



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
NOTOKUSUMO
YOGYAKARTA

Konsep Perawatan Perioperatif

Rudi Haryono, M.Kep



Definisi

- **Keperawatan Perioperatif** adalah proses keperawatan yang dilakukan pada pasien pembedahan dengan 3 fase : PreOperasi, IntraOperasi, Post Operasi

Fase Kep. PeriOperatif

- dimulai ketika keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim ke meja operasi
- dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke ruang bedah (operasi) dan berakhir saat dipindahkan ke ruang pulih sadar (*Recovery Room*).
- masuknya pasien ke RR dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah.

Perawat Kamar Bedah

- Scrub Nurse (Perawat Instrumen)
- Circulation Nurse (Perawat Sirkulasi)
- Perawat Anastesi (pada RS tertentu)
- Perawat asisten Bedah (pada RS tertentu)

ASKEP PRE-OPERASI

- Persiapan pembedahan dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi :
persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

A. Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena :

1. Takut akan perasaan sakit, proses operasi atau hasilnya.
2. Keadaan sosial ekonomi dari keluarga.

Penyuluhan merupakan fungsi penting dari perawat pada fase pra bedah dan dapat mengurangi cemas pasien. Hal-hal dibawah ini penyuluhan yang dapat diberikan kepada pasien pra bedah.

1. Penjelasan tentang peristiwa :

- ❖ Tindakan2 yang akan dilakukan sebelum operasi; waktu operasi, hal-hal yang akan dialami oleh pasien selama proses operasi, menunjukkan tempat kamar operasi, dan lain-lain.
- ❖ Memberikan penjelasan terlebih dahulu sebelum setiap tindakan persiapan operasi sesuai dengan tingkat perkembangan dan Gunakan bahasa yang sederhana dan jelas.

2. Latihan nafas dalam
3. Latihan kaki dan atau Mobilitas
4. Membantu kenyamanan
5. Mendekatkan diri kepada Tuhan (Berdoa)
6. Mengoreksi pengertian yang salah tentang tindakan pembedahan
7. Kolaborasi dengan dokter pemberian valium dan diazepam tablet bila perlu
8. Keramahtamahan petugas operasi
9. Memberikan kesempatan untuk bertanya

B. Persiapan Fisiologi

1. **Diet**

8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak boleh minum, (puasa) pada operasi dengan anaesthesi umum.

Pada pasien dengan anaesthesi lokal makanan ringan diperbolehkan.

Bahaya yang sering terjadi akibat makan/minum sebelum pembedahan antara lain :

- Aspirasi pada saat pembedahan
- Mengotori meja operasi.
- Mengganggu jalannya operasi.

2. **Persiapan Perut.**

Pemberian huknah/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan.

Untuk pembedahan pada saluran pencernaan bisa dilakukan 2 kali yaitu pada waktu sore dan pagi hari menjelang operasi.

Maksud dari pemberian lavement antara lain :

- *Memungkinkan visualisasi yang lebih baik pada daerah yang akan dioperasi.*
- *Mencegah konstipasi.*
- *Mencegah infeksi.*

3. **Persiapan Kulit**

Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut. Pencukuran dilakukan pada waktu malam menjelang operasi. Rambut pubis dicukur bila perlu saja, kotoran tidak boleh ada didaerah kulit yang akan dioperasi. Luas daerah yang dicukur sekurang-kurangnya 10-20 cm².

4. **Hasil Pemeriksaan**

Meliputi hasil laboratorium, foto rontgen, ECG, USG dan lain-lain.

5. **Informed Consent**

Izin tertulis dari pasien / keluarga harus tersedia. Persetujuan bisa didapat dari keluarga dekat yaitu suami / istri, anak tertua, orang tua dan keluarga terdekat.

Pasien / keluarga sebelum menandatangani surat pernyataan tersebut akan mendapatkan informasi yang detail (paham betul) terkait dengan segala macam prosedur pemeriksaan, pembedahan serta pembiusan yang akan dijalani.

C. Obat-Obatan Pre Medikasi

- Obat menurunkan cemas (Valium atau diazepam *bila perlu*)
- Antibiotik profilaksis utk cegah infeksi selama pembedahan. Dilanjutkan pemberiannya setelah operasi

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul

- Nyeri
- Cemas
- Resiko infeksi
- Resiko injury
- Kurang pengetahuan

ASKEP INTRA-OPERASI

- Di dalam kamar operasi yang harus dilakukan terhadap pasien yaitu berupa tindakan *drapping, pengaturan posisi* dan observasi terus-menerus.

Drapping

- *Drapping* yaitu penutupan pasien dengan menggunakan peralatan alat tenun (duk) steril dan hanya bagian yang akan di incisi saja yang dibiarkan terbuka dengan memberikan zat desinfektan seperti povidone iodine 10% dan alkohol 70%.
- Perlu diperhatikan dalam prinsip dan tehnik dalam melakukan *drapping*.

Pengaturan Posisi

Prinsip-prinsip :

- Atur posisi yang nyaman.
- Sedapat mungkin jaga privasi pasien,
- Amankan pasien diatas meja operasi dg ikatan pas.
- Jaga pernafasan dan sirkulasi vaskuler pasien tetap adekuat.
- Ekstremitas tdk terayun diluar meja operasi, dapat melemahkan sirkulasi.
- Untuk posisi litotomi, naikan dan turunkan kedua ekstremitas bawah secara bersamaan untuk menjaga agar lutut tidak mengalami dislokasi.

Pengkajian/observasi terus-menerus

1. Dukungan mental (bagi pasien sadar)
Bila pasien diberi anaesthesi lokal dan pasien masih sadar/terjaga maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan kepadanya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas/takut menghadapi prosedur tersebut.

2. Observasi Fisik (pasien sadar & tidak)

Tanda-tanda Vital
Infus dan Tranfusi
Pengeluaran urine

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul

- Cemas
- Resiko perlukaan/injury
- Resiko penurunan volume cairan tubuh
- Resiko infeksi
- Resiko Hipotermia



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
NOTOKUSUMO
YOGYAKARTA

TINDAKAN KEPERAWATAN POST OPERATIF

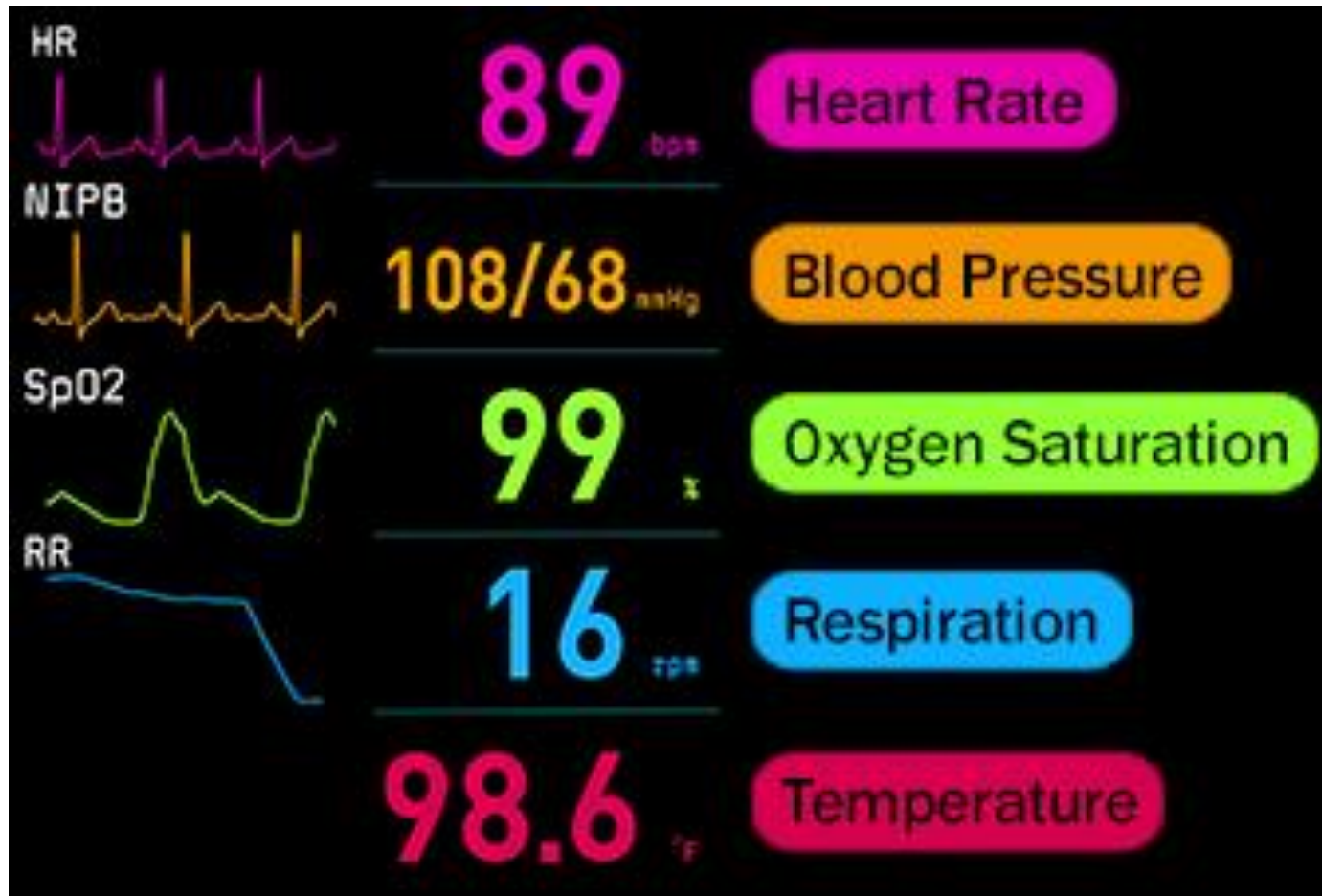


Rudi Haryono, M.Kep

Menyiapkan Tempat Tidur Aether Bed

- Tempat tidur pascaoperasi (*aether bed*) merupakan tempat tidur yang disiapkan untuk klien pascaoperasi yang mendapat norkase (obat bius).
- satu selimut tebal pada alat tenun untuk tempat tidur terbuka.
- Dua buah buli-buli panas atau *warm water zack* (WWZ) dengan suhu air 40-43°C.
- Perlak dan handuk dalam satu gulungan, dengan handuk di bagian dalam.
- Termometer

Observasi Vital sign







Observasi Perdarahan

- Salah satu komplikasi paling umum dan sering pada pasien intra operasi adalah perdarahan. Bahkan ini dapat berlanjut sampai post operatif.
- Saat perdarahan ini tidak teridentifikasi maka akan menjadi kegawatan bagi pasien

Tanda-tanda Perdarahan postoperatif

- Penurunan tekanan darah
- Kulit tampak pucat
- Kulit lebih dingin dan lembab dari biasanya terutama tangan dan kaki
- Takikardi namun lemah
- Pernapasan meningkat
- Oliguri (normal : 0,5-1 cc/kgBB/jam)
- Nyeri
- Perembesan darah dari luka operasi
- Bertambahnya jumlah darah dalam botol penampung drainase luka operasi (4-5 ml/kgBB/jam)

Penanganan



Resusitasi Isotonik

- Larutan isotonik adalah suatu larutan yang mempunyai konsentrasi zat terlarut yang sama (tekanan osmotik yang sama) seperti larutan yang lain, sehingga tidak ada pergerakan air.

- Aplikasi pada cairan infus NaCl 0,9% dan Ringer Laktat
- Digunakan pada pasien Dehidrasi atau hipovolemik



- Jika kondisi terus menurun dan nilai Hb kurang dari 8 gr/dl maka dilanjutkan dg tranfusi PRC 1 s.d. 2 kalf kemudian di evaluasi kembali : tanda-tanda perdarahan dan nilai Hb nya.



Pemeriksaan Kesadaran

- Kesadaran menjadi menurun adalah efek yg pasti terjadi akibat tindakan anastesi intraoperasi
- Setelah Operasi selesai akan lebih baik jika kesadaran dapat segera meningkat
- Pemeriksaan Kesadaran paling umum dapat dilakukan melalui metode : Aldrete Score, Steward Score, Bromage Score dan GCS

Aldrete Score (Dewasa)

Kategori	Tanda	Score
Pernapasan	Dapat bernapas dalam dan batuk, Dangkal namun pertukaran udara adekuat, Apnoea atau obstruksi,	2 1 0
Aktifitas	Seluruh ekstremitas dapat digerakkan, Dua ekstremitas dapat digerakkan, Tidak bergerak,	2 1 0
Sirkulasi	TD menyimpang <20% dari normal, TD menyimpang 20-50 % dari normal, TD menyimpang >50% dari normal,	2 1 0
Kesadaran	Sadar, siaga dan orientasi, Bangun namun cepat kembali tertidur, Tidak berespons,	2 1 0
Warna kulit akral	Merah muda, Pucat, Sianosis,	2 1 0
	TOTALSCORE	

- *Jika Total Score lebih atau sama dengan 8 maka pasien dapat dipindahkan dari RR*

Steward Score (Anak-anak)

Kategori	Tanda	Score
Pernapasan	Batuk, menangis	2
	Pertahankan jalan nafas	1
	Perlu bantuan	0
Aktifitas	Gerak bertujuan	2
	Gerak tak bertujuan	1
	Tidak bergerak	0
Kesadaran	Menangis	2
	Bereaksi terhadap rangsangan	1
	Tidak bereaksi	0
	TOTALSCORE	

- *Jika Total Score lebih atau sama dengan 5 maka pasien dapat dipindahkan dari RR*

Bromage Score (Spinal Anastesi)

- Gerakan penuh dari tungkai, 3
 - Tak mampu menekuk lutut tetapi bisa mengangkat tungkai bawah, 2
 - Mampu fleksi lutut tapi tidak dapat mengangkat tungkai bawah, 1
 - Tak mampu mengangkat kaki, 0
-
- Jika Score mencapai 2 dapat pindah ke ruangan

GCS

Glasgow Coma Score

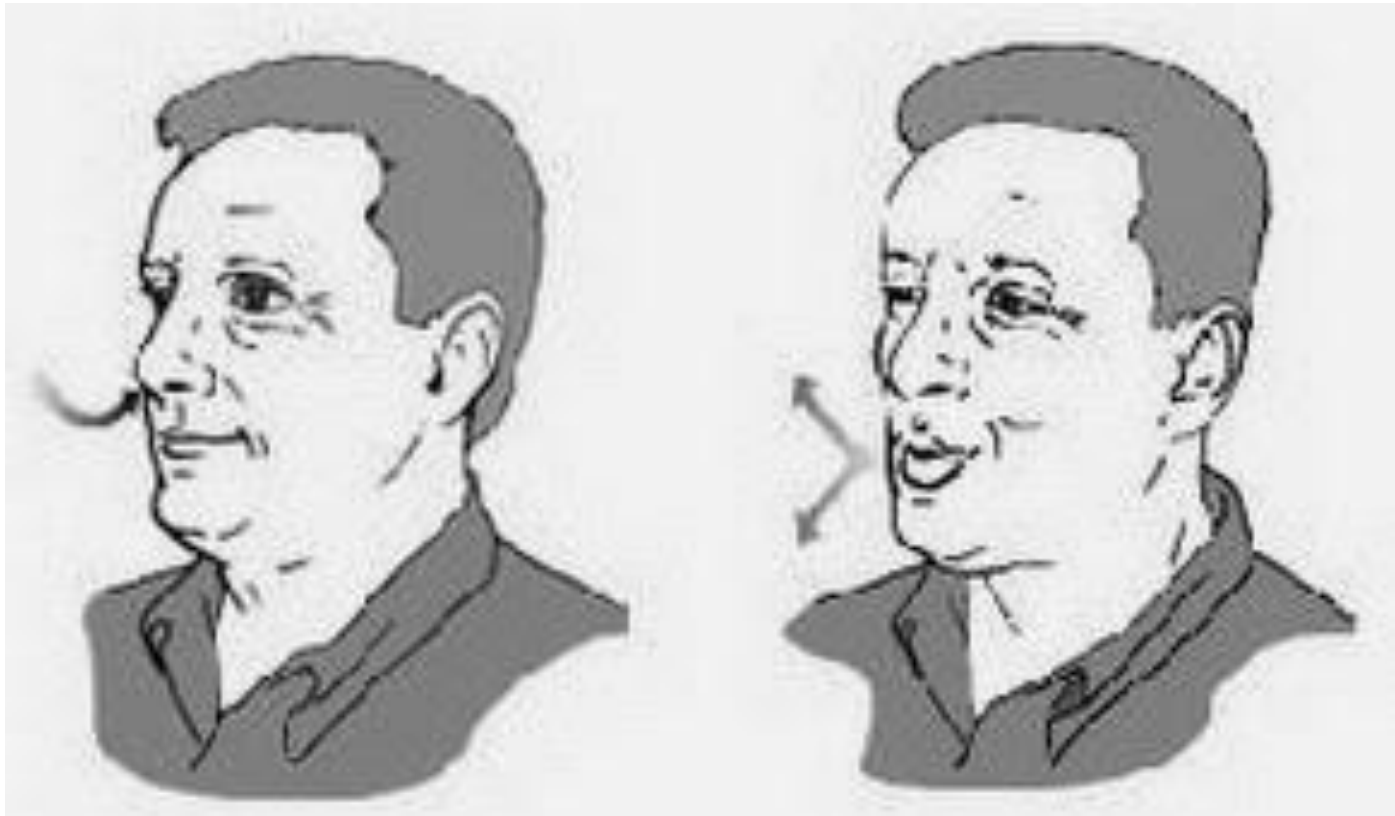
Eye Opening (E)	Verbal Response (V)	Motor Response (M)
4=Spontaneous 3=To voice 2=To pain 1=None	5=Normal conversation 4=Disoriented conversation 3=Words, but not coherent 2=No words.....only sounds 1=None	6=Normal 5=Localizes to pain 4=Withdraws to pain 3=Decorticate posture 2= <u>Decerebrate</u> 1=None
		Total = E+V+M

Observasi Bising Usus



- 
- Efek Anastesi berpengaruh pada semua proses metabolisme termasuk pergerakan usus.
 - Pergerakan usus menandakan “Siapnya kembali sistem pencernaan untuk kembali bekerja”
 - Peristaltik normal 5 – 12 kali permenit.

Membimbing Latihan Napas Dalam



- 
- Latihan napas dalam adalah bernapas dengan perlahan dan menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh (Parsudi, dkk., 2002).
 - Tujuan nafas dalam adalah untuk mencapai ventilasi yang lebih terkontrol dan efisien serta untuk mengurangi kerja bernafas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas (Suddarth & Brunner, 2002).

Tehnik singkatnya

- Posisikan pasien yang nyaman
- Anjurkan pasien untuk mulai latihan dengan cara menarik nafas dalam melalui hidung dengan bibir tertutup.
- Kemudian anjurkan klien untuk menahan napas sekitar 1-2 detik dan disusul dengan menghembuskan napas melalui bibir dengan bentuk mulut seperti orang meniup (purse lips breathing).
- Lakukan beberapa kali hingga pasien rileks.

Latihan Batuk Efektif

- Setelah menarik napas secara perlahan, tahan napas selama 3 detik, dilakukan untuk mengontrol napas dan mempersiapkan melakukan batuk secara efektif
- Angkat dagu agak ke atas, dan gunakan otot perut untuk melakukan pengeluaran napas cepat sebanyak 3 kali dengan saluran napas dan mulut terbuka, keluarkan dengan bunyi Ha,ha,ha atau huff, huff, huff. Tindakan ini membantu epligotis terbuka dan mempermudah pengeluaran mukus.
- Kontrol napas, kemudian ambil napas pelan 2 kali.
- Ulangi teknik batuk di atas sampai mukus sampai ke belakang tenggorokkan
- Setelah itu batukkan dan keluarkan mukus/dahak.

Ambulasi Dini Post Operasi



- 
- Ambulasi dini merupakan kegiatan yang dilakukan segera pada pasien paska operasi dimulai dari bangun dan duduk sampai pasien turun dari tempat tidur dan mulai berjalan.

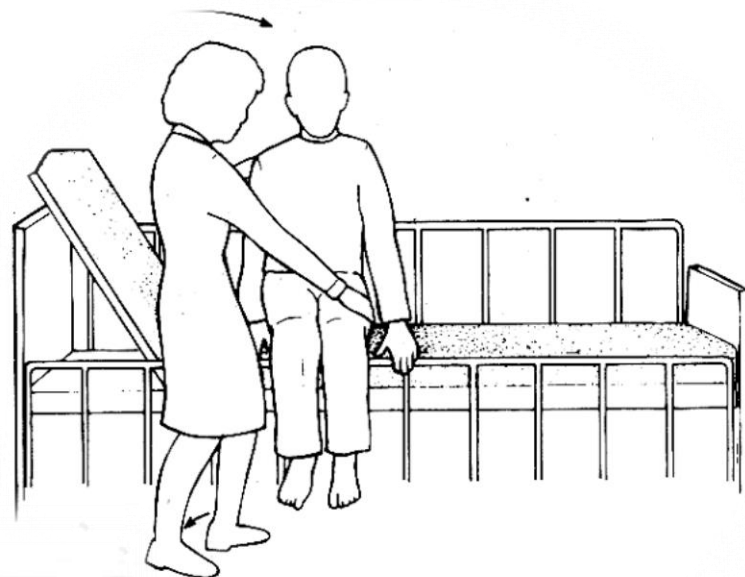
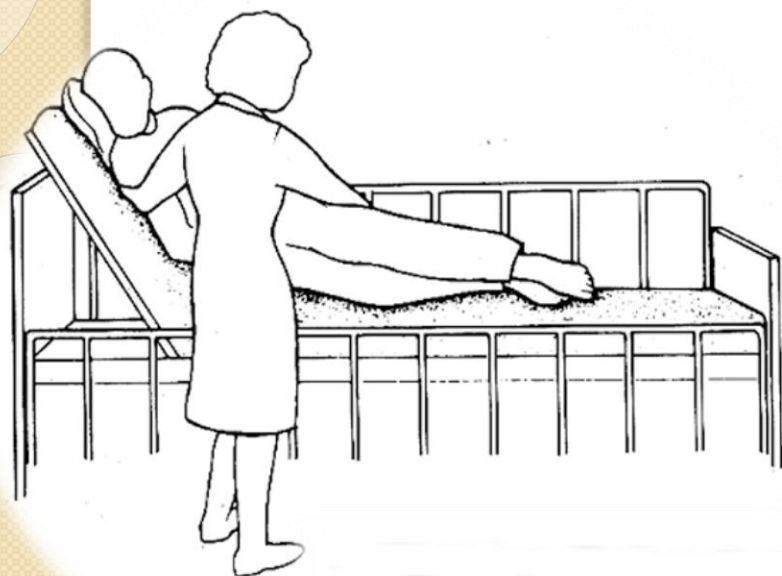
Fungsi

- Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi
- Percepat pemulihan peristaltik usus
- Mengurangi tekanan pada kulit tubuh dengan tempat tidur
- Penurunan intensitas nyeri
- Pemulihan vital sign

Latihan Ambulasi Dini

- Latihan menguatkan otot-otot ekstremitas dan bahu
- Fleksi dan ekstensikan ekstremitas perlahan-lahan
- Angkat kepala dan bahu dari tempat tidur dan rentangkan kedua tangan sejauh mungkin
- Istirahat sebentar, ukur denyut nadi. Bila cepat dan tidak teratur maka harus hati-hati.

- 
- Mula-mula klien di geser ke tepi tempat tidur dan dibantu duduk.
 - Perawat menyangganya di bawah bahu serta lutut dan memutarnya sehingga kedua tungkai dan kakinya berada di samping tempat tidur.
 - Ketika membantu klien turun dari tempat tidur perawat harus berada tepat didepannya. Klien meletakkan tangannya di pundak perawat dan perawat meletakkan di bawah ketiak klien. Klien dibiarkan berdiri sebentar untuk memastikan bahwa ia tidak pusing. Jika klien memerlukan bantuan sebaiknya perawat berjalan di sampingnya dengan tangan di lengan klien





Terimakasih