

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Konsep Perioperatif

##### 1. Definisi

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif. 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, 2009).

##### 2. Peran Perawat Perioperatif

Kamar operasi adalah lingkungan khusus yang dibuat dengan satu tujuan utama yaitu keselamatan pasien. Perawat yang bekerja di kamar 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 (Litwack, 2009). Perawat *scrub* dan perawat sirkulasi inilah yang disebut sebagai perawat kamar bedah (*operating room nurse*).

##### a. Perawat Instrumen (*scrub nurse*)

Perawat *scrub* atau di Indonesia juga dikenal sebagai perawat instrumen merupakan perawat kamar bedah yang memiliki tanggung jawab terhadap manajemen area operasi dan area steril pada setiap jenis pembedahan (Muttaqin, 2009).

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 (Litwack, 2009). 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 meja instrumen.
  - 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 demi lapis.
  - 11) Mempersiapkan cairan untuk mencuci luka.
  - 12) Membersihkan luka operasi dan kulit sekitar luka.
- b. Perawat Sirkulasi (*circulation nurse*)

Perawat sirkulasi merupakan perawat berlisensi yang bertanggung jawab untuk mengelola asuhan keperawatan pasien di dalam kamar operasi dan mengkoordinasikan kebutuhan tim bedah dengan tim perawatan lain yang diperlukan untuk menyelesaikan tindakan operasi (Litwack, 2009). Perawat sirkulasi juga bertanggung jawab untuk menjamin terpenuhinya perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat scrub dan mengobservasi pasien tanpa menimbulkan kontaminasi terhadap area steril (Muttaqin, 2009). 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 anestesi.
- 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 di dalam keperawatan perioperatif

a. Fase pra operasi

Masa pra operasi dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien berada di meja operasi. Sebelum pembedahan dilakukan lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup pengkajian dasar pasien di tataan klinik ataupun rumah wawancara pra operasi dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan dan pembedahan. Tujuan perawatan praoperasi :

- 1) Menciptakan hubungan yang baik dengan pasien memberikan penyuluhan tentang tindakan.
- 2) Mengkaji merencanakan dan memenuhi kebutuhan pasien.
- 3) Akibat tindakan anastesi yang akan dilakukan.
- 4) Mengantisipasi dan menanggulangi kesulitan yang mungkin timbul.

b. Fase intra operasi

Intra operasi dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah atau meja operasi dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau recovery room atau istilah lainnya adalah post anesthesia kerja unit atau *post anesthesia care unit*. Pada fase ini ruang lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan intravena kateter, pemberian medikasi intravena, dan melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien.

c. Fase pasca operasi

Masa pasca operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau ruang perawatan bedah atau di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan meliputi rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian

meliputi efek agen atau obat anestesi dan serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan pasien. Perawatan pasca anestesi atau pembedahan dimulai sejak pasien dipindahkan ke ruang pulih sadar sampai diserahkan kembali pada perawat di ruang rawat inap jika kondisi pasien tetap kritis pasien dipindahkan ke *intensive care unit* (Majid, 2011).

## B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

### 1. Pre Operasi

#### a. Pengkajian

Menurut Majid (2011) keperawatan pra operasi merupakan tahap awal dari keperawatan perioperatif. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada fase ini. Adapun persiapan yang perlu dilakukan sebelum menjalani tindakan pembedahan adalah sebagai berikut :

#### 1) Pengkajian fisik

##### a) Status kesehatan fisik secara umum

Sebelum dilakukan pembedahan, penting dilakukan pemeriksaan status kesehatan umum meliputi identitas, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, yang meliputi status hemodinamika, status kardiovaskuler, status pernapasan, fungsi ginjal dan hepatic, fungsi endokrin, dan fungsi imunologi.

##### b) Status nutrisi

Segala bentuk defisiensi nutrisi harus di koreksi sebelum pembedahan untuk memberikan protein yang cukup untuk memperbaiki jaringan. Status gizi yang buruk dapat mengakibatkan pasien mengalami berbagai komplikasi pasca bedah dan mengakibatkan pasien menjadi lebih lama di rawat di rumah sakit.

##### c) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Keseimbangan cairan dan elektrolit terkait erat dengan fungsi ginjal. Dimana ginjal berfungsi mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolik obat-obatan anestesi. Jika fungsi ginjal baik maka operasi dapat dilakukan dengan

baik, namun jika ginjal mengalami gangguan seperti oliguri atau anuris, insufisiensi renal akut, nefritis akut maka operasi harus ditunda menunggu perbaikan fungsi ginjal, kecuali pada kasus-kasus yang mengancam jiwa.

d) Kebersihan lambung dan kolon

Tujuan dari pengosongan lambung dan kolon adalah untuk menghindari aspirasi yaitu masuknya cairan lambung ke dalam paru-paru dan menghindari kontaminasi feses ke arah pembedahan sehingga menghindarkan terjadinya infeksi pasca pembedahan. Khusus pada pasien yang membutuhkan operasi cito atau segera, seperti pada pasien kecelakaan lalu lintas, maka pengosongan lambung dapat dilakukan dengan cara memasang selang nasogastrik.

e) Pencukuran daerah operasi

Pencukuran pada daerah operasi ditujukan untuk menghindari terjadinya infeksi pada daerah yang dilakukan pembedahan karena rambut yang tidak dicukur dapat menjadi tempat bersembunyi kuman dan juga mengganggu atau menghambat proses penyembuhan dan perawatan luka titik daerah yang dilakukan pencukuran tergantung pada jenis operasi dan daerah yang akan dioperasi biasanya daerah sekitar kelamin dilakukan pencukuran dan jika yang dilakukan operasi pada daerah sekitar perut dan paha misalnya apendiktomi, herniotomi, urolithiasis, dan hemoroidektomi maka tidak perlu dilakukan pencukuran.

f) Personal Hygiene

Kebersihan tubuh pasien sangat penting untuk persiapan operasi karena tubuh yang kotor dapat merupakan sumber kuman dan dapat mengakibatkan infeksi pada daerah yang dioperasi.

g) Pengosongan kandung kemih

Pengosongan kandung kemih atau bladder dilakukan dengan melakukan pemasangan kateter. Selain untuk pengosongan isi kandung kemih dengan tindakan kateterisasi juga diperlukan untuk mengobservasi keseimbangan cairan.

2) Persiapan mental atau psikis

Persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam

proses persiapan operasi, karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya. Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang dapat membangkitkan reaksi stres fisiologis maupun psikologis (Majid 2011).

Kecemasan atau ketakutan dapat berakibat pada perubahan fisiologis pasien sebelum menjalani pembedahan, diantaranya adalah:

- Pasien yang mengalami kecemasan sebelum operasi dapat mengakibatkan pasien sulit tidur dan tekanan darahnya akan meningkat sehingga operasi bisa dibatalkan karena dapat mengakibatkan pasien mengalami perdarahan saat pembedahan.
- Atau pasien wanita yang terlalu cemas menghadapi operasi dapat mengalami menstruasi lebih cepat dari biasanya sehingga operasi terpaksa harus ditunda. Pada saat pre operasi perawat perlu mengkaji mekanisme coping yang biasa digunakan oleh pasien dalam menghadapi stres dan kecemasan. Disamping itu perawat perlu mengkaji juga hal-hal yang bisa digunakan untuk membantu pasien dalam menghadapi masalah ketakutan dan kecemasan ini seperti adanya orang terdekat tingkat perkembangan pasien faktor pendukung atau support system.(Majid, 2011)

#### b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) yang mungkin muncul pada pre operasi adalah :

##### 1) Ansietas

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2018).

