

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

Modalitas Manajemen Keperawatan Perioperatif

1. Peran Perawat Di Kamar Operasi

Pada praktiknya peran perawat perioperatif dipengaruhi berbagai faktor, yaitu sebagai berikut :



Gambar 2.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Peran Perawat Perioperatif
(Muttaqin dan Sari, 2009).

2. Peran Perawat Administratif

Perawat administratif berperan dalam pengaturan manajemen penunjang pelaksanaan pembedahan. Biasanya terdiri dari perencanaan dan pengaturan staff, kolaborasi penjadwalan pasien bedah, perencanaan manajemen material dan manajemen kinerja (Muttaqin dan Sari, 2009).

3. Peran Perawat Instrument

Perawat *Scrub* atau yang dikenal di Indonesia sebagai perawat instrumen memiliki tanggung jawab terhadap manajemen instrumen operasi pada setiap jenis pembedahan.

4. Modalitas Perawat Instrumen

Setiap perawat instrumen biasanya mengikuti pelatihan perawat instrumen khusus pada setiap jenis pembedahan. Hal ini dilakukan agar setiap perawat instrumen dapat seimbang pengetahuan dan keterampilannya sehingga dapat berperan optimal. Peran perawat instrumen sangat mendukung optimal hasil pembedahan, kolaborasi dengan ahli bedah, dan menghindari resiko infeksi dengan menjalankan program pengendalian infeksi nosokomial. Ada beberapa modalitas dan konsep pengetahuan yang diperlukan perawat instrumen dalam mempersiapkan instrumen bedah, yaitu : bahan jahitan, jarum jahit bedah, persiapan bahan insisi, teknik penyerahan alat, fungsi instrumen dan perlakuan jaringan (Muttaqin dan Sari, 2009).

5. Peran Perawat Anastesi

Perawat anastesi adalah perawat dengan pendidikan perawat khusus anastesi, diploma anastesi, atau D-III Keperawatan yang mengikuti pelatihan asisten selama satu tahun. Di Indonesia, perawat anastesi lebih dikenal dengan sebutan penata anastesi.

6. Peran Perawat Ruang Pemulihan

Peran perawat ruang pemulihan adalah perawat anastesi yang menjaga kondisi pasien sampai sadar penuh agar bisa dikirim kembali ke ruang rawat inap. Tanggung jawab perawat ruang pemulihan sangat banyak karena kondisi pasien dapat memburuk dengan cepat pada fase ini. Dengan demikian, perawat yang bekerja di ruang ini harus siap dan mampu mengatasi setiap keadaan Darurat (Muttaqin dan Sari, 2009).

7. Manajemen Lingkungan Bedah

Manajemen lingkungan bedah merupakan suatu prosedur penatalaksanaan pekerjaan yang menunjang kegiatan dalam kamar operasi dan perlu diperhatikan oleh perawat perioperatif. Ada berbagai hal yang memengaruhi lingkungan bedah, antara lain : manajemen aseptis,

manajemen sterilisasi dan desinfektasi instrumen, manajemen keamanan, pengendalian lingkungan dan konsep manajemen alat bedah listrik dan laser (Muttaqin dan Sari, 2009).

8. Manajemen Posisi Bedah

Manajemen pemberian posisi bedah bertujuan untuk menghasilkan area pembedahan yang optimal, meningkatkan keamanan, menurunkan resiko cedera, serta memudahkan akses dalam pemberian cairan intravena, obat dan bahan anastesi. Hasil yang diharapkan dari manajemen pemberian posisi adalah tercapainya kondisi fisiologis dan terhindar dari cedera (Muttaqin dan Sari, 2009)

9. Manajemen Hemostatis

Hemostatis yang adekuat merupakan fondasi dari tindakan operasi. Apabila pasien mengidap gangguan mekanisme pembekuan, maka ahli bedah harus memiliki pengetahuan yang cukup mengenai hemostatis, sifat cedera yang terjadi, dan pengobatan yang tersedia (Muttaqin dan Sari, 2009).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan perioperatif pada praktiknya akan dilakukan secara berkesinambungan, dimulai dari praoperatif, intraoperatif, dan post operatif.

1. Pre operasi

a. Pengkajian pre operasi

Pengkajian di ruang pra operasi perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dengan kelengkapannya yang berhubungan dengan pembedahan. Pengkajian ringkas tersebut berupa validasi, kelengkapan administrasi, tingkat kecemasan, pengetahuan pembedahan, pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital, dan kondisi abdomen (Muttaqin dan Sari, 2009).

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan secara menyeluruh. Pengkajian pasien pre operasi meliputi:

- 1) Identitas pasien meliputi:

Nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pekerjaan, pendidikan, golongan darah, alamat, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa

 - a) Jenis Kelamin
 - b) Usia
- 2) Ringkasan hasil anamnesa pre operasi

Keluhan ketika pasien dirawat sampai dilakukan tindakan sebelum operasi
- 3) Pengkajian psikologis, meliputi perasaan takut/cemas dan keadaan emosi pasien
- 4) Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu.
- 5) Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.
- 6) Sistem kardiovaskuler, apakah ada gangguan pada sistem cardio, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung, kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedema, irama dan frekuensi jantung.
- 7) Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur
- 8) Sistem abdomen apakah pasien mengalami jejas dan nyeri pada abdomen
- 9) Sistem reproduksi, apakah pasien wanita mengalami menstruasi?
- 10) Sistem saraf, bagaimana kesadaran?
- 11) Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, lavement, kaptur, perhiasan, make up, syer, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien alergi terhadap obat?
- 12) Pengkajian antenatal care dan riwayat genealogi ibu selama hamil
- 13) Riwayat operasi sectio Caesarea sebelumnya serta riwayat penyakit sebelumnya seperti tekanan darah tinggi, dll.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI,2017).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pre operasi dalam (SDKI,2017) yaitu:

1) Ansietas

Definisi:

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman, penyebab pasien sectio caesare mengalami ansietas Adalah takut anastesinya (tidak bangun lagi), takut nyeri akibat luka operasi, takut terjadi perubahan fisik menjadi buruk atau tidak berfungsi normal, takut operasi gagal, takut mati dan lain-lain.

