

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Mobilisasi.

2.1.1. Pengertian Mobilisasi.

Mobilisasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 2002). Carpenito (2000) menjelaskan bahwa mobilisasi merupakan faktor utama dalam mempercepat pemulihan dan pencegahan terjadinya komplikasi pasca bedah, mobilisasi sangat penting dalam percepatan hari lama rawat dan mengurangi resiko karena tirah baring lama seperti terjadinya dekubitus, kekakuan atau penegangan otot-otot diseluruh tubuh, gangguan sirkulasi darah, gangguan pernafasan, dan gangguan peristaltik maupun berkemih. Kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis.

Mobilisasi merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas (Perry & Potter, 2010). Mobilisasi adalah kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Alimul, 2009)

2.1.2. Tujuan Dilakukannya Mobilisasi.

Beberapa tujuan dari mobilisasi menurut Susan J.Garrison (2004), antara lain:

1. Mempertahankan fungsi tubuh
2. Memperlancar peredaran darah
3. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
4. Mempertahankan tonus otot
5. Memperlancar eliminasi alvi dan urine
6. Mempercepat proses penutupan jahitan operasi
7. Mengembalikan aktivitas tertentu, sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.

2.1.3. Indikasi Mobilisasi

Indikasi di perbolehkan untuk latihan rentang gerak menurut Potter,P (2006).

1. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran

Salah satu efek yang ditimbulkan pada anestesi umum adalah efek anesthesia yaitu analgesia yang di sertai hilangnya kesadaran (Zunlida dalam Sulistia, 2007).

2. Kelemahan otot

Menurut Zunlida dalam Sulistia (2007) salah satu efek dari trias anesthesia adalah efek relaksasi otot.

3. Fase rehabilitasi fisik

Beberapa fisioterapis menempatkan latihan pasif sebagai *preliminary exercise* bagi pasien yang dalam fase rehabilitasi fisik sebelum pemberian terapi latihan yang bersifat *motor relearning* (Irfan, 2012).

4. Klien dengan tirah baring lama

Pemberian terapi latihan berupa gerakan pasif sangat bermanfaat dalam menjaga sifat fisiologis dari jaringan otot dan sendi pada pasien dengan tirah baring lama. Jenis latihan mobilisasi dapat di berikan sedini mungkin untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi, dan lain-lain (Irfan, 2012).

2.1.4. Kontra indikasi Mobilisasi

Kontra indikasi untuk latihan rentang gerak menurut Potter,P (2006).

1. Trombus/emboli pada pembuluh darah
2. Kelainan sendi atau tulang
3. Klien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung)
4. Trauma medulla spinalis atau trauma system saraf pusat

2.1.5. Tahapan dan Pelaksanaan Mobilisasi Post operasi

1. Tahap-tahap mobilisasi pada pasien dengan pasca pembedahan menurut Rustam Moechtar (2000), meliputi:
 - a. Hari pertama pasca operasi 6 – 10 jam setelah pasien sadar, pasien bisa melakukan latihan pernafasan dan batuk efektif, kemudian miring kanan dan miring kiri sudah dapat dimulai.
 - b. Hari kedua, pasien didudukkan selama 5 menit, disuruh latihan pernafasan dan batuk efektif guna melonggarkan pernafasan
 - c. Hari ketiga sampai hari kelima pasien dianjurkan untuk belajar berdiri kemudian berjalan disekitar kamar, ke kamar mandi, dan ke kamar sendiri.

2. Menurut Kasdu (2003) mobilisasi dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini:
 - a. Setelah operasi, pada 6 jam pertama klien harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Bertujuan agar kerja organ pencernaan kembali normal.
 - b. Setelah 6-10 jam, klien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah trombosis dan trombo emboli
 - c. Setelah 24 jam klien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk
 - d. Setelah klien dapat duduk, dianjurkan klien belajar berjalan.
3. Tahap mobilisasi dini menurut (Beyer, 1997) dijelaskan sebagai berikut:
 - a. Tahap I : mobilisasi atau gerakan awal : nafas dalam, batuk efektif, dan menggerakkan ekstremitas
 - b. Tahap II : mobilisasi atau gerak memutar pergelangan kaki dan lengan
 - c. Tahap III : mobilisasi atau gerakan duduk tegak selama 5 menit
 - d. Tahap IV : mobilisasi atau gerakan turun dari tempat tidur dan berdiri (3x/hr)
 - e. Tahap V : mobilisasi atau gerakan berjalan dengan bantuan (2 x/hr)
 - f. Tahap VI : mobilisasi atau gerakan berdiri sampai kembali duduk naik ke tempat tidur tanpa bantuan secara perlahan.

g. Tahap VII : mobilisasi atau gerakan bangkit dari duduk ditempat tidur tanpa bantuan.

Dalam pelaksanaan mobilisasi dini untuk mencegah terjadinya cedera, maka perawat yang terlatih perlu memberikan pendidikan kesehatan tentang mobilisasi dini terhadap pasien (Thomson, 2002).

4. Pra mobilisasi bertujuan untuk mempersiapkan otot untuk berdiri dan berjalan yang dipersiapkan lebih awal ketika pasien bergerak dari tempat tidur (Hoeman, 2001)

Prosedur pelaksanaan Mobilisasi dini (Alimul A,2002)

a. Nafas dalam

- 1) Menarik nafas melalui hidung
- 2) Menggunakan diafragma (abdomen naik)
- 3) Mengeluarkan nafas perlahan-lahan melalui mulut
- 4) Diulang selama 5 kali

b. Miring kanan dan miring kiri

- 1) Tempatkan pasien dalam posisi telentang (*supinasi*)
- 2) Posisikan pasien dalam posisi miring yang sebagian pada abdomen
- 3) Tempatkan bantal di bawah lengan atas yang di fleksikan, yang menyongkong lengan setinggi bahu
- 4) Tempatkan bantal di bawah tungkai atas yang difleksikan, yang menyongkong tungkai setinggi panggul.
- 5) empatkan bantal pasien paralel dengan permukaan plantar kaki (lakukan selama 5 menit dengan waktu istirahat 1 menit ke arah kiri kemudian kanan)

- c. Latihan mengencangkan otot gluteal
 - 1) Tekan otot pantat
 - 2) Menggerakkan kaki kanan keatas kemudian ketepi tempat tidur
 - 3) Menahan posisi dalam hitungan 1-5
 - 4) Mengembalikan kaki ke posisi semula (di tengah)
 - 5) Menggerakkan kaki kiri keatas kemudian ketepi tempat tidur
 - 6) Mengembalikan kaki ke posisi semula
 - 7) Lakukan selama 5 menit dengan waktu istirahat 1 menit setiap selesai gerakan ke kanan dan ke kiri
- d. Posisikan kepala 30⁰ selama 15 menit
- e. Posisikan bagian bawah tempat tidur lebih rendah
- f. *Sitting balance* yaitu membantu pasien untuk duduk di sisi tempat tidur dengan bantuan yang diperlukan (Berger & Williams, 1992)
 - 1) Dengan satu lengan di bawah punggung pasien dan satu lengan di bawah paha pasien, pindahkan pasien dengan posisi *dangling* (Thomson, 2002). *Dangling* adalah pasien duduk dengan kaki menjuntai di tepi tempat tidur.
 - 2) Beri instruksi untuk menggoyangkan kaki selama beberapa menit (Bai, 2009). Jangan terlalu memaksakan pasien untuk banyak melakukan pergerakan pada saat bangun untuk menghindari kelelahan.
- g. *Standing balance* yaitu melatih berdiri dan berjalan. Perhatikan waktu pasien turun dari tempat tidur apakah menunjukkan gejala-gejala pusing, sulit bernafas dan lain lain. Tidak jarang pasien tiba-tiba lemas akibat hipotensi orthostatik. Menurut (Berger & Williams, 1992) memperhatikan

pusing sementara adalah proses pencegahan yang sangat penting saat mempersiapkan pasien untuk mobilisasi dini. Bahkan *bedrest* jangka pendek, terutama setelah cedera atau tindakan pembedahan dapat disertai hipotensi orthostatik. Hipotensi orthostatik adalah komplikasi yang sering terjadi pada *bedrest* jangka pendek, meminta pasien duduk di sisi tempat tidur untuk beberapa menit sebelum berdiri biasanya sesuai untuk hipotensi orthostatik yang benar. Lakukan istirahat sebentar, ukur denyut nadi (Asmadi, 2008). Ketika membantu pasien turun dari tempat tidur perawat harus berdiri tepat di depannya. Pasien meletakkan tangannya di pundak perawat, dan perawat meletakkan tangannya di bawah ketiak pasien, pasien dibiarkan berdiri sebentar untuk memastikan tidak merasa pusing. Bila telah terbiasa dengan posisi berdiri, pasien dapat mulai untuk berjalan. Perawat harus berada di sebelah pasien untuk memeberikan dukungan dan dorongan fisik, harus hati-hati untuk tidak membuat pasien merasa letih: lamanya periode mobilisasi dini pertama beragam tergantung pada jenis prosedur bedah dan kondisi fisik serta usia pasien (Brunner & Suddarth, 2002)

- h. *Walking* seperti halnya tindakan lainnya, membantu pasien berjalan memerlukan persiapan. Perawat mengkaji toleransi pasien terhadap aktivitas, kekuatan, adanya nyeri, koordinasi dan keseimbangan pasien untuk menentukan jumlah bantuan yang diperlukan pasien. Aktifitasi ini mungkin memerlukan alat seperti kruk, tongkat, dan *walker*. Namun pada prinsipnya perawat dapat melakukan aktivitas ini meskipun tanpa alat.

- 1) Minta pasien untuk meletakkan tangan di samping badan atau memegang telapak tangan pasien
- 2) Berdiri di samping pasien dan pegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien
- 3) Bantu pasien untuk berjalan (Alimul, 2002)

2.1.6. Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi.

Menurut Kozier, 2000, faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi pada post operasi dapat segera terlaksana antara lain :

1. Gaya hidup

Gaya hidup seseorang sangat tergantung dari tingkat pendidikannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan diikuti oleh perilaku yang dapat meningkatkan kesehatannya. Demikian halnya dengan pengetahuan kesehatan tentang mobilitas seseorang akan senantiasa melakukan mobilisasi dengan cara yang sehat.

2. Proses penyakit atau trauma

Adanya penyakit tertentu yang diderita seseorang akan mempengaruhi mobilitasnya, misalnya; seorang yang patah tulang akan kesulitan untuk mobilisasi secara bebas. Demikian pula orang yang baru menjalani operasi, karena adanya rasa sakit atau nyeri yang menjadi alasan mereka cenderung untuk bergerak lebih lamban. Ada kalanya klien harus istirahat di tempat tidur karena menderita penyakit tertentu.

3. Kebudayaan

Kebudayaan dapat mempengaruhi pola dan sikap dalam melakukan aktifitas misalnya; pasien setelah operasi dilarang bergerak karena kepercayaan kalau banyak bergerak nanti luka atau jahitan tidak jadi.

4. Tingkat energi

Kebudayaan dapat mempengaruhi pola dan sikap dalam melakukan aktifitas misalnya; pasien setelah operasi dilarang bergerak karena kepercayaan kalau banyak bergerak nanti luka atau jahitan tidak jadi.

5. Usia dan tingkat perkembangannya

Seorang anak akan berbeda tingkat kemampuan mobilitasnya dibandingkan dengan seorang remaja.

6. Peran keluarga, terutama orang tua

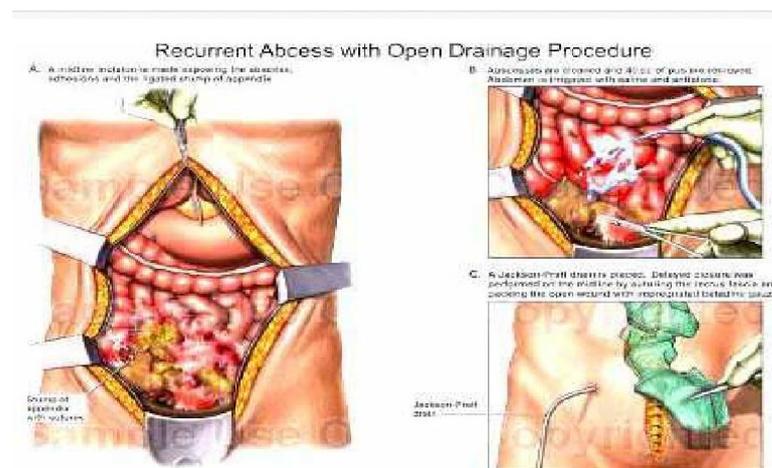
Dukungan dan motivasi dalam keluarga yang kuat akan memicu pasien untuk berani melakukan mobilisasi dini paska operasi. Mobilisasi secara tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Secara psikologis mobilisasi akan memberikan kepercayaan pada pasien bahwa dia mulai merasa sembuh. Perubahan gerakan dan posisi ini harus diterangkan pada pasien atau keluarga yang menunggu. Pasien dan keluarga akan dapat mengetahui manfaat mobilisasi, sehingga akan berpartisipasi dalam pelaksanaan mobilisasi.

2.2. Konsep Drainase

2.2.1. Pengertian Drainase

Secara umum pengertian drain pada pembedahan adalah saluran untuk mengeluarkan nanah, darah, atau cairan lain dari sebuah luka operasi. Drain yang diletakan setelah operasi bermanfaat untuk mengeluarkan cairan yang terbentuk yang dapat menjadi fokus infeksi, untuk meminimalkan terjadinya komplikasi pasca operasi, ahli bedah memasang drainase yang menurut penelitian dapat berfungsi untuk evakuasi cairan yang terbentuk dan meminimalkan terjadinya dead space. (Chintanami.BMC Cancer. 2005.)

Mekanisme yang diharapkan adalah drain yang dipasang akan menyebabkan perlengketan skin flap, Sehingga mengurangi insiden terjadinya seroma hematoma dan flap necrosis pasca operasi. Beberapa penelitian menjelaskan bahwa tanpa pemakaian drain insiden terjadinya seroma akan menjadi sangat tinggi. Sedangkan pemakaian drain yang terlalu lama akan menyebabkan terjadinya ascending infeksi lewat drainase (Chintanami.BMC Cancer. 2005.)



2.1 Gambar posisi drain pada operasi Laparotomy

<https://www.scribd.com/doc/77857739/Abdominal-Drainage>

2.2.2. Tipe drain

Drain dapat dibagi menjadi 2 tipe yaitu :(Barwel, J, Campbell, 1997).

1. Drain aktif

Dimana cairan yang terbentuk akan di alirkan melalui saluran yang di hubungkan dengan alat penghisap. Dengan memberikan tekanan isap rendah yang menyebabkan cairan akan terhisap terus menerus.

Keuntungan dari penggunaan drain aktif ini antara lain;

- a. Meminimalkan trauma jaringan
- b. Akurat dalam perhitungan jumlah drainase
- c. Karena sistem tertutup, resiko infeksi akan menurun

Beberapa hal yang mempengaruhi keefektifan drain aktif ini antara lain adalah, konsistensi dari cairan yang dihasilkan , panjang dan diameter dari pipa drain, dan seberapa besar tekanan isap yang diberikan.

2. Drain pasif

Cairan yang terbentuk akan dialirkan. melalui sebuah saluran dengan tempat penampung hanya dengan bantuan gaya gravitasi dan sifat cairan yang mencari tempat terendah.

2.2.3. Tujuan pemasangan drain pada pembedahan (Tsujinaka S, Kawamura YJ, Konishi F, et al; 2008).

1. Untuk menutup ruang mati di bidang jaringan yang berlebih
2. Memberikan aliran pada fokus abses atau bagian tubuh yang terinfeksi
3. Sebagai penanda pertama adanya kebocoran pasca pembedahan seperti kebocoran usus, urin ataupun udara dari paru-paru.
4. Mengontrol kebocoran fistula

2.2.4. Beberapa faktor yang berkontribusi dalam peningkatan lama drainase serta pembentukan seroma (Chintanami.BMC Cancer. 2005.)

1. Body Mass Index

Ada hubungan linear antar BMI dengan peningkatan pembentuka seroma

2. Teknik operasi

Penggunaan elektrokauter dilaporkan akan meningkatkan terjadinya seroma dibandingkan denga penggunaan pisau.

3. Jenis drain yang di pakai

Penggunaan drain vacuum menyeluruh menyebabkan lebih lama pemakaian drain.

4. Latihan segera

Latihan segera juga berpengaruh terhadap jumlah seroma yang terbentuk

5. Negative suction

Penggunaan negative suction mencegah kebocoran lebih lanjut dari sistem limfatik

2.2.5. Seroma (Rixendo, 2010)

Definisi seroma merupakan komplikasi tersering yang didapatkan setelah operasi. Dalam beberapa kepustakaan, seroma didefinisikan sebagai kumpulan cairan serous yang terbentuk bersamaan dengan pembentukan skin flaps selama pembedahan yang akan mengisi dead space selama periode akut post operasi. Seroma berasal dari cairan yang berkumpul yang berasal dari ultra filtrasi pembuluh darah, pertama post operatif didapatkan mengandung komponen darah tetapi satu hari berikutnya berubah menjadi cairan yang menyerupai cairan limfe yang mengandung protein lebih banyak dan tidak ada fibrinogen. Jadi tidak

terbentuk koagulasil. Seroma yang terbentuk di bawah flaps kulit akan menghalangi proses penyembuhan luka, dan drain biasanya di pasang untuk mengeluarkan cairan yang terbentuk post operasi. Setelah satu sampai tiga minggu setelah operasi, skin flaps akan sembuh dan melekat yang dibuktikan dengan tidak ada lagi cairan yang keluar dari drain. Begitu drain di lepas, seroma yang terbentuk dapat diatasi dengan perkutaneus aspirasi. (Chintanami.BMC Cancer, 2005).

2.2.6. Peran Drain Terhadap Luka Operasi

Pemasang dan pelepasan drain berlaku pada Fase *inflamasi* atau *lag Phase*. Berlangsung pada hari ke 3–4, akibat luka terjadi pendarahan ikut keluar trombosit dan sel-sel radang. Trombosit mengeluarkan prostaglandin, tromboksan, bahan kimia tertentu dan asam amino tertentu yang mempengaruhi pembekuan darah, mengatur tonus dinding pembuluh darah dan kemotaksis terhadap leukosit.

Terjadi *vasokonstriksi* dan proses penghentian darah. Sel radang keluar dari pembuluh darah secara diapedesis dan menuju daerah luka secara kemotaksis. *Sel mast* mengeluarkan serotonin dan histamin yang meninggikan permeabilitas kapiler, terjadi *aksudasi* cairan edema. Dengan demikian timbul tanda-tanda radang. Leukosit, limfosit dan monosit menghancurkan dan memakan kotoran maupun kuman (proses *pagositosis*).

Pada fase inilah drain berperan yaitu sebagai jalan keluarnya sisa-sisa proses penutupan luka setelah operasi (pagositosis proses), dan diharapkan fase atau proses penyembuhan luka akan lebih cepat. Waktu lepas drain di banyak rumah sakit di lakukan pada fase ini (inflamasi), sebab semakin lama pemasangan drain akan beresiko menjadikan tempat awal infeksi. Dan tidak terdapat perbedaan

bermakna dalam hal jumlah seroma terakhir rata-rata sewaktu drain dibuka antara drain lepas cepat dan drain lepas lambat, adapun rata-rata drain dilepas jika cairan seroma/cairan drain < 30 cc (Rixendo,2010).

2.3. Konsep Laparatomi

2.3.1. Pengertian

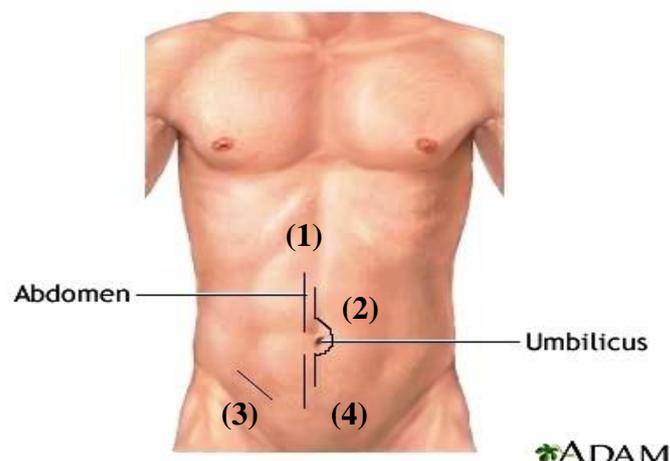
Laparatomi merupakan insisi pembedahan melalui pinggang, tetapi tidak selalu tepat dan lebih umum dilakukan dibagian perut mana saja (Doorland, 1994, dalam Surono, 2009). Laparatomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Laparatomi dilakukan pada kasus-kasus seperti apendiksitis, perforasi, hernia inguinalis, kanker lambung, kanker colon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestisitis dan peritonitis (Sjamsuhidajat, 2005). Laparatomi merupakan suatu potongan pada dinding abdomen dan yang telah didiagnosa oleh dokter dan dinyatakan dalam status atau catatan medik pasien. Laparatomi adalah suatu potongan pada dinding abdomen sampai membuka selaput perut (Jitowiyono, 2010).

Bedah laparatomi merupakan tindakan operasi pada daerah abdomen, bedah laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen yang dapat dilakukan pada bedah digestif dan kandungan (Smeltzer & Bare, 2002). Laparatomi adalah insisi dinding abdomen untuk tujuan eksplorasi (Hinchliff, 2010). Laparatomi adalah insisi pembedahan melalui punggung atau lebih umum melalui setiap bagian dinding perut (Danuwidjaja, 2009).

2.3.2. Jenis Sayatan Pada Operasi Laparatomi

Ada 4 (empat) cara, yaitu (Syamsuhidayat & Wim De Jong, 2008):

1. *Midline insision*; yaitu insisi pada daerah tengah abdomen atau pada daerah yang sejajar dengan umbilikus.
2. Paramedian, yaitu : panjang (12,5 cm) \pm sedikit ke tepi dari garis tengah.
3. *Transverse upper abdomen insision*, yaitu: sisi di bagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy.
4. *Transverse lower abdomen incision*, yaitu : 4 cm di atas anterior spinal iliaka, \pm insisi melintang di bagian bawah misalnya: pada operasi appendectomy.



Gambar 2.2 sayatan Pada *Laparatomy*; (2) *Midline insision*, (3) *Paramedian*, (1)

Transverse upper abdomen, (4) *Transverse lower abdomen*

(www.google.com/image/abdomen.adam)

2.3.3. Indikasi Laparatomy

Indikasi seseorang untuk dilakukan tindakan laparatomi antara lain: trauma abdomen (tumpul atau tajam) / Ruptur hepar, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan (*Internal Bleeding*), sumbatan pada usus halus dan usus besar, massa pada abdomen. Selain itu, pada bagian obstetri dan gynecology tindakan

laparatorni seringkali juga dilakukan seperti pada operasi caesar (Syamsuhidajat & Wim De Jong, 2008)

1. Apendisitis

Apendisitis adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing atau peradangan akibat infeksi pada usus buntu. Bila infeksi parah, usus buntu itu akan pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol pada bagian awal unsur atau sekum (Jitowiyono, 2010).

2. Sectio Cesarea

Sectio sesaria adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram. Jenis-jenis sectio sesaria yaitu sectio sesaria klasik dan sectio sesaria ismika. Sectio sesaria klasik yaitu dengan sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm, sedangkan sectio sesaria ismika yaitu dengan sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira-kira 10 cm.

3. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritonium, suatu lapisan endotelial tipis yang kaya akan vaskularisasi dan aliran limfa. Penyebab Peritonitis ialah infeksi mikroorganisme yang berasal dari gastrointestinal, appendisitis yang meradang, typhoid, tukak pada tumor. Secara langsung dari luar misalnya operasi yang tidak steril, trauma pada kecelakaan seperti ruptur limfa dan ruptur hati.

4. Kanker colon

Kanker kolon dan rektum terutama (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus) dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas

dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas ke dalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar ke dalam tubuh yang lain (paling sering ke hati). Gejala paling menonjol adalah perubahan kebiasaan defekasi. Pasase darah dalam feses adalah gejala paling umum kedua. Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan dan keletihan.

Pembedahan adalah tindakan primer untuk kebanyakan kanker kolon dan rektal. Pembedahan dapat bersifat kuratif atau paliatif. Kanker yang terbatas pada satu sisi dapat diangkat dengan kolonoskop. Kolostomi laparoskopik dengan pohpektomi, suatu prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada beberapa kasus. Laparoskop digunakan sebagai pedoman dalam membuat keputusan di kolon (Price & Wilson, 2006).

5. Abses Hepar

Abscess adalah kumpulan nanah setempat dalam rongga yang tidak akibat kerusakan jaringan, Hepar adalah hati. Abses hepar adalah rongga yang berisi nanah pada hati yang diakibatkan oleh infeksi.

Penyebab abses hati yaitu oleh kuman gram negatif dan penyebab yang paling terbanyak yaitu E. Coli. Komplikasi yang paling sering adalah berupa rupture abses sebesar 5 - 15,6%, perforasi abses ke berbagai organ tubuh seperti ke pleura, paru, pericardium, usus, intraperitoneal atau kulit. Kadang-kadang dapat terjadi superinfeksi, terutama setelah aspirasi atau drainase.

6. Ileus Obstruktif

Obstruksi usus didefinisikan sebagai sumbatan bagi jalan distal isi usus. ada dasar mekanis, tempat sumbatan fisik terletak melewati usus atau ia bisa karena suatu ileus. Ileus juga didefinisikan sebagai jenis obstruksi apapun, artinya ketidakmampuan isi usus menuju ke distal sekunder terhadap kelainan sementara dalam motilitas.

Ileus dapat disebabkan oleh gangguan peristaltic usus akibat pemakaian obat-obatan atau kelainan sistemik seperti gagal ginjal dengan uremia sehingga terjadi paralysis. Penyebab lain adalah adanya sumbatan/hambatan lumen usus akibat pelekatan atau massa tumor. Akan terjadi peningkatan peristaltic usus sebagai usaha untuk mengatasi hambatan.

2.3.4. Prosedur Tindakan Laparatomy

Prosedur tindakan laparatomy adalah Suatu tindakan instrumentasi untuk tindakan membuka dinding abdomen (Turkanto, 2005). Berikut prosedur tindakan laparatomy (Appendiksitis Perforasi) mulai dari membukanya dinding hingga rongga perut sampai proses penutupan kembali dinding perut :

1. Tim bedah cuci tangan
2. Tim memakai jas operasi, sarung tangan, steril
3. Perawat mengatur klien posisi supine, dilanjutkan pembiusan (umum atau SAB)
4. Berikan antiseptik untuk desinfeksi
5. Pasang draping untuk mempersempit area pembedahan
6. Pasang slang suction, kabel diathermi
7. Perawat siap membacakan identitas, diagnosa tindakan yang akan dilakukan.

8. Insisi di Mild Line Infra Umbilikus Exfended ke Supra Umbilikus.
9. Perdalam lapis demi lapis sampai menembus peritonium.
10. Didapatkan Adeksi Usus dan Pus 100 cc.
11. Dilakukan
 - a. Adhesiolisis
 - b. Appendektomy
 - c. Cuci cavum abdomen dengan Normal Salin atau NS 0,9% : 6 liter
 - d. Pasang drain Pasif intra peritoneum
12. Berikan hacting set dengan benang plain no:1 untuk menjahit peritoneum
13. Berikan hacting set dengan benang plain no:00 untuk menjahit otot
14. Berikan hacting set dengan benang cromic no:2 atau vicril no:0 untuk menjahit vasia
15. Berikan hacting set dengan benang plain no:000 atau no:00 untuk menjahit lemak
16. Berikan hacting set dengan benang zeide no:000 atau no:00 atau prolin no:000 untuk menjahit kulit
17. Berikan kasa basah kepada asisten untuk membersihkan darah dan sisa antiseptic
18. Berikan kasa steril dan desinfektan untuk menutup luka operasi.
19. Operasi selesai

2.3.5. Komplikasi Laparatomy

Komplikasi yang seringkali ditemukan pada pasien operasi laparatomi berupa ventilasi paru tidak adekuat, gangguan kardiovaskuler (hipertensi, aritmia

jantung), gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, dan gangguan rasa nyaman dan kecelakaan (Azis, 2010).\

1. 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. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan kaki post operasi, dan ambulatif dini.

2. 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 pembedahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan mempertahankan aseptik dan antiseptik

3. Eviserasi

Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah.

2.3.6. Perawatan Luka Operasi Laparatomi dengan drain :

1. Tujuan perawatan luka post operasi

- a. Menjaga luka dari trauma
- b. Mengistirahatkan daerah luka
- c. Mencegah kontaminasi dengan kuman
- d. Mengobserfasi drainase

- e. Debridemen sel-sel nekrotik
- f. Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis

2. Indikasi Perawatan Luka Operasi

- a. Jika balutan kotor
- b. Jika ada rembesan eksudat
- c. Jika ingin mengkaji keadaan luka
- d. Pada frekuensi-frekuensi tertentu dengan tujuan untuk mempercepat debridemen jaringan nekrotik

3. Dalam pemasangan drain Perawatan yang harus dilakukan adalah:

- a. Observasi apakah ada penyumbatan.
- b. Pastikan fungsi suction bekerja dengan baik dan jangan lupa untuk mengosongkan isi kontainer.
- c. Pastikan drain disimpan di tempat yang aman, kulit yang berhubungan dengan drain harus dijaga tetap kering dan harus dilakukan penggantian balutan.
- d. Jika terdapat tanda-tanda infeksi harus segera ditangani.
- e. Berikan antiseptik pada kontainer drain.
- f. Selain itu harus juga diperhatikan jumlah dan tipe cairan yang terdapat pada kontainer.

2.4. Konsep Anestesi Umum

2.4.1. Pengertian Anestesi Umum

Anestesi berarti suatu keadaan dengan tidak ada rasa nyeri. Anestesi umum ialah suatu keadaan yang ditandai dengan hilangnya persepsi terhadap semua sensasi akibat induksi obat. Dalam hal ini, selain hilangnya rasa nyeri, kesadaran

juga hilang. Obat anestesi umum terdiri atas golongan senyawa kimia yang heterogen, yang mendepresi SSP secara reversibel dengan spektrum yang hampir sama dan dapat dikontrol. Obat anestesi umum dapat diberikan secara inhalasi dan secara intravena. Obat anestesi umum yang diberikan secara inhalasi (gas dan cairan yang mudah menguap) yang terpenting di antaranya adalah N₂O, halotan, enfluran, metoksifluran, dan isofluran. Obat anestesi umum yang digunakan secara intravena, yaitu tiobarbiturat, narkotik-analgesik, senyawa alkaloid lain dan molekul sejenis, dan beberapa obat khusus seperti ketamin. (Munaf, 2008).

2.4.2. Tahap-Tahap Anestesi

Stadium anestesi dibagi dalam 4 yaitu; Stadium I (stadium induksi atau eksitasi volunter), dimulai dari pemberian agen anestesi sampai menimbulkan hilangnya kesadaran. Rasa takut dapat meningkatkan frekuensi nafas dan pulsus, dilatasi pupil, dapat terjadi urinasi dan defekasi. Stadium II (stadium eksitasi involunter), dimulai dari hilangnya kesadaran sampai permulaan stadium pembedahan. Pada stadium II terjadi eksitasi dan gerakan yang tidak menurut kehendak, pernafasan tidak teratur, inkontinensia urin, muntah, midriasis, hipertensi, dan takikardia. Stadium III (pembedahan/operasi), terbagi dalam 3 bagian yaitu; Plane I yang ditandai dengan pernafasan yang teratur dan terhentinya anggota gerak. Tipe pernafasan thoraco-abdominal, refleks pedal masih ada, bola mata bergerak, palpebra, konjuktiva dan kornea terdepresi. Plane II, ditandai dengan respirasi thoraco-abdominal dan bola mata ventro medial semua otot mengalami relaksasi kecuali otot perut. Plane III, ditandai dengan respirasi regular, abdominal, bola mata kembali ke tengah dan otot perut relaksasi.

Stadium IV (paralisis medulla oblongata atau overdosis), ditandai dengan paralisis otot dada, pulsus cepat dan pupil dilatasi. (Munaf, 2008).

2.4.3. Jenis-Jenis Anestesi

1. Anestesi Cair yang Menguap
 - a. Halotan
 - b. Enfluran
 - c. Isofluran
 - d. Sevofluran
2. Anestesi Intravena

Tabel 2.1 Jenis-Jenis Obat Anestesi Intravena

Obat	Waktu Induksi	Pertimbangan Pemakaian
Natrium triptental	Cepat	Induksi cepat pada anestesi umum. Membuat pasien tetap hangat, karena dapat terjadi tremor. Dapat menekan pusat pernapasan dan mungkin diperlukan bantuan ventilasi
Natrium Tiamilal	Cepat	Dipakai untuk induksi anestesi dan anestesi untuk terapi elektrosyok
Droperidol	Sedang sampai cepat	Sering digunakan bersama anaestesi umum. Dapat juga dipaki sebagai obat preanestetik
Ketamin Hidroklorida	Cepat	Dipakai untuk pembedahan jangka singkat atau untuk induksi pembedahan. Obat ini meningkatkan salivasi, tekanan darah, dan denyut jantung

Sumber: Omoigui, S., 2009. Buku Saku Obat-Obatan. Edisi 11. Jakarta: EGC.

3. Anestesi Gas

Tabel 2.2 Jenis-Jenis Obat Anestesi Gas

Obat	Waktu Induksi	Pertimbangan Pemakaian
Nitrous oksida	Sangat Cepat	Pemulihan cepat. Mempunyai efek yang minimal pada kardiovaskular. Harus diberikan bersama-sama oksigen. Potensi rendah
Siklopropan	Sangat Cepat	Sangat mudah terbakar dan meledak. Jarang digunakan

Sumber: Omoigui, S., 2009. *Buku Saku Obat-Obatan*. Edisi 11. Jakarta: EGC.

2.5. Pengaruh Mobilisasi terhadap Produksi Seroma Pada Pasien Post Operasi Laparatomi

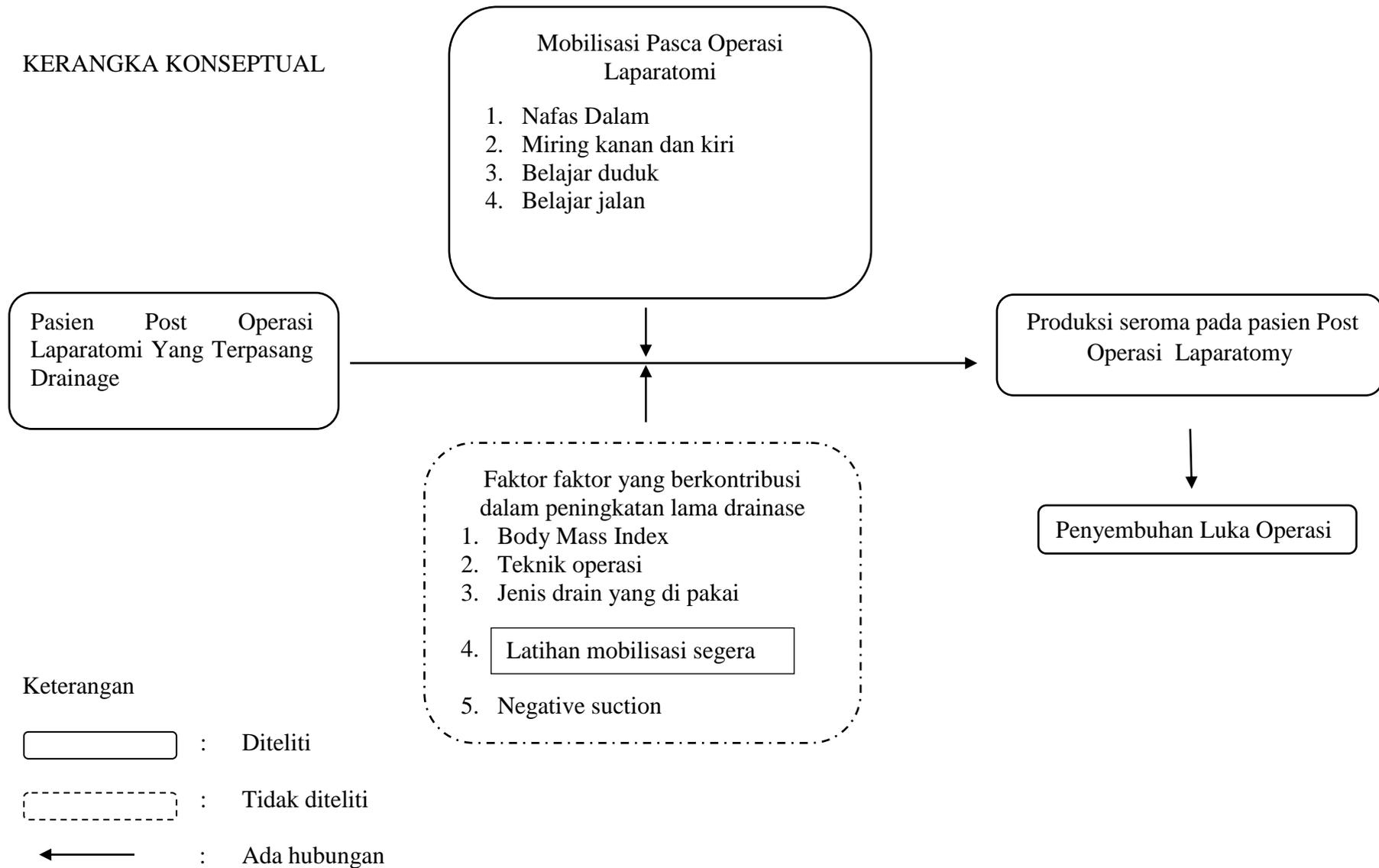
Fungsi drainage merupakan saluran untuk mengeluarkan nanah, darah atau cairan lain dari sebuah luka operasi, bermanfaat untuk meminimalkan terjadinya komplikasi pasca operasi, dan dapat berfungsi untuk evakuasi cairan.

Beberapa tujuan Mobilisasi adalah memperlancar peredaran atau sirkulasi darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, memperlancar eliminasi alvi dan urin, mempercepat pemulihan dan akhirnya mempercepat proses penyembuhan luka, dimana dengan dilakukannya mobilisasi pasca operasi segera mungkin dapat meningkatkan sirkulasi darah sehingga menimbulkan vasa vasokonstriksi yang diikuti dengan vasa vasodilatasi lokal. Dengan demikian darah yang kaya akan nutrisi dan oksigen akan menyuplai ke bagian tubuh yang mengalami iskemia.

Maka penyembuhan luka dan fungsi degestif terutama peristaltik usus akan cepat berjalan dengan baik, yang pada akhirnya akan membantu proses pengeluaran sisa-sisa operasi melalui drainage, jadi mobilisasi adalah tindakan

yang harus dilakukan pada post operasi dan di anjurkan dilakukan sesering mungkin (kasdu, 2003)

2.5. KERANGKA KONSEPTUAL



2.6 Hipotesis Penelitian

H₁ : Ada pengaruh mobilisasi terhadap produksi seroma pada pasien post operasi laparatomy