

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Penyembuhan Luka

1. Definisi luka

Luka adalah hilang atau rusaknya sebagian jaringan tubuh. Kadaan ini dapat disebabkan oleh trauma benda tajam atau tumpul, perubahan suhu, zat kimia, ledakan, sengatan listrik atau gigitan hewan (Smeltzer & Bare, 2014). Luka operasi adalah luka yang sengaja dibuat melalui tehnik insisi atau pembedahan (Fitri, 2020).

2. Klasifikasi Luka

a) Klasifikasi luka berdasarkan proses terjadinya dibagi atas (Fitri, 2020) :

- 1) Luka disengaja, luka disengaja merupakan suatu perencanaan terapi misalnya bedah insisi, radiasi, penggunaan jarum atau trochar (terapi IV, spinal tap, torasentesis). Gambaran lukanya adalah tepi bergaris rata, merupakan luka steril.
- 2) Luka tidak disengaja, penyebabnya adalah trauma yang tidak diharapkan terjadi seperti kecelakaan, cedera/rudapaksa (kena tikam, tembak) dan terbakar. Luka biasanya bergerigi dengan perdarahan dan trauma jaringan multiple. Beresiko tinggi terjadi infeksi.

b) Klasifikasi luka berdasarkan gambaran luka dibagi atas:

- 1) Luka memar, yaitu luka yang terjadi karena terkena pukulan benda keras, menyebabkan luka tertutup, kerusakan jaringan lunak dan ruptur pada pembuluh darah sehingga menimbulkan bengkak dan nyeri. Jika organ dalam yang kena dapat menimbulkan kerusakan organ.

- 2) Luka insisi, yaitu luka yang terjadi akibat alat-alat tajam sama dengan luka terbuka yang disengaja. Misalnya pada bedah sectio sesarea.
 - 3) Luka abrasi, yaitu luka yang terjadi karena kecelakaan atau terjatuh yang menyebabkan tergores atau tergeseknya permukaan kulit atau prosedur penanganan kulit yang disengaja. Luka terbuka, hanya merusak permukaan kulit dan terasa nyeri.
 - 4) Luka laserasi, yaitu luka yang terjadi karena trauma mendadak. Jaringan robek dan tepi luka rata. Kedalaman luka bervariasi dan lebih beresiko terjadi komplikasi. Sering diakibatkan oleh objek yang kotor sehingga resiko infeksi tinggi.
 - 5) Luka *punctum* atau tusuk, yaitu luka yang terjadi karena tertusuk benda tajam lancip yang masuk kedalam kulit dan jaringan dibawahnya. Mungkin disengaja atau tidak disengaja.
- c) Klasifikasi luka berdasarkan waktu penyembuhan luka dibagi menjadi:
- 1) Luka akut, yaitu luka dengan masa penyembuhan sesuai dengan konsep penyembuhan luka yang telah disepakati.
 - 2) Luka kronis, yaitu luka yang mengalami kegagalan dalam proses penyembuhan, dapat karena faktor eksogen dan endogen

3. Fase Penyembuhan Luka

Penyembuhan terdiri dari 3 (tiga) fase yang saling tumpang tindih, yaitu inflamasi, proliferasi dan maturasi (Potter & Perry, 2014). Pada masing-masing fase tersebut melibatkan respon inflamasi dan respon imun yang berbeda. Berikut penjelasan dari ketiga fase tersebut:

a. Inflamasi (Reaksi)

Fase inflamasi ini akan berlangsung sejak terjadinya luka sampai kira-kira lima hari. Pembuluh darah yang terputus pada luka yang diderita tersebut akan menyebabkan perdarahan dan tubuh dalam hal ini akan berusaha menghentikannya dengan cara vasokonstriksi,

pengerutan ujung pembuluh yang putus (retraksi), dan reaksi hemostasis. Hemostasis terjadi karena trombosit yang keluar dari pembuluh darah saling melengket, dan bersama dengan jala fibrin yang terbentuk membekukan darah yang keluar dari pembuluh darah. Sementara itu terjadi reaksi inflamasi. Sel mast dalam jaringan ikat menghasilkan serotonin dan histamine yang meningkatkan permeabilitas kapiler sehingga terjadi eksudasi cairan, penyebaran sel radang, disertai vasodilatasi setempat yang menyebabkan edem dan pembengkakan. Tanda dan gejala klinik reaksi radang menjadi jelas berupa warna kemerahan karena kapiler melebar (*rubor*), suhu hangat (*kalor*), rasa nyeri (*dolor*), dan pembengkakan (*tumor*) (Carville, 2017); (Potter & Perry, 2014).

Dalam respon inflamasi vaskular, lesi pembuluh darah berkontraksi dan darah yang beku membeku, berkontribusi pada pemeliharaan integritasnya. Koagulasi terdiri dari agregasi trombosit dan trombosit dalam jaringan fibrin, bergantung pada aksi faktor spesifik melalui aktivasi dan agregasi sel-sel ini (Gonzalez, Andrade, Costa, & Medrado, 2016).

Jaringan fibrin, selain membangun kembali homeostasis dan membentuk penghalang terhadap invasi mikroorganisme, mengatur matriks sementara yang diperlukan untuk migrasi sel, yang pada gilirannya mengembalikan fungsi kulit sebagai pelindung, menjaga integritas kulit (Gonzalez, Andrade, Costa, & Medrado, 2016). Aktivitas seluler yang terjadi adalah pergerakan leukosit menembus dinding pembuluh darah (*diapedesis*) menuju luka karena daya kemotaksis. Leukosit mengeluarkan enzim hidrolitik yang membantu mencerna bakteri dan kotoran luka. Limfosit dan monosit yang kemudian muncul ikut menghancurkan dan memakan kotoran luka dan bakteri (*fagositosis*). Fase ini disebut juga fase lambat karena reaksi pembentukan kolagen baru sedikit dan luka hanya dipertautkan oleh fibrin yang amat lemah (Gitarja, 2018).

b. Proliferasi (Regenerasi)

Tujuan dari tahap proliferasi adalah untuk mengurangi area jaringan yang lesi dengan kontraksi dan fibroplasia, membentuk penghalang epitel yang aktif untuk mengaktifkan keratinosit. Tahap ini bertanggung jawab untuk penutupan lesi itu sendiri, yang meliputi angiogenesis, fibroplasia, dan reepithelialization. Proses-proses ini dimulai dalam lingkungan mikro lesi dalam 48 jam pertama dan dapat berkembang hingga hari ke-14 setelah timbulnya lesi (Gonzalez, Andrade, Costa, & Medrado, 2016).

Fase proliferasi disebut juga fase fibroplasia karena yang menonjol adalah proses proliferasi fibroblast. Fase ini berlangsung dari akhir fase inflamasi sampai kira-kira akhir minggu ketiga. Fibroblast berasal dari sel mesenkim yang belum berdiferensiasi, menghasilkan mukopolisakarida, asam aminoglisin, dan prolin yang merupakan bahan dasar kolagen serat yang akan mempertautkan tepi luka. Pada fase ini serat dibentuk dan dihancurkan kembali untuk penyesuaian diri dengan tegangan pada luka yang cenderung mengerut. Sifat ini, bersama dengan sifat kontraktil miofibroblast, menyebabkan tarikan pada tepi luka. Pada akhir fase ini kekuatan regangan luka mencapai 25% jaringan normal. Nantinya, dalam proses penyudahan kekuatan serat kolagen bertambah karena ikatan intramolekul dan antar molekul.

Pada fase fibroplasia ini, luka dipenuhi sel radang, fibroblast, dan kolagen, membentuk jaringan berwarna kemerahan dengan permukaan yang benjol halus yang disebut jaringan granulasi. Epitel tepi luka yang terdiri dari sel basal terlepas dari dasarnya dan berpindah mengisi permukaan luka. Tempatnya kemudian diisi oleh sel baru yang terbentuk dari proses mitosis. Proses migrasi hanya bisa terjadi ke arah yang lebih rendah atau datar, sebab epitel tak dapat bermigrasi ke arah yang lebih tinggi. Proses ini baru berhenti setelah epitel saling menyentuh dan menutup seluruh permukaan

luka. Dengan tertutupnya permukaan luka, proses fibroplasia dengan pembentukan jaringan granulasi juga akan berhenti dan mulailah proses pematangan dalam fase penyudahan (Dealey, 2017).

c. Maturasi (Remodelling)

Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terdiri dari penyerapan kembali jaringan yang berlebih, pengerutan sesuai dengan gaya gravitasi, dan akhirnya perupaan kembali jaringan yang baru terbentuk. Fase ini dapat berlangsung berbulan - bulan dan dinyatakan berakhir kalau semua tanda radang sudah lenyap. Tubuh berusaha menormalkan kembali semua yang menjadi abnormal karena proses penyembuhan. Odema dan sel radang diserap, sel muda menjadi matang, kapiler baru menutup dan diserap kembali, kolagen yang berlebih diserap dan sisanya mengerut sesuai dengan regangan yang ada. Selama proses ini dihasilkan jaringan parut yang pucat, tipis, dan lemas serta mudah digerakkan dari dasar. Terlihat pengerutan maksimal pada luka. Pada akhir fase ini, perupaan luka kulit mampu menahan regangan kira - kira 80% kemampuan kulit normal. Hal ini tercapai kira - kira 3-6 bulan setelah penyembuhan ((Potter & Perry, 2014); (Carville, 2017); (Dealey, 2017); (Bryant & Nix, 2007); (Gitarja, 2018)).

Tahap ini ditandai dengan pematangan elemen dengan perubahan yang dalam pada matriks ekstraseluler dan resolusi peradangan awal. Segera setelah permukaan lesi ditutupi oleh lapisan tunggal keratinosit, migrasi epidermalya berhenti dan epidermis bertingkat baru dengan lamina basal yang berdekatan ditegakkan kembali dari perbatasan luka ke bagian dalam. Tahap ini, ada pengendapan dari matriks dan perubahan selanjutnya dalam komposisinya. Dengan penutupan luka, kolagen tipe II mengalami degradasi, dan sintesis kolagen tipe I meningkat. Sepanjang remodeling, ada pengurangan asam hialuronat dan fibronektik, yang terdegradasi oleh sel-sel dan metaloproteinase plasmatik, dan

ekspresi kolagen tipe I yang berkembang di atas diproses secara bersamaan (Gonzalez, Andrade, Costa, & Medrado, 2016).

4. Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

Faktor - faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka adalah keadaan luka, usia, nutrisi, obat - obatan, penyakit penyerta, mobilisasi dan gaya hidup (Fitri, 2020) :

a) Keadaan luka

Keadaan khusus dari luka mempengaruhi kecepatan dan efektifitas penyembuhan luka. Beberapa luka dapat gagal untuk menyatu.

b) Usia

Usia muda penyembuhannya lebih cepat dari pada orang tua. Orang tua lebih sering terkena penyakit kronis, penurunan fungsi hati dapat mengganggu sintesis dari faktor pembekuan darah. Klien lanjut usia memiliki Cadangan fisiologis yang lebih sedikit untuk memenuhi kebutuhan yang ekstra akibat pembedahan. Lansia memiliki presentase tubuh yang lebih rendah, penurunan fungsi ginjal, dan penurunan respon haus, sehingga lansia memiliki resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit yang lebih besar (Kozier, 2020)

c) Nutrisi

Penyembuhan menempatkan penambahan pemakaian pada tubuh. Klien memerlukan dit kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin C dan A, dan mineral seperti Fe, Zn. Klien kurang nutrisi memerlukan waktu untuk memperbaiki status nutrisi mereka setelah pembedahan jika mungkin. Klien yang gemuk meningkatkan resiko infeksi luka dan penyembuhan lama karena suplai darah jaringan adipose tidak adekuat.

d) Obat – obatan

Obat anti inflamasi (seperti steroid dan aspirin), heparin dan anti neoplastmik mempengaruhi penyembuhan luka. Penggunaan

antibiotik yang lama dapat membuat seseorang rentan terhadap infeksi luka.

e) Penyakit penyerta

Pada penderita dengan penyakit tertentu misalnya diabetes militus, anemia, terutama yang tak terkontrol, luka sukar dan lambat sembuh.

f) Gaya hidup

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

g) Mobilisasi

Mobilisasi mungkin sangat dianjurkan bagi ibu paska bersalin melalui sectio caesarea karena hal ini akan mempercepat penyembuhan luka, meningkatkan sirkulasi darah dan mencegah resiko terjadinya tromboflebitis, meningkatkan fungsi kerja peristaltik dan kandung kemih sehingga dapat mencegah konstipasi dan retensi urine serta ibu akan merasa sehat.

h) Anemia

Kadar Hb yang cukup (tidak mengalami anemia) penting untuk penyembuhan luka karena anemia memperlambat proses penyembuhan luka mengingat perbaikan sel membutuhkan kadar hemoglobin yang cukup untuk mengikat oksigen dan nutrisi. Oleh sebab itu, orang yang mengalami kekurangan kadar hemoglobin dalam darah akan mengalami proses penyembuhan luka lama

5. Komplikasi Penyembuhan Luka

Menurut Potter & Perry (2014) komplikasi penyembuhan luka meliputi :

a) Infeksi

Invasi bakteri pada luka dapat terjadi pada saat trauma, selama pembedahan atau setelah pembedahan. Gejala dari infeksi sering muncul dalam 2-7 hari setelah pembedahan. Gejalanya berupa infeksi termasuk adanya purulen, peningkatan drainase, nyeri, kemerahan, bengkak disekeliling luka, peningkatan suhu, dan peningkatan jumlah sel darah putih.

b) Dehisen

Dehisen adalah terpisahnya lapisan luka secara parsial atau total. Dehisen sering terjadi pada luka pembedahan abdomen dan terjadi setelah regangan mendadak, misalnya batuk, muntah atau duduk tegak di tempat tidur.

c) Eviserasi

Terpisahnya lapisan luka secara total dapat menimbulkan eviserasi (keluarnya organ visceral melalui luka yang terbuka). Bila terjadi eviserasi, perawat meletakkan handuk steril yang dibasahi dengan salin normal steril di atas jaringan yang keluar untuk mencegah masuknya bakteri dan kekeringan pada jaringan tersebut.

d) Fistul

Fistul adalah saluran abnormal yang berada diantara dua buah organ atau di antara organ dan bagian luar tubuh.

6. Indikator Penyembuhan Luka Menggunakan Scale REEDA

Scale REEDA (Redness, Echinosis, Edema, Discharge, Approximation) adalah alat untuk menilai penyembuhan luka yang terutama dikembangkan oleh Davidson 1974 dan kemudian dikaji oleh Carey yang terdiri *Redness* tampak kemerahan pada daerah luka jahit, *Edema* adalah bengkak pada sekitar penjahitan luka, *Ecchymosis* adalah memar pada kulit membentuk

bercak biru atau ungu yang rata, bulat atau tifa berukuran, *Discharge* adalah adanya ereksi atau pengeluaran cairan dari daerah yang luka dan *Approximation* sambungan jaringan yang dijahit. Keunggulan menggunakan *REEDA* yaitu lebih simpel dalam mengisi formatnya, menggunakan waktu yang tidak terlalu lama dalam melakukan pengkajiannya, lebih dimengerti dalam pelaksanaannya dan tidak terlalu menggunakan alat yang banyak (Fitri, 2020). Sistem skoring Davidson sebagai berikut :

Tabel 1. *Scale REEDA*
Pengukuran luka *scale REEDA*

<i>Point</i>	<i>Redness</i>	<i>Edema</i>	<i>Ecchymosis</i>	<i>Discharge</i>	<i>Approximate</i>
0	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada	Tertutup
1	Sekitar 0,25 cm pada kedua sisi insisi	Kurang dari 1 cm dari insisi	Sekitar 0,25 cm bilateral/0,5 cm unilateral	Serum	Jarak kulit 3 mm atau Kurang
2	Sekitar 0,5 cm pada kedua sisi insisi	Sekitar 1-2 cm dari insisi	Sekitar 0,5-1 cm bilateral/0,5-2 cm unilateral	Serosanguinous	Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan
3	Lebih dari 0,5cm pada kedua sisi insisi	Lebih dari 2 cm dari insisi	Lebih dari 1cm/2cm unilateral	Darah, Purulen	Terdapat jarak antara kulit, lemak subkutandan fascia

Untuk menghitung penelitian *REEDA* masing-masing faktor diberi skor antara 0 sampai 3. Dengan ketentuan skor 0 penyembuhan lukanya sangat baik, skor 1-5 penyembuhan lukanya kurang baik dan >5 penyembuhan lukanya buruk. Demikian total skor skala berkisar dari 0 sampai 15, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan penyembuhan luka yang buruk.

B. Konsep Perawatan Luka

1. Pengertian Perawatan luka

Perawatan luka merupakan penanganan luka yang terdiri dari membersihkan luka, menutup, dan membalut luka sehingga dapat membantuprosespenyembuhan luka (Suparyanto, 2020). Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka adalah dengantechnik perawatan luka yang benar. Penatalaksanaan perawatan luka post operasi pada saat ini masih belumoptimal, sehinggaperlu dilakukan edukasi kepada pasienataumasyarakat untuk memahami bagaimanamelakukan perawatan luka post operatif.

Peran perawatan luka sangat penting untuk membuat kondisi luka menjadi optimal serta mengawal proses penyembuhan luka berlangsung dengan baik. Pada perawatan luka akut maupun kronik penilaian luka dan pemilihan dressing merupakan hal yang penting disamping Tindakan yang dilakukan baik merupakan pembedahan maupun non bedah. Penilaian luka sangat menentukan Tindakan yang perlu dilakukan dan dressing yang akan dipilih. Dalam proses perawatan luka, kondisi luka mengalami beberapa perubahan di mana kondisi tersebut merupakan cerminan suatu proses yang lebih parah atau suatu keberhasilan perawatan luka dan hal ini sangat menentukan dalam tindakan serta dressing yang diperlukan. (Yance,2024)

Selain itu, perawatan luka perlu dilakukan untuk menghindari risiko infeksi dengan menjaga luka tetap kering dan melakukan ganti balut luka sesuai dengan anjuran dokter yang merawat. Apabila luka terkena cairan dan basah sebaiknya segera dikeringkan dengan cara ditepuk-tepuk dan tidak digosok. Apabila ada tanda-tanda infeksi luka operasi, pasien sebaiknya segera kontrol ke dokter bedah. Tanda- tanda infeksi luka operasi yang muncul seperti demam, kemerahan pada luka operasi dan keluar cairan dari luka operasi (Mugi,2024)

Perawatan luka pada pasien diawali dengan pembersihan luka selanjutnya tindakan yang dilakukan untuk merawat luka dan melakukan

pembalutan yang bertujuan untuk mencegah infeksi silang serta mempercepat proses penyembuhan luka (Lusianah, Indaryani, & Suratun, 2012).

Perawatan pasca operasi adalah perawatan yang dilakukan untuk meningkatkan proses penyembuhan luka dan mengurangi rasa nyeri dengan cara merawat luka serta memperbaiki asupan makanan tinggi protein dan vitamin (Riyadi & Harmoko, 2018).

Perawatan luka post operasi menurut buku standar prosedur operasional tindakan keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar, (2013) yaitu dalam melakukan prosedur kerja dalam pemberian perawatan luka operasi dapat dibagi menjadi tiga tahap yaitu :

- a. Pra interaksi Dimana dalam tahap ini yang dilakukan adalah mengkaji kebutuhan ibu dalam perawatan luka operasi sc serta menyiapkan alat-alat perawatan.
- b. Interaksi Tahap interaksi ini dapat dibagi menjadi tiga tahap diantaranya :
 - 1) Tahap orientasi Pada tahap orientasi yang dilakukan yaitu mengucapkan salam, memperkenalkan diri perawat serta menyampaikan maksud dan tujuan dilakukannya perawatan luka.
 - 2) Tahap kerja Tindakan yang dilakukan pada tahap ini adalah mulai dari mencuci tangan, menggunakan alat pelindung diri (APD), membersihkan luka operasi dengan NaCl, memberikan salep sesuai jenis luka, memberikan sofratulle kemudian menutup luka menggunakan kasa dan hypafix sampai dengan tindakan terakhir yaitu merapikan pasien.
 - 3) Tahap terminasi Tahap terminasi merupakan fase dimana perawat mengakhiri tindakan, yang dilakukan perawat pada saat ini adalah mengevaluasi perasaan pasien serta membuat kontrak pertemuan selanjutnya.

- c. Post interaksi Pada tahap ini yang dilakukan yaitu membersihkan alat-alat, mencuci tangan serta mendokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan. Prosedur perawatan luka secara lengkap terlampir di lampiran

2. Tujuan perawatan luka

Tujuan dari perawatan luka menurut Maryunani, (2019) yaitu :

- a. Mencegah dan melindungi luka dari infeksi.
- b. Menyerap eksudat.
- c. Melindungi luka dari trauma.
- d. Mencegah cendera jaringan yang lebih lanjut.
- e. Meningkatkan penyembuhan luka dan memperoleh rasa nyaman.

3. Indikasi Perawatan Luka

- a. Balutan kotor dan basah akibat eksternal
- b. Terdapat rembesan eksudat
- c. Mengkaji keadaan luka
- d. Untuk mempercepat *debridement* (pengangkatan) jaringan nekrotik

C. Konsep *Hernia Inguinalis Lateralis*

1. Definisi Hernia

Hernia merupakan dimana keadaan keluarnya suatu organ yang tidak bisa kembali ke tempat semula secara manual atau struktur organ dari tempatnya yang normal melalui suatu defek pada area inguinal dan akan memberikan implikasi tindakan invasif bedah dengan mengembalikan struktur organ tersebut secara pembedahan dengan menutup defek di inguinal (Manulu, et al., 2021). *Hernia inguinalis lateralis* adalah suatu penonjolan dinding perut yang terjadi pada daerah inguinal yaitu disebelah lateral pembuluh epigastrika inferior, *hernia inguinalis lateralis* terjadi karena disebabkan oleh anomali kongenital atau karena sebab yang didapat. Hernia inguinalis lateralis biasanya timbul pada waktu mengejan, batuk, atau mengangkat beban berat dan menghilang waktu istirahat disaat berbaring (Ghozali & Damara, 2019).

2. Klasifikasi Hernia

Klasifikasi Hernia Menurut (Amrizal, 2015) yaitu :

a. Menurut Letaknya

- 1) Hernia Hiatal adalah keadaan dimana kerongkongan (pipa tenggorokan) turun, melewati diafragma melalui celah yang disebut hiatus sehingga sebagian perut menonjol ke dada (toraks).
- 2) Hernia Epigastrik terjadi diantara pusar dan bagian bawah tulang rusuk di garis tengah perut. Hernia epigastrik biasanya terdiri dari jaringan lemak dan jarang yang berisi usus. Terbentuk di bagian dinding perut yang relatif lemah, hernia ini sering menimbulkan rasa sakit dan tidak dapat didorong kembali ke dalam perut ketika pertama kali ditemukan.
- 3) Hernia Umbilikal berkembang di dalam dan sekitar umbilikus (pusar) yang disebabkan bukaan pada dinding perut, yang biasanya menutup sebelum kelahiran, tidak menutup sepenuhnya.
- 4) Hernia Inguinalis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di selangkangan atau skrotum. Orang menyebutnya “turun bero” atau “hernia”. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika Anda merasa ada benjolan di bawah perut yang lembut, kecil, dan mungkin sedikit nyeri dan bengkak, Anda mungkin terkena hernia ini. Hernia ini tipe lebih sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan.
- 5) Hernia Femoralis muncul sebagai tonjolan di pangkal paha. Tipe ini lebih sering pada wanita dibandingkan pria.
- 6) Hernia Insisional dapat terjadi melalui lka pasca operasi perut. Hernia ini muncul sebagai tonjolan di sekitar 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 goncangan cakram dan meningkatkan elastisitas dan mobilitas tulang belakang. Karena aktivitas dan usia, terjadi herniasi intervertebralis yang menyebabkan saraf terjepit (sciatica). HNP umumnya terjadi di punggung bawah pada tiga vertebra lumbal bawah.

3. Etiologi Hernia

Menurut Suratun dan Lusiana (2012) etiologi terjadinya hernia inguinalis yaitu :

- a. Defek dinding abdomen Hal ini dapat terjadi sejak lahir (kongenital) atau didapat seperti usia, keturunan, akibat dari pembedahan sebelumnya.
- b. Peningkatan tekanan intra abdominal.
- c. Penyakit paru obstruksi menahan (batuk kronik), kehamilan, obesitas. Adanya Benignus Prostat Hipertropi (BPH), sembelit, mengejan saat defekasi dan berkemih, mengangkat beban terlalu berat dapat meningkatkan tekanan intra abdominal.

4. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala terjadinya hernia menurut Menurut Huda, Amin & Hardhi Kusuma (2016) adalah :

- a. Berupa benjolan keluar masuk/keras dan yang tersering tampak benjolan di lipatan 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 di atasnya menjadi merah dan panas.

- e. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kemih sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
- f. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai dengan sesak napas.
- g. Bila pasien mengejan atas batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

5. Komplikasi Hernia

Menurut Bilotta (2019) Komplikasi hernia ada 3 yaitu :

- a. Strangulata terjadi penekanan terhadap cincin hernia akibat semakin banyaknya usus yang masuk. Keadaan ini menyebabkan gangguan aliran isi usus di ikuti dengan gangguan vaskuler (proses strangulata).
- b. Obstruksi usus dapat disebabkan oleh kesulitan mekanik atau fungsional, dan terjadi ketika gas atau cairan tidak dapat bergerak dengan normal melewati usus.
- c. Infeksi merupakan kolonisasi atau terdapat mikroorganisme pada jaringan luka yang ditempatinya atau setelah pembedahan

6. Penatalaksanaan Medis

Penanganan hernia menurut Amin Huda dan Hardhi Kusuma (2016) ada dua macam, yaitu:

- a. Konservatif 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, terdiri atas:
 - 1) Reposisi adalah suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia kedalam abdomen. Reposisi dilakukan secara bimanual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan indikasi pada hernia reponibilis dengan cara memakai dua tangan dan tidak bisa dilakukan pada hernia ireponibilis..

- 2) Sabuk Hernia Diberikan pada pasien yang hernia masih kecil dan menolak dilakukan tindakan operasi.
- b. Secara Operatif (Pembedahan) Merupakan satu-satunya pengobatan hernia inguinalis. Indikasi operatif sudah ada begitu diagnosis ditegakkan. Dilakukan operasi untuk mengurangi risiko terjepitnya isi hernia di kemudian hari (strangulasi). Adapun indikasi lakukan operasi pada pasien antara lain : Hernia tidak dapat dimasukkan kembali, Hernia mengganggu aktivitas sehari-hari, Hernia menyebabkan gangguan pencernaan, seperti muntah, perut kembung, tidak kentut dan tidak buang air besar (BAB). Operasi hernia yang dilakukan adalah :
 - 1) Herniotomi Dilakukan pembedahan kantong hernia sampai kelehernya. Kantong dibuka dan isi hernia di bebaskan kalau ada perlengketan, kemudian reposisi, kantong hernia dijahit, ikat setinggi mungkin lalu potong. Ini dilakukan pada klien dengan hernia yang sudah nekrosis. Pembedahan herniotomi sering dilakukan untuk pengobatan kasus hernia yang besar atau terdapat resiko tinggi untuk inkarserata.
 - 2) Herniotrafi, setelah kantong hernia diidentifikasi, kemudian dilanjutkan dengan dilakukan duplikasi kantong hernia untuk memisahkan kantong proksimal dan distal. Setelah kantong dipisahkan, kantong proksimal diaproksimasikan ke muskulus obliquus eksternus.
 - 3) Hernioplasti Tindakan memperkuat daerah defek, misalnya pada hernia inguinalis, tindakannya adalah mempersempit cincin inguinal interna dan memperkuat dinding posterior kanalis inguinalis. Setelah kantong hernia diaproksimasikan, dilanjutkan dengan hernioplasti dengan menjahitkan tuberkulum pubikum ke conjoint tendon.

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Manulu, et al (2021) pemeriksaan penunjang hernia adalah:

- a. Sinar-x spinal untuk mengetahui abnormalitas tulang.
- b. Tomografi komputerisasi atau MRI untuk mengidentifikasi diskus yang terherniasi. Merupakan pemeriksaan non-invasif, dapat memberikan gambaran secara seksional pada lapisan melintang dan longitudinal.
- c. Flektromiografi untuk melokalisasi keterlibatan saraf-saraf spinal.
- d. Mielogram: mungkin normal atau memperlihatkan penyempitan dari ruang diskus, menentukan lokasi dan ukuran herniasi secara spesifik.
- e. Foto polos posisi AP dan lateral dari vertebra lumbal dan panggul (sendi sakroiliaka). Foto polos bertujuan untuk melihat adanya penyempitan diskus, penyakit degeneratif, kelainan bawaan, dan vertebra yang tidak stabil.
- f. Foto rontgen dengan memalasi zat kontras terutama pada
- g. pemeriksaan mioleografi radikuografi, diskografi, serta kadangkadang diperlukan venografi spinal.
- h. Scanning tulang dilakukan dengan menggunakan bahan
- i. radioisotop (SR dan F). Pemeriksaan ini terutama untuk menyingkirkan kemungkinan penyakit paget.
- j. Venogram epidural: dapat dilakukan pada kasus di mana keakuratan dari miogram terbatas.
- k. Pungsi lumbal: mengesampingkan kondisi yang berhubungan, infeksi, adanya darah.
- l. Pemeriksaan Ultrasonografi, dapat membantu dalam penilaian pasien tertentu. Ultrasonografi untuk membedakan antara hidrokkel dan hernia inguinalis. Ultrasonografi mampu menemukan kantung berisi cairan di dalam skrotum, yang akan adekuat dengan diagnosis hidrokkel.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan fisiologis pasien, menghilangkan

nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali membaik.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang Pasien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan (Ramadhania, 2022; & Syafahrahman, 2022).

a) Identitas pasien

Identitas Pasien terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, alamat, diagnosa medis, tanggal masuk rumah sakit, tanggal operasi, tanggal pengkajian, no medrec.

b) Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Keluhan utama yang paling dirasakan oleh pasien post op laparatomi adalah nyeri.

2) Keluhan utama saat pengkajian

Pasien dengan post operasi *hernia inguinalis lateralis* mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan. Keluhan utama saat dikaji kemudian dikembangkan dengan teknik PQRST. Teknik PQRST menurut Aprilia (2020), yaitu:

i. P (*Provokatif* atau *Paliatif*)

Provokatif atau paliatif atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada post operasi *hernia inguinalis lateralis* biasanya Pasien mengeluh nyeri pada daerah luka post operasi. Nyeri bertambah bila pasien bergerak atau batuk dan nyeri 19 berkurang bila pasien tidak banyak bergerak atau beristirahat dan setelah diberi obat (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

ii. Q (*Quality* dan *Quantity*)

Kualitas atau kuantitas. Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana Pasien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan Pasien. Pada Pasien post operasi laparotomi biasanya merasakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala ≥ 5 (0-10), panas, perih seperti kesemutan. dan biasanya membuat Pasien kesulitan untuk beraktivitas (Aprilia, 2020; Nugraha, 2020).

iii. R (Regional atau area radiasi)

Yaitu dimana terasa gejala, apakah menyebar? Nyeri dirasakan di area luka post operasi, dapat menjalar ke seluruh daerah abdomen (Nugraha, 2020).

iv. S (Skala, *Severity*)

Yaitu identitas dari keluhan utama apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak. Biasanya aktivitas Pasien terganggu karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri luka post operasi (Nugraha, 2020).

v. T (*Timing*)

Yaitu kapan mulai munculnya serangan nyeri dan berapa lama nyeri itu hilang selama periode akut. Nyeri dapat hilang timbul maupun menetap sepanjang hari (Nugraha, 2020).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga ini dikaji apakah keluarga memiliki penyakit yang sama atau memiliki penyakit keturunan.

- i. Jika mengidap penyakit menular, buat struktur keluarga yang tinggal serumah.
- ii. Jika ada riwayat penyakit keturunan, buat genogram 3 generasi. (Nugraha, 2020).

5) Aktivitas sehari-hari

Perbandingan kebiasaan di rumah dan di rumah sakit, apakah terjadi gangguan atau tidak. Kebiasaan sehari-hari yang perlu dikaji meliputi: makan, minum, eliminasi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), istirahat tidur, personal hygiene, dan ketergantungan. Biasanya Pasien kesulitan melakukan aktivitas, seperti mengalami penurunan makan dan minum, istirahat tidur sering terganggu, BAB dan BAK mengalami penurunan, personal hygiene kurang terpenuhi (Nugraha, 2020).

6) Pemeriksaan fisik kasus

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien post laparatomi, antara lain, sebagai berikut.

i. Kondisi umum

Penampilan umum pasien pasca operasi biasanya tampak lemah, gelisah, dan meringis.

ii. Sistem pernafasan

Menilai dan melaporkan inspeksi dada dalam keadaan statis (bentuk dada, kelainan dinding dada) dan dinamis (keterlambatan gerak, retraksi). Adanya gangguan respirasi ditandai dengan peningkatan frekuensi nafas. Pasien post operasi laparatomi biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan (takipneu) dan cenderung dangkal. Hal ini bisa jadi diakibatkan karena nyeri (Aprilia, 2020).

iii. Sistem kardiovaskuler

Pada pasien pasca operasi biasanya ditemukan tanda- tanda syok seperti takikardi, berkeringat, pucat, hipotensi,

penurunan suhu tubuh dan mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (keadaan dan tirah baring). Adanya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah sebagai respon dari nyeri post operasi (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

iv. Sistem pencernaan

Terdapat luka post operasi laparatomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Pasien post operasi laparatomi biasanya akan mengalami penurunan bising usus namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual (Aprilia, 2020).

v. Sistem persyarafan

Mengkaji tingkat kesadaran Pasien dengan menggunakan GCS, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada Pasien post operasi laparatomi pasien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

vi. Sistem endokrin

Mengkaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak. Umumnya pasien post operasi laparatomi tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin (Aprilia, 2020).

vii. Sistem genetalia

Penurunan jumlah output urine dapat terjadi pada pasien post operasi laparatomi. Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan adanya pembatasan intake oral pada awal post operasi laparatomi (biasanya pasien dipuasakan) (Aprilia, 2020).

viii. Musculoskeletal

Pasien post operasi laparatomi dapat mengalami kelemahan dan kesulitan ambulasi akibat nyeri post operasi pada

abdomen dan efek samping dari anastesi yang sering terjadi adalah kekauan otot. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsur-angsur (Aprilia, 2020).

ix. Sistem integument

Terdapat luka post operasi laparatomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Karakteristik luka tergantung pada lamanya waktu setelah pembedahan, kerusakan jaringan dan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral. (Aprilia, 2020).

x. Sistem pendengaran/THT

Amati keadaan telinga, kesimetrisan, ada tidaknya sekret/lesi, ada tidaknya nyeri tekan, uji kemampuan pendengaran dengan tes Rinne, Webber, dan Schwabach. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem pendengaran (Aprilia, 2020).

xi. Sistem penglihatan

Diperiksa kesimetrisan kedua mata, ada tidaknya sekret/lesi, reflek pupil terhadap cahaya, visus (ketajaman penglihatan). Pada pasien post operasi laparatomi biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan (Aprilia, 2020)

7) Riwayat psikologi

i. Data psikologi

Biasanya pasien mengalami perubahan emosi sebagai dampak dari tindakan pembedahan seperti cemas (Nugraha, 2020).

ii. Data sosial

Kaji ubungan pasien dengan keluarga, pasien lain, dan tenaga kesehatan. Biasanya pasien tetap dapat berhubungan baik dengan lingkungan sekitar (Nugraha, 2020).

iii. Data spiritual

Kaji Pandangan pasien terhadap penyakitnya, dorongan semangat dan keyakinan pasien akan kesembuhannya dan secara umum pasien berdoa untuk kesembuhannya. Biasanya aktivitas ibadah pasien terganggu karena keterbatasan aktivitas akibat kelemahan dan nyeri luka post operasi (Nugraha, 2020)

8) Hasil pemeriksaan diagnostik

Menurut Haryono (2016) semua prosedur diagnostic dan lab yang dijalani pasien dicatat dan hasil dituliskan termasuk nilai rujukan, seperti:

- i. *Ultrasonografi* (USG) untuk mengetahui organ tubuh bagian dalam yang bermasalah.
- ii. Foto polos abdomen dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.
- iii. Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri Akut (D.0077)

Tabel 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 <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (misal: Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) 	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 	Objektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif <i>(tidak tersedia)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis
Kondisi Klinis Terkait <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glaukoma 	

b. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)

**Tabel 3. Diagnosa Keperawatan Gangguan Integritas Kulit/
Jaringan**

Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan (D.0129)	
Definisi :	
Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).	
Penyebab <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Penurunan mobilitas 4. Bahan kimia iritatif 5. Suhu lingkungan yang ekstrem 6. Faktor mekanis 7. Efek samping radiasi 8. Kelembapan 9. Neuropati perifer 10. Perubahan pigmentasi 11. Perubahan hormonal 12. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan 	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif <i>(tidak tersedia)</i>	Objektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif <i>(tidak tersedia)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma
Kondisi Klinis Terkait <ol style="list-style-type: none"> 1. Imobilitas 2. Gagal jantung kongestif 3. Gagal ginjal 4. Diabetes melitus dan Imunodefisiensi (mis. AIDS) 	

c. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Tabel 4 Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	
Definisi : Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.	Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak(ROM) menurun
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah
Kondisi Klinis Terkait 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Trauma 4. Fraktur	

d. Resiko Infeksi

Tabel 5. Diagnosa Keperawatan Resiko Infeksi

Risiko Infeksi (D.0142)
Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik
Faktor Risiko 1. Penyakit kronis (mis.diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : 1) Gangguan peristaltik 2) Kerusakan integritas kulit 3) Perubahan sekresi Ph 6. Ketidakkuatan pertahanan tubuh sekunder 1) Penurunan hemoglobin 2) Imununosupresi
Kondisi Klinis Terkait 1. AIDS 2. Luka Bakar 3. Penyakit paru obstruktif

3. Perencanaan Keperawatan

e. Nyeri akut (D.0077)

Tujuan : Tingkat Nyeri (L.08066), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan, diharapkan tingkat nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

Menurut (SIKI,2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah

Tabel 6. Rencana Keperawatan Manajemen Nyeri

Manajemen Nyeri (I.08238)
Definisi Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lembut dan beroriensitas ringan hingga berat dan konstan.
Tindakan
Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingannyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
Edukasi <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. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesic

f. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

Tujuan : Penyembuhan Luka (L.14130), (SLKI,2018)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan penyembuhan luka meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Penyatuan kulit meningkat
- 2) Penyatuan tepi luka meningkat
- 3) Jaringan granulasi meningkat
- 4) Edema pada sisi luka menurun
- 5) Peradangan luka menurun
- 6) Nyeri menurun

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

Tabel 7. Rencana Keperawatan Latihan Rentang Gerak

Latihan Rentang Gerak (I.15177)	
Definisi	engajarkan kemampuan menggunakan gerakan aktif dan pasif untuk mempertahankan dan mengembalikan kelenturan sendi.
Tindakan	
Observasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi indikasi dilakukan latihan 2. Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi 3. Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak
Terapeutik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pakaian yang longgar 2. Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan 3. Fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif 4. Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi 5. Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi
Edukasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 2. Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis 3. Anjurkan duduk di tempat tidur atau di kursi, jika perlu 4. Ajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan
Kolaborasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan, jika perlu

g. Gangguan Mobilitas (D.0054)

Tujuan : Mobilitas fisik (L.05042), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak sendi (ROM) meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Cemas menurun
- 6) Gerakan terbatas menurun
- 7) Kelemahan fisik menurun

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

Tabel 8. Rencana Keperawatan Dukungan Mobilisasi

Dukungan Mobilisasi (I.05173)
Definisi Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik
Tindakan
Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulaimobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 6. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagartempat tidur) 7. Fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu 8. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dakam meningkatkanpergerakan
Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi dini sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

h. Resiko Infeksi (D.0142)

Tujuan : Tingkat Infeksi (L.14137), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Demam menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Bengkak menurun
- 5) Kadar sel darah putih membaik

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

Tabel 9. Rencana Keperawatan Pencegahan Infeksi

Pencegahan Infeksi (I.14539)
Definisi Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik.
Tindakan
Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah proses dimana perawat melaksanakan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan serta mendokumentasikan tindakan khusus yang dilakukan untuk penatalaksanaan intervensi keperawatan (SIKI, 2018).

Implementasi adalah perincian dan pelaksanaan rencana menyusui yang disusun dalam tahap perencanaan. Dengan berfokus pada keseimbangan fisiologis, aktivitas perawat membantu pasien

meningkatkan kualitas hidup mereka dalam sehat dan sakit. Jenis kegiatan yang disiiapkan pada tahap perencanaan. Kesadaran ini terdiri dari tindakan mandiri, saling ketergantungan atau kerjasama, dan directionality /ketergantungan. Implementasi aktivitas keperawatan yang tepat. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidassi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisi saat ini (Desmawati, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan (Potter & Perry, 2017). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah di kumpulkan dan kesesuaian perilaku yang di observasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif.

E. Jurnal Terkait

Tabel 10. Jurnal Terkait

No	Judul Artikel : Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis	Hasil Penelitian
1.	Hubungan lama penyembuhan luka dan tindakan perawatan dengan penyembuhan luka pada ibu sectio caesarea (Sumantri & Fitri, 2022) https://jurnal.stikes-aisyiyah-palembang.ac.id/index.php/Kep/article/download/879/617	D : <i>cross sectional</i> S : 35 responden V : Hubungan lama penyembuhan luka dan tindakan perawatan dengan penyembuhan luka pada ibu sectio caesarea I : survey analitik A : Uji <i>Chi-square</i>	Uji statistik yang dilakukan pada ibu post sc didapatkan sebanyak 18 responden (51,4%) yang lama penyembuhan lukanya selama > 5 hari, 23 responden (65,7%) yang tidak melakukan tindakan perawatan luka dan perawatan penyembuhan luka yang tidak steril sebanyak 20 responden (57,1%). Hasil analisis chi-square didapatkan ada hubungan yang bermakna antara lama penyembuhan luka (p value 0,002
2.	Pengaruh perawatan luka terhadap penyembuhan luka pada pasien pasca operasi caesar di ruangan perawatan bedah RSUD LabuangBaji Makassar (Hilmi et al., 2018) https://ojs.stikesgrahaedukasi.ac.id/index.php/JIKKHC/article/view/71/48	D : <i>cross sectional</i> S : 30 responden V : Pengaruh perawatan luka terhadap penyembuhan luka pada pasien pasca operasi caesar di ruangan perawatan bedah RSUD LabuangBaji Makassar I : kuisisioner A : <i>chi-square</i>	Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada frekuensi perawatan luka dengan penyembuhan luka (p=0,009), ada hubungan antara lama penyembuhan dengan penyembuhan luka (p=0,001), dan ada hubungan antara teknik perawatan luka dengan penyembuhan luka (p=0,049). Simpulan: Kesimpulan dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara frekuensi luka, lama penyembuhan, dan teknik perawatan luka dengan penyembuhan luka.
3.	Hubungan Kepatuhan SOP Perawatan Luka Dengan Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) Pada Pasien Pasca Section	D : <i>analitik korelasi</i> S : 36 responden V : Hubungan Kepatuhan SOP Perawatan Luka Dengan Kejadian Infeksi Daerah Operasi	analisa data masing-masing variabel menggunakan chi square dengan hasil analisa menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kepatuhan SOP perawatan luka terhadap kejadian IDO

	<p>Caesarea (SC) Di Ruang Anggrek Dan Poliklinik Kebidanan & Kandungan RSUD Dr. T.C Hillers Maumere (Meo, 2019)</p> <p>https://jkkmfikesunipa.nusanipa.ac.id/index.php/hlj-Unipa/article/download/63/56</p>	<p>(IDO) Pada Pasien Pasca Section Caesarea (SC) Di Ruang Anggrek Dan Poliklinik Kebidanan & Kandungan RSUD Dr. T.C Hillers Maumere</p> <p>I : observasi</p> <p>A : <i>chi square</i></p>	<p>dengan masing-masing nilai $p < 0,000$ dan $0,012 (< 0,05)$.</p> <p>Kesimpulan : terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan SOP perawatan luka terhadap kejadian IDO. Diharapkan bagi ibu untuk tetap memperhatikan personal hygiene dan kebutuhan nutrisi tubuh agar dapat mempercepat proses penyembuhan luka operasi.</p> <p>Kata kunci : Kepatuhan SOP</p>
4.	<p>Penerapan Perawatan Luka terhadap Penyembuhan Luka pada Pasien Post Operasi Apendiktomi di Ruang Imam Bonjol RSUD Arjawinangun Kabupaten Cirebon (Nadialista Kurniawan, 2021)</p> <p>http://repo.poltekkestasikmalaya.ac.id/1039/4/HALAMAN%20JUDUL.pdf</p>	<p>D : <i>kualitatif</i></p> <p>S : 2 responden</p> <p>V : Penerapan Perawatan Luka terhadap Penyembuhan Luka pada Pasien Post Operasi Apendiktomi di Ruang Imam Bonjol RSUD Arjawinangun Kabupaten Cirebon</p> <p>I : study kasus</p> <p>A :</p>	<p>Hasil dari penelitian ini ditemukan bahwa pemberian intervensi perawatan luka berpengaruh bagi pasien post operasi apendiktomi yakni dapat mencegah terjadinya komplikasi dan mengurangi terjadinya risiko infeksi sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan luka. Terdapat perbedaan dalam proses penyembuhan luka diantara Pasien 1 dan Pasien 2.</p>
5.	<p>Intervensi Molusi (Mobilisasi, Perawatan Luka, & Nutrisi) Pada Ibu Post Sectio Caesarea Hari Ke-20 Dengan Dehiscence Luka (Oktafia et al., 2024)</p> <p>https://jurnal.stikes-ibnusina.ac.id/index.php/jumkes/article/download/1195/1263</p>	<p>D : <i>case report</i></p> <p>S : 1 responden</p> <p>V : Intervensi Molusi (Mobilisasi, Perawatan Luka, & Nutrisi) Pada Ibu Post Sectio Caesarea Hari Ke-20 Dengan Dehiscence Luka :</p> <p>I : study kasus</p> <p>A :</p>	<p>Hasil menunjukkan setelah dilakukan intervensi MOLUSI (perawatan luka dehisensi post sectio caesarea, mobilisasi dini dan konsumsi nutrisi tinggi protein), luka dehisensi membaik dengan skala REEDA dari skala 10 menjadi skala 5. Intervensi MOLUSI (Mobilisasi, Perawatan Luka, dan Nutrisi) efektif dapat mempercepat penyembuhan luka dehisensi pada pasien post sectio caesarea</p>