Berdasar

Penyebab:

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi sistem keluarga
- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i) Faktor keturunan (tempramen mudak teragitasi sejak lahir)
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan dan lain-lain)

2) Kurang terpapar informasi

Gejala dan tanda mayor :

Tabel 2.1 Gejala dan Tanda Mayor Ansietas

Subjektif	Objektif
1. Merasa bingung	1. Tampak gelisah
1. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	2. Tampak tegang
3. Sulit berkonsentrasi	3. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.2 Gejala dan Tanda Minor Ansietas

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh pusing	1. Frekuensi napas meningkat
2. Anoreksia	2. Frekuensi nadi meningkat
3. Palpitasi	3. Tekanan darah meningkat
4. Merasa tidak berdaya	4. Diaforesis
	5. Tremor
	6. Muka tampak pucat
	7. Suara bergetar
	8. Kontak mata buruk
	9. Sering berkemih
	10. Orientasi pada masa lalu

Kondisi klinis terkait:

- a) Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun.)
 - b) Penyakit akut
 - c) Hospitalisasi
 - d) Rencana operasi
 - e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
 - f) Penyakit neurologis
 - g) Tahap tumbuh kembang
- 3) Nyeri akut

Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung

kurang dari 3 bulan. Tindakan SC merupakan tindakan yang cepat dan mudah, akan tetapi tindakan SC juga memiliki beberapa bahaya komplikasi, seperti infeksi luka, tromboflebitis, perdarahan dan nyeri pasca pembedahan. Nyeri merupakan masalah yang paling mendominasi pada pasca pembedahan SC.

Penyebab:

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, atihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor:

Tabel 2.3 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis
	2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
	3. Gelisah
	4. Frekuensi nadi meningkat
	5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.4 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaforesis

Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindroma koroner akut
- e) Glaukoma

c. Rencana keperawatan

Rencana intervensi difokuskan pada kelancaran persiapan pembedahan, dukungan prabedah dan pemenuhan informasi. Persiapan pembedahan dilakukan secara umum seperti pembedahan lainnya dengan penggunaan anastesi general. Pasien perlu dipuasakan 6 jam sebelum pembedahan dan mencukur area pubis . kelengkapan *informed consent* perlu diperhatikan perawat. (Muttaqin,2009).

Menurut (SIKI, 2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah :

1) Ansietas berhubungan dengan Krisis Situasional

Tujuan:

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 jam, tingkat ansietas pasien menurun dengan kriteria hasil:

- a) Verbalisasi kebingungan menurun
- b) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- c) Perilaku gelisah menurun
- d) Perilaku tegang menurun

Intervensi Utama:

Observasi :

- a) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Terapeutik :

- a) Pahami situasi yang membuat ansietas
- b) Dengarkan dengan penuh perhatian
- c) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

Edukasi :

- a) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien

- b) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- c) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- d) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- e) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- f) Latih teknik relaksasi

Intervensi Pendukung:

Observasi :

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stresor)
- b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan

Terapeutik :

- a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- c) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- d) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- e) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi :

- a) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami
- b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

Intervensi menurut NANDA NIC-NOC

Ansietas

Definsi : Perasaan tidak nyaman atau kekawatiran yang Samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan kemampuan individu untuk

bertindak menghadapi ancaman.

Tujuan dan Kriteria Hasil :

NOC

- a. Anxiety self-control
- b. Anxiety level
- c. Coping

Kriteria Hasil :

- a. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.
- b. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas.
- c. Vital sign dalam batas normal.
- d. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktifitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.

Intervensi Keperawatan :

NIC

Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)

- a. Gunakan pendekatan yang menenangkan
- b. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien
- c. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
- d. Pahami perspektif pasien terhadap situasi stres
- e. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
- f. Dorong keluarga untuk menemani anak
- g. Lakukan back / neck rub
- h. Dengarkan dengan penuh perhatian
- i. Identifikasi tingkat kecemasan
- j. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan
- k. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi

- l. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi
- m. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan

2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

Tujuan :

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 jam, tingkat nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil:

- a) Keluhan nyeri menurun
- b) Meringis menurun
- c) Sikap protektif menurun
- d) Gelisah menurun
- e) Kesulitan tidur menurun

Intervensi Utama :

Observasi :

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi nyeri non verbal

Terapeutik :

- a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin).

Edukasi :

- a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Kolaborasi:

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Intervensi Pendukung:**Observasi :**

- a) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- b) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- c) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- d) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- e) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- a) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- b) Fasilitasi istirahat dan tidur
- c) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi :

- a) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- b) Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Intervensi Menurut NANDA NIC-NOC:**Nyeri akut**

Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung selama 6 bulan.

Tujuan dan Kriteria Hasil :**NOC**

- a. Pain Level,
- b. Pain control

c. Comfort level

Kriteria Hasil :

- a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi Keperawatan :

NIC

Pain Management

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
- b. Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan
- c. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
- d. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
- e. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
- f. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
- g. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
- h. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
- i. Kurangi faktor presipitasi nyeri
- j. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)
- k. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
- l. Ajarkan tentang teknik non farmakologi

- m. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
- n. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
- o. Tingkatkan istirahat
- p. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
- q. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

Analgesic Administration

- a. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
- b. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
- c. Cek riwayat alergi
- d. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
- e. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
- f. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
- g. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
- h. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
- i. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
- j. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala

2. Intra operasi

a. Definisi

Fase intraoperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup:

1) Ruang sementara (*Holding area*)

Perawat dapat menjelaskan tahap-tahap yang akan dilaksanakan untuk menyiapkan klien menjalani pembedahan. Perawat di ruang tahanan sementara biasanya adalah bagian dari petugas ruang

operasi dan menggunakan pakaian, topi, dan alas kaki khusus ruang operasi sesuai dengan kebijakan pengontrolan infeksi rumah sakit. Beberapa tempat bedah sehari, perawat primer perioperatif menerima kedatangan klien, menjadi perawat sirkulator selama prosedur berlangsung, dan mengelola pemulihan serta kepulangan klien.

Di dalam ruangan tahanan sementara, perawat, anastesi, atau ahli anastesi memasang kateter infus ke tangan klien untuk memberikan prosedur rutin penggantian cairan dan obat-obatan melalui intravena. Biasanya menggunakan kateter IV yang berukuran besar agar pemasukan cairan menjadi lebih mudah. Perawat juga memasang manset tekanan darah. Manset juga terpasang pada lengan klien selama pembedahan berlangsung sehingga ahli anastesi dapat mengkaji tekanan darah klien.

2) Kedatangan ke ruang operasi

Perawat ruang operasi mengidentifikasi dan keadaan klien, melihat kembali lembar persetujuan tindakan, riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, dan berbagai hasil pemeriksaan. Pastikan bahwa alat prostese dan barang berharga telah dilepas dan memeriksa kembali rencana perawatan preoperatif yang berkaitan dengan intraoperatif.

3) Pemberian anastesi

Anastesi umum klien yang mendapat anastesi umum akan kehilangan seluruh sensasi dan kesadarannya. Relaksasi mempermudah manipulasi anggota tubuh. Klien juga mengalami amnesia tentang seluruh proses yang terjadi selama pembedahan yang menggunakan anastesi umum melibatkan prosedur mayor, yang membutuhkan manipulasi jaringan yang luas.

Ahli anastesi memberi anastesi umum melalui jalur Intra vena dan inhalasi melalui empat tahap anastesi. Tahap 1 dimulai saat klien masih sadar, klien menjadi pusing dan kehilangan kesadaran secara bertahap, dan status analgesic dimulai. Tahap 2 adalah

eksitasi, otot kelenjar kadang-kadang menegang dan hampir kejang, reflek menelan dan muntah tetap ada, dan pola nafas klien mungkin menjadi tidak teratur. Tahap 3 dimulai pada saat irama pernafasan mulai teratur, fungsi vital terdepresi. Tahap 4 adalah tahap depresi pernafasan lengkap.

4) Pengaturan posisi klien selama pembedahan

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Pasien posisi supine (*dorsal recumbent*): laparotomi eksplorasi.

Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah letak bagian tubuh yang akan dioperasi, umur dan ukuran tubuh pasien, tipe anestesi yang digunakan, nyeri/Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (arthritis).

5) Pemajanan area pembedahan

Pemajanan daerah bedah maksudnya adalah daerah mana yang akan dilakukan tindakan pembedahan. Pengetahuan tentang hal ini perawat dapat mempersiapkan daerah operasi dengan teknik drapping

6) Mempertahankan posisi sepanjang prosedur operasi

Posisi pasien di meja operasi selama prosedur pembedahan harus dipertahankan sedemikian rupa. Hal ini selain untuk mempermudah proses pembedahan juga sebagai bentuk jaminan keselamatan pasien dengan memberikan posisi fisiologis dan mencegah terjadinya injury.

7) Peran perawat selama pembedahan

a) Perawat instrumentator (*scrub nurse*)

Perawat instrumentator (*scrub nurse*) atau perawat sirkulator memberikan instrumen dan bahan-bahan yang dibutuhkan oleh dokter bedah selama pembedahan berlangsung dengan menggunakan teknik aspek pembedahan yang ketat dan terbiasa dengan instrumen pembedahan.

b) Perawat sirkulator

Perawat sirkulator adalah asisten perawat instrumentator dan dokter bedah. Perawat sirkulator membantu mengatur posisi klien dan menyediakan alat dan duk bedah yang dibutuhkan dalam pembedahan. Perawat sirkulator menyediakan bahan-bahan yang dibutuhkan perawat instrumentator, membuang alat dan spon kasa yang telah kotor, serta tetap hitung instrument jarum dan spon kasa yang telah digunakan. Perawat sirkulator juga dapat membantu mengubah posisi klien atau memindahkan posisi lampu operasi, perawat sirkulator juga menggunakan teknik aseptik bedah. Apabila teknik aseptik telah hilang, Perawat sirkulator membantu anggota tim bedah dengan mengganti dan memakai gaun dan sarung tangan steril. Prosedur ini mencegah tertinggalnya bahan-bahan tersebut di dalam luka bedah klien.

Time Out merupakan prosedur keselamatan pembedahan pasien yang dilakukan sebelum dilakukan insisi kulit, Time Out dikoordinasi oleh salah satu dari anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat Time Out setiap petugas kamar operasi memperkenalkan diri dan tugasnya, ini bertujuan agar diantara petugas operasi dapat saling mengetahui dan mengenal peran masing-masing. Sebelum melakukan insisi petugas kamar operasi dengan suara keras akan mengkonfirmasi mereka melakukan operasi dengan benar, pasien yang benar, serta mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan minimal 60 menit sebelumnya.

Sementra Sign Out adalah prosedur keselamatan pembedahan yang dilakukan oleh petugas kamar operasi sebelum penutupan luka, dikoordinasi oleh salah satu anggota petugas kamar operasi (dokter atau perawat). Saat Sign Out akan dilakukan review tindakan yang telah dilakukan sebelumnya, dilakukan juga pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen,

pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah yang perlu ditangani, selanjutnya langkah akhir adalah memusatkan perhatian pada manajemen post-operasi serta pemulihan pasien sebelum dipindah dari kamar operasi. Pemeriksaan keamanan ini harus diselesaikan sebelum pasien meninggalkan kamar operasi, tujuannya adalah untuk memfasilitasi transfer informasi penting kepada tim perawatan yang bertanggung jawab untuk pasien setelah pembedahan.

b. Pengkajian keperawatan

Pengkajian intra operasi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan, diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi(Mutaqin, 2009).

c. Diagnosis keperawatan

Pasien yang dilakukan pembedahan akan melewati berbagai prosedur. Prosedur pemberian anastesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur bedah laparatomi akan memberikan komplikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul dalam (SDKI,2017) yaitu:

1) Resiko perdarahan

Definisi:

Beresiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

Faktor risiko:

- a) Aneurisma
- b) Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, varises)
- c) Gangguan fungsi hati (mis. sirosis hepatis)
- d) Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar)
- e) Komplikasi pasca partum (mis. atoni uterus, retensi plasenta)
- f) Gangguan koagulasi (mis. trombositopenia)

- g) Efek agen farmakologis
- h) Tindakan pembedahan
- i) Trauma
- j) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan
- k) Proses keganasan
- l) Pada saat mitra operasi pasien Sectio Caesarea diantaranya mengalami Perdarahan (atonia uteri, pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta, hematoma ligamentum latum), Infeksi (infeksi traktus genitalia, insisi, traktus urinaria, paru-paru dan traktus respiratori atas).

Kondisi klinis terkait:

- a) Anuerisma
- b) Koagulopati intravaskular diseminata
- c) Sirosis hepatitis
- d) Ulkus lambung
- e) Varises
- f) Trombositopenia
- g) Ketuban pecah sebelum waktunya
- h) Plasenta previa/abruptio
- i) Atonia uterus
- j) Retensi plasenta
- k) Tindakan pembedahan
- l) Kanker
- m) Trauma

d. Rencana keperawatan

Menurut (SIKI,2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

1) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

Tujuan:

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2-3 jam, tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:

- a) Perdarahan pasca operasi menurun
- b) Hemoglobin membaik
- c) Tekanan darah dan denyut nadi membaik

Intervensi Utama:

Observasi :

- a) Monitor tanda dan gejala perdarahan

Teraupetik :

- a) Pertahankan bedrest selama perdarahan

Edukasi :

- a) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- b) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*
- b) Kolaborasi pemberian produk darah , *jika perlu*
- c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja , *jika perlu*

Intervensi Pendukung:

Observasi :

- a) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah
- b) Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- c) Monitor koagulasi

Teraupetik :

- a) Gunakan kasur pencegah dekubitus
- b) Hindari pengukuran suhu rektal

Edukasi :

- a) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- b) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- c) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- d) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*
- b) Kolaborasi pemberian produk darah , *jika perlu*
- c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja , *jika perlu*

