

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 (AORN 2013). 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 2020).

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 2020). Menurut *Association of Perioperative Registered Nurse* (AORN 2013), 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 sepsis
- 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 di insisi.
- 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 2020). 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 bekerja sama 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

1. 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 anestesi yang diberikan dan pembedahan. Tujuan perawatan praoperasi :

- a. Menciptakan hubungan yang baik dengan pasien memberikan penyuluhan tentang tindakan.
- b. Mengkaji merencanakan dan memenuhi kebutuhan pasien.
- c. Akibat tindakan anestesi yang akan dilakukan.
- d. Mengantisipasi dan menanggulangi kesulitan yang mungkin timbul.

2. 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.

3. 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 2017).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pre Operasi

a. Pengkajian

Menurut Majid (Majid 2017) 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. Pada klien pre operasi mengeluh terdapat pembesaran pada leher. Kesulitan menelan dan bernapas

b) Status nutrisi

Segala bentuk defisiensi nutrisi harus di korekisi 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. Biasanya pada pasien struma nodosa non toxic pasien mengalami kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, terkadang nafsu makan meningkat, makan sering, kehausan, mual, muntah.

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 pada tindakan ismolobektomi ini 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. 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 2017).

Pada pasien struma *nodosa non toxic* ini sebelum pembedahan biasanya pasien mengalami kecemasan yang berlebih ditandai dengan jantung berdebar-debar, wajah pucat dan tekanan darah yang terus meningkat.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017).

Tabel 2.1
Gejala dan Tanda Ansietas

Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> - Merasa bingung - Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi - Sulit berkonsentrasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak gelisah - Tampak tegang - Sulit tidur
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh pusing - Anoreksia - Palpitasi - Merasa tidak berdaya 	<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi napas meningkat - Frekuensi nadi meningkat - Tekanan darah meningkat - Diaforesis - Tremor - Muka tampak pucat - Suara bergetar - Kontak mata buruk - Sering berkemih - Berorientasi pada masa lalu

Menurut (Stuart,G.W,Sundden 2017) 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, Basra, Muhammad, Mansyur, Muslimin 2017).

2) Nyeri akut

Nyeri merupakan pengalam 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017). Menurut Carpenito (2000) dalam Herawati (2016), 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

c. Intervensi Keperawatan

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

1) Ansietas berhubungan dengankurang 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 teraupetik 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 situassi 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(Waslia 2018).

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

1) 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).

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 2020). Menurut (Majid 2017) pada saat pembedahan perawat perlu melakukan monitoring atau pemantauan fisiologis pada pasien meliputi:

a) 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.

b) 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

c) 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.

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

- Memberikan dukungan emosional pada pasien
- Berdiri di dekat pasien dan memberikan sentuhan selama prosedur induksi

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

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan intraoperatif yang merujuk pada (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017) yang mungkin adalah sebagai berikut :

1) Risiko hipotermi perioperatif berhubungan dengan suhu lingkungan rendah

Risiko hipotermia perioperatif adalah pasien yang berisiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan (SDKI, 2018). Faktor risiko yang dapat mengakibatkan pasien dapat mengalami hipotermia perioperatif adalah sebagai berikut :

- a) Prosedur pembedahan
- b) Kombinasi anestesi regional dan umum
- c) Skore *American Society of Anesthesiologist* > 1
- d) Suhu praoperasi rendah ($<36^{\circ}\text{C}$)
- e) Berat badan rendah
- f) Neuripati diabetik
- g) Komplikasi kardiovaskuler
- h) Suhu lingkungan rendah

Kejadian menggigil pada pasien intra operasi dengan anestesi spinal cukup besar mencapai 39-85% hal ini berkaitan dengan kehilangan panas melalui kulit, suhu kamar operasi yang dingin, penggunaan cairan yang cepat dan banyak pada suhu kamar, penurunan ambang vasokonstriksi dan menggigil, dan juga efek langsung dari larutan obat anestesi yang dingin pada struktur termosensitif di medula spinalis (Roy et. al., 2004 dalam Marlinda, 2016). Menurut Lumintang (2000) dalam Marlinda (2016) penurunan suhu tubuh di bawah normal ini akan membawa dampak yang sangat kompleks pada suatu operasi salah satu diantaranya akan menyebabkan perubahan homeostatis didalam tubuh sehingga mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas yang meningkat.

Hipotermia yang dialami pasien akan mempengaruhi beberapa sistem organ. Hipotermia pada awalnya menyebabkan kenaikan laju metabolisme, pada sistem kardiovaskuler terjadi takikardia, resistensi pembuluh darah perifer untuk

menghasilkan menggigil maksimal. Hipotermia juga menyebabkan penurunan denyut jantung sehingga kontraktilitas ventrikel menurun dan menyebabkan penurunan tekanan darah. Risiko terjadi fibrilasi ventrikel meningkat pada suhu di bawah 28°C. Sistem respirasi pada awalnya mengalami takipneu, apabila berlanjut bisa terjadi bradipneu dan retensi karbondioksida, kulit menjadi sianotik. Metabolisme otak menurun 6-7% per 1°C penurunan suhu, yang mengakibatkan tingkat penurunan kesadaran, tidak *responsive* terhadap nyeri, pada hipotermia berat seseorang memperlihatkan tanda klinis seperti kematian (Potter 2021).

2) 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017).

Tabel 2.3
Gejala dan Tanda Ansietas

Gejala dan tanda mayor	
Subyektif	Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> - Merasa bingung - Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi - Sulit berkonsentrasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Tampak gelisah - Tampak tegang - Sulit tidur
Gejala dan tanda minor	
Subyektif	Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh pusing - Anoreksia - Palpitasi - Merasa tidak berdaya 	<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi napas meningkat - Frekuensi nadi meningkat - Tekanan darah meningkat - Diaforesis - Tremor - Muka tampak pucat - Suara bergetar - Kontak mata buruk - Sering berkemih - Berorientasi pada masa lalu

Pada saat mengetahui bahwa pasien akan tetap sadar selama pembedahan maka hal inilah yang menyebabkan pasien frustrasi antara harapan dan kenyataan pembedahan yang dijalani. Adanya situasi tersebut merupakan pencetus stresor atau kecemasan seseorang. Tindakan pembiusan dan pembedahan itu sendiri sebagai faktor presipitasi stresor yang menyebabkan

seseorang terancam status kesehatannya atau bahkan nyawanya. Ketakutan inilah sebagai sumber kecemasan pasien yang menjalani pembiusan dan pembedahan. Faktor pengetahuan dibutuhkan untuk mengurangi frustrasi yang dialami pasien. Pengetahuan akan membantu pasien yang menjalani pembedahan dalam mengatasi rasa cemas yang dirasakan (Siswatiningsih 2018).

c. Rencana Intervensi

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

1) Risiko hipotermi perioperatif

Intervensi :

Observasi :

- Monitor suhu tubuh
- Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- Monitor tanda dan gejala hipotermia

Teraupetik :

- Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan)
- Ganti pakaian atau linen yang basah
- Lakukan penghangatan pasif (misal : selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)
- Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

Edukasi :

- Jelaskan cara pencegahan hipotermia karena terpapar udara dingin

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian antipiretik, bila perlu

Penatalaksanaan pencegahan hipotermi ini dilakukan tidak hanya pada saat periode intra operasi namun juga sampai pasca operasi (Majid 2017).

2) Ansietas

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 teraupetik 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 situassi 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*

3. Post Operasi

a. Pengkajian

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018) 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

anestesi, 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. Diagnosis Keperawatan Post Operasi

Diagnosa yang mungkin muncul pada pasien post operasi adalah :

1) Resiko Hipotermi Perioperatif berhubungan dengan suhu lingkungan rendah

Menurut Drain, C.B (1994 dalam Marlinda 2016) menyebutkan sekitar 60% pasien pasca bedah dini yang masuk *Recovery Room* (ruang pulih sadar) akan mengalami berbagai derajat hipotermi. Penurunan suhu tubuh di bawah normal ini akan membawa dampak yang sangat kompleks pada suatu operasi salah satu diantaranya akan menyebabkan perubahan homeostatis didalam tubuh sehingga mengakibatkan angka morbiditas dan mortalitas yang meningkat.

c. Intervensi

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

1) Resiko Hipotermi Perioperatif berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah

Intervensi :

Observasi :

- Monitor suhu tubuh
- Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi

Teraupetik :

- Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan)
- Lakukan penghangatan pasif (Misal : Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)
- Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

Edukasi :

- Jelaskan cara pencegahan hipotermia karena terpapar udara dingin

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian antipiretik, bila perlu

C. Tinjauan Konsep *Struma Nodosa Non Toxic*

1. Pengertian

Struma adalah pembesaran kelenjar gondok yang disebabkan oleh penambahan jaringan kelenjar gondok yang menghasilkan hormon tiroid dalam jumlah banyak sehingga menimbulkan keluhan seperti berdebar- debar, keringat, gemeteran, bicara jadi gagap, mencret, berat badan menurun, mata membesar, penyakit ini dinamakan hipertiroid (Amin huda 2016). Struma didefinisikan sebagai pembesaran kelenjar tiroid. Struma dapat meluas keruang retro sternal, dengan atau tanpa pembesaran substansial. Karena hubungan anatomi kelenjar tiroid ke trakea, laring, saraf laring, superior dan inferior, dan esophagus, pertumbuhan abnormal dapat menyebabkan berbagai sindrom komperhensif (Tampatty, Tubagus, and Rondo 2019).

2. Etiologi

Struma disebabkan oleh gangguan sintesis hormone tiroid yang menginduksi mekanisme kompensasi terhadap kadar TSH serum, sehingga akibatnya menyebabkan hipertrofi dan hyperplasia selfolikel tiroid dan pada akhirnya menyebabkan pembesaran kelenjar tiroid. Efek biosintetik, defisiensi iodin penyakit otoimun dan penyakit nodular juga dapat menyebabkan struma walaupun dengan mekanisme yang berbeda. Bentuk goitrous tiroiditis hashimoto terjadi karena defek yang didapat pada hormon sintesis, yang mengarah ke peningkatan kadar TSH dan konsuekensinya efek pertumbuhan (Tampatty, Tubagus, and Rondo 2019)

Menurut Manjoer (2002) Adanya gangguan fungsional dalam pembentukan hormon tiroid merupakan faktor penyebab pembesaran kelenjar tiroid antara lain:

- a. Defisiensi yodium
- b. Kelainan metabolik kongenital yang menghambat sintesahormon tiroid
- c. Penghambatan sintesa hormon oleh zat kimia seperti substansi dalam sayuran
- d. Penghambatan sintesa hormon oleh obat-obatan misalnya : *litium thiocarbamide*, dan *sulfonylurea*

Penyebab kelainan ini bermacam-macam, pada setiap orang dapat dijumpai masa karena kebutuhan terhadap tiroksin bertambah, terutama masa pubertas, pertumbuhan, menstruasi, kehamilan, laktasi, monopouse, infeksi atau stres lain. Pada masa-masa tersebut dapat dijumpai hiperplasi dan involusi kelenjar tiroid. Perubahan ini dapat menimbulkan nodularitas kelenjar tiroid serta kelainan arsitektur yang dapat berlanjut dengan berkurangnya aliran darah di daerah tersebut sehingga terjadi iskemia (Amin huda 2016).

3. Tanda dan Gejala

Beberapa penderita struma *nodosa non toxic* tidak memiliki gejala sama sekali. Jika struma cukup besar, akan menekan area trakea yang dapat mengakibatkan gangguan pada respirasi dan juga esofagus tertekan sehingga terjadi gangguan menelan. Peningkatan seperti ini jantung menjadi berdebar-debar, gelisah, berkeringat, tidak tahan cuaca dingin, dan kelelahan. Beberapa diantaranya mengeluh adanya gangguan menelan, gangguan pernapasan, rasa tidak nyaman di area leher, dan suara yang serak. (Isti Cahyani, 2013).

Pada pemeriksaan status lokalis struma nodosa , dibedakan dalam beberapa hal :

- a. Jumlah nodul : satu (soliter) atau lebih dari satu (multiple)
- b. Konsistensi ; lunak,kistik, keras atau sangat keras
- c. Nyeri pada penekanan ; ada atau tidak
- d. Perlekatan dengan sekitarnya ; ada atau tidak

- e. Pembesaran kelenjar getah bening di sekitar tiroid ; ada atau tidak pada umumnya kelainan-kelainan yang dapat menampakan diri sebagai struma nodosa non-toksik ialah adenoma, kista, perdarahan, dan karsinoma.

Sedangkan menurut (Tarwoto, 2012) beberapa manifestasi dari struma sebagai berikut:

- 1) Pembesaran kelenjar limfe
- 2) Adanya pembesaran kelenjar tiroid
- 3) Nyeri tekan pada kelenjar tiroid
- 4) Kesulitan menelan
- 5) Kesulitan bernafas
- 6) Kesulitan dalam bicara
- 7) Gangguan bodi image

4. Indikasi Pasien Struma yang Harus di Operasi :

- a. Kebutuhan estetika
- b. Struma toksik gagal pengobatan
- c. Pasien mengalami gangguan pendesakan akibat tumor misal : sesak nafas, sulit menelan, dan suara serak

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. Inspeksi

Inspeksi dilakukan oleh pemeriksa yang berada di depan penderita yang berada pada posisi duduk dengan kepala sedikit fleksi atau leher sedikit terbuka. Jika terdapat pembengkakan atau nodul, perlu diperhatikan beberapa komponen yaitu lokasi, ukuran, jumlah nodul, bentuk (diffus atau noduler kecil), gerakan pada saat pasien diminta untuk menelan dan palpasi pada permukaan pembengkakan.

- b. Palpasi

Pemeriksaan dengan metode palpasi dimana pasien diminta untuk duduk, leher dalam posisi fleksi. Pemeriksa berdiri di belakang pasien dan meraba tiroid dengan menggunakan ibu jari kedua tangan pada tengkuk penderita.

c. Tes Fungsi Hormon

Status fungsional kelenjar tiroid dapat dipastikan dengan perantara tes-tes fungsi tiroid untuk mendiagnosa penyakit tiroid diantaranya kadar total tiroksin dan triyodotiroin serum diukur dengan radioligand assay. Tiroksin bebas serum mengukur kadar tiroksin dalam sirkulasi yang secara metabolik aktif. Kadar TSH plasma dapat diukur dengan assay radioimunometrik. Kadar TSH plasma sensitif dapat dipercaya sebagai indikator fungsi tiroid. Kadar tinggi pada pasien hipotiroidisme sebaliknya kadar akan berada di bawah normal pada pasien peningkatan autoimun (hipertiroidisme). Uji ini dapat digunakan pada awal penilaian pasien yang diduga memiliki penyakit tiroid. Tes ambilan yodium radioaktif (RAI) digunakan untuk mengukur kemampuan kelenjar tiroid dalam menangkap dan mengubah yodida.

d. Foto Rontgen leher

Foto rontgen dapat memperjelas adanya deviasi trakea, atau pembesaran struma yang pada umumnya secara klinis sudah bisa diduga, foto rontgen pada leher lateral diperlukan untuk evaluasi kondisi jalan nafas.

e. *Ultrasonografi* (USG)

Alat ini akan ditempelkan di depan leher dan gambaran gondok akan tampak di layar TV. USG dapat memperlihatkan ukuran gondok dan kemungkinan adanya kista/nodul yang mungkin tidak terdeteksi waktu pemeriksaan leher. Kelainan-kelainan yang dapat didiagnosis dengan USG antara lain kista, adenoma, dan kemungkinan karsinoma.

f. Sidikan (Scan) tiroid

Caranya dengan menyuntikan sejumlah substansi radioaktif bernama technetium-99m dan yodium125/yodium131 ke dalam pembuluh darah. Setengah jam kemudian berbaring di bawah suatu kamera canggih tertentu selama beberapa menit. Hasil pemeriksaan dengan radioisotop adalah teraan ukuran, bentuk lokasi dan yang utama adalah fungsi bagian-bagian tiroid.

g. Biopsi Aspirasi Jarum Halus

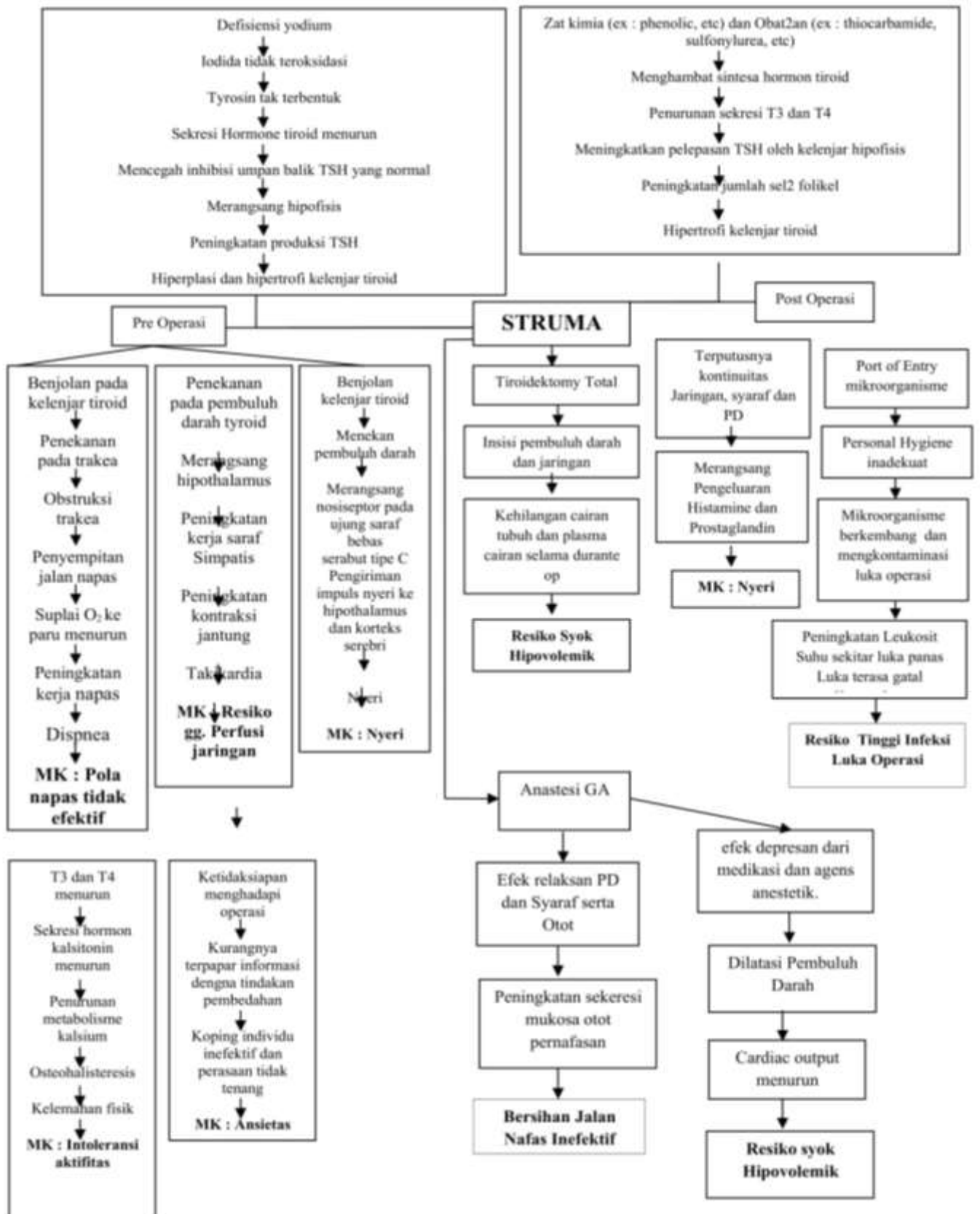
Dilakukan khusus pada keadaan yang mencurigakan suatu keganasan. Biopsi aspirasi jarum tidak nyeri, hampir tidak menyebabkan bahaya penyebaran sel-sel ganas. Kerugian pemeriksaan ini dapat memberikan hasil negatif palsu karena lokasi biopsi kurang tepat. Selain itu teknik biopsi kurang

benar dan pembuatan preparat yang kurang baik atau positif palsu karena salah interpretasi oleh ahli sitologi.

5. Patofisiologi

Yodium merupakan bahan utama yang dibutuhkan tubuh untuk pembentukan hormon tiroid. Bahan yang mengandung yodium diserap usus, masuk kedalam sirkulasi darah dan ditangkap paling banyak oleh kelenjar tiroid. Dalam kelenjar, yodium dioksidasi menjadi bentuk yang aktif yang distimulasikan oleh *Tiroid Stimulating Hormon* (TSH) kemudian disatukan menjadi molekul tiroksin yang terjadi pada fase sel koloid. Senyawa yang terbentuk dalam molekul diyodotironin membentuk tiroksin (T4) dan molekul triiodotironin (T3). Tiroksin (T4) menunjukkan pengaturan umpan balik negatif dari sekresi TSH dan bekerja langsung pada tirotropin hipofisis, sedangkan T3 merupakan hormon metabolik yang tidak aktif. Akibat kekurangan yodium maka tidak terjadi peningkatan pembentukan T4 dan T3, ukuran folikel menjadi lebih besar dan kelenjar tiroid dapat bertambah berat sekitar 300-500 gram. Beberapa obat dan keadaan dapat mempengaruhi sintesis, pelepasan dan metabolisme tiroid sekaligus menghambat sintesis tiroksin (T4) dan melalui rangsangan umpan balik negatif meningkatkan pelepasan TSH oleh kelenjar hipofisis. Keadaan ini menyebabkan pembesaran kelenjar tiroid. Biasanya tiroid mulai membesar pada usia muda dan berkembang menjadi multinodular pada saat dewasa. Karena pertumbuhannya berangsurangsur, struma dapat menjadi besar tanpa gejala kecuali benjolan di leher. Sebagian besar penderita dengan struma nodosa dapat hidup dengan strumanya tanpa keluhan. Walaupun sebagian struma nodosa tidak mengganggu pernafasan karena menonjol kebagian depan, sebagian lain dapat menyebabkan penyempitan trakea bila pembesarannya bilateral (Syaugi m.assegaf dkk,2015).

6. Pathway



(Syaugi m.assegaf dkk,2015).

7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan struma dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

a. Penatalaksanaan konservatif

1) Pemberian Tiroksin dan obat Anti-Tiroid.

Tiroksin digunakan untuk menyusutkan ukuran struma, selama ini diyakini bahwa pertumbuhan sel kanker tiroid dipengaruhi hormon TSH. Oleh karena itu untuk menekan TSH serendah mungkin diberikan hormone tiroksin (T4) ini juga diberikan untuk mengatasi hipotiroidisme yang terjadi sesudah operasi pengangkatan kelenjar tiroid. Obat anti-tiroid (tionamid) yang digunakan saat ini adalah propiltiourasil (PTU) dan metimasol/karbimasol. (Isti Cahyani, 2013)

2) Terapi Yodium Radioaktif .

Yodium radioaktif memberikan radiasi dengan dosis yang tinggi pada kelenjar tiroid sehingga menghasilkan ablasi jaringan. Pasien yang tidak mau dioperasi maka pemberian yodium radioaktif dapat mengurangi gondok sekitar 50 %. Yodium radioaktif tersebut berkumpul dalam kelenjar tiroid sehingga memperkecil penyinaran terhadap jaringan tubuh lainnya. Terapi ini tidak meningkatkan resiko kanker, leukimia, atau kelainan genetik. Yodium radioaktif diberikan dalam bentuk kapsul atau cairan yang harus diminum di rumah sakit, obat ini biasanya diberikan empat minggu setelah operasi, sebelum pemberian obat tiroksin. (Isti Cahyani, 2013)

b. Penatalaksanaan Operatif

Pembedahan dilakukan dengan indikasi berupa : adanya pembesaran kelenjar thyroid dengan gejala penekanan berupa gangguan menelan, suara parau dan gangguan pernafasan, keganasan kelenjar tiroid, dan kosmetik.

Beberapa jenis pembedahan yang dilakukan adalah :

- 1) Isthmlobectomy , mengangkat isthmus
- 2) Lobectomy, mengangkat satu lobus, bila subtotal sisa 3 gram
- 3) Tiroidectomi total, semua kelenjar tiroid diangkat
- 4) Tiroidectomy subtotal bilateral, mengangkat sebagian lobus kanan dan sebagian kiri.
- 5) Near total tiroidectomi, isthmlobectomy dextra dan lobectomy subtotal sinistra dan sebaliknya.

1. Radical Neck Dissection (RND), mengangkat seluruh jaringan limfoid pada leher sisi yang bersangkutan dengan menyertakan nervus naccessories, vena jugularis eksterna dan interna, musculus sternocleidomastoideus dan musculus omohyoideus serta kelenjar ludah submandibularis
2. L-tiroksin selama 4-5 bulan
3. Preparat ini diberikan apabila terdapat nodul hangat, lalu dilakukan pemeriksaan sidik tiroid ulang. Apabila nodul mengecil, terapi dilanjutkan apabila tidak mengecil bahkan membesar dilakukan biopsy atau operasi.
4. Biopsy aspirasi jarum halus
5. Dilakukan pada kista tiroid hingga nodul kurang dari 10mm
6. Vries coupe adalah pemeriksaan jaringan untuk mengetahui keganasan pada suatu sel atau jaringan, untuk hasil dan lama waktu pemeriksaan dapat diketahui pada saat itu juga . sekalipun pasien berada di dalam kamar operasi.

D. Konsep Ismolobektomi

1. Definisi

Ismolobektomi adalah operasi pengangkatan kelenjar tiroid bisa sebelah dekstra atau sinistra atau kedua-duanya (bilateral). (R.Sjamsuhidayat,1997).

Pengangkatan tiroid salah satu lobus beserta isthmusnya (kelenjar tiroid di antara lobus kanan dan kiri, bagian tengah)

2. Klasifikasi

Tipe Ismolobektomi menurut Koziar (2008) dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

- a) **Isthmolobektomi**: pengangkatan tiroid salah satu lobus beserta isthmusnya (kelenjar tiroid di antara lobus kanan dan kiri, bagian tengah)
- b) **Lobektomi**: pengangkatan salah satu lobus tiroid
- c) **Lobektomi partial**: pengangkatan sebagian pada salah satu lobus tiroiid

3. Indikasi Operasi Ismolobektomi

Menurut indikasi operasi Ismolobektomi dilakukan untuk :

- a) Kosmetik atau kecantikan
- b) Eksisi nodulus tunggal (yang mungkin ganas)
- c) Struma multinoduler yang berat
- d) Struma yang menyebabkan kompresi laring atau struktur leher lain

4. Kontra Indikasi Operasi Ismolobektomi

Kontra indikasi operasi Ismolobektomi menurut Engram (2009) adalah :

a) Perdarahan

Bila darah di botol Redon > 300 ml per 1 jam, perlu dilakukan re-open. Jika perdarahan arterial, drain Redon kurang cepat menampung perdarahan dan darah mengumpul pada leher membentuk hematoma dan menekan trakea sehingga penderita sesak napas. Lakukan intubasi. Atau tusukkan Medicut no.12 perkutan menembus membran krikotiroid. Luka operasi dibuka dan evakuasi bekuan darah. Penderita dibawa ke kamar pembedahan untuk dicari sumber perdarahan dan dihentikan, dipasang drain Redon.

b) Lesi nodusa laringius superior

Cedera pada cabang eksternus mengakibatkan perubahan tonus suara penderita, bila berbicara agak lama maka penderita merasa capek dan suara makin menghilang. Cedera pada cabang internus mengakibatkan penderita tersedak bila minum air.

c) Kerusakan nodusa rekuren

Bila waktu pembedahan kedua syaraf rekuren diidentifikasi maka kemungkinan paralise akibat kecelakaan dilaporkan hanya 0-0,6 %. Gangguan yang sifatnya transien pada 2-4 % dan akan sembuh sendiri dalam beberapa minggu atau bulan. Adanya gangguan pada nodusa rekuren secara awal dapat dilihat dengan laringoskop direkta pada waktu dilakukan ekstubasi.

5. Komplikasi Operasi Ismolobektomi

Dalam setiap pembedahan komplikasi bisa terjadi. Menurut Engram (2009) komplikasi bisa terjadi namun tidak selalu terjadi, diantaranya :

- Terputusnya nervous laringeus rekurens
- Hipoparatiroidisme
- Ruptur esofagus
- Perdarahan
- Penumpukan cairan dalam pada nodul yang diangkat
- Pindahannya jaringan tubuh ke dalam lobus yang diangkat

E. Penelitian Terkait

Menurut penelitian Ina Asdam (2020) tentang Asuhan Keperawatan Dengan Intervensi *Neck Stretching Exercise* Pada Pasien Dengan Struma Nodosa Non Toksik (SNNT) Post Ismolobektomi Hari Ke 1 di Ruang Rawat Inap Lantai 5 Bedah RSPAD Gatot Soebroto bahwa Struma adalah pembesaran kelenjar tiroid karena terjadi pembesaran jaringan kelenjar tiroid. Struma biasanya terjadi karena folikel-folikel terisi koloid secara berlebihan. Setelah bertahun-tahun folikel tumbuh semakin membesar dengan membentuk kista dan kelenjar tersebut menjadi noduler. Apabila goiternya besar dan menekan jaringan sekitar, sehingga harus segera dilakukan tindakan pembedahan dengan ismolobektomi. Ismolobektomi adalah operasi pengangkatan kelenjar tiroid merupakan operasi yang bersih dan tergolong operasi besar. Tindakan Ismolobektomi mengakibatkan pasien merasakan nyeri dan kekakuan. *Neck stretching exercise* yang terencana dan teratur akan mengurangi nyeri leher dan tidak memiliki efek negatif pada penyembuhan luka. *Neck stretching exercise* adalah latihan peregangan leher, latihan yang paling sederhana dan paling efektif meningkatkan fleksibilitas, koordinasi otot, mengurangi rasa sakit dan kelemahan otot juga meningkatkan aktivitas fisik dan membuat postur tubuh yang bagus. Evaluasi keperawatan untuk diagnosa nyeri akut menunjukkan bahwa seluruh pasien mengatakan nyeri berkurang dan kekakuan pada leher berkurang.

Hasil penelitian Wien Wiratmoko (2016) tentang Hubungan diagnosis klinis dengan diagnosis biopsi aspirasi jarum halus pada struma di rsud dr. H. Abdul moeloek provinsi lampung tahun 2016 bahwa Untuk mengetahui hubungan diagnosis klinis dan diagnosis Biopsi Aspirasi Jarum Halus pada Struma Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2016. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian analitik dengan cross sectional study. Sampel yang digunakan sebanyak 72 kasus di RSUD dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Hasil yang diperoleh dengan hasil BAJAH ST maligna sebanyak 18 kasus (25,%) lebih rendah dibandingkan dengan hasil BAJAH jinak sebanyak 15 kasus (20,8%), dengan hasil BAJAH SNT maligna sebanyak sebanyak 6 kasus (8,3%) lebih tinggi dari hasil Benig BAJAH sebanyak 33 kasus (43,8%). Berdasarkan uji statistik diperoleh nilai $p = 0,001$ (OR = 3,545, 95% CI = 1,594 sd 7,884). Dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara diagnosis klinis dengan diagnosis BAJAH

Hasil penelitian Inayati (2017) tentang hubungan tingkat kecemasan dengan peningkatan tekanan darah pada pasien praoperasi elektif di ruang bedah. Penelitian ini

dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*, metode pengumpulan sampel secara *accidental sampling*. Sampel penelitian ini adalah 30 pasien preoperasi elektif dengan tidak memiliki riwayat hipertensi. Pengukuran kecemasan menggunakan *Hamilton Anxiety Rating Scale* dan tekanan darah dengan menggunakan *Sphygmomanometer*. Hasil Uji *Chi square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan peningkatan tekanan darah ($pvalue = 0,023$).

Menurut penelitian Sulastri (2019) tentang Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi. Dengan desain yang digunakan adalah *Pra Eksperimen*. Jumlah sampel 28 responden. Pengambilan sampel dengan menggunakan tehnik *Quota Sampling*. Pengumpulan data menggunakan *Questioner*. Pengolahan data menggunakan uji T (T-Test). Dari hasil analisa data didapatkan T hitung 7,111 dan T tabel dengan $\alpha = 0,05$ adalah 2,052, sehingga diperoleh $T hitung 7,111 > T tabel 2,052$, maka H_1 diterima yang artinya ada Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi Di Ruang Bedah RSUD dr. Abdoer Rahem Kabupaten Situbondo.

Menurut penelitian Basra (2017) Tentang Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang dilaksanakan di RSUD Nene Mallomo Kab.Sidrap dengan metode deskriptif analitik dan pendekatan *cross sectional study*. Sampel pada penelitian ini adalah pasien yang akan menjalani operasi di ruangan perawatan dengan jumlah sampel sebanyak 30 orang menggunakan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. Hasil penelitian dengan uji *pearson chi square* didapat nilai $p=0,031$ dengan tingkat kemaknaan $\alpha=0,05$. Nilai $p < \alpha (0,05)$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi.

Menurut penelitian Rahmayati (2018) tentang Pengaruh Dukungan Spiritual terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre-Operasi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh dukungan spritual terhadap tingkat kecemasan ada pasien pre-operasi. Rancangan penelitian ini menggunakan *Quasi Eksperimen* dengan desain penelitian *one group pretest-posttest*, pengambilan sampel menggunakan teknik *Purposive Sampling*. Sampel berjumlah 16 responden, populasi berjumlah 325 pasien. Alat Pengumpulan data menggunakan lembar kuesioner. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Wilcoxon*. Hasil rata-rata kecemasan sebelum terapi dukungan spritual 49,88, dengan standar deviasi 6,449. Sedangkan rata-rata kecemasan sesudah terapi dukungan spritual 46,81 dengan standar deviasi 6,002. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,001$, maka dapat

disimpulkan bahwa ada pengaruh terapi dukungan spritual terhadap tingkat kecemasan pada pasien pre-operasi di RS Imanuel Provinsi Lampung Tahun 2017. Dari hasil penelitian disarankan terapi dukungan spritual sebagai asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami kecemasan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh SW Ningrum tahun 2021 yaitu tentang Asuhan Keperawatan Pasien Aman Nyaman (Nyeri) Pada Kasus Struma Nodosa Non Toxic dengan diruang operasi Rumah Sakit Ryacudu Kotabumi didapatkan hasil dari masalah kepeprawatan pasien nyeri akut dan ansietas pada fase preoperasi, resiko cidera pda fase intra operasi dan bersihan jalan nafas pada fase post operasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan evaluasi pada fase preoperasi masalah ansietas teratasi dan nyeri akut belum teratasi. Fase intra operasi resiko cidera tidak terjadi. Pada fase post operasi masalah keperawatan bersihan jalan nafas belum teratasi.