

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. Tinjauan Kasus (Pengkajian)

1. Identitas Pasien

Nama : Ny.T
Umur : 28 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/Bangsa : Jawa
Agama : Islam
Pekerjaan : Petani
Pendidikan : SMA
Alamat : Bandar Lampung
Tanggungan : BPJS
No.RM : 034266-19
Tgl Masuk Rs : 01 Oktober 2019
Diagnosa : G3P1A1 + PEB

2. Riwayat Praoperatif

- a. Pasien mulai dirawat tgl : 01 Oktober 2019 Pukul:17.10 WIB
Diruang : kebidanan
- b. Ringkasan hasil anamnesa preoperatif :
Pasien mengatakan nyeri pada abdomen menjalar ke pinggang, nyeri hilang timbul, nyeri bertambah bila pasien beraktivitas, nyeri berkurang saat istirahat, tarik napas dalam dan mengelus abdomennya, nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri ± 10 menit, skala nyeri 7.

c. Hasil Pemeriksaan Fisik

Tanda-tanda vital :

Tanggal 02 Oktober 2019 Pukul : 09.50 WIB

Kesadaran : Composmentis GCS : 15 Orientasi : Baik

TD : 160/90mmHg

Nadi : 92 x/m

Suhu : 36,7 °C

Pernafasan : 20x/m

d. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala Dan Leher :

a) INSPEKSI

Tidak ada lesi , tidak ada pembengkakan , tidak ada jejas , warna sama dengan warna kulit lain.

b) PALPASI

Tidak ada nyeri tekan pada mata , hidung, mulut . Tidak ada nyeri tekan pada telinga, tidak ada distensi vena jugularis dan tidak ada pembesaran tiroid

2) Thorax (Jantung Dan Paru) :

a) INSPEKSI

Simetris, tidak ada lesi

b) PALPASI

Terdapa neyri tekan, pada payudara sebelah kanan

c) PERKUSI

Suara perkusi sonor

d) AUSKULTASI

Suara jantung S1 dan S2 reguler , tidak ada suara tambahan , suara nafas vesikuler.

3) Abdomen :

a) Inspeksi : perut bulat, terlihat jelas linea nigra (garis hitam diperut yang terlihat jelas saat hamil)

b) Palpasi :

(1) Leopold 1 : Tinggi fundus 3 jari di bawah prosesus xipoides

(2) Leopold 2 : Teraba puki (punggung kiri)

(3) Leopold 3 : kepala sudah masuk PAV

c) Auskultasi :

Leopold 4 : Konvergen DJJ: 128x/m

4) Ekstremitas (atas dan bawah)

Tidak ada lesi pada ekstremitas atas dan bawah , tidak ada pembengkakan , tidak ada nyeri tekan, kekuatan otot.

e. Hasil Laboratorium

Nama Pasien : Ny. T Tgl pemeriksaan : 01 – 10- 2019

No RM : 034266-19 Jam: 21.50 WIB

Tabel 3.1. pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI			
Lekosit	6,40	/ul	5 - 10
Eritrosit	3,87	Juta/ul	3,08-5,05
Hemaglobin	11	gr %	12 - 16
Hematokrit	86	gr %	80 -92
MCV	83,0	fl	
MCH	28,7	pg	27 -31
MCHC	33,4	gr %	32 -36
Trombosit	260.000	ribu / ul	150.000 – 450.000
RDW	13,5	%	12,4 -14,4
MPV	7,9	Fl	7.3 -9

Skala nyeri menurut VAS (Visual Analog Scale)



Ket :

Pasien mengatakan nyeri pada abdomen menjalar ke pinggang, nyeri hilang timbul, nyeri bertambah bila pasien beraktivitas, nyeri berkurang saat istirahat, tarik napas dalam dan mengelus abdomennya, nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri ± 10 menit, skala nyeri 7.

Tabel 3.1

Prosedur Khusus Sebelum Pembedahan

No	Prosedur	Ya	Tdk	Waktu	Ket
1.	Tindakan persiapan psikologis pasien	✓			
2.	Lembar informed consent	✓			
3.	Puasa	✓			
4.	Pembersihan kulit (pencukuran rambut)	✓			
5.	Pembersihan saluran pencernaan (lavement/obat pencahar)	✓			
6.	Pengosongan kandung kemih	✓			
7.	Transfusi darah		✓		
8.	Terapi cairan infus	✓			
9.	Penyimpanan perhiasan, aksesoris, kacamata, anggota tubuh palsu	✓			
10.	Memakai baju khusus operasi	✓			

c. Pasien dikirim keruang operasi

Pasien dikirim pada tanggal 02 Oktober 2019 pukul 10.00 WIB. Pasien datang dengan kesadaran composmentis (GCS 15)

Keterangan : Saat tiba diruang operasi pasien tampak cemas, pasien tampak terus menanyakan prosedur yang akan dilakukan , pasien mengatakan ia takut untuk melakukan prosedur operasi . Pasien juga megatakan ini adalah operasinya yang pertama .

d. Intraoperatif

1) Tanda-tanda vital

Tanggal : 02 Oktober 2019 Pukul : 10.05WIB

TD : 140/80 mmHg

Nadi : 98 x/m

Suhu : 36,5 °C

Pernafasan : 22 x/m

e. Posisi pasien di meja operasi : Supinasi

f. Jenis operasi : Mayor

Nama operasi : *Sectio caesaria* (SC)

Area/bagian tubuh yang dibedah : Abdomen

g. Tenaga medis dan perawat di ruang operasi :

Dokter anastesi : dr. Kiki Sp.An

Asisten dokter anastesi : Joko

Dokter bedah : dr. Diki Sp.og

Asisten bedah : Elko

Perawat instrumentator : Dian

Perawat sirkuler : Yulis

Tabel 3.2

Surgical Patient Safety Checklist

SURGICAL PATIENT SAFETY CHECKLIST		
SIGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
○ Identitas pasien ○ Prosedur ○ Sisi operasi sudah benar ○ Persetujuan untuk operasi telah diberikan ○ Sisi yang akan di operasi telah ditandai ○ Ceklist keamanan anestesi telah dilengkapi ○ Oksimeter pulse pada pasien berfungsi apakah pasien memiliki alergi? ○ Ya ○ Tidak - Apakah resiko kesulitan jalan nafas / aspirasi ? - Tidak - Ya, telah disiapkan peralatan - Resiko kehilangan darah > 500ml pada orang dewasa atau > ml/kg BB pada anak-anak - Tidak - Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan	○ Identitas pasien ○ Prosedur ○ Sisi operasi sudah benar ○ Persetujuan untuk operasi telah diberikan ○ Sisi yang akan di operasi telah ditandai ○ Ceklist keamanan anestesi telah dilengkapi ○ Oksimeter pulse pada pasien berfungsi apakah pasien memiliki alergi? ○ Ya ○ Tidak - Apakah resiko kesulitan jalan nafas / aspirasi ? - Tidak - Ya, telah disiapkan peralatan - Resiko kehilangan darah > 500ml pada orang dewasa atau > ml/kg BB pada anak-anak - Tidak - Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan	○ Identitas pasien ○ Prosedur ○ Sisi operasi sudah benar ○ Persetujuan untuk operasi telah diberikan ○ Sisi yang akan di operasi telah ditandai ○ Ceklist keamanan anestesi telah dilengkapi ○ Oksimeter pulse pada pasien berfungsi apakah pasien memiliki alergi? ○ Ya ○ Tidak - Apakah resiko kesulitan jalan nafas / aspirasi ? - Tidak - Ya, telah disiapkan peralatan - Resiko kehilangan darah > 500ml pada orang dewasa atau > ml/kg BB pada anak-anak - Tidak - Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan

Tabel 3.3

Pemberian Obat Anestesi

Dilakukan anestesi Spinal

Tgl/Jam	Nama Obat	Dosis	Rute
02 Oktober 2019 10.10 WIB	Lidocaine 5%	50 – 100 mg	Suntikan daerah saraf tulang belakang

Tabel 3.4
Tahap-tahap /kronologis pembedahan

Waktu/Tahap	Kegiatan
	Alat-alat Linen set : • Duk besar 1 • Duk bolong 1 • Jas operasi 4 • Duk meja mayo 1 Instrumen : • Sponge holding forceps 1 • Bengkok 1 • Kom 1 • Kocher 4 • Needle holder 2 • Duk klem 5 • Handle mess no 4 1 • Handle mess no 15 1 • Gunting jaringan 1 • Gunting benang 1 • Pinset anatomis 2 • Pinset cirugis 2 • Canul suction 1 • Hak blas 1 • Kom betadin 1 Bahan habis pakai : • Handscone steril 4 • Benang catgut chromic 2/0 taper 2 • Benang silk , braided 2/0 taper 1 • Kassa steril 50 • Alkohol 70% 1 • Nacl 0,9% 1 Tahapan prosedur operasi : Posisikan dilakukan tindakan anastesi spinal dan desinfektan lalu pasien di posisi lateral , kemudian dilakukan sign in, setelah itu dilakukan drapping , kemudian dilakukan time out oleh perawat sirkuler , kemudian dilakukan insisi pareinstil ± 12 cm diperdalam hingga perineum, kemudian dilakukan kontrol perdarahan dengan menggunakan kassa, serta dilakukan pembukaan jalan lahir dengan menggunakan hak besar, lahir bayi laki-laki dengan berat

	badan 2800 gram pandang badan 49 cm, setelah itu dilahirkan plasenta lengkap, kemudian lakukan sign out . Kemudian dilakukan penjahitan perineum dengan chromic 2/0 tapper kemudian menjahit kulit dengan monosy 2/0 tapper. Kemudian jahit kulit dengan silk 2-0. Kemudian luka dibersihkan sisa darah dibersihkan dan ditutup kassa dan hivapak .
--	---

h. Tindakan bantuan yang diberikan selama pembedahan

- 1) Pemberian oksigen
- 2) Pemberian suction
- 3) Lain-lain : Pasien mengalami perdarahan intraoperasi kurang lebih 250 cc

i. Pembedahan berlangsung selama 45 menit

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

k. Post Operasi

1) Pasien dipindahkan keruang PACU/RR pukul 10.55

- a) Keluhan saat di RR/PACU : Menggigil kedinginan
- b) Airway : Pergerakan dinding dada simetris, suara nafas vesikuler tidak ada suara tambahan.
- c) Breathing : Pasien terpasang O2 nasal kanul 3 l/m SPO2 : 98%
- d) Sirkulasi : pasien terpasang infus RL 26 tt/m
- e) Observasi Recovery Room :

Tabel 3.5
ALDRETE SCORE (DEWASA)

NO	KRITERIA	SCORE	SCORE
1.	Warna Kulit • Kemerahan/normal • Pucat • Sianosis	2 1 0	2
2.	Aktifitas Motorik • Gerak 4 anggota tubuh • Gerak 2 anggota tubuh • Tidak ada gerakan	2 1 0	2
3.	Pernafasan • Nafas dalam , batuk dan tangis kuat • Nafas dangkal da adekuat • Apnea atau nafas tidak adekuat	2 1 0	2
4.	Tekanan Darah • $\pm$ 20 mmHg dari pre operasi • 20-50 mmHg dari pre operasi • $\pm$ 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
Jumlah			10

a. Keadaan Umum : Baik

b. Tanda-tanda vital

1) TD : 150/80 mmHg

2) Nadi : 90 x/m

3) Suhu : 36,5 °C

4) Pernafasan : 20 x/m

5) Saturasi O₂ : 98 %

c. Kesadaran : Somnolen

Tabel 3.6
Balance Cairan

Pukul	Intake	Jml (cc)	Output	Jml (cc)
	○ Oral ○ Enteral ○ Parenteral ○	2000 cc	○ Urine ○ Muntah ○ Iwl ○ Perdarahan ○ Draine	100 cc 250 cc
	Jumlah	2000 cc		350 cc

Balance Cairan : 280 cc

Pengobatan : Ketorolac 30 mg Intravena

Tabel 3.7

Survey sekunder, lakukan secara head to toe secara prioritas :

	Normal		Jika tidak normal, jelaskan
	YA	TIDAK	
Kepala	✓		
Leher	✓		
Dada	✓		
Abdomen		✓	Terdapat luka jahitan post sc
Genetalia	✓		
Integumen		✓	Terhadap jahitan luka yang dibalut pada abdomen
Ekstremitas	✓		

Skala nyeri menurut VAS (Visual Analog Scale)



Tabel 3.8
Analisis 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 tentang prosedur yang akan dilakukan • TTV : - TD : 160/90 mmHg - Nadi : 92 x/m - Suhu : 37,1 °C - Pernafasan : 20 x/m	Ansietas	Status Kesehatan
Intra Operasi DS : - DO : • Pasien dilakukan pembedahan pada abdomen • Pasien tampak mengalami perdarahan 250 cc • Pasien tampak terpasang infus RL 28 tt/menit • Akral dingin • TTV - TD : 140/80 mmHg - Nadi : 98 x/m - Suhu : 36,5 °C - Pernafasan : 22 x/m	Resiko Perdarahan	Tindakan Pembedahan

Post Operasi / di RR DS : - Pasien mengatakan badannya dingin dan menggigil DO : - Pasien tampak menggigil kedinginan - Suhu lingkungan 16 °C - Akral dingin - TTV TD : 150/80 mmHg Nadi : 90 x/m Suhu : 36,5 °C Pernafasan : 20 x/m	Resiko Hipotermi	Terpapang Suhu Lingkungan Rendah
--	-------------------------	---

Tabel 3.9

Daftar Diagnosa Keperawatan

Tahapan	Diagnosa Keperawatan
Pre Operasi	Ansietas b.d Status Kesehatan ditandai dengan pasien mengatakan cemas, pasien mengatakan khawatir dengan akibat yang akan dialaminya, pasien mengatakan ini adalah operasi yang pertama baginya, pasien tampak cemas, pasien tampak menanyakan terus-menerus tentang prosedur yang akan dilakukan
Intra Operasi	Resiko Perdarahan b.d Tindakan Pembedahan ditandai dengan pasien tampak pembedahan pada abdomen, pasien tampak mengalami pendarahan ±250 cc, pasien tampak terpasang infus RL 28x/m, akral dingin, TTV:TD:160/80mmHg, N:98x/m, RR:22x/m, S:36°C
Post Operasi	Resiko Hipotermi b.d Terpapang Suhu Lingkungan Rendah ditandai dengan pasien mengatakan badannya dingin dan menggigil, pasien tampak menggigil kedinginan, akral dingin, suhu lingkungan 16°C, TTV:TD:150mmHg, N:90x/m, RR:20x/m, S:36,8°C

Tabel 3.10
Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Ansietas b.d Status Kesehatan ditandai dengan pasien mengatangkan cemas, pasien mengatakan khawatir dengan akibat yang akan dialaminya, pasien mengatakan ini adalah operasi yang pertama baginya, pasien tampak cemas, pasien tampak menanyakan terus-menerus tentang prosedur yang akan dilakukan	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. Monitor tanda-tanda ansietas 2. Anjurkan pasien mengungkapkan apa yang dirasakan 3. Ajarkan teknik relaksasi 4. Anjurkan keluarga menemani selama diruang tunggu dan beri dukungan 5. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami	1. Untuk mengetahui sejauh mana ansietas terjadi dan untuk menentukan intervensi yang tepat. 2. Karena jika pasien mengungkapkan rasa cemasnya maka akan mengurangi beban yang diirasakannya 3. Dengan mengendalikan pernapasan, pasien jadi memusatkan pikiran pada pernapasan yang lambat dan dalam sehingga membantu pasien melepaskan diri dari pikiran dan sensasi yang memicu cemas. Bernapas dalam-dalam bisa menenangkan saraf di otak. Inilah alasan lain mengapa menarik napas dalam bisa menjadi cara yang ampuh untuk mengatasi cemas. 4. Pasien akan merasa lebih tenang jika didampingi oleh rang lain. Karena bisa mengalihkan rasa cemasnya 5. Pasien biasanya akan takut dengan bayangan yang akan dihadapi sehingga menyebabkan

				kecemasan oleh karena itu pasien diberikan penjelasan tentang prosedur dan sensasi yang akan dihadapi agar pasien mengerti
2.	Resiko Perdarahan b.d Tindakan Pembedahan ditandai dengan pasien tampak pembedahan pada abdomen, pasien tampak mengalami pendarahan ± 250 cc, pasien tampak terpasang infus RL 28x/m, akral dingin, TTV:TD:160/80 mmHg, N:98x/m, RR:22x/m, S:36°C	S Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi kehilangan volume darah dengan KH : 1. Tanda-tanda perdarahan minimal 2. CRT < 3 detik 3. Perdarahan terkontrol	1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor TTV dan CRT 3. Kolaborasi dalam pemberian terapi cairan 4. Kolaborasi dalam pemberian obat	1. Agar dapat mengkaji sejauh mana perdarahan terjadi dan untuk menentukan intervensi tepat yang dapat diberikan 2. Untuk mengetahui keadaan umum pasien 3. Agar keseimbangan cairan dapat terjaga . 4. Kalnex bekerja dengan cara menjaga bekuan darah yang sudah terbentuk agar tidak hancur dan menyebabkan pendarahan terus terjadi.
3.	Resiko Hipotermi b.d Terpapang Suhu Lingkungan Rendah ditandai dengan pasien mengatakan badannya dingin dan menggigil, pasien tampak menggigil kedinginan, akral dingin, suhu lingkungan 16°C, TTV:TD:150mm	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan hipotermi tidak terjadi dengan KH : 1. Akral hangat 2. Suhu pasien 37°C	1. Monitor suhu tubuh pasien 2. Identifikasi penyebab hipotermi 3. Monitor suhu ruangan 4. Sediakan lingkungan hangat 5. Beri selimut tambahan	1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien dan suhu tubuh pasien 2. Untuk memberikan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan pasien 3. Untuk mengetahui suhu yang digunakan 4. Untuk memberikan rasa hangat pada pasien 5. Memberikan rasa hangat kepada pasien agar tidak terpapar suhu ruangan secara langsung

	Hg, N:90x/m, RR:20x/m, S:36,8 ⁰ C			
--	--	--	--	--

Tabel 3.11

Implementasi Evaluasi

No Jam/ Tgl	Implementasi	Jam/ Tgl	Evaluasi
02/10/ 2019 09.30 09.35 09.40 09.45	1. Memonitor tanda-tanda ansietas 2. Menganjurkan pasien mengungkapkan apa yang dirasakan 3. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam 4. Menganjurkan keluarga menemani selama diruang tunggu dan beri dukungan pada pasien 5. Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami	02/10/ 2019 09.55	S : - Pasien mengatakan cemas berkurang dan sudah lebih rileks - Pasien mengatakan sudah paham tentang operasi O : - TTV TD : 160/90 mmHg Nadi : 92 x/m Suhu : 36,3 ⁰C Pernafasan : 23 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 : Ansietas P : 1. Monitor TTV 2. Anjurkan pasien melakukanteknik distraksi dan relaksasi 3. Anjurkan pasien untuk berdoa
02/10/ 2019 10.10	1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan	02/10/ 2019 10.40	S : - O : - Pasien tampak mengalami perarahan ±250 cc - TTV

10.15 10.20 10.37	2. Memonitor TTV dan CRT 3. Berkolaborasi dalam pemberian terapi cairan 4. Berkolaborasi dalam pemberian obat		TD : 140/80 mmHg Nadi : 98 x/m Suhu : 36,0 °C Pernafasan : 22 x/m • Akral dingin • CRT 2 detik • Pasien diberi kalnex 1 amp/IV • Pasien terpasang infus RL 28 tt/m A : - P : 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor TTV dan CRT 3. Pertahankan terapi cairan
02/10/2019 10.40 10.40 10.42 10.45 10.45	1. Memonitor suhu tubuh pasien 2. Mengidentifikasi penyebab hipotermi 3. Memonitor suhu ruangan 4. Menyediakan lingkungan yang hangat 5. Memberikan selimut tambahan	02/10/2019 10.50	S : • Pasien mengatakan badannya sudah mulai hangat O : • Pasien tampak sudah tidak menggigil lagi • TTV TD : 150/89 mmHg Nadi : 90 x/m Suhu : 36,8 °C Pernafasan : 20 x/m • Akral teraba hangat A : - P : 1. Petahankan suhu lingkungan tetap hangat 2. Monitor TTV 3. Pertahankan penambahan selimut