

Asuhan Post Operasi pada Kasus Kebidanan

Tim Pengampu Mata Kuliah
D3 Kebidanan Sekolah Vokasi
Universitas Sebelas Maret



FASE POST OPERATIF

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (recovery room) atau ruang intensive dan berakhir berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah.

TUJUAN

- Menunjukkan Kembali fungsi fisiologis normal
- Tidak memperlihatkan adanya infeksi luka bedah
- Dapat beristirahat dengan nyaman
- Kembali kepada status Kesehatan fungsional dengan keterbatasan pasca pembedahan

TAHAPAN KEPERAWATAN POST OPERATIF

1. Pemindahan pasien dari kamar operasi ke RR
2. Perawatan post anastesi di RR
3. Transportasi pasien ke ruang rawat
4. Perawatan di ruang rawat

Perawatan Post Anastesi di RR

Indikasi → setelah selesai pembedahan sampai kondisi stabil

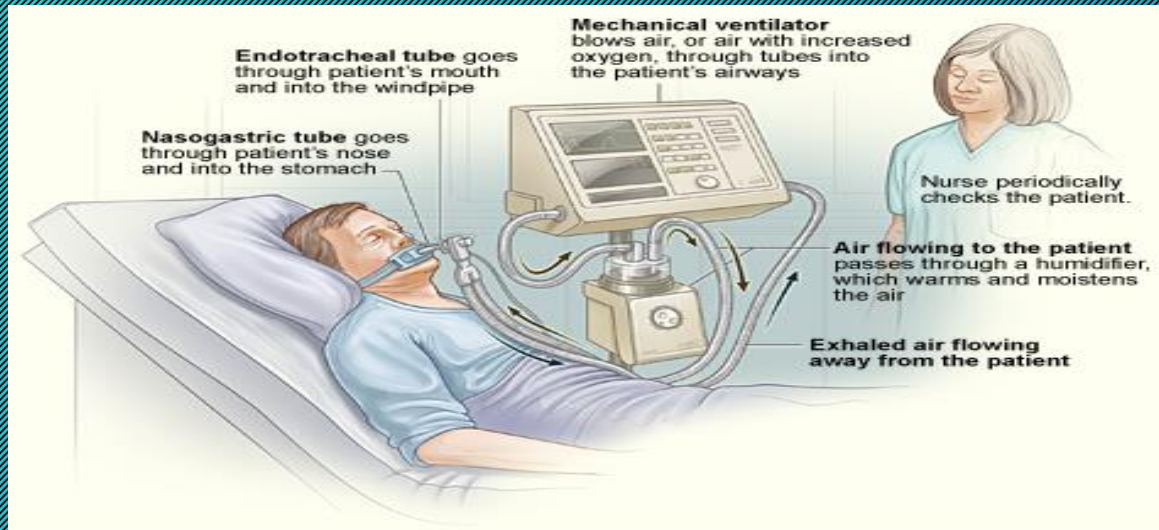
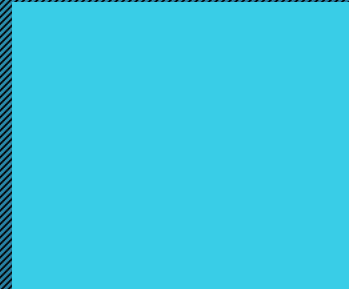
Jenis perawat di RR:

ALAT BANTU NAPAS:

1. Oksigen
2. Laringoskop
3. Set trakeostomi
4. Peralatan bronkial
5. Kateter nasal
6. Ventilator mekanik
7. suction

ALAT PANTAU STATUS HEMODINAMIKA:

1. Bedside monitor
2. Set intravena
3. Defibrilator
4. Kateter vena
5. Toniquet
6. Set kateterisasi dan drainase
7. Bahan balutan bedah
8. medikasi



TUJUAN PERAWATAN DI RR

- Mempertahankan jalan napas
- Mempertahankan ventilasi/oksigenasi
- Mempertahankan sirkulasi darah
- Observasi keadaan umum
- Monitoring balance cairan
- Pertahankan kenyamanan dan mencegah resiko injury

PEMULIHAN SEGERA PASCA OPERATIF

A. PERNAPASAN

Efek anastesi dapat menyebabkan depresi pernapasan.

Pengkajian: frekuensi, irama, kedalaman, kesimetrisan Gerakan dada, warna membrane mukosa, adanya akumulasi sekresi mukosa faring, aspirasi muntah.

Tindakan untuk mempertahankan kepatenan jalan napas:

1. Potitioning
2. Minta klien melakukan Latihan batuk dan napas dalam setelah sadar
3. Suctioning
4. Oksigenasi

PEMULIHAN SEGERA PASCA OPERATIF

B. SIRKULASI

Pengkajian: Heart Rate, tekanan darah, warna dasar kuku, perdarahan (perdarahan eksternal dan internal). Perdarahan eksternal dikaji melalui drain/ insisi, perdarahan internal dikaji pada luka bedah. Tanda: kulit dingin, pucat, gelisah.

TINDAKAN:

1. Pantau ttv
2. Hentikan perdarahan
3. Pertahankan cairan
4. medikasi

PEMULIHAN SEGERA PASCA OPERATIF

C. FUNGSI NEUROLOGIS

PENGKAJIAN: tingkat kesadaran klien, refleksi pupil, pergerakan ekstremitas

TINDAKAN:

Stimulasi klien untuk meningkatkan kesadaran → bangunkan klien dengan memanggil nama, jika tidak merespon maka bisa dengan sentuhan

PEMULIHAN SEGERA PASCA OPERATIF

D. FUNGSI GASTROINTESTINAL

PENGKAJIAN: mual, suara bising usus, inspeksi abdomen untuk melihat adanya distensi

TINDAKAN:

1. Pertahankan NGT
2. Dilarang minum sebelum organ pencernaan Kembali normal

PEMULIHAN SEGERA PASCA OPERATIF

E. KESEIMBANGAN CAIRAN DAN ELEKTROLIT

PENGKAJIAN: status hidrasi dan monitoring fungsi jantung dan neurologi untuk melihat ketidakseimbangan elektrolit

TINDAKAN:

1. Pertahankan infus IV
2. Catat keseimbangan balance cairan (intake dan output)

PEMULIHAN SEGERA PASCA OPERATIF

F. RASA NYAMAN

PENGKAJIAN: skala nyeri, evaluasi respon terhadap pemberian analgesic, dokumentasi beratnya nyeri secara objektif

TINDAKAN:

Pemberian medikasi: analgesic narkotik

KRITERIA PASIEN KELUAR DARI RR

- Fungsi pulmonal tidak terganggu
- Hasil oksimetri nadi menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat
- Tanda tanda vital stabil
- Orientasi pasien terhadap tempat, waktu, orang
- Haluaran urine tidak kurang 30ml/jam
- Mual muntah terkontrol
- Nyeri minimal

TRANSPORTASI PINDAH KE RUANG PERAWATAN

FAKTOR YANG HARUS DIPERHATIKAN:

- Perencanaan
- Sumber daya manusia → siapkan SDM yang mampu menangani keadaan kegawatdaruratan yang mungkin terjadi selama transportasi
- Equipment → peralatan yang dibawa harus lengkap; tabung oksigen, selimut, cairan infus

PROSES KEPERAWATAN DI RUANG PERAWATAN

- PENGKAJIAN:

- a. Kondisi umum → tanda tanda vital, tingkat kesadaran, kondisi balutan/drain, status infus cairan, haluaran urin, dan tingkat rasa nyaman nyeri.
- b. Kaji kondisi klien secara rutin minimal setiap 15 menit pada 1 jam pertama, setiap 30 menit selama 1 sampai 2 jam berikutnya, dan selanjutnya setiap 4 jam sampai klien stabil
- c. Dokumentasikan hasil pengkajian dan jelaskan kondisi klien kepada keluarganya

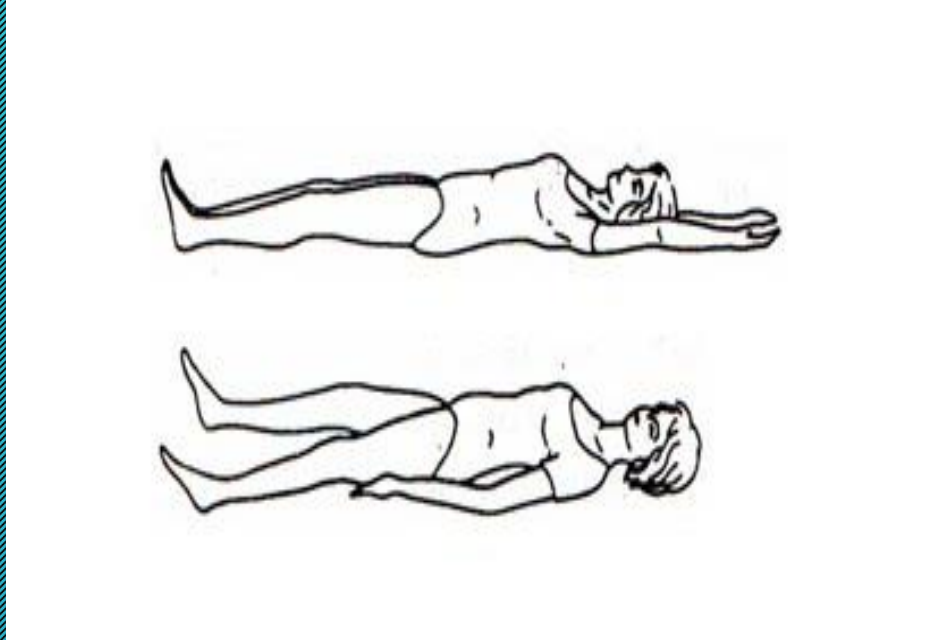
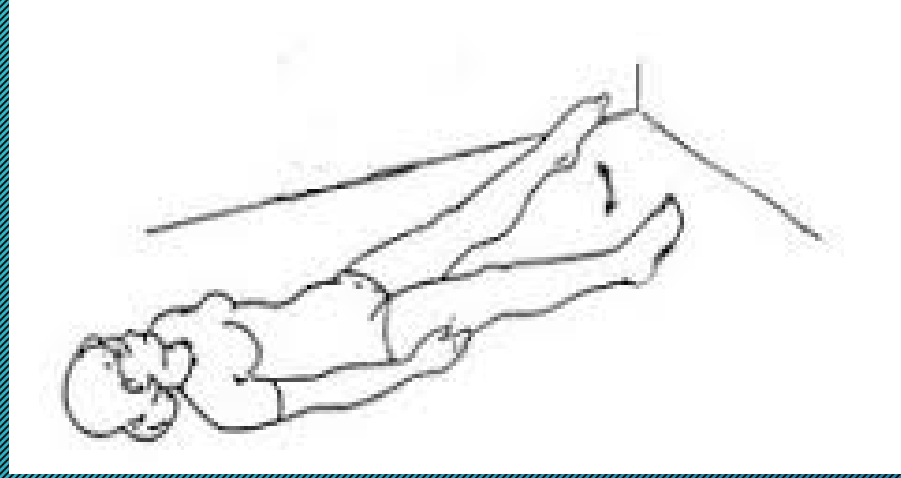
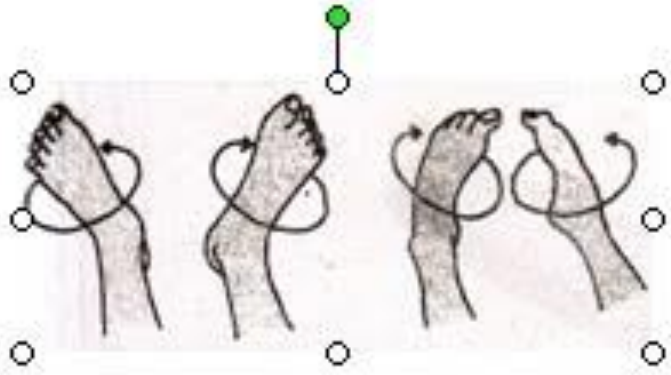
PENATALAKSANAAN PASIEN DI RUANG PERAWATAN

- 1. MEMPERTAHANKAN PERNAPASAN:
 - a. Anjurkan klien untuk melakukan Latihan napas dalam
 - b. Perawat menganjurkan klien melakukan mobilisasi dan ambulasi dini.