Intervensi Menurut NANDA NIC-NOC:

Resiko perdarahan

Definisi : Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan

Tujuan dan Kriteria Hasil :

NOC

- a. Blood lose severity
- b. Blood koagulation

Kriteria Hasil :

- a. Tidak ada hematuria dan hematemesis
- b. Kehilangan darah yang terlihat
- c. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole
- d. Tidak ada perdarahan pervagina
- e. Tidak ada distensi abdominal
- f. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal
- g. Plasma, PT, PTT dalam batas normal

Intervensi Keperawatan :

NIC Bleeding precautions

- a. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan
- b. Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan
- c. Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit
- d. Monitor TTV ortostatik
- e. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif
- f. Kolaborasi dalam pemberian produk darah (platelet atau fresh frozen plasma)
- g. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan

- h. Hindari mengukur suhu lewat rectal
- i. Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant
- j. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K
- k. Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat dan pelembut feses

Bleeding reduction

- a. Identifikasi penyebab perdarahan
- b. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure)
- c. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output
- d. Monitor penentu pengiriman oksigen ke jaringan (PaO₂, SaO₂ dan level Hb dan cardiac output)
- e. Pertahankan patensi IV line

Bleeding reduction: wound/luka

- a. Lakukan manual pressure (tekanan) pada area perdarahan
- b. Gunakan ice pack pada area perdarahan
- c. Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka
- d. Tinggikan ekstremitas yang perdarahan
- e. Monitor ukuran dan karakteristik hematoma
- f. Monitor nadi distal dari area yang luka atau perdarahan
- g. Instruksikan pasien untuk menekan area luka pada saat bersin atau batuk
- h. Instruksikan pasien untuk membatasi aktivitas

Bleeding reduction : gastrointestinal

- a. Observasi adanya darah dalam sekresi cairan tubuh: emesis, feces, urine, residu lambung, dan drainase luka
- b. Monitor complete blood count dan leukosit
- c. Kolaborasi dalam pemberian terapi : lactulose atau vasopressin

- d. Lakukan pemasangan NGT untuk memonitor sekresi dan perdarahan lambung
- e. Lakukan bilas lambung dengan NaCl dingin
- f. Dokumentasikan warna, jumlah dan karakteristik feses
- g. Hindari pH lambung yang ekstrem dengan kolaborasi pemberian antacids atau histamine blocking agent
- h. Kurangi faktor stress
- i. Pertahankan jalan nafas
- j. Hindari penggunaan anticoagulant
- k. Monitor status nutrisi pasien
- l. Berikan cairan Intravena
- m. Hindari penggunaan aspirin dan ibuprofen

e. Implementasi Keperawatan

Menurut (Taqiyyah Burarah dan Mohammad Jauhar, 2013) implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan terhadap rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan untuk perawat bersama pasien. Implementasi dilaksanakan sesuai dengan rencana yang sudah dilakukan validasi, teknik yang dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat dengan selalu memperhatikan keamanan fisik dan psikologis. Implementasi terdiri dari Observasi, Terapeutik, Edukasi dan Kolaborasi pada masing-masing diagnose keperawatan perioperatif Setelah selesai implementasi, dilakukan dokumentasi yang meliputi intrvensi yang sudah dilakukan dan bagaimana respon dari pasien.

f. Evaluasi keperawatan

Evaluasi terhadap masalah intrabedah secara umum dapat dinilai dari adanya kemampuan dalam mempertahankan status kesehatan, seperti normalnya tanda vital, kardiovaskular, pernapasan, ginjal, dan lain-lain.

3. Post operatif

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman.

a. Tahapan keperawatan post operatif

Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anastesi (PACU: post anesthesia care unit) memerlukan pertimbangan-pertimbangan khusus. Pertimbangan itu diantaranya adalah letak incisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Letak incisi bedah harus selalu dipertimbangkan setiap kali pasien pasca operatif dipindahkan. Banyak luka ditutup dengan tegangan yang cukup tinggi, dan setiap upaya dilakukan untuk mencegah regangan sutura lebih lanjut. Selain itu pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase.

Hipotensi arteri yang serius dapat terjadi ketika pasien digerakkan dari satu posisi ke posisi lainnya. Seperti posisi litotomi ke posisi horizontal atau dari posisi lateral ke posisi terlentang. Bahkan memindahkan pasien yang telah dianastesi ke brankard dapat menimbulkan masalah gangguan vaskuler juga, untuk itu pasien harus dipindahkan secara perlahan dan cermat. Segera setelah pasien dipindahkan ke barankard atau tempat tidur, gaun pasien yang basah (karena darah atau cairan lainnya) harus segera diganti dengan gaun yang kering untuk menghindari kontaminasi. Selama perjalanan transportasi tersebut pasien diselimuti dan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta *side rail* harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko *injury*. Selain hal tersebut diatas untuk mempertahankan keamanan dan kenyamanan pasien. Selang dan peralatan drainase harus ditangani dengan cermat agar dapat berfungsi dengan optimal.

Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anastesi dengan koordinasi dari dokter anastesi yang bertanggung jawab.

b. Perawatan post anastesi di ruang pemulihan (*recovery room*)

Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan).

PACU biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- 1) Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anastesi)
- 2) Ahli anastesi dan ahli bedah
- 3) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

Alat monitoring yang terdapat di ruang ini digunakan untuk memberikan penilaian terhadap kondisi pasien. Jenis peralatan yang ada diantaranya adalah alat bantu pernafasan : oksigen, laringoskop, set trakheostomi, peralatan bronkhial, kateter nasal, ventilator mekanik dan peralatan suction.

- 4) Kriteria penilaian yang digunakan untuk menentukan kesiapan pasien untuk dikeluarkan dari PACU adalah fungsi pulmonal yang tidak terganggu, hasil oksimetri nadi menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat, tanda-tanda vital stabil, termasuk tekanan darah, orientasi pasien terhadap tempat, waktu dan orang, haluaran urine tidak kurang dari 30 ml/jam, mual dan muntah dalam control, dan nyeri minimal,

c. Transportasi pasien ke ruang rawat

Transportasi pasien bertujuan untuk mentransfer pasien menuju ruang rawat dengan mempertahankan kondisi tetap stabil. Jika mendapat tugas mentransfer pasien, pastikan *aldrete score post* anastesi 7 atau 8 yang menunjukkan kondisi pasien sudah cukup stabil. Waspadai hal-hal berikut: henti nafas, vomitus, aspirasi selama

transportasi.

Skor yang digunakan untuk menilai kondisi pasien pasca anestesi :

2.5 Tabel Aldrete Score (Dewasa)

A. Aldrete Score (dewasa)	skor	B. Steward Score (anak-anak)	skor
Penilaian : Nilai Warna		Penilaian : Pergerakan	
• Merah muda,	2	• Gerak bertujuan	2
• Pucat,	1	• Gerak tak bertujuan	1
• Sianosis,	0	• Tidak bergerak	0
Pernapasan		Pernafasan	
• Dapat bernapas dalam dan batuk	2	• Batuk, menangis	2
• Dangkal namun pertukaran udara Adekuat	1	• Pertahankan jalan nafas	1
		• Perlu bantuan	0
• Apnoea atau obstruksi	0	Kesadaran	
Sirkulasi			
		• Menangis	2
• Tekanan darah <20% dari normal	2	• Bereaksi terhadap rangsangan	1
• Tekanan darah 20-50 % dari normal	1	• Tidak bereaksi	0
• Tekanan darah >50% dari normal	0	Jika jumlah > 5, penderita dapat dipindahkan ke ruangan	
Kesadaran			
		C. Bromage Score (spinal anestesi)	skor
• Sadar, siaga dan orientasi	2		
• Bangun namun cepat kembali tertidur	1	Penilaian : Kriteria Nilai	
• Tidak berespons	0		
Aktivitas		• Gerakan penuh dari tungkai	0
		• Tak mampu ekstensi tungkai	1
• Seluruh ekstremitas dapat digerakkan	2	• Tak mampu fleksi lutut	2
• Dua ekstremitas dapat digerakkan	1	• Tak mampu fleksi pergelangan kaki	3
• Tidak bergerak	0		

Jika jumlahnya > 8, penderita dapat dipindahkan ke ruangan	Jika Bromage Score 2 dapat pindah ke ruangan
--	--

d. Perencanaan

Pemindahan klien merupakan prosedur yang dipersiapkan semuanya dari sumber daya manusia sampai dengan peralatannya.

e. Sumber daya manusia (ketenagaan)

Bukan sembarang orang yang bisa melakukan prosedur ini. Orang yang boleh melakukan proses transfer pasien adalah orang yang bisa menangani keadaan kegawatdaruratan yang mungkin terjadi selama transportasi. Perhatikan juga perbandingan ukuran tubuh pasien dan perawat. Harus seimbang.

f. Equipment (peralatan)

Peralatan yang dipersiapkan untuk keadaan darurat, misal : tabung oksigen, sampai selimut tambahan untuk mencegah hipotermi harus dipersiapkan dengan lengkap dan dalam kondisi siap pakai.

g. Prosedur

Beberapa pasien setelah operasi harus ke bagian radiologi dulu dan sebagainya, sehingga hendaknya sekali jalan saja. Prosedur-prosedur pemindahan pasien dan positioning pasien harus benar-benar diperhatikan demi keamanan dan kenyamanan pasien

1) Pengkajian

Beberapa hal yang perlu dikaji setelah tindakan pembedahan diantaranya adalah kesadaran, kualitas jalan nafas, sirkulasi, dan perubahan tanda vital yang lain, keseimbangan elektrolit, kardiovaskuler, lokasi daerah pembedahan dan sekitarnya, serta alat yang digunakan dalam pembedahan.

2) Diagnosa keperawatan post operatif

Diagnosa post operasi saat post operatif dalam (SDKI,2017) meliputi:

a) Resiko hipotermia perioperatif

Definisi:

Beresiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan

Faktor risiko:

- (1) Prosedur pembedahan
- (2) Kombinasi anastesi regional dan umum
- (3) Skor american society of anesthesiologist (ASA) > 1
- (4) Suhu pra-operasi rendah $< 36^{\circ}\text{C}$
- (5) Berat badan rendah
- (6) Neuropati diabetik
- (7) Komplikasi kardiovaskuler
- (8) Suhu lingkungan rendah
- (9) Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi > 2 liter yang tidak dihangatkan)

Kondisi klinis terkait:

- (1) Tindakan pembedahan

b) Nyeri akut

Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab:

- (1) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- (2) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)

- (3) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, atihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor:

Tabel 2.6 Gejala dan Tanda Mayor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
Mengeluh nyeri	i. Tampak meringis
	ii. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
	iii. Gelisah
	iv. Frekuensi nadi meningkat
	v. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Tabel 2.7 Gejala dan Tanda Minor Nyeri Akut

Subjektif	Objektif
<i>(tidak tersedia)</i>	1. Tekanan darah meningkat
	2. Pola napas berubah
	3. Nafsu makan berubah
	4. Proses berpikir terganggu
	5. Menarik diri
	6. Berfokus pada diri sendiri
	7. Diaforesis

Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindroma koroner akut
- e) Glaukoma

3) Rencana keperawatan

Menurut (SIKI,2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

Tujuan :

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 jam, tingkat nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil:

- (1) Keluhan nyeri menurun
- (2) Meringis menurun
- (3) Sikap protektif menurun
- (4) Gelisah menurun
- (5) Kesulitan tidur menurun

Intervensi Utama :

Observasi :

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi nyeri non verbal

Terapeutik :

- (1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin).

Edukasi :

- (1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Kolaborasi:

- (1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Intervensi Pendukung:

Observasi :

- (1) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- (2) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- (3) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

- (4) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- (5) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- (1) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- (2) Fasilitasi istirahat dan tidur
- (3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi :

- (1) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- (2) Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Intervensi Menurut NANDA NIC-NOC:

Nyeri akut

Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung selama 6 bulan.

Tujuan dan Kriteria Hasil :

NOC

- (1) Pain Level,
- (2) Pain control
- (3) Comfort level

Kriteria Hasil :

- (1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- (2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri

(3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)

(4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi Keperawatan :

NIC

Pain Management

(1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi

(2) Observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan

(3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien

(4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri

(5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau

(6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau

(7) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan

(8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan

(9) Kurangi faktor presipitasi nyeri

(10) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)

(11) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi

(12) Ajarkan tentang teknik non farmakologi

(13) Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri

(14) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri

(15) Tingkatkan istirahat

(16) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil

- (17) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

Analgesic Administration

- a. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
- b. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
- c. Cek riwayat alergi
- d. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
- e. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
- f. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
- g. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
- h. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
- i. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
- j. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala

b) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah

Tujuan:

Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 jam, termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:

- (1) Mengigil menurun
- (2) Suhu tubuh membaik
- (3) Suhu kulit membaik.

Intervensi Utama:

Observasi :

- (1) Monitor suhu tubuh
- (2) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi

Teraupetik :

- (1) Sediakan lingkungan yang hangat (misal: atur suhu ruangan)
- (2) Lakukan penghangatan pasif (misal: Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)

Intervensi Pendukung:**Observasi :**

- (1) Identifikasi penyebab hipotermia, (misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)

Teraupetik :

- (1) Lakukan penghangatan aktif eksternal (misal: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)
- (2) Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat).

Intervensi Menurut NANDA NIC-NOC

Risiko ketidakseimbangan suhu tubuh

Definisi : Berisiko mengalami kegagalan mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal

Tujuan dan Intervensi Keperawatan :**NOC**

- a. Termoregulasi
- b. Termoregulasi : Newborn

Kriteria Hasil :

- a. Suhu kulit normal
- b. Suhu badan 36-37 C
- c. TTV dalam batas normal
- d. Hidrasi adekuat
- e. Tidak hanya menggigil
- f. Gula darah DBN
- g. Keseimbangan asam basa DBN

h. Bilirubin DBN

Intervensi Keperawatan :

NIC

Temperature regulation (pengaturan suhu)

- a. Monitor suhu minimal tiap 2 jam
- b. Rencanakan monitoring suhu secara kontinyu
- c. Monitor TD, nadi, dan RR
- d. Monitor warna dan suhu kulit
- e. Monitor tanda-tanda hipertermi dan hipotermi
- f. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi
- g. Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh
- h. Ajarkan pada pasien cara mencegah keletihan akibat panas
- i. Diskusikan tentang pentingnya pengaturan suhu dan kemungkinan efek negative dan kedinginan
- j. Beritahu tentang indikasi terjadinya keletihan dan penanganan emergency yang diperlukan
- k. Ajarkan indikasi dan hipotermi dan penanganan yang diperlukan
- l. Berikan anti piretik jika perlu

Temperature regulation : Intraoperative

- a. Mempertahankan suhu tubuh intraoperatif yang diharapkan
- b. Atur kemungkinan tranfusi
- c. Persiapan untuk tranfusi

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Kehamilan Letak Lintang

a. Pengertian

Letak lintang adalah keadaan dimana sumbu panjang anak tegak lurus atau hampir tegak lurus pada sumbu panjang ibu (Sastrawinata, 2004). Letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang

didalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu, sedangkan bokong berada pada sisi yang lain (Marisah dkk, 2010). Jadi pengertian letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang di dalam uterus dengan sumbu panjang anak tegak lurus atau hampir tegak lurus pada sumbu panjang ibu.

b. Klasifikasi

Letak Lintang Klasifikasi letak lintang menurut (Mochtar, 2012) dapat dibagi menjadi 2 macam, yang dibagi berdasarkan :

- 1) Letak kepala
 - a) Kepala anak bisa di sebelah kiri ibu.
 - b) Kepala anak bisa di sebelah kanan ibu.
- 2) Letak Punggung
 - a) Jika punggung terletak di sebelah depan ibu, disebut dorso – anterior.
 - b) Jika punggung terletak di sebelah belakang ibu, disebut dorso-posterior.
 - c) Jika punggung terletak di sebelah atas ibu, disebut dorso-superior.
 - d) Jika punggung terletak di sebelah bawah ibu, disebut dorso-inferior.

c. Etiologi

Menurut Wiknjastro (2007) penyebab terjadinya letak lintang adalah :

- 1) Multiparitas disertai dinding uterus dan perut yang lembek
- 2) Fiksasi kepala tidak ada indikasi CPD
- 3) Hidrosefalus
- 4) Pertumbuhan janin terhambat atau janin mati
- 5) Kehamilan premature
- 6) Kehamilan kembar
- 7) Panggul sempit
- 8) Tumor di daerah panggul
- 9) Kelainan bentuk rahim (uterus arkuatus atau uterus subseptus)

- 10) Kandung kemih serta rektum yang penuh
- 11) Plasenta Previa

d. Komplikasi

Oleh karena bagian terendah tidak menutup PAP, ketuban cenderung pecah dan dapat disertai menumbungnya tangan janin atau tali pusat. Keduanya merupakan komplikasi gawat dan memerlukan tindakan segera (Oxorn, Harry 2010).

e. Prognosa Letak lintang

Menurut Mochtar (2012) prognosa letak lintang bagi ibu dan janin adalah :

1) Bagi Ibu adalah :

- a) Rupture uteri
- b) Partus lama
- c) Ketuban Pecah Dini
- d) Infeksi Intrapartum

2) Bagi Janin adalah

Angka kematian tinggi 25 – 40 %, disebabkan karena :

- a) Prolapsus funiculi
- b) Trauma Partus
- c) Hipoksia karena kontraksi uterus terus menerus
- d) Ketuban pecah dini

f. Penanganan Letak Lintang

1) Sewaktu Hamil

Usahakan mengubah menjadi presentasi kepala dengan versi luar. Sebelum melakukan versi luar harus dilakukan pemeriksaan teliti ada tidaknya panggul sempit, tumor dalam panggul, atau plasenta previa, sebab dapat membahayakan janin meskipun versi luar berhasil, janin mungkin akan memutar kembali. Untuk mencegah janin memutar kembali ibu dianjurkan untuk menggunakan korset, dan dilakukan pemeriksaan antenatal ulangan untuk menilai letak janin.

2) Sewaktu Partus

Pada permulaan persalinan masih diusahakan mengubah letak lintang janin menjadi presentasi kepala asalkan pembukaan masih kurang dari 4 cm dan ketuban belum pecah atau utuh, umur kehamilan 36 sampai 38 minggu, bagian terendah belum masuk atau masih dapat dikeluarkan dari PAP, dan bayi dapat lahir pervagina. Pada seseorang primigravida bila versi luar tidak berhasil, sebaiknya segera dilakukan *Sectio Caesarea*. Sikap ini berdasarkan pertimbangan – pertimbangan sebagai berikut : bahu tidak dapat melakukan dilatasi pada serviks dengan baik, sehingga pada seorang primigravida kala I menjadi lama dan pembukaan serviks sukar menjadi lengkap, tidak ada bagian janin yang menahan tekanan intra – uteri pada waktu his, maka lebih sering terjadi pecah ketuban sebelum pembukaan serviks sempurna dan dapat mengakibatkan terjadinya prolapsus funikuli, dan pada primigravida versi ekstraksi sukar dilakukan. Pertolongan persalinan letak lintang pada multipara bergantung kepada beberapa faktor. Apabila riwayat obstetrik wanita yang bersangkutan baik, tidak didapatkan kesempitan panggul, dan janin tidak seberapa besar, dapat ditunggu dan diawasi sampai pembukaan serviks lengkap untuk kemudian melakukan versi ekstraksi. Selama menunggu harus diusahakan supaya ketuban tetap utuh dan melarang wanita tersebut bangun dan meneran. Apabila ketuban pecah sebelum pembukaan lengkap dan terdapat prolapsus funikuli, harus segera dilakukan *Sectio Caesarea*. Jika ketuban pecah, tetapi tidak ada prolapsus funikuli, maka bergantung kepada tekanan, dapat ditunggu sampai pembukaan lengkap kemudian dilakukan versi ekstraksi atau mengakhiri persalinan dengan *Sectio Caesarea*. Dalam hal ini persalinan dapat diawasi untuk beberapa waktu guna mengetahui apakah pembukaan berlangsung dengan lancar atau tidak. Versi ekstraksi dapat dilakukan pula pada kehamilan kembar apabila setelah bayi

pertama lahir, ditemukan bayi kedua berada dalam letak lintang. Pada letak lintang kasep, versi ekstraksi akan mengakibatkan rupture uteri, sehingga bila janin masih hidup, hendaknya dilakukan *Sectio Caesarea* dengan segera, sedangkan pada janin yang sudah mati dilahirkan per vaginam dengan dekapitasi atau embriotomi.

2 *Sectio Caesarea*

a. Definisi

Sectio Caesarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu histerektomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim. (Porwoastuti, 2015).

Sectio Caesarea adalah sebuah bentuk melahirkan anak dengan melakukan sebuah irisan pembedahan yang menembus abdomen seorang ibu dan uterus untuk mengeluarkan satu bayi atau lebih. Cara ini biasanya dilakukan ketika kelahiran melalui vagina akan mengarah pada komplikasi-komplikasi kendati cara ini semakin umum sebagai pengganti kelahiran normal (Mitayani, 2012). *Sectio Caesarea* merupakan suatu persalinan buatan, yaitu janin dilahirkan melalui insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta bobot janin diatas 500 gram (Solehati, 2015).

Letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang di dalam uterus dengan kepala pada sisi yang satu sedangkan bokong pada sisi yang lain, Pada letak lintang, bahu berada di atas pintu atas panggul (Kuswindriani, 2015). Istilah letak lintang digunakan untuk membandingkan posisi *medulla spinalis* (bagian panjang) janin terhadap ibu. Pada letak lintang *transversal*, janin terletak berpotongan dengan spina ibu di dalam uterus dan tidak dapat dilahirkan hingga letak tersebut berubah (Caroline, 2012).

b. Etiologi *Sectio Caesarea*

1) Indikasi yang berasal dari ibu (etiologi)

Adalah pada primigravida dengan kelainan letak, *primiparatua* disertai kelainan letak ada, *disproporsi sefalo pelvik* (*disproporsi* janin/panggul) ada, sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solusio plasenta tingkat I-II, Komplikasi kehamilan yang preeklamsia-eklamsia, atas permintaan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri dan sebagainya).

2) Indikasi yang berasal dari janin

Fetal distress/gawat janin, malmpresentasi dan malposisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil. Kegagalan persalinan vakum atau forseps ekstrasi. (Oxorn, Harry 2010).

Penyebab persalinan dengan bedah *caesarea* ini bisa dikarenakan masalah dipihak ibu maupun bayi. Terdapat dua keputusan bedah *caesar*. Pertama keputusan bedah caesar yang sudah didiagnosa sebelumnya. Penyebabnya antara lain, Ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu (panggul sempit, anak besar, letak dahi, letak muka, dsb), keracunan kehamilan yang parah, preeklamsia berat atau eklamsia, kelainan letak bayi (lintang, sungsang), sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta (*plasenta previa*), bayi kembar, kehamilan pada ibu berusia lanjut, sejarah bedah caesar pada kehamilan sebelumnya, ibu menderita penyakit tertentu dan infeksi saluran persalinan.

Kedua adalah keputusan yang diambil tiba-tiba karena tuntutan kondisi darurat. Meski sejak awal tidak ada masalah apapun dan diprediksi persalinan bisa dilakukikan dengan normal, adakalanya suatu dan lain hal timbul selama proses persalinan. Contoh penyebab kasus ini antara lain, Plasenta keluar dini, persalinan

berkepanjangan, bayi belum lahir lebih dari 24 jam sejak ketuban pecah, kontraksi terlalu lemah, dsb (Aprina dan Puri, 2016).

3) Kontra Indikasi *sectio caesarea*

Kalau janin sudah mati atau berada dalam keadaan jelek sehingga kemungkinan hidup kecil. Dalam keadaan ini tidak ada alasan untuk melakukan operasi berbahaya yang tidak diperlukan. Kalau bayi lahir ibu mengalami infeksi yang luas dan fasilitas untuk *caesarea extraperitoneal* tidak tersedia. Kalau dokter bedahnya tidak berpengalaman. Kalau keadaannya tidak menguntungkan bagi pembedahan, atau kalau tidak tersedia tenaga asisten yang memadahi (Oxorn, 2010).

c. Penatalaksanaan Medis

1) Perawatan Pre Operasi *Sectio Caesarea*

- a) Persiapan kamar operasi
- b) Kamar operasi telah dibersihkan dan siap untuk dipakai
- c) Peralatan dan obat-obatan telah siap semua termasuk kain operasi

2) Persiapan pasien

- a) Pasien telah di jelaskan tentang prosedur operasi
- b) *Informed consent* telah ditanda tangan oleh pihak keluarga pasien
- c) Perawat memberikan support kepada pasien
- d) Daerah yang akan diinsisi telah dibersihkan (rambut pubis dicukut dan sekitar abdomen telah dibersihkan dengan antiseptik)
- e) Pemeriksaan tanda-tanda vital dan pengkajian untuk mengetahui penyakit yang pernah di derita oleh pasien
- f) Pemeriksaan laboratorium (darah,Urine)
- g) Pemeriksaan USG
- h) Pasien puasa selama 6 jam sebelum dilakukan operasi

3) Perawatan Post Operasi *Sectio Caesarea*

a) Analgesia

- (1) Wanita dengan ukuran tubuh rata-rata dapat disuntik 75 mg meperidin (*Intra muscular*) setiap 3 jam sekali, bila diperlukan untuk mengatasi rasa sakit atau dapat disuntikan dengan cara serupa 10 mg morpin.
- (2) Wanita dengan ukuran tubuh kecil, dosis meperidin yang diberikan adalah 50 mg.
- (3) Wanita dengan ukuran besar, dosis yang lebih tepat adalah 100 mg meperidin.
- (4) Obat-obatan antiemetik, misalnya protasin 25 mg biasanya diberikan bersama-sama dengan pemberian preparat narkotik.

b) Tanda-Tanda Vital

Tanda-tanda vital harus diperiksa 4 jam sekali, perhatikan tekanan darah, nadi, jumlah urine serta jumlah darah yang hilang dan keadaan fundus harus diperiksa.

c) Terapi cairan dan diet

Untuk pedoman umum, pemberian 3 liter larutan RL, terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun demikian jika output urine jauh dibawah 30 ml/jam, pasien harus segera di evaluasi kembali paling lambat hari kedua.

d) Vesika Urinarius dan Usus

Kateter dapat dilepaskan setelah 12 jam, post operasi atau pada keesokan paginya setelah operasi. Biasanya bising usus belum terdengar pada hari pertama setelah pembedahan, pada hari kedua bising usus masih lemah dan usus baru aktif kembali pada hari ketiga.

e) Ambulasi

Pada hari pertama setelah pembedahan pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang-

kurangnya 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan pertolongan.

f) Perawatan Luka

Luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternative ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahtan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah pembedahan, Paling lambat hari ketiga post partum, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

g) Laboratorium

Secara rutin hematokrit diukur pada pagi setelah operasi hematokrit tersebut harus segera dicek kembali bila terdapat kehilangan darah yang tidak biasa atau keadaan lain yang menunjukkan hipovolemia.

h) Perawatan payudara

Perawatan ASI dapat dimulai pada hari post operasi jika ibu memutuskan tidak menyusui, pemasangan pembalut payudara yang mengencangkan payudara tanpa banyak menimbulkan kompresi, biasanya mengurangi nyeri.

i) Memulangkan pasien dari Rumah Sakit

Seorang pasien yang baru melahirkan mungkin lebih aman jika diperbolehkan pulang dari rumah sakit pada hari keempat dan ke lima post operasi, aktivitas ibu sehingga harus dibatasi hanya untuk perawatan bayinya dengan bantuan orang lain. (Jatowiyono, 2010)

D. Jurnal Terkait

1. Berdasarkan hasil penelitian (Hastuti, Safitri, dan Nurhidayati, 2017) yang berjudul “Hubungan Pengetahuan Tentang *Sectio Caesarea* dengan Kecemasan Ibu Pre Operasi di Ruang Catleya Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta” ibu yang menjalani persalinan dengan *sectio caesarea* dapat mengalami kecemasan karena belum pernah mengalami operasi maupun

belum mengetahui tentang tindakan yang akan dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tentang *sectio caesarea* dengan kecemasan ibu pereoperasi *sectio caesarea* di ruang Cateliya Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta. Metode yang dilakukan adalah deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien yang akan menjalani persalinan dengan *sectio caesarea* di ruang cateliya rumah sakit panti waluyo surakarta. Tehnik sampling dengan *accidental sampling* dengan jumlah sampel 40 orang. Analisa yang digunakan dengan korelasi *Rank Spearman*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan ibu preoperasi yang akan menjalani operasi *sectio caesarea* paling banyak adalah cukup yaitu sebanyak 19 orang (47,5%), kecemasan ibu pre operasi *sectio caesarea* dengan kecemasan $p\text{-value} = 0,033$, dan keeratan hubungan bersifat lemah. Kesimpulan : terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan ibu hamil tentang *sectio caesarea* dengan kecemasan pada pasien pre operasi.

2. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Setiyawati, 2012) dengan judul penelitian “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan *Sectio Caesarea* Indikasi Letak Lintang Di Instalasi Bedah Sentral RSUD Dr. Moewardi Surakarta” menyatakan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul saat pre operasi adalah nyeri akut berhubungan dengan peningkatan spasme otot dapat teratasi dengan menggunakan pain management nyeri terkontrol, masalah cemas berhubungan dengan krisis situasional dapat teratasi dengan *Anxiety Reduction*. Pada Intra operasi dengan masalah resiko syok hipovolemik teratasi dengan pemberian Assering. Masalah resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive teratasi dengan *infection control* dan *infection protection*. Pada post operasi dengan masalah hipotermia berhubungan dengan paparan lingkungan yang dingin teratasi dengan pemberian *warm blanced*.
3. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Aprilia, 2020) dengan judul “Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada pasien dengan Tindakan *Sectio Caesaria* (SC) Diruang Operasi RSUD Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung Tahun 2019” menyatakan bahwa diagnosa keperawatan dengan tindakan

Sectio Caesarea yang muncul pada saat pre operasi adalah ansietas, pada intra operasi adalah risiko perdarahan, pada post operasi adalah risiko hipotermi. Implementasi tindakan dikerjakan secara kolaboratif dalam tim operasi. Seluruh intervensi yang diberikan dilakukan secara mandiri maupun kolaboratif sehingga tujuan rencana tindakan tercapai. Hasil penelitian didapatkan Evaluasi dari setiap diagnosa yang muncul pada tahap operasi sebagai berikut, tahap pre operasi dengan ansietas teratasi. Pada tahap intra operasi dengan risiko perdarahan diperoleh hasil resiko perdarahan tidak terjadi. Pada tahap post operasi dengan risiko hipotermi diperoleh hasil masalah teratasi.

4. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Kurnianingrum, 2012) dengan judul penelitian “Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan *Sectio Caesarea* Indikasi Ketuban Pecah Dinidi Ruang Operasi Mayor IGD RSUD Dr Moerwardi Surakarta” didapatkan hasil bahwa diagnosa keperawatan pre operasi yaitu cemas berhubungan dengan krisis situasional (tindakan pembedahan *sectio caesarea*) teratasi dengan mendorong pasien mengungkapkan perasaannya dan memberikan informasi tentang prosedur operasi. Pada intra operasi dengan masalah risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif teratasi dengan kontrol infeksi, kemudian untuk masalah risiko kekurangan volume cairan atau syok hipovolemik berhubungan dengan perdarahan dapat teratasi. Pada post operasi dengan masalah mual berhubungan dengan efek anestesi post operasi teratasi dengan memberikan aromaterapi dan tehnik relaksasinafas dalam, serta risiko infeksi berhubungan dengan pertahanan primer inadkuat (trauma jaringan kulit) teratasi dengan kontrol infeksi dan dilanjutkan *advice* diruang perawatan.
5. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Safitri, 2020) dengan judul “Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada pasien Kehamilan G3P2A0 *Aterm Inpartu Pre Eklampsi Berat* Dengan Tindakan Operasi *Sectio Caesarea* Di Ruang Operasi Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin Bandar Lampung Tahun 2020 ” didapatkan hasil dari permasalahan yang ditemukan adalah pasien dengan diagnosa keperawatan ansietas pada fase pre operatif, setelah

diberi tindakan keperawatan salah satu nya adalah *slow deep breathing* pada tahap pre operatif masalah ansietas teratasi. Pada tahap intra operatif masalah resiko perdarahan tidak terjadi. Pada tahap post operatif, diberi tindakan keperawatan salah satu nya adalah penghangatan pasif, hipotermi teratasi. Diharapkan dapat melakukan prosedur asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang berlaku sesuai dengan tahapan pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, pembuatan intervensi keperawatan, pelaksanaan implementasi dan evaluasi baik saat pre operasi, intra operasi , maupun post operasi.