Tabel 2.1  
Gejala dan Tanda Ansietas

Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
- Merasa bingung	- Tampak gelisah
- Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	- Tampak tegang
- Sulit berkonsentrasi	- Sulit tidur
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
- Mengeluh pusing	- Frekuensi napas meningkat
- Anoreksia	- Frekuensi nadi meningkat
- Palpitasi	- Tekanan darah meningkat
- Merasa tidak berdaya	- Diaforesis
	- Tremor
	- Muka tampak pucat
	- Suara bergetar
	- Kontak mata buruk
	- Sering berkemih
	- Berorientasi pada masa lalu

Menurut Stuart (2006) dalam Rahmayati (2018) kecemasan pada pasien yang akan dilakukan operasi biasanya berhubungan dengan segala macam prosedur asing yang harus dijalani pasien dan juga ancaman terhadap keselamatan jiwa akibat prosedur pembedahan dan tindakan pembiusan.

Pasien yang mengalami kecemasan menunjukkan gejala mudah tersinggung, susah tidur, gelisah, lesu, mudah menangis dan tidur tidak nyenyak. Dan salah satu faktor yang dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien yaitu dengan memberikan komunikasi terapeutik kepada pasien pre operasi (Basra, 2017).

## 2) Nyeri akut

Nyeri merupakan pengalaman sensori sensorik emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2018). Nyeri yang terjadi pada pasien dengan *urolithiasis* diakibatkan karena adanya stagnansi batu pada saluran kemih sehingga terjadi resistensi dan iritabilitas pada jaringan sekitar. Nyeri juga dapat terjadi karena adanya aktivitas peristaltik otot

polos ureter meningkat dalam usaha untuk mengeluarkan batu pada saluran kemih. Peningkatan peristaltik itu menyebabkan tekanan intraluminalnya meningkat sehingga terjadi peregangan pada terminal saraf yang memberikan sensasi nyeri (Silla, 2019). Menurut Carpenito (2000) dalam Herawati (2017), perasaan nyeri sering kali menimbulkan respon autonomik seperti diaforesis, peningkatan nadi, peningkatan pernafasan dan perubahan tekanan darah. Respon autonomik nyeri hanya terjadi pada nyeri yang akut.

Tabel 2.2  
Gejala dan Tanda Nyeri Akut

Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
- Mengeluh nyeri	- Tampak meringis
	- Bersikap protektif
	- Gelisah
	- Frekuensi nadi meningkat
	- Sulit tidur
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
-	- Tekanan darah meningkat
	- Pola napas berubah
	- Nafsu makan berubah
	- Proses pikir terganggu
	- Menarik diri
	- Berfokus pada diri sendiri
	- Diaforesis

### 3) Risiko Infeksi

Risiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI,2018). Telah menjadi hal umum bahwa pasien DM lebih rentan terinfeksi dibanding pasien non-DM, hal yang sama juga tampak pada jumlah pasien abses leher dalam komorbid DM yang cukup tinggi (Hartedja, dkk, 2021).



Tabel 2.3  
Faktor Risiko Infeksi

Faktor Risiko

1. Penyakit kronis
2. Efek prosedur invasif
3. Malnutrisi
4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
5. Ketidakuatan pertahanan tubuh primer
  - a) Gangguan peristaltik
  - b) Kerusakan integritas kulit
  - c) Perubahan sekresi PH
  - d) Penurunan kerja siliaris
  - e) Ketuban pecah lama
  - f) Ketuban pecah sebelum waktunya
  - g) Merokok
  - h) Statis cairan tubuh
6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
  - a) Penurunan hemoglobin
  - b) Imununosupresi
  - c) Leukopenia
  - d) Supresi respon inflamasi
  - e) Vaksinasi tidak adekuat

c. Intervensi Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa diatas adalah :

- 1) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi(tentang pembedahan)

Intervensi :

Observasi :

- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah ( misal : kondisi, waktu, stresor)
- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- Monitor tanda-tanda ansietas ( verbal dan non verbal)

Teraupetik :

- Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- Pahami situasi yang membuat ansietas
- Dengarkan dengan penuh perhatian
- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi :

- Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami
- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- Latih teknik relaksasi (tarik napas dalam)

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

Salah satu faktor yang dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien yaitu dengan memberikan komunikasi terapeutik kepada pasien pre operasi. Hal ini berdasarkan teori yang diungkapkan Peplau, asuhan keperawatan yang berfokus pada individu, perawat dan proses interaktif yang menghasilkan hubungan antara perawat dengan pasien. Berdasarkan teori ini pasien adalah individu dengan kebutuhan perasaan, dan keperawatan adalah proses interpersonal dan terapeutik, dimana perawat memiliki peran yang cukup penting dalam mempengaruhi, menurunkan kecemasan dan meningkatkan kesehatan pasien melalui proses komunikasi (Warsini, Irwanti & Siswanto, 2013 dalam Basra, 2017).

## 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis

Intervensi :

Observasi :

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

Teraupetik :

- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)
- Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri ( misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik , *jika perlu*

Teknik relaksasi merupakan salah satu intervensi keperawatan secara mandiri untuk menurunkan intensitas nyeri, Teknik relaksasi

memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa nyeri serta dapat digunakan pada saat seseorang sehat ataupun sakit. Relaksasi secara umum sebagai metode yang paling efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri (National Safety Council, 2003; Perry & Potter, 2005 dalam Syamsiah, 2015).

### 3) Resiko Infeksi d.d penyakit kronis (diabetes melitus)

#### Pencegahan Infeksi

##### Observasi

- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

##### Terapeutik

- Batasi jumlah pengunjung
- Berikan perawatan kulit pada daerah yang edema
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan lingkungan pasien
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

##### Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- Ajarkan teknik batuk
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

## 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, 2009).

Menurut Majid (2010) pada saat pembedahan perawat perlu melakukan monitoring atau pemantauan fisiologis pada pasien meliputi :

#### 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. Seperti dengan pemberian cairan infus.

2) Memantau kondisi kardiopulmonal

Pemantauan kondisi kardiopulmonal harus dilakukan secara kontinu untuk melihat apakah kondisi pasien normal atau tidak. Pemantauan yang dilakukan 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.

4) Monitoring dan dukungan psikologis yang dilakukan sebelum induksi dan bila pasien sadar antara lain:

a) Memberikan dukungan emosional pada pasien

b) Berdiri di dekat pasien dan memberikan sentuhan selama prosedur induksi

c) Mengkaji status emosional pasien mengkomunikasikan status emosional pasien kepada tim kesehatan jika ada perubahan.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan intraoperatif yang merujuk pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) yang mungkin adalah sebagai berikut :

Resiko Perdarahan b.d tindakan pembedahan

Tabel 2.4  
Faktor Risiko Perdarahan

Faktor Risiko

1. Aneurisma
2. Gangguan gastrointestinal (mis. ulkus lambung, polip, vaerises)
3. Gangguan fungsi hati (mis. Sirosis hepatitis)
4. Komplikasi kehamilan (mis. ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kegamilan kembar)
5. Komplikasi pasca partum (mis. atoni uterus, retensi plasenta)
6. Gangguan koagulasi (mis.trombositopenia)
7. Efek agen farmakologis.
8. Tindakan pembedahan
9. Trauma
10. Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan.
11. Proses keganasan

c. Rencana Intervensi

Menurut SDKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah:

1) Risiko perdarahan b.d tindakan pembedahan

Intervensi: Pencegahan Perdarahan

Observasi:

- Monitor tanda dan gejala perdarahan
- Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah
- Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- Monitor koagulasi

Teraupetik:

- Pertahankan bedrest selama perdarahan
- Batasi tindakan invasif, *jika perlu*
- Gunakan kasur pencegah dekubitus
- Hindari pengukuran suhu rektal

Edukasi:

- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi
- Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*
- Kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu*
- Kolaborasi pemberian pelunak tinja, *jika perlu*

### 3. Post Operasi

#### a. Pengkajian

Menurut Majid (2011) pengkajian post operasi dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal saat menerima pasien, pengkajian status respirasi, status sirkulasi, status neurologis dan respon nyeri, status integritas kulit dan status genitourinarius.

#### 1) Pengkajian Awal

Pengkajian awal post operasi adalah sebagai berikut

- Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
- Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital
- Anastesi dan medikasi lain yang digunakan
- Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin memengaruhi peraan pasca operasi
- Patologi yang dihadapi
- Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian
- Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukung lainnya
- Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu.

## 2) Status Respirasi

### a) Kontrol pernafasan

- Obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernapasan
- Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernapasan, kesemitrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan arna membran mukosa

### b) Kepatenan jalan nafas

- Jalan nafas oral atau oral airway masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dengan kecepatan normal
- Salah satu khawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat aspirasi muntah, okumulasi sekresi, mukosa di faring, atau bengkaknya spasme faring

## 3) Status Sirkulasi

- Pasien berisiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah secara aktual atau risiko dari tempat pembedahan, efek samping anastesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan defresi mekanisme regulasi sirkulasi normal.
- Pengkajian kecepatan denyut dan irama jantung yang teliti serta pengkajian tekanan darah menunjukkan status kardiovaskuler pasien.
- Perawat membandingkan tanda-tanda vital pra operasi dan post operasi

## 4) Status Neurologi

- Perawat mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan cara memanggil namanya dengan suara sedang
- Mengkaji respon nyeri

## 5) Muskuloskeletal

Kaji kondisi organ pada area yang rentan mengalami cedera posisi post operasi.



## b. Diagnosa Keperawatan Post Operasi

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien post operasi adalah :

1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Tabel 2.5  
Gejala dan Tanda Nyeri Akut

Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
- Mengeluh nyeri	- Tampak meringis
	- Bersikap protektif
	- Gelisah
	- Frekuensi nadi meningkat
	- Sulit tidur
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
-	- Tekanan darah meningkat
	- Pola napas berubah
	- Nafsu makan berubah
	- Proses pikir terganggu
	- Menarik diri
	- Berfokus pada diri sendiri
	- Diaforesis

Menurut penelitian Mattalitti, dkk tahun 2021 tentang “Uji Perbandingan Efektivitas Kerja Anestetikum Lidokain dan Lidokain + Epinefrin” di dapatkan didapatkan bahwa pasien yang diberikan anestesi lidokain sebanyak 1 pasien (3,3%) merasakan tidak nyeri , sebanyak 2 pasien (6,7%) merasakan nyeri ringan, sebanyak 8 pasien (26,7%) merasakan nyeri sedang dan sebanyak 4 pasien (13,3%) merasakan nyeri berat. Pada kategori pasien dengan pemberian anestesi lidokain + epinefrin sebanyak 11 pasien (36,7%) merasakan tidak nyeri, sebanyak 2 pasien (6,7%) merasakan nyeri sringan, sebanyak 2 pasien (6,7%) merasakan nyeri sedang dan tidak ada yang merasakan nyeri berat. Dari hasil penelitan tersebut menunjukkan bahwa Lidokain memiliki kemungkinan untuk pasien merasakan nyeri sedang sampai hebat.

2) Gangguan integritas kulit b.d faktor mekanis (post op *debridement*).

Tabel 2.5

Gejala dan Tanda Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	
Gejala dan tanda mayor	
Subyektif (tidak tersedia)	Obyektif - Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit.
Gejala dan tanda minor	
Subyektif (tidak tersedia)	Obyektif - Nyeri - Perdarahan - Kemerahan - Hematoma

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen). Kerusakan integritas kulit ini karena tindakan debridement dilakukan dengan pengangkatan jaringan mati pada luka dan dilakukan berupa sayatan untuk menghilangkan bagian jaringan mati tersebut, ini yang mendarasi adanya diagnosa keperawatan pada pasien dengan tindakan debridement ( Nur Handayani, 2015).

## c. Intervensi

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

## 1) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik

Manajemen Nyeri

Intervensi

Observasi:

- Monitor efek samping penggunaan analgetik
- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

#### Teraupetik:

- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal: TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)
- Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

#### Edukasi:

- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

#### Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

## 2) Gangguan Integritas Kulit b.d perubahan sirkulasi

### Perawatan Luka

#### Observasi

- Monitor karakteristik luka ( drainase, warna, luka, bau)
- Monitor tanda-tanda infeksi

#### Terapeutik

- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- Bersihkan dengan cairan NACL
- Bersihkan jaringan nekrotik
- Pasang balutan sesuai jenis luka
- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

#### Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

#### Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian *debridement*
- Kolaborasi pemberian antibiotik.

### C. Tinjauan Konsep

#### 1. Abses leher

##### a. Pengertian

Abses leher dalam adalah kumpulan nanah yang terkumpul di dalam satu atau lebih ruang yang dibentuk oleh fascia leher. Abses leher dalam dapat disebabkan oleh kerusakan jaringan akibat infeksi pada gigi, mulut, tenggorok, hidung, dan struktur lain disekitarnya. Abses leher dalam dalam berbagai penelitian disebabkan oleh bermacam penyebab seperti infeksi odontogenik, tonsilitis, infeksi saluran napas atas, penggunaan injeksi narkoba ke vena jugularis, dan infeksi akibat benda asing. Abses leher dalam berpotensi menimbulkan komplikasi yang mengancam nyawa seperti, mediastinitis, pleural empiema, *septic shock*, *pericardial effusion* dan sebagainya (Hartedja, dkk, 2021).

##### b. Etiologi

Pembentukan abses merupakan hasil perkembangan dari flora normal dalam tubuh. Flora normal dapat tumbuh dan mencapai daerah steril dari tubuh baik secara perluasan langsung, maupun melalui laserasi atau perforasi. Berdasarkan kekhasan flora normal yang ada di bagian tubuh tertentu maka kuman dari abses yang terbentuk dapat diprediksi berdasar lokasinya. Sebagian besar abses leher dalam disebabkan oleh campuran berbagai kuman, baik kuman aerob, anaerob, maupun fakultatif anaerob (Asyari, 2019).

Pada kebanyakan membran mukosa, kuman anaerob lebih banyak dibanding dengan kuman aerob dan fakultatif anaerob, dengan perbandingan mulai 10:1 sampai 10000:1. Bakteriologi dari daerah gigi, oro-fasial, dan

abses leher, kuman yang paling dominan adalah kuman anaerob yaitu, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Fusobacterium spp*, dan *Peptostreptococcus spp*. Bakteri aerob dan fakultatif anaerob adalah *Streptococcus pyogenic* dan *Staphylococcus aureus*.

Pada penelitian tentang perbandingan gambaran klinis pasien dengan diabetes melitus dan tanpa diabetes melitus yang dilakukan oleh Huang (2005), persentase kasus abses leher dalam dengan diabetes melitus adalah 39,7%.

c. Tanda dan Gejala

- 1) Demam
- 2) Nyeri atau terdapat rasa sakit pada bagian leher
- 3) Sulit menelan
- 4) Pembengkakan pada daerah leher

d. Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis abses leher dalam ditegakkan berdasarkan hasil anamnesis yang cermat, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pada beberapa kasus kadang-kadang sulit untuk menentukan lokasi abses terutama jika melibatkan beberapa daerah leher dalam dan jika pasien sudah mendapatkan pengobatan sebelumnya. Pemeriksaan penunjang sangat berperan dalam menegakkan diagnosis. Pada foto polos jaringan lunak leher anteroposterior dan lateral didapatkan gambaran pembengkakan jaringan lunak, cairan di dalam jaringan lunak, udara di subkutis dan pendorongan trakea (Asyari, 2019).

Jika hasil pemeriksaan foto polos jaringan lunak menunjukkan kecurigaan abses leher dalam, maka pemeriksaan tomografi komputer idealnya dilakukan. Tomografi Komputer (TK) dengan kontras merupakan standar untuk evaluasi infeksi leher dalam. Pemeriksaan ini dapat membedakan antara selulitis dengan abses, menentukan lokasi dan perluasan abses. Pada gambaran TK dengan kontras akan terlihat abses berupa daerah hipodens yang berkapsul, dapat disertai udara di dalamnya, dan edema jaringan sekitar. TK dapat menentukan waktu dan perlu tidaknya operasi (Asyari, 2019).

Pemeriksaan penunjang lainnya adalah pemeriksaan pencitraan resonansi

magnetik (*Magneticresonance Imaging / MRI*) yang dapat mengetahui lokasi abses, perluasan dan sumber infeksi. Sedangkan *Ultrasonografi (USG)* adalah pemeriksaan penunjang diagnostik yang tidak invasif dan relatif lebih murah dibandingkan TK, cepat dan dapat menilai lokasi dan perluasan abses (Asyari, 2019). Pemeriksaan darah rutin dapat melihat adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda infeksi. Analisis gas darah dapat menilai adanya sumbatan jalan nafas. Pemeriksaan kultur dan resistensi kuman harus dilakukan untuk mengetahui jenis kuman dan antibiotik yang sesuai (Asyari, 2019).

#### e. Penatalaksanaan Medis

##### 1) Pemberian Antibiotik

Antibiotik dosis tinggi terhadap kuman aerob dan anaerob harus diberikan secara parenteral. Hal yang paling penting adalah terjaganya saluran nafas yang adekuat dan drainase abses yang baik. Seharusnya pemberian antibiotik berdasarkan hasil biakan kuman dan tes kepekaan terhadap bakteri penyebab infeksi, tetapi hasil biakan membutuhkan waktu yang lama untuk mendapatkan hasilnya, sedangkan pengobatan harus segera diberikan.16 Sebelum hasil mikrobiologi ada, diberikan antibiotik kuman aerob dan anaerob (Fachruddin 2007).

##### 2) Evakuasi Abses

Evakuasi abses dapat dilakukan dalam anastesi lokal untuk abses yang dangkal dan terlokalisasi atau eksplorasi dalam narkosis bila letak abses dalam dan luas. Insisi dibuat pada tempat yang paling berfluktuasi atau setinggi os hyoid, tergantung letak dan luas abses. Pasien dirawat inap sampai 1-2 hari gejala dan tanda infeksi reda (Fachruddin 2007).

## 2. *Debridement*

### a) Pengertian *debridement*

Pengertian *debridement* adalah menghilangkan jaringan mati juga membersihkan luka dari kotoran yang berasal dari luar yang termasuk benda asing bagi tubuh. Caranya yaitu dengan mengompres luka menggunakan cairan

atau beberapa material perawatan luka yang fungsinya untuk menyerap dan mengangkat bagian-bagian luka yang nekrotik (Wesnawa, 2015).

b) Tujuan *debridement*

Tujuan dilakukannya debridement yaitu untuk mengeluarkan kontaminan dengan rasa nyeri yang minimal pada pasien serta trauma jaringan yang minimal pula. Untuk luka yang kotor, mencelupkan bagian yang cidera ke dalam air yang sama dengan suhu tubuh, dapat meredakan nyeri dan dapat membantu menghilangkan debris (Wesnawa, 2015).

c) Macam-macam debridement

Terdapat 4 metode debridement, yaitu autolitik, mekanikal, enzimatik dan surgical. Metode debridement yang dipilih tergantung pada jumlah jaringan nekrotik, luasnya luka, riwayat medis pasien, lokasi luka dan penyakit sistemik (Wesnawa, 2015).

1) Debridement Otolitik

Otolitik menggunakan enzim tubuh dan pelembab untuk rehidrasi, melembutkan dan akhirnya melisiskan jaringan nekrotik. Debridement otolitik bersifat selektif, hanya jaringan nekrotik yang dihilangkan. Proses ini juga tidak nyeri bagi pasien. Debridement otolitik dapat dilakukan dengan menggunakan balutan oklusif atau semioklusif yang mempertahankan cairan luka kontak dengan jaringan nekrotik. Debridement otolitik dapat dilakukan dengan *hidrokoloid*, *hidrogel* (Wesnawa, 2015)

2) Debridement Enzimatik

Debridement enzimatik meliputi penggunaan salep topikal untuk merangsang debridement, seperti kolagenase. Seperti otolisis, debridement enzimatik dilakukan setelah debridement surgical atau debridement otolitik dan mekanikal. Debridement enzimatik direkomendasikan untuk luka kronis (Wesnawa, 2015).

3) Debridement Mekanik

Dilakukan dengan menggunakan balutan seperti anyaman yang melekat pada luka. Lapisan luar dari luka mengering dan melekat pada balutan

anyaman. Selama proses pengangkatan, jaringan yang melekat pada anyaman akan diangkat. Beberapa dari jaringan tersebut non-viable, sementara beberapa yang lain viable. Debridement ini nonselektif karena tidak membedakan antara jaringan sehat dan tidak sehat. Debridement mekanikal memerlukan ganti balutan yang sering. Proses ini bermanfaat sebagai bentuk awal debridement atau sebagai persiapan untuk pembedahan. Hidroterapi juga merupakan suatu tipe debridement mekanik. Keuntungan dan risikonya masih diperdebatkan (Wesnawa, 2015).

#### 4) Debridement *Surgical*

Debridement surgical adalah pengangkatan jaringan avital dengan menggunakan skalpel, gunting atau instrumen tajam lain. Debridement surgical merupakan standar perawatan untuk mengangkat jaringan nekrotik. Keuntungan debridement surgical adalah karena bersifat selektif, hanya bagian avital yang dibuang. Debridement surgical dengan cepat mengangkat jaringan mati dan dapat mengurangi waktu. Debridement surgical dapat dilakukan di tempat tidur pasien atau di dalam ruang operasi setelah pembedahan (Wesnawa, 2015).

### D. Penelitian terkait

Menurut Nur Handayani, 2015 dalam asuhan keperawatan pada klien post operasi debridement ulkus diabetes melitus di Ruang Gladiol Atas Rumah Sakit Umum Sukoharjo, didapatkan pasien dengan post operasi debridement mengalami nyeri akut b.d insisi pembedahan. Hal yang dilakukan oleh peneliti terkait diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu dengan mengajarkan pasien melakukan relaksasi napas dalam dengan respon subyektif pasien mengatakan lebih nyaman setelah melakukan latihan napas dalam, dan data obyektifnya diperoleh data pasien tampak lebih rileks, pasien antusias saat dilatih teknik relaksasi napas dalam.

Selain diagnosa nyeri akut terdapat diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit, asuhan keperawatan yang dilakukan berupa melakukan teknik perawatan luka dengan prinsip steril, data subyektif yang didapatkan dari pasien yaitu pasien mengatakan bahwa balutan lukanya rembes, berbau, dan masih nyeri, data



obyektifnya antara lain pasien mengalami post debridement ulkus diabetes melitus hari kedua, luka rembes ke balutan luka, dilakukan perawatan luka atau medikasi dengan prinsip steril, menggunakan alat-alat yang sebelumnya sudah disterilkan, menggunakan larutan NaCl untuk membersihkan luka yang berfungsi untuk resusitasi dan dibersihkan sampai dengan luka terlihat kemerahan, pemberian metronidazol 5 ml untuk mencegah terjadinya infeksi kemudian ditutup kembali menggunakan kassa steril dan dibalut agar kasa mampu menutup luka dengan rapat, tidak boleh terlalu kencang.

Menurut penelitian Putri Ayu Sucita, 2019 dengan judul Asuhan keperawatan perioperatif pada pasien Diabetes melitus dengan tindakan Debridemen di ruang operasi Jenderal Ahmad Yani Metro Tahun 2019, didapatkan diagnosa keperawatan ansietas b.d konsisi krisis situasional dengan intervensi yang telah dilakukan yaitu pasien diajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam, setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam didapatkan evaluasi dengan data subyektif pasien mengatakan cemas berkurang dan sudah lebih rileks serta data obyektif berupa pasien tampak rileks.