**BAB III**

**GAMBARAN KASUS**

1. **Pengkajian**

Pada hari senin 8 juli 2024, seorang pasien perempuan berinisial Ny.N di antar ke ruang instalasi bedah sentral,klien berjenis kelamin perempuan,status menikah, beragama kristen protestan, suku Dayak siang,Bahasa yang digunakan setiap hari Bahasa daerah suku Dayak,Pendidikan terakhir SMA dan saat ini berstatus sebagai ibu rumah tangga.

Pengkajian pre operasi didapatkan ada informed concent,tidak ada persediaan darah, sudah di lakukan screen (pencukuran),sudah menggunakan baju operasi,tidak ada riwayat alergi obat atau makanan,kesulitan bernafas tidak ada,bleeding tidak ada,terpasang infus ditangan kiri,terpasang cateter no 16,klien mengeluh nyeri perut bawah karena his, karakteristik nyeri PQRST, P = saat bergerak, Q = seperti ditusuk-tusuk, R =perut bawah, S = skala nyeri 4 (sedang), T = hilang timbul, klien tampak meringis,gelisah (+),klien khawatir dengan tindakan yang akan dilakukan,klien tampak meringis,tegang,keadaan umum lemah,tanda-tanda vital,TD 127 /83 mmHg, RR 24x/menit, HR 91x/menit,Suhu 36,6°C,SpO2 99%, pasien sadar penuh dengan status Composmentis, pemberian antibiotic profilaksis cefazoline 2 gr. Hasil pemeriksaan penunjang Laboratorium leukosit 12.400/cmm, eritrosit 4,9 jt/cmm, hemoglobin 13,0g/dl, hematokrit 40%, trombosit 263 rb/cmm, CT 7 menit,BT 3 menit, HBsAg Non reaktif, HIV Non reaktif.

Pengkajian intra operasi didapatkan posisi pasien litotomi,dilakukan Tindakan Regional anastesi(spinal), dilakukan Tindakan insisi dengan lebar luka operasi ±10cm, perdarahan yang dihitung dalam botol suction ±300 ml dan lama pembedahan ±1,5 jam serta pasien sadar penuh composmentis.

Pengkajian post operasi klien mengeluh kedinginan seperti menggigil,teraba kulit klien terasa dingin,penggunaan oksigen canul nasal 2 ltr/menit,terpasang IVFD RL 28 tts/menit,bibir gemetar dan pucat, terpasang cateter no 16,tidak ada specimen,tanda-tanda vital TD : 124/70mmHg, RR : 20x/menit. HR 84x/menit, Suhu : 35°C, SpO2 : 99%, pasien sadar penuh Composmentis.

1. **Analisa Data**

Analisa data yang ditemukan pada Ny.N yaitu klien mengatakan kedinginan,klien tampak menggigil,akral dingin,kulit klien terba dingin,bibir gemetar dan pucat,CRT < 2 detik, tanda-tanda vital TD 124/70 mmHg, HR 84 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 35ºC sehingga muncul etiologi karena post operasi dan suhu ruangan 17ºC-20ºC,pembedahan cukup lama serta pengaruh obat anastesi sehingga mengakibatkan suhu tubuh menurun 35ºC dan akhirnya muncul diagnose hipotermia.

1. **Diagnosis Keperawatan**

Analisis terhadap data yang ditemukan terhadap pasien merumuskn diagnosis keperawatan pada pasien Ny.N yaitu :

Hipotermia berhubungan dengan agen farmakologis (D.0131) ditandai dengan klien mengatakan kedinginan,klien tampak menggigil,akral dingin,kulit klien teraba dingin, bibir gemetar dan pucat,ditandai dengan tanda-tanda vital TD : 124/70 mmHg, RR : 20x/menit, HR : 84x/menit, Suhu : 35,0°C, SpO2 : 99%.

1. **Intervensi Keperawatan**

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosa hipotermia yang dialami pasien bertujuan untuk termoregulasi membaik (L.14134) dalam waktu 1 jam. kriteria hasil pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan SLKI yaitu menggigil menurun, suhu tubuh membaik, suhu kulit menurun. Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengurangi hipotermia adalah manajemen hipotermia (L.14507).

Rencana asuhan keperawatan pada Ny. N dengan diagnosis keperawatan hipotermia bertujuan untuk menjaga keadaan pasien agar tidak hipotermia. Kriteria hasil pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan SLKI yaitu suhu tubuh meningkat,mengetahui tanda dan gejalah hipotermia,akral hangat,suhu tubuh membaik. Rencana masalah keperawatan untuk mengatasi masalah ini adalah manajemen hipotermia (L.14507), monitor suhu tubuh tiap 15 menit menggunakan thermometer air raksa, monitor tanda-tanda vital tiap 15 menit, sediakan lingkungsn ysng hangat, lakukan penghangatan pasif (mis : penutup kepala,selimut hangat),lakukan penghangatan aktif (mis :infus cairan hangat),anjurkan minum air hangat ¼ gelas.

**E. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan pada Ny. N pada tanggal 8 juli 2024 untuk mengatasi diagnosa hipotermia diawali dengan memonitor suhu tubuh menggunakan thermometer air raksa ,memonitor tanda-tanda vital,menyediakan lingkungan yang hangat,melakukan penghangatan pasif:selimut hangat (blanked warmer 37ºC),melakukan penghangatan aktif (infus cairan hangat 37ºC),menganjurkan minum air hangat ¼ gelas bila pasien tidak mual dan muntah.

Berdasarkan diagnosis keperawatan hipotermi dengan agen farmakologis maka tindakan yang dilakukan adalah memonitor suhu tubuh,memonitor tanda-tanda vital,menyediakan lingkungan yang hangat,lakukan penghangatan pasif: selimut hangat(Blanked warmer),lakukan penghangatan aktif ( infus cairan hangat), anjurkan minum air hangat.

**F. Evaluasi Keperawatan**

Hasil evaluasi terhadap tndakan keperawatan yang dilakukan menunjukkan bahwa tindakan manajemen hipotermia dengan lakukan penghangatan pasif selimut hangat(blanked warmer 37ºC),lakukan penghangatan aktif (infus cairan hangat 37ºC) dapat membuat suhu tubuh membaik. Pasien boleh pindah keruangan dengan Bromage score 2 ditandai dengan kulit teraba hangat,kesadaran composmentis, tanda-tanda vital normal serta anjurkan minum hangat bila pasien tidak mual dan muntah setelah di ruangan rawat inap nifas.