

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Tinjauan Konsep Pembedahan

#### 1. Definisi

Keperawatan perioperatif adalah praktik keperawatan yang akan dilakukan secara berkesinambungan sejak keputusan untuk operasi diambil hingga sampai ke meja pembedahan, dan berakhir di ruang rawat post operasi. Hal ini dilakukan tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan (Maryunani, 2015).

Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Dengan demikian, ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperatif (Muttaqin, 2013).

#### 2. Peran Perawat Perioperatif

Ruang operasi adalah lingkungan khusus yang dibuat dengan satu tujuan utama yaitu keselamatan pasien. Perawat yang bekerja di ruang operasi bertindak sebagai advokator dari pasien yang tidak dapat mengadvokasi diri mereka sendiri sebagai akibat dari pemberian anastesi. Pasien selama proses pembedahan adalah menjadi tanggung jawab tim bedah, yang minimal terdiri dari dokter (operator), tim anastesi, perawat *scrub*, dan perawat sirkulasi (Maryunani, 2015). Perawat *scrub* dan perawat sirkulasi inilah yang disebut sebagai perawat ruang bedah (*operating room nurse*).

##### a. Perawat Instrumen (*scrubnurse*)

Perawat *scrub* atau di Indonesia juga dikenal sebagai perawat instrumen merupakan perawat ruang bedah yang memiliki tanggung jawab terhadap manajemen area operasi dan area steril pada setiap jenis pembedahan (Muttaqin, 2013). Menurut *Association of Perioperative Registered Nurse (AORN)*, perawat *scrub* bekerja langsung dengan ahli bedah di bidang steril, operasional instrumen, serta bagian lain yang dibutuhkan selama prosedur operasi. Peran perawat instrumen :

- 1) Memperingatkan tim bedah jika terjadi penyimpangan prosedur aseptik
  - 2) Membantu mengenakan jas steril dan sarung tangan untuk ahli bedah
  - 3) Menata instrumen steril di meja operasi sesuai dengan urutan prosedur operasi.
  - 4) Memberikan cairan antiseptik pada kulit yang akan diinsisi.
  - 5) Membantu melakukan prosedur *drapping*.
  - 6) Memberikan instrumen kepada ahli bedah sesuai urutan prosedur dan kebutuhan tindakan pembedahan secara tepat dan benar.
  - 7) Mempersiapkan benang-benang jahitan sesuai kebutuhan dalam keadaan siap pakai.
  - 8) Membersihkan instrumen dari darah dari darah pada saat intra operasi untuk mempertahankan sterilitas alat di mejainstrumen.
  - 9) Menghitung kassa, jarum, dan instrumen sebelum, selama, dan setelah operasi berlangsung.
  - 10) Memberitahukan hasil perhitungan jumlah alat, kassa, dan jarum pada ahli bedah sebelum operasi dimulai dan sebelum luka ditutup lapis demilapis.
  - 11) Mempersiapkan cairan untuk mencuci luka.
  - 12) Membersihkan luka operasi dan kulit sekitarluka.
- b. Perawat Sirkulasi (*circulation nurse*)

Perawat sirkulasi merupakan perawat berlisensi yang bertanggung jawab untuk mengelola asuhan keperawatan pasien di dalam ruang operasi dan mengkoordinasikan kebutuhan tim bedah dengan tim perawatan lain yang diperlukan untuk menyelesaikan tindakan operasi (Litwack, 2012). Perawat sirkulasi juga bertanggung jawab untuk menjamin terpenuhinya perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat scrub dan mengobservasi pasien tanpa menimbulkan kontaminasi terhadap area steril. Pendapat perawat sirkulasi sangat dibutuhkan dan sangat membantu, terutama dalam mengobservasi penyimpangan teknik aseptik selama prosedur operasi. Peran perawat sirkulasi :

- 1) Mengatur posisi pasien sesuai jenis operasi.
- 2) Membuka set steril dengan memperhatikan teknik aseptik.
- 3) Mengobservasi intake dan output selama tindakan operasi.
- 4) Melaporkan hasil pemantauan hemodinamik kepada ahli anastesi.
- 5) Menghubungi petugas penunjang medis (petugas radiologi, laboratorium, farmasi, dan lain sebagainya) apabila diperlukan selama tindakan operasi.
- 6) Menghitung dan mencatat pemakaian kassa bekerjasama dengan perawat scrub.
- 7) Mengukur dan mencatat tanda-tanda vital
- 8) Memeriksa kelengkapan instrumen dan kain kassa bersama perawat scrub agar tidak ada yang tertinggal dalam tubuh pasien sebelum luka operasi ditutup

### 3. Tahap-Tahap Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif terbagi atas beberapa tahap yang saling berkesinambungan, tahap tersebut terdiri dari tahap praoperatif, intraoperatif, dan pasca operatif (Maryunani, 2015).

#### a. Tahap Praoperatif

Fase perioperatif adalah waktu sejak keputusan untuk operasi diambil hingga sampai ke meja pembedahan, tanpa memandang riwayat atau klasifikasi pembedahan. Praoperasi bisa dimulai sejak pasien berada dibagian rawap inap, poliklinik, bagian bedah sehati, atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan kamar operasi oleh perawat praoperatif.

#### b. Tahap Intraoperatif

Fase intraoperatif adalah suatu masa dimana pasien sudah berada di meja pembedahan sampai ke ruang pulih sadar

#### c. Tahap Pascaoperatif

Pasca operasi adalah tahap akhir dari keperawatan perioperatif. Selama tahap ini proses keperawatan diarahkan pada upaya untuk menstabilkan kondisi pasien. Bagi perawat perioperatif perawatan pasca operasi dimulai sejak pasien dipindahkan ke ruang

pemulihan sampai diserahkan kembali kepada perawat ruang rawat inap atau ruang intensif.

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Perioperatif**

### **1. Pre Operasi**

#### **a. Pengkajian**

Pengkajian pra operasi dilakukan dengan ringkas mengenai kondisi fisik pasien dengan kelengkapan pembedahan. Pengkajian psikologis dilakukan untuk menilai tingkat kecemasan praoperasi disebabkan oleh ketidaktahuan proses pembedahan dan konsekuensinya. Berbagai dampak psikologis yang muncul akibat kecemasan praoperasi seperti marah, menolak, atau apatis terhadap kegiatan keperawatan. Kecemasan juga dapat menimbulkan perubahan secara fisik maupun psikologis yang akhirnya mengaktifkan saraf otonom simpatik sehingga meningkatkan denyut jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nafas, dan secara umum dapat mengurangi energi pada pasien. Berdasarkan konsep psikoneuroimunologi, kecemasan merupakan stresor yang dapat menurunkan sistem imunitas tubuh (Muttaqin & Sari, 2009).

#### **1) Anamnesis**

- a) Riwayat Penyakit Sekarang
- b) Riwayat Penyakit Dahulu
- c) Riwayat Penyakit Keluarga

#### **2) Pemeriksaan Fisik**

##### **a) Keadaan Umum**

- (1) Kesadaran penderita : apatis, sopor, koma, gelisah, *compos mentis* tergantung pada keadaan klien.
- (2) Tanda-tanda vital : kaji dan pantau potensial masalah yang berkaitan dengan pembedahan : tanda vital, derajat kesadaran, cairan yang keluar dari luka, suara nafas, pernafasan infeksi kondisi yang kronik atau

batuk dan merokok

b) Muskuloskeletal

Pemeriksaan pada sistem muskuloskeletal menurut Reksoprodjo, Soelarto (2006) dalam Wahid (2013) adalah:

(1) *Look* (Inspeksi)

Perhatikan apa yang dapat dilihat antara lain: cicatrix (jaringan parut baik yang alami maupun buatan seperti bekas operasi), *birthmark*, fistulae kemerahan, kebiruan (*livide*) atau hiperpigmentasi, benjolan, pembengkakan, atau cekungan dengan hal-hal yang tidak biasa (*abnormal*), posisi dan bentuk dari ekstremitas (*deformitas*), posisi jalan.

(2) *Feel* (Palpasi)

(a) Perubahan suhu di sekitar trauma (*hangat*) dan kelembaban kulit. *Capillary refill time* normal  $\leq 2$  detik.

(b) Apabila ada pembengkakan, apakah terdapat fluktuasi atau oedema terutama di sekitar persendian.

(c) Nyeri tekan (*tenderness*), krepitasi, catat letak kelainan (1/3 proximal, medial, atau distal).

(d) *Move* (Pergerakan)

Gerakan sendi dicatat dengan ukuran derajat, dari setiap arah pergerakan mulai dari titik 0 (posisi netral) atau dalam ukuran metric. Pemeriksaan ini menentukan apakah ada gangguan gerak (*mobilitas*) atau tidak. Pergerakan yang dilihat adalah gerakan aktif dan pasif

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan : Diagnosa yang mungkin akan muncul pada pasien tonsilitis menurut (Wilkinson, Judit 2002 dalam Illahi 2020)

adalah nyeri karena kerusakan menelan, cemas karena rasa tidak nyaman dan kurangnya informasi

1) Nyeri akut ditandai dengan agen pencedera fisik.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

**Gejala dan tanda mayor**

- 1) Subjektif : mengeluh nyeri
- 2) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

**Gejala dan tanda minor**

- a) Subjektif : -
- b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

**Gejala dan tanda mayor**

- a) Subjektif : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, dan sulit berkonsentrasi.
- b) Objektif : tampak gelisah, tegang, dan sulit tidur.

**Gejala dan tanda minor**

- a) Subjektif : mengeluh pusing, anoreksia, tidak berdaya.
- b) Objektif : frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, muka tampak pucat,

suara bergetar, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

c. Intervensi Keperawatan

**Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan**

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI, 2017)	Tujuan (SLKI, 2019)	Intervensi (SIKI,2018)
1.	Nyeri akut ditandai dengan agen pencedera fisik (D.0077).	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan tingkat nyeri menurun, kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun. Meringis menurun. Sikap protektif menurun. Gelisah menurun. Kesulitan tidur menurun. Frekuensi nadi membaik. (L.08066)	<p><b>Manajemen Nyeri (1.08238)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi nyeri non verbal dan skala nyeri.</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> <li>- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</li> <li>- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</li> <li>- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik.</li> </ul> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, misal: TENS (<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>), hipnosis, akupresure, terapi musik, <i>biofeedback</i> ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imaginasi terbimbing, kompres hangat/dingin).</li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur.</li> <li>- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi</li> </ul>

			<p>meredakan nyeri .</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri.</li> <li>- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</li> <li>- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</li> <li>- Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.</p>
2.	<p>Ansietas ditandai dengan krisis situasional (D.0080)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ansietas menurun,</p> <p>kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbalisasi kebingungan menurun.</li> <li>- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun.</li> <li>- Perilaku gelisah menurun.</li> <li>- Perilaku tegang menurun.</li> <li>- Konsentrasi</li> </ul>	<p><b>Reduksi Ansietas (1.09314)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.</li> <li>- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.</li> <li>- Fahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian.</li> <li>- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.</li> <li>- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.</li> <li>- Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.</li> <li>- Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.</li> <li>- Informasikan secara faktual</li> </ul>

		membaik. - Pola tidur membaik (L.09093).	mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu. - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan. - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. - Anjurkan pasien untuk berdoa dan berdzikir - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat. - Latih relaksasi. <b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu
--	--	---	--

d. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan dari perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi, intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

e. Evaluasi Keperawatan

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Hal-hal yang di evaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan.

Menentukan evaluasi hasil dibagi menjadi 5 komponen:

- 1) Menentukan kriteria, standar, dan pertanyaan evaluasi.
- 2) Mengumpulkan data mengenai keadaan klien terbaru.
- 3) Menganalisa dan membandingkan data terhadap kriteria dari standar.
- 4) Merangkum hasil dan membuat kesimpulan.
- 5) Melaksanakan tindakan sesuai berdasarkan kesimpulan

## 2. Intra Operatif

### a. Pengkajian Keperawatan

Prosedur pemberian anestesi, pengatur posisi bedah, manajemen aseptis, dan prosedur bedah fraktur akan memberikan implikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul. Efek dari general anestesi akan memberikan respon depresi atau iritabilitas kardiovaskular, depresi pernapasan, dan kerusakan hati serta ginjal. Kadar hemoglobin yang menurun membuat risiko perdarahan pada saat menjelang operasi. Seperti kasus pada penelitian Nugroho 2019 terdapat diagnosa risiko perdarahan pada saat melakukan pembedahan *Tonsilektomi* dan dapat dilihat dari kadar hemoglobin yang menurun.

