

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Perioperatif

1. Konsep Perioperatif

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 operatif, intra operatif dan post operatif (Kozier et al, 2010). 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, 2010). Masing-masing tahap mencakup aktivitas atau intervensi keperawatan dan dukungan dari tim kesehatan lain sebagai satu tim dalam pelayanan pembedahan (Majid, 2011).

Menurut Brunner dan Suddarth (2010) fase perioperatif mencakup tiga fase dan pengertiannya yaitu :

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

Pembedahan juga dapat diklasifikasikan sesuai tingkat urgensinya, dengan penggunaan istilah-istilah kedaruratan, urgen, diperlukan, elektif, dan pilihan (Brunner & Suddarth, 2010).

2. Tahap Keperawatan Perioperatif

a. Fase Preoperatif

Fase preoperatif 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, 2010).

Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif 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, 2009).

Fase lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif 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. Kejadian ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Kejadian 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 anaestesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi

pasien tidak diperbolehkan minum. Operasi dengan anaestesi lokal /spinal anaestesi 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 perifer. 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.

b. Fase Intraoperatif

Fase intraoperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke Instalasi Bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke Ruang Pemulihan (Brunner & Suddarth, 2010).

Fase 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.

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 didalam 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 operatif 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 anaestesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (teknisi yang mengoperasikan alat-alat pemantau yang rumit).

c. Fase Postoperatif

Fase post operatif merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operatif dan intra operatif yang dimulai ketika klien diterima di Ruang Pemulihan (*recovery room*) / pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah (Brunner & Suddarth, 2010).

Fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital 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 ke rumah.

Fase post operatif meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah :

- 1) Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anastesi (*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 anasthesia 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 pasca operatif (perawat anastesi).
- b) Ahli anastesi dan ahli bedah.
- c) Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya.

B. Tinjauan Penyakit

1. Konsep fistula

National Intitut of Health (2021) fistula adalah hubungan abnormal antara dua bagian di dalam tubuh, fistula dapat berkembang di antara organ yang berbeda, seperti antara kerongkongan dan tenggorokan atau usus dan vagina. Mereka juga dapat berkembang di antara dua pembuluh darah, seperti antara arteri dan vena atau antara dua arteri , fistula adalah hubungan abnormal antara dua bagian tubuh, seperti

organ atau pembuluh darah dan struktur lain. fistula biasanya merupakan hasil dari cedera atau operasi. Infeksi atau peradangan juga dapat menyebabkan terbentuknya fistula. fistula yaitu menghubungkan 2 permukaan atau lumen yang berbeda, sering dimulai dari sisi yang menyinggung dan menuju ke lumen atau permukaan yang berdekatan. Fistula usus adalah fistula yang dimulai dari usus. Itu bisa terhubung ke berbagai organ atau permukaan yang berdekatan (Farooqi & Tuma, 2020).

Fistula umbilikal yaitu dikarenakan potensi komplis dari duktus omphalomesenterik dengan lumen yang masih utuh terbuka sepanjang duktus. Secara klinis akan ditemukan feses yang keluar dari umbilikus. Intususepsi juga bisa ditemukan pada keadaan ini, dengan temuan klinis berupa prolapse ileum pada umbilicus (Kusuma, 2013). Fistula yang terdapat pada abdomen diklasifikasikan berdasarkan lokasi, volume pengeluaran, dan penyebabnya (Dahlia, 2007).

Definisi tersebut, penulis menyimpulkan fistula adalah saluran abnormal yang menghubungkan dua organ tubuh atau rongga tubuh pada kulit.

2. Klasifikasi fistula

- **Fistula Umbilikal**

Fistula umbilikal yaitu dikarenakan potensi komplis dari duktus omphalomesenterik dengan lumen yang masih utuh terbuka sepanjang duktus. Secara klinis akan ditemukan feses yang keluar dari umbilikus. Intususepsi juga bisa ditemukan pada keadaan ini, dengan temuan klinis berupa prolapse ileum pada umbilicus (kusuma, 2013).

- **Fistula ani**

Fistula ani adalah saluran tipis, tubuler, fibrosa yang meluas ke dalam saluran anal dari lubang yang terletak di samping anus. Fistula

biasanya akibat infeksi. Fistula juga dapat terjadi akibat trauma, fisura atau enteritis regional (Brunner Suddarth, 2001).

- **Fistula vesiko vaginalis**

Hubungan abnormal antara vesikourinaria dengan vagina yang menyebabkan urin keluar terus menerus melalui vagina (Ertandi, 2016).

- **Fistula urogenital**

Hubungan abnormal antara saluran reproduksi wanita dan saluran kemih yang dapat mengakibatkan kebocoran urine, fistula urogenital dapat menimbulkan dampak fisik maupun psikososial (Mukti, Mochtar, dan Wiyati, 2018).

3. Etiologi

Penyebab dari fistula disebabkan karena obstetric. (Mukti, Mochtar, Wiyati, 2018).Beberapa penyebab terjadinya fistula umbilikalis pada anak dan dewasa adalah :

- a. Kelainan kongenital
- b. Obstruksi pada sistem pencernaan
- c. Pembedahan
- d. Keganasan
- e. Malnutrisi

C. Tinjauan Asuhan Keperawatan Perioperatif

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian difokuskan pada area yang bermasalah. Pengkajian psikologis dilakukan untuk menilai tingkat kecemasan praoperasi disebabkan oleh ketidaktahuan pada konsekuensi pembedahandan rasa takut terhadap prosedur pembedahan itu sendiri. Berbagai dampak psikologis yang muncul akibat kecemasan praoperasi seperti marah, menolak, atau apatis terhadap kegiatan keperawatan. Kecemasan juga dapat menimbulkan perubahan secara fisik maupun psikologis yangakhirnya mengaktifkan saraf otonom simpatis sehingga meningkatkan denyut jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi napas, dan secara umum dapat

mengurangi energi pada pasien. Berdasarkan konsep psikoneuroimunologi, kecemasan merupakan stresor yang dapat menurunkan sistem imunitas tubuh (Muttaqin & Sari, 2009).

Ansietas ringan dan sedang, individu dapat memproses informasi, belajar, dan menyelesaikan masalah. Kenyataannya, tingkat ansietas ini memotivasi pembelajaran dan perubahan perilaku. Ketika individu mengalami ansietas berat dan panik, ketrampilan bertahan yang lebih sederhana mengambil alih, proses defensif terjadi, dan ketrampilan kognitif menurun secara signifikan. Individu yang mengalami ansietas berat akan sulit berfikir dan melakukan pertimbangan, otot-ototnya menjadi tegang, tanda-tanda vital meningkat, dan memperlihatkan kegelisahan, kemarahan dan iritabilitas (Videbeck, 2008). Kecemasan (*anxietas*) dapat ditimbulkan oleh bahaya dari dalam diri seseorang dan pada umumnya ancaman itu samar-samar. Bahaya dari dalam, timbul bila ada sesuatu hal yang tidak dapat diterimanya, misal pikiran, perasaan, keinginan, dan dorongan (Giatika & Tutuk, 2017).

1) Anamnesis

a) Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomer register, tanggal masuk rumah sakit, diagnosis medis (Padila, 2012).

b) Keluhan utama

Menurut penelitian Putu (2018) utama pada pasien fistula umbilikal adalah rasanyeri yang bersifat aktual. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan :

- (1) *Provoking incident* : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- (2) *Quality of pain* : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.

- (3) *Region* : Radiation, relief : Apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- (4) *Severity (scale) of pain* : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya.
- (5) *Time* : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

c) Riwayat Kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan pasien di rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan perawat melalui Teknik wawancara untuk mengumpulkan riwayat yang diperukan sesuai dengan klasifikasi pembedahan

d) Riwayat alergi

Perawat harus mewaspadaai adanya alergi terhadap berbagai obat yang mungkin diberikan selama fase intraoperatif

e) Kebiasaan merokok, alcohol, narkoba

Pasien perokok memiliki risiko yang lebih besar mengalami komplikasi paru-paru pasca operasi, kebiasaan mengonsumsi alcohol mengakibatkan reaksi yang merugikan terhadap obat anestesi, pasien yang mempunyai riwayat pemakaian narkoba perlu diwaspadai atas kemungkinan besar untuk terjangkit HIV dan hepatitis

f) Pemeriksaan Fisik

1) Kesadaran penderita : apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan klien.

2) Tanda-tanda vital

Kaji dan pantau potensial masalah yang berkaitan dengan pembedahan : tanda vital, derajat kesadaran, cairan yang keluar dari luka, suara nafas, pernafasan infeksi kondisi yang kronis atau batuk dan merokok.

3) Thorax

Pada bagian paru-paru tidak ada masalah atau gangguan bunyi normal paru ketika diperkusi biasanya sonor kedua lapang paru dan apabila di auskultasi bunyinya vesikuler. Pada bagian jantung juga tidak ada masalah, bunyi jantung pasien reguler ketika diauskultasi (*lup dup*) (Srirahayu, 2018).

4) Abdomen

Pada laporan kasus Putu (2018) didapatkan pada pengkajian abdomen keluhan cairan dari lubang pusar, Cairan berwarna putih abu-abu, sedikit kental, berbau sedikit amis. daerah sekitar pusar berwarna kemerahan dan teraba hangat.

2. Diagnosa Keperawatan dalam standar diagnosis keperawatan Indonesia (PPNI, 2017)

1) Diagnosa asuhan keperawatan pre operatif

- a. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

2) Diagnosa asuhan keperawatan Intraoperatif

- a. Resiko Cidera berhubungan dengan perubahan sensasi

3) Diagnosa keperawatan Post operatif

- a. Resiko hipotermia perioperative berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah

3. Intervensi keperawatan dalam standar luaran keperawatan Indonesia (SIKI,2018)

1) Diagnosa pre operatif

- a. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Definisi:

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu yang melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2017)

Data dan tanda mayor:

Data subyektif :

- Merasa bingung
- Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- Sulit berkonsentrasi

Data obyektif :

- Tampak gelisah
- Tampak tegang
- Sulit tidur

Tujuan menurut SLKI (PPNI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Ansietas dapat terkontrol, dengan kriteria hasil:

- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi cukup menurun (5)
- Perilaku tegang dan gelisah cukup menurun (5)
- Frekuensi pernapasan, nadi, dan tekanan darah cukup menurun (5)
- Pucat dan tremor cukup menurun (5)

Rencana Intervensi menurut SIKI (PPNI, 2018):

Observasi

- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik:

- 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
- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan

- Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi:

- Jelaskan prosedur, termasuk 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

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat anti ansietas

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (SDKI, 2017)

Gejala dan tanda mayor:

Data subyektif:

- Mengeluh nyeri

Data obyektif:

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (misalnya: waspada posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

Tujuan menurut (SLKI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:

- Keluhan nyeri menurun (5)
- Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5)
- Diaforesis menurun (5)
- Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik (5)

Rencana intervensi dalam (SIKI, 2018):

Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri nonverbal
- 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 keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik
- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya: hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. 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
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik

2) Diagnosa Intra operatif

a. Resiko Cidera berhubungan dengan tindakan pembedahan

Definisi :

Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik (SDKI, 2017).

Data subyektif dan Obyektif:

- Tidak tersedia Data obyektif: dan subyektif

Rencana keperawatan menurut (SIKI, 2018):

Observasi:

- Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera
- Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera
- Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah

Terapeutik :

- Sediakan pencahayaan yang memadai
- Gunakan lampu tidur selama jam tidur
- Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (penggunaan tempat tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi)
- Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cedera serius
- Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau

Edukasi :

- Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan

keluarga

- Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri

3) Diagnosa Post operatif

a. Resiko hipotermi perioperative berhubungan dengan suhu lingkungan rendah

Definisi :

Beresiko mengalami kegagalan termogulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada dibawah rentang normal (SDKI, 2017).

Data subyektif dan Obyektif :

- Tidak tersedia data obyektif dan subyektif

Tujuan menurut (SLKI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipotermia tidak terjadi, dengan kriteria hasil sebagai berikut :

- Menggigil menurun (1)
- Pucat menurun (1)

Rencana keperawatan menurut (SIKI, 2018):

Observasi :

- Monitor suhu tubuh
- Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal: terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme)
- 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)
- Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat)

4. Implementasi

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

5. Evaluasi

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

- a. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi.
- b. Mengumpulkan data mengenai keadaan klien terbaru.
- c. Menganalisa dan membandingkan data terhadap kriteria dari standar.
- d. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan.
- e. Melaksanakan tindakan sesuai berdasarkan kesimpulan.

D. Jurnal Terkait

- 1) Penelitian berjudul “Terapi Murottal Efektif Menurunkan Tingkat Nyeri Dibanding Terapi Musik Pada Pasien” oleh Vava et al (2014). Dari penelitian tersebut menunjukkan terdapat perbedaan penurunan nyeri antara terapi murottal dan terapi musik ($p= 0,000$). Terapi murottal lebih baik dalam menurunkan tingkat nyeri dibandingkan dengan terapi musik. Sehingga terapi ini penulis gunakan dalam penurunan nyeri dengan diagnosa preoperasi pasien fistula umbilikal yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik.

- 2) Penelitian berjudul “Umbilikal Kongenital Pada Wanita Dewasa oleh Murad, Khan, Malik (2011)” dari penelitian tersebut disimpulkan bahwa pada pasien fistula umbilikal pasien mengalami nyeri dengan disertai riwayat keluhan mengeluarkan cairan pada daerah umbilikal.
- 3) Penelitian berjudul “Efektivitas Waktu Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Bedah Mayor Abdomen di RSUD Tugu Rejo Semarang oleh Puspita, Armiyati, Arif (2014)” dari penelitian tersebut didapatkan *p-value* 0,000 disimpulkan bahwa ada pengaruh intervensi keperawatan dalam penurunan tingkat kecemasan pada pasien. Sehingga terapi ini penulis gunakan dalam penurunan kecemasan dengan diagnosa preoperasi pasien fistula umbilikal yaitu ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan (tindakan operasi).
- 4) Penelitian berjudul “Terapi Murottal (Al-Qur’an) Mampu Menurunkan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Laparatomi Oleh Faridah (2015)” dari penelitian tersebut didapatkan terdapat pengaruh penurunan kecemasan setelah diberikan terapi murottal (Al-Qur’an) pada pasien pre operasi laparatomi dengan hasil uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test*, menunjukkan nilai signifikansi ($p\text{-value} = 0,000$). Sehingga terapi ini penulis gunakan dalam penurunan kecemasan dengan diagnosa preoperasi pasien fistula umbilikal yaitu ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan (tindakan operasi).
- 5) Penelitian berjudul “ Efektifitas Penggunaan Selimut Hangat Terhadap Perubahan Suhu Pada Pasien Hipotermia Post Operasi Di Ruang ICU RSUD Buleleng oleh Suindrayasa (2017)” dari penelitian tersebut didapatkan ada perubahan suhu pada pasien hipotermia post operasi antara sebelum dengan setelah diberikan penghangat dengan selimut. Sehingga terapi ini penulis gunakan dalam peningkatan suhu tubuh dengan diagnosa posoperasi pasien fistula umbilikal yaitu resiko hipotermia perioperatif berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah.