

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perioperatif

1. Definisi Perioperatif

Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah dengan demikian ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperatif. Sejarah tentang bedah sejalan dengan perkembangan penting dalam bidang aseptis, anestesi, dan teknik pengendalian perdarahan sebagai berikut :

a. Anestesi

Sebelum anestesi diperkenalkan, untuk mengurangi nyeri operasi pasien hanya diberikan alkohol, laudanum, morfin, atau ditangani dengan hipnotis. Tahun 1772, Huntpret Davy menemukan nitrogen oksida (NO_x). Ia menjelaskan bahwa preparat ini sebagai “gas tertawa” dan direkomendasikan untuk digunakan dalam pembedahan.

Setelah beberapa lama melihat efek toksik dan kemampuannya untuk mengurangi nyeri, seseorang dokter gigi muda bernama Morton memutuskan menggunakan eter didalam kamar operasi yaitu pada 16 oktober 1846, ia berhasil memberikan eter tersebut kepada pasien muda yang menjalani operasi pengangkatan kista pada lehernya (Muttaqin & Sari, Asuhan keperawatan perioperatif konsep, proses, dan aplikasi, 2009). Hingga dalam waktu 100 tahun, anestesi telah berkembang. Dari proses sederhana memberikan eter dengan metode terbuka sampai desadi, blok regional, dan teknik endotrakeal umum yang canggih (Gruendeman, 2006 dalam (Muttaqin & Sari, 2009).

b. Kemajuan teknik aseptis

Setelah pembedahan tanpa nyeri dapat dilakukan, hal ini memungkinkan ahli bedah untuk memulai memperbaiki ekstremitas yang sakit daripada mengamputasinya. Namun demikian, kemajuan ini menjadi tantangan keefektifan pembedahan kedua yaitu resiko infeksi. Dahulu semakin kotor jas yang dipakai saat operasi menandakan bahwa orang itu berpengalaman. Cuci tangan bedah dilakukan setelah tindakan operasi selesai bukan sebelumnya.

Setelah melalui proses yang panjang, pada akhir tahun 1800-an, gagasan mikroorganisme yang berlaku hingga sekarang mulai mengambil bentuknya. Gagasan ini dipelopori oleh ilmuwan terkemuka, misalnya Louis Pasteur dan Joseph Lister. Riset Pasteur adalah hubungan antara mikroorganisme dengan penyakit, sedangkan temuan Lister adalah bahwa pengendalian mikroorganisme (saat ini kita kenal dengan teknik aseptik) dapat mengontrol infeksi (Muttaqin & Sari, 2009).

c. Instrumen bedah

Dahulu, instrumen sudah dapat bertahan lama, tetap masih terdapat masalah besar. Terjadi penumpukan kotoran di bagian sendi/ sambungan instrumen. Sehingga pembersihan dan sterilisasi instrumen sulit dilakukan. Perang dunia ke-2 memicu terjadinya kemajuan besar dalam bidang instrumentasi pembedahan. Komposisi baja karbon kemudian dikalahkan oleh stainless steel yang berkembang di Jerman. Stainless steel adalah suatu campuran logam yang terdiri atas besi, karbon dan kromium. Setiap penambahan akan mengubah sifat akhir produk (Muttaqin & Sari, 2009).

2. Klasifikasi Pembedahan

Klasifikasi dapat memberikan indikasi pada perawat tentang tingkat asuhan keperawatan yang diperlukan pasien.

Tabel 2.1 Klasifikasi Pembedahan

Klasifikasi	Jenis	Pengertian	Contoh
Keseriusan	Mayor	Melibatkan rekonstruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh, memberikan dampak resiko yang tinggi bagi kesehatan.	<i>Bypass</i> arteri koroner, reseksi kolon, reseksi lobus paru dll.
	Minor	Melibatkan perubahan kecil pada bagian tubuh, sering dilakukan untuk memperbaiki deformitas, dan dengan resiko yang lebih kecil daripada bedah mayor.	Ekstraksi katarak, <i>graft</i> kulit, operasi plastik.
Urgensi	Elektif	Pembedahan dilakukan berdasarkan pilihan pasien, tidak penting dan tidak dibutuhkan untuk kesehatan.	Rekonstruksi payudara atau vagina, bedah plastik pada wajah.
	Gawat	Pembedahan perlu untuk	Eksisi tumor

	Darurat	<p>kesehatan atau mencegah timbulnya masalah tambahan pada pasien.</p> <p>Pembedahan harus segera dilakukan untuk menyelamatkan jiwa.</p>	<p>ganas, pengangkatan batu kantung empedu.</p> <p>Perforasi apendiks, amputasi traumatik, mengontrol perdarahan.</p>
Tujuan	<p>Diagnostik</p> <p>Ablatif</p> <p>Paliatif</p> <p>Rekonstruktif</p> <p>Transplantasi</p> <p>Konstruktif</p>	<p>Pembedahan untuk pemeriksaan lebih lanjut.</p> <p>Pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau penyakit.</p> <p>Menghilangkan atau mengurangi gejala penyakit, tetapi tidak menyembuhkan.</p> <p>Mengembalikan fungsi atau penampilan jaringan yang mengalami malfungsi.</p> <p>Mengganti organ atau struktur yang mengalami malfungsi.</p> <p>Mengembalikan fungsi yang hilang akibat anomali kongenital.</p>	<p>Bippsi massa tumor.</p> <p>Amputasi, pengangkatan apendiks.</p> <p>Kolostomi, debridement jaringan nekrotik.</p> <p>Fiksasi eksterna fraktur, perbaikan jaringan parut.</p> <p>Cangkok ginjal, <i>total hip replacement</i>.</p> <p>Bibir sumbing, penutupan defek katup jantung.</p>

Sumber : (Perry, 2006)

b. Modalitas Manajemen Keperawatan Perioperatif

1) Peran Perawat Di Kamar Operasi

Pada praktiknya peran perawat perioperatif dipengaruhi berbagai faktor, yaitu sebagai berikut :



Gambar 2.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Peran Perawat Perioperatif
(Muttaqin & Sari, 2009)

2) Peran Perawat Administratif

Perawat administratif berperan dalam pengaturan manajemen penunjang pelaksanaan pembedahan. Biasanya terdiri dari perencanaan dan pengaturan staff, kolaborasi penjadwalan pasien bedah, perencanaan manajemen material dan manajemen kinerja(Muttaqin & Sari, 2009).

3) Peran Perawat Instrument

Perawat *Scrub* atau yang dikenal di Indonesia sebagai perawat instrumen memiliki tanggung jawab terhadap manajemen instrumen operasi pada setiap jenis pembedahan. Secara spesifik peran dan tanggung jawab dari perawat instrumen adalah sebagai berikut:

- a. Menjaga kelengkapan alat instrumen steril yang sesuai dengan jenis operasinya
- b. Harus selalu mengawasi teknik aseptik dan memberikan instrumen kepada ahli bedah
- c. Harus terbiasa dengan anatomi dasar dan teknik-teknik bedah yang sedang dikerjakan
- d. Melakukan manajemen sirkulasi dan suplai alat instrumen operasi
- e. Harus mempertahankan integritas lapangan steril selama pembedahan

- f. Dalam menangani instrumen, perawat instrumen harus mengawasi semua aturan keamanan yang terkait
 - g. Harus memelihara peralatan dan menghindari kesalahan pemakaian
 - h. Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan kepada tim bedah mengenai setiap pelanggaran teknik aseptik selama pembedahan
 - i. Menghitung kasa, jarum, benang, dan instrumen sebelum pembedahan dimulai dan sebelum ahli bedah menutup luka operasi
- (Muttaqin & Sari, 2009).

4) Modalitas Perawat Instrumen

Setiap perawat instrumen biasanya mengikuti pelatihan perawat instrumen khusus pada setiap jenis pembedahan. Hal ini dilakukan agar setiap perawat instrumen dapat seimbang pengetahuan dan keterampilannya sehingga dapat berperan optimal. Peran perawat instrumen sangat mendukung optimal hasil pembedahan, kolaborasi dengan ahli bedah, dan menghindari resiko infeksi dengan menjalankan program pengendalian infeksi nosokomial. Ada beberapa modalitas dan konsep pengetahuan yang diperlukan perawat instrumen dalam mempersiapkan instrumen bedah, yaitu : bahan jahitan, jarum jahit bedah, persiapan bahan insisi, teknik penyerahan alat, fungsi instrumen dan perlakuan jaringan (Muttaqin & Sari, 2009).

5) Peran Perawat Anastesi

Perawat anastesi adalah perawat dengan pendidikan perawat khusus anastesi, diploma anastesi, atau D-III Keperawatan yang mengikuti pelatihan asisten selama satu tahun. Di Indonesia, perawat anastesi lebih dikenal dengan sebutan penata anastesi.

6) Peran Perawat Ruang Pemulihan

Peran perawat ruang pemulihan adalah perawat anastesi yang menjaga kondisi pasien sampai sadar penuh agar bisa dikirim kembali ke ruang rawat inap. Tanggung jawab perawat ruang pemulihan sangat banyak karena kondisi pasien dapat memburuk dengan cepat pada fase ini. Dengan demikian, perawat yang bekerja di ruang ini harus siap dan mampu mengatasi setiap keadaan Darurat (Muttaqin & Sari, 2009).

7) Manajemen Lingkungan Bedah

Manajemen lingkungan bedah merupakan suatu prosedur penatalaksanaan pekerjaan yang menunjang kegiatan dalam kamar operasi dan perlu diperhatikan oleh perawat perioperatif. Ada berbagai hal yang memengaruhi lingkungan bedah, antara lain : manajemen aseptis, manajemen sterilisasi dan desinfektasi instrumen, manajemen

keamanan, pengendalian lingkungan dan konsep manajemen alat bedah listrik dan laser (Muttaqin & Sari, 2009).

8) Manajemen Posisi Bedah

Manajemen pemberian posisi bedah bertujuan untuk menghasilkan area pembedahan yang optimal, meningkatkan keamanan, menurunkan resiko cedera, serta memudahkan akses dalam pemberian cairan intravena, obat dan bahan anastesi. Hasil yang diharapkan dari manajemen pemberian posisi adalah tercapainya kondisi fisiologis dan terhindar dari cedera (Muttaqin & Sari, 2009).

9) Manajemen Hemostatis

Hemostatis yang adekuat merupakan fondasi dari tindakan operasi. Apabila pasien mengidap gangguan mekanisme pembekuan, maka ahli bedah harus memiliki pengetahuan yang cukup mengenai hemostatis, sifat cedera yang terjadi, dan pengobatan yang tersedia (Muttaqin & Sari, 2009).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Periode perioperatif menurut (Black & Hawks, 2014) yaitu periode sebelum pembedahan atau periode praoperatif, periode selama prosedur pembedahan atau periode intraoperative, dan periode setelah pembedahan atau periode pascaoperatif.

1. Pengkajian Praoperatif

a. Pengkajian Fokus

Pengkajian difokuskan pada optimalisasi pembedahan herniorafi inguinal atau femoral. Pengkajian riwayat kesehatan diperlukan untuk menghindari komplikasi pada intra operatif dan post operatif. Pasien yang mempunyai riwayat peningkatan kadar glukosa darah dan hipertensi perlu dikoreksi sebelum pembedahan, serta kaji adanya riwayat alergi obat-obatan.

Selama melakukan pengkajian psikososial, perlu diperhatikan tingkat kecemasan pasien, persepsi dan kemampuan untuk memahami diagnosis, operasi yang direncanakan, dan prognosis; perubahan citra tubuh; tingkat koping dan teknik menurunkan kecemasan. Kaji pasien terhadap tanda dan gejala cemas (rentang perhatian sempit, tegang, ekspresi muka khawatir, gelisah, insomnia, takikardi, pucat, diaphoresis, iritabilitas, tidak mampu mempertahankan kontak mata, dan tidak mematuhi rencana pengobatan). Kaji pemahaman pasien tentang intervensi bedah yang direncanakan, rasa takut dan kesalahan pemahaman mengenai prognosis, pengalaman sebelumnya dengan operasi dan dirawat di

rumah sakit; perasaan harga diri menurun dan keputusasaan; dan putusnya hubungan dengan orang terdekat.

Lakukan pengkajian gastrointestinal tentang adanya gangguan defekasi, pembesaran abdomen, kembung, kemampuan flatus, dan bunyi peristaltik usus apakah normal. Pada hernia *Scrotalis*, keluhan pada orang dewasa berupa benjolan di scrotum. Pada inspeksi diperhatikan keadaan aksimetri pada kedua sisi lipatan paha, skrotum, atau labia dalam posisi berdiri dan berbaring. Pasien diminta mengedan atau batuk, sehingga adanya benjolan atau keadaan asimetri dapat dilihat. Palpasi dilakukan dalam keadaan ada benjolan hernia, diraba konsistensinya, dan dicoba mendorong apakah benjolan dapat di reposisi.

b. Pengkajian Diagnostik

- 1) Data laboratorium penting yang perlu diperiksa adalah hemoglobin, leukosit, LED, kalium, natrium, albumin, bilirubin, hitung darah lengkap, dan gas darah arteri. Kadar albumin dibawah 3 g dapat mengganggu proses penyembuhan luka.
- 2) Pemeriksaan EKG dan foto thoraks pada pasien lebih dari 40 tahun dilakukan untuk menyingkirkan adanya gangguan jantung dan tuberkulosis paru.

c. Diagnosis Keperawatan Praoperatif

Diagnosis keperawatan menurut SDKI (2018) yang sering muncul pada pasien pra bedah, meliputi:

- 1) Nyeri berhubungan dengan agen pencidera fisiologis
- 2) Kecemasan berhubungan dengan Krisis Situasional
- 3) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

d. Intervensi Keperawatan pre operatif

e. Rencana Intervensi

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa diatas adalah :

1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis

a) Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

b) DS dan DO yang mendukung:

DS:

- Mengeluh nyeri

DO:

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur
- Tekanan darah meningkat

c) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- Keluhan nyeri menurun
- Meringis menurun
- Sikap protektif menurun
- Frekuensi nadi membaik
- Tekanan darah membaik

d) Intervensi :

Observasi :

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

Teraupetik :

- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)
- Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian analgetik , *jika perlu*

2) Ansietas b.d Krisis Situasional

a) Defisini:

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) DS dan DO yang mendukung:

DS: Merasa bingung

- Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- Sulit berkonsentrasi

DO:

- Tampak gelisah
- Tampak tegang
- Sulit tidur
- Frekuensi napas meningkat
- Frekuensi nadi meningkat

- Tekanan darah meningkat
- Tremor
- Muka tampak pucat

c) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:

- Verbalisasi kebingungan menurun
- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
- Perilaku gelisah menurun
- Frekuensi nadi membaik
- Tekanan darah membaik

d) Intervensi :

Observasi :

- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stresor)
- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Teraupetik :

- Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan
- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- Pahami situasi yang membuat ansietas
- Dengarkan dengan penuh perhatian
- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- Motivasi mengidentifikasi situassi yang memicu kecemasan
- Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi :

- Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami
- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

- Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- Latih teknik relaksasi

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian obat antiansietas, *jika perlu*

3) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

a) Definisi:

Keadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

b) DS dan DO yang mendukung:

DS:

- Menanyakan masalah yang dihadapi

DO:

- Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
- Menjalani pemeriksaan tidak tepat
- Menunjukkan perilaku berlebih (misalnya apatis, bermusuhan, agitasi, histeris).

c) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil:

- Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- Perilaku membaik

d) Intervensi :

Observasi :

- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Teraupetik :

- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

- a) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- b) Ajarkan perilaku hidup dan sehat
- c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

f. Evaluasi Praoperatif

Kriteria yang diharapkan pada pembedahan herniorafi inguinalis, meliputi: kelancaran persiapan (identitas , status rekam medik, data penunjang, informed consent) pembedahan optimal dilaksanakan, terdapat penurunan tingkat nyeri, terpenuhinya dukungan pra bedah dan pemenuhan informasi, serta kelengkapan alat dan sarana (seperti benang, cairan intravena dan obat antibiotik profilaksis).

2. Proses Asuhan keperawatan Intraoperatif

a. Pengkajian

Hal-hal yang dikaji selama dilaksanakannya operasi bagi pasien yang diberi anaesthesi total adalah yang bersifat fisik saja, sedangkan pada pasien yang diberi anaesthesilokal ditambah dengan pengkajian psikososial. Secara garis besar yang perlu dikaji adalah :

- 1) Pengkajian mental, bila pasien diberi anaesthesi lokal dan pasien masih sadar atau terjagamaka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan kepadanya danmemberi dukungan agar pasien tidak cemas atau takut menghadapi prosedur tersebut.
- 2) Pengkajian fisik, tanda-tanda vital (bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harusmemberitahukan ketidaknormalan tersebut kepada ahli bedah).
- 3) Transfusi dan infuse, monitor flabot sudah habis apa belum.
- 4) Pengeluaran urin, normalnya pasien akan mengeluarkan urin sebanyak 1 cc/kg BB/jam.

b. Diagnosa

Diagnosis keperawatan pada fase intra operasi yang sering muncul menurut SDKI (2018) adalah sebagai berikut :

- 1) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

2) Risiko hipotermi berhubungan dengan suhu lingkungan rendah

3) Risiko cedera berhubungan dengan prosedur pembedahan

c. Intervensi

1) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

a) Definisi:

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

b) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:

- Kelembapan membran mukosa meningkat
- Kelembapan kulit meningkat
- Perdarahan menurun
- Tekanan darah membaik

c) Intervensi:

Observasi

- Monitor tanda dan gejala perdarahan
- Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah
- Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- Monitor output dan input cairan selama pembedahan

Terapeutik

- Posisikan pasien sesuai dengan indikasi pembedahan
- Lindungi sekitar kulit dan anatomi yang sesuai menggunakan kasa
- Pastikan keamanan alat-alat yang digunakan selama prosedur operasi

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
- Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu

2) Risiko hipotermi berhubungan dengan suhu lingkungan rendah

a) Definisi:

Berisiko mengalami kegagalan termoregulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada di bawah rentang normal.

b) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:

- Menggigil menurun
- Pucat menurun
- Suhu tubuh membaik
- Suhu kulit membaik
- Pengisian kapiler membaik

c) Intervensi:

Observasi

- Monitor suhu tubuh
- Identifikasi penyebab hipotermia, (Misalnya terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- Monitor tanda dan gejala hipotermia

Terapeutik

- Sediakan lingkungan yang hangat (misalnya mengatur suhu ruangan)
- Ganti pakaian atau linen yang basah
- Lakukan penghangatan pasif (misalnya selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misalnya kompres hangat, botol hangat, selimut hangat elektrik, metode kangguru)
- Lakukan penghangatan aktif internal (misalnya infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

3) Risiko cedera

a) Definisi:

Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

b) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil:

- Kejadian cedera menurun
- Tekanan darah membaik
- Frekuensi nadi membaik
- Frekuensi napas membaik

c) Intervensi:

Observasi

- Lakukan pengecekan daerah penekanan pada tubuh pasien selama operasi
- Lakukan pengecekan integritas kulit

Terapeutik

- Pastikan posisi pasien sesuai dengan indikasi pembedahan
- Hitung jumlah kasa, jarum, bisturi, deppep, dan hitung instrumen bedah
- Lakukan time out
- Lakukan sign out

3. Proses keperawatan pascaoperatif

a. Pengkajian pascaoperatif

Pengkajian pascabedah herniorafi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. pengkajian dilakukan saat memindahkan pasien yang berada di atas brankar, perawat mengkaji dan melakukan intervensi tentang kondisi jalan nafas, tingkat kesadaran, status vaskuler, sirkulasi, perdarahan, suhu tubuh dan saturasi oksigen. Posisi kepala pada saat pemindahan sangat penting dilakukan untuk menjaga kepatenan jalan nafas.

Pengkajian di ruang pemulihan berfokus pada keselamatan jiwa pasien fokus pengkajian meliputi : pengkajian respirasi, sirkulasi, status neurologis, suhu tubuh, kondisi luka dan drainase, nyeri,gastrointestinal, genitourinari, cairan dan elektrolit, psikologi dan keamanan peralatan.

b. Diagnosis Keperawatan Post Operasi

Diagnosa yang sering muncul pada post operasi adalah :

- 1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik
- 2) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah
- 3) Risiko Jatuh b.d efek agen farmakologis (SDKI, 2018)

c. Rencana Intervensi

Menurut SDKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

1) Nyeri akut b.d agen pencidera fisik

a) Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

b) DS dan DO yang mendukung:

DS:

- Mengeluh nyeri

DO:

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur
- Tekanan darah meningkat

c) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- Keluhan nyeri menurun
- Meringis menurun

- Sikap protektif menurun
- Frekuensi nadi membaik
- Tekanan darah membaik

d) Intervensi :

Observasi :

- Monitor efek samping penggunaan analgetik
- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

Teraupetik :

- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback* ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)
- Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik ,*jika perlu*

2) Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah

a) Definisi:

Berisiko mengalami penurunan suhu tubuh di bawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.

b) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:

- Menggigil menurun
- Pucat menurun
- Suhu tubuh membaik
- Suhu kulit membaik
- Pengisian kapiler membaik

c) Intervensi :

Observasi :

- Monitor suhu tubuh
- Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi

Teraupetik :

- Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan)
- Lakukan penghangatan pasif (Misal : Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)
- Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

3) Risiko Jatuh b.d efek agen farmakologis

a) Definisi:

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

b) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:

- Jatuh menurun
- Frekuensi nadi membaik
- Frekuensi tekanan darah membaik

c) Intervensi :

Observasi :

- Identifikasi faktor resiko jatuh
- Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh
- Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala
- Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya

Terapeutik :

- Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- Pasang handrall tempat tidur
- Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
- Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station

Edukasi :

- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan

4. Evaluasi keperawatan pascaoperatif

Evaluasi yang diharapkan pada pasien pasca operatif meliputi :

1. Kembalinya fungsi fisiologis pada seluruh sistem secara normal
2. Tidak terjadi komplikasi pasca bedah
3. Pasien dapat beristirahat dan memperoleh rasa nyaman
4. Tidak terjadi luka operasi
5. Hilangnya rasa cemas
6. Meningkatnya konsep diri pasien

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Hernia Scrotalis

Hernia merupakan protusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan (Sjamsuhidajat,1997,hal 700 dalam (Sari & Husni, 2014).

Hernia adalah keluarnya bagian dalam dari tempat biasanya. Hernia scrotalis adalah burut lipatan pada laki-laki yang turun sampai ke dalam kantung buah zakar (Laksman,2002, hal153).

Hernia *scrotalis* adalah hernia yang melalui cincin inguinalis dan turun ke kanalis pada sisi funikulus spermaticus pada bagian anterior dan lateral,yang dapat mencapai scrotum ,hernia ini disebut juga hernia inguinalis *indirect* (Sachdeva,1996, hal235 dalam Setiawan 2015).

2. Klasifikasi

Beberapa tipe hernia adalah:

- a. Hernia *Inguinal*, terdiri dari 2 macam yaitu indirek dan direk. Hernia inguinalis *indirek* atau disebut juga hernia inguinalis lateralis yaitu hernia yang terjadi melalui cincin inguinal dan mengikuti saluran spermaticus melalui kanalis inguinalis. Sedangkan hernia inguinalis *direk* yang disebut juga hernia inguinalis medialis yaitu hernia yang menonjol melalui dinding inguinal posterior di area yang mengalami kelemahan otot melalui trigonum hesselbach.
- b. Hernia *Femoral* adalah hernia yang menonjol melalui cincin femoral dalam kanalis femoral.
- c. Hernia *Umbilikal* adalah hernia yang menonjol melalui cincin umbilikal, terjadi ketika muskulus rektus lemah atau saluran umbilikal gagal menutup setelah lahir
- d. Hernia *Insisional* adalah hernia yang terjadi pada bagian dari sebuah insisi operasi sebelumnya.

Berdasarkan sifatnya hernia dibagi 4 macam:

- a. Hernia *Reponibel* yaitu bila isi hernia dapat keluar masuk. Usus akan keluar jika berdiri atau mengedang dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus.
- b. Hernia *Ireponibel* atau hernia akreta yaitu bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga. Hal ini biasanya disebabkan karena adanya perlekatan isi kantong pada peritoneum kantong hernia. Tidak ada keluhan rasa nyeri ataupun tanda sumbatan usus.
- c. Hernia *Inkaserata* yaitu bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia, sehingga isi kantong terperangkap, tidak dapat kembali ke dalam rongga perut yang mengakibatkan gangguan pasase atau vaskularisasi.
- d. Hernia *Strangulata* yaitu pada saat terjadi jepitan sehingga vaskularisasi terganggu, dengan berbagai tingkatan gangguan mulai dari bendungan sampai terjadi nekrosis.

3. Etiologi

Hernia *scrotalis* dapat terjadi karena anomali likon genital atau karena sebab yang didapat (akuisistik), hernia dapat dijumpai pada setiap usia, prosentase lebih banyak terjadi pada pria, berbagai faktor penyebab berperan pada pembukaan pintu masuk hernia pada anulus internus yang cukup lebar sehingga dapat dilalui oleh kantong berisi hernia, disamping itu disebabkan pula oleh faktor yang dapat mendorong isi hernia melewati pintu yang sudah terbuka cukup lebar tersebut.

Faktor yang dapat dipandang berperan kausal adalah adanya peninggian tekanan di dalam rongga perut, dan kelemahan otot dinding perut karena usia, jika kantong hernia inguinalis lateralis mencapai *scrotum* disebut hernia *scrotalis*. Penyebab lain yang memungkinkan terjadinya hernia adalah:

- a. Hernia inguinalis indirect, terjadi pada suatu kantong kongenital sisa dan

prosesus vaginalis.

- b. Kerja otot yang terlalu kuat.
- c. Mengangkat beban yang berat.
- d. Batuk kronik.
- e. Mengejan sewaktu miksi dan defekasi.
- f. Peregangan otot abdomen karena meningkatkan tekanan intra abdomen (TIA) seperti: obesitas dan kehamilan.

4. Manifestasi Klinis

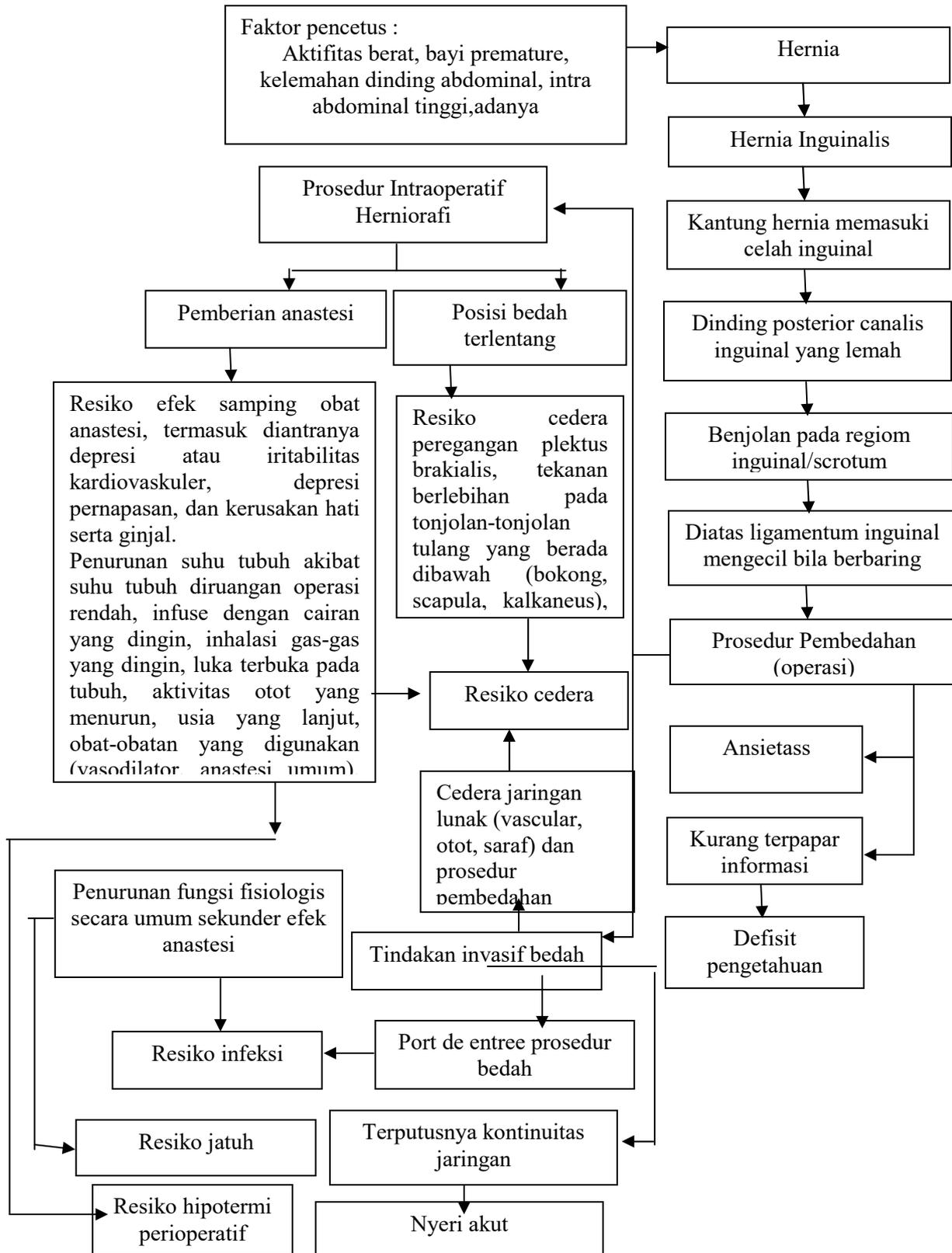
Pada umumnya keluhan pada orang dewasa berupa benjolan di lipat paha, benjolan tersebut bisa mengecil dan menghilang pada saat istirahat dan bila menangis, mengejan mengangkat beban berat atau dalam posisi berdiri dapat timbul kembali, bila terjadi komplikasi dapat ditemukan nyeri, keadaan umum biasanya baik pada inspeksi ditemukan asimetri pada kedua sisi lipat paha, scrotum atau pada labia. (Mansjoer, 2010, hal 314).

Jika menurut tanda dan gejala Hernia *Scrotalis* ialah Nyeri, muntah, mual, nyeri abdomen, distensi abdomen, Kram, dan ada penonjolan di scrotum.

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. Serum elektrolit meningkat.
- b. Leukosit : $>10.000 - 18.000 /\text{mm}^3$

6. PATHWAYS KEPERAWATAN



Sumber : modifikasi Mutaqin & Sari (2009), NANDA (2015)

Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medik

- 1) Istirahat tirah baring dan beri diit lunak/diit saring
- 2) Pemakaian celana suspensoar.
- 3) Operatif
 - a) Hernioplasty: memperkecil angulus inguinalis internus dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis.
 - b) Herniotomy: pembesaran hernia sampai ke lehernya, kantong dibuka dan isi hernia dibebaskan, jika ada perlengketan kemudian direposisi, kantong hernia dijahit ikat setinggi mungkin lalu dipotong.
 - c) Herniorraphy: mengembalikan isi kantong hernia ke dalam abdomen dan menutup celah yang terbuka dengan menjahit pertemuan muskulus transversus internus dan muskulus oblikus internus abdominalis ke ligamen inguinale.

D. Jurnal Terkait

1. Arif Kurniawan dkk (2013), dengan judul “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Preoperasi Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Herinia Di RSUD Kudus”. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain eksperimen semu (*quasi experiment*) dengan rancangan penelitian *one group pretest posttest* dan pengambilan sampel dilakukan dengan metode *accidental sampling* yaitu berjumlah 15 orang. Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan analisis statistik T *dependent / paired t-test*. Hasil dari penelitian ini menunjukkan ada pengaruh yang signifikan antara tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada pasien pre operasi hernia skrotalis yaitu dengan $p \text{ value} = 0,000 < \alpha (0,05)$.
2. Madesti Vindora dkk (2013), dengan judul “Perbandingan Efektifitas Teknik Distraksi dan Relaksasi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi Hernia di RSUD Menggala Tahun 2013”. Jenis penelitian adalah kuantitatif dengan pendekatan *quasi eksperimen*. Populasi penelitian adalah pasien post operasi hernia dengan usia dewasa dan lansia di RSUD Menggala pada 18

November – 18 Desember 2013 sejumlah 52 orang. Pengumpulan data dengan menggunakan lembar observasi. Analisa data yang digunakan adalah uji *t-independent*. Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan efektivitas tehnik distraksi dan relaksasi terhadap perubahan intensitas nyeri pasien post operasi hernia (p value 0,001).

3. Agung Suprastyo dkk (2015), dengan judul “ Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Di Rumah Sakit Umum Aisyiyah Ponorogo”. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain penelitian *quasi experiment* dengan rancangan *non equivalent control group*. Pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Responden berjumlah 30 orang responden. Data dikumpulkan dari pasien dengan menggunakan kuesioner tingkat kecemasan dari *Hamilton Rating Scale For Anxiety* (HRS-A). Data dianalisis menggunakan uji *Wilcoxon* (tidak berpasangan) dan uji *Mann Whitney U-Test* (berpasangan). Dari hasil uji statistic diperoleh nilai p value 0,000 ($p < 0,05$), sehingga H_a diterima dan H_o ditolak. Hal ini berarti pemberian komunikasi terapeutik berpengaruh terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien pre operasi di ruang Siti Fadilah Kelas 3 Rumah Sakit Umum Aisyiyah Ponorogo.