

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Riwayat Perkembangan Ilmu Bedah

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, 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. Pengajuan infeksi dan kemajuan teknik aseptis

Setelah pembedahan tanpa nyeri dapat dilakukan, hal ini memungkinkan ahli bedah untuk memulai memperbaiki ekstremitas yang sakit daripada mengampustasinya. Nemun 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, tetapi 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 (Potter & Perry, 2006)

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.

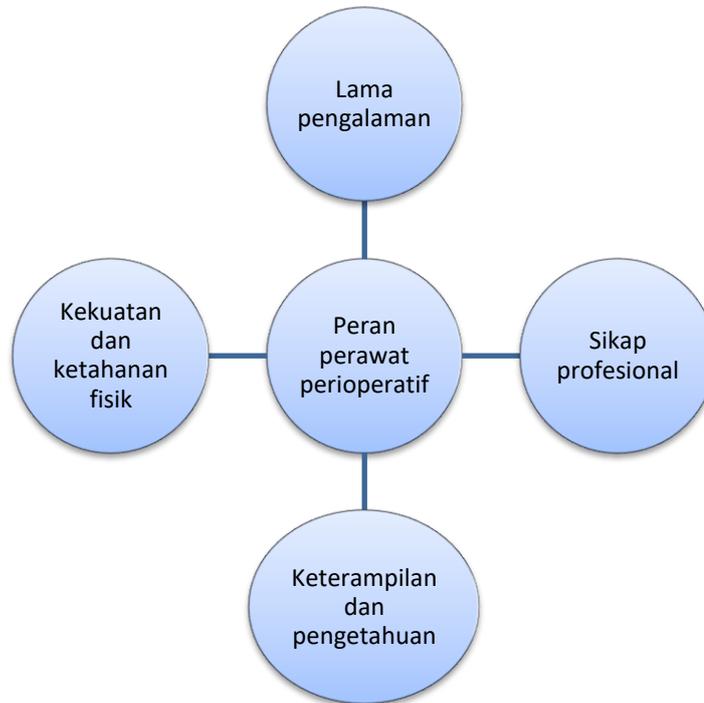
Urgensi	Elektif	Pembedahan dilakukan berdasarkan pilihan pasien, tidak penting dan tidak dibutuhkan untuk kesehatan.	Rekonstruksi payudara atau vagina, bedah plastik pada wajah.
	Gawat	Pembedahan perlu untuk kesehatan atau mencegah timbulnya masalah tambahan pada pasien.	Eksisi tumor ganas, pengangkatan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

3. Modalitas Manajemen Keperawatan Perioperatif

a. 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)



b. 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).

c. 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 :

- 1) Menjaga kelengkapan alat instrumen steril yang sesuai dengan jenis operasinya
- 2) Harus selalu mengawasi teknik aseptik dan memberikan instrumen kepada ahli bedah
- 3) Harus terbiasa dengan anatomi dasar dan teknik-teknik bedah yang sedang dikerjakan
- 4) Melakukan manajemen sirkulasi dan suplai alat instrumen operasi
- 5) Harus mempertahankan integritas lapangan steril selama pembedahan
- 6) Dalam menangani instrumen, perawat instrumen harus mengawasi semua aturan keamanan yang terkait
- 7) Harus memelihara peralatan dan menghindari kesalahan pemakaian
- 8) Bertanggung jawab untuk mengkomunikasikan kepada tim bedah mengenai setiap pelanggaran teknik aseptik selama pembedahan
- 9) Menghitung kasa, jarum, benang, dan instrumen sebelum pembedahan dimulai dan sebelum ahli bedah menutup luka operasi (Muttaqin & Sari, 2009)

d. 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).

e. 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.

f. 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).

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

h. 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).

i. 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 Muttaqin & Sari (2009) yaitu periode sebelum pembedahan atau periode praoperatif, periode selama prosedur pembedahan atau periode intraoperative, dan periode setelah pembedahan atau periode pascaoperatif.

1. Proses Keperawatan Praoperatif

a. Pengkajian Fokus Praoperatif

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 coping 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 kesalah pahaman 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 pristaltik usus apakah normal. Pada hernia inguinalis, keluhan pada orang dewasa berupa benjolan dilipatan paha yang timbul pada waktu mengedan, batuk, atau mengangkat beban berat, dan menghilang pada waktu istirahat atau berbaring. Pada bayi dan anak-anak, adanya benjolan yang hilang timbul di lipatan paha biasanya diketahui oleh orang tua jika hernia mengganggu dan anak atau bayi gelisah, banyak menangis, dan kadang-kadang perut kembung. 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 Praoperatif

- 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 (2016) yang sering muncul pada pasien pra bedah, meliputi:

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

d. Rencana Intervensi Praoperatif

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

Tabel 2.2 Rencana Intervensi Praoperatif

Diagnosa Keperawatan	Rencana Intervensi Keperawatan
Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis (proses inflamasi)	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Monitor efek samping penggunaan analgetik2) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.3) Identifikasi skala nyeri4) Identifikasi nyeri non verbal5) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri6) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri7) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri8) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, <i>biofeedback</i> ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.)2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.)3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri2) Jelaskan strategi meredakan nyeri3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat5) Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1) Kolaborasi pemberian analgetik , <i>jika perlu</i>

<p>Ansietas b.d Krisis Situasional</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misal : kondisi, waktu, stresor) 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3) Pahami situasi yang membuat ansietas 4) Dengarkan dengan penuh perhatian 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7) Motivasi mengidentifikasi situassi yang memicu kecemasan 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8) Latih tehnik relaksasi <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i>
<p>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

	<p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2) Ajarkan perilaku hidup dan sehat 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--

e. 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 Keperawatan Intraoperatif

a. Pengkajian fokus Intraoperatif

Pengkajian intraoperatif bedah herniorafi secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan, diantaranya validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi.

b. Diagnosis Keperawatan Intraoperatif

Diagnosa yang sering muncul pada intra operasi adalah :

- 1) Resiko cedera berhubungan dengan pengaturan posisi bedah dan trauma prosedur pembedahan.
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan adanya port de entrée luka pembedahan dan penurunan imunitas sekunder efek anastesi.

c. Rencana Intervensi Intraoperatif

Tujuan utama intervensi keperawatan pada jenis pembedahan bedah herniorafi inguinal adalah menurunkan resiko cedera, mencegah kontaminasi intra operatif, dan optimalisasi hasil pembedahan. Kriteria yang diharapkan, misalnya : pada saat masuk ruang pemulihan kondisi TTV dalam batas normal, tidak terdapat adanya cedera tekan sekunder dari pengaturan posisi bedah, dan luka pasca bedah tertutup kasa.

Rencana yang disusun dan akan dilaksanakan pada resiko cedera maupun resiko infeksi adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3 Rencana Intervensi Intraoperatif

(Mutaqin & Sari, 2009)

Intervensi	Rasional
Kaji ulang identitas pasien	Perawat ruang operasi memeriksa kembali identitas dan kardeks pasien. Lihat kembali lembar persetujuan tindakan, riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, dan beberapa hasil pemeriksaan diagnostik. Pastikan bahwa alat protes dan barang berharga telah dilepas dan periksa kembali rencana perawatan praoperatif yang berkaitan dengan rencana perawatan intraoperatif.
Siapkan sarana pendukung pembedahan	Sarana pendukung seperti kateter urine lengkap, alat penghisap (suction) lengkap, dan spons dalam kondisi siap pakai.
Siapkan sarana scrub	Sarana scrub, meliputi cairan antiseptik cuci tangan pada tempatnya, gaun (terdiri dari gaun kedap air dan baju bedah steril), duk penutup, dan duk berlubang dalam kondisi lengkap dan siap pakai.
Siapkan instrument bedah herniorafi	Manajemen instrument dilakukan perawat instrument sebelum pembedahan. Perawat instrument bertanggung jawab terhadap kelengkapan instrument bedah dan sebagaiantisipasi diperlukan instrument cadangan dalam suatu tromol steril yang akan memudahkan pengambilan apabila diperlukan tambahan alat instrument.
Siapkan alat hemostasis dan alat cadangan dalam kondisi siap pakai	Alat hemostasis merupakan fondasi dari tindakan operasi untuk mencegah terjadinya perdarahan serius akibat kerusakan pembuluh darah arteri. Perawat memeriksa

	kemampuan alat tersebut siap pakai untuk menghindari cedera akibat perdarahan intraoperasi.
Lakukan pengaturan posisi terlentang	Posisi terlentang pada pembedahan herniorafi dapat memudahkan pajanan yang optimal terhadap area bedah.
Pengaturan lengan	Lengan pasien diputar kepagan lengan berbantal, gerakan berdasarkan ROM normal mereka, posisi lengan mengarah ke atas sisi kepala pasien pada papan lengan.
Bandingkan status neurovascular sebelum dan setelah operasi	Mendeteksi kapan terjadinya penyebab cedera
Berikan dukungan praanastesi	Hubungan emosional yang baik antara piñata anastesi dan pasien akan mempengaruhi penerimaan anatesi.
Lakukan manajemen aseptis prabedah	Manajemen aseptis selalu berhubungan dengan pembedahan dan perawatan perioperatif. Aseptis prabedah meliputi teknik aseptis atau pelaksanaan scrubing cuci tangan dan pemasangan gaun bedah.
Lakukan manajemen aseptis intraoperasi	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen aseptis dilakukan untuk menghindari kontak dengan zona steril meliputi pemakaian baju bedah, pemakaian sarung tangan, persiapan kulit, pemasangan duk, penyerahan alat yang diperlukan perawat instrument dengan perawat sirkuler. • Manajemen aseptis intraoperasi merupakan tanggung jawab perawat instrument dengan mempertahankan integritas lapangan steril selama pembedahan dan bertanggung jawab untuk mengomunikasikan kepada tim bedah setiap pelanggaran teknik aseptis atau kontaminasi yang terjadi selama pembedahan.
Lakukan persiapan alat bedah secara scrub	Persiapan alat setelah perawat melakukan scrub merupakan awal pelaksanaan pembedahan sudah dimulai.
Letakkan alat insisi herniorafi dan alat penghisap pada sisi area bedah	Peletakan alat insisi akan memudahkan ahli bedah dalam melakukan insisi.
Bantu ahli bedah pada saat dimulainya insisi	Insisi bedah memerlukan skapel (alat penjepit) dan pisau bedah yang sesuai dengan area yang dilakukan insisi. Perawat instrument bertanggung jawab menyerahkan

	alat insisi dan mempersiapkan kauter listrik yang diperlukan dalam tindakan hemostasis. Asisten pertama berperan membantu menyerap darah yang keluar saat dan menjepit pembuluh darah akibat kerusakan vaskular pada area insisi dengan menggunakan spon dan klem arteri. Perawat instrument atau asisten bedah menggunakan alat hemostasis listrik pada klem arteri untuk menjepit atau menghentikan perdarahan.
Bantu ahli bedah pada saat membuka jaringan	Pada saat membuka jaringan pasien mempunyai resiko cedera. Perawat asisten bedah membantu ahli bedah dengan membuka jaringan dengan hati-hati sambil mengikuti arahan ahli bedah.
Bantu ahli bedah dalam membuka jaringan dan lakukan penjepitan arteri yang putus	Asisten bedah membantu menjepit arteri yang putus sehingga dapat mengganggu akses bedah. Perawat instrument berperan dalam memenuhi keperluan yang sesuai pada setiap momen pembedahan, seperti keperluan refraktor.
Bantu ahli bedah dalam penutupan jaringan	<ul style="list-style-type: none"> • Prosedur penutupan jaringan dilakukan setelah tujuan pembedahan selesai dilaksanakan. Penutupan dilakukan lapis demi lapis sesuai area atau jaringan yang telah dilakukan pembedahan. Perawat instrument menurunkan resiko cedera dengan mempersiapkan dan memilih sarana penjahitan dengan memperhatikan ketajaman jarum dan benang jahit yang akan digunakan sesuai jaringan yang di jahit dan kondisi atau kelayakan instrument agar kerusakan jaringan dapat minimal. • Penjahitan bisa dilakukan ahli bedah atau asisten bedah. Apabila dilakukan ahli bedah maka asisten bedah membantu penutupan jaringan agar dapat terlaksana secara efektif dan efisien agar kerusakan jaringan dapat minimal.
Lakukan perhitungan jumlah kasa dan instrument yang telah digunakan	Perhitungan yang tepat akan mencegah tertinggalnya kasa pada area bedah sehingga menurunkan resiko cedera pada pasien.
Lakukan penutupan luka bedah	Sebelumnya, area bedah bekas darah dan lainnya dilakukan desinfeksi dan dibersihkan. Kemudian perawat

	mengangkat duk, luka ditutup dengan kasa, dan plester secara keseluruhan.
Rapihkan dan bersihkan instrument	Instrument dibersihkan ditempat pembersihan dengan air yang mengalir. Perawat membersihkan seluruh bagian instrument dari sisa pembedahan. Intrumen yang telah dikeringkan kemudian dipaket untuk disterilisasi kembali.
Lakukan dokumentasi intra operatif	Catatan keperawatan intraoperatif diisi lengkap sebelum pasien dipindahkan keruang pulih sadar agar asuhan keperawatan yang diberikan berkesinambungan.

3. Proses Keperawatan Postoperatif

a. Pengkajian Postoperatif

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 Postoperatif

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, 2016)

c. Rencana Intervensi Postoperatif

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

Tabel 2.4 Rencana Intervensi Postoperatif

Diagnosa Keperawatan	Rencana Intervensi Keperawatan
Nyeri akut b.d agen pencidera fisik	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor efek samping penggunaan analgetik 2) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 3) Identifikasi skala nyeri 4) Identifikasi nyeri non verbal 5) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 6) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 7) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 8) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal : TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, <i>biofeedback</i> ,terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin.) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.) 3) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5) Ajarkan eknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian analgetik , <i>jika perlu</i>

<p>Risiko hipotermi perioperatif b.d suhu lingkungan rendah</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor suhu tubuh 2) Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) 3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan) 2) Lakukan penghangatan pasif (Misal : Selimut, menutup kepala, pakaian tebal) 3) Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru) 4) Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)
<p>Risiko Jatuh b.d efek agen farmakologis</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi faktor resiko jatuh 2) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh 3) Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala 4) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3) Pasang handrall tempat tidur 4) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5) Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan

C. Konsep Penyakit Hernia Inguinalis

1. Definisi Hernia Inguinalis

Hernia merupakan penonjolan isi rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Pada hernia abdomen, isi perut menonjol melalui defek atau bagian lemah dari lapisan muskulo-aponeurotik dinding perut. Hernia terdiri atas cincin, kantong, dan isi hernia. Berdasarkan terjadinya hernia dibagi atas hernia bawaan atau kongenital dan hernia didapat atau akuisita.

Hernia inguinalis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Orang awam biasa menyebutnya “turun bero” atau “hernia”. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Faktor yang dipandang berperan dalam terjadinya hernia inguinalis adalah prosesus vaginalis yang terbuka, peninggian tekanan intraabdomen, dan kelemahan otot dinding perut karena usia (Sjamsuhidayat & Jong, 2005).

2. Klasifikasi Hernia

a. Berdasarkan letaknya, hernia terdiri dari:

1) Hernia Hiatal

Adalah kondisi dimana kerongkongan (pipa tanggorokan) turun, melewati diafragma melalui celah yang disebut hiatus sehingga sebagian perut menonjol ke dada (thoraks).

2) Hernia Epigastrik

Terjadi diantara pusar dan bagian bawah tulang rusuk di garis tengah perut. Hernia epigastrik biasanya terjadi dari jaringan lemak dan jarang yang berisi usus. Terbentuk dibagian dinding perut yang relative lemah, hernia ini sering menimbulkan rasa sakit dan tidak dapat didorong kembali kedalam perut ketika pertama kali ditemukan.

3) Hernia Umbilikal

Berkembang didalam dan sekitar umbilicus (pusar) yang disebabkan bukaan pada dinding perut, yang biasanya menutup sebelum kelahiran dan tidak menutup sepenuhnya. Orang jawa sering

menyebutnya “wudel bodong”. Jika kecil (kurang dari satu centimeter), hernia jenis ini biasanya menutup secara bertahap sebelum usia 2 tahun.

4) Hernia Inguinalis

Adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Orang awam biasa menyebutnya “turun bero” atau “hernia”. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Ciri hernia ini ada benjolan di bawah perut yang lembut, kecil dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak. Hernia tipe ini lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan.

5) Hernia Femoralis

Muncul sebagai tonjolan di pangkal paha. Tipe ini lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria.

6) Hernia Insisional

Dapat terjadi melalui luka pasca operasi perut. Hernia ini muncul sebagai tonjolan disekitar pusar yang terjadi ketika otot sekitar pusar tidak menutup sepenuhnya.

7) Hernia Nukleus Pulposi (HNP)

Adalah hernia yang melibatkan cakram tulang belakang. Diantara setiap tulang belakang ada diskus intervertebralis yang menyerap guncangan cakram dan meningkatkan elastisitas dan mobilitas tulang belakang. Karena aktivitas dan usia, terjadi herniasi diskus intervertebralis yang menyebabkan syaraf terjepit (sciatica). HNP umumnya terjadi di punggung bawah pada tiga vertebra lumbar bawah.

b. Berdasarkan terjadinya, hernia terbagi atas :

1) Hernia Bawaan (Kongenital)

Patogenesis pada jenis hernia inguinalis lateralis (indirek) : kanalis inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus. Pada bulan ke-8 kehamilan, terjadi desensus testis melalui kanal tersebut. Penurunan testis tersebut akan menarik peritoneum ke daerah skrotum sehingga

terjadi penonjolan peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalisperitonei. Pada bayi yang sudah lahir, umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanal tersebut. Namun dalam beberapa hal, kanalis ini menutup. Karena testis kiri turun terlebih dahulu, maka kanalis inguinalis kanan lebih sering terbuka. Bila kanalis kiri terbuka maka biasanya yang kanan juga terbuka. Dalam keadaan normal, kanalis yang terbuka ini akan menutup pada usia 2 bulan. Bila prosesus terbuka terus (karena tidak mengalami obliterasi) akan timbul hernia inguinalis lateralis congenital. Pada orang tua kanalis tersebut sudah tertutup. Namun karena merupakan lokus minoris resistensie, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intra-abdomen meningkat, kanal tersebut dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis akuisita.

2) Hernia Dapatan atau Akuisita

Acquisitus = didapat, yaitu hernia yang timbul karena berbagai faktor pemicu.

c. Menurut sifatnya, hernia dapat disebut :

- 1) **Hernia reponibel/reducible**, yaitu bila isi hernia dapat keluar masuk. Usus keluar jika berdiri atau mendedan dan masuk lagi jika berbaring atau didorong masuk, tidak ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus.
- 2) **Hernia ireponibel**, yaitu bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan dalam rongga. Ini biasanya disebabkan oleh perlekatan isi kantong pada peritoneum kantong hernia. Hernia ini juga disebut hernia akreta (accretes = perlekatan karena fibrosis). Tidak ada keluhan rasa nyeri ataupun tanda sumbatan usus.
- 3) **Hernia strangulate atau inkarserata** (incarceration = terperangkap, carcer + penjara), yaitu bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia. Hernia inkarserata berisi isi kantong terperangkap,

tidak dapat kembali dalam rongga perut disertai akibatnya yang berupa gangguan pasase atau vaskularisasi. Secara klinis “hernia inkarserata” lebih dimaksudkan untuk hernia ireponibel dengan gangguan pasase, sedangkan gangguan vaskularisasi disebut sebagai “hernia strangulate”. Hernia strangulate mengakibatkan nekrosis dari isi abdomen di dalamnya karena tidak mendapat darah akibat pembuluh pemasoknya terjepit. Hernia jenis ini merupakan keadaan gawat darurat karenanya perlu mendapat pertolongan segera.

3. Etiologi Hernia Inguinalis

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) hernia dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya adalah sebagai berikut :

- a. Kongenital
- b. Obesitas
- c. Ibu hamil
- d. Mengejan
- e. Peningkatan berat badan

Menurut Hermawan (2014) penyebab hernia inguinalis adalah sebagai berikut:

- a. Kelemahan otot dinding abdomen
 - 1) Kelemahan jaringan
 - 2) Adanya daerah yang luas di ligamen inguinal
 - 3) Trauma
- b. Peningkatan tekanan intra abdominal.
 - 1) Obesitas
 - 2) Mengangkat benda berat
 - 3) Konstipasi – mengejan
 - 4) Kehamilan
 - 5) Batuk kronik
 - 6) Hipertropi prostat
- c. Faktor resiko: kelainan congenital

4. Manifestasi Klinis Hernia Inguinalis

Manifestasi klinis hernia yaitu :

- a. Berupa benjolan keluar masuk/keras dan yang tersering tampak benjolan dilipatan paha.
- b. Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual.
- c. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi
- d. Bila terjadi hernia inguinalis strangulata perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit diatasnya menjadi merah dan panas.
- e. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
- f. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit didaerah perut disertai sesak nafas.
- g. Bila pasien mengejan atas batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

5. Pemeriksaan Penunjang Hernia Inguinalis

- a. Sinar X abdomen menunjukkan adanya abnormalitas kadar gas dalam usus/obstruksi usus
- b. Hitung darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi (peningkatan hematokrit), peningkatan sel darah putih dan ketidakseimbangan elektrolit.

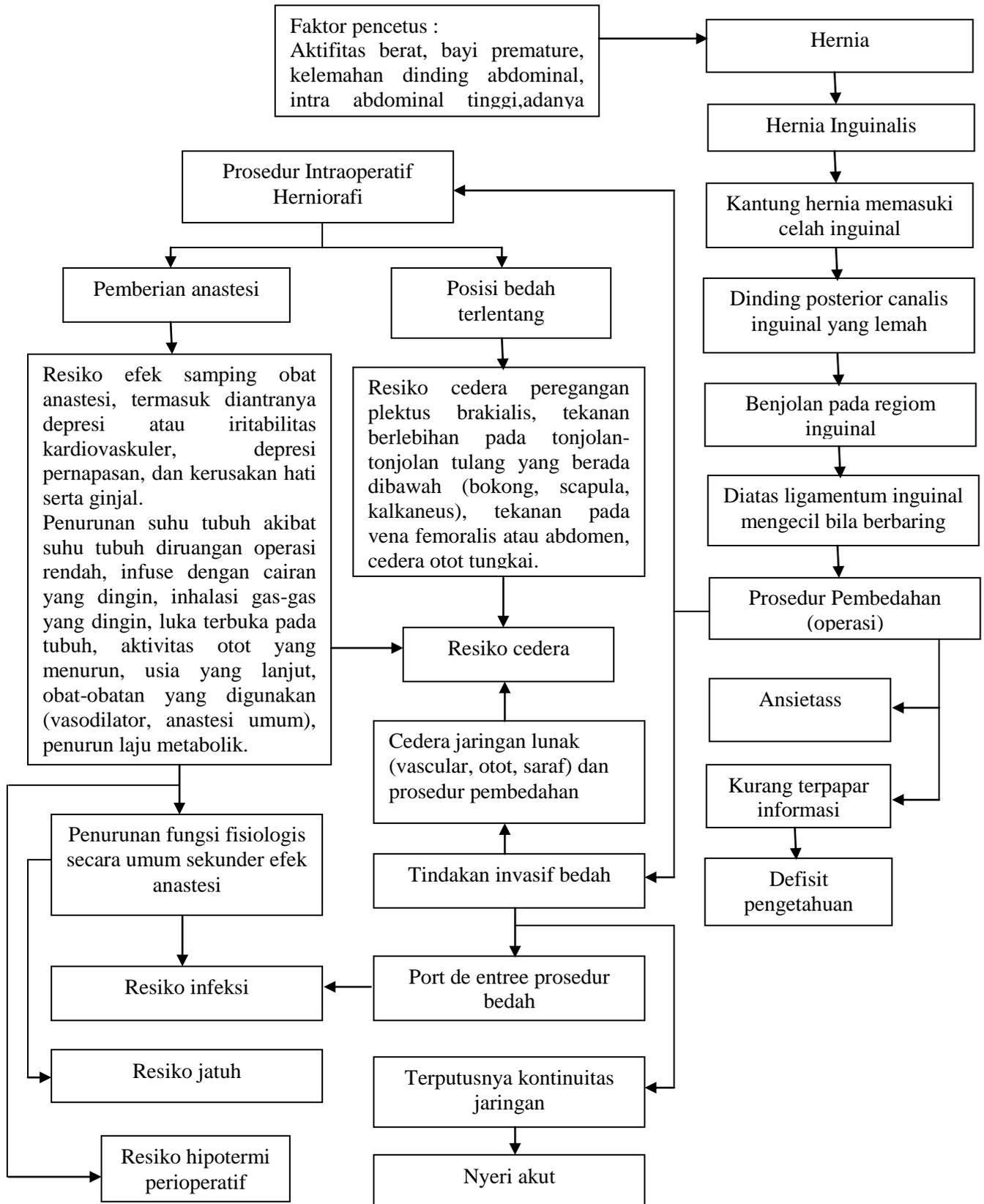
Pengkajian diagnostik menurut Muttaqin & Sari, 2009 adalah :

- a. 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.
- b. Pemeriksaan EKG dan foto thoraks pada pasien lebih dari 40 tahun dilakukan untuk menyingkirkan adanya gangguan jantung dan tuberkulosis paru

6. Patofisiologi Hernia Inguinalis

Gambar 2.2 Patway Hernia Inguinalis

Sumber : modifikasi Mutaqin & Sari (2009), Nurarif & Kusuma (2015)



7. Penatalaksanaan Hernia

Penanganan hernia ada dua macam yaitu :

a. Konservatif (Townsend CM)

Pengobatan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia yang telah direposisi. Bukan merupakan tindakan definitive sehingga dapat kambuh kembali. Tindakan konservatif terdiri dari :

1) Reposisi

Reposisi adalah suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia ke dalam cavum peritonii atau abdomen. Reposisi dilakukan secara bimanual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan hernia reponibilis dengan cara memakai dua tangan. Reposisi tidak dilakukan pada hernia inguinalis strangulate kecuali pada anak-anak.

2) Suntikan

Dilakukan penyuntikan cairan sklerotik berupa alkohol atau kinin di daerah sekitar hernia, yang menyebabkan pintu hernia mengalami sclerosis atau penyempitan sehingga isi hernia keluar dari cavum peritonii.

3) Sabuk Hernia

Diberikan pada pasien yang hernia masih kecil dan menolak dilakukan operasi.

b. Operasi

Operasi merupakan tindakan paling baik dan dapat dilakukan pada :

- 1) Hernia reponibilis
- 2) Hernia irreponibilis
- 3) Hernia strangulasi
- 4) Hernia incarcerated

Operasi hernia dilakukan dalam 3 tahap :

1) Herniotomy

Membuka dan memotong kantong hernia serta mengembalikan isi hernia ke cavum abdominalis.

2) Hernioraphy

Mulai dari mengikat leher hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi bebas m.obliquus intraabdominalis dan m.transversus abdominis yang berinsesio di tuberculum pobicum).

3) Hernioplasty

Menjahitkan conjoint tendon pada ligamentum inguinale agar LMR hilang/tertutup dan dinding perut jadi lebih kuat karena tertutup otot. Hernioplasty pada hernia inguinalis lateralis ada bermacam-macam menurut kebutuhannya (Ferguson, Bassini, Helstedt, Hernioplasty pada hernia inguinalis media dan hernia femoralis dikerjakan dengan cara Mc.Vay).

Operasi hernia pada anak dilakukan tanpa hernioplasty, dibagi menjadi 2 yaitu :

- a) Anak berumur kurang dari 1 tahun, menggunakan teknik Michele Benc
- b) Anak berumur lebih dari 1 tahun, menggunakan taknik POTT

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_0 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.