

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Hernia Umbilikal

1. Pengertian

Menurut Hidayat, P et al (2023) Hernia merupakan kondisi ketika suatu organ menonjol secara tidak normal melalui lapisan fascia dinding perut akibat kelemahan anatomi, yang bisa terjadi pada area seperti dinding depan perut (umbilikus), linea alba, diafragma, semilunar line of Spieghel, daerah inguinal (selangkangan), atau bekas sayatan operasi. Berdasarkan kondisi klinisnya, hernia dikategorikan sebagai reducible jika dapat dikembalikan ke posisi semula, inkarserata apabila telah mengganggu jalannya isi usus, dan strangulata bila terjadi hambatan aliran darah yang menyebabkan nyeri dan kemerahan pada benjolan. Hernia umbilikalis sendiri merupakan jenis hernia ventral yang muncul disekitar pusar, dengan karakteristik leher hernia yang sempit sehingga berpotensi tinggi mengalami inkarserasi hingga strangulasi.

2. Etiologi

Penyebab hernia umbilikalis sangat beragam berdasar pada usia penderita. Menurut Hidayat, P et al (2023) terdapat beberapa macam penyebab hernia, beberapa diantaranya yaitu:

- a. Peningkatan tekanan intraabdomen. Menurut Hidayat, P et al (2023)

Hernia biasa terjadi karena adanya tekanan intraabdomen dalam waktu yang lama dan meningkat seiring berjalannya waktu. Salah

satu contoh keadaan yang meningkatkan tekanan intraabdomen adalah pada seseorang yang obesitas, asites, sirosis hepatitis, tumor intraabdomen, batuk kronis seperti PPOK, riwayat kehamilan ganda atau kembar, dan seseorang yang sering melakukan olahraga angkat berat.

- b. Lemahnya kekuatan jaringan. Selain penekanan intraabdomen, penyebab lain terjadinya hernia umbilikal adalah lemahnya jaringan ikat sekitar abdomen dan fasia setinggi umbilikus. Salah satu contoh penyebab lemahnya jaringan adalah sindrom marfan. Sindrom Marfan adalah kelainan genetik yang memengaruhi jaringan ikat tubuh. Jaringan ikat berfungsi sebagai "lem" yang menyatukan dan menyokong organ, sendi, pembuluh darah, dan struktur tubuh lainnya. Selain itu lemahnya kekuatan jaringan juga dapat disebabkan oleh trauma tumpul dan tajam.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Hidayat, P et al (2023) terdapat beberapa macam tanda dan gejala hernia yang sering muncul, beberapa diantaranya yaitu:

- a. Terdapat tonjolan di dalam atau dekat pusar yang semakin mengeras, dimana tonjolan bertambah besar saat batuk, menangis atau mengejan.
- b. Timbul rasa tidak nyaman di perut pada tingkat tertentu apabila ukurannya kecil. Apabila ukuran membesar akan mulai timbul rasa

nyeri pada area pusar, rasa nyeri meningkat ketika melakukan aktivitas.

c. Apabila hernia telah mencapai tahap inkarserasi atau strangulasi, gejala yang dapat muncul meliputi rasa mual, muntah, kesulitan buang air besar, serta nyeri pada bagian perut.

d. Pada kasus hernia umbilikalisis yang mengalami inkarserasi atau strangulasi, biasanya dijumpai perubahan warna pada kulit benjolan dari kemerahan hingga kehitaman, terasa hangat saat disentuh, perut tampak membesar (distensi), serta muncul tanda-tanda sepsis seperti demam, tekanan darah menurun (hipotensi), dan peningkatan denyut jantung (takikardi).

4. Patofisiologi

Pada dasarnya, sebagian besar hernia umbilikalisis pada orang dewasa bersifat akuisita (muncul dan berkembang setelah lahir) dan bukan bawaan lahir. Penyebab utamanya adalah kelemahan pada cincin umbilikalisis yang merupakan bagian dari fascia dan otot di sekitar pusar. Kelemahan cincin umbilikalisis dapat muncul dari akibat faktor genetik, usia, obesitas, atau bekas luka operasi, termasuk bekas tusukan trocar laparoskopik. Saat area ini melemah, struktur yang seharusnya menutup pusar menjadi rentan terhadap tekanan dari dalam perut (Christyani & Diptoadi, 2023).

Tekanan intra abdominal yang berulang dan meningkat merupakan faktor pemicu utama. Kondisi seperti obesitas, asites (misalnya pada pasien

