

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF

3.1 Tinjauan Kasus (Pengkajian)

Identitas Pasien

Nama : Ny.A
Umur : 67 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/Bangsa : Jawa / Indonesia
Agama : Islam
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Pendidikan : SD
Gol.Darah : A
Alamat : Margatiga
Tanggungans : BPJS
No.RM : 190323
Tgl Masuk Rs : 30 September 2019
Diagnosa : Ulkus diabetikum

3.2 Pre Operatif

3.2.1 Ringkasan hasil anamnesis preoperatif:

Pada saat dilakukan pengkajian 02 oktober 2019 Pasien mengatakan 1 bulan lalu tersandung batu setelah itu luka tampak memerah lama kelamaan menjadi merah gatal dan panas serta mengeluarkan puss semakin hari luka tampak lebih banyak mengeluarkan puss

3.2.2 Hasil pemeriksaan fisik

3.2.2.1 Tanggal 02 oktober 2019 Pukul: 10.20 WIB

Kesadaran: Composmentis GCS: 15 Orientasi: Baik
TD : 130/90 mmHg
Nadi : 98 x/m
Suhu : 36,8 °C
Pernafasan: 20 x/m

3.2.2.2 Pemeriksaan Fisik

a. Kepala & Leher:

Kepala pasien tampak simetris, tidak ada luka/lesi, pupil isokor, fungsi pendengaran (+), fungsi penciuman (+), pada leher tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid.

b. Thorax (Jantung & Paru):

1) Pemeriksaan paru

- a) Inspeksi: pengembangan dada kanan kiri sama, tidak ada bekas luka, tidak nampak penggunaan otot bantu nafas dan retraksi
- b) Palpasi: pengembangan dada kanan dan kiri sama, tidak ada krepitasi tulang iga,
- c) Perkusi: sonor lapang paru,
- d) Auskultasi: bunyi paru vesikuler tanpa adanya bunyi paru tambahan.

2) Pemeriksaan jantung

- a) Inspeksi: ictus cordis tidak nampak
- b) Palpasi: ictus cordis teraba
- c) Perkusi: pekak seluruh lapang jantung,
- d) Auskultasi: bunyi jantung reguler S1 dan S2 tanpa adanya bunyi jantung tambahan.

c. Abdomen:

- 1) Inspeksi: perut datar, tidak ada luka bekas operasi,
- 2) Auskultasi: bising usus 12x/menit,
- 3) Perkusi: timpani,
- 4) Palpasi: tidak ada distensi abdomen.

d. Ekstremitas (atas & bawah):

Pasien terpasang infus pada tangan sebelah kiri, tidak terdapat lesi. Dan terdapat luka pedis sebelah kanan, terdapat luka ulkus dengan diameter ± 5 cmdengan kedalam $1 \pm$ cm terdapat jaringan nekrotik warna putih pada luka, terdapat edema pada tungkai tampak merah dan mengeluarkan puss (nanah dan darah)

Gambar 3.1 Pre operasi

Gambar 3.2 Post operasi

e. Genetalia & Rectum:

Tidak ada masalah pada genetalia dan rectum, pasien terpasang kateter urine berwarna kuning

3.2.3 Pemeriksaan Penunjang

1. ECG tgl: 02 Oktober 2019

Sinus Rhythm

3.2.3.2 Pemeriksaan Laboratorium

Nama Pasien: Ny. A

Tgl pemeriksaan :30 – 09 2019

Tabel 3.1. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hematologi		
Hemoglobin	11,6 g/dl	10,50-12,90 g/dl
Leukosit	7,600 /ul	4,800-10.800 /ul
Eritrosit	4,8 juta/ul	P:4,2-5,4 juta/ul
Hematokrit	35	P:37-37
Trombosit	253,000/ul	150,000-450,000/ul
MCV	71 fl	79-99 fl
MCH	24 pg	27-31 pg
MCHC	34 G/dL	30-35 g/dL
LED	10 mm/jam	0-10 mm/jam

3.2.4 Prosedur khusus sebelum pembedahan

Tabel 3.2 Prosedur Khusus Sebelum Pembedahan

No	Prosedur	Ya	Tidak	Waktu	Keterangan
1.	Tindakan persiapan psikologis pasien	✓			Dilakukandi ruang pre op 09.30
2.	Lembar informed consent	✓			Di lakukan di ruangan rawat
3.	Puasa	✓			Puasa sejak pukul 12.00 malam
4.	Pembersihan kulit		✓		

	(pencukuran rambut)				
5.	Pembersihan saluran pencernaan (lavement/obat pencabar)		✓		
6.	Pengosongan kandung kemih	✓			Terpasang kateter urine
7.	Transfusi darah		✓		
8.	Terapi cairan infus	✓			Terpasang infus RL
9.	Penyimpanan perhiasan, aksesoris, kacamata, anggota tubuh palsu	✓			Sudah dilakukan pengecekan 09.30
10.	Memakai baju khusus operasi	✓			Sudah memakai baju khusus

3.2.5 Pemberian obat-obatan

a. Obat pramedikasi (diberikan sebelum hari pembedahan)

Tabel 3.3 Obat-obatan sebelum hari pembedahan

Tgl/Jam	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute
30-09-2019	Ceftriaxone	Antibiotik	1 gr/12 jam	IV
30-09-2019	Katerolac	Analgetik	30 mg/8 jam	IV
01-10-2019	Ceftriaxone	Antibiotik	1 gr/12 jam	IV
01-10-2019	Katerolac	Analgetik	30 mg/ 8 jam	IV

b. Obat pra-pembedahan (diberikan 1-2 jam sebelum pembedahan)

Tabel 3.4 Obat pra-pembedahan

Tgl/jam	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute
02-10- 2019	Anbacim	Antibiotik	1 gr	IV

3.2.6 Pasien dikirim ke ruang operasi

Pasien dikirim pada tanggal 02 Oktober 2019 pukul 10.20 WIB.

3.2.6.1 kesadaran: composmentis GCS E₄ V₅ M₆

3.3 Intra Operatif

3.3.1 Tanda-tanda vital, Tanggal: 02 Oktober 2019 Pukul: 10.45 WIB

TD : 130/80 mmHg

Nadi : 90 x/m

Suhu : 36 °C

Pernafasan : 18 x/m

3.3.2 Posisi pasien di meja operasi: Supine

3.3.3 Jenis operasi: Minor

Nama operasi: Debridemen

Area/bagian tubuh yang dibedah : kaki sebelah kanan

3.3.4 Tenaga medis dan perawat di ruang operasi :

Dokter anastesi : Dr. Yusnita Sp.An

Asisten dokter anastesi : Sekar Amd. Kep Dan Pramuji Amd.Kep

Dokter bedah : Dr. Irfan , Sp.B

Asisten bedah : Ns. Dani S. Kep

Perawat instrumentator : Cita Amd. Kep Dan Putri Ayu

Perawat sirkuler : Andika Amd.Kep

Tabel 3.5 *Surgical Patient Safety Checklist*

Surgical Patient Safety Checklist		
Sign In	Time Out	Sign Out
Pasien telah dikonfirmasi: ☒ Identitas pasien ☒ Prosedur ☒ Sisi operasi sudah benar ☒ Persetujuan operasi telah diberikan ☒ Sisi yang akan dioperasi sudah ditandai ☒ Ceklist keamanan anastesi telah dilengkapi ☒ Oksimeter puls pada pasien berfungsi Apakah pasien memiliki alergi? ☐ Ya ☒ Tidak Apakah risiko kesulitan jalan nafas/aspirasi? ☐ Tidak ☒ Ya, telah disiapkan peralatan Risiko kehilangan darah > 500 ml pada orang dewasa atau > 7 ml/kg BB pada anak-anak ☒ Tidak	☒ Setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing ☒ Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit: Tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan: ☒ Operasi yang benar ☒ Pada pasien yang benar ☒ Antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya ☒ Penghitungan instrumen (lengkap), jarum (3), dan kasa (70)	Melakukan pengecekan: ☒ Prosedur sudah dicatat ☒ Kelengkapan spons ☒ Penghitungan instrumen ☐ Pemberian lab Pl pada spesimen ☐ Kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani ☒ Tim bedah membuat perencanaan post operasi sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi

☐ Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan		
--	--	--

3.3.5 Pemberian obat anastesi

Tabel 3.6 Obat-Obat Anastesi

Tgl/Jam	Nama Obat	Dosis	Rute
02-10-2019 10.45	Bupicaine	15-20 mg	Injeksi di ruas tulang belakang
11:00	Fentanil	20-25 mcg	
11.00	klonidin	15-30cg	

3.3.6 Tahap-tahap/kronologis pembedahan

Tabel 3.7 Tahap-tahap/kronologis pembedahan

Waktu/Tahap	Kegiatan																																						
02–10-2019	Alat-alat																																						
	Linen set : - Duk besar 2 - Duk sedang 2 -Jas operasi 4 - Duk meja mayo 2																																						
	Instrumen:																																						
	<table><tr><th>Nama instrument</th><th>Jumlah</th></tr><tr><td>Scapel</td><td>1</td></tr><tr><td>Gunting menzebaum</td><td>1</td></tr><tr><td>Gunting benang</td><td>2</td></tr><tr><td>Pinset Anatomi</td><td>2</td></tr><tr><td>Piset cirurgis</td><td>2</td></tr><tr><td>Pean no 16</td><td>4</td></tr><tr><td>Pean no 18</td><td>2</td></tr><tr><td>Klem desinfeksi</td><td>1</td></tr><tr><td>Sponge holding forcep</td><td>4</td></tr><tr><td>Kanule suction</td><td>1</td></tr><tr><td>Senur diatermi</td><td>1</td></tr><tr><td>Towel clem</td><td>5</td></tr><tr><td>Kocher</td><td>4</td></tr><tr><td>Needle holder</td><td>3</td></tr><tr><td>Langen back</td><td>2</td></tr><tr><td>Bengkok</td><td>1</td></tr><tr><td>Tempat jarum</td><td>1</td></tr><tr><td>Kom</td><td>3</td></tr></table>	Nama instrument	Jumlah	Scapel	1	Gunting menzebaum	1	Gunting benang	2	Pinset Anatomi	2	Piset cirurgis	2	Pean no 16	4	Pean no 18	2	Klem desinfeksi	1	Sponge holding forcep	4	Kanule suction	1	Senur diatermi	1	Towel clem	5	Kocher	4	Needle holder	3	Langen back	2	Bengkok	1	Tempat jarum	1	Kom	3
	Nama instrument	Jumlah																																					
	Scapel	1																																					
	Gunting menzebaum	1																																					
	Gunting benang	2																																					
	Pinset Anatomi	2																																					
	Piset cirurgis	2																																					
	Pean no 16	4																																					
	Pean no 18	2																																					
	Klem desinfeksi	1																																					
	Sponge holding forcep	4																																					
	Kanule suction	1																																					
	Senur diatermi	1																																					
	Towel clem	5																																					
	Kocher	4																																					
	Needle holder	3																																					
	Langen back	2																																					
	Bengkok	1																																					
	Tempat jarum	1																																					
	Kom	3																																					
	Bahan habis pakai:																																						
	<table><tr><th>Nama alat</th><th>Jumlah</th></tr><tr><td>Kasa</td><td>20</td></tr><tr><td>Kasa besar atau big guaza</td><td>1</td></tr><tr><td>Bisturi no 15</td><td>1</td></tr><tr><td>Povidon iodin</td><td>± 100 cc</td></tr><tr><td>Alkohol 705</td><td>±100 cc</td></tr><tr><td>Nacl 0,9%</td><td>4 buah</td></tr></table>	Nama alat	Jumlah	Kasa	20	Kasa besar atau big guaza	1	Bisturi no 15	1	Povidon iodin	± 100 cc	Alkohol 705	±100 cc	Nacl 0,9%	4 buah																								
	Nama alat	Jumlah																																					
	Kasa	20																																					
	Kasa besar atau big guaza	1																																					
Bisturi no 15	1																																						
Povidon iodin	± 100 cc																																						
Alkohol 705	±100 cc																																						
Nacl 0,9%	4 buah																																						

	Under pad	1 buah
	Hand scond	4 buah
	Gentamicin	2 buah

Tahapan prosedur operasi:

1. Perawat sirkuler serah terima pasien dengan perawat ruangan konfirmasi (identitas pasien, prosedur operasi, infomconsen, tindakan pembedahan, riwayat alergi)
2. Perawat sirkuler melskuksn sign in
3. Mengantarkan pasien kekamar operasi
4. Setelah pasien dilakukan anastesi spinal, posisikan pasien supine (pasien sudah terpasang kateter infus dll)
5. Perawat melakukan teknik *scrubing, gowning, gloving*
6. Perawat instrumen mempersiapkan alat instrumen yang akan digunakan di meja mayo
7. Perawat instrumen melakukan teknik aseptik dan antiseptik dengan menggunakan providon iodine 10% pada daerah yang dilakukan insisi secara melingkar sekitar ± 20 cm dari daerah insisi yang dilakkukan masing masing 3 kali
8. Perawat instrumen dan asisten melakukan tindakan tindakan draping daerah operasi dengan memakai duk besar di jepit menggunakan duk klem sehingga daerah yang akan di insisi terlihat
9. Berikan tissuu forcep (pinset chirugis) terlebih dulu pada operator untuk memberikan rangsangan efek anastesi di bagian kulit.
10. Berikan gunting jaringan dan pinset chirugis pada operator untuk memotong jaringan mati atau abses yang berada di dalam kulit , dan asisten sambil memegang suction mengraahkan ke bagian pus dan nanah.
11. Setelah diperkirakan sudah bersih dari pus dan nanah jaringan mati kemudian dibersihkan menggunakan nacl/ bilas dengan cairan nacl dan povidion iodin 12%
12. Masukkan kasaa rol yang steril dicampurkan providion iodine 10% dengan gentamicin salep dan tutup dengan menggunakan kassa steril dan tutup menggunakan kassa gulung.
13. Pindahkan pasien ke brangkar dan antar keruangan pemulihan bersihkan instrumen dan operasi selesai.

3.3.7 Tindakan bantuan yang diberikan selama pembedahan

a) Pemberian oksigen

b) Pemberian suction

3.3.8 Pembedahan berlangsung selama 1 jam

3.3.9 Komplikasi dini setelah pembedahan (saat pasien masih berada diruang operasi): Tidak terdapat komplikasi saat pembedahan

3.4 Post Operasi

3.4.1 Pasien dipindahkan keruang PACU/RR pukul 11.45

3.4.2 Keluhan saat di RR/PACU: -

3.4.3 Airway : Tidak ada masalah pada jalan nafas

3.4.4 Breathing : Pasien terpasang O2 nasal kanul 3 l/m

SPO2 : 97%

3.4.5 Sirkulasi : pasien terpasang infus RL 28 tt/m

3.4.6 Observasi Recovery Room : *bromage score*

Tabel 3.8 *Bromage Score*

No	Kriteria	Score	Score
1	Dapat mengangkat tungkai bawah Kriteria	0	
2	Tidak dapat menekuk lutut tetapi dapat mengangkat kaki	1	
3	Tidak dapat mengangkat tungkai bawah tetapi masih dapat mengangkat lutut	2	2
4	Tidak dapat mengangkat kaki sama sekali	3	
	Jumlah		2

Keterangan: Pasien dapat dipindah kebangsal apabila score kurang dari 2

3.4.7 Keadaan Umum : BAIK

3.4.8 Tanda-tanda vital

TD : 130/ 80 mmHg

Nadi : 82 x/m

Suhu : 35,0 °C

Pernafasan : 22 x/m

Saturasi O2: 98 %

Kesadaran : composmetis

3.4.9 Balance cairan:

Tabel 3.9 *Balance cairan*

Pukul	Intake	Jml (cc)	Output	Jml (cc)
11.45	○ Oral ○ Enteral ○ Parenteral - l ○	1500 cc	○ Urine ○ Perdarahan	600 cc 500
	Jumlah	1500 cc		250 cc

3.4.10 Survey sekunder, lakukan secara *Head To Toe* secara prioritas

Tabel 3.10 *Survey Sekunder*

	Normal		Jika tidak normal, jelaskan
	Ya	Tidak	
Kepala	✓		
Leher	✓		
Dada	✓		
Abdomen	✓		
Genetalia	✓		Pasien terpasang kateter , urine ± 500 cc
Integumen		✓	Terhadap luka post operasi dan dibalut menggunakan kassa gulung
Ekstremitas		✓	Terdapt luka post debridemen pada kaki sebelah kanan

3.5 Analisa Data

Tabel 3.11 Analisa Data

Data Subyektif Dan Obyektif	Masalah Keperawatan	Etiologi
Pre Operasi DS : - Pasien mengatakan cemas - Pasien mengatakan khawatir dengan akibat yang akan dialaminya - Pasien mengatakan ini adalah operasinya yang pertama DO : - Pasien tampak cemas - Pasien tampak menanyakan terus menerus prosedur yang akan dilakukan - TTV : TD : 130/90 mmHg Nadi : 98 x/m Suhu : 36,2 °C Pernafasan : 20 x/m	Ansietas	Krisis situasional
Intra Operasi DS : - DO : - Pasien dilakukan pembedahan pada kaki kanan pedis - Pasien mengalami perdarahan ± 500 cc - Pasien tampak terpasang infus RL 28 tt/menit - Akral dingin	Resiko Perdarahan	Tindakan Pembedahan

- TTV TD : 130/80 Nadi : 88 x/m Suhu : 37 °C Pernafasan : 18 x/m Balance cairan :68 cc		
Post Operasi / di RR DS : pasien mengatakan terdapat luka dibagian kaki sebelah kanan dan sudah melakukan operasi DO : terdapat ulkus diabetikum pada kaki kanan (luka post op debridemen) Terdapat balutan kassa dikaki sebelah kanan TTV : TD : 139/90 mmhg N : 82 x/m S : 36,0 c RR :22 x/m	Kerusakan integritas kulit	Luka post op debridemen

3.6 Daftar Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.12 Diagnosa Keperawatan

Tahapan	Masalah Keperawatan	Etiologi
Pre Operasi	Ansietas	Krisis situasional
Intra Operasi	Resiko Perdarahan	Tindakan Pembedahan
Post Operasi	Kerusakan integritas kulit	Luka post op debridemen

3.7 Rencana Keperawatan

Tabel 3.13 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Ansietas b.d Krisis Situasional	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan Ansietas berkurang dengan KH: 1. Pasien tampak rileks 2. Pasien mengatakan tidak cemas lagi 3. TTV dalam batas normal	1. Mengukur tanda-tanda ansietas 2. Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dirasakan 3. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam 4. Mengajarkan keluarga menemani selama diruang tunggu dan beri dukungan 5. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami

2.	Resiko Perdarahan b.d Tindakan Pembedahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi kehilangan volume darah dengan KH : 1. Tanda-tanda perdarahan minimal CRT < 3 detik 2. Intake dan output seimbang 3. Perdarahan terkontrol	1. Mengukur tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor TTV dan CRT 3. Gunakan ESU untuk koagulasi 4. Kolaborasi dalam pemberian terapi cairan 5. Kolaborasi dalam pemberian obat pengontrol perdarahan kalnex 1 amp/ IV
3.	Kerusakan integritas kulit b.d luka post op debridemen	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kerusakan integritas kulit berkurang terjadi dengan KH: 1. Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan 2. Menunjukkan proses perbaikan kulit yang baik mencegah terjadinya cedera berulang 3. Mampu melindungi kulit dan kelembapan kulit	1. Bersihkan dresing dan plaster perekat 2. Pantau karakteristik luka termasuk drainase, warna, ukuran, bau 3. Membersihkan luka dengan Nacl atau pembersih nontoksik 4. Lakukan dresing sesuai dengan tipe luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Bandingkan dan catata perubahan pada luka

3.8 Catatan perkembangan

Tabel 3.14 Catatan Perkembangan

No	Implementasi	Evaluasi
1.	1. Mengukur tanda-tanda ansietas 2. Memonitor TTV 3. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan 5. Menganjurkan pasien mengungkapkan apa yang dirasakan 6. Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam 8. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami	S : - Pasien mengatakan cemas berkurang dan sudah lebih rileks O : - TTV TD : 130/80 mmHg Nadi : 98 x/m Suhu : 36,8 °C Pernafasan : 20 x/m - Pasien tampak lebih rileks - Pasien mengungkapkan apa yang dirasakan - Pasien sudah melakukan relaksasi nafas dalam - Pasien sudah mengerti tentang prosedur dan sensasi yang mungkin dialami A : Masalah ansietas sebagian teratasi P : 1. Monitor TTV

		2. Anjurkan pasien melakukan teknik distraksi dan relaksasi 3. Anjurkan pasien untuk berdo'a
2.	1. Mengukur tanda dan gejala perdarahan 2. Memonitor TTV dan CRT 3. Menggunakan ESU untuk koagulasi 4. Berkolaborasi dalam pemberian terapi cairan 5. Berkolaborasi dalam pemberian obat pengontrol perdarahan kalnex 1 amp/ IV	S : - O : - Pasien tampak mengalami perarahan ± 850 cc - TTV - TD : 130/80 mmHg - Nadi : 88 x/m - Suhu : 37,0 °C - Pernafasan : 20 x/m - Akral dingin - CRT 3 detik - Pasien diberi kalnex 1 amp/IV - Pasien terpasang infus RL 28 tt/m A : Masalah resiko perdarahan tidak terjadi P : 1. Mengukur tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor TTV dan CRT 3. Gunakan ESU untuk koagulasi 4. Pertahankan terapi cairan
3.	1. Membersihkan dressing dan plaster perekat 2. Memantau karakteristik luka termasuk drainase, warna, ukuran, bau 3. Membersihkan luka dengan NaCl atau pembersih nontoksik 4. Melakukan dressing sesuai dengan tipe luka 5. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Membandingkan dan mencatat perubahan pada luka	S : O : - terdapat ulkus diabetikum pada kaki kanan (luka post op debridemen) - Terdapat balutan kassa dikaki sebelah kanan - TTV : - TD : 139/90 mmhg - N : 82 x/m - S : 36,0 c - RR : 22 x/m A:Kerusakan integritas kulit sebagian teratasi P : 1. Melakukan perawatan luka 2. Melakukan pengkajian luka 3. Membersihkan lingkungan sekitar luka