

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

3.1.Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama	: Tn.U
Umur	: 61 tahun
JenisKelamin	: Laki-Laki
Suku/Bangsa	: Jawa
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Supir
Pendidikan	: Smp
Gol.Darah	: A+
Alamat	: Lampung Timur
Tanggungan	: BPJS
No.RM	: 150885
Tgl.MRS	: 2 september 2019
Diagnosa	: Hernia

A. RiwayatPraoperatif

1. Pasien mulai dirawat tanggal 1 oktober 2019 diruang Melati
2. Ringkasan hasil anamnese preoperatif:

Pasien datang ke RS DKT melalui poli bedah pada tanggal 1 oktober 2019 pukul 08.10 WIB diantar keluarga dengan nyeri dan ada benjolan dibagian perut bagian bawah sebelah kanan.
3. Hasil pemeriksaan fisik
 - a) Tanda-tanda vital, Tgl 2 oktober 2019 Jam : 13.05 WIB

Kesadaran :Composmetis
GCS: E4 M6 V5
Orientasi : Baik
Suhu : 35,1`C

TD :150/90 mmHg

Nadi : 102x/menit

RR : 20x/menit

b) Pemeriksaan Fisik Kepala & Leher :

Kepala simetris, tidak ada lesi, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva ananemis, sklera anikterik, hidung simetris, mulut simetris, tidak ada stomatitis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada pembesaran vena jugularis

c) Thorax (jantung & paru) :

Tidak ada lesi, , suara perkusi sonor, suara nafas vesikuler, suara jantung terdengar s1 dan s2 tunggal, tidak ada suara jantung tambahan

d) Abdomen :

Adanya benjolan dibagian bawah kanan sebesar telur ,adanya nyeri tekan di benjolan, suara perkusi timpani, bising usus 10x/menit

e) Ekstremitas (atas dan bawah) :

Tidak ada lesi, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, simetris kiri dan kanan kekuatan otot

5	5
5	5

f) Genetalia & Rectum :

Scrootum tampak adanya benjolan sebesar telur

2. Pemeriksaan Penunjang:

Hasil laboratorium, Tgl : 1 oktober 2019 Jam : 09.10

Hasil :

HB : 12,6 g/dl

Leukosit : 6500

LED :11

Trombosit :261.000

Hematokrit :38%

CT : 8 menit

BT : 2 menit

GDS : 101 mg/dl

Pemeriksaan Ronsen

-Hernia Inguinalis medialis (Direk)

3. Prosedur khusus sebelum pembedahan

No	Prosedur	Ya	Tidak	Waktu	Keterangan
1	Tindakan persiapan psikologis pasien	<input type="checkbox"/>		1/10/19 10.05 WIB	Pasien diberikan dukungan oleh keluarga dan medis
2	Lembar informed consent	<input type="checkbox"/>		1/10/19 10.30 WIB	Dilakukan inform consent dan ditandatangani keluarga
3	Puasa	<input type="checkbox"/>		2/10/19 00.00 WIB	Pasien diminta untuk puasa mulai jam 3 subuh
4	Pembersihan kulit (pencukuran rambut)	<input type="checkbox"/>		2/10/19 07.00 WIB	Dilakukan pencukuran pada ketiak kanan
5	Pembersihan saluran pencernaan (lavement / Obat pencahar)		<input type="checkbox"/>		
6	Pengosongan kandung kemih		<input type="checkbox"/>		
7	Transfusi darah		<input type="checkbox"/>		
8	Terapi cairan infuse	<input type="checkbox"/>		1/10/19 19.00 WIB	Pasien terpasang infus RL pada tangan kiri 20tpm/menit
9	Penyimpanan perhiasan, asesoris, kacamata, anggota tubuh palsu	<input type="checkbox"/>		2/10/19 13.05 WIB	Dilakukan penyimpanan barang berharga diruangan
10	Memakai baju khusus operasi	<input type="checkbox"/>		2/10/19 13.10 WIB	Pasien dipakaikan baju operasi diruangan persiapan

4. Pasien dikirim ke ruang operasi:

Tgl: 2 oktober 2019, Jam: 13.05 WIB dalam keadaan sadar

Ket: Pasien datang keruang operasi pada tanggal 2 oktober 2019 jam 13.05 diantar tenaga medis dan keluarga dengan rencana operasi Herniotomi dan sudah dilakukan prosedur operasi sebelum pembedahan

B. INTRAOPERATIF

1. Tanda-tanda vital,Tgl : 2 oktober 2019 Jam : 13.30 WIB

Suhu : 35.1⁰ C

Tekanan darah : 130/90mmHg,

Frekuensi Nadi : 82 x/menit

RR : 20x/menit

2. Posisi pasien di meja operasi: Lateral

3. Jenis operasi : mayor

4. Nama operasi :Eksisi

5. Area / bagian tubuh yang dibedah perut bawah bagian kanan

2. Tenaga medis dan perawat di ruang operasi:

- Dokter Anestesi :dr. T, Sp.An asisten :R
- Dokter bedah : dr. An, Sp.B ,asisten :A P
- Perawat Instrumentator : Br
- Perawat Sirkuler : Tr

SURGICAL PATIENT SAFETY CHEKLIST		
SIGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
Pasien telah dikonfirmasi :	Setiap anggota tim operasi memperke nalkan diri dan peran masing-masing.	Melakukan pengecekan :
Identitas pasien		Prosedur sdh dicatat
Prosedur		Kelengkapan spons
Sisi operasi sudah benar		Penghitungan instrumen
Persetujuan untuk operasi telah diberikan	Timoperasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal.	Pemberian lab Pl pada spesimen
Sisi yang akan di operasi telah		Kerusakan alat atau

<p>ditandai</p> <p>Ceklist keamanan anestesi telah dilengkapi</p> <p>Oksimeter pulse pada pasien berfungsi</p> <p>Apakah pasien memiliki alergi ?</p> <p>Ya Tidak</p> <p>Apakah risiko kesulitan jalan nafas / aspirasi ?</p> <p>Tidak</p> <p>Ya, telah disiapkan peralatan Risiko kehilangan darah > 500 ml pada orang dewasa atau >7 ml/kg BB pada anak-anak Tidak</p> <p>Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan</p>	<p>Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit :</p> <p>Tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan :</p> <p>Operasi yang benar</p> <p>Pada pasien yang benar.</p> <p>Antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.</p>	<p>masalah lain yang perlu ditangani.</p> <p>Tim bedah membuat perencanaan post operasi</p> <p>Sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi</p>
---	--	--

3. Pemberian obat anestesi: General

Tgl / jam	NamaObat	Dosis	Rute
2-10-19	Quanocain Spinal Heavy	15 Ml	Lumbal 3.4

4. Tahap-tahap/ Kronologis Pembedahan:

- a) Sebelum dilakukan pembedahan dilakukan sign in
- b) Menyiapkan kamar operasi, menyiapkan alat
- c) Pasien memakai baju operasi
- d) Pasien masuk ke kamar operasi OK 3
- e) Pasien dilakukan pembiusan dengan Spinal anestesi
- f) Pasien diposisikan Supine
- g) Tim bedah melakukan scrube, gowning, gloving
- h) Perawat Instrument menyiapkan alat instrumen bedah Herniotomi
- i) Asisten melakukan desinfektan antiseptik area operasi
- j) Melakukan draping

