

## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN

#### A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada kasus kelolaan dilakukan setelah pasien selesai dilakukan tindakan operasi. Pengkajian kasus kelolaan pertama dilakukan pada tanggal 19 april 2021, sedangkan kasus kelolaan kedua dilakukan pada tanggal 27 april 2021. Berikut merupakan hasil pengkajian pada kasus kelolaan di Ruang Pemulihan Kamar Operasi RSUD Sanjiwani Gianyar :

Tabel 1

Pengkajian Keperawatan Kasus Kelolaan

Kasus Pertama (Tn. W)	Kasus Kedua (Tn. P)
1. Identitas pasien:	1. Identitas pasien:
a. Nama : Tn W	a. Nama : Tn P
b. Umur : 55 Tahun	b. Umur : 78 Tahun
c. No RM : 642XXX	c. No RM : 655XXX
d. Jenis kelamin : Laki-laki	d. Jenis kelamin : Laki-laki
e. Tanggal pengkajian : 19 april 2021	e. Tanggal pengkajian : 27 april 2021
2. Riwayat kesehatan pasien :	2. Riwayat keluhan pasien :
Pasien datang keruang operasi dari ruang astina akan dilakukan tindakan operasi laparatomi karena mengalami keluhan perut membesar sejak 3 hari yang lalu, pasien tidak bisa flatus, dan tidak bab sejak 3 hari yang lalu. Pasien dalam keadaan puasa, terpasang NGT dekompresi (uk 16) dan kateter (uk 16). Pasien mengatakan memiliki riwayat operasi usus buntu. Pasien tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan.	Pasien datang keruang operasi dari ruang astina akan dilakukan tindakan operasi laparatomi karena mengalami perut kembung dan merasa begah, pasien memiliki riwayat mual dan muntah di ruangan perut membesar sejak 2 hari yang lalu, pasien masih bisa flatus, tapi tidak ada bab sejak 2 hari yang lalu. Pasien dalam keadaan puasa, terpasang NGT dekompresi (uk 16) dan kateter (uk 16). Pasien tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan.
3. Diagnosa medis : Ileus Obstruktif	3. Diagnosa medis : Ileus Obstruktif

Kasus Pertama (Tn. W)	Kasus Kedua (Tn. P)
4. Tindakan : Laparotomi	4. Tindakan : Laparotomi
5. Jenis operasi : Elektif	5. Jenis operasi : Elektif
6. Jenis anastesi : General anastesi	6. Jenis anastesi : General anastesi
7. Waktu operasi :	7. Waktu operasi :
a. Masuk ruang persiapan : 08.30 wita	a. Masuk ruang persiapan : 08.45 wita
b. Masuk kamar operasi : 08.40 wita	b. Masuk kamar operasi : 09.00 wita
c. Anastesi mulai : 08.50 wita	c. Anastesi mulai : 09.10 wita
d. Anastesi selesai : 11.30 wita	d. Anastesi selesai : 11.40 wita
e. Operasi mulai : 09.00 wita	e. Operasi mulai : 09.20 wita
f. Operasi selesai : 11.20 wita	f. Operasi selesai : 11.30 wita
g. Keluar kamar operasi : 11.40 wita	g. Keluar kamar operasi : 11.45 wita
h. Masuk RR : 11.40 wita	h. Masuk RR : 11.45 wita
i. Keluar RR : 12.15 wita	i. Keluar RR : 12.25 wita
8. Pengkajian post operasi :	8. Pengkajian post operasi :
Pasien keluar dari ruang operasi kemudian dibawa keruang pemulihan. Pada saat pengkajian pasien mengeluh kedinginan, pasien tampak menggigil, kulit teraba dingin,	Pasien keluar dari ruang operasi kemudian dibawa keruang pemulihan. Pada saat post operasi dilakukan pengkajian dengan keluhan kedinginan, menggigil, bibir tampak pucat, kulit teraba dingin,
a. B1 (Breath) : Napas spontan	a. B1 (Breath) : Napas spontan
b. B2 (Blood): Normal (Tidak ada hipertensi, tidak ada hipotensi dan perdarahan), terpasang drain pada abdomen sinistra (uk 18)	b. B2 (Blood): Normal (Tidak ada hipertensi, tidak ada hipotensi dan perdarahan), terpasang drain pada abdomen sinistra (uk 18)
c. B3 (Brain): Normal (tidak dalam pengaruh obat)	c. B3 (Brain) : Normal (tidak dalam pengaruh obat)
d. B4 (Bladder) : Terpasang kateter urin (uk 16)	d. B4 (Bladder) : Terpasang kateter urin (uk 16)
e. B5 (Bowel) : Terpasang NGT dekompresi (uk 16)	e. B5 (Bowel) : Terpasang NGT dekompresi (uk 16)
f. B6 (Bone) : Normal (dapat menggerakkan ekstremitas tetapi masih lemas)	f. B6 (Bone) : Normal (dapat menggerakkan ekstremitas tetapi masih lemas)

Kasus Pertama (Tn.W)	Kasus Kedua (Tn. P)
TTV :	TTV :
TD : 130/80 mmHg	TD : 140/80 mmHg
Nadi : 80 x/menit	Nadi : 70 x/menit
RR : 18 x/menit	RR : 18 x/menit
Suhu : 35,2 °C	Suhu : 34,6°C
Saturasi O2 : 100%	Saturasi O2 : 100%

## B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan kasus kelolaan pertama dan kedua dirumuskan setelah mendapatkan data mayor dan minor pada saat dilakukan pengkajian keperawatan. Berikut merupakan analisis data kasus kelolaan pertama dan kedua :

Tabel 2  
Analisa Data Kasus Kelolaan Pertama

Kasus kelolaan	Data Fokus	Etiologi	Masalah keperawatan
Pertama (Tn. W)	DS : Pasien mengeluh kedinginan DO : Pasien tampak menggigil Kulit teraba dingin Suhu tubuh dibawah nilai normal (35,2°C)	Terpapar suhu lingkungan rendah	Hipotermia
Kasus kedua (Tn. P)	DS : Pasien mengeluh kedinginan DO : Pasien tampak menggigil Kulit teraba dingin Suhu tubuh dibawah nilai normal (34,6°C)	Terpapar suhu lingkungan rendah	Hipotermia

Dari analisis diatas didapatkan rumusan diagnosa keperawatan post operatif laparatomi pada kasus kelolaan adalah:

1. Kasus pertama (Tn. W) : Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah ditandai dengan pasien mengeluh kedinginan, pasien tampak menggigil, kulit teraba dingin, suhu tubuh dibawah nilai normal (35,2°C)
2. Kasus kedua (Tn. P) : Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah ditandai dengan, pasien mengeluh kedinginan, pasien tampak menggigil, kulit teraba dingin, suhu tubuh dibawah nilai normal, (34,6°C)

### C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan ditetapkan setelah dirumuskannya diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus kelolaan pertama dan kedua. Berikut merupakan intervensi yang ditetapkan penulis pada kasus kelolaan pertama dan kedua:

Tabel 3  
Intervensi Keperawatan Kasus Kelolaan Pertama (Tn. W)

Tanggal /Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
19 April 2021 11.30 wita	Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah ditandai dengan pasien mengeluh	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 45 menit diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Menggigil menurun	Manajemen Hipotermia 1. Observasi: a. Monitor suhu tubuh b. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. terpapar suhu lingkungan rendah,

Tanggal/ jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
	keedinginan, pasien tampak menggigil, kulit teraba dingin, suhu tubuh dibawah nilai normal (35,2°C)	(menggigil atau gemetaran pada pasien tidak terlalu keras) 2. Pucat menurun (warna bibir dan wajah tidak pucat) 3. Suhu tubuh membaik (36,5°C- 37,5°C)	c. pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) d. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (mis. takipnea, menggigil, hipertensi, hipotensi, apatis, reflex menurun; <i>hipotermia berat:</i> oliguria, reflex menghilang,) 2. Terapeutik: a. Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan) b. Ganti pakaian dan/linen yang basah c. Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut menutup kepala, pakaian tebal) d. Lakukan penghangatan aktif eksternal (selimut hangat) e. Lakukan penghangatan aktif internal (mis. Infus cairan hangat)

Tabel 4

## Intervensi Keperawatan Kasus Kelolaan Kedua (Tn. P)

Tanggal /Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
27 April 2021 11.40 wita	Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah ditandai dengan pasien mengeluh kedinginan, pasien tampak menggigil, kulit teraba dingin, suhu tubuh dibawah nilai normal (35,2°C)	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 45 menit diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Menggigil menurun (menggigil atau gemeteran pada pasien tidak terlalu keras) 2. Pucat menurun (warna bibir dan wajah tidak pucat) 3. Suhu tubuh membaik (36,5°C-37,5°C)	Manajemen Hipotermia 1. Observasi: a. Monitor suhu tubuh b. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, Intervensi Keperawatan pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) c. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (mis. takipnea, menggigil, hipertensi, hipotensi, apatis, reflex menurun; <i>hipotermia berat</i> : oliguria, reflex menghilang,) 2. Terapeutik: a. Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan) b. Ganti pakaian dan/linen yang basah c. Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut

Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
			menutup kepala, pakaian tebal) d. Lakukan penghangatan aktif eksternal (selimut hangat) Lakukan penghangatan aktif internal (mis. Infus cairan hangat)

#### D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan post operasi laparotomi pada kasus kelolaan pertama dilakukan selama 45 menit yang dimulai sejak anastesi selesai dilakukan. Berikut merupakan implementasi keperawatan pada kasus kelolaan pertama:

Tabel 5  
Implementasi Keperawatan Kasus Kelolaan Pertama (Tn. W)

Tanggal/jam	Implementasi	Respon Pasien	Paraf
19 April 2021 11.30 wita	1. Memonitor tanda dan gejala hipotermia 2. Memonitor suhu tubuh	DS : Pasien mengeluh kedinginan DO : Pasien tampak menggigil Kulit teraba dingin Suhu tubuh dibawah nilai normal (35,2°C)	Sucita
11.30 wita	3. Memberikan terapi cairan hangat melalui intravena (Nacl 0,9%) dengan infus warmer	DS : DO : Telah diberikan infus hangat melalui intravena dengan menggunakan infus warmer (20tpm)	Sucita

Tanggal/jam	Implementasi	Respon Pasien	Paraf
11.32 wita	4. Melakukan handover pasien	DS : - DO : Handover pasien terlaksana dengan baik,	Sucita
11.32 wita	5. Mengatur posisi pasien sesuai kebutuhan	DS : - DO : Pasien dalam posisi supine	Sucita
11.33 wita	6. Melakukan penghangatan aktif eksternal (pemberian selimut)	DS : - DO : Pasien telah diberikan selimut	Sucita
12.10 wita	7. Melakukan penilaian aldrette score	DS : DO : Nilai aldrette score : 10	Sucita
12.15 wita	8. Evaluasi kondisi pasien sebelum pindah keruang perawatan	DS : Pasien mengatakan sudah tidak kedinginan DO : Kesadaran: compos mentis Nadi: 86x/menit Saturasi: 100% TD : 130/70 mmHg Suhu : 36,6°c RR : 18 x/menit Aldrette score : 10 Menggigil menurun	Sucita
12.15 wita	9. Melakukan handover pasien dengan peugas ruangan	DS : - DO : Handover sudah dilakukan dengan baik (pasien dipindahkan keruangan ICU)	Sucita

Implementasi keperawatan post operasi laparatomi pada kasus kelolaan kedua dilakukan selama 45 menit yang dimulai sejak anastesi selesai dilakukan. Berikut merupakan implementasi keperawatan pada kasus kelolaan kedua:



Tabel 6  
Implementasi Keperawatan Kasus Kelolaan Kedua (Tn. P)

Tanggal/jam	Implementasi	Respon Pasien	Paraf
27 April 2021 11.40 wita	1. Memonitor tanda dan gejala hipotermia	DS : Pasien mengeluh kedinginan	Sucita
	2. Memonitor suhu tubuh	DO : Pasien tampak menggigil Kulit teraba dingin Bibir tampak pucat Pasien tampak mengenakan selimut Suhu tubuh dibawah nilai normal (34,6°C)	
11.40 wita	3. Memberikan terapi cairan hangat melalui intravena (Nacl 0,9%) dengan infus warmer	DS : DO : Telah diberikan infus hangat menggunakan infus warmer (20tpm)	Sucita
11.42 wita	4. Melakukan handover pasien	DS : - DO : Handover pasien terlaksana dengan baik	Sucita
11.44 wita	5. Mengatur posisi pasien sesuai kebutuhan	DS : - DO : pasien dalam posisi supine	Sucita
11.45 wita	6. Melakukan penghangatan aktif eksternal (pemberian selimut)	DS : - DO : Pasien telah diberikan selimut	Sucita
12.23 wita	7. Melakukan penilaian aldrette score	DS : DO : Nilai aldrette score : 9	

Tanggal/Jam	Implementasi	Respon Pasien	Paraf
12.25 ita	8. Evaluasi kondisi pasien sebelum pindah keruang perawatan	DS : Pasien mengatakan sudah tidak kedinginan DO : Kesadaran : compos mentis Nadi : 86x/menit Saturasi: 100% TD :145/75 mmHg Suhu : 36,5°c Aldrette score : 9 RR : 20 x/menit Menggigil menurun Akral hangat	Sucita
12.25 wita	9. Melakukan handover pasien dengan peugas ruangan	DS : - DO : Handover sudah dilakukan dengan baik (pasien dipindahkan keruangan ICU)	Sucita

### E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada kasus kelolaan pertama dilakukan setelah diberikan tindakan keperawatan selama 45 menit. Berikut merupakan hasil evaluasi keperawatan dari kasus kelolaan pertama :

Tabel 7  
Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan Pertama (Tn. W)

NO	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	19 April 2021 Pukul 12.15 wita	S : Pasien mengatakan sudah tidak kedinginan O : Kesadaran : compos mentis Nadi : 86x/menit Saturasi : 100%	Sucita

NO	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		TD : 130/70 mmHg Suhu : 36,6°C RR : 18 x/menit Aldrette score : 10 Mengigil menurun (menggigil atau gemetaran pada pasien tidak terlalu keras) Pucat menurun (warna bibir dan wajah tidak pucat) Akral hangat A : Termoregulasi membaik P : Lanjutkan intervensi di ruang perawatan (pindahkan pasien ke ruang ICU)	

Evaluasi keperawatan pada kasus kelolaan kedua dilakukan setelah diberikan tindakan keperawatan selama 45 menit. Berikut merupakan hasil evaluasi keperawatan dari kasus kelolaan kedua :

Tabel 8  
Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan Kedua (Tn. P)

No	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	27 April 2021 Pukul 12.25 wita	S : Pasien mengatakan sudah tidak kedinginan O : Kesadaran : compos mentis Nadi : 80x/menit Saturasi : 100% TD : 140/75 mmHg Suhu : 36,5°C Aldrette score : 9 RR : 20 x/menit Mengigil menurun (menggigil atau gemetaran pada pasien tidak terlalu keras) Pucat menurun (warna bibir dan wajah tidak pucat) Akral hangat	Sucita

No	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		A : Termoregulasi membaik P : Lanjutkan intervensi di ruang perawatan (pindahkan pasien ke ruang ICU)	