

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Perforasi gaster adalah suatu penetrasi yang kompleks dari dinding lambung, usus besar, usus halus akibat dari bocornya isi dari usus ke dalam rongga perut. Perforasi dari lambung berkembang menjadi suatu peritonitis kimia yang disebabkan karena kebocoran asam lambung dalam rongga perut (Warsinggih, 2016). Gambaran klinis pada pasien dengan perforasi ulkus peptik kadang-kadang tidak jelas, sehingga terkadang kebanyakan pasien datang dengan tanda dan gejala peritonitis bahkan sampai ke sepsis. Variasi gejala klinis, keterlambatan dari diagnosis dan penanganan dapat menyebabkan perburukan gejala dan penurunan kondisi klinis yang dapat mengakibatkan hasil akhir yang buruk (Thorsen, et.al, 2013).

Perforasi adalah ancaman abdominal dan indikasi bahwa pembedahan diperlukan (Brunner & Suddarth, 2001). Perforasi dalam bentuk apapun yang terjadi dan mengenai saluran pencernaan merupakan salah satu kasus kegawatdaruratan terutama dalam kegawatan bedah. Penatalaksanaan bedah yang dilakukan untuk mengatasi hal tersebut adalah laparotomi eksplorasi. (Warsinggih, 2018).

Kasus tindakan laparotomi mengalami peningkatan di beberapa negara di dunia. Salah satunya di daerah Afrika, pada tahun 2015 terdapat 1276 kasus laparotomi dengan 449 kasus (35%) di bagian obsetri dan 876 kasus (65%) pada

bagian bedah umum (Ngowe, N.M., et.al, 2014; Baison, G.N, 2017). Di Indonesia, jumlah tindakan operasi terhitung pada tahun 2012 mencapai 1,2 juta jiwa dan diperkirakan 32% diantaranya merupakan tindakan bedah laparatomi (Kemenkes RI, 2013).

Penelitian Thorsen et.al (2013) menyebutkan bahwa masih terdapat resiko tinggi terhadap motilitas dan morbilitas pada pasien yang mendapatkan terapi pembedahan, mortalitas akibat perforasi gaster diatas 27% dan komplikasi dilaporkan terjadi pada 20-50% pasien. Dari 19 kasus yang dilakukan operasi, 12 (63%) kasus sembuh dengan lama perawatan post op diruangan antara 7-10 hari rawatan dan sebanyak 7 kasus (37%) kasus meninggal paska operasi karena sepsis (Wahyudi, 2008).

Perforasi yang menembus rongga peritoneal akibat dari inflamasi, infeksi, iskemia, trauma dapat menyebabkan peritonitis. Pada kasus peritonitis terjadi proliferasi bakterial. Terjadi edema jaringan, dan dalam waktu singkat dapat terjadi eksudasi cairan. Cairan dalam rongga peritoneal menjadi keruh dengan peningkatan jumlah protein, sel darah putih, debris seluler, dan darah. Respon segera dari saluran usus adalah hipermotilitas, diikuti oleh ileus paralitik, disertai akumulasi udara dan cairan dalam usus. Seringkali, inflamasi tidak lokal dan seluruh rongga abdomen menjadi terkena pada sepsis umum. Sepsis adalah penyebab umum dari kematian pada peritonitis. Syok juga dapat diakibatkan dari septikemia atau hipovolemia (Brunner & Suddarth, 2001).

Meskipun pemahaman patofisiologi penyakit dan terapi intensif, didukung oleh terapi antibiotik yang spesifik, sepsis dilaporkan tetap menjadi penyebab kematian *non-cardiac* di *Intensive Care Unit* (ICU). Syok septik merupakan kondisi kesehatan dunia yang dikaitkan dengan kejadian kematian yang tinggi (*American Journal of Critical Care*, 2013). Sepsis merupakan suatu sindrom multifaktorial dan kompleks yang terjadi karena adanya respon tubuh terhadap infeksi, respon yang ditimbulkan cenderung berbahaya atau merusak (Oliveira, A et.al, 2013).

Penelitian yang dilakukan Mc Pherson (2013) di Inggris pada tahun 2001-2010 menunjukkan 1 dari 20 kematian yang terjadi di Inggris disebabkan oleh sepsis, dengan prevalensi kejadian sebesar 5,5% untuk wanita dan 4,8% untuk pria. Angka kejadian sepsis di Amerika tercatat sebanyak 750.000 kasus sepsis setiap tahunnya dan sekitar 2% kasus kematian yang terkait dengan kejadian *severe* sepsis (Angus & Poll, 2013). Di Indonesia, tingkat kejadian dari sepsis diperoleh di RS Sutomo adalah sebanyak 27,08% penderita dengan keadaan sepsis berat dan 14,58% dalam keadaan syok septik (Tambajong, 2015).

Syok septik memiliki karakteristik hipotensi yang sulit diatasi dan penurunan perfusi jaringan. Biasanya hal ini terjadi ketika intervensi awal yang dilakukan untuk menanggulangi masalah hemodinamik gagal dilakukan. Manifestasi lain dari syok septik ditandai dengan kegagalan sirkulasi, meskipun telah dilakukan resusitasi cairan secara adekuat atau memerlukan vasopresor untuk mempertahankan tekanan darah dan perfusi organ (Harsono, 2005).

Pada periode postoperatif, terutama setelah bedah toraks besar atau bedah abdomen atas, gagal nafas akibat ventilasi yang tidak adekuat dapat terjadi. Alasan dari gagal nafas selama periode ini sangat beragam. Efek dari agen anestetik, analgesik, dan sedatif yang berlangsung lama. Agens tersebut menekan pernafasan dengan efek yang dikeluarkannya atau meningkatkan efek dari anagesik opioid. Nyeri pada area toraks dan abdomen mengganggu nafas dalam dan batuk. Relaksan otot sering digunakan selama anestesi. Beberapa pasien mungkin mempunyai kesulitan memetabolisme atau mengekresi obat-obat ini, sehingga efek obat-obatan tersebut berlangsung lebih lama dari biasanya, menyebabkan kelemahan otot pada periode pascaoperatif. Ketidaksesuaian dari ventilasi terhadap perfusi juga menyebabkan gagal nafas setelah bedah mayor abdomen dan toraks (Brunner & Suddarth, 2001).

Pasien dengan ventilasi mekanik memerlukan pemantauan yang berulang, sehingga dapat meminimalkan resiko kejadian komplikasi dari ventilasi mekanik seperti: barotrauma, gangguan jalan nafas, infeksi paru, hipoventilasi, hiperventilasi, hipoksia, penurunan perfusi jaringan akibat penurunan fungsi jantung, nyeri, hipoksia, imobilisasi, peningkatan morbiditi dan mortaliti, serta dapat menyebabkan beberapa efek psikologis seperti gangguan tidur, ketidaknyamanan, kegelisahan dan stres. Penggunaan ventilasi mekanik pada pasien di ICU diikuti penggunaan obat sedasi dan relaksan otot yang berguba untuk mengurangi efek psikologis dan nyeri yang dirasakan (Mackenzie, 2008). Pemberian obat sedasi relaksan juga akan menyebabkan imobilisasi pasien (Morton dan Dorrie, 2009).

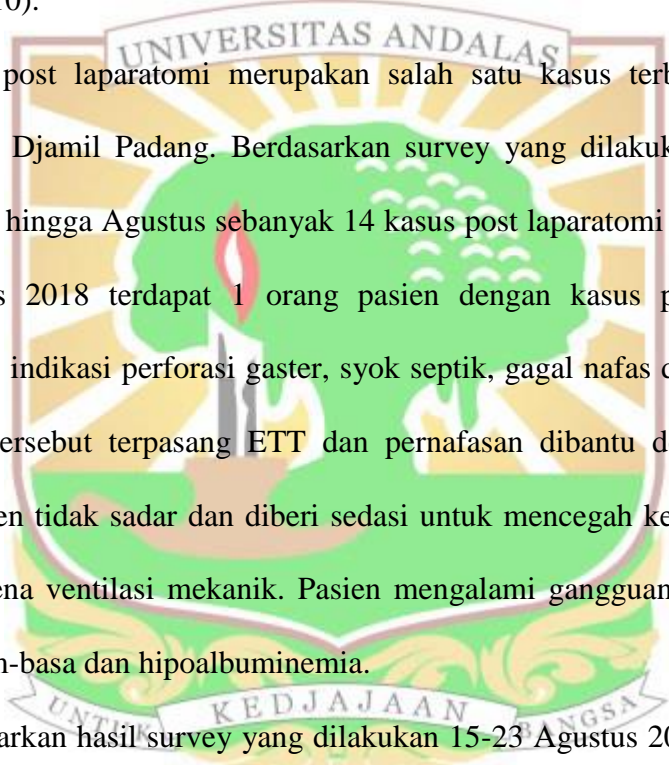


Imobilisasi dalam jangka waktu yang lama pada pasien yang dirawat di ICU dapat mengakibatkan perubahan psikologis, fisiologis dan psikososial. Imobilisasi juga dihubungkan dengan perubahan kardiovaskuler, rangka dan lainnya (Anwar, 2012). Pada klien yang terimobilisasi, menurunnya volume cairan yang bersirkulasi, berkumpulnya darah pada ekstremitas bawah, menurunnya respon otonomik akan terjadi. Faktor ini akan menurunkan aliran balik vena, disertai meningkatnya curah jantung, yang direfleksikan dengan menurunnya tekanan darah. Hal ini terutama dapat terjadi pada klien lansia. Karena beban jantung meningkat, konsumsi oksigen juga meningkat. Oleh karena itu, jantung akan bekerja lebih keras dan kurang efisiensinya jantung selanjutnya akan menurun (Savi et.al, 2010).

Pada pasien yang dirawat di ICU diperlukan mobilisasi. Mobilisasi progresif diperkenalkan oleh *American Association of Critical Care Nurses* (AACN) pada tahun 2010. Mobilisasi progresif adalah serangkaian rencana yang dibuat untuk mempersiapkan pasien agar mampu bergerak atau berpindah tempat secara berjenjang dan berkelanjutan (AACN,2010).

Mobilisasi pasien kritis dapat meningkatkan kekuatan otot, menurunkan stres oksidasi dan inflamasi. Selama beraktivitas atau latihan akan memaksimalkan 60-75% intake oksigen dan meningkatkan produksi antioksidan (Truong et.al, 2009). Penelitian Cohen (2008) di Australia mengevaluasi efek hemodinamik dan metabolisme pernafasan untuk 32 orang pasien yang terpasang ventilasi mekanis dengan mode SIMV, menyatakan bahwa terdapat peningkatan yang signifikan pada denyut jantung, sistolik, curah jantung, konsumsi oksigen,

produk carbondioksida dan PaCO<sub>2</sub>. Penelitian lain oleh Stiller (2007) pada 39 pasien di ICU yang menerima 69 tindakan mobilisasi ditemukan bahwa mobilisasi mengakibatkan peningkatan yang signifikan dalam denyut jantung, tekanan darah dan penurunan yang tidak signifikan pada saturasi oksigen. *Passive leg movement* (PLM) merupakan salah satu bagian terapi mobilisasi yang berguna untuk meningkatkan sirkulasi darah dan perfusi jaringan pada pasien dengan imobilisasi (Savi et.al, 2010).



Kasus post laparatomi merupakan salah satu kasus terbanyak di ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang. Berdasarkan survey yang dilakukan, didapatkan data awal Juni hingga Agustus sebanyak 14 kasus post laparatomi eksplorasi. Pada bulan Agustus 2018 terdapat 1 orang pasien dengan kasus post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut. Pasien tersebut terpasang ETT dan pernafasan dibantu dengan ventilasi mekanik. Pasien tidak sadar dan diberi sedasi untuk mencegah ketidaknyamanan dan nyeri karena ventilasi mekanik. Pasien mengalami gangguan hemodinamik, elektrolit, asam-basa dan hipoalbuminemia.

Berdasarkan hasil survey yang dilakukan 15-23 Agustus 2018, didapatkan sebanyak 7 pasien yang terpasang ventilasi mekanik dilakukan mobilisasi progresif. Mobilisasi yang diberikan yang terbanyak yaitu *head of bed 30°* dan rotasi lateral. Akan tetapi masih belum terlihat pasien diberikan tindakan mobilisasi progresif *passive leg movement*.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi

gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut dengan penerapan *passive leg movement* di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUP dr. M. Djamil Padang.

## B. Tujuan

### 1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memaparkan hasil asuhan keperawatan pada klien dengan post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut dengan penerapan *passive leg movement* pada pasien yang terpasang ventilasi mekanik di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUP Dr. M. Djamil Padang.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan hasil pengkajian pada pasien post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut di ICU RSUP dr. M. Djamil Padang.
- b. Menjelaskan diagnosa keperawatan pada pasien post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut di ICU RSUP dr. M. Djamil Padang.
- c. Menjelaskan rencana pencapaian asuhan pada pasien post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut di ICU RSUP dr. M. Djamil Padang.
- d. Menjelaskan implementasi pada pasien dengan post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut di ICU RSUP dr. M. Djamil Padang.

- e. Menjelaskan evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan pada pasien dengan post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut di ICU RSUP dr. M. Djamil Padang.
- f. Menjelaskan evaluasi penerapan *passive leg movement* pada pasien post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut di ICU RSUP dr. M. Djamil Padang.

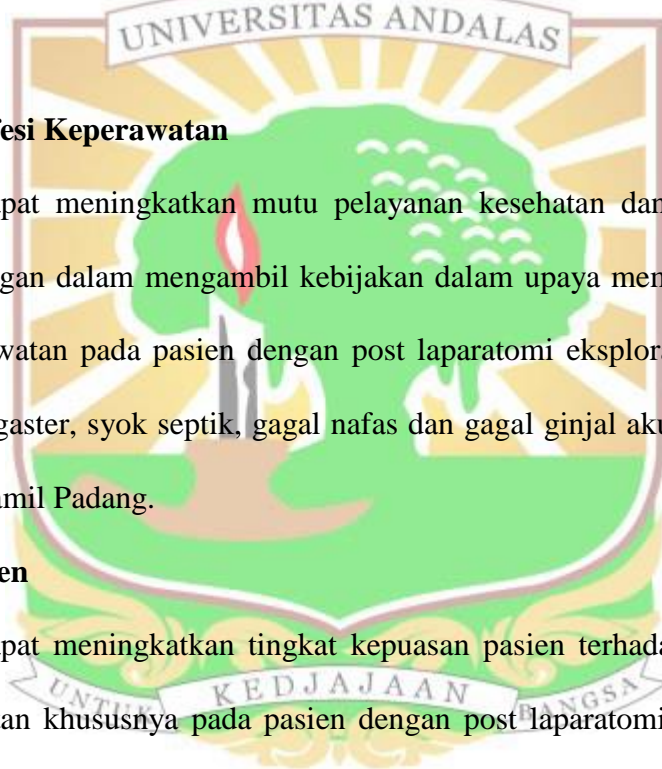
### C. Manfaat

#### 1. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil kebijakan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut di ICU RSUP dr. M. Djamil Padang.

#### 2. Bagi Pasien

Dapat meningkatkan tingkat kepuasan pasien terhadap mutu asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut di ICU RSUP dr. M. Djamil Padang.





### 3. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat memberikan masukan bagi bidang keperawatan umumnya dan para tenaga perawat di ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut dan penerapan *passive leg movement* pada pasien dengan ventilasi mekanik di ICU RSUP dr. M. Djamil Padang.

### 4. Bagi Pengetahuan

Dapat memberikan referensi dan masukan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan post laparatomi eksplorasi atas indikasi perforasi gaster, syok septik, gagal nafas dan gagal ginjal akut dan penerapan *passive leg movement* di RSUP Dr. M. Djamil Padang.