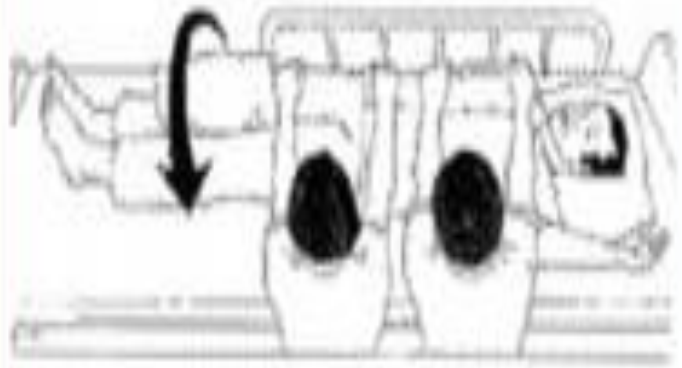
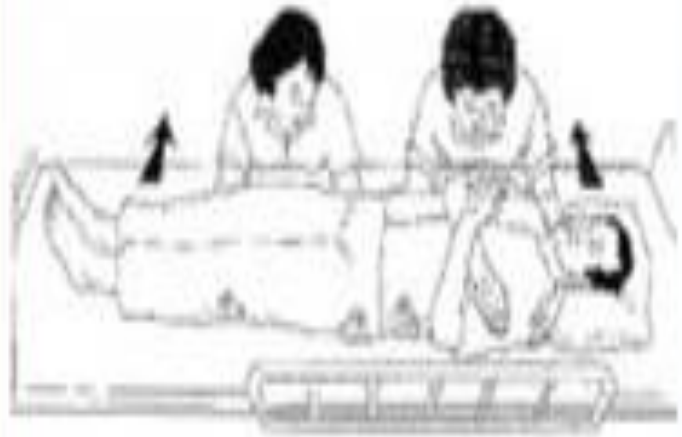
Setelah 6-10 jam - diharuskan utk dpt miring ke kiri dan ke kanan

Setelah 24 jam - dianjurkan utk dapat mulai belajar duduk

Setelah dpt duduk - dianjurkan belajar berjalan



1. Latihan Miring Kanan dan Miring kiri



2. Latihan Bangun



Perawat tetap didepan pasien, hingga seimbang



4. Latihan Berjalan



Cont..

c. Pertahankan kenyamanan klien

d. Bantu pengeluaran sekret pulmonal:

- 1) Anjurkan klien batuk efektif setiap 2 jam sekali
- 2) Perawatan mulut untuk mengencerkan lendir
- 3) Suctioning jika ada sekret

PENATALAKSANAAN PASIEN DI RUANG PERAWATAN

2. MENCEGAH STASIS SIRKULASI:

- a. Anjurkan Latihan kaki untuk memperlancar sirkulasi
- b. Pasang stoking antiemboli sesuai instruksi dokter
- c. Anjurkan ambulasi dini
- d. Potitioning → hindari posisi yang dapat mengganggu aliran darah
- e. Berikan medikasi antikoagulan
- f. Pemberian cairan adekuat

PENATALAKSANAAN PASIEN DI RUANG PERAWATAN

3. MENINGKATKAN ELIMINASI NORMAL DAN NUTRISI ADEKUAT:
 - a. Kaji peristaltic usus setiap 4 sampai 8 jam
 - b. Pertahankan asupan cairan dan nutrisi, tingkatkan secara bertahap
 - c. Tingkatkan ambulasi dan Latihan aktifitas fisik
 - d. Pertahankan asupan cairan yang adekuat
 - e. Berikan enema, supositorial rektal apabila terjadi konstipasi

TERIMAKASIH.. 😊

