-2 jam

4) Sakit

Saat sakit pasien tampak sering terjaga dan tidur sebentar-sebentar karena nyeri dan tindakan-tindakan yang dijalani oleh pasien. Pengukuran skala nyeri menggunakan BPS didapatkan skala nyeri pasien 8 (nyeri sedang).

No.	Parameter	Skor
1.	Meringis	4
2.	Pergerakan anggota gerak atas : menekuk sebagian	2
3.	Ada batuk tetapi masih toleransi terhadap penggunaan ventilator	2

f. Pola Persepsi Sensori dan Kognitif

Keluarga mengatakan pasien dulu sering merasa gelisah dengan keadaan tubuhnya.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Keluarga mengatakan pasien sangat berharap ia bisa sembuh dan orang-orang disekitarnya juga selalu memberikan dukungan pada pasien agar terus menjalani pengobatan.

h. Pola Peran dan Hubungan

Pasien tidak mampu menjalankan peran dalam keluarga selama sakit.

i. Pola Reproduksi dan Seksual

Keluarga mengatakan pasien tidak lagi pernah melakukan hubungan seksual bersama pasangannya sejak sakit.

j. Pola Nilai dan Keyakinan

Pasien menganut agama islam dan keluarga mengatakan pasien ikhlas menerima penyakit yang dideritanya dan percaya Allah SWT tidak akan memberikan ujian diluar batas kemamouan hambanya.

## 6. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

KU berat, pasien sadar, kesadaran sd/kpo.

b. Pengukuran Antropometri

Berat badan : 60 kg

Tinggi Badan : 165 cm

c. Tanda-tanda Vital

Keadaan umum : berat

Kesadaran : sd/kpo

Tekanan Darah : 191/116 mmHg

Nadi : 121 x/i

Suhu : 36°C

Pernapasan : 12 x/i

MAP : 141

d. Kepala

Inspeksi : tidak terlihat lesi atau pembengkakan

Palpasi : tidak teraba massa/pembengkakan

- e. Mata
  - Inspeksi : terbuka spontan, konjungtiva tidak anemis, reflek cahaya (+/+) pupil isokor (2/2)
- f. Rambut
  - Inspeksi : rambut tampak bersih, muai beruban dan kering
  - Palpasi : rambut sedikit berminyak
- g. Hidung
  - Inspeksi : tampak bersih, tidak ada pernapasan cuping hidung
  - Palpasi : tidak teraba pembengkakan, nyeri tekan dan nyeri lepas
- h. Mulut
  - Inspeksi : gigi tampak bersih dan tidak lengkap, tampak secret dalam mulut pasien
- i. Leher
  - Inspeksi : tampak bersih dan tidak terlihat pembengkakan
  - Palpasi : tidak teraba pembengkakan KGB dan KT
- j. Dada dan Thoraks
  - Inspeksi : tampak simetris kiri dan kanan, tampak pengembangan diafragma saat bernapas, tidak tampak lesi
  - Palpasi : fremitus sulit dinilai karena pasien terpasang ETT dan tirah baring
  - Perkusi : sonor pada kedua lapang paru
  - Auskultasi : ronchi (-)
- k. Jantung
  - Inspeksi : tidak tampak adanya ictus cordis
  - Palpasi : ictus cordis teraba 1 jari medial Imcs RIC V
  - Auskultasi : terdengar bunyi jantung regular S1 lub S2 dup
  - Perkusi : terdengar pekak, tidak ada suara tambahan pada jantung
- l. Abdomen
  - Inspeksi : tampak luka post laparotomi vertical pada mid abdomen anterior,
  - Palpasi : terdapat nyeri pada seluruh abdomen pasien
  - Auskultasi : BU terdengar 17 x/i
  - Perkusi : timpani
- m. Genitalia
  - Pasien berjenis kelamin laki-laki, urin pasien tampak sedikit dan pekat, BAB dengan jumlah normal, warna kuning dan lunak.
- n. Ekstremitas

Inspeksi : pasien tampak belum bisa menggerakkan ekstremitasnya dengan leluasa karena pengaruh obat, post op dan pemakaian ETT. Kekuatan otot pasien menurun, kulit tampak pucat, turgor kulit menurun.

Palpasi : CRT < 2 detik dan akral teraba hangat.

## 7. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal : 27 April 2024

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Albumin	4.1	g/dL	3.8-5.0
APTT	24.6	detik	23.4-30.8
Bilirubin Direk	0.5	mg/dL	< 0.020
Bilirubin Indirek	0.9	mg/dL	< 0.60
Bilirubin Total	1.4	mg/dL	0.3-1.0
Hemoglobin	14.3	g/dL	12.0-14.0
Leukosit	11.55	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	5.0-10.0
Hematocrit	42	%	37-43
Trombosit	243	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150-400
MCV	80	fL	82.0-92.0
MCH	27	pg	27.0-31.0
MCHC	34	%	32.0-36.0
RDW-CV	15.5	%	11.5-14.5
D-Dimer	610	mg/dL	<500
Natrium	144	mmol/L	136-145
Kalium	4.6	mmol/L	3.5-5.1
Klorida	108	mmol/L	97-111
Globulin	1.7	g/dL	1.3-2.7
Gula Darah Sewaktu	155	mg/dL	50-200
Kalsium	8.7	mg/dL	8.1-10.4
Kreatinin Darah	1.0	mg/dL	8.1-10.4
NA+	138	mmol/L	136-145
K+	4.1	mmol/L	3.4-4.5
CA++	0.70	mmol/L	1.15-1.35
GLU	92	mg/dL	60-95
LAC	3.1	mmol/L	0.5-2.2
HCT	45	%	35-51
pH(T)	7.25		7.35-7.45
pCO2(T)	50	mmHg	35-45
pO2(T)	156	mmHg	83-105
HCO3	21.9	mmol/L	18-23
TCO2	23.4	mmol/L	22-29
BE	-2.9	mmol/L	(-2.0)-(+3.0)
SO2C	99	%	95-55
THb	14.3	g/dL	11.7-17.4
PT	10.2	detik	9.4-12.8

SGOT	18	U/L	<32
SGPT	14	U/L	<31
Total Protein	5.0	g/dL	6.6-8.7
Ureum Darah	40	mg/dL	10-50

Catatan : leukositosis, D dimer meningkat, total protein menurun, bilirubin total-bilirubin direk-bilirubin indirek meningkat, procalsitonin, low risk of severe sepsis and/or septic shock

## 8. Program Pengobatan

- a. Diet : Puasa
- b. Intake Parenteral
  - IVFD tutosol 8 jam/kolf
  - Inj, ampicillin sulbactam 3 x 1.5 gr
  - Inf. Metrodinazole 3 x 500 mg
  - Inj. Omeprazole 2 x 40 mg
  - Inj. Ketorolac 3 x 30 mg
  - Asam tranexamat 3 x 1 gr
  - Vit K 3 x 10 mg
- c. Obat Parenteral : po Paracetamol 1 gr k/p

## B. Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	<p><b>Data Subjektif:</b> Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</p> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak penggunaan otot bantu napas</li> <li>- PO2 menurun</li> <li>- PCO2 menurun</li> <li>- SaO2 menurun</li> </ul>	Gangguan metabolisme	Gangguan ventilasi spontan
2.	<p><b>Data Subjektif :</b> Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terintubasi ETT no. 7</li> <li>- Terpasang ventilator mode BIPAP Pins 12, PS 5, PEEP 5, FiO2 50%</li> <li>- RR 12 x/i</li> <li>- KU berat</li> <li>- Kesadaran pasien sd/kpo</li> <li>- SPO2 100%,</li> <li>- Pasien post Laparatomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy POD 1</li> <li>- Tampak banyak secret di sekitar TC dan oral, kental dan kekuningan</li> </ul>	Hipersekresi jalan napas	Bersihan jalan napas tidak efektif

	– Ronkhi (-)		
<b>3.</b>	<p><b>Data Subjektif :</b> Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– TD 191/116 mmHg</li> <li>– N 121 x/i</li> <li>– T 36°C</li> <li>– BPS (Skala nyeri) 8</li> <li>– Pasien tampak meringis</li> <li>– Pasien post Laparatomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy POD 1</li> <li>– Pasien tampak meringis, bersikap protektif terhadap lukanya</li> <li>– Urin pasien tampak jernih, ± 800 cc/24 jam.</li> <li>– Pasien tampak sering terbangun karena nyerinya</li> </ul>	Agen pencedera fisik (post op Laparatomi eksplorasi + ileostomy)	Nyeri Akut

### C. Diagnosa Keperawatan

1. (D.0004) Gangguan ventilasi spontan b.d gangguan metabolisme
2. (D.0001) Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas
3. (D.0077) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (post op Laparatomi eksplorasi + ileostomy)

### D. Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	(D.0004) Gangguan ventilasi spontan b.d gangguan metabolisme	<p>(L.01007) Ventilasi Spontan</p> <p>Ekspektasi : membaik</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dispnea menurun</li> <li>– Gelisah menurun</li> <li>– Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>– PCO2 membaik</li> <li>– PO2 membaik</li> <li>– Takikardia membaik</li> </ul>	<p>(I.01002) Dukungan Ventilasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas</li> <li>– Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan</li> <li>– Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)</li> <li>– Pertahankan kepatenan jalan napas dan penggunaan ventilator</li> <li>– Berikan oksigenasi sesuai</li> </ul>

			kebutuhan – Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin – Ajarkan teknik relaksasi napas dalam – Ajarkan mengubah posisi secara mandiri – Ajarkan teknik batuk efektif  <b>(I.01014) Pemantauan Respirasi</b> – Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas – Monitor pola napas – Kemampuan batuk efektif – Monitor adanya produksi sputum – Monitor adanya sumbatan sumbatan jalan napas – Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien – Dokumentasi hasil pemantauan – Jelaskan tujuan pemantauan – Informasikan hasil pemantauan
2.	<b>(D.0001) Bersihan jalan napas tidak efektif</b> b.d hipersekresi jalan napas	<b>(L.01001) Bersihan Jalan Napas</b>  Ekspektasi : Meningkatkan Kriteria hasil : – Produksi sputum menurun – Sulit bicara menurun – Gelisah menurun – Fekuensi napas membaik	<b>(I.01006) Manajemen Jalan Napas</b> – Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) – Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering) – Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) – Lakukan fisioterapi dada, jika perlu – Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik – Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotreakeal – Klaborasi pemberian

			bronkodilator ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
<b>3.</b>	<b>(D.0077) Nyeri akut</b> b.d agen pencedera fisik (post Laparatomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy)	<b>(L.08066) Tingkat Nyeri</b> Ekspektasi : menurun Kriteria hasil : – Meringis menurun – Sikap protektif menurun – Gelisah menurun, – Frekuensi nadi membaik – Tekanan darah membaik – Focus membaik – Kesulitan tidur menurun	<b>(I.08238) Manajemen Nyeri</b> – Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri – Identifikasi skala nyeri, dentifikasi respon nyeri non verbal – Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, dentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri – Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri – Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup – Monitor keberhasilan terapi komplementer (mendengarkan murottal surah Ar-Rahman untuk mengurangi nyer) yang sudah diberikan – Monitor efek samping penggunaan analgetik, ontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) – Fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri – Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

#### E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Sabtu/ 27 April	08.00- 14.00	Gangguan ventilasi spontan	– Mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu	<b>S :</b> – Tidak dapat dikaji

2024	WIB	b.d gangguan metabolisme	<p>nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan</li> <li>- Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)</li> <li>- Mempertahankan kepatenan jalan nafas dan penggunaan ventilator</li> <li>- Memberikan oksigenasi sesuai kebutuhan</li> <li>- Mengajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif</li> </ul>	<p>karena pasien terpasang ETT</p> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terpasang ventilator</li> <li>- Tampak napas dalam dan pendek</li> <li>- Retraksi dinding dada minimal</li> <li>- SPO2 100%</li> <li>- Dilakukan suction berkala</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>
Sabtu/ 27 April 2024	08.00- 14.00 WIB	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>- Memonitor bunyi napas tambahan (gargling, ronkhi)</li> <li>- Memonitor sputum pasien (jumlah, warna, aroma)</li> <li>- Melakukan fisioterapi dada</li> <li>- Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>- Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> </ul>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang ETT No. 7</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Bunyi napas ronkhi (-)</li> <li>- Pasien tidak mampu untuk batuk</li> <li>- Terdengar suara gargling</li> <li>- Pasien menggunakan VM mode BIPAP Pins 12, PS 5, PEEP 5, FiO2 50%</li> <li>- RRspont 13 x/i</li> <li>- SPO2 100%</li> <li>- Terdapat produksi secret banyak di</li> </ul>

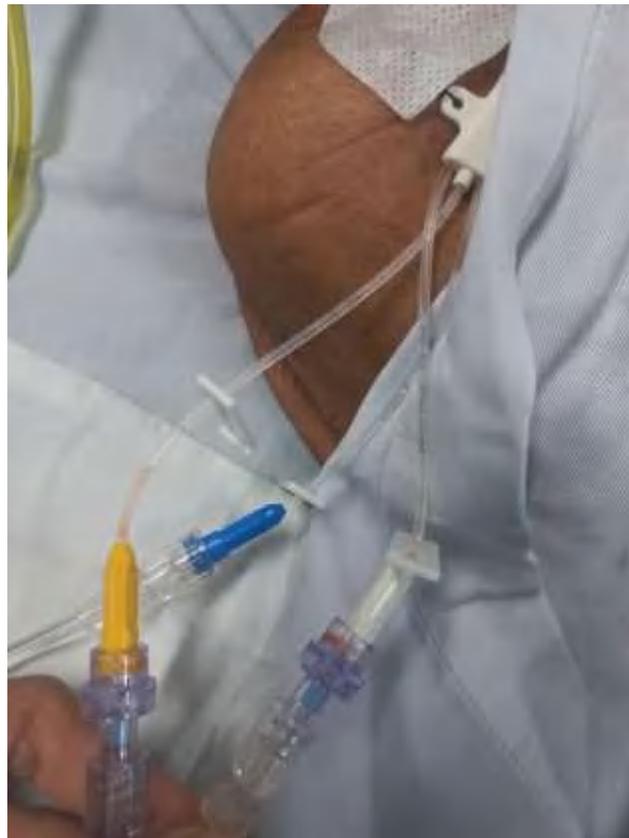
				sekitar TC dan oral, kental dan putih kekuningan – N 123 x/i – TD 185/107 mmHg – T 36,3°C <b>A</b> : Bersihan jalan tidak efektif <b>P</b> : Intervensi manajemen jalan napas dilanjutkan
Sabtu/ 27 April 2024	08.00- 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>– Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>– Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>– Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>– Memonitor keberhasilan terapi komplementer (mendengarkan murottal surah Ar-Rahman untuk mengurangi nyeri)</li> <li>– Memonitor efek samping penggunaan analgetik</li> <li>– Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>– Memfasilitasi istirahat dan tidur,</li> <li>– Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>	<b>S</b> : – Tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT <b>O</b> : – Pasien tampak meringis – Pasien tampak bersikap hati-hati – Pasien tampak gelisah – N 123 x/i – TD 185/107 mmHg – Pasien menggunakan VM mode BIPAP Pins 12, PS 5, PEEP 5, FiO2 50% – RRspont 13 x/i – SPO2 100% – Pasien post Laparatomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy POD 1 yll pada mid abdomen anterior – BPS (skala nyeri) 8 <b>A</b> : Nyeri akut <b>P</b> : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan
Minggu/ 28 April 2024	08.00- 14.00 WIB	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>– Memonitor bunyi napas tambahan (gargling,</li> </ul>	<b>S</b> : – Pasien kesulitan berbicara karena post ekstube hari 1 <b>O</b> :

			<ul style="list-style-type: none"> <li>ronkhi)</li> <li>– Memonitor sputum pasien (jumlah, warna, aroma)</li> <li>– Melakukan fisioterapi dada</li> <li>– Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>– Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasien telah di ekstube</li> <li>– Pasien tampak gelisah</li> <li>– Bunyi napas ronkhi (- )</li> <li>– Pasien sudah mampu untuk batuk</li> <li>– Pasien menggunakan NRM 10 lpm</li> <li>– RRspont 23 x/i</li> <li>– SPO2 100%</li> <li>– Terdapat produksi secret pada jalan napas pasien, kental</li> <li>– N 118 x/i</li> <li>– TD 181/112 mmHg</li> <li>– T 36,1°C</li> <li><b>A</b> : Bersihan jalan tidak efektif</li> <li><b>P</b> : Intervensi manajemen jalan napas dilanjutkan</li> </ul>
Minggu/ 28 April 2024	08.00- 14.00 WIB	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>– Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>– Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>– Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>– Memonitor keberhasilan terapi komplementer (mendengarkan murottal surah Ar-Rahman untuk mengurangi nyeri)</li> <li>– Memonitor efek samping penggunaan analgetik</li> <li>– Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa</li> </ul>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasien kesulitan berbicara karena post ekstube hari 1</li> <li>– Pasien berusaha mengatakan bahwa ia merasa nyeri</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasien telah ter ekstubasi</li> <li>– Pasien tampak meringis</li> <li>– Pasien tampak bersikap hati-hati</li> <li>– Pasien tampak gelisah</li> <li>– N 118 x/i</li> <li>– TD 181/112 mmHg</li> <li>– Pasien menggunakan NRM 10 lpm</li> <li>– RRspont 23 x/i</li> <li>– SPO2 100%</li> <li>– Pasien post</li> </ul>

			<p>nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Memfasilitasi istirahat dan tidur,</li> <li>– Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>	<p>Laparotomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy POD 2 yll pada mid abdomen anterior</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– BPS (skala nyeri) 6</li> </ul> <p><b>A</b> : Nyeri akut <b>P</b> : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</p>
Senin/ 29 April 2024	08.00- 14.00 WIB	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>– Memonitor bunyi napas tambahan (gargling, ronkhi)</li> <li>– Memonitor sputum pasien (jumlah, warna, aroma)</li> <li>– Melakukan fisioterapi dada</li> <li>– Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>– Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> </ul>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasien tampak gelisah</li> <li>– Bunyi napas ronkhi (-)</li> <li>– Pasien sudah mampu untuk batuk</li> <li>– Pasien menggunakan oksigen binasal 5 lpm</li> <li>– RRspont 20 x/i</li> <li>– SPO2 100%</li> <li>– Produksi secret sudah berkurang</li> <li>– N 103 x/i</li> <li>– TD 171/100 mmHg</li> <li>– T 36,5°C</li> </ul> <p><b>A</b> : Bersihkan jalan tidak efektif <b>P</b> : Intervensi manajemen jalan napas dilanjutkan</p>
Senin/ 29 April 2024	08.00- 14.00 WIB	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>– Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>– Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>– Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> </ul>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pasien telah ter ekstubasi</li> <li>– Pasien tampak meringis</li> <li>– Pasien tampak bersikap hati-hati</li> <li>– Pasien tampak</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor keberhasilan terapi komplementer (mendengarkan murottal surah Ar-Rahman untuk mengurangi nyeri)</li> <li>- Memonitor efek samping penggunaan analgetik</li> <li>- Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Memfasilitasi istirahat dan tidur,</li> <li>- Berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ul>	<p>gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N 103 x/i</li> <li>- TD 171/100 mmHg</li> <li>- Pasien menggunakan oksigen binasal 5 lpm</li> <li>- RRspont 20 x/i</li> <li>- SPO2 100%</li> <li>- Pasien post Laparatomi LAR a.i tumor recti susp. malignancy POD 2 yll pada mid abdomen anterior</li> <li>- BPS (skala nyeri) 4</li> </ul> <p><b>A</b> : Nyeri akut  <b>P</b> : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</p>
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lampiran 9



Lampiran 10

**Penurunan Skala Nyeri Menggunakan Behavior Pain Scale**

**1. Partisipan I**

Hari rawatan ke-1

No.	Parameter	Skor
1.	Face (wajah) : tegang seluruhnya, kelopak mata menutup	3
2.	Pergerakan anggota gerak atas : menekuk sebagian	2
3.	Ada batuk tetapi masih toleransi terhadap penggunaan ventilator	2

Hari rawatan ke-2

No.	Parameter	Skor
1.	Face (wajah) : tegang seluruhnya, kelopak mata menutup	2
2.	Pergerakan anggota gerak atas : menekuk sebagian	1
3.	Ada batuk tetapi masih toleransi terhadap penggunaan ventilator	2

Hari rawatan ke-3

No.	Parameter	Skor
1.	Face (wajah) : tegang seluruhnya, kelopak mata menutup	1
2.	Pergerakan anggota gerak atas : menekuk sebagian	1
3.	Ada batuk tetapi masih toleransi terhadap penggunaan ventilator	1

**2. Partisipan II**

Hari rawatan ke-1

No.	Parameter	Skor
1.	Face (wajah) : tegang seluruhnya, kelopak mata menutup	4
2.	Pergerakan anggota gerak atas : menekuk sebagian	2
3.	Ada batuk tetapi masih toleransi terhadap penggunaan ventilator	2

Hari rawatan ke-2

No.	Parameter	Skor
1.	Face (wajah) : tegang seluruhnya, kelopak mata menutup	3
2.	Pergerakan anggota gerak atas : menekuk sebagian	1
3.	Ada batuk tetapi masih toleransi terhadap penggunaan ventilator	2

Hari rawatan ke-3

No.	Parameter	Skor
1.	Face (wajah) : tegang seluruhnya, kelopak mata menutup	1
2.	Pergerakan anggota gerak atas : menekuk sebagian	1
3.	Ada batuk tetapi masih toleransi terhadap penggunaan ventilator	2

Lampiran 11

BAB IV-1722961790865

ORIGINALITY REPORT

**21** %  
SIMILARITY INDEX

**23** %  
INTERNET SOURCES

**2** %  
PUBLICATIONS

**6** %  
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

<b>1</b>	<a href="http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id">repository.poltekkes-kaltim.ac.id</a> Internet Source	<b>6</b> %
<b>2</b>	<a href="http://dspace.umkt.ac.id">dspace.umkt.ac.id</a> Internet Source	<b>5</b> %
<b>3</b>	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Student Paper	<b>4</b> %
<b>4</b>	<a href="http://eprints.umpo.ac.id">eprints.umpo.ac.id</a> Internet Source	<b>3</b> %
<b>5</b>	<a href="http://docplayer.info">docplayer.info</a> Internet Source	<b>3</b> %
<b>6</b>	<a href="http://e-abdimas.unw.ac.id">e-abdimas.unw.ac.id</a> Internet Source	<b>2</b> %

Exclude quotes  On

Exclude bibliography  Off

Exclude matches  < 350 words