Pengkajian intra operatif secara ringkas untuk mengetahui hal-hal yang ditandai dengan pembedahan. Pengkajian menurut Muttaqin (2009):

- 1) Data laboratorium dan laporan temuan yang abnormal.
- 2) Transfusi darah.
- 3) Kaji kelengkapan arana pembedahan (benang, cairan intravena, obat antibiotik profilaksis) sesuai dengan kebijakan institusi.
- 4) Pastikan bahwa sistem fiksasi internal, instrumentasi, dan peranti keras (seperti skrup kompresi, metal, dan pen bersonde multiple), dan alat seperti bor dan mata bor telah tersedia dan berfungsi dengan baik.

b. Intervensi keperawatan

**Tabel 2.2 intervensi keperawatan**

1	<p>Risiko pendarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan (D.0012).</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan tingkat pendarahan menurun, kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kelembapan membran mukosa meningkat.</li> <li>b) Kelembapan kulit meningkat.</li> <li>c) Hemoptisis menurun.</li> <li>d) Hematuria menurun.</li> <li>e) Hemoglobin membaik.</li> <li>f) Hematokrit membaik.</li> </ul> <p>(L.02017).</p>	<p><b>Pencegahan Pendarahan (1.02067)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Monitor tanda dan gejala pendarahan.</li> <li>b) Monitor nilai hematocrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah.</li> <li>c) Monitor tanda-tanda vital ortostatik.</li> <li>d) Monitor koagulasi (mis. Prothrombin time (PT), <i>partial thromboplastin time</i> (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan/atau platelet).</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pertahankan <i>bed rest</i> selama perdarahan.</li> <li>b) Batasi tindakan invasif, jika perlu.</li> <li>c) Gunakan kasur pencegah dekubitus</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Jelaskan tanda dan gejala pendarahan.</li> <li>b) Anjurkan menggunakan asupan cairan untuk menghindari konstipasi.</li> <li>c) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan.</li> <li>d) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K.</li> <li>e) Anjurkan segera lapor jika terjadi perdarahan.</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol pendarahan, jika perlu.</li> <li>b) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu.</li> </ul>
---	--	--	--

c. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan dari perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi, intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

d. Evaluasi keperawatan

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Hal-hal yang di evaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Menentukan evaluasi hasil dibagi menjadi 5 komponen:

- 1) Menentukan kriteria, standar, dan pertanyaan evaluasi.
- 2) Mengumpulkan data mengenai keadaan klien terbaru.
- 3) Menganalisa dan membandingkan data terhadap kriteria dari standar.
- 4) Merangkum hasil dan membuat kesimpulan.
- 5) Melaksanakan tindakan sesuai berdasarkan kesimpulan

3. Post Operatif

a. Pengkajian keperawatan

Pengkajian pada tahap post operasi menurut Muttaqin dan Kumala (2009):

- 1) Pengkajian respirasi
- 2) Pengkajian sirkulasi
- 3) Pengkajian status neurologi
- 4) Suhu tubuh

- 5) Kondisi luka dan drainase
- 6) Nyeri
- 7) Gastrointestinal
- 8) Genitourinary
- 9) Cairan dan elektrolit
- 10) Keamanan peralatan

b. Diagnosa keperawatan

Salah satu komplikasi yang muncul setelah tindakan anestesi adalah hipotermi (Setiyanti, 2016). Hipotermi terjadi karena agen dari obat general anestesi menekan laju metabolisme oksidatif yang menghasilkan panas tubuh, sehingga mengganggu regulasi panas tubuh (Hujjatulislam,2015).

1) Risiko hipotermia perioperatif dibuktikan dengan terpapar suhu ruangan rendah.

