

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : pre operatif, intra operatif dan post operatif (HIPKABI, 2014)

Perawatan perioperatif merupakan salah satu layanan perawatan yang memiliki peran strategis dalam pelaksanaan koordinasi perawatan perioperatif yang terintegrasi dengan melibatkan interdisiplin profesional pemberi asuhan serta berhubungan erat dengan sasaran keselamatan pasien (Vizient, 2017)

2. Etiologi

Operasi dilakukan untuk berbagai alasan seperti (Brunner & Suddarth, 2013):

- a. Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparotomi eksplorasi
- b. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- c. Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- d. Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- e. Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan.

3. Tahap dalam keperawatan perioperative

Menurut (Mutaqin A & Sari K., 2009) terdapat tiga fase perioperatif yaitu fase pra operatif, fase intraoperatif, dan fase post operatif.

- a. Fase pra operatif dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan sampai berakhir di meja operasi. Pada tahap ini akan di lakukan pengkajian secara umum untuk mengetahui riwayat kesehatan pasien, sehingga intervensi yang di lakukan perawat sesuai. Pengkajian pada tahap

preoperatif meliputi pengkajian umum, riwayat kesehatan dan pengobatan, pengkajian psikososiospiritual, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik.

- b. Fase intra operatif dimulai saat pasien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir di ruang pemulihan atau ruang pasca anestesi. Pada tahap ini pasien akan mengalami beberapa prosedur meliputi anestesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur tindakan invasif akan memberikan implikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul. Pengkajian pada tahap ini lebih kompleks dan di lakukan secara cepat serta ringkas agar segera bisa di lakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Perawat berusaha untuk meminimalkan risiko cedera dan risiko infeksi yang merupakan efek samping dari pembedahan.
- c. Fase post operatif dimulai saat pasien masuk ke ruang pemulihan sampai pasien dalam kondisi sadar sepenuhnya untuk dibawa ke ruang rawat inap. Proses keperawatan pasca operatif akan dilaksanakan secara berkelanjutan baik di ruang pemulihan, ruang intensif, maupun ruang rawat inap. Pengkajian pada tahap ini meliputi pengkajian respirasi, sirkulasi, status neurologi, suhu tubuh, kondisi luka dan drainase, nyeri, gastrointestinal, genitourinari, cairan dan elektrolit dan keamanan peralatan.

4. Klasifikasi Perawatan Perioperatif

Menurut urgensinya tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

- a. Kedaruratan/Emergency, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa di tunda. Contoh: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sangat luas.
- b. Urgen, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.

- c. Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.
- d. Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan Scar, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.
- e. Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh: bedah kosmetik.

Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi di bagi menjadi :

- a. Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh: incisi dan drainage kandung kemih, sirkumsisi
- b. Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh: Total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan lain-lain.

5. Komplikasi post operatif dan penatalaksanaanya

a. Syok

Syok yang terjadi pada pasien operasi biasanya berupa syok hipovolemik. Tanda-tanda syok adalah: Pucat , Kulit dingin, basah, pernafasan cepat, sianosis pada bibir, gusi dan lidah, nadi cepat, lemah dan bergetar, penurunan tekanan darah, urine pekat. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah kolaborasi dengan dokter terkait dengan pengobatan yang dilakukan seperti terapi obat, terapi pernafasan, memberikan dukungan psikologis, pembatasan penggunaan energi, memantau reaksi pasien terhadap pengobatan, dan peningkatan periode istirahat.

b. Perdarahan

Penatalaksanaannya pasien diberikan posisi terlentang dengan posisi tungkai kaki membentuk sudut 20 derajat dari tempat tidur sementara lutut harus dijaga tetap lurus. Kaji penyebab perdarahan, luka bedah harus selalu diinspeksi terhadap perdarahan.

c. Trombosis vena profunda

Trombosis vena profunda adalah trombosis yang terjadi pada pembuluh darah vena bagian dalam. Komplikasi serius yang bisa ditimbulkan adalah embolisme pulmonari dan sindrom pasca flebitis.

1) Retensi urin

Retensi urine paling sering terjadi pada kasus-kasus operasi rektum, anus dan vagina. Penyebabnya adalah adanya spasme spinkter kandung kemih. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah pemasangan kateter untuk membatu mengeluarkan urine dari kandung kemih.

2) Infeksi luka operasi

Infeksi luka post operasi dapat terjadi karena adanya kontaminasi luka operasi pada saat operasi maupun pada saat perawatan di ruang perawatan. Pencegahan infeksi penting dilakukan dengan pemberian antibiotik sesuai indikasi dan juga perawatan luka dengan prinsip steril.

3) Sepsis

Sepsis merupakan komplikasi serius akibat infeksi dimana kuman berkembang biak. Sepsis dapat menyebabkan kematian karena dapat menyebabkan kegagalan multi organ.

4) Embolisme pulmonal

Embolisme dapat terjadi karena benda asing (bekuan darah, udara dan lemak) yang terlepas dari tempat asalnya terbawa di sepanjang aliran darah. Embolus ini bisa menyumbat arteri pulmonal yang akan mengakibatkan pasien merasa nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sesak nafas, cemas dan sianosis. Intervensi keperawatan seperti ambulatori pasca operatif dini dapat mengurangi resiko embolus pulmonal.

5) Komplikasi gastrointestinal

Komplikasi pada gastrointestinal sering terjadi pada pasien yang mengalami operasi abdomen dan pelvis. Komplikasinya meliputi obstruksi intestinal, nyeri dan distensi abdomen.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengkajian pre operasi

1) Premedikasi

Merupakan pemberian obat-obatan sebelum anestesi, kondisi yang diharapkan oleh anesthesiologis adalah pasien dalam kondisi tenang, hemodinamik stabil, post anestesi baik, anestesi lancar. Diberikan pada malam sebelum operasi dan 1-2 jam sebelum anestesi.

2) Tindakan Umum

a) Memeriksa catatan pasien dan program pre operasi

b) Pasien dijadwalkan untuk berpuasa kurang lebih selama 8 jam sebelum dilakukan pembedahan

c) Memastikan pasien sudah menandatangani surat persetujuan pembedah.

d) Memeriksa riwayat medis untuk mengetahui obat-obatan, pernafasan dan jantung

e) Memeriksa hasil catatan medis pasien seperti hasil laboratorium, EKG, dan USG.

f) Memastikan pasien tidak memiliki alergi obat

3) Sesaat Sebelum Operasi

a) Memeriksa tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi, pernafasan dan tekanan darah dan mengecek identitas pasien

b) Mengkaji kondisi psikologis, meliputi perasaan takut atau cemas dan keadaan emosi pasien dan melakukan pemeriksaan fisik

c) Menyediakan stok darah pasien pada saat persiapan untuk pembedahan

d) Pasien melepaskan semua pakaian sebelum menjalani pembedahan dan pasien menggunakan baju operasi

e) Membantu pasien berkemih sebelum pergi ke ruang operasi

f) Memastikan semua catatan pre operasi sudah lengkap dan sesuai dengan keadaan pasien.

b. Pengkajian intra operasi

1) Pengkajian status psikologis, apabila pasien di anestesi lokal dan pasien

dalam keadaan sadar maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang di lakukan terhadapnya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas atau takut menghadapi operasi

- 2) Mengkaji tanda-tanda vital bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut pada ahli bedah
- 3) Transfusi dan infuse, monitor cairan sudah habis atau belum (Rosdahl, C. B., & Kowalski, 2017).

c. Pengkajian post operasi

- 1) Setelah di lakukan pembedahan pasien akan masuk ke ruang pemulihan untuk memantau tanda-tanda vitalnya sampai ia pulih dari anestesi dan bersih secara medis untuk meninggalkan ruangan operasi. Di lakukan pemantauan spesifik termasuk ABC yaitu airway, breathing, circulation. Tindakan di lakukan untuk upaya pencegahan post operasi, ditakutkan ada tanda-tanda syok seperti hipotensi, takikardi, gelisah, susah bernafas, sianosis, SPO2 rendah.
- 2) Latihan tungkai (ROM)
- 3) Kenyamanan, meliputi : terdapat nyeri, mual dan muntah
- 4) Balutan, meliputi : keadaan drain
- 5) Perawatan, meliputi : cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan.
- 6) Nyeri, meliputi : waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja DPP PPNI, 2017), diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual ataupun potensial.

a. Pre operatif

- 1) Defisit Nutrisi b.d Kurangnya asupan makanan
- 2) Ansietas b.d krisis situasional

b. Intra operatif

- 1) Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan

- 2) Risiko cedera dibuktikan dengan tindakan operatif
- c. Post operatif
- 1) Risiko hipotermia perioperatif dibuktikan dengan prosedur pembedahan
 - 2) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur pembedahan)
 - 3) Kesiapan peningkatan nutrisi

3. Rencana Keperawatan

Menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (Tim Pokja DPP PPNI, 2019) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun (SIKI) (Tim Pokja DPP PPNI, 2018) rencana keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat untuk mencapai luaran yang diharapkan.

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	<p>Defisit Nutrisi</p> <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan menelan makanan - Ketidakmampuan mencerna makanan - Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien - Peningkatan kebutuhan metabolisme - Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi) - Faktor psikologis (mis, stres, keengganan untuk makan) <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal . <p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cepat kenyang setelah makan - Kram/nyeri abdomen 	<p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan deficit nutrisi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat Badan bertambah - Eleminasi Fekal - Fungsi Gastrointestinal - Nafsu Makan meningkat - Perilaku meningkatkan Berat Badan - Status Menelan meningkat - Tingkat Depresi menurun - Tingkat Nyeri menurun 	<p>MANAJEMEN NUTRISI</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik - Monitor asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan suplemen makanan, jika perlu - Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

	<p>- Nafsu makan menurun .</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bising usus hiperaktif - Otot pengunyah lemah - Otot menelan lemah - Membran mukosa pucat - Sariawan - Serum albumin turun - Rambut rontok berlebihan - Diare <p>Kondisi Klinis terkait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stroke - Parkinson - Mobius syndrome - Cerebral palsy - Cleft lip - Cleft palate - Amyotrophic lateral sclerosis - Kerusakan neuromuskular - Luka bakar - Kanker - Infeksi - AIDS - Penyakit Crohn's - Enterokolitis - Fibrosis kistik 		<p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi duduk, jika mampu - Ajarkan diet yang diprogramkan <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
2	<p>Ansietas Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krisis situasional. - Kebutuhan tidak terpenuhi. 	<p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan ansietas berkurang atau hilang dengan</p>	<p>Reduksi Ansietas Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu,

<ul style="list-style-type: none"> - Krisis maturasional. - Ancaman terhadap konsep diri. - Ancaman terhadap kematian. - Kekhawatiran mengalami kegagalan. - Disfungsi sistem keluarga. - Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan. - Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) - Penyalahgunaan zat. - Terpapar bahaya lingkungan (mis.toksin, polutan, dan lain-lain). - Kurang terpapar informasi. <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa bingung. 2. Merasa khawatir dengan akibat. 3. Sulit berkonsentrasi. <p>Objektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak gelisah. 2. Tampak tegang. 3. Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor. Subjektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh pusing. 2. Anoreksia. 3. Palpitasi. 4. Merasa tidak berdaya. 	<p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi kebingungan menurun - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun 	<p>stresor)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkankepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicukecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat - Latih teknik relaksasi. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
---	---	---

	<p>Objektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nafas meningkat. 2. Frekuensi nadi meningkat. 3. Tekanan darah meningkat. 4. Diaforesis. 5. Tremor. 6. Muka tampak pucat. 7. Suara bergetar. 8. Kontak mata buruk. 9. Sering berkemih. 10. Berorientasi pada masa lalu. <p>Kondisi Klinis Terkait.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit Kronis. 2. Penyakit akut 3. Hospitalisasi 4. Rencana operasi 5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas 		
3	<p>Risiko perdarahan Faktor Risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aneurisma. - Gangguan gastrointestinal (misal ulkus, polip, varises). - Gangguan fungsi hati (misal sirosis hepatitis). - Komplikasi kehamilan (misal ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar). - Komplikasi pasca partum (misal atoni uterus, retensi plasenta). - Gangguan koagulasi (misal trombositopenia), 	<p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda-tanda perdarahan 	<p>Pencegahan Perdarahan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah - Monitor tanda-tanda vital ortostatik - Monitor koagulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan bedrest selama perdarahan - Batasi tindakan invasif, jika perlu - Gunakan kasur pencegah dekubitus - Hindari pengukuran suhu rektal <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala perdarahan

<ul style="list-style-type: none"> - Efek agen farmakologis. - Tindakan pembedahan. - Trauma. - Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan. - Proses keganasan. <p>Kondisi Klinis Terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aneurisma. - Koagulasi intravaskuler diseminata. - Gangguan fungsi hati (misal sirosishepatitis). - Komplikasi kehamilan (misal ketubanpecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar). - Komplikasi pasca partum (misal atoniuterus, retensi plasenta). - Gangguan koagulasi (misal trombositopenia). - Efek agen farmakologis. - Tindakan Pembedahan. - Trauma. - Kurang terpapar informasi tentangpencegahan perdarahan. - Proses Keganasan, <p>Kondisi Klinis Terkait :</p>		<ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jikaperlu - Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu - Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Aneurisma. - Koagulasi intravaskuler diseminata. - Sirosis Hepatis. - Ulkus lambung. - Varises. - Trombositopenia. - Ketuban pecah sebelum waktunya. - Plasenta previa / abrupcio. - Atonia uterus. - Retensi Plasenta. - Tindakan pembedahan. - Kanker. - Trauma. 		
4	<p>Risiko cedera Faktor risiko : Eksternal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpapar patogen - Terpapar zat kimia toksik - Terpapar agen nosokomial - Ketidakamanan transportasi Internal - Ketidaknormalan profil darah - Perubahan orientasi afektif - Perubahan sensasi - Disfungsi autoimun - Disfungsi biokimia - Hipoksia jaringan - Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh - Malnutrisi - Perubahan fungsi psikomotor 	<p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko cedera tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada kejadian cedera 	<p>Manajemen kesehatan lingkungan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebutuhan keselamatan - Monitor perubahan status keselamatan lingkungan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. fisik, biologi, dan kimia), jika memungkinkan - Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko - Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. commode chair dan pegangan tangan) - Gunakan perangkat pelindung (mis. pengekangan fisik, rel sampling, pintu terkunci, pagar) - Hubungi pihak wewenang sesuai masalah komunitas (mis. puskesmas, polisi, damkar) - Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman

	<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan fungsi kognitif <p>Kondisi klinis terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kejang - Sinkop - Vertigo - Gangguan penglihatan - Gangguan pendengaran - Penyakit parkinson - Hipotensi - Kelainan nervus vestibularis - Retardasi mental 		<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis. timbal) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan
5	<p>Risiko hipotermia perioperatif</p> <p>Faktor Risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosedur pembedahan - Kombinasi anestesi regional dan umum - Skor <i>American Society of Anesthesiologist (ASA)</i> >1 - Suhu pra operasi rendah (<36°C) - Berat badan rendah - Neuropati diabetik - Komplikasi kardiovaskuler - Suhu lingkungan rendah - Transfer panas (mis. volume tinggi infus yang tidak dihangatkan, irigasi >2 liter yang tidak dihangatkan) <p>Kondisi klinis terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tindakan pembedahan 	<p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan hipotermia tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh pasien normal - Pasien tidak menggigil 	<p>Managemen Hipotermia</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu tubuh - Identifikasi penyebab hipotermia (mis. terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) - Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (hipotermia ringan: takipnea, disartria, menggigil, hipertensi, diuresis; hipotermia sedang: aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, refleks menurun; hipotermia berat: oliguria, refleks menghilang, edema paru, asam-basa abnormal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang hangat (mis. atur suhu ruangan, inkubator) - Ganti pakaian dan/ linen yang basah - Lakukan penghangatan pasif (mis. selimut, menutup kepala, pakaian tebal) - Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, perawatan metode kangguru)

			<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan penghangatan aktif internal (mis. infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan makan/ minum hangat
6	<p>Nyeri akut Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma) - Agen pencedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan) - Agen pencedera fisik (prosedur pembedahan, amputasi, latihan fisik) <p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : Mengeluh nyeri</p>	<p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut berkurang atau hilang dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Melaporkan nyeri terkontrol meningkat 	<p>Managemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologis (misal: terapi musik, terapi pijat) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

4. Implementasi

Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada tahap ini yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier, E., & Berman, 2015) Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan manifestasi coping.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Potter & Perry, 2016). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang di observasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2016).

C. Tinjauan Kosep Penyakit

1. Tumor Esofagus

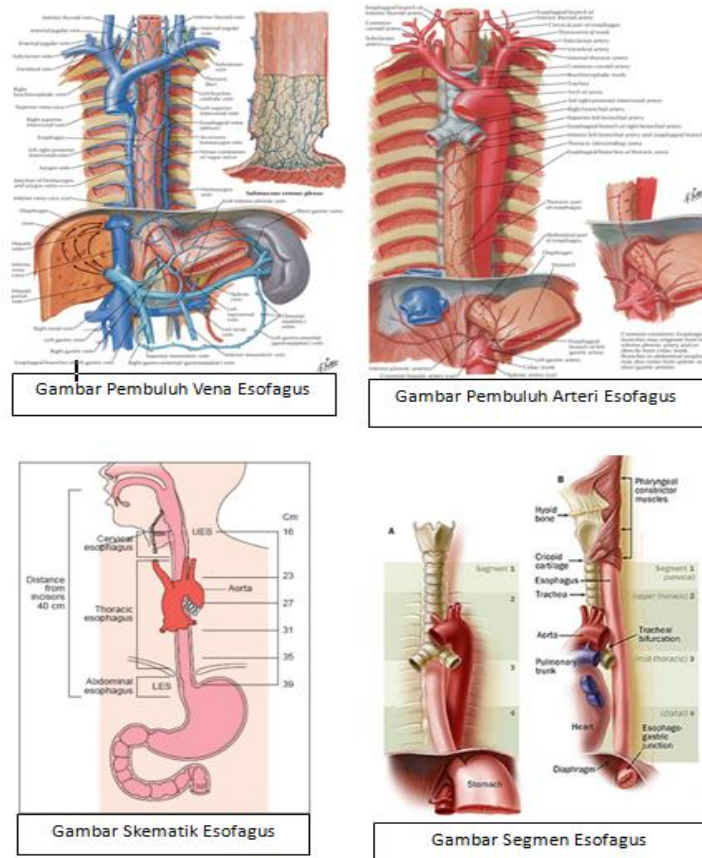
a. Pengertian Tumor Esofagus

Esofagus merupakan saluran yang menghubungkan dan menyalurkan dari rongga mulut ke lambung. Didalam rongga dada, esofagus berada di mediastinum posterior mulai dibelakang lengkung aorta dan bronkus cabang utama kiri, kemudian agak membelok ke kanan berada di samping kanan di depan aora thorakalis bawah dan masuk ke dalam rongga perut melalui hiatus esofagus dan Esofagus merupakan saluran yang menghubungkan dan menyalurkan dari rongga mulut ke lambung. Didalam rongga dada, esofagus berada di mediastinum posterior mulai dibelakang lengkung aorta dan bronkus cabang utama kiri, kemudian agak membelok ke kanan berada di samping kanan di depan aora thorakalis bawah dan masuk ke dalam rongga perut melalui hiatus esofagus dan

diafragma dan berakhir di kardial lambung. Panjang esofagus yang berada di rongga perut berkisar antara 2-4 cm.

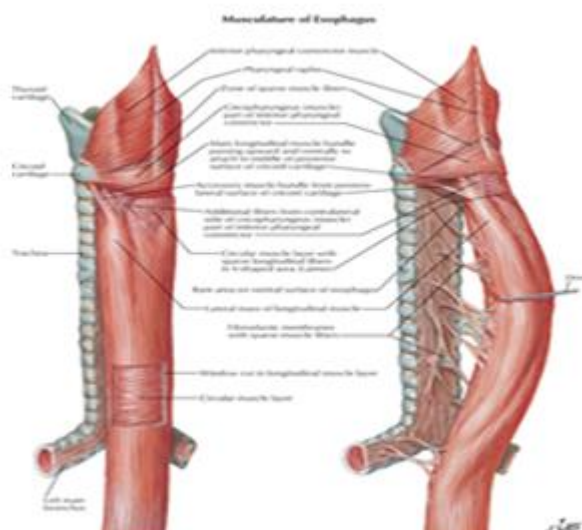
b. Anatomi Fisiologi

Otot esofagus sepertiga bagian atas adalah otot serat lintang dan berhubungan erat dengan otot-otot faring, sedangkan dua pertiga bagian bawah adalah otot polos yang terdiri atas otot sirkular dan otot longitudinal seperti ditemukan pada saluran cerna lainnya. Esofagus menyempit pada tiga tempat, penyempitan pertama bersifat spingter, terletak setinggi tulang rawan krikoid pada batas antara faring dan esofagus, yaitu tempat peralihan otot serat lintang menjadi otot polos. Penyempitan kedua terletak dirongga dada bagian tengah, akibat tertekan lengkung aorta dan bronkus utama kiri. Penyempitan ini tidak bersifat spingter. Penyempitan terakhir terletak pada hiatus esofagus diafragma, yaitu tempat esofagus berakhir di kardial lambung. Otot polos pada bagian ini murni bersifat spingter.



Gambar 1. Anatomi saluran pencernaan

Esofagus mendapat darahnya dari banyak arteri kecil. Bagian atas esofagus yang berada di leher dan rongga dada mendapat darah dari arteri a. tiroidea inferior, beberapa cabang arteri bronkialis dan beberapa arteri kecil dari aorta. Esofagus di hiatus esofagus dan rongga perut mendapat darah dari arteri frenika inferior kiri dan cabang arteri gastrika kiri. Pembuluh vena dimulai sebagai pleksus di submukosa esofagus. Di esofagus bagian atas dan tengah, aliran vena dari pleksus esofagus berjalan melalui vena esofagus ke vena azygos dan hemiazygos untuk kemudian masuk ke vena kava superior. Di esofagus bagian bawah, semua pembuluh vena masuk ke dalam vena koronaria, yaitu cabang vena porta sehingga terjadi hubungan langsung antara sirkulasi antara vena porta dan sirkulasi esofagus bagian bawah melalui vena lambung tersebut.



Gambar 2. Anatomi otot esophagus

Pembuluh limfe esofagus membentuk pleksus dalam mukosa, submukosa, lapisan otot, dan tunika adventitia. Di bagian sepertiga cranial, pembuluh ini berjalan secara longitudinal bersama dengan pembuluh limf dari faring ke kelenjar di leher, sedangkan dari bagian dua pertiga kaudal dialirkan ke kelenjar seliakus, seperti pembuluh limf dari lambung.

Fungsi utama esofagus adalah menyalurkan makanan dan minuman dari mulut ke lambung. Proses ini dimulai dengan pendorongan makanan oleh lidah kebelakang. Penutupan glottis dan nasofaring, serta relaksasi spingter faring

esofagus. Proses ini diatur oleh otot serat lintang di daerah faring. Di dalam esofagus, makanan turun oleh peristaltic primer dan gaya berat terutama untuk makanan padat dan setengah padat, serta peristaltic ringan. Makanan dari esofagus masuk ke dalam lambung karena relaksasi spingter esofagus kardia. Setelah makanan masuk ke lambung, tonus spingter ini kembali ke keadaan semula sehingga mencegah makanan masuk kembali ke esofagus. Proses muntah terjadi karena tekanan di dalam rongga perut dan lambung meningkat serta terjadi relaksasi sementara spingter esofagokardia sehingga secara reflex makanan dan cairan dari dalam lambung dan esofagus naik ke faring dan dikeluarkan melalui mulut.

diafragma dan berakhir di kardial lambung. Panjang esofagus yang berada di rongga perut berkisar antara 2-4 cm.

Otot esofagus sepertiga bagian atas adalah otot serat lintang dan berhubungan erat dengan otot-otot faring, sedangkan dua pertiga bagian bawah adalah otot polos yang terdiri atas otot sirkular dan otot longitudinal seperti ditemukan pada saluran cerna lainnya. Esofagus menyempit pada tiga tempat, penyempitan pertama bersifat spingter, terletak setinggi tulang rawan krikoid pada batas antara faring dan esofagus, yaitu tempat peralihan otot serat lintan menjadi otot polos. Penyempitan kedua terletak dirongga dada bagian tengah, akibat tertekan lengkung aorta dan bronkus utama kiri. Penyempitan ini tidak bersifat spingter. Penyempitan terakhir terletak pada hiatus esofagus diafragma, yaitu tempat esofagus berakhir di kardial lambung. Otot polos pada bagian ini murni bersifat spingter.

c. Penatalaksanaan

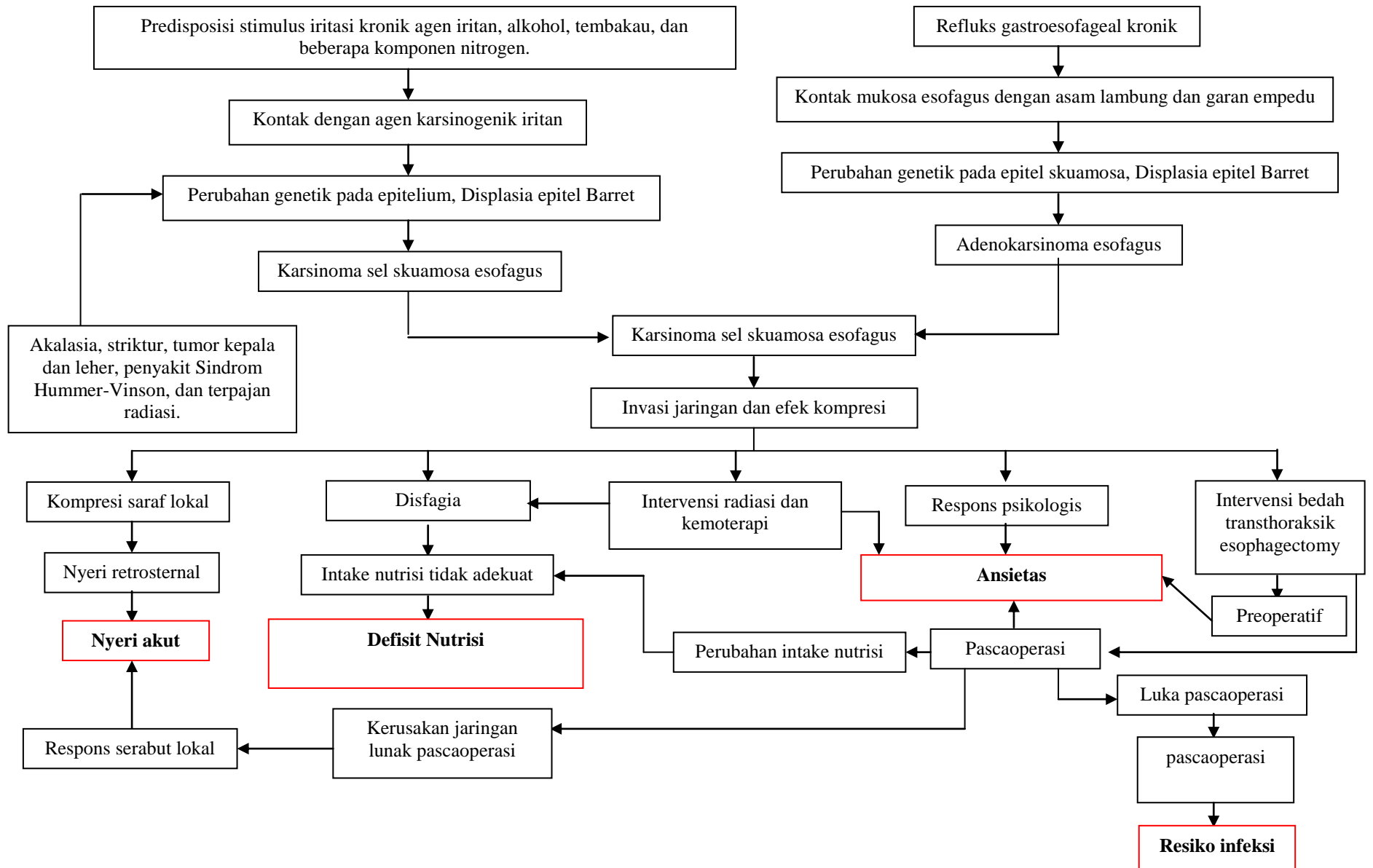
Tabel 2.2 Prinsip tatalaksana

Stadium	Terapi
Stadium 0 (TisN0M0)	<ul style="list-style-type: none"> • Eksisi lokal atau polipektomi sederhana • Reseksi en-bloc segmental untuk lesi yang tidak memenuhi syarat eksisi lokal
Stadium I (T1-2N0M0)	<input type="checkbox"/> <i>Wide surgical resection</i> dengan anastomosis tanpa kemoterapi adjuvan
Stadium II (T3N0M0, T4a-bN0M0)	<input type="checkbox"/> <i>Wide surgical resection</i> dengan anastomosis <input type="checkbox"/> Terapi adjuvan setelah pembedahan pada

	<u>pasien dengan risiko tinggi</u>
Stadium III (T apapun N1-2MO)	<input type="checkbox"/> <i>Wide surgical resection</i> dengan anastomosis <input type="checkbox"/> Terapi adjuvan setelah pembedahan
Stadium IV (T apapun, N apapun, M1)	<input type="checkbox"/> Reseksi tumor primer pada kasus kanker metastasis yang dapat direseksi <input type="checkbox"/> Kemoterapi sistemik pada kasus kanker dengan metastasis yang tidak dapat direseksi dan tanpa gejala

Sumber : (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2015)

PATHWAY TUMOR ESOFAGUS



2. Laparatomi

a. Pengertian laparatomi

Laparatomi merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan suatu insisi pada dinding abdomen hingga ke *cavitas abdomen*. Laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan obgyn . Laparatomi termasuk salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (pendarahan, perforasi, kanker, dan obstruksi).(Sjamsuhidajat,R., 2010)

b. Tujuan Laparatomi

Menurut (Smeltzer, 2014), prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparatomi eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan.

c. Indikasi Laparatomi

Menurut (Jitowiyono S., 2010), tindakan laparatomi dapat dilakukan berdasarkan indikasi dibawah ini :

- 1) Adanya massa abdomen.
- 2) Perdarahan saluran Pencernaan .
- 3) Peritonitis.
- 4) Sumbatan pada usus halus dan usus besar.
- 5) Trauma abdomen (tumpul atau tajam) Ruptur hepar.

d. Jenis Laparatomi Menurut Indikasi

Menurut (Jitowiyono S., 2010), Jenis laparatomi berdasarkan indikasi diantaranya :

- 1) Adrenektomi : Pengangkatan salah satu atau kedua kelenjar adrenalin.
- 2) Apendiktomi : Operasi pengangkatan apendiks
- 3) Gasterektomi : Pengangkatan sepertiga distal lambung (duodenum/jejunum, mengangkat sel-sel penghasil gastrin dalambagian sel parital)..
- 4) Histerektomi : Pengangkatan bagian uterus.

- 5) Kolektomi : pengangkatan bagian kolon atau seluruh kolon
- 6) Pankreatomi : Pengangkatan pankreas.
- 7) Seksio cesaria : pengangkatan janin dengan membuka dinding ovarium melalui abdomen
- 8) Siksetomi : operasi pengangkatan kandung kemih
- 9) Selfiigo ofarektomi : Pengangkatan salah satu atau kedua tuba falopi dan ovarium.

e. Komplikasi *Post* Laparatomi

Menurut (Jitowiyono S., 2010), komplikasi post laparatomi

- 1) Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis.
Tromboplebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak.
- 2) Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi.
Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan
- 3) Bentuk integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi.
Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi-tepi luka. Eviserasi luka merupakan keluarnya organ-organ dalam melalui insisi.

f. Perawatan post laparatomi

Perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi pembedahan perut.

Tujuan perawatan post laparatomi:

- 1) Mengurangi komplikasi akibat pembedahan
- 2) Mempercepat penyembuhan
- 3) Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi
- 4) Mempertahankan konsep diri pasien
- 5) Mempersiapkan pasien pulang

D. Jurnal Terkait

Asuhan keperawatan oleh (Fandi, 2018) dalam Asuhan Keperawatan Pada pada Ny, Y Dengan post Laparatomi dan Kolostomi atas indikasi ca colon di ruangan abun suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi didapatkan bahwa Dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Ny.Y dengan post laparatomi dan kolostomi pada ca colon dapat disimpulkan pengkajian klien ,nyeri yang dirasakan klien terasa pada perut kanan bawah, tidak nafsu makan, susah untuk tidur, berat badan menurun. Diagnosa yang dilakukan, nyeri akut, ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, gangguan pola tidur, resiko pelambatan pemulihan pasca bedah. Intervensi yang dilakuakn pada klien berdasarkan pada prioritas masalah yang ditemukan. Implementasi yang dilakukan berdasarkan kebutuhan klien, tidak semua tindakan harus di implementasikan. Evaluasi yang dilakukan hampir semua mencapai perkembangan, meski belum optimal karena intervensi dan implementasi dihentikan karena klien pulang.

Penelitian yang dilakukan oleh (Tommy Wahyudi, 2017) Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Post Operasi Laparatomi atas Indikasi Kanker *Recti 1/3 Distal* dengan Inovasi Alih Baring dan Massase Punggung menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) untuk Pencegahan Dekubitus di Ruang HCU RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda 2017. Metode analisis keperawatan yang digunakan adalah dengan memberikan tindakan alih baring dan massase punggung dengan menggunakan *Virgin Coconut Oil* (VCO) hasil intervensi inovatif terhadap pasien post operasi laparatomi dengan indikasi kanker recti 1/3 distal mengalami peningkatan. Pada kala Branden saat pengkajian adalah 11 dan setelah diberikan intervensi inovatif skala Branden adalah 15.

Asuhan Keperawaatan yang dilakukan oleh (Via Eliadora Togatorop, 2020) berjudul Asuhan Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Peritonitis Dengan Tindakan Laparatomi Di Ruang OK Rumah Sakit Airan Raya Lampung Selatan. Teknik pengambilan data dengan observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. hasil pengkajian dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan sebagai berikut: pre operasi: ansietas, intra operasi: resiko perdarahan, dan post operasi: nyeri akut. Rencana keperawatan yang ditetapkan

berdasarkan diagnosa keperawatan yang dirumuskan. Implementasi tindakan dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang ditetapkan pada Ny. N secara mandiri maupun kolaboratif dalam tim operasi sehingga tujuan rencana tindakan tercapai. Evaluasi setiap diagnosa keperawatan didapatkan sebagai berikut, tahap pre operasi masalah ansietas belum teratasi. Tahap intra operasi risiko perdarahan tidak terjadi. Tahap post operasi nyeri berkurang.

Penelitian yang dilakukan oleh (Utami, 2016) dalam penelitian yang berjudul Efektifitas Relaksasi Napas Dalam dan Distraksi dengan Latihan 5 Jari Terhadap Nyeri Post Laparatomi pada pasien post laparatomi Penelitian dilakukan di Ruang Camar III RSUD Arifin Achmad Pekanbaru menyatakan bahwa rata-rata intensitas nyeri sebelum dilakukan efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari terhadap nyeri post laparatomi pada kelompok eksperimen adalah 3,91 dan kelompok kontrol 5,11 dengan *p value* 0,254. Sedangkan rata-rata intensitas nyeri setelah dilakukan pijat endhorphin pada kelompok eksperimen 2,05 dan kelompok kontrol adalah 4,73 dengan *p value* 0,000. Hasil menunjukkan bahwa efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari efektif untuk menurunkan nyeri post laparatomi (*p value* < 0,05).

Penelitian yang dilakukan oleh (Souza, 2016) *Surgical Gastrostomy Based On Endoscopic Concepts* Dua puluh delapan pasien menjalani gastrostomi menggunakan perangkat endoskopi; enam mengalami komplikasi minor lokal tanpa perlu intervensi ulang dan tidak ada kematian. Operasi gastrostomi dengan sayatan minimal di perut untuk menarik kateter menggunakan perangkat gastrostomi endoskopi, terbukti aman, mudah dilakukan, tidak terlalu traumatis, cepat, sederhana dan elegan.

Asuhan keperawatan yang dilakukan (Tefnai, 2019) yang berjudul Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn. A.N Dengan Post Operasi Laparatomi Di Ruang Kelimutu Rsud Prof.Dr.W.Z Johanes Kupang dengan ditegakan rencana keperawatan yaitu manajemen nyeri dan melakukan perawatan luka teknik steril serta memonitor aktivitas sesuai kemampuan. setelah dilakukan perawatan selama 3 hari masalah pasien teratasi sebagian. Kesimpulan dari studi kasus ini adalah angka kesakitan dan kematian akibat post operasi laparatomi yang terjadi pada

pasien dapat diminimalkan dengan perawatan luka dengan teknik steril, dan manajemen nyeri, serta membantu pasien melakukan aktivitas sesuai tingkat aktivitas pasien.