

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Masalah Utama

1. Definisi Gangguan Integritas Kulit

Gangguan integritas kulit merupakan kondisi patologis yang ditandai dengan terganggunya struktur anatomis dan fungsi fisiologis kulit, baik sebagian maupun menyeluruh, yang dapat melibatkan lapisan epidermis, dermis hingga jaringan subkutan dan strukrur dibawahnya (Blackburn *et al.*, 2024). Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan pada lapisan epidermis dan/atau dermis kulit (PPNI, 2017).

2. Tanda dan Gejala

Tanda gejala yang dapat ditemukan pada gangguan integritas kulit yaitu:

- a. Kerusakan lapisan kulit.
- b. Nyeri.
- c. Perdarahan.
- d. Kemerahan.
- e. Hematoma (PPNI, 2017).

3. Faktor Penyebab

Faktor penyebab terjadinya gangguan integritas kulit antara lain:

- a. Perubahan sirkulasi.
- b. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan).
- c. Kekurangan/kelebihan volume cairan.
- d. Perubahan mobilitas.
- e. Bahan kimia iritasi.
- f. Suhu lingkungan yang ekstrim.
- g. Faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan).
- h. Efek samping terapi radiasi.

- i. Proses penuaan.
- j. Neuropati perifer
- k. Perubahan hormonal.
- i. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas kulit (PPNI, 2017).

4. Penatalaksanaan

Pada gangguan integritas kulit akan dilakukan tatalaksana keperawatan yaitu manajemen perawatan luka:

- a. Observasi:
 - 1) Monitor karakteristik luka (*drainage*, warna, ukuran, bau).
 - 2) Monitor tanda-tanda infeksi (kemerahan, *edema*, nyeri, dan cairan pada luka).
- b. Terapeutik:
 - 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan menggunakan handscoon bersih.
 - 2) Memakai handscoon steril kemudian bersihkan dengan cairan. *NaCl* atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan menggunakan kasa dan pinset.
 - 3) Tekan sedikit demi sedikit luka untuk mengeluarkan cairan menggunakan kasa dan pinset.
 - 4) bersihkan dengan *NaCl* 0,9% kembali, setelah bersih.
 - 5) Pasang balutan luka sesuai kebutuhan.
- c. Edukasi:
 - 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.

5. Definisi Luka

Luka merupakan kerusakan pada fungsi pelindung kulit disertai hilangnya kontinuitas jaringan epitel dengan atau tanpa adanya kerusakan pada jaringan lainnya seperti otot yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti sayatan, tekanan dan luka karena operasi

(Zuriati, 2022). Luka insisi melalui epidermis, dermis dan jaringan subcutis akan sembuh dengan serangkaian tahapan yang timbul bergantian selama waktu tertentu (Barus, 2023).

6. Klasifikasi Luka

Luka dapat diklasifikasikan berdasarkan sifatnya, yaitu:

- a. Luka akut merupakan luka yang sembuh sesuai periode waktu yang diharapkan. Luka akut dapat dikategorikan sebagai:
 - 1) Luka akut pembedahan, misalnya : insisi, eksisi dan *skin graft*.
 - 2) Luka akut bukan pembedahan, misalnya: luka bakar, luka gores, dsb.
 - 3) Luka akut akibat faktor lainnya: abrasi, atau *injury* pada lapisan kulit *superfasial*.
- b. Luka kronis merupakan luka yang proses penyembuhannya mengalami keterlambatan. Misalnya: luka *decubitus*, luka diabetes dan *leg ulcer*. (Aminuddin et al., 2020).

7. Penyembuhan Luka

Luka bedah akan mengalami penyembuhan primer (*primary intention*), tepi-tepi kulit abdomen merapat atau saling berdekatan sehingga mempunyai risiko infeksi yang rendah dan penyembuhan terjadi dengan cepat. Penyembuhan luka terjadi dalam tiga fase yaitu:

- a. Fase Inflamasi : berlangsung sejak terjadinya luka sampai kira-kira hari ketujuh, pembuluh darah yang terputus pada luka akan menyebabkan perdarahan dan tubuh berusaha menghentikannya dengan *vasokonstriksi*, pengerutakn ujung pembuluh darah yang putus (retraksi), dan reaksi hemostasis. Pada hari ke-1-3 pasca operasi, luka akan tampak kemerahan, bengkak, dan nyeri. Hal ini disebabkan oleh proses inflamasi yang terjadi, pada hari ke-4-5, luka akan mulai mengering dan akan membentuk jaringan baru/penebalan jaringan epidermis pada tepi luka.

- b. Fase Proliferasi atau fase *fibroplasia* : Fase ini berlangsung dari akhir fase inflamasi sampai kira-kira akhir minggu ketiga. Pada fase ini, serat kolagen dibentuk dan dihancurkan kembali untuk menyesuaikan dengan tegangan pada luka yang cenderung mengkerut. Sifat ini bersama dengan sifat kontraktil *myofibroblast*, menyebabkan tarikan pada tepi luka abdomen. Pada akhir fase ini, kekuatan regangan luka mencapai 25% jaringan normal, nantinya dalam proses *remodeling* kekuatan serat kolagen bertambah karena ikatan *intramolekul* yang kuat.
- c. Fase Maturasi atau *Remodelling*: Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terjadi atas penyerapan kembali jaringan yang berlebih, pengerutan sesuai dengan gaya gravitasi, dan akhirnya perupaan ulang jaringan yang baru. Fase ini dapat berlangsung berbulan-bulan dan dapat dinyatakan berakhir apabila semua tanda radang sudah lenyap. Pada akhir fase ini perupaan kulit abdomen mampu menahan regangan kira-kira 80% kemampuan kulit normal. Hal ini tercapai kira-kira 3-6 bulan setelah penyembuhan (Pujiana et al., 2022).

8. Tipe-tipe Penyembuhan Luka

Tipe penyembuhan luka melalui beberapa intensi penyembuhan antara lain:

- a. Penyembuhan melalui intensi pertama (*primary intention*)
Luka terjadi dengan pengrusakan jaringan yang minimum, dibuat secara aseptik, penutupan terjadi dengan baik, jaringan *granulasi* tidak tampak, dan pembentukan jaringan parut minimal.
- b. Penyembuhan melalui intensi kedua (*secondary intention*)
Pada luka terjadi penyembuhan pus atau tepi luka tidak saling merapat, proses penyembuhannya membutuhkan waktu yang lama penyembuhan.
- c. Melalui intensi ketiga (*secondary structure*)

Terjadi pada luka yang dalam yang belum dijahit atau terlepas dan kemudian yang dijahit kembali, dua permukaan *granulasi* yang berlawanan disambungkan sehingga membentuk jaringan parut yang lebih dalam dan luas (Pujiana et al., 2022).

9. Faktor- Faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka

Proses penyembuhan luka operasi dipengaruhi oleh beberapa faktor sebagai berikut:

a. Status nutrisi.

Tanda klinis yang paling jelas mengenai nutrisi yang baik adalah berat tubuh yang normal sesuai dengan tinggi tubuh, kerangka tubuh dan usianya, namun jaringan lainnya juga dapat berperan sebagai indikator status nutrisi umum dan masukan nutrisi tertentu yang memadai. Nutrisi yang buruk dapat memperlambat proses penyembuhan luka karena sistem imunitas menjadi menurun sehingga perlindungan terhadap infeksi juga menjadi rentan terkena serta timbulnya komplikasi akan meningkat yang akan menyebabkan lamanya proses perawatan. Status nutrisi dapat dinilai menggunakan antropometri yang berfungsi untuk mengukur status gizi pada orang usia di atas 18 tahun atau orang dewasa.

b. Mobilisasi dini.

Mobilisasi dini merupakan suatu proses pergerakan melakukan aktivitas secara bebas dan terkendali agar dapat menjalani kehidupan yang sehat, mempertahankan kemandirian dan tidak ketergantungan orang lain. Mobilisasi dini berperan penting dalam pemulihan setelah operasi dan penyembuhan luka secara cepat sebab proses vasikularisasi dalam tubuh menjadi semakin baik dan lancar sehingga meningkatkan metabolisme dan menyalurkan oksigen ke sel yang akan membantu proses penyembuhan luka.

c. Usia

Penambahan usia dapat menyebabkan terjadinya gangguan sirkulasi dan koagulopati respons inflamasi yang lebih lambat dan penurunan aktivitas *fibroblast*.

d. Obesitas

Jaringan lemak menyebabkan suplai darah yang tidak adekuat, mengakibatkan lambatnya proses penyembuhan dan menurunnya resistensi terhadap infeksi.

e. Diabetes Melitus

Pada pasien dengan diabetes melitus terjadi hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah, nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel. Akibat hal tersebut juga akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh yang berakibat rentan terhadap infeksi.

f. Obat-obatan

Obat anti inflamasi menekan sintesis protein, inflamasi, kontraksi luka dan *epitelisasi*.

g. Perawatan Luka

Perawatan luka, luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah pembedahan. Paling lambat hari ketiga, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi (Dartiwen et al., 2020).

10. Tatalaksana untuk mempercepat penyembuhan luka post operasi Laparotomi

Tatalaksana dalam dapat mempercepat proses penyembuhan luka post operasi laparotomi, yaitu:

- a. Obat-obatan, obat anti inflamasi menekan sintesis protein, antibiotik, kontraksi luka dan *epitelisasi*.
- b. Terapi cairan dan diet, untuk pedoman umum pemberian 3L cairan larutan *ringer laktat* (RL) terbukti sudah cukup selama pembedahan dan dalam 24 jam pertama berikutnya, meskipun *output urine* di bawah 30 ml/jam, pasien harus dievaluasi kembali paling lambat pada hari kedua.
- c. Perawatan luka, luka insisi di inspeksi setiap hari, sehingga pembalut luka yang alternatif ringan tanpa banyak plester sangat

menguntungkan, secara normal jahitan kulit dapat diangkat setelah hari keempat setelah pembedahan. Paling lambat hari ketiga, pasien dapat mandi tanpa membahayakan luka insisi.

- d. Mobilisasi dini, pada hari pertama setelah pembedahan, pasien dengan bantuan perawat dapat bangun dari tempat tidur sebentar, sekurang-kurangnya 2 kali pada hari kedua pasien dapat berjalan dengan bantuan perawat atau keluarga pasien (Pujiana et al., 2022).

11. Komplikasi Penyembuhan Luka

Komplikasi penyembuhan luka meliputi:

a. Infeksi

Bakteri yang menyerang luka biasa terjadi pada masa trauma, sewaktu operasi, atau sesudah operasi, dua sampai tujuh hari setelah operasi gejala infeksi sering muncul. Adapun gejala yang sering muncul antara lain: pembengkakan lokal, kemerahan lokal, nyeri atau nyeri tekan saat palpasi atau digerakan, teraba panas pada daerah sekitar luka, demam, luka mengeluarkan aroma tidak sedap.

b. Perdarahan

Perdarahan bisa mengindikasikan jahitan yang lepas, pembekuan sulit terjadi pada garis jahitan, infeksi, ataupun erosi oleh benda asing terhadap pembuluh darah (misalnya: Drainase). Hivopolemia bisa saja tidak menunjukkan tanda-tanda dengan cepat, oleh karena itu balutan harus dilihat secara teratur selama 48 jam pertama setelah operasi, lalu setiap 8 jam setelahnya. Apabila terjadi kehilangan darah yang berlebihan, tekan tambahan pada balutan steril yang mungkin dibutuhkan.

c. *Eviscerasi dan Dehiscence*

Eviscerasi dan Dehiscence merupakan komplikasi bedah yang begitu serius. *Eviscerasi* merupakan irisan yang membuat pembuluh darah keluar. *Dehiscence* merupakan pembukaan sebagian atau seluruh dari lapisan luka. (Pujiana & Dartiwen, 2020).

12. Definisi Laparatomi

Laparotomi merupakan operasi yang dilakukan untuk membuka bagian abdomen, laparotomi merupakan suatu bentuk pembedahan mayor dengan, dengan melakukan pengayatan pada lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Laparatomi dilakukan pada kasus seperti kanker kolon dan rectum, kanker lambung, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolesistitis dan peritonitis. laparatomi adalah pembedahan perut, membuka perut dengan operasi (Langgogeni, 2023).

13. Indikasi Operasi Laparatomi

Indikasi seseorang untuk dilakukan tindakan laparotomi antara lain:

a. Kanker Kolon

Kanker kolon dan rektum terutama (95%) adeno karsinoma (muncul dari lapisan epitel usus) dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas ke dalam struktur sekitarnya. sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar ke dalam tubuh yang lain (paling sering ke hati).

b. Apendisitis

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

c. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritonium, suatu lapisan endotelial tipis yang kaya akan vaskularisasi dan aliran limfa. penyebab peritonitis ialah infeksi mikroorganisme yang berasal

dan gastrointestinal, appendisitis yang meradang thypoid, tukak pada tumor.

d. Abses Hepar

Abses adalah kumpulan nanah setempat dalam rongga yang tidak akibat kerusakan jaringan, hepar adalah hati. Abses hepar adalah rongga yang berisi nanah pada hati yang diakibatkan oleh infeksi. penyebab abses hati yaitu oleh kuman gram negatif dan penyebab yang 7 paling terbanyak yaitu E. Coli.

e. Obstruktif

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

f. *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Nuraeni & Winanti, 2020).

14. Jenis-Jenis Insisi Laparatomi

Ada 4 cara, insisi laparatomi yaitu :

1. *Midline incision*, yaitu insisi pada daerah tengah abdomen atau pada daerah yang sejajar dengan umbilikus.
2. *Paramedian*, yaitu Panjang (12,5 cm), sedikit ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm).
3. *Transverse upper abdomen incision*, yaitu insisi di bagian atas misalnya pembedahan *colesistotomy* dan *splenectomy*.

4. *Transverse lower abdomen incision*, yaitu insisi melintang dibagian bawah $\pm$ 4 cm diatas anterior spinal iliaka, misalnya pada operasi *appendectomy* (Sandra & Ennimay, 2020).

15. Komplikasi Laparatomi

Komplikasi yang seringkali ditemukan pada pembedahan laparatomi, yaitu:

1. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis.

Tromboflebitis postoperasi biasanya timbul 7 – 14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboflebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboflebitis yaitu latihan kaki post operasi, ambulatori dini dan kaos kaki *thrombo-embolic deterrent* (TED) yang dipakai pasien sebelum mencoba ambulatori.

2. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka Infeksi.

Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi yaitu stafilokokus aureus, organisme gram positif, stafilokokus mengakibatkan keluarnya nanah pada luka. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik.

3. Dehisensi luka dan eviserasi.

Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi-tepi luka yang telah dijahit. Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi atau eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah (Ramadhania, 2022).

ditutup menggunakan balutan steril lebar, lalu dikompresi menggunakan cairan NaCl 0,9%. Pasien secepatnya dipersiapkan untuk melakukan perawatan pada area yang luka (Barus, 2023).

B. Intervensi Sesuai *Evidence Based Practice*

1. Pengertian Perawatan Luka *Moist Wound Healing*

Ada perbedaan mendasar antara perawatan luka konvensional dengan perawatan luka *moist wound healing*, dimana pada teknik perawatan luka secara konvensional tidak mengenal perawatan luka lembab, kasa biasanya lengket pada luka karena luka dalam kondisi kering. Pada cara konvensional pertumbuhan jaringan lambat sehingga menyebabkan tingkat resiko infeksi lebih tinggi. Balutan luka pada cara konvensional juga hanya menggunakan kasa. Sedangkan untuk teknik *moist wound healing*, perawatan luka lembab sehingga area luka tidak kering sehingga mengakibatkan kasa tidak mengalami lengket pada luka (Asrizal & Faswita, 2022).

Lingkungan yang lembab tersebut dapat memicu pertumbuhan jaringan lebih cepat dan tingkat resiko terjadinya infeksi menjadi rendah.. Keunggulan lainnya dari teknik perawatan luka *moist wound healing* dibanding cara konvensional adalah dalam manajemen luka. Manajemen luka dalam perawatan modern adalah dengan metode “*Moist Wound Healing*” hal ini sudah mulai dikenalkan oleh Prof. Winter pada tahun 1962. *Moist wound healing* merupakan suatu metode yang mempertahankan lingkungan luka tetap terjaga kelembabannya untuk memfasilitasi penyembuhan luka. Luka lembab dapat diciptakan dengan cara *occlusive dressing* (perawatan luka tertutup) (Sari & Saputra, 2024).

Teknik perawatan luka lembab dan tertutup atau yang dikenal dengan *moist wound healing* adalah metode untuk mempertahankan kelembapan luka dengan menggunakan bahan balutan penahan kelembapan sehingga menyembuhkan luka, pertumbuhan jaringan dapat secara alami. Manajemen luka post operasi terdiri dari menjaga *moist* pada lingkungan luka. Lingkungan luka yang lembab (*moist*) dapat mempercepat proses penyembuhan luka dengan cara membantu menghilangkan fibrin yang terbentuk pada luka post operasi dengan cepat oleh netrofil dan sel endotel dalam suasana lembab, menurunkan angka kejadian infeksi dan mempercepat penyembuhan luka post operasi dibandingkan dengan perawatan konvensional (Asrizal & Faswita, 2022).

2. Jenis *Moist Wound Healing Dressing*

a. Hidrogel

Balutan jenis *Moist wound healing dressing* yang pertama adalah menggunakan hidrogel. Hidrogel membantu menjaga lingkungan luka tetap lembab dan menghancurkan jaringan yang terluka tanpa menghancurkan jaringan yang sehat. Jaringan yang hancur ini kemudian akan ikut terbuang bersama balutan sehingga tidak akan menimbulkan nyeri saat balutan diganti.

b. Hidrokoloid

Hidrokoloid berfungsi untuk melindungi dan menghindari luka dari resiko terkena infeksi. Hidrokoloid juga mampu menghilangkan jaringan yang tidak sehat dan paling cocok digunakan untuk luka yang kemerahan.

c. *Film dressing*

Film dressing biasanya banyak digunakan pada luka post operasi.

d. *Calcium alginate*

Calcium alginate juga merupakan balutan untuk jenis metode *modern dressing*. Ini dapat membantu menyerap cairan luka yang berlebihan disertai mempercepat proses pembekuan darah.

e. *Foam dressing*

Foam dressing adalah salah satu balutan pada jenis metode *moist wound healing*. *Foam dressing* dapat menyerap cairan luka khususnya pada luka yang kronis (Sari & Saputra, 2024).

3. Pengaruh Perawatan Luka *Moist Wound Healing*

Teknik perawatan luka lembab dan tertutup atau yang dikenal dengan *moist wound healing* adalah metode untuk mempertahankan kelembapan luka dengan menggunakan bahan balutan penahan kelembapan sehingga menyembuhkan luka, pertumbuhan jaringan dapat secara alami. Perawatan luka *moist wound healing* dapat mengurangi risiko infeksi dengan mempertahankan lingkungan steril dan mengurangi kemungkinan bakteri masuk ke dalam luka post operasi. Teknik perawatan luka ini juga dapat mengurangi nyeri dengan mempertahakna kelembaban yang optimal sehingga mengurangi iritasi dan peradangan pada jaringan sekitar (Mubarak & Susanty, 2023).

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Post Operasi Laparatomi

1. Pengkajian post operasi Laparatomi

a. Pengkajian

Pengkajian post operasi dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal saat menerima pasien, pengkajian status respirasi, status sirkulasi, status neurologis dan respon nyeri, status integritas kulit dan status genitourinarius.

- 1) Status respirasi, meliputi: kebersihan jalan nafas, kedalaman pernapasan, kecepatan dan sifat pernafasan dan bunyi nafas.
- 2) Status sirkulasi, meliputi: nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.
- 3) Status neurologis, meliputi tingkat kesadaran.
- 4) Balutan, meliputi: keadaan drain dan terdapat pipa yang harus disambung dengan sistem *drainage*.
- 5) Kenyamanan, meliputi: terdapat nyeri, mual dan muntah
Keselamatan, meliputi: diperlukan penghalang samping tempat tidur, kabel panggil yang mudah dijangkau dan alat pemantau dipasang dan dapat berfungsi.
- 6) Perawatan, meliputi: cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem *drainage*: bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah *drainage*. Luka: Panjang luka dan kondisi luka.
- 7) Nyeri, meliputi: waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat /memperingan.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi laparatomi

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan Gangguan Integritas Kulit

Gangguan Integritas Kulit (D.0129)
Definisi Kerusakan jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen.
Penyebab 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kelebihan/kekurangan volume cairan 4. Penuruna mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis (penekanan pada tonjolan tulang,gesekan) 8. Efek samping terapi radiasi 9. Proses penuaan 10. neuropati perifer 11. Perubahan pigmentasi 12. Perubahan hormonal

13. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas jaringan	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi laparatomi)

Tabel 2.2 Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Nyeri Akut (D.0077)	
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.	
Penyebab 1. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan)	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif Mengeluh nyeri	Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis, posisi waspada) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif (tidak ada)	Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis

c. Risiko infeksi ditandai dengan prosedur invasif

Tabel 2.3 Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi

Risiko Infeksi (D.0142)
Definisi Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik
Faktor Risiko 1. Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus). 2. Efek prosedur invasi. 3. Malnutrisi. 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : o Gangguan peristaltik, o Kerusakan integritas kulit, o Perubahan sekresi pH, o Penurunan kerja siliaris, o Ketuban pecah lama, o Ketuban pecah sebelum waktunya, o Merokok, o statis cairan tubuh. 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : o Penurunan hemoglobin, o Imunosupresi, o Leukopenia, o Supresi respon inflamasi, o Vaksinasi tidak adekuat.

3. Rencana Intervensi

Menurut standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) (2018) dan standar luaran keperawatan indonesia (SLKI) (2019), rencana keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah:

Tabel 2.4 Rencana Keperawatan Postoperatif

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan
Gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka post operasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x48 jam maka diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : 1. Elastisitas meningkat 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Perdarahan menurun 4. Nyeri menurun 5. Pertumbuhan <i>granulasi</i> meningkat	Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka 2. (<i>drainage</i> , warna, ukuran, bau) 3. Monitor tanda-tanda infeksi (kemerahan, <i>edema</i> , nyeri, dan cairan pada luka) Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan menggunakan <i>handscoon</i> bersih 2. Memakai <i>handscoon</i> steril kemudian bersihkan dengan cairan <i>NaCl</i> atau pembersih

		nontoksik, sesuai kebutuhan menggunakan kasa dan pinset 3. Tekan sedikit demi sedikit luka operasi untuk mengeluarkan cairan menggunakan kasa dan pinset 4. bersihkan dengan <i>NaCl</i> 0,9% kembali, setelah bersih 5. Pasang balutan luka post operasi laparatomi menggunakan <i>opsite post op dressing</i> Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post operasi laparatomi)	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik 1. berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: tarik nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 4. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik ketorolac 3x1 (30 mg)

Risiko infeksi ditandai dengan prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan badan meningkat 2. Demam menurun 3. Kemerahan menurun 4. Nyeri menurun 5. Bengkak menurun 6. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung. 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka post operasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antibiotik dengan dokter (Ceftriaxone 1x2 gr)
---	---	---

D. Jurnal Terkait

Tabel 2.5 Penelitian yang relevan

No.	Judul Penelitian, Penulis: Tahun	Metode Penelitian (<i>Design</i> , Sampel, Instrumen)	Hasil Penelitian
1.	Penelitian Desi Puspita dan Bambang Bemby Soebyakto: 2023 "Perawatan dalam penanggulangan luka post operasi"	Desain: penelitian ini menggunakan desain deksriptif kualitatif. Sampel: sampel penelitian ini yaitu 2 orang perawat di RS Siti Fatimah Palembang. Instrumen: instrumen penelitian ini menggunakan lembar observasi dan panduan wawancara.	Berdasarkan hasil obervasi dan wawancara mendalam dengan 2 informan di Rumah Sakit Siti Fatimah Palembang dapat disimpulkan bahwa dilakukannya perawatan luka modern dressing dengan menerapkan <i>moist wound healing</i> sehingga mempercepat penyembuhan luka post operasi laparatomi.
2.	Penelitian Vega M, Merlin Sutrisna dan Tonika Tohri: 2019	Desain: sesain penelitian ini menggunakan desain penelitian <i>Quasy</i>	Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada

	“Studi perbandingan <i>modern dressing</i> (salep <i>Tribee</i>) dan konvensional terhadap proses penyembuhan luka pada pasien post operasi apendiktomi	<i>Experiment Posttest Only.</i> Sampel: sampel penelitian ini sebanyak 18 Responden. Instrumen: instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar observasi penyembuhan luka.	proses penyembuhan luka dengan perawatan luka konvensional dan <i>modern dressing</i> , pada luka yang dirawat dengan metode <i>modern dressing</i> yang menerapkan <i>moist wound healing</i> luka post operasi apendiktomi lebih cepat sembuh dibandingkan dengan menggunakan metode konvensional.
3.	Penelitian Riska Apriliyanti : 2023 “Efektivitas <i>padding island</i> terhadap penyembuhan luka pada pasien post operasi laparotomi di Rumah Sakit Siloam Kebon Jeruk Jakarta Barat	Desain: desain penelitian ini menggunakan <i>Quasy Experimen Pre-test Post-test.</i> Sampel: sampel penelitian ini sebanyak 30 Responden. Instrumen: instrumen penelitian ini menggunakan lembar pengkajian REEDA.	Berdasarkan hasil penelitian setelah penggunaan <i>padding island</i> efektif terhadap penyembuhan luka post operasi laparotomi.
4.	Penelitian Syiaruddin: 2024 “Gambaran pola perawatan luka post operasi di RSUD Latemmla Kabupaten Soppeng”	Desain: desain penelitian ini menggunakan survey deskriptif. Sampel: sampel penelitian ini sebanyak 114 responden. Instrumen: instrumen penelitian yang digunakan yaitu lembar observasi penyembuhan luka.	Berdasarkan hasil penelitian pasien yang memiliki status luka sembuh lebih cenderung mendapatkan perawatan luka modern, sedangkan status luka infeksi dan dehisensi lebih cenderung mendapatkan perawatan luka konvensional.
5.	Penelitian Calvin, Ginting dan Basri Arlis : 2023 “Pengaruh perawatan luka teknik <i>modern dressing</i> terhadap penyembuhan luka post operasi <i>sectio caesarea</i>”	Desain: desain penelitian ini menggunakan <i>pre-experimental.</i> Sampel: sampel penelitian ini sebanyak 57 responden. Instrumen: instrumen penelitian yang digunakan yaitu lembar observasi penyembuhan luka.	Berdasarkan hasil penelitian adanya pengaruh perawatan luka menggunakan teknik <i>modern dressing</i> terhadap penyembuhan luka post operasi SC di RS Rosanti Namorambe Deli ditunjukan dimana mayoritas warna dasar luka pink, tipe eksudat tidak ada dan kulit sekitar menjadi sehat.