

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : pre operasi, intra operasi dan *post* operasi. Setiap fase tersebut dimulai dan diakhiri dalam waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah, dan masing – masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standart keperawatan (Brunner & Suddarth, 2016). Masing-masing tahap mencakup aktivitas atau intervensi keperawatan dan dukungan dari tim kesehatan lain sebagai satu tim dalam pelayanan pembedahan.

Menurut Brunner dan Suddarth (2016) fase perioperatif mencakup tiga fase dan pengertiannya yaitu :

- a. Fase pre operasi dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan dibuat dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi.
- b. Fase intra operasi dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke instalasi bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan.
- c. Fase *post* operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operasi dan intra operasi yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (*recovery room*)/pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah.

2. Tahapan dalam Keperawatan Perioperatif

a. Fase Pre Operasi

Fase pre operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima

pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan (Brunner & Suddarth, 2016).

Asuhan keperawatan pre operasi pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operasi di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (*one day care*), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin & Sari, 2013).

Fase pre operasi ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operasi dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan. Persiapan pembedahan dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

1) Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang bedah, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

2) Persiapan fisiologi, meliputi :

a) Diet (puasa) pada operasi dengan anestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Operasi dengan anestesi lokal/spinal anestesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu

jalannya operasi.

- b) Persiapan perut, yaitu pemberian leuknol/*lavement* sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah periferal. Tujuannya mencegah cedera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- c) Persiapan kulit, yaitu daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut.
- d) Hasil pemeriksaa, yaitu hasil laboratorium, foto roentgen, ECG, USG dan lain-lain.
- e) Persetujuan operasi/*informed consent*, yaitu izin tertulis dari pasien/keluarga harus tersedia (Brunner & Suddarth, 2016).

b. Fase Intra Operasi

Fase intra operasi dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke Instalasi Bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke Ruang Pemulihan. Fase intra operasi ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV *catheter*, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh : memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat *scrub*, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh (Brunner & Suddarth, 2016).

Prinsip tindakan keperawatan selama pelaksanaan operasi yaitu pengaturan posisi karena posisi yang diberikan perawat akan mempengaruhi rasa nyaman pasien dan keadaan psikologis pasien. Faktor yang penting untuk diperhatikan dalam pengaturan posisi pasien adalah :

- 1) Letak bagian tubuh yang akan dioperasi.
- 2) Umur dan ukuran tubuh pasien.
- 3) Tipe anaesthesia yang digunakan.

- 4) Sakit yang mungkin dirasakan oleh pasien bila ada pergerakan (*arthritis*).
- 5) Prinsip-prinsip di dalam pengaturan posisi pasien : atur posisi pasien dalam posisi yang nyaman dan sedapat mungkin jaga privasi pasien, buka area yang akan dibedah dan kakinya ditutup dengan duk.

Anggota tim asuhan pasien intra operasi biasanya di bagi dalam dua bagian. Berdasarkan kategori kecil terdiri dari anggota steril dan tidak steril :

- 1) Anggota steril, terdiri dari: ahli bedah utama/operator, asisten ahli bedah, *scrub nurse*/perawat instrumen.
- 2) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari: ahli atau pelaksana anestesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit) (Muttaqin & Sari, 2013).

c. Fase *Post Operasi*

Fase *post* operasi merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operasi dan intra operasi yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (*recovery room*)/pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah. Fase *post* operasi ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan ke rumah. Fase *post* operasi meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah:

- 1) Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (*recovery room*)

Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang

menyumbat drain dan selang drainase. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta *side rail* harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko *injury*. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anastesi dengan koordinasi dari dokter anastesi yang bertanggung jawab.

2) Perawatan *post* anastesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anastesi

Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar RR (*recovery room*) atau unit perawatan pasca anastesi PACU (*post anesthesia care unit*) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan. PACU atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- a) Perawat yang disiapkan dalam merawat *post* operasi (perawat anastesi).
- b) Ahli anastesi dan ahli bedah.
- c) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya (Brunner & Suddarth, 2016).

3. Klasifikasi Pembedahan

Jenis prosedur pembedahan diklasifikasikan berdasarkan pada tingkat keseriusan, kegawatan dan tujuan pembedahan. Klasifikasi pembedahan sebagai berikut:

Tabel 2.1. Klasifikasi Pembedahan

Klasifikasi	Jenis	Pengertian	Contoh
Keseriusan	Mayor	Melibatkan rekonstruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh, memberikan dampak risiko yang tinggi pada kesehatan.	<i>Bypass</i> arteri coroner, reseksi kolon, reseksi lobus paru.

	Minor	Melibatkan perubahan kecil pada bagian tubuh, sering dilakukan untuk memperbaiki deformitas, dan dengan risiko yang lebih kecil daripada bedah mayor.	Ekstraksi katarak, <i>graft</i> kulit, operasi plastic.
Urgensi	Elektif	Pembedahan dilakukan berdasarkan pilihan pasien, tidak penting dan tidak dibutuhkan untuk kesehatan.	Rekonstruksi payudara atau vagina, bedah plastik pada wajah.
	Gawat	Pembedahan perlu untuk kesehatan atau mencegah timbulnya masalah tambahan pada pasien.	Eksisi tumor ganas, pengangkatan batu kandung empedu.
	Darurat	Pembedahan harus segera dilakukan untuk menyelamatkan jiwa atau mempertahankan fungsi organ.	Peritonitis, amputasi traumatik, mengontrol perdarahan.
Tujuan	Diagnostik	Pembedahan untuk pemeriksaan lebih lanjut.	Biopsi massa tumor.
	Ablatif	Pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau penyakit.	Amputasi, pengangkatan apendiks.
	Paliatif	Menghilangkan atau mengurangi gejala penyakit, tetapi tidak menyembuhkannya.	Kolostomi, debridemen jaringan nekrotik.
	Rekonstruktif	Mengembalikan fungsi atau penampilan jaringan yang mengalami malfungsi atau trauma.	Fiksasi eksterna fraktur, perbaikan jaringan parut.
	Transplantasi	Mengganti organ atau struktur yang mengalami malfungsi.	Cangkok (transplantasi) ginjal, <i>total hip replacement</i> .
	Konstruktif	Mengembalikan fungsi yang hilang akibat anomali kongenital.	Bibir sumbing, penutupan defek katup jantung.

Sumber : Muttaqin & Sari (2013).

B. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pre Operasi

a. Pengkajian

Pengkajian pasien pada fase pre operasi secara umum dilakukan untuk mengetahui permasalahan pada pasien, sehingga perawat dapat memberikan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien. Pengkajian pre operasi secara umum meliputi pengkajian umum, riwayat kesehatan, pengkajian psikososiospiritual, pemeriksaan fisik dan pengkajian diagnostik (Muttaqin & Sari, 2013).

1) Pengkajian Umum

Pengkajian pasien di unit rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan secara komprehensif di mana semua hal yang berhubungan dengan pembedahan pasien perlu dilakukan secara seksama. Berikut ini adalah hal-hal yang harus diidentifikasi pada saat melakukan pengkajian umum.

a) Identitas Pasien

Pengkajian ini diperlukan agar tidak terjadi duplikasi nama pasien. Umur pasien sangat penting untuk diketahui guna melihat kondisi pada berbagai jenis pembedahan. Perawat perioperatif harus mengetahui bahwa faktor usia, baik anak-anak dan lansia dapat meningkatkan risiko pembedahan.

b) Jenis Pekerjaan dan Asuransi Kesehatan

Pengkajian jenis pekerjaan dan asuransi kesehatan diperlukan sebagai persiapan umum. Sebelum dilakukan operasi sebaiknya pasien dan keluarga sudah mendapat penjelasan dan informasi terkait masalah finansial.

c) Persiapan Umum

Persiapan *informed consent* dilakukan sebelum dilaksanakannya tindakan. Pasien dan keluarga harus mengetahui perihal prosedur operasi, jenis operasi, dan prognosis dari hasil pembedahan. Peran perawat di sini adalah bertanggung jawab dan memastikan bahwa pasien/keluarga dan

dokter sudah menandatangani isi dari *informed consent* (Muttaqin & Sari, 2013).

2) Pengkajian Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan pasien meliputi riwayat penyakit yang pernah diderita dan alasan utama pasien mencari pengobatan. Penyakit yang diderita pasien akan mempengaruhi kemampuan pasien dalam menoleransi pembedahan dan mencapai pemulihan yang menyeluruh.

Pengalaman bedah sebelumnya dapat mempengaruhi respons fisik dan psikologis pasien terhadap prosedur pembedahan. Jenis pembedahan sebelumnya, tingkat rasa ketidaknyamanan, besarnya kemampuan yang ditimbulkan dan seluruh tingkat perawatan yang pernah diberikan adalah faktor-faktor yang mungkin akan diingat kembali oleh pasien. Perawat mengkaji semua komplikasi yang pernah dialami oleh pasien. Informasi ini akan membantu perawat dalam mengantisipasi kebutuhan pasien selama *pre* dan *post* operasi.

Pasien gawat darurat yang memerlukan pembedahan *cito*, pengkajian riwayat kesehatan dilakukan secara ringkas terkait faktor-faktor yang mempengaruhi pembedahan dan anestesi umum. Pasien dikaji tentang adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, tuberculosis paru, dan berbagai penyakit kronis yang akan berdampak pada peningkatan risiko komplikasi intra operasi (Muttaqin & Sari, 2013).

b) Riwayat Alergi

Perawat harus mewaspadaai adanya alergi terhadap berbagai obat yang mungkin diberikan selama fase intra operasi. Apabila pasien mempunyai riwayat alergi satu atau lebih, maka pasien perlu mendapat gelang identifikasi alergi yang dipakai sebelum menjalani pembedahan atau penulisan simbol alergi yang

tertulis jelas pada status rekam medis. Perawat harus memastikan bahwa bagian depan lembar pencatatan pasien berisi daftar alergi yang dideritanya (Muttaqin & Sari, 2013).

c) Kebiasaan Merokok, Alkohol dan Narkoba

Pasien perokok memiliki risiko yang lebih besar untuk mengalami komplikasi paru-paru *post* operasi daripada pasien bukan perokok. Anestesi umum akan meningkatkan iritasi jalan napas dan merangsang sekresi pulmonal karena sekresi tersebut akan dipertahankan akibat penurunan aktivitas siliaris selama anestesi. Setelah pembedahan, pasien perokok mengalami kesulitan yang lebih besar dalam membersihkan jalan napasnya dari sekresi lendir.

Kebiasaan mengonsumsi alkohol mengakibatkan reaksi yang merugikan terhadap obat anestesi. Pasien juga mengalami toleransi silang (toleransi obat meluas) terhadap pemakaian obat anestesi, sehingga memerlukan dosis anestesi yang lebih tinggi dari normal. Konsumsi alkohol secara berlebihan juga dapat menyebabkan malnutrisi sehingga penyembuhan luka menjadi lambat.

Pasien yang mempunyai riwayat adanya pemakaian narkoba perlu diwaspadai atas kemungkinan yang lebih besar untuk terjangkit penyakit seperti HIV dan Hepatitis, terutama pada pasien pengguna narkoba suntik. Penggunaan obat-obatan narkotika atau penyalahgunaan obat-obatan terlarang dapat mengganggu kemampuan pasien mengontrol nyeri setelah operasi serta mempengaruhi tingkat serta jumlah pemberian anestesi selama pembedahan. Penggunaan narkoba suntik dapat mengganggu sistem vascular dan menyulitkan akses ke dalam vena (Muttaqin & Sari, 2013).

d) Pengkajian Nyeri

Perawat perlu mengkaji pengalaman nyeri pasien sebelumnya, metode pengontrolan nyeri yang digunakan, sikap

pasien dalam menggunakan obat-obatan penghilang rasa nyeri, respons perilaku terhadap nyeri, pengetahuan pasien, harapan, dan metode manajemen nyeri yang dipilih karena akan memberi dasar bagi perawat dalam memantau perubahan kondisi pasien.

Pendekatan pengkajian karakteristik nyeri dengan menggunakan metode PQRST dapat mempermudah perawat perioperatif dalam melakukan pengkajian nyeri yang dirasakan pasien secara ringkas dan dapat digunakan dalam kondisi pre operasi yang singkat (Muttaqin & Sari, 2013).

Tabel 2.2. Karakteristik Nyeri dengan Pendekatan PQRST

<i>Provoking Incident</i>	Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor penyebab nyeri? Apakah nyeri berkurang apabila beristirahat? Apakah nyeri bertambah berat bila beraktivitas? Faktor-faktor apa yang meredakan nyeri (misalnya : gerakan, kurang bergerak, pengerahan tenaga, istirahat, obat-obat bebas dan sebagainya) dan apa yang dipercaya pasien dapat membantu mengatasi nyerinya.
<i>Quality or Quality of Pain</i>	Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien. Apakah nyeri bersifat tumpul, seperti terbakar, berdenyut, tajam atau menusuk.
<i>Region, Radiation, Relief</i>	Dimana lokasi nyeri harus ditunjukkan dengan tepat oleh pasien, apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
<i>Severity (Scale) of Pain</i>	Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, pengkajian nyeri dengan menggunakan skala nyeri deskriptif.
<i>Time</i>	Berapa lama nyeri berlangsung (apakah bersifat akut atau kronik), kapan, apakah ada waktu-waktu tertentu yang menambah rasa nyeri.

Sumber : Muttaqin & Sari (2013).

3) Pengkajian Psikososiospiritual

a) Kecemasan Pre Operasi

Kecemasan pre operasi merupakan suatu respons antisipasi terhadap suatu pengalaman yang dapat dianggap pasien sebagai

suatu ancaman terhadap perannya dalam hidup, integritas tubuh atau bahkan kehidupan itu sendiri. Prosedur pembedahan akan memberikan suatu reaksi emosional bagi pasien. Pikiran yang bermasalah secara langsung akan mempengaruhi fungsi tubuh. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi ansietas yang dialami pasien (Muttaqin & Sari, 2013).

Pasien yang menghadapi pembedahan akan dilingkupi oleh ketakutan, termasuk ketakutan akan ketidaktahuan, kematian, anestesi dan kanker. Menurut Potter (2006) reaksi pasien terhadap pembedahan didasarkan pada banyak faktor, meliputi ketidaknyamanan dan perubahan-perubahan yang diantisipasi baik fisik, finansial, psikologis, spiritual, sosial atau hasil akhir pembedahan yang diharapkan. Bagian terpenting dari pengkajian kecemasan pre operasi adalah untuk menggali peran orang terdekat, baik dari keluarga atau sahabat pasien. Adanya sumber dukungan orang terdekat akan menurunkan kecemasan.

b) Kepercayaan Spiritual

Kepercayaan spiritual memainkan peranan penting dalam menghadapi ketakutan dan ansietas. Tanpa memandang agama yang dianut pasien, kepercayaan spiritual dapat menjadi medikasi terapeutik. Keyakinan mempunyai kekuatan yang sangat besar, oleh karena itu kepercayaan yang dimiliki oleh setiap pasien harus dihargai dan didukung. Menghormati nilai budaya dan kepercayaan pasien dapat mendukung terciptanya hubungan saling percaya (Muttaqin & Sari, 2013).

4) Pemeriksaan Fisik

a) Pemeriksaan Fisik *Soft Tissue Tumor*

(1) Inspeksi

Pada inspeksi tumor bisa terlihat sebagai benjolan. Permukaan kulit pada tumor jinak umumnya sama dengan jaringan sekitarnya. Pada ganas permukaan kulit bisa

tampak mengkilap karena pertumbuhan tumor yang cepat, ditambah dengan pelebaran pembuluh darah balik (venektasi) dan bisa tampak kemerahan.

(2) Palpasi

Pada pemeriksaan palpasi, beberapa hal yang perlu diuraikan adalah:

- (a) Letak tumor
- (b) Konsistensi tumor. Tumor bisa terasa padat atau keras.
- (c) Ukuran tumor. tumor jinak umumnya tumbuh lambat dalam waktu tahunan sehingga ukurannya relatif tetap.
- (d) Permukaan.
- (e) Batas tumor. Batas tumor dinilai pada daerah transisi antara tumor dengan jaringan yang sehat.
- (f) Nyeri. Tumor jinak umumnya tidak nyeri bila diraba, nyeri bisa terjadi akibat tumor mendesak jaringan sekitarnya. Pada tumor ganas biasanya tumor terasa nyeri bila ditekan dengan derajat nyeri ringan sampai berat.
- (g) Suhu. Perabaan pada kulit di atas tumor jinak tidak berbeda dengan kulit di bagian tubuh lain. Pada tumor ganas perabaan kulit di atas tumor terasa hangat akibat meningkatnya vaskularisasi tumor disertai dengan pelebaran pembuluh darah di daerah kulit.

b) Keadaan Umum

Pengkajian keadaan umum dilakukan secara ringkas perawat melakukan *survey* keadaan umum untuk mengobservasi penampilan umum pasien. Bentuk dan pergerakan tubuh dapat menggambarkan kelemahan yang disebabkan oleh penyakit yang berhubungan dengan adanya intervensi pembedahan (Muttaqin & Sari, 2013).

c) Tingkat Kesadaran

Penilaian tingkat kesadaran menggunakan skala koma Glasgow. Skala tersebut memungkinkan pemeriksa untuk membuat peringkat tiga respons utama pasien terhadap lingkungan yaitu : membuka mata, mengucapkan kata dan gerakan (Muttaqin & Sari, 2013).

d) Status Nutrisi

Pengkajian status nutrisi dengan menggunakan berat badan dan tinggi badan merupakan indikator status nutrisi yang penting. Segala bentuk defisiensi nutrisi harus dikoreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup guna perbaikan jaringan (Muttaqin & Sari, 2013).

e) Tanda-tanda Vital

Pemeriksaan fisik awal dilakukan dengan memeriksa tanda-tanda vital. Tanda vital diukur untuk menentukan status kesehatan atau menilai respon terhadap stress terhadap intervensi pembedahan.

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi pengukuran suhu, nadi, tekanan darah dan frekuensi pernapasan. Sebagai indikator dari status kesehatan, ukuran-ukuran ini menandakan keefektifan sirkulasi, respirasi serta fungsi neurologis dan endokrin tubuh. Pengkajian tanda-tanda vital pre operasi memberikan data dasar yang penting untuk dibandingkan dengan perubahan tanda-tanda vital yang terjadi selama dan setelah pembedahan serta untuk menentukan adanya abnormalitas cairan dan elektrolit (Muttaqin & Sari, 2013).

f) Kepala dan Leher

Pengkajian kepala perawat melakukan observasi gambaran wajah pasien, melihat kelopak mata, alis, lipatan nasolabial dan mulut untuk mengetahui bentuk dan kesimetrisannya. Pemeriksaan mata diobservasi gambaran kesimetrisan mata. Kelopak mata diinspeksi warna, keadaan kulit, dan

ada/tidaknya bulu mata serta arah tumbuhnya. Konjungtiva dan sklera dikaji warnanya. Pupil diinspeksi bentuk, ukuran dan letak serta reaksi pupil terhadap cahaya.

Hidung dan sinus dilakukan inspeksi palatum mole dan sinus nasalis dengan tujuan untuk mengkaji drainase sinus yang menggambarkan adanya infeksi sinus atau pernapasan. Mulut diinspeksi kondisi membrane mukosa yang menunjukkan status hidrasi. Pasien dehidrasi berisiko mengalami ketidakseimbangan cairan dan elektrolit yang serius selama pembedahan. Pemeriksaan fisik pre operasi pada leher yang lazim dilakukan adalah memeriksa nodus limfatik dan kelenjar tiroid (Muttaqin & Sari, 2013).

g) Sistem Saraf

Perawat mengobservasi tingkat orientasi, kesadaran, *mood* pasien serta memperhatikan apakah pasien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat dan dapat mengingat kejadian yang baru terjadi dan kejadian masa lalu (Muttaqin & Sari, 2013).

h) Sistem Endokrin

Perawat mengkaji riwayat penyakit pasien yang berkaitan dengan sistem endokrin seperti diabetes mellitus yang tidak terkontrol. Diabetes mellitus yang tidak terkontrol dapat menyebabkan terjadinya hipoglikemia perioperatif yang dapat mengancam hidup (Muttaqin & Sari, 2013).

i) Sistem Pernapasan

Pemeriksaan sistem pernapasan dimulai dengan melihat keadaan umum sistem pernapasan dan tanda-tanda abnormal seperti sianosis, pucat, kelelahan, sesak napas, batuk, penilaian produksi sputum dan lainnya (Muttaqin & Sari, 2013).

j) Sistem Kardiovaskular

Pemeriksaan fisik sistem kardiovaskular dimulai dengan dilakukannya inspeksi ada/tidaknya parut bekas luka. Pemeriksaan tekanan darah pre operasi dilakukan untuk

menilai adanya peningkatan tekanan darah di atas normal yang berpengaruh pada kondisi hemodinamik intra operasi dan *post* operasi. Selain itu perawat juga mengkaji nadi perifer, waktu pengisian kapiler dan warna serta suhu ekstremitas untuk menentukan status sirkulasi pasien. (Muttaqin & Sari, 2013)

k) Abdomen

Perawat mengkaji ukuran, bentuk, kesimetrisan dan distensi abdomen serta bising usus (Muttaqin & Sari, 2013).

l) Sistem Muskuloskeletal

Periksa adanya deformitas pada seluruh ekstremitas, meliputi adanya benjolan, ketidaksejajaran pada seluruh fungsi skeletal dan kemampuan dalam melakukan rentang gerak sendi. Periksa adanya kondisi kelemahan atau kelumpuhan dari fungsi seluruh ekstremitas (Muttaqin & Sari, 2013).

5) Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik dilakukan guna memeriksa adanya kondisi yang tidak normal. Pemeriksaan diagnostik terdiri dari pemeriksaan darah lengkap, analisis elektrolit serum, koagulasi, kreatinin serum dan urinalisis.

Apabila pasien berusia lebih dari 40 tahun atau mempunyai penyakit jantung maka dokter mungkin akan meminta pasien untuk menjalani pemeriksaan sinar-X dada atau EKG. Beberapa prosedur bedah tertentu seperti bedah saraf, jantung dan urologi memerlukan pemeriksaan canggih untuk menegakkan diagnosis prabedah misalnya: MRI, CT-Scan, USG Doppler, *Echocardiography* dan lainnya sesuai dengan kebutuhan diagnosis prabedah (Muttaqin & Sari, 2013).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pre operasi memungkinkan perawat untuk melakukan tindakan pencegahan dan perawatan sehingga asuhan

keperawatan yang diberikan selama tahap intra operasi dan *post* operasi sesuai dengan kebutuhan pasien. Berikut ini adalah diagnosis keperawatan berdasarkan pengkajian keperawatan yang lazim dilaksanakan.

- 1) D.0080 Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (suasana menjelang pembedahan) dan kurang terpapar informasi.
- 2) D.0077 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) (SDKI, 2019) (Muttaqin & Sari, 2013).

c. Rencana Keperawatan

Tabel. 2.3 Rencana Keperawatan Pre Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan SIKI	Rencana Keperawatan Pendukung
1	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (suasana menjelang pembedahan) (D.0080)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan ansietas pasien teradaptasi dengan kriteria hasil : Tingkat ansietas L.09093 - Verbalisasi kebingungan menurun. - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun. - Perilaku gelisah menurun. - Perilaku tegang menurun. - Frekuensi pernapasan membaik.	Reduksi Ansietas I.09314 - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor). - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal). - Jelaskan prosedur pembedahan yang akan dilakukan. - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan	Pemberian terapi dzikir (Harahap, 2019).

		<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi membaik. - Tekanan darah membaik. 	<p>prognosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. - Latih teknik relaksasi. 	
2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma). (D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nyeri L.08066</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun. - Meringis menurun. - Gelisah menurun. - Frekuensi nadi membaik. - Tekanan darah membaik. 	<p>Manajemen Nyeri I.08238</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri. - Identifikasi respon nyeri nonverbal. - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat 	<p>Teknik napas dalam (Risnah, 2019).</p>

			atau dingin, terapi bermain). - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi napas dalam). - Kolaborasi pemberian analgetik.	
--	--	--	---	--

Sumber : SIKI (2018) dan SLKI (2018).

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Dermawan, 2012). Implementasi keperawatan pada fase pre operasi yang akan dilakukan oleh perawat disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun, namun dalam pelaksanaan implementasi akan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien pada fase pre operasi.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses keperawatan mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Darmawan, 2012). Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada fase pre operasi dengan membandingkan antara hasil yang diperoleh dengan kriteria evaluasi yang sudah disusun sejauh mana hasil akhir dapat dicapai dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Umumnya bentuk evaluasi yang dilakukan dengan format SOAP.

2. Intra Operasi

a. Pengkajian

Pengkajian intraoperatif bedah secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan. Diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Muttaqin, 2013). Menurut Majid (2011) pada saat pembedahan perawat perlu melakukan:

1) Pemantauan Keseimbangan cairan

Penghitungan *balance* cairan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien. Pemenuhan *balance* cairan dilakukan dengan cara menghitung jumlah cairan yang masuk dan yang keluar pengecekan pada kantong kateter urin kemudian dilakukan koreksi terhadap imbalance cairan yang terjadi.

2) Memantau kondisi kardiopulmonal

Pemantauan kondisi kardiopulmonal harus dilakukan secara kontinu yang meliputi fungsi pernapasan nadi dan tekanan darah, saturasi oksigen, perdarahan dan lain-lain

3) Memantau perubahan tanda-tanda vital

Pemantauan tanda-tanda vital penting dilakukan untuk memastikan kondisi pasien masih dalam batas normal jika terjadi gangguan harus dilakukan intervensi secepatnya. Biasanya pada fase intra operasi pasien akan mengalami hipotermi yang disebabkan oleh suhu ruangan rendah. Infus yang dingin, inhalasi gas-gas dingin, luka terbuka pada tubuh, usia lanjut, atau obat-obatan yang digunakan.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan intra operasi yang lazim ditegakkan adalah sebagai berikut.

1) D.0023 Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.

- 2) D.0136 Risiko cedera berhubungan dengan pengaturan posisi bedah, prosedur invasif bedah.
- 3) D.0141 Risiko hipotermia perioperatif berhubungan dengan suhu lingkungan rendah (SDKI, 2019).

c. Rencana Keperawatan

Tabel 2.4 Rencana Keperawatan Intra Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan	Rencana Keperawatan Pendukung
1	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. (D.0023)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan: Status Cairan L.03028 - Kekuatan nadi meningkat. - Pengisian vena meningkat. - Frekuensi nadi membaik. - Tekanan darah membaik. - Tekanan nadi membaik.	Manajemen Syok Hipovolemik I.02050 - Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP). - Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi). - Monitor status cairan (masukan dan haluaran). - Pertahankan jalan napas paten. - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi >94%. - Lakukan hemostatis untuk menghentikan perdarahan. - Kolaborasi	-

			<p>memberian infus cairan kristaloid 1 – 2 L pada dewasa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian transfuse darah, <i>jika perlu.</i> 	
2	<p>Risiko cedera berhubungan dengan pengaturan posisi bedah, prosedur invasif bedah.</p> <p>(D.0136)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan ansietas pasien teradaptasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat Cedera (L.14136)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kejadian cedera menurun. - Luka/lecet menurun. - Perdarahan menurun. - Tekanan darah membaik. - Frekuensi nadi membaik. 	<p>Pencegahan Cedera I.14537</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera. - Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera. - Sediakan pencahayaan yang memadai. - Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga - Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi ulang identitas pasien. - Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera. - Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera. - Sediakan pencahayaan yang memadai. - Siapkan meja bedah dan instrumen sesuai jenis pembedahan. - Siapkan alat hemostatis dan candangan alat dalam

				<p>kondisi siap pakai.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengaturan posisi bedah. - Lakukan manajemen sirkulasi intraoperasi ruang operasi.
3	<p>Risiko hipotermia perioperatif berhubungan dengan suhu lingkungan rendah. (D.0141)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil : Termogulasi (L.14134)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggigil menurun - Pucat menurun - Suhu tubuh membaik 	<p>Manajemen Hipotermia I.14507</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu tubuh. - Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (hipotermia ringan: takipnea, disatria, menggigil, hipertensi, diuresis, hipotermia sedang: aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, refleks menurun; hipotermia berat : oliguria, refleks menghilang, edema paru, asam-basa abnormal). - Lakukan penghangatan aktif internal (mis. selimut 	-

			hangat). - Lakukan penghangatan aktif (mis. lavase peritoneal dengan cairan hangat).	
--	--	--	---	--

Sumber : Muttaqin & Sari (2013), SIKI (2018) dan SLKI (2018).

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Dermawan, 2012). Implementasi keperawatan pada fase intra operasi yang akan dilakukan oleh perawat disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun, namun dalam pelaksanaan implementasi akan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien pada fase intra operasi.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses keperawatan mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Darmawan, 2012). Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada fase intra operasi dengan membandingkan antara hasil yang diperoleh dengan kriteria evaluasi yang sudah disusun sejauh mana hasil akhir dapat dicapai dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Umumnya bentuk evaluasi yang dilakukan dengan format SOAP.

3. Post Operasi

a. Pengkajian

Pengkajian awal yang dilakukan oleh perawat di ruang pulih sadar sebagai berikut :

- 1) Diagnosa medis dan jenis pembedahan yang dilakukan.

- 2) Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan napas, tanda-tanda vital.
- 3) Anestesi dan medikasi lain yang digunakan (misalnya : narkotik, relaksan otot, antibiotik).
- 4) Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin mempengaruhi perawatan *post* operasi (misalnya : hemoragi berlebihan, syok dan henti jantung).
- 5) Patologi yang dihadapi (jika malignasi, apakah pasien atau keluarga sudah diberitahukan).
- 6) Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian.
- 7) Segala selang, drain, kateter atau alat bantu pendukung lainnya.
- 8) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anestesi yang akan diberitahu.

Perawat mengkaji secara sering saturasi oksigen pasien, volume dan keteraturan denyut nadi, kedalaman dan karakteristik pernapasan, warna kulit, tingkat kesadaran dan kemampuan untuk berespon terhadap perintah. Dalam beberapa kasus, kadar tidal akhir karbondioksida (*end-tidal carbondioxide*, ETCO₂) juga dipantau. Perawat juga melakukan pengkajian dasar yang dilanjutkan dengan pemeriksaan area bedah untuk melihat drainase atau hemoragi dan menghubungkan semua selang drainase dan selang pemantau.

Setelah pengkajian awal, perawat memantau tanda-tanda vital dan mengkaji status fisik umum pasien minimal setiap 15 menit, termasuk pengkajian fungsi kardiovaskular. Perawat mempertahankan kepatenan jalan napas dan suplemen oksigen, mempertahankan stabilitas kardiovaskuler dengan langkah-langkah pencegahan, pengenalan yang tepat, dan penanganan hemoragi, hipertensi, disritmia, hipotensi dan syok, meredakan nyeri dan ansietas dan mengontrol mual dan muntah. Perawat juga mencatat setiap informasi yang terkait dengan riwayat pasien yang mungkin penting (mis. sulit mendengar, buta, riwayat kejang, diabetes, alergi terhadap obat tertentu atau zat lain).

Biasanya indikator berikut digunakan untuk menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan dari PACU:

- 1) Fungsi paru tidak menurun/terganggu.
- 2) Hasil oksimetri denyut nadi menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat.
- 3) Tanda-tanda vital stabil.
- 4) Orientasi terhadap tempat, peristiwa dan waktu.
- 5) Haluaran urine tidak kurang dari 30 mL/jam.
- 6) Mual dan muntah terkontrol.
- 7) Nyeri minimal (Brunner & Suddarth, 2016).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan *post* operasi yang lazim ditegakkan adalah sebagai berikut.

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (mis. anestesi) (D.0001).
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077).
- 3) Risiko jatuh berhubungan dengan efek agen farmakologis (anestesi umum) (D.0143) (SDKI, 2019).

c. Rencana Keperawatan

Tabel 2.5 Rencana Keperawatan *Post* Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan SIKI	Rencana Keperawatan Pendukung
1	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (mis. anestesi). (D.0001)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :	Manajemen Jalan Napas (I.01011) - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas). - Monitor bunyi napas tambahan (mis.	-

		<p>Bersihan jalan napas (L.01001)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batuk efektif meningkat - Produksi sputum menurun - Dipsnea menurun - Frekuensi napas membaik 	<ul style="list-style-type: none"> gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering). - Posisikan semi-fowler atau fowler. - Berikan oksigen, jika perlu - Ajarkan teknik batuk efektif 	
2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun. - Meringis menurun. - Gelisah menurun. - Frekuensi nadi membaik. - Tekanan darah membaik. 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri. - Identifikasi respon nyeri nonverbal. - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain). - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi 	<p>Teknik napas dalam (Suwahyu, 2021).</p>

			rasa nyeri (mis. teknik relaksasi napas dalam). - Kolaborasi pemberian analgetik.	
3	Risiko jatuh berhubungan dengan efek agen farmakologis (anestesi umum) (D.0143)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi jatuh, dengan kriteria hasil : Tingkat jatuh (L.14138) - Jatuh dari tempat tidur menurun. - Jatuh saat dipindahkan menurun.	Pencegahan Jatuh (I.14540) - Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. penurunan tingkat kesadaran). - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh. - Pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci. - Pasang <i>handrall</i> tempat tidur. - Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pemantauan perawat dari <i>nurse station</i> .	-

Sumber : SIKI (2018) dan SLKI (2018).

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Dermawan, 2012). Implementasi keperawatan pada fase *post* operasi yang akan dilakukan oleh perawat disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun, namun dalam pelaksanaan implementasi akan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien pada fase *post* operasi.

e. **Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah proses keperawatan mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Darmawan, 2012). Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada fase *post* operasi dengan membandingkan antara hasil yang diperoleh dengan kriteria evaluasi yang sudah disusun sejauh mana hasil akhir dapat dicapai dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Umumnya bentuk evaluasi yang dilakukan dengan format SOAP.

C. **Tinjauan Konsep Penyakit *Soft Tissue Tumor***

1. **Definisi**

Soft tissue tumor merupakan benjolan atau pembengkakan yang abnormal yang disebabkan oleh neoplasma dan non-neoplasma (Smeltzer, 2013). Menurut Price (2012) *soft tissue tumor* adalah pertumbuhan sel baru, abnormal, progresif dimana sel-selnya tidak tumbuh seperti kanker.

2. **Etiologi**

Menurut Clevo (2012) etiologi *soft tissue tumor* sebagai berikut:

a. **Kondisi genetik**

Ada bukti tertentu pembentukan gen dan mutasi gen adalah faktor predisposisi untuk beberapa tumor jaringan lunak, dalam daftar laporan gen yang abnormal, bahwa gen memiliki peran penting dalam diagnosis.

b. **Radiasi**

Mekanisme yang patogenik adalah munculnya mutasi gen radiasi-induksi yang mendorong transformasi neoplastik.

c. **Infeksi**

Infeksi virus Epstein-bar dalam orang yang kekebalannya lemah juga akan meningkat kemungkinan tumor pembangunan jaringan lunak.

d. Trauma

Hubungan trauma dan *soft tissue tumor* nampaknya kebetulan. Trauma mungkin menarik perhatian medis ke pra-luka yang ada.

3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala *soft tissue tumor* tidak spesifik. Tergantung di mana letak tumor atau benjolan tersebut berada. Awal mulanya gejala berupa adanya benjolan di bawah kulit yang tidak terasa sakit. Hanya sedikit penderita yang merasakan sakit yang biasanya terjadi akibat pendarahan atau nekrosis dalam tumor dan bisa juga karena adanya penekanan pada saraf-saraf tepi. *Soft tissue tumor* biasanya tumbuh lambat, tidak cepat membesar, bila di raba terasa lunak dan bila di gerakan relatif masih mudah digerakan dari jaringan sekitarnya dan tidak pernah menyebar ke tempat yang jauh. Tahap awal *soft tissue tumor* biasanya tidak menimbulkan gejala karena jaringan lunak relatif elastis, tumor atau benjolan tersebut dapat bertambah besar, mendorong jaringan normal. Kadang gejala pertama penderita merasa nyeri atau bengkak (M. Clevo, 2012).

4. Patofisiologi

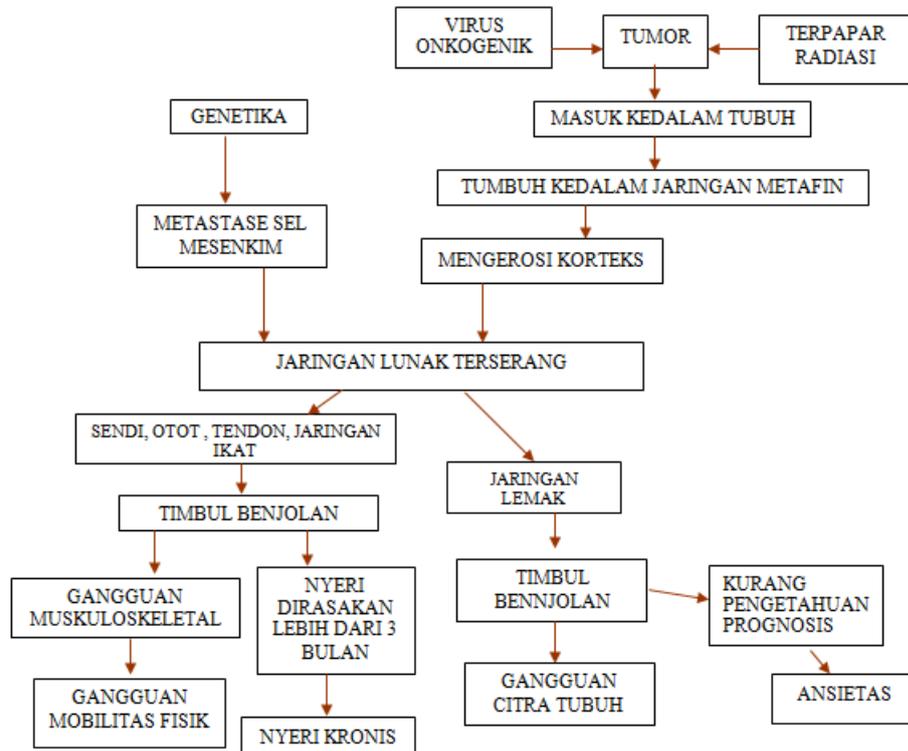
Umumnya *soft tissue tumor* adalah proliferasi mesenkimal yang terjadi di jaringan nonepitelial ekstraskletal tubuh, tidak termasuk visera, selaput otak, dan sistem limforetikuler. Dapat timbul di tempat mana saja, meskipun kira-kira 40% terjadi di ekstermitas bawah, terutama daerah paha, 20% di ekstermitas atas, 10% di kepala dan leher dan 30% di badan dan retroperitoneum, parameter-parameter yang penting untuk menentukan penatalaksanaan klinisnya adalah:

- a. Ukuran makin besar massa tumor, makin buruk hasil akhirnya.
- b. Klasifikasi histologi dan penentuan stadium (*grading*) yang akurat (terutama di dasarkan pada derajat diferensiasinya), dan perkiraan laju pertumbuhan yang didasarkan pada mitosis dan perluasan nekrosis.

c. *Staging*

d. Lokasi tumor. Makin superfisial, prognosis makin baik (M. Clevo, 2012).

5. *Pathways*



Gambar 2.1 *Pathway Soft Tissue Tumor*
Sumber : Pangestika *et al*, 2021

6. **Pemeriksaan Penunjang**

a. **Pemeriksaan X-ray**

X-ray untuk membantu pemahaman lebih lanjut tentang tumor jaringan lunak, transparansi serta hubungannya dengan tulang yang berdekatan. Jika batasnya jelas, sering didiagnosa sebagai tumor jinak, namun batas yang jelas tetapi melihat klasifikasi, dapat didiagnosa sebagai tumor 15 ganas jaringan lunak, situasi terjadi di sarkoma sinovial, rhabdomyosarcom, dan lainnya.

b. Pemeriksaan USG

Metode ini dapat memeriksa ukuran tumor, gema perbatasan amplop dan tumor jaringan internal, dan oleh karena itu bisa untuk membedakan antara jinak atau ganas. Tumor ganas jaringan lunak tubuh yang agak tidak jelas, gema samar-samar, seperti sarkoma otot lurik, myosarcoma sinovial, sel tumor mendalami sitologi aspirasi akupunktur.

c. CT scan

CT scan memiliki kerapatan resolusi dan resolusi spesial karakter tumor jaringan lunak yang merupakan metode umum untuk diagnosa tumor jaringan lunak dalam berapa tahun terakhir.

d. Pemeriksaan MRI

Mendiagnosa tumor jaringan lunak dapat melengkapi kekurangan dari x-ray dan CT scan, MRI dapat melihat tampilan luar penampang berbagai tingkatan tumor dari semua jangkauan, tumor jaringan lunak retroperitoneal, tumor panggul, memperluas ke pinggul atau paha, tumor fossa poplitea serta gambar yang lebih jelas dari tumor tulang atau invasi sumsum tulang adalah untuk mendasarkan pengembangan rencana pengobatan yang lebih baik.

e. Pemeriksaan Histologi

1) Sitologi : sederhana, cepat, metode pemeriksaan patologis yang akurat dioptimalkan untuk situasi berikut :

a) Ulserasi tumor jaringan lunak, pap smear atau metode pengempulan untuk mendapatkan sel, pemeriksaan mikroskopik.

b) Sarcoma jaringan lunak yang disebabkan efusi pleura, hanya untuk mengambil spesimen segera harus dilakukan konsentrasi sedimentasi sentrifugal, selanjutnya smear.

c) Tusukan *smear* cocok untuk tumor yang lebih besar, dan tumor yang mendalam yang ditunjukkan untuk radioterapi atau kemoterapi, metastasis dan lesi rekuren juga berlaku.

- 2) Forcep biopsi : jaringan ulserasi tumor lunak, sitologi *smear* tidak dapat didiagnosa, dilakukan forcep biopsi.
- 3) Memotong biopsi: metode ini adalah kebanyakan untuk operasi.
- 4) Biopsi eksisi : berlaku untuk tumor kecil jaringan lunak, bersama dengan bagian dari jaringan normal di sekitar tumor reseksi seluruh tumor untuk pemeriksaan histologis (Pangestika, 2021).

7. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

1) Bedah (Eksisi)

Bedah eksisi adalah salah satu cara tindakan pembedahan yaitu membuang atau menghancurkan jaringan (tumor) dengan cara memotong. Tindakan ini dilakukan untuk berbagai tujuan antara lain untuk pemeriksaan penunjang (biopsi), pengobatan lesi jinak ataupun ganas dan memperbaiki penampilan.

2) Kemoterapi

Metode ini melakukan keperawatan penyakit dengan menggunakan zat kimia untuk menghambat pertumbuhan kerja sel tumor. Sebagian besar penyakit yang berhubungan dengan tumor dan kanker dirawat dengan cara kemoterapi ini.

3) Terapi Radiasi

Terapi radiasi adalah terapi yang menggunakan radiasi yang bersumber dari radioaktif. Kadang radiasi yang diterima merupakan terapi tunggal. Tetapi terkadang dikombinasikan dengan kemoterapi dan juga operasi bedah (Pangestika, 2021).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

1) Perhatikan kebersihan luka pada pasien.

2) Perawatan luka pada pasien.

3) Pemberian obat.

4) Amati ada atau tidak komplikasi atau potensial yang terjadi setelah dilakukan operasi (Clevo, 2012).

D. Penelitian Terkait

1. Penelitian berjudul “Tingkat Kecemasan Pada Pasien Praoperasi Ortopedi Di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan” oleh Lourensyah tahun 2019. Penelitian tersebut didapatkan bahwa tingkat kecemasan pasien praoperasi ortopedi dengan kategori cemas sedang sebanyak 18 responden (60,0%), kategori cemas ringan sebanyak 7 responden (23,3%) dan kategori cemas berat sebanyak 5 responden (16,7%).
2. Penelitian berjudul “Pengaruh Dzikir Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Mayor Di Ruang Rawat Bedah” oleh Harahap, dkk tahun 2019. Penelitian ini menunjukkan ada pengaruh yang bermakna sebelum dan sesudah diberikan terapi dzikir dengan nilai $p\text{ value} = 0,000 < 0,05$. Dzikir terbukti memiliki pengaruh dalam menurunkan tingkat kecemasan pre operasi bedah mayor, sehingga dzikir dapat dijadikan sebagai salah satu alternatif yang bisa digunakan untuk menurunkan kecemasan pada pasien pre operasi.
3. Penelitian berjudul “*Systematic Review* : Penurunan Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Fraktur Melalui Penggunaan Teknik Napas Dalam” oleh Suwahyu, dkk tahun 2021. Hasil telaah artikel yang telah dilakukan adalah penggunaan teknik napas dalam yang diberikan mampu mengurangi nyeri pada pasien pasca operasi fraktur.
4. Penelitian berjudul “Perbedaan Nyeri Pada Pasien Pasca Bedah Fraktur Ekstremitas Sebelum dan Sesudah Dilakukan Teknik Napas Dalam” oleh Igiyany (2018). Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya perbedaan rata-rata intensitas nyeri pasca bedah yang signifikan sebelum dan sesudah dilakukan teknik relaksasi napas dalam pada kelompok eksperimen $p < 0,05$.