- k) Sebelum dilakukan insisi, dilakukan time out
 - l) Operator melakukan insisi pada area yang sudah diberi tanda
 - m) Perdalam insisi lapis demi lapis dan berikan pinset dan siapkan couter untuk mengontrol pendarahan
 - n) Kemudian berikan langen back untuk diperlebar penglihatan
 - o) Berikan pisau untuk membuka fascia dan kocher untuk menjepit
 - p) Setelah fascia diperlebar ditemukan muskulus kemudian di deep dengan still dapper
 - q) Untuk mencari kantung hernia berikan double pinset untuk memisahkan kantung distal dan proximal dan berikan klem hemostat
 - r) Setelah kantung terlepas bagian kantung dikaitkan mess (jarring) lalu di heating
 - s) Kemudian klem dan pita tegel dilepas, bagian kantung diheating dan lakukan timeout
 - t) Kemudian heating lapisan demi lapisan kulit
 - u) Tutup luka jahitan dengan sufratule, kassa kering, hypafix
 - v) Operasi selesai bereskan alat
 - w) Lepas jas operasi dan handscoon sesuai SOP
 - x) Cuci tangan
5. Tindakan bantuan yang diberikan selama pembedahan : Pemasangan oksigen 2 liter/menit
 6. Pembedahan berlangsung selama 1 jam 5 menit

C.POST OPERASI

1. Pasien pindah ke: RR, jam 14.35 WIB
2. Keluhan saat di RR/PACU: Tidak ada
3. Air Way : Tidak ada sumbatan, suara napas paten
4. Breathing : Terlihat pengembangan dada, teraba hembusan nafas, RR: 20x/menit
5. Sirkulasi : TD : 130/80 mmhg, N: 82x/ menit, CRT 3 detik, S:36,4c pendarahan :±250 ml

6. Observasi Recovery Room:

N O	KRITERIA	SCORE	SCORE
1.	Warna Kulit - Kemerahan /normal - Pucat - Cianosis	2 1 0	2
2.	Aktifitas Motorik - Gerak 4 anggota tubuh - Gerak 2 anggota tubuh - Tidak ada gerakan	2 1 0	1
3.	Pernafasan - Nafas dalam, batuk dan tangis kuat - Nafas dangkal dan adekuat - Apnea atau nafas tidak adekuat	2 1 0	2
4.	Tekanan Darah - \pm 20 mmHg dari preoperasi - 20–50mmHgdari preoperasi - + 50 mmHg dari pre operasi	2 1 0	2
5.	Kesadaran - Sadar penuh mudah dipanggil - Bangun jika dipanggil - Tidak ada respon	2 1 0	2
6.	JUMLAH		9

KETERANGAN

- Pasien dapat dipindah ke bangsal, jika score minimal 8
- Pasien dipindah ke ICU, jika score < 8 setelah dirawat selama 2 jam

BROMAGE SCORE

	KRITERIA	SCORE	SCORE
	tidak dapat mengangkat tungkai bawah	0	
	tidak dapat menekuk lutut tetapi dapat mengangkat kaki	1	1
	tidak dapat mengangkat tungkai bawah tetapi masih dapat mengangkat lutut	2	
	dapat mengangkat kaki sama sekali	3	

KETERANGAN

- Pasien dapat dipindah ke bangsal, jika score kurang dari 2

7. Keadaan Umum : Baik

8. Tanda-tanda Vital : Suhu 36,1 °C, Frekuensi nadi 82 x/mnt, Frekuensi napas 20x/mnt, Tekanan darah 130/80 mmHg, Saturasi O₂ : 98%

9. Kesadaran : Composmetis

10. Balance cairan

Pukul	Intake	Jml (cc)	Output	Jml (cc)
14.20	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Impus	- - - 1500 ml	<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> IWL <input type="checkbox"/> Pendarahan	-600 ml 15x55/24=34,37 250 ml
	Jumlah	1500 ml	Jumlah	884 ml

11. Pengobatan

- Ketorolac 30mg/ 8 jam melalui IV
- Ranitidin 25mg/12 jam melalui IV
- Ceftriaxone 1g/ 8 jam melalui IV

12. Catatan penting lain

⌘ Klien bedrest dan tidak boleh bangun dari tempat tidur sampai jam

12.00 wib

(keesokan harinya)

⌘ Klien dianjurkan mengkosumsi makanan tinggi protein

13. Survey Sekunder, lakukan secara head to toe secaraprioritas:

	Normal		Jika tidak normal, jelaskan
	Y A	TIDAK	
Kepala	<input type="checkbox"/>		
Leher	<input type="checkbox"/>		
Dada	<input type="checkbox"/>		
Abdomen		<input type="checkbox"/>	Ada LukaPost op Herniotomi
Genitalia	<input type="checkbox"/>		
Integumen		<input type="checkbox"/>	Ada luka insisi dibagian Abdomen bagian bawah kanan
Ekstremitas	<input type="checkbox"/>		

3.2. Analisa Data

DATA SUBYEKTIF & OBYEKTIF	MASALAH KEPERAWATAN	ETIOLOGI
PRE OPERASI		
Ds : 1. Pasien mengatakan cemas untuk operasi 2. Pasien mengatakan takut operasinya gagal DO : 1. Pasien tampak cemas 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak banyak bertanya tentang tindakan operasi 4. TTV :TD : 150/90 mmhg	Ansietas	tindakan pembedahan

<p>N : 102x/menit Suhu 35,1 C RR : 20 x/menit</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mengeluh nyeri dibagian benjolan 2. Klien mengatakan ada agen injury fisiknya 3. Klien mengatakan skala nyeri 6 (0-10) <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak mengeluh kesakitan 2. Ada tampak agen injury fisik sebesar telur 3. Skala nyeri 6 4. TD : 150/90 mmhg 102x/menit Suhu 35,1 C RR : 20 x/menit 5. Ronsen: hernia inguinalis medialis medialis (direk) 	Nyeri Akut	Agen injury fisik
INTRA OPERASI		
<p>Ds :-</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu ruangan 22,8% 2. TD 130/90 Mmhg Suhu 35,1 C RR 82 x/menit 3. Bibir pucat 4. akraL dingin 	Resiko Hipotermi	Suhu lingkungan rendah

3.3.Diagnosa Keperawatan

1. Ansietas b.d prosedur tindakan operasi
2. Nyeri Akut b.d agen injury fisik

3. Resiko hipotermi b.d suhu lingkungan rendah

3.4.Rencana Keperawatan

	Diagnosa	ujuan	Implementasi	Evaluasi
1.	Ansietas prosedur tindakan operasi b.d	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ansietas hilang dengan criteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • TTV dalam batas normal • Pasien siap menjalani operasi 	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Mengukur TTV • 2. Mengkaji kecemasan klien • 3. Membantu pasien menyalurkan energy secara komperhensif • 4. Memberikan informasi operasi secara detail dan akurat • 5. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan semoga operasinya berjalan dengan lancar • Pasien mengatakan lebih paham mengenai tindakan operasi • Pasien mengatakan siap di operasi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih tenang • Pasien tampak banyak berdoa dari pada bertanya • TD 130/90 mmhg Nadi 82x/menit Suhu 36.4 c • RR 20 X/ menit <p>A: Masalah ansietas teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi (pasien dipindahkan ke kamar operasi)</p>
2.	Nyeri Akut b.d agen injury fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri berkurang	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Mengukur TTV Klien • 2. Mengkaji karakteristik nyeri dan skala nyeri (0-10) • 3. Memberikan posisi nyaman • 4. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam • 5. Kolaborasi dengan dokter 	S: Klien mengatakan nyeri nya berkurang

		<p>dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nyeri Terkontrol ● Skala nyeri berkurang 1-3 	<p>pemberian analgetik</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pasien posisi Supine ● Pasien tampak tenang ● Skala nyeri 3 <p>A: Masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi (pasien dipindahkan ke Ruang RR)</p>
3.	<p>hipotermi b.d suhu ruangan yg rendah</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipotermi tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <p>-Suhu tubuh dalam batas normal</p> <p>hangat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Pantau tanda-tanda hipotermi 3. Menyelimuti pasien dengan selimut hangat 4. Memantau suhu ruangan 	<p>S:-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Suhu ruangan 22,8 C ● TD 130/90 MmHg ● RR 20X/ menit ● Suhu 36 C ● Nadi 82 x/menit ● Pasien terpasang selimut ● Akral hangat ● CRT 3 detik <p>A : Masalah resiko hipotermi tidak terjadi</p> <p>P: Pertahankan Intervensi</p> <p>dipindahkan ke Ruang RR)</p>