

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Perioperatif**

##### **1. Pengertian Keperawatan Perioperatif**

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013). Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien (HIPKABI, 2014).

Perawat kamar bedah (operating room nurse) adalah perawat yang memberikan asuhan keperawatan perioperative kepada pasien yang akan mengalami pembedahan yang memiliki standar, pengetahuan, keputusan, serta keterampilan berdasarkan prinsip-prinsip keilmuan khususnya kamar bedah (AORN, 2013 dalam Hipkabi, 2014) Kata “Perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pembedahan yaitu :

##### **a. Fase preoperative**

Dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik maupun rumah, wawancara preoperatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan (HIPKABI, 2014). Asuhan keperawatan pre operatif pada pasien akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif dibagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (one day care), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin, 2009).

b. Fase intra operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh (HIPKABI, 2014).

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan. Koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen (Muttaqin, 2009).

c. Fase pasca operatif

Fase pasca operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (recovery room) atau ruang intensif dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan (HIPKABI, 2014).

## 2. Tahap-tahap Perioperatif

### a. Pre operatif

Masa pra operasi dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien berada di meja operasi. Sebelum pembedahan dilakukan lingkup aktivitas keperawatan mencakup pengkajian dasar pasien di tatanan klinik maupun rumah, wawancara pra operasi dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan. Tujuan perawatan pre operasi:

- 1) Menciptakan hubungan yang baik dengan pasien memberikan penyuluhan tentang tindakan.
- 2) Mengkaji merencanakan dan memenuhi kebutuhan pasien.
- 3) Mengantisipasi dan menanggulangi kesulitan yang mungkin timbul.

Kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien yaitu (HIPKABI, 2014) :

#### 1) Rumah sakit

Melakukan pengkajian perioperatif awal, merencanakan metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam wawancara, memastikan kelengkapan pre operatif, mengkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan pasca operatif.

#### 2) Persiapan pasien di unit perawatan/riwayat penyakit

Persiapan fisik, status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung dan kolon, Pencukuran daerah operasi, *Personal hygiene*, pengosongan kandung kemih, latihan pra operasi

#### 3) Faktor resiko terhadap pembedahan

Faktor resiko terhadap pembedahan antara lain yaitu usia, nutrisi, penyakit kronis, ketidaksempurnaan respon neuro endokrin, merokok, alkohol dan obat-obatan.

#### 4) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat

dipisahkan dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium, (*Electrocardiogram*) ECG, dan lain-lain.

5) Pemeriksaan status anestesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan dilakukan untuk keselamatan pasien selama pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anestesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

6) *Informed consent*

Aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anestesi).

7) Persiapan mental/psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis (Barbara & Billie, 2006) dalam (HIPKABI, 2014).

b. Intra operatif

1) Persiapan pasien dimeja operasi

Persiapan di ruang serah terima diantaranya adalah prosedur administrasi, persiapan anestesi dan kemudian prosedur *drapping*.

2) Prinsip-prinsip umum

Prinsip aseptis ruangan antiseptis dan aseptis adalah suatu usaha untuk agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman patogen dapat dikurangi atau ditiadakan. Cakupan tindakan antiseptis adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, alat-alat yang dipakai personel operasi (sandal, celana, baju, masker, topi, dan lain-

lainnya) dan juga cara membersihkan/ melakukan desinfeksi dari kulit atau tangan (HIPKABI, 2014).

3) Fungsi keperawatan intra operatif

Perawat sirkulasi berperan mengatur ruang operasi dan melindungi keselamatan dan kebutuhan pasien dengan memantau aktivitas anggota tim bedah dan memeriksa kondisi di dalam ruang operasi. Tanggung jawab utamanya meliputi memastikan kebersihan, suhu sesuai, kelembapan, pencahayaan, menjaga peralatan tetap berfungsi dan ketersediaan berbagai material yang dibutuhkan sebelum, selama, dan sesudah operasi (HIPKABI, 2014).

4) Aktivitas keperawatan secara umum

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi *safety management*, monitor fisiologis, monitor psikologis, pengaturan dan koordinasi *Nursing Care*.

3. Post operatif

Tahapan keperawatan post operatif meliputi Pemandangan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (*recovery room*), perawatan post anestesi di ruang pemulihan (*recovery room*), transportasi pasien ke ruang rawat, perawatan di ruang rawat (HIPKABI, 2014).

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Definisi Asuhan Keperawatan Perioperatif**

Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. keperawatan perioperatif terdiri dari beberapa fase, diantaranya pre, intra, dan post operatif. Asuhan keperawatan perioperatif merupakan asuhan keperawatan yang dilakukan secara berkesinambungan, asuhan keperawatan dimulai dari pre operasi di bagian rawat inap, poliklinik, unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat perioperatif hingga pasien di operasi (intraoperatif) kemudian dilakukan pemulihan di ruang

pemulihan sampai dengan pemantauan kondisi pasien membaik yang dilakukan di ruang rawat inap pasca operasi (Muttaqin (2009).

## **2. Pengkajian Keperawatan Perioperatif**

Pengkajian dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien sehingga perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien (Muttaqin, 2009).

### **a. Pengkajian pre operasi**

Masa pra operasi dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien berada di meja operasi. Sebelum pembedahan dilakukan lingkup aktivitas keperawatan mencakup pengkajian dasar pasien di tatanan klinik maupun rumah, wawancara pra operasi dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan dan pembedahan. Tujuan perawatan pre operasi:

- 1) Menciptakan hubungan yang baik dengan pasien memberikan penyuluhan tentang tindakan.
- 2) Mengkaji merencanakan dan memenuhi kebutuhan pasien.
- 3) Mengantisipasi dan menanggulangi kesulitan yang mungkin timbul.

Kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien yaitu (HIPKABI, 2014) :

#### **1) Rumah sakit**

Melakukan pengkajian perioperatif awal, merencanakan metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam wawancara, memastikan kelengkapan pre operatif, mengkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan pasca operatif.

#### **2) Persiapan pasien di unit perawatan**

Persiapan fisik, status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung dan kolon, Pencukuran daerah operasi, Personal hygiene, pengosongan kandung kemih, latihan pra operasi

3) Faktor resiko terhadap pembedahan

Faktor resiko terhadap pembedahan antara lain : Usia, nutrisi, penyakit kronis, merokok, alkohol dan obat-obatan.

4) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium, (Electrocardiogram) ECG, dan lain-lain.

5) Pemeriksaan status anastesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan dilakukan untuk keselamatan pasien selama pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anastesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

6) *Informed consent*

Aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anastesi).

7) Persiapan mental/psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis.

b. Pengkajian fase intraoperative

Pengkajian yang dilakukan oleh perawat intra operasi lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar dapat segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai sehingga kejadian pada pasien baik yang bersifat resiko maupun aktual dapat teratasi (Muttaqin, 2009). Pengkajian yang dilakukan intra operasi meliputi:

1) validasi identitas

- 2) proses keperawatan pemberian anestesi dan prosedur pembedahan,
- 3) konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi

c. Pengkajian pasca operatif

Pengkajian pasca operasi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan pengkajian meliputi:

- 1) Pengkajian respirasi
- 2) Pengkajian sirkulasi
- 3) Suhu tubuh
- 4) Kondisi luka
- 5) Nyeri
- 6) Gastrointestinal
- 7) Genitourinar
- 8) Cairan dan elektrolit
- 9) Keamanan peralatan (Muttaqin, 2009).

Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan pasien. Perawatan pasca anestesi atau pembedahan dimulai sejak pasien dipindahkan ke ruang pulih sadar sampai diserahkan kembali pada perawat di ruang rawat inap jika kondisi pasien tetap kritis pasien dipindahkan ke ICU atau *intensive care unit* (Majid, 2016).

### 3. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan SDKI

- a. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada fase pre operasi

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

<b>Gangguan rasa nyaman ( D.0074)</b>
<b>Definisi</b> Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.
<b>Penyebab</b> 1) Gejala penyakit 2) Kurang pengendalian situasional/lingkungan 3) Ketidakadeguan sumber daya mis (mis. dukungan finansial, sosial dan

pengetahuan 4) Kurangnya privasi 5) Gangguan stimulus lingkungan 6) Efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi) 7) Gangguan adaptasi kehamilan	
<b>Gejala dan tanda mayor</b>	
Subyektif	Obyektif
- Mengeluh tidak nyaman	- Gelisah
<b>Gejala dan tanda minor</b>	
Subyektif	Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh sulit tidur</li> <li>- Tidak mampu rileks</li> <li>- Mengeluh kedinginan /kepanasan</li> <li>- Merasa gatal</li> <li>- Mengeluh mual</li> <li>- Mengeluh lelah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjukkan gejala distress</li> <li>- Tampak merintih / menangis</li> <li>- Pola eliminasi berubah</li> <li>- Postur tubuh berubah</li> <li>- Iritabilitas</li> </ul>

Tabel 2.2 Diagnosa Keperawatan

<b>Ansietas ( D.0080)</b>	
<b>Definisi</b> Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.	
<b>Penyebab</b> 1) Krisis situasional. 2) Kebutuhan tidak terpenuhi. 3) Krisis maturasional. 4) Ancaman terhadap konsep diri. 5) Ancaman terhadap kematian. 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan 7) Disfungsi sistem keluarga. 8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan. 9) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir) 10) Penyalahgunaan zat. 11) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan dan lain-lain). 12) Kurang terpapar informasi	
<b>Gejala dan tanda mayor</b>	
Subyektif	Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasa bingung</li> <li>- Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</li> <li>- Sulit berkonsentrasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak gelisah</li> <li>- Tampak tegang</li> <li>- Sulit tidur</li> </ul>
<b>Gejala dan tanda minor</b>	
Subyektif	Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh pusing</li> <li>- Anoreksia</li> <li>- Palpitasi</li> <li>- Merasa tidak berdaya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi napas meningkat</li> <li>- Frekuensi nadi meningkat</li> <li>- Tekanan darah meningkat</li> <li>- Diaforesis</li> <li>- Tremor</li> <li>- Muka tampak pucat</li> <li>- Suara bergetar</li> <li>- Kontak mata buruk</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sering berkemih</li> <li>- Berorientasi pada masa lalu</li> </ul>
--	--

Tabel 2.3 Diagnosa Keperawatan

<b>Gangguan citra tubuh (D.0083)</b>	
<b>Definisi</b> Perubahan persepsi tentang penampilan struktur dan fungsi fisik individu	
<b>Penyebab</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perubahan struktur/bentuk tubuh (mis. amputasi, trauma, luka bakar, obesitas, jerawat)</li> <li>2) Perubahan fungsi tubuh (mis. proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan)</li> <li>3) Perubahan fungsi kognitif</li> <li>4) Ketidaksesuaian budaya, keyakinan atau sistem nilai</li> <li>5) Transisi perkembangan</li> <li>6) Gangguan psikososial</li> <li>7) Efek tindakan/pengobatan (mis. pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi)</li> </ol>	
<b>Gejala dan tanda mayor</b>	
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengungkapkan kekacauan/kehilangan bagian tubuh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kehilangan bagian tubuh</li> <li>- Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang</li> </ul>
<b>Gejala dan tanda minor</b>	
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh</li> <li>- Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh</li> <li>- Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain</li> <li>- Mengungkapkan perubahan gaya hidup</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan</li> <li>- Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh</li> <li>- Fokus berlebihan perubahan tubuh</li> <li>- Respon non verbal pada perubahan dan persepsi tubuh</li> <li>- Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu</li> <li>- Hubungan sosial berubah</li> </ul>

b. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada fase intra operasi

Tabel 2.4 Diagnosa Keperawatan

<b>Resiko infeksi ( D.0142)</b>
<b>Definisi</b> Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.
<b>Faktor Risiko</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus).</li> <li>- Efek prosedur invasi.</li> <li>- Malnutrisi.</li> <li>- Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.</li> <li>- Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer</li> <li>- Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder</li> </ul>

Tabel 2.5 Diagnosa keperawatan

<b>Resiko cedera (D.0136)</b>
<p><b>Definisi</b> Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik</p>
<p><b>Faktor Risiko</b></p> <p>Eksternal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpapar patogen</li> <li>- Terpapar zat kimia toksik</li> <li>- Terpapar agen nosokomial</li> <li>- Ketidaknyamanan Transportasi</li> <li>-</li> </ul> <p>Internal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketidaknormalan profil darah</li> <li>- Perubahan orientasi afektif</li> <li>- Perubahan sensasi</li> <li>- Disfungsi autoimun</li> <li>- Disfungsi biokimia</li> <li>- Hipoksia jaringan</li> <li>- Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh</li> <li>- Malnutrisi</li> <li>- Perubahan fungsi psikomotor</li> <li>- Perubahan fungsi kognitif</li> </ul>

Tabel 2.6 Diagnosa keperawatan

<b>Resiko Perdarahan (D.0012)</b>
<p><b>Definisi</b> Berisiko mengalami kehilangan darah internal (dari dalam tubuh) atau eksternal (dari luar tubuh).</p>
<p><b>Faktor Risiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh nyeri</li> <li>- Aneurisma</li> <li>- Gangguan gastrointestinal</li> <li>- Gangguan fungsi hati</li> <li>- Komplikasi kehamilan</li> <li>- Komplikasi pasca partum</li> <li>- Gangguan koagulasi</li> <li>- Efek agen farmakologis</li> <li>- Trauma</li> <li>- Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan</li> <li>- Proses keganasan</li> <li>- Tindakan pembedahan</li> </ul>

c. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada fase post operasi

Tabel 2.7 Diagnosa Keperawatan

<b>Risiko Hipotermi Perioperatif (D.0141)</b>
<b>Definisi</b> Berisiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan
<b>Faktor Risiko</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aneurisma</li> <li>- Prosedur pembedahan</li> <li>- Kombinasi anestesi regional dan umum</li> <li>- Skore American Society of Anesthesiologist &gt; 1</li> <li>- Suhu praoperasi rendah (&lt;36°C)</li> <li>- Berat badan rendah</li> <li>- Neuropati diabetic</li> <li>- Komplikasi kardiovaskuler</li> <li>- Suhu lingkungan rendah</li> </ul>

Tabel 2.8 Diagnosa Keperawatan

<b>Nyeri Akut (D.0077)</b>	
<b>Definisi</b> Berisiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan	
<b>Penyebab</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>2) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol>	
<b>Gejala dan tanda mayor</b>	
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>
- Mengeluh nyeri	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- Bersikap protektif</li> <li>- Gelisah</li> <li>- Frekuensi nadi meningkat</li> <li>- Sulit tidur</li> </ul>
<b>Gejala dan tanda minor</b>	
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeluh pusing</li> <li>- Anoreksia</li> <li>- Palpitasi</li> <li>- Merasa tidak berdaya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi napas meningkat</li> <li>- Tekanan darah meningkat</li> <li>- Pola napas berubah</li> <li>- Nafsu makan berubah</li> <li>- Proses pikir terganggu</li> <li>- Menarik diri</li> <li>- Berfokus pada diri sendiri</li> <li>- Diaforesis</li> </ul>

Tabel 2.9 Diagnosa Keperawatan

<b>Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)</b>	
<b>Definisi</b> Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen)	
<b>Penyebab</b> 1) Perubahan sirkulasi 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3) Kelebihan/kekurangan volume cairan 4) Penurunan mobilitas 5) Bahan kimia iritatif 6) Suhu lingkungan yang ekstrem 7) Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) 8) Efek samping terapi radiasi 9) Kelembaban 10) Proses penuaan 11) Neuropati perifer 12) Perubahan pigmentasi 13) Perubahan hormonal 14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan	
<b>Gejala dan tanda mayor</b>	
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>
- Tidak tersedia	- Kerusakan jaringan dan/atau lapisan
<b>Gejala dan tanda minor</b>	
<b>Subyektif</b>	<b>Obyektif</b>
- Tidak tersedia	- Nyeri - Perdarahan - Kemerahan - Hematoma

#### 4. Intervensi keperawatan Berdasarkan SLKI & SIKI

Tabel 2.10 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
<b>Pre Operatif</b>			
1.	Gangguan rasa nyaman	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun 3. Keluhan sulit tidur menurun 4. Lelah menurun	Intervensi utama - Manajemen nyeri - Pengaturan posisi - Terapi relaksasi  Intervensi pendukung - Edukasi manajemen stres - Edukasi penyakit - Edukasi tarik nafas
2.	Ansietas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Intervensi Utama - Reduksi ansietas - Terapi relaksasi

		<p>diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bingung menurun</li> <li>2. Khawatir menurun</li> <li>3. Gelisah menurun</li> <li>4. Tegang menurun</li> </ol>	<p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiapan pembedahan</li> <li>- Dukungan emosi</li> <li>- Teknik distraksi</li> <li>- Terapi musik</li> <li>- Terapi relaksasi otot progresif</li> </ul>
3.	Gangguan citra tubuh	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat aspirasi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun</li> <li>2. Verbalisasi kekhawatiran pada reaksi orang lain menurun</li> <li>3. Melihat bagian tubuh membaik</li> <li>4. Menyentuh bagian tubuh membaik</li> </ol>	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promosi citra tubuh</li> </ul> <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi perawatan diri</li> <li>- Teknik distraksi</li> <li>- Teknik imajinasi terbimbing</li> </ul>
<b>Intra Operatif</b>			
1.	Resiko infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> </ol>	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen imunitas</li> <li>- Pencegahan infeksi</li> </ul> <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemantauan tanda vital</li> <li>- Pemberian obat</li> <li>- Pencegahan luka tekan</li> <li>- Perawat area insisi</li> </ul>
2.	Resiko cedera	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan risiko cedera menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejadian cedera menurun</li> <li>2. Luka/lecet menurun</li> </ol>	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pencegahan cedera</li> <li>- Manajemen keselamatan lingkungan</li> </ul> <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pencegahan Jatuh</li> <li>- Identifikasi risiko</li> </ul>
3.	Resiko perdarahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan</p>	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pencegahan pendarahan</li> </ul> <p>Intervensi Pendukung</p>

		kehilangan dara baik internal maupun eksternal menurun dengan kriteria hasil: 1. Hemoglobin membaik 2. Hematokrit membaik 3. Tekanan darah membaik 4. Suhu tubuh membaik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi risiko</li> <li>- Pemantauan tanda vital</li> <li>- Perawatan area insisi</li> </ul>
<b>Post Operatif</b>			
1.	Risiko hipotermia perioperatif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Pucat menurun 3. Suhu tubuh membaik 4. Suhu kulit membaik	<p>Intervensi Utaman</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manajemen hipotermia</li> <li>- Pemantauan hemodinamik invasif</li> </ul> <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi efek samping obat</li> <li>- Pemantauan tanda vital</li> <li>- Perawatan pasca anastesi</li> </ul>
2.	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pasien tampak rileks 3. Tanda-tanda vital dalam batas normal	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduksi ansietas</li> <li>- Terapi relaksasi</li> </ul> <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiapan pembedahan</li> <li>- Dukungan emosi</li> <li>- Teknik distraksi</li> <li>- Terapi musik</li> <li>- Terapi relaksasi otot progresif</li> </ul>
3.	Gangguan integritas kulit/jaringan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Kerusakan lapisan kulit menurun 4. Perdarahan menurun 5. Nyeri menurun	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perawatan integritas kulit</li> <li>- Perawatan luka</li> </ul> <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan perawatan DIRI</li> <li>- Edukasi perawatan diri</li> <li>- Edukasi perawatan kulit</li> </ul>

		6. Hematoma menurun	
--	--	------------------------	--

## C. Konsep Hidrokel

### 1. Definisi Hidrokel

Hidrokel testis secara etimologi, hidrokel memiliki arti kumpulan air. Hidrokel testis adalah kumpulan cairan serosa di sekitar testis, yang berada di dalam tunika vaginalis. Insidennya sering terjadi pada bayi laki-laki yang baru lahir. Sebagai akibat terlambatnya penutupan tunika vaginalis. Pada laki-laki dewasa, hidrokel terjadi pada kurang lebih 1% populasi (Chris tanto,2014). Menurut Kimberly A.J.Bilotta (2012), Hidrokel merupakan kumpulan cairan antara lapisan visceral dan parietal tunika vaginalis testis atau sepanjang funikulus spermaticus. Penyebab utama pembengkakan skrotum dibedakan menjadi komunikans atau non komunikans . Hidrokel dapat disebabkan oleh rangsangan patologik seperti radang atau tumor testis.

Hidrokel dapat dikosongkan dengan fungsi, tetapi sering kambuh kembali. Pada operasi, ditemukan hidrokel terbatas di funikulus spermaticus yang berasal dari sisa tunika vaginalis di dalam funikulus; pembesaran tersebut jelas terbatas dan bersifat diafan (tembus cahaya) pada transiluminasi. Pada pungsi didapatkan cairan jernih (R.sjamsuhidajat & Wong de jong, 2017). Hidrokel adalah penumpukan cairan yang berlebihan di antara lapisan parietalis dan viseralis tunika vaginalis. Dalam keadaan normal, cairan yang berada di dalam rongga itu memang ada dan berada dalam keseimbangan antara produksi dan reabsorpsi oleh sistem limfatik disekitarnya (Basuki B.Purnomo, 2014).

### 2. Etiologi

Hidrokel yang biasa terjadi pada bayi baru lahir dapat disebabkan karena:

- a. Belum sempurnanya penutupan prosesus vaginalis
- b. Belum sempurnanya sistem limfatik di daerah skrotum dalam melakukan reabsorpsi cairan hidrokel.

Pada orang dewasa, Hidrokel dapat terjadi secara idiopatik ( primer) dan sekunder. Penyebab sekunder terjadi karena didapatkan kelainan pada

testis / epididimis yang menyebabkan terganggunya sistem sekresi atau reabsorpsi cairan di kantong hidrokel. Kelainan pada testis / epididimis. (Basuki B.Purnomo,2014). Hidrokel, disebut juga sebagai hydrocele, dapat dibedakan menjadi hidrokel primer dan sekunder. Hidrokel primer merupakan hidrokel tanpa penyebab yang jelas sedangkan hidrokel sekunder diakibatkan oleh penyebab seperti infeksi filariasis, tindakan medis, atau tumor.

a. Hidrokel Primer

Hidrokel ini dapat disebut juga hidrokel idiopatik dengan etiologi yang tidak jelas. Hidrokel jenis ini merupakan jenis hidrokel didapat yang paling sering terjadi. Penyebab terjadinya hidrokel primer ini utamanya akibat proses sekresi dan reabsorpsi (defek absorpsi) cairan yang tidak seimbang di dalam rongga tunika vaginalis yang tertutup sehingga berakibat pada akumulasi cairan. Studi terbaru Hattori, menunjukkan adanya ekspresi berlebih Aquaporin di tunika vaginalis juga mungkin berperan terhadap terjadinya hidrokel primer.

b. Hidrokel Sekunder

Hidrokel yang terjadi dengan penyebab yang jelas. Penyebab umum hidrokel sekunder adalah:

- Infeksi: filariasis merupakan salah satu penyebab tersering hidrokel.
- Tindakan medis: misalnya shunt ventriculoperitoneal, insersi prosthesis penis, herniotomi inguinalis, transplantasi ginjal dan biopsi testis.
- Tumor: seperti tumor epididymis, tumor korda spermatika dan mesothelioma tunika vaginalis. Kondisi ini menyebabkan perpindahan cairan di dalam skrotum, di luar testis. Kemudian menyebabkan pembengkakan, yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke testis. (Kimberly A. J. Bilotta 2012).

### 3. Tanda Dan Gejala

Menurut (Kimberly A. J. Bilotta 2012)

- a. Pembengkakan skrotum dan perasaan berat
- b. Ukuran bervariasi dari sedikit lebih besar dibandingkan testis hingga seukuran anggur atau lebih besar
- c. Pengumpulan cairan dengan massa yang lunak atau keras
- d. Nyeri pada infeksi epididimis akut atau torsio testicular
- e. Nyeri tekan pada skrotum akibat pembengkakan yang berat.

Pasien mengeluh adanya pembesaran di kantung skrotum yang tidak nyeri. Pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya pembesaran di kantung skrotum dengan konsistensi kistis dan pada pemeriksaan penerawangan menunjukkan adanya transiluminasi. Pada hidrokel yang terinfeksi atau kulit skrotum yang sangat tebal kadang-kadang sulit melakukan pemeriksaan ini, sehingga harus dibantu dengan pemeriksaan ultrasonografi. (Basuki B.Purnomo, 2014)

### 4. Patofisiologi



Sumber : Marianne Belleza, 2018

Gambar 2.1 klasifikasi Hidrokel

- a. Komunikan : Kepatenan antara kantong skrotum dan rongga peritoneum memungkinkan cairan peritoneum berkumpul di dalam skrotum
- b. Nonkomunikan : Akumulasi cairan dapat disebabkan oleh infeksi, trauma, tumor, dan ketidak seimbangan antara sekresi dan kapasitas absorptive dari jaringan skrotum, atau obstruksi limfatik atau drainase vena di saluran sperma. (Kimberly A.J. Bilotta, 2012)

Hidrokel terjadi akibat adanya cairan berlebih di dalam ruang potensial antara lapisan viseral dan parietal tunika vaginalis (bilayer) yang tidak dapat tersalur sehingga mengakibatkan terjadinya akumulasi dari cairan-cairan ini. Akumulasi cairan yang paling umum terjadi adalah akumulasi dari cairan peritoneal yang masuk ke dalam skrotum melalui prosesus vaginalis paten, namun tidak menutup kemungkinan adanya akumulasi jenis cairan lain. (Audric Albertus, 2017)

## 5. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Ronsen abdomen membedakan *hidrokel* akut dari hernia inkarserata.
- b. USG membedakan *spermatokel* dari *hidrokel* dan mengidentifikasi *torsio* atau *tumor*.
- c. *Transiluminasi* untuk membedakan massa berisi cairan dari massa solid (tumor tidak dapat di *transiluminasi*).

(Kimberly A. J. Bilotta 2012)

## 6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kebanyakan kasus hidrokel pada bayi baru lahir dapat hilang secara spontan pada usia pertama kehidupan. Setelah drainase dengan tujuan terapi, dapat disuntikkan tetrasiklin ke dalam tunika vaginalis. Operasi definitive yang dapat dilakukan adalah repair jabolay. Tunika vaginalis dibuka dan cairan di drainase. Testis dan epididimis dinilai untuk melihat patologi dasar repair dilakukan dengan mengalihkan tunika ke sekeliling korda spermatikus. Tunika akan terasa memproduksi cairan, namun kini jaringan sekeliling, seperti otot dartos, yang akan mereabsorpsi cairan sehingga tidak terkumpul. (Chris tanto, 2014). Hidrokel pada bayi biasanya ditunggu hingga anak mencapai usia 1 tahun dengan harapan setelah prosesus vaginalis menutup, hidrokel akan sembuh sendiri, tetapi jika hidrokel masih tetap ada atau bertambah besar perlu dipikirkan untuk dilakukan koreksi. Tindakan untuk mengatasi cairan hidrokel adalah dengan aspirasi dan operasi.

- a. Aspirasi

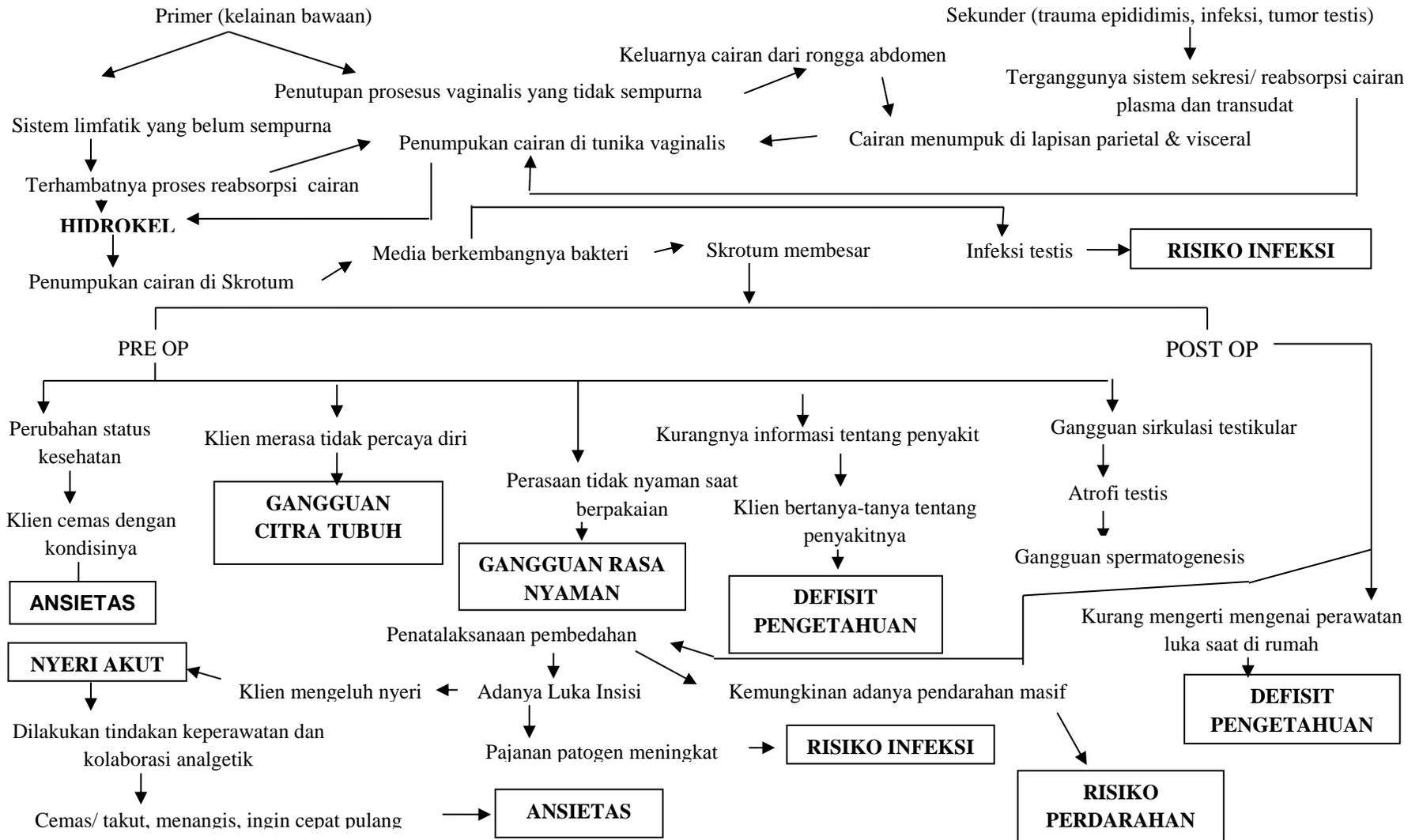
Aspirasi cairan hidrokel tidak dianjurkan karena selain angka kekambuhannya tinggi, kadang kala dapat menimbulkan penyulit berupa infeksi. Beberapa indikasi melakukan tindakan hidrokel: hidrokel yang besar sehingga dapat menekan pembuluh darah, indikasi kosmetik, hidrokel yang dirasakan terlalu berat dan mengganggu pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

b. Hidrokelektomi

Pada hidrokel kongenital dilakukan pendekatan inguinal karena seringkali hidrokel ini disertai dengan hernia inguinalis sehingga pada saat operasi hidrokel, sekaligus melakukan herniografi. Pada hidrokel testis dewasa dilakukan pendekatan scrotal dengan melakukan eksisi dan marsupialisasi kantong hidrokel sesuai cara Winkelman atau plikasi kantong hidrokel sesuai cara Lord. Pada hidrokel tidak ada terapi khusus yang diperlukan karena cairan lambat laun akan diserap, biasanya menghilang sebelum umur 2 tahun. Tindakan pembedahan berupa hidrokelektomi. Pengangkatan hidrokel bisa dilakukan anestesi umum ataupun regional (spinal). Tindakan lain adalah dengan aspirasi jarum (disedot pakai jarum). Cara ini nggak begitu digunakan karena cairan hidrokel nya akan terisi kembali. Namun jika setelah diaspirasi kemudian dimasukkan bahan pengerut (sclerosing drug) mungkin bisa menolong (Adriana,2012). Dari tindakan yang dilakukan diatas dapat menimbulkan rasa nyeri pasca operasi.

## 7. Pathway

Gambar 2.2 Pathway Hidrokel Rita lestari, 2010



#### **D. Jurnal Terkait**

1. Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Pregonova ( 2019) yang berjudul Asuhan keperawatan pada pasien post op Hidrokolectomy dengan nyeri akut Di ruang wijaya kusuma RSUD Ciamis dan mendapatkan diagnosa keperawatan post operasi nyeri akut b.d agen pencedera fisik, risiko infeksi d.d luka operasi, Defisit pengetahuan orangtua b.d kondisi anak : prosedur pembedahan, perawatan post op, program penatalaksanaan.
2. Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh Fanani dkk (2014) yang berjudul asuhan keperawatan pada pasien dengan hidrokel dengan diagnosa keperawatan pre operasi gangguan rasa nyaman ( nyeri) b.d pembengkakan skrotum, perubahan konsep diri: citra tubuh b.d perubahan bentuk skrotum, risiko kerusakan integritas kulit skrotum b,d adanya gerakan dan peregangan jaringan kulit skrotum, sedangkan diagnosa post operasi didapatkan diagnosa risiko infeksi d.d paparan kuman patogen pada insisi pembedahan.
3. Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh annisa (2021) yang berjudul pengaruh terapi relaksasi nafas dalam terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi. Dari sepuluh jurnal yang telah diteliti dapat disimpulkan bahwa terapi relaksasi nafas dalam yang dilakukan sesuai aturan berpengaruh dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi dan semakin sering pasien post operasi fraktur melakukan intervensi terapi relaksasi nafas dalam maka semakin ringan derajat nyeri yang dirasakan.