Risiko hipotermia perioperatif adalah berisiko mengalami penurunan suhu tubuh di bawah  $36^{\circ}\text{C}$  secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.

**Gejala dan tanda mayor**

- a) Subjektif: mengeluh menggigil
- b) Objektif : tampak menggigil, suhu tubuh  $<36,0$  ,tampak pucat, dan tampak gemetar

**Gejala dan tanda minor**

- a) Subjektif: -
- b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri

c. Intervensi keperawatan

**Tabel 2.3 Intervensi Post Operasi**

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI, 2017)	Tujuan (SLKI, 2019)	Intervensi (SIKI,2018)
1.	<p>Risiko hipotermia perioperatif dibuktikan dengan terpapar suhu ruangan rendah</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan termoregulasi membaik, kriteria hasil:~~~~~</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menggigil menurun.</li> <li>- Suhu tubuh membaik</li> <li>- Suhu kulit membaik</li> </ul> <p>(L. 14134).</p>	<p><b>Manajemen Hipotermia (1.14507)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor suhu tubuh.</li> <li>- Identifikasi penyebab hipotermia (mis. terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan subkutan).</li> <li>- Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (hipotermia ringan: takipnea, disatria, menggigil, hipertensi, diuresis; hipotermia sedang: aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, reflek menurun; hipotermia berat: oliguria, refleks menghilang, edema paru, asam-basa abnormal).</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan lingkungan yang hangat (mis. atur suhu ruangan, inkubator).</li> <li>- Ganti pakaian dan/atau linen yang basah.</li> <li>- Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. kompres hangat, kompres botol hangat, selimut hangat, perawatan metode kangguru)</li> <li>- Lakukan penghangatan aktif internal (mis. infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat).</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Anjurkan minum/makan hangat.</p>

d. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan dari perencanaan keperawatan oleh perawat. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi, intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan

e. Evaluasi keperawatan

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Hal-hal yang di evaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Menentukan evaluasi hasil dibagi menjadi 5 komponen:

- 1) Menentukan kriteria, standar, dan pertanyaan evaluasi.
- 2) Mengumpulkan data mengenai keadaan klien terbaru.
- 3) Menganalisa dan membandingkan data terhadap kriteria dari standar.
- 4) Merangkum hasil dan membuat kesimpulan.
- 5) Melaksanakan tindakan sesuai berdasarkan kesimpulan.

## C. Tinjauan Konsep Penyakit

### 1. *Tonsilitis*

a. Definisi *Tonsilitis*

Tonsilitis adalah peradangan tonsil palatina yang merupakan bagian dari cicin waldeyer. Penyebaran infeksi melalui udara (air borne droplets), tangan dan ciuman. Dapat terjadi pada semua umur, terutama pada anak. Tonsilitis akut merupakan peradangan pada tonsil yang disebabkan oleh infeksi bakteri atau virus yang terjadi dalam waktu kurang dari 3 minggu (Ramadhan, 2017). Tonsilitis membranosa termasuk dalam salah satu jenis radang amandel akut

yang disertai dengan pembentukan membran/ selaput pada permukaan tonsil yang bisa meluas ke sekitarnya (Ramadhan 2017, dalam rahmawati 2020). Tonsilitis kronis merupakan kondisi di mana terjadi pembesaran tonsil disertai dengan serangan infeksi yang berulang-ulang (Nizar, 2016 rahmawati 2020).

Faktor yang menjadi penyebab utama hal tersebut adalah ISPA dan tonsillitis akut yang tidak mendapat terapi yang adekuat.<sup>4,5</sup> Tonsilitis lebih umum pada anak-anak usia 5-15 tahun dengan prevalensi tonsillitis bakterial 15-30% pada anak dengan gangguan faring dan 5-15% pada dewasa dengan gangguan faring (Nadhila, 2016 dalam rahmawati 2020). Tonsil terdiri atas jaringan limfatik dan terletak pada kedua sisi orofaring. Keduanya sering menjadi tempat terjadinya infeksi akut. Tonsilitis merupakan suatu kondisi respon peradangan dari tonsil sebagai manifestasi dari infeksi kuman yang menginvasi tonsil. Tonsil merupakan suatu kondisi infeksi tersering di daerah faring. Tonsilitis sering bersifat rekuren (berulang kali kambuh) dan kondisi yang merupakan kondisi untuk dilakukan intervensi pembedahan tonsilektomi.

#### b. Etiologi

Penyakit ini disebabkan oleh kuman yaitu *streptococcus beta hemolyticus*, *Streptococcus viridans*, dan *Streptococcus pyogenes* yang merupakan penyebab terbanyak. Dapat juga disebabkan oleh virus tetapi belum dapat diketahui pasti virus apa yang menjadi penyebabnya. (Irma Z dan Intan, 2013)

#### c. Patofisiologi dan Patogenesis

Tonsil merupakan salah satu pertahanan tubuh terdepan. Antigen yang berasal dari inhalan maupun ingestan dengan mudah masuk ke dalam tonsil hingga terjadi perlawanan tubuh dan bisa menyebabkan peradangan oleh kuman yang tumbuh di membran mukosa kemudian terbentuk fokus infeksi. Penularan terjadi melalui droplet. Kuman menginfiltrasi lapisan epitel, kemudian bila epitel terkikis maka jaringan limfoid superficial bereaksi. Sehingga terjadi

pembendungan radang dengan infiltrasi leukosit polimorfonuklear. (Irma Z dan Intan, 2013)

Karena proses radang yang timbul maka selain epitel mukosa juga jaringan limfoid terkikis, sehingga pada proses penyembuhan jaringan limfoid diganti oleh jaringan parut yang akan mengalami pengerutan sehingga kriпти melebar (Soepardi, et al., 2012). Apabila tidak terjadi penyembuhan yang sempurna pada tonsil, dapat terjadi infeksi berulang. Apabila keadaan ini menetap, bakteri patogen akan bersarang di dalam tonsil dan terjadi peradangan yang kronis atau yang disebut dengan tonsilitis kronis.

Tonsilitis kronis merupakan penyakit yang paling sering terjadi dari semua penyakit tenggorok yang berulang. Tonsilitis kronis umumnya terjadi akibat komplikasi tonsilitis akut, terutama yang tidak mendapat terapi adekuat. Selain pengobatan tonsilitis akut yang tidak adekuat, faktor predisposisi timbulnya tonsilitis kronis lain adalah higien mulut yang buruk, kelelahan fisik dan beberapa jenis makanan (Fakh, et al., 2016).

#### d. Manifestasi Klinis

- 1) Suhu tubuh naik hingga  $<36^{\circ}\text{C}$
- 2) Rasa gatal/kering pada tenggorakan
- 3) Lesu dan nyeri sendi
- 4) Odinofagia (radang pada mulut dan esofagus)
- 5) Suara menjadi serak karena peradangan pada laring
- 6) Tonsil membengkak
- 7) Pembengkakan pad kelenjar sub mandibula dan nyeri tekan

(Irma Z dan Intan, 2013)

#### e. Komplikasi

Laringitis difteri, miokarditis, kelumpuhan otot palatum mole, kelumpuhan otot mata, otot faring laring sehingga suara parau, kelumpuhan otot pernapasan, dan albuminuria. (Irma Z dan Intan, 2013)

f. Pemeriksaan Penunjang

Dilakukan tes schick dan pemeriksaan laboratorium berupa pembuatan preparate langsung kuman (dari permukaan bawah membrane semu). Medium yang dipakai adalah agar MacConkey atau Loeffler. Dan dilakukan uji resistensi kuman dari sediaan apus tonsil (Irma Z dan Intan, 2013)

g. Penatalaksanaan

Pemberian tatalaksana berbeda-beda setiap kategori tonsillitis sebagai berikut.

1) Tonsilitis Akut

Pada umumnya, penderita dengan tonsilitis akut serta de nram sebaiknya lirah baring, pemberian cairan adekuat, dan diet ringan (Adams, et al., 2012). Analgesik, dan antivirus diberikan jika gejala berat (Rusmarjono & Soepardi, 2016).

2) Tonsilitis Kronis

Pengobatan pasti untuk tonsilitis kronis adalah pembedahan pengangkatan tonsil atau *Tonsilektomi*. Tindakan ini dilakukan pada kasus-kasus di mana penatalaksanaan medis atau yang lebih konservatif gagal untuk meringankan gejala-gejala. Penatalaksanaan medis termasuk pemberian penisilin yang lama, irigasi faring sehari-hari, dan usaha untuk membersihkan kripta tonsilaris dengan alat irigasi gigi atau oral. Ukuran jaringan tonsil tidak mempunyai hubungan dengan infeksi kronis atau berulang (Adams, et al., 2012). Pengobatan medis yang tidak menunjukkan hasil, terdapat abses hipertrofi, atau tonsilitis berat yang menyumbat faring, menimbulkan kesulitan menelan, dan membahayakan jalan nafas, hipertrofi tonsil, dan adenoid yang dapat menyebabkan obstruksi, dan diduga kehilangan pendengaran akibat otitis media serosa, maka indikasinya akan dilakukan pembedahan *tonsilektomi*. (Muttaqin, 2013)

## 2. *Tonsilektomi*

### a. Definisi *Tonsilektomi*

*Tonsilektomi* adalah pembedahan atau penatalaksanaan medis dari penyakit *tonsilitis* yang merupakan penyakit pada tonsil atau jaringan limfatik dan terletak pada kedua sisi orofaring. Keduanya sering menjadi tempat terjadinya infeksi akut. (Muttaqin, 2013)

### b. Tujuan *Tonsilektomi*

*Tonsilektomi* dilakukan jika pengobatan medis tidak menunjukkan hasil, terdapat abses hipertofi, atau tonsilitis berat yang menyumbat faring, menimbulkan kesulitan menelan, dan membahayakan jalan nafas.

### c. Indikasi *Tonsilektomi*

*Tonsilektomi* dilakukan hanya jika terdapat masalah-masalah *Tonsilitis* berulang seperti hipertrofi tonsil dan adenoid yang dapat menyebabkan obstruksi, serangan otitis media purulent berulang, dan diduga kehilangan pendengaran akibat otitis media serosa yang terjadi dalam kaitannya dengan pembesaran tonsil. (Muttaqin, 2013)

### d. Kontra indikasi *Tonsilektomi*

Adapun Kontra indikasi dari tonsilektomi sebagai berikut (Adams, et al., 2012).

- 1) Infeksi pernapasan bagian atas yang berulang.
- 2) Infeksi sistemik atau kronis.
- 3) Demam yang tidak diketahui penyebabnya.
- 4) Pembesaran tonsil tanpa gejala-gejala obstruksi.
- 5) Rinitis alergika.
- 6) Asma.
- 7) Diskrasia darah.
- 8) Ketidakmampuan yang ulurrun atau kegagalan untuk tumbuh.
- 9) Tonus otot yang Iemah.
- 10) Sinusitis.

e. Komplikasi *Tonsilektomi*

Berbagai macam komplikasi bisa terjadi pasca pembedahan tonsilektomi, seperti perdarahan, nyeri yang disertai odinofagi, laringospasme, obstruksi saluran nafas, sedasi, mual dan muntah. Nyeri dan perdarahan merupakan masalah yang sering timbul pasca operasi *tonsilektomi*.

**D. Penelitian Terkait**

1. Penelitian Kio, A. L., Artana, I. W., & Mastini, N. L. P. (2020) tentang Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Tingkat Kecemasan Orang Tua Pasien Sebelum Tonsilektomi. *Jurnal Ilmiah Pannmed (Pharmacist, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwivery, Environment, Dentist)*, 15(1), 125-133. Penatalaksanaan tonsilektomi memiliki konsekuensi psikologis pada pasien dan keluarganya termasuk kecemasan. Kecemasan dapat dikurangi dengan tindakan keperawatan yang menitikberatkan pada komunikasi terapeutik pada pasien dan keluarganya. Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kecemasan orang tua pasien sebelum tonsilektomi di RSUD Mangusada Badung. Metode: Desain yang digunakan adalah pre eksperimental pre-post design test. Data dianalisis menggunakan Uji Wilcoxon. Hasil: Hasil penelitian rata-rata responden memiliki tingkat kecemasan sedang sebelum komunikasi terapeutik dan tingkat kecemasan menurun setelah komunikasi terapeutik. Kesimpulan: dari penelitian ini terdapat pengaruh yang signifikan dan signifikan komunikasi terapeutik terhadap penurunan tingkat kecemasan responden sebelum anaknya menjalani tonsilektomi di RSUD Mangusada Badung  $p (0,001 < ? 0,05)$ .
2. Menurut penelitian lain oleh Setiabudi, I. P. A. (2018) Komplikasi tersering tonsilektomi adalah perdarahan yang disebabkan oleh trauma bedah. Berbagai cara telah dilakukan untuk memperbaiki

manajemen perdarahan selama tonsilektomi. Penelitian ini membandingkan daya guna electrocautery dibanding ligasi untuk mengatasi perdarahan selama tonsilektomi guillotine pada anak. Desain penelitian adalah Randomized Controlled Trial, buta tunggal. Sampel penelitian sebanyak 110 anak di 3 lokasi penelitian yang akan menjalani tonsilektomi guillotine dilakukan randomisasi sistem blok. Tidak ada sampel yang drop out. 110 sampel dapat dilakukan analisis, 55 (50%) sampel kelompok terapi bipolar electrocautery dan 55 (50%) terapi ligasi. Lama waktu operasi didefinisikan sebagai waktu yang dibutuhkan untuk tonsilektomi dengan hemostasis ketika diperlukan, dicatat pada akhir prosedur. Hasil menunjukkan terdapat perbedaan bermakna rerata jumlah perdarahan antara kelompok terapi bipolar electrocautery dan ligasi  $p < 0,05$ . Pada tingkat terapi antara bipolar electrocautery dan ligasi ada perbedaan yang bermakna terhadap jumlah perdarahan dengan  $p = 0,004$  ( $p < 0,05$ ) dan nilai  $RR = 1,750$  (95%  $CI = 1,170-2,618$ ). Yang berarti terapi bipolar electrocautery sebanyak 1,750 berapa kali lebih baik dibanding ligasi untuk mengurangi pendarahan kurang dari 30 ml. Simpulan: Bipolar elektrocautery lebih berdaya guna dibanding ligasi untuk mengatasi perdarahan selama tonsilektomi guillotine pada anak.

3. Hasil penelitian Murdiono, M., Julianto, E., & Sudiarto, S. (2016). Asuhan Keperawatan Pada An. S Dengan Pre Dan Post Operasi Tonsilektomi Diruang Teratai Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo. *Journal Of Nursing And Health*, 1(2), 92-104. Tonsilitis adalah peradangan pada tonsil yang selalu melibatkan organ sekitarnya sehingga disebut sebagai tonsil ofaringitis. Tujuan : Asuhan keperawatan medikal bedah pada An. S dengan pre dan post operasi tonsilektomi diruang teratai RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo. Metode : Metode yang digunakan oleh penulis dalam mengumpulkan data adalah dengan wawancara dengan pasien dan keluarga pasien, mengobsevasi keadaan pasien dan melakukan

pemeriksaan fisik secara lengkap Head to toe, membaca buku status pasien serta mencari informasi tentang pasien dari perawat yang ada di ruang teratai RSUD Margono Soekarjo. Hasil : untuk diagnosa nyeri akut teratasi sebagian dan sudah berkurang dengan indikator melaporkan adanya nyeri yang awalnya berat menjadi ringan dengan tujuan menjadi ringan, ekspresi nyeri pada wajah yang tadinya sedang menjadi tidak ada, frekuensi nyeri yang awalnya berat menjadi ringan dengan tujuan menjadi ringan dikarenakan teknik relaksasi dan efek farmakologi dari obat-obatan. Kesimpulan : penulis menemukan cara baru dalam melakukan perawatan di ruangan mendukung dan senantiasa selalu membantu pada saat penulis melakukan tindakan. Penulis tidak menemukan hambatan dalam melakukan tindakan keperawatan pada pada pasien pre operasi tonsilektomi.