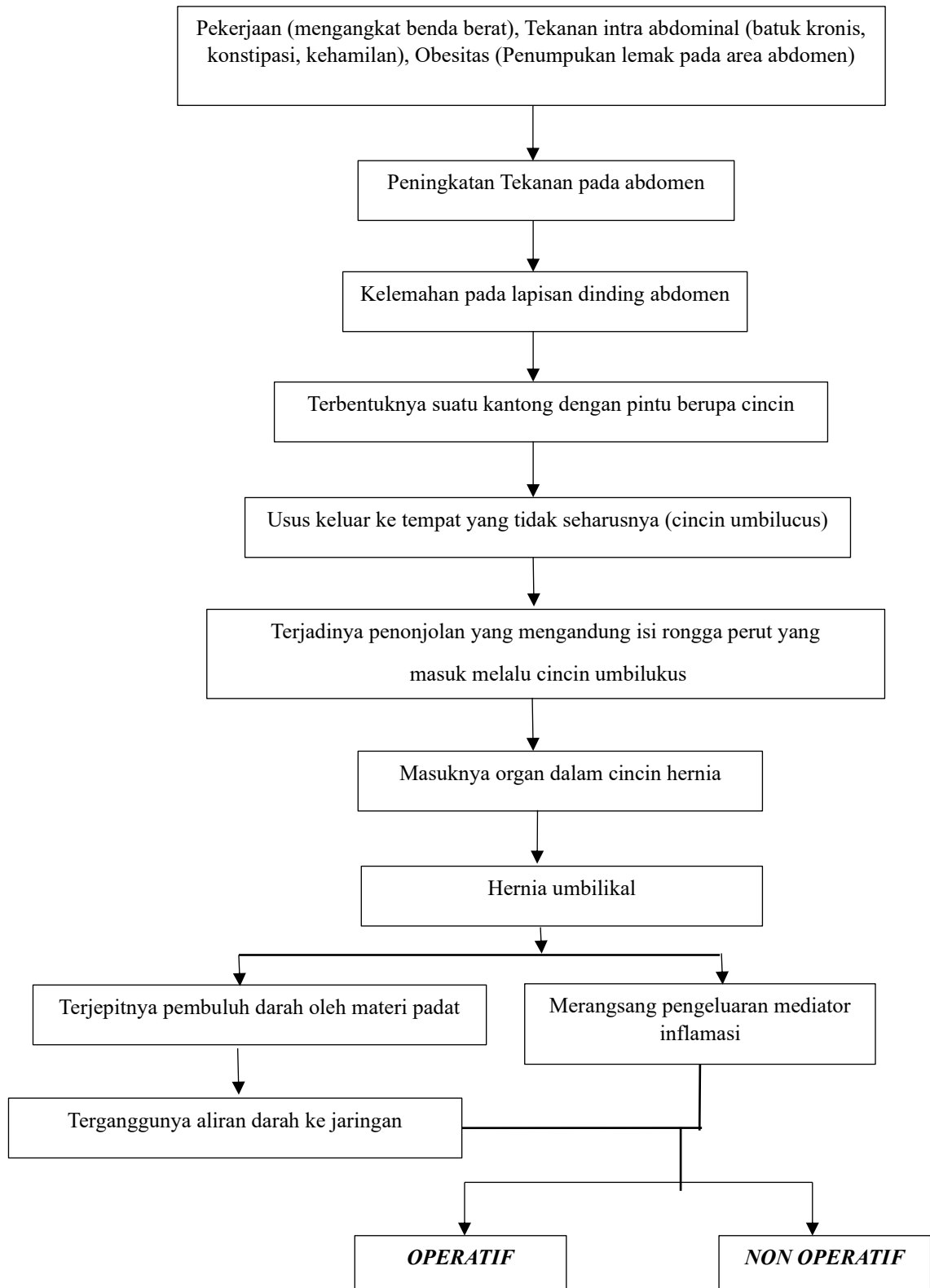
sirosis), kehamilan berulang, batuk kronis, sembelit, atau mengangkat beban berat secara rutin bisa mendorong organ intra abdominal terutama omentum dan usus untuk keluar melalui area cincin umbilikalis yang melemah. Dengan demikian, terbentuk kantung peritoneum (hernia) yang menonjol ke luar ke arah pusar.

Seiring waktu, kantung hernia bisa membesar, ditambah dengan leher hernia yang sempit, sehingga organ yang menonjol bisa terperangkap. Ini disebut inkarserasi, dan jika suplai darah vena dan arteri terganggu, dapat berkembang menjadi strangulasi. Ketika hernia mengalami strangulasi, hal tersebut merupakan suatu kondisi yang mengancam nyawa karena terjadi iskemia, infark, dan nekrosis pada jaringan hernia. Selain itu, terdapat gangguan struktur dan kualitas kolagen turut memperparah kondisi. Pada pasien dengan obesitas, kehamilan, atau gangguan jaringan ikat, terjadi perubahan kolagen di fascia, melemahkan struktur dinding perut dan memudahkan terbentuknya defek umbilikalis.

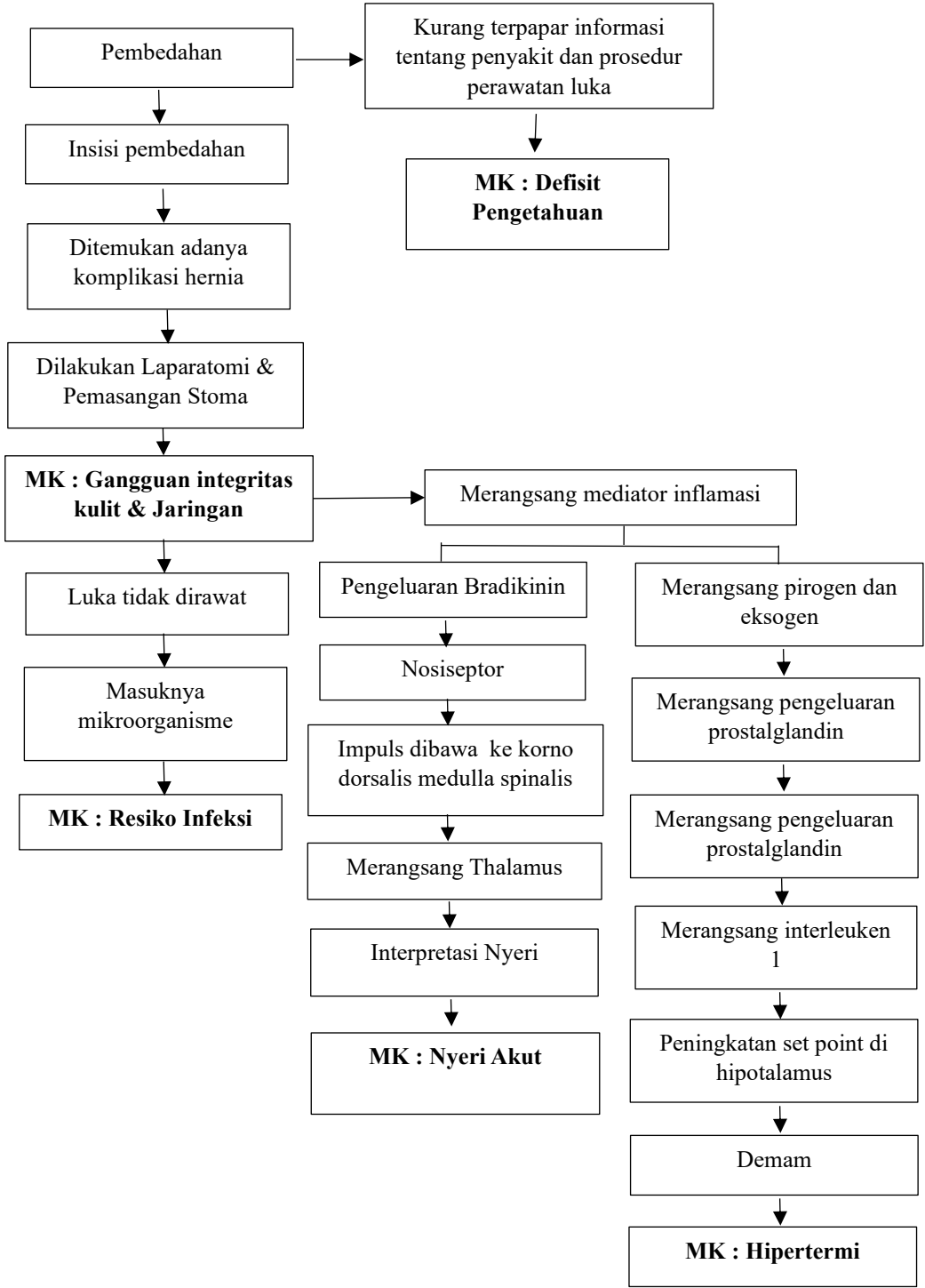
Kesimpulannya, patofisiologi hernia umbilikalis pada dewasa merupakan hasil dari kombinasi kelemahan struktural area pusar, tekanan intra-abdominal berulang, dan gangguan vaskular atau kolagen. Ketiganya menciptakan kondisi ideal bagi terbentuknya kantung hernia, meningkatkan risiko prolaps organ intra-abdominal, inkarserasi, dan strangulasi. Semua hal tersebut bisa terjadi dalam waktu relatif singkat setelah defek hernia terbentuk (Hidayat, P et al., 2023).

5. Pathway

Gambar 1 Pathway Hernia Umbilikal Sebelum dan Sesudah Operasi



POST OPERASI



6. Penatalaksanaan

Menurut Muttaqien (2018) dalam Putri (2021) Penatalaksanaan hernia sangat beragam sesuai dengan kondisi pasien. Beberapa diantaranya yaitu:

a. Konservatif

- 1) Reposisi. Prosedur ini dilakukan dengan cara mengembalikan isi hernia ke dalam rongga perut secara perlahan namun tegas. Teknik ini hanya dapat diterapkan pada jenis hernia yang masih dapat direposisi (hernia reponibel), dengan menggunakan kedua tangan—satu tangan digunakan untuk membuka atau melebarkan leher hernia, sementara tangan lainnya mendorong isi hernia masuk kembali melalui celah tersebut.
- 2) Suntikan. Prosedur ini dilakukan dengan menyuntikkan cairan sklerotik seperti alkohol atau kinin ke area sekitar hernia, yang akan memicu terjadinya sklerosis atau penyempitan pada celah hernia, sehingga mencegah isi hernia keluar dari rongga peritoneum.
- 3) Sabuk hernia. Sabuk hernia berfungsi sebagai alat penekan tonjolan hernia. Sabuk hernia dapat digunakan pada pasien dengan ukuran hernia yang masih kecil atau pasien yang menolak adanya tindakan operatif.

b. Operatif

- 1) Herniotomy. Pada prosedur herniotomi, kantong hernia dibebaskan hingga mencapai lehernya. Setelah kantong dibuka, isi hernia dikeluarkan dan dilepaskan jika terdapat perlekatan, lalu dikembalikan ke dalam rongga perut. Selanjutnya, kantong hernia diikat setinggi mungkin dan kemudian dipotong.
- 2) Hernioraphy. Hernioraphy atau hernioplasti merupakan tindakan pembedahan yang bertujuan untuk mengecilkan ukuran annulus inguinalis internus serta memperkuat dinding posterior dari kanalis inguinalis guna mencegah kekambuhan hernia.
- 3) Laparotomy. Laparotomi pada hernia umbilikalisis adalah prosedur bedah terbuka yang dilakukan untuk memperbaiki kelemahan pada dinding perut di sekitar pusar (umbilikus). Tujuan utamanya adalah untuk mengembalikan isi hernia ke dalam rongga perut dan memperkuat area yang lemah guna mencegah kekambuhan. Pada hernia inguinalis laparotomy dilakukan jika adanya inkarserasi atau terjepit, hernia strangulasi, hernia dengan pengukuran besar atau berulang dan adanya komplikasi lain.
- 4) Ostomy. Ostomi adalah prosedur bedah yang menciptakan lubang (stoma) pada dinding perut untuk mengalihkan aliran feses atau

urin dari saluran pencernaan atau kemih ke luar tubuh. Jenis ostomi yang umum meliputi kolostomi (usus besar), ileostomi (usus halus), dan urostomi (saluran kemih). Meskipun jarang, ostomi dapat diperlukan dalam kasus hernia umbilikal yang mengalami komplikasi serius, seperti:

- a) Strangulasi Hernia: Ketika bagian usus yang terjebak dalam hernia kehilangan suplai darah, menyebabkan nekrosis (kematian jaringan). Dalam situasi ini, bagian usus yang rusak perlu diangkat, dan ostomi mungkin diperlukan untuk mengalihkan aliran feses.
- b) Inkarserasi Hernia: Jika isi hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga perut dan menyebabkan obstruksi usus, ostomi mungkin dipertimbangkan setelah reseksi usus.

B. Konsep Stoma

1. Pengertian Stoma

Stoma atau ostomi, merupakan lubang yang dibentuk melalui prosedur pembedahan pada saluran pencernaan untuk mengalihkan aliran gastrointestinal (GI) (Salmawati et al., 2019). Stoma biasanya berasal dari lapisan mukosa usus yang menyerupai bagian dalam rongga mulut, dengan ciri khas berwarna merah muda hingga merah, memiliki permukaan lembap, dan

mengeluarkan lendir dalam jumlah tertentu (Society, 2017; Husna et al., 2024). Prosedur ini biasanya dilakukan ketika bagian tertentu dari saluran pencernaan tidak dapat berfungsi secara normal. Stoma dapat bersifat sementara atau permanen tergantung pada kondisi medis pasien (Pittman, 2011; Salmawati et al., 2019).

2. Jenis Stoma

- a. Kolostomi. Kolostomi merupakan prosedur pembedahan yang menciptakan lubang pada usus besar melalui dinding perut, yang dilakukan sebagai solusi ketika fungsi anus terganggu atau tidak dapat berfungsi secara normal. Tindakan ini bertujuan untuk mengalihkan aliran feses dari kolon ke luar tubuh (Suratun, 2018; Husna et al., 2024). Kolostomi dapat bersifat sementara maupun permanen. Kolostomi sementara biasanya dilakukan untuk jangka waktu 3 hingga 6 bulan, memberikan kesempatan bagi usus yang terdampak untuk beristirahat dan menjalani proses penyembuhan. Sementara itu, kolostomi permanen diterapkan jika terdapat kondisi penyakit yang menyerang bagian bawah usus besar dan rektum, atau jika pasien memiliki penyakit penyerta yang meningkatkan risiko apabila tidak dilakukan tindakan ini (Engida et al., 2016 ;Ul Husna et al., 2024).

- b. Ileostomi. Ileostomi merupakan tindakan operasi pembuatan lubang pada dinding perut yang dilakukan karena adanya masalah pada ileum yang menyebabkannya tidak berfungsi dengan baik atau kondisi penyakit pada bagian usus besar yang perlu diangkat dimana lokasi lubang stomanya berada pada bagian sisi kanan bawah perut. Pada dasarnya ileostomi tidak jauh berbeda dengan kolostomi karena hanya terdapat perbedaan pada lokasinya (UOAA., 2018;Ul Husna et al., 2024).

3. Letak Stoma

Berdasarkan lokasi pembuatannya stoma dibedakan menjadi tiga jenis, berikut diantaranya (UOAA., 2018;Husna et al., 2024):

- a. Transversal. Stoma transversal terletak di bagian atas perut, baik di bagian tengah maupun sisi kanan. Jenis stoma ini umumnya diterapkan untuk menangani kondisi seperti divertikulitis, peradangan usus, kanker, obstruksi, kelainan bawaan, atau cedera. Stoma ini memungkinkan keluarnya feses dari usus besar sebelum mencapai kolon desenden, dan biasanya bersifat sementara untuk menghindari aliran tinja melewati area yang terinfeksi, sehingga memberikan waktu bagi usus untuk pulih.

- b. Asendence. Stoma asenden dibuat di sisi kanan perut dan menghasilkan keluaran feses yang lebih cair, sehingga memerlukan kantong stoma yang dapat dikosongkan secara berkala. Meski demikian, jenis kolostomi ini kini jarang digunakan karena ileostomi dinilai lebih efektif untuk menangani cairan keluaran dari usus
- c. Sigmoid. Stoma sigmoid adalah jenis stoma yang paling umum dibuat, dengan lokasi di sisi kiri bawah perut. Pada jenis ini, proses eliminasi terjadi setelah sebagian besar feses terakumulasi di usus, sehingga feses yang keluar memiliki konsistensi lebih padat dibandingkan jenis stoma lainnya. Oleh karena itu, pasien umumnya menggunakan kantong stoma sekali pakai.

4. Indikasi Stoma

- a. Kanker kolorektal. Kanker kolorektal merupakan jenis tumor ganas yang berkembang pada jaringan epitel di kolon dan rektum. Penyakit ini dapat dipicu oleh pola makan tinggi lemak, rendah serat, faktor usia, dan riwayat keluarga. Gejala yang umum meliputi diare atau konstipasi, perut terasa penuh, feses bercampur darah, sering mengalami kram perut atau rasa kembung, volume feses yang berkurang dari biasanya, serta penurunan berat badan tanpa penyebab yang jelas (Marmol et al., 2017; Husna et al., 2024).

- b. Colitis ulseratif. Colitis ulseratif adalah peradangan kronis pada usus besar atau kolon dan rectum dimana terdapat tukak atau luka pada dinding usus yang menyebabkan tinja bercampur darah (Sayuti & Nouva., 2019; Husna et al., 2024).
- c. Divertikulitis. Divertikulitis merupakan kelainan pada saluran pencernaan yang dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko seperti obesitas, pola makan, dan tingkat aktivitas fisik. Kondisi ini muncul akibat perubahan komposisi mikrobiota usus yang menimbulkan peradangan, serta dapat disebabkan oleh kelainan genetik atau gangguan neuromuskular pada kolon. Dalam beberapa kasus, kondisi ini memerlukan tindakan bedah darurat seperti kolektomi sigmoid (Strate et al., 2020; Husna et al., 2024).
- d. Trauma Abdomen. Trauma abdomen adalah cedera pada daerah perut yang dapat disebabkan oleh benda tumpul maupun tajam, umumnya akibat kecelakaan lalu lintas. Cedera ini dapat memengaruhi organ internal seperti hati, limpa, usus, dan ginjal, dan paling sering terjadi pada laki-laki (Singh et al., 2021; Husna et al., 2024).

5. Komplikasi Stoma

- a. Edema stoma. Edema pada stoma ditandai dengan warna merah muda terang, tampak agak transparan, serta mengandung cairan. Jaringan di area tersebut cenderung rapuh dan mudah mengalami luka atau lecet

saat proses pembersihan maupun pemasangan kantong stoma. Oleh karena itu, perawatan pada stoma dengan edema harus dilakukan dengan sangat hati-hati, dan ukuran pelindung kulit (skin barrier) sebaiknya dibuat sedikit lebih besar untuk menghindari gesekan langsung. Umumnya, kondisi edema stoma ini akan membaik dalam waktu enam hingga delapan minggu (Stelton., 2019; Husna et al., 2024).

- b. Iskemia dan Nekrosis. Iskemia pada stoma umumnya terjadi akibat gangguan aliran darah ke usus besar, yang dapat disebabkan oleh tekanan berlebih atau kerusakan pada jaringan vaskular, terutama pada fase pascaoperasi. Kondisi ini dapat ditandai dengan perubahan warna stoma menjadi kehitaman karena adanya edema yang disertai kongesti vena, meskipun biasanya akan membaik dalam beberapa hari. Sementara itu, nekrosis dapat terjadi sebagian, hanya melibatkan lapisan mukosa, atau secara menyeluruh hingga mempengaruhi seluruh lapisan usus sampai ke bawah lapisan fascia (Correa Marinez., 2019; Husna et al., 2024).
- c. Retraksi: kondisi di mana stoma tertarik ke dalam sehingga posisinya berada di bawah permukaan kulit. Hal ini umumnya disebabkan oleh ketegangan pada usus dan lebih sering terjadi sebagai komplikasi dari prosedur kolostomi. Kondisi ini juga dapat diartikan sebagai masuknya stoma ke dalam rongga perut akibat tekanan atau tarikan, yang biasanya dipicu oleh faktor seperti obesitas, pembesaran perut (distensi

abdomen), atau peningkatan berat badan secara drastis setelah operasi pembuatan stoma (Aryani et al., 2020;Husna et al., 2024).

- d. Prolaps: adalah kondisi di mana jaringan usus keluar atau menonjol lebih jauh melalui stoma, sehingga dapat menyulitkan dalam pemasangan kantong stoma. Komplikasi ini umumnya terjadi pada pasien dengan loop stoma dan sering dialami oleh individu yang memiliki kelemahan otot perut, seperti anak-anak, lansia, atau mereka yang mengalami malnutrisi (Stelton., 2019;Husna et al., 2024).
- e. Stenosis: adalah penyempitan pada lubang stoma hingga berdiameter sangat kecil, yang dapat mengganggu proses eliminasi feses pada pasien kolostomi. Kondisi ini sering disebabkan oleh pemasangan kantong stoma yang terlalu besar dan tidak sesuai dengan ukuran stoma, sehingga menyebabkan iritasi dan perubahan bentuk bukaan. Untuk membantu mempermudah pengeluaran tinja, dianjurkan peningkatan konsumsi makanan tinggi serat (Stelton., 2019;Husna et al., 2024).
- f. Hernia Parastomal: adalah kondisi di mana terjadi benjolan di sekitar stoma akibat jaringan usus yang menonjol melalui lapisan otot perut. Ciri khasnya adalah stoma yang tampak berwarna merah muda hingga merah, dan kondisi ini dapat memengaruhi pemilihan jenis kantong stoma yang digunakan. Untuk mengakomodasi tonjolan hernia, disarankan menggunakan kantong satu bagian (*one-piece pouch*) yang lebih lentur. Meskipun umumnya tidak menimbulkan masalah serius,

hernia peristomal perlu segera ditangani di rumah sakit apabila disertai gejala seperti penurunan frekuensi pengeluaran feses, nyeri perut, muntah, atau perubahan warna stoma menjadi kebiruan (Stelton, 2019). Parastomal hernia terjadi paling banyak pada end stoma yang sebagian besar dialami pada periode 2 tahun pertama setelah pembuatan stoma dimana terjadi akibat peningkatan tekanan intra-abdomen termasuk obesitas dan kelemahan dinding perut (Murken & Bleier., 2019; Husna et al., 2024).

C. Konsep Ileostomi

1. Pengertian

Ileostomi berasal dari gabungan kata *ileum* dan *stoma*, di mana *ileum* adalah bagian paling akhir dari usus halus, sedangkan *stoma* berarti lubang atau bukaan. Dengan demikian, setelah prosedur pembedahan, isi ileum akan dikeluarkan melalui stoma. Ileostomi merupakan tindakan bedah yang dilakukan untuk membuat lubang buatan pada dinding perut, dengan tujuan mengalihkan saluran dari ileum. Ujung ileum diarahkan keluar melalui dinding abdomen dan membentuk stoma, yang biasanya terletak di bagian kanan bawah perut. Prosedur ini dilakukan untuk menangani berbagai gangguan pada saluran pencernaan (Mithany et al., 2023).

2. Jenis Ileostomi

Secara garis besar terdapat tiga jenis utama ileostomi, yaitu:

- a. End ileostomy: Ileostomi Akhir (End Ileostomy) adalah jenis pembuatan stoma permanen atau sementara yang dilakukan dengan membawa ujung akhir dari usus halus (ileum) ke permukaan perut dan membentuk lubang (stoma) sebagai jalur keluarnya feses dari tubuh. Prosedur ini dilakukan ketika seluruh kolon dan rektum diangkat atau dialihkan, dan ujung ileum dibawa ke permukaan perut untuk membentuk stoma.
- b. Double Barrel Ileostomy: Adalah jenis stoma di mana usus dipotong sepenuhnya dan kedua ujung usus (proksimal dan distal) dibawa ke permukaan kulit sebagai dua lubang stoma yang terpisah namun tetap saling menempel. Ujung proksimal berfungsi untuk mengeluarkan tinja, sementara ujung distal, yang dikenal sebagai mucus fistula, hanya mengeluarkan lendir dari bagian usus yang tidak aktif. Double barrel stoma biasanya digunakan ketika bagian distal usus perlu "diistirahatkan" karena penyakit, infeksi, atau trauma, dan dapat bersifat sementara atau permanen tergantung kondisi pasien (Lago et al., 2020).
- c. Loop ileostomy: Bagian dari ileum dibawa ke permukaan perut dan dibuka untuk membentuk dua lubang; satu untuk mengeluarkan feses

dan satu lagi untuk lendir dari usus besar yang tidak digunakan. Biasanya, sebatang plastik atau batang penyangga diletakkan di bawah loop usus untuk mencegahnya kembali masuk ke rongga perut. Jenis ini biasanya bersifat sementara dan digunakan untuk melindungi anastomosis usus setelah operasi.

3. Komplikasi Ileostomi

Komplikasi dari ileostomy sangat beragam karena meskipun prosedur ini dapat menyelamatkan nyawa namun tidak lepas dari risiko komplikasi baik jangka pendek maupun jangka panjang. Menurut Tsujinaka et al (2023), beberapa contoh komplikasi yang dapat muncul yaitu:

- a. Prolapse: Bagian usus terdorong keluar melewati stoma, menyebabkan tonjolan besar dan sulit direduksi.
- b. Retraksi: Stoma merosot ke bawah permukaan kulit, berpotensi bocor dan kesulitan memakai kantong.
- c. Stenosis (penyempitan): Lubang stoma menyempit, menyulitkan keluarnya tinja, kemungkinan perlu dilatasi atau operasi ulang.
- d. Parastomal hernia: Hernia di sekitar stoma, menyebabkan benjolan dan risiko pengekangan usus.

- e. Iskemia/Nekrosis stoma: Aliran darah terhenti ke stoma, menyebabkan kematian jaringan.
- f. Perdarahan: Bisa ringan karena iritasi atau serius akibat trauma pada stoma.
- g. Iritasi & infeksi kulit: Cairan stoma bersifat basa dan mengiritasi kulit peristomal (sekitar stoma), bisa menyebabkan dermatitis hingga infeksi bakteri atau jamur.
- h. Obstruksi stoma: Sumbatan pada jalan keluar, menyebabkan kram, mual, muntah, dan distensi perut.
- i. Malabsorpsi & Dehidrasi: Karena proses fungsi usus dilewati, penyerapan cairan berkurang sehingga memicu dehidrasi, gangguan keseimbangan elektrolit dan nutrisi.

D. Konsep Gangguan Integritas Kulit

1. Pengertian

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen) (PPNI, 2016).

2. Faktor Penyebab

Faktor penyebab gangguan integritas kulit dan jaringan yaitu :

- a. Perubahan sirkulasi
- b. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c. Kelebihan/kekurangan volume cairan
- d. Penurunan mobilitas
- e. Bahan kimia iritatif
- f. Suhu lingkungan yang ekstrem
- g. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)
- h. Efek samping terapi radiasi
- i. Kelembaban
- j. Proses penuaan
- k. Neuropati perifer
- l. Perubahan pigmentasi
- m. Perubahan hormonal
- n. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan.

3. Data Mayor dan Data Minor

- a. Gejala dan tanda mayor gangguan integritas kulit dan jaringan yaitu:
 - 1) Subjektif : (tidak tersedia)
 - 2) Objektif : Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit.
- b. Gejala dan tanda minor gangguan integritas kulit dan jaringan yaitu:

1) Subjektif : (tidak tersedia)

2) Objektif :

a) Nyeri

b) Perdarahan

c) Kemerahan

d) Hermatoma

4. Kondisi Klinis Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan

Kondisi klinis terkait gangguan integritas kulit dan jaringan yaitu :

a. Imobilisasi

b. Gagal jantung kongestif

c. Gagal ginjal

d. Diabetes melitus

e. Imunodefisiensi (mis. AIDS)

5. Intervensi Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan

a. Intervensi utama

1) Perawatan Integritas Kulit (I.11353)

2) Perawatan Luka (I.14564)

b. Intervensi Pendukung

1) Dukungan Perawatan Diri (I.11348)

- 2) Edukasi Perawatan Diri (I.12420)
- 3) Edukasi Perawatan Kulit (I.12426)
- 4) Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan (I.12435)
- 5) Edukasi Pola Perilaku Kebersihan (I.12439)
- 6) Edukasi Program Pengobatan (I.12441)
- 7) Konsultasi (I.12461)
- 8) Latihan Rentang Gerak (I.05177)
- 9) Manajemen Nyeri (I.08238)
- 10) Pelapor Status Kesehatan (I.14523)
- 11) Pemberian Obat (I.02062)
- 12) Pemberian Obat Intradermal (I.14531)
- 13) Pemberian Obat Intramuskular (I.02063)
- 14) Pemberian Obat Intravena (I.02065)
- 15) Pemberian Obat Kulit (I.14532)
- 16) Pemberian Obat Subkutan (I.03129)
- 17) Pemberian Obat Topikal (I.14533)
- 18) Penjahitan Luka (I.14556)
- 19) Perawatan Area Insisi (I.14558)
- 20) Perawatan Kuku (I.11355)
- 21) Perawatan Luka Bakar (I.14565)
- 22) Perawatan Luka Tekan (I.14566)
- 23) Perawatan Pasca Seksio Sesaria (I.14567)

- 24) Perawatan Skin Graft (I.14571)
- 25) Perawatan Stoma (I.04166)
- 26) Teknik Latihan Penguatan Otot (I.05184)
- 27) Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185)
- 28) Terapi Lintah (I.02087)
- 29) Skrining Kanker (I.14580)

E. Konsep Perawatan Stoma

Menurut Suharman et al (2023) perawatan stoma adalah hal yang harus diperhatikan dan dilakukan secara rutin. Perawatan stoma bertujuan untuk melindungi kulit di sekitar stoma agar tetap utuh dan tidak mengalami iritasi, mencegah terjadinya infeksi, menghindari munculnya bau tidak sedap, serta mencegah perburukan kondisi penyakit yang mendasarinya.

1. Teknik penggantian/ pemasangan kantong stoma

Kantong stoma adalah wadah berbahan plastik yang berfungsi untuk menampung feses atau urine yang keluar melalui stoma dari saluran pencernaan atau kemih. Dalam proses perawatan stoma, penting untuk menentukan jenis kantong yang paling sesuai agar penggunaannya efektif dan nyaman. Untuk menghindari kesalahan dalam memilih, perlu dipahami prinsip dasar pemilihan kantong stoma. Beberapa hal penting yang harus diperhatikan antara lain perlindungan kulit dari paparan feses atau urine, mencegah trauma atau

kerusakan akibat produk, serta menjaga stoma dari cedera mekanis (Wijonarko & Jaya Putra, 2024). Selain itu, pemilihan kantong stoma juga harus mempertimbangkan kebutuhan spesifik pasien, yang mencakup berbagai aspek penting, meliputi:

- a. Kenyamanan. Kantong stoma harus dirancang agar nyaman digunakan, dengan *base plate* dan *skin barrier* yang dapat mengikuti pergerakan tubuh, menempel lembut pada kulit, serta memiliki desain fleksibel dengan bentuk dan bahan yang halus.
- b. Kemudahan Penggunaan. Produk harus mudah dipasang, tidak meninggalkan sisa atau residu pada kulit setelah dilepas, dan memiliki bagian pengeluaran (*outlet*) yang praktis serta mudah dikelola.
- c. Keleluasaan saat beraktivitas. Pengguna diharapkan merasa leluasa, tanpa terganggu oleh bau, sensasi penuh, maupun ukuran kantong yang terlalu besar; kantong sebaiknya memiliki volume yang sesuai.
- d. Dapat melindungi kulit. Kantong harus mampu menjaga kulit peristomal tetap sehat, dengan mencegah kontak langsung feses dengan kulit, memelihara kondisi kulit, serta meminimalkan gesekan yang dapat menimbulkan iritasi.
- e. Keamanan. Sistem pelekatan pada *base plate* harus aman, tanpa kebocoran di sekitar dasar maupun dari kantong itu sendiri. Kantong juga harus

memiliki daya rekat yang kuat serta kemampuan menahan isi secara optimal, terutama pada pasien dengan ileostomi atau urostomi.

2. Teknik perawatan stoma dan kulit sekitar stoma

Langkah paling penting dalam perawatan stoma adalah saat membersihkan stoma. Pembersihan dapat dilakukan menggunakan air bersih, cairan NaCL 0,9% dan bila diperlukan sabun tanpa kandungan minyak atau pewangi dapat digunakan agar tidak menimbulkan iritasi (Truven Health Analytics Inc, 2012;Suharman et al., 2023). Dari ketiga bahan diatas, bahan yang terbaik untuk membersihkan stoma adalah cairan NaCL 0,9%. Penggunaan larutan NaCl 0,9 % steril merupakan metode non-farmakologis yang aman dan efektif dalam perawatan stoma. Larutan isotonik ini lembut dan tidak merusak mukosa atau jaringan peristomal karena tidak menarik atau mendorong air keluar dari sel, serta tidak mengganggu sintesis kolagen maupun aliran kapiler. Selain berfungsi sebagai irigasi mekanis yang efektif untuk membersihkan eksudat, lendir, atau sisa cairan korosif tanpa toksisitas, cairan NaCL 0,9%. juga membantu mempertahankan suhu tubuh, meringankan kram saat irigasi, dan mendukung adhesi flange yang optimal. Larutan ini juga ekonomis, mudah diperoleh dalam kemasan steril sekali pakai, dan memiliki tingkat infeksi luka yang setara dengan antiseptik, sehingga menjadi pilihan terbaik untuk penggunaan rutin dalam menjaga kesehatan kulit peristomal (Pars & Çavuşoğlu, 2018).

Kulit di sekitar stoma harus tetap dijaga dalam kondisi kering. Perawatan kulit peristomal biasanya dilakukan bersamaan dengan proses penggantian kantong stoma. Beberapa orang memilih menggunakan *remover* saat melepas kantong agar lebih mudah dan nyaman di kulit. Pada saat yang sama, pasien atau perawat dapat memeriksa kondisi stoma secara berkala. Stoma yang sehat umumnya berwarna merah atau merah muda terang, lembap, tidak menyusut, dan menyerupai jaringan mukosa di dalam mulut (B. Borwell., 2011;Wijonarko & Jaya Putra, 2024).

Memilih kantong stoma yang tepat sangat penting karena kantong yang pas bisa mencegah kebocoran dan iritasi di kulit sekitar stoma, yang sering menjadi masalah pada pasien stoma. Penelitian menunjukkan bahwa cairan dari stoma bisa bocor hingga 19–26% (Zamarripa et al., 2024). Terdapat dua jenis utama kantong stoma, yaitu:

- a. *One-piece* (kantong dan flange terpadu): lebih sederhana dan cepat digunakan.
- b. *Two-piece* (kantong bisa dilepas tanpa mengganti flange): ideal untuk mengurangi iritasi kulit dengan tetap mempertahankan seal dasar

Selain kantong stoma, terdapat berbagai produk pendukung lainnya yang berfungsi untuk melindungi kulit dari iritasi, meningkatkan kenyamanan, serta

membantu kantong stoma tetap terpasang dengan baik setidaknya selama tiga hari. Produk-produk tersebut meliputi:

- a. Pasta stoma. Pasta stoma berfungsi untuk mengisi area kulit yang tidak rata atau cekung, sehingga mencegah kebocoran kantong stoma. Selain itu, pasta ini membantu meredakan iritasi di sekitar stoma dan menjaga agar kantong tetap terpasang dengan baik.
- b. Stoma powder. Merupakan bedak khusus yang digunakan untuk merawat kulit di sekitar stoma (kulit peristomal) yang mengalami iritasi, lembap, atau lecet. Tujuan utamanya adalah menjaga area tetap kering, melindungi kulit, dan mempercepat proses penyembuhan (Jie Wang et al., 2023).

Stoma powder biasanya berisi beberapa kandungan yang bermanfaat, beberapa kandungan utamanya yaitu *Pectin*, *Sodium Carboxymethyl Cellulose*, *Hydrogel* dan *Zinc Oxide*. Pektin adalah serat larut yang membentuk gel ketika bercampur air, efektif dalam menyerap cairan dari kulit peristomal sehingga menjaga area tetap kering, selain itu pektin juga berperan sebagai prebiotik yang merangsang pertumbuhan bakteri baik dan menghasilkan asam lemak rantai pendek (SCFA), yang mendukung kesehatan usus sekaligus mengurangi inflamasi. *Sodium Carboxymethyl Cellulose (CMC)* mampu menyerap air, dan stabil terhadap perubahan suhu sehingga menjadikannya bahan ideal untuk

menjaga tekstur bedak dan membantu mempertahankan kelembapan optimal serta menjaga agar base plate/flange stoma tetap menempel dengan baik. *Hydrogel* terbentuk dari bahan gelatin yang dapat menyerap air hingga 90 % dan menciptakan lapisan pelindung lembut pada kulit peristomal, membantu meningkatkan kelembapan dan adhesi. *Zinc Oxide* adalah bahan mineral yang memiliki sifat antiseptic dan astringen sehingga dapat membantu mengurangi peradangan dan mempercepat penyembuhan luka (Yan & Jiang).

- c. Remover tisu atau spray. Produk ini digunakan untuk membersihkan kulit di sekitar stoma secara lembut, terutama saat mengganti kantong, guna menghindari iritasi akibat residu perekat.
- d. Skin barrier spray atau swab. Semprotan atau kapas pelindung ini digunakan untuk menciptakan lapisan pelindung di kulit sekitar stoma. Produk ini membantu mengurangi kemerahan, mencegah iritasi, serta meningkatkan daya rekat kantong stoma.
- e. Belt/sabuk stoma (ostomy belt). Sabuk stoma, atau ostomy belt, adalah aksesoris elastis yang dipakai mengelilingi perut untuk menjaga kantong stoma tetap pada posisinya, mencegah pergeseran, kebocoran, dan memberikan dukungan tambahan terutama saat melakukan aktivitas fisik (Karhu et al., 2024). Sabuk ini biasanya dipasangkan ke tab pada flange atau pouch, menarik sistem pouching lebih rapat ke tubuh dan

meningkatkan daya rekat sistem yang cenderung lepas atau bocor. Ada berbagai jenis sabuk stoma, mulai dari sabuk tipis konvensional yang hanya menekan flange, sabuk hernia untuk mendukung dinding perut, hingga sabuk dengan kantung khusus untuk menahan berat pouch dan menyembunyikannya. Materialnya umumnya elastis serta bebas lateks, dan dirancang untuk nyaman dipakai dapat dicuci tangan, cepat kering, dan diganti beberapa kali dalam setahun .

Manfaat utamanya adalah menambah rasa aman, mengurangi kebocoran dan pengelupasan kantong stoma. Studi dan panduan keperawatan pun merekomendasikan sabuk ini terutama pada 3 bulan pertama pasca operasi dan saat stoma terletak di area yang sulit dirapatkan . Selain itu, sabuk memberikan kenyamanan dan kepercayaan diri dalam aktivitas seperti olahraga, berenang, atau bahkan saat tidur di mana posisi kantung pouch dapat bergeser .(Pittman et al., 2022).

3. Waktu Penggantian Kantong Stoma

Menurut Wocare (2023) dalam Wijonarko & Jaya Putra (2024), kantong stoma sebaiknya dikosongkan saat telah terisi sepertiga hingga setengah bagian. Sebagian besar pasien dengan kolostomi melakukan penggantian kantong antara tiga kali sehari hingga tiga kali dalam seminggu, dengan frekuensi rata-rata satu

kali sehari secara rutin. Kantong harus segera diganti apabila terlihat penuh, mengalami kebocoran, atau dalam kondisi kotor.

4. Langkah-Langkah Perawatan Stoma

Langkah – langkah perawatan stoma yaitu:

- a. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan
- b. Lakukan cuci tangan 6 langkah
- c. Pasang sarung tangan
- d. Jaga privasi Pasien
- e. Pasang pengalas dan gulung di bawah lokasi stoma
- f. Letakkan bengkak yang telah dilapisi plastik di atas pengalas
- g. Buka klip kantong ostomi di atas plastik hitam dengan hati-hati
- h. Buka kantong stoma, buang feses/urine dan masukkan ke kantong plastic
- i. Angkat base plate perlahan-lahan menggunakan cairan fisiologis (dimulai dari bagian yang jauh dari jahitan luka terlebih dahulu) dan masukkan ke dalam kantong plastik hitam
- j. Ganti sarung tangan
- k. Bersihkan stoma dan kulit sekitar stoma menggunakan kapas/kassa dan cairan fisiologis (NaCL 0,9%) dengan diameter 10-15 cm
- l. Bersihkan jahitan di sekeliling stoma menggunakan lidi kapas yang diberi cairan fisiologis (NaCL 0,9%)

- m. Keringkan kulit sekitar stoma dengan kasa kering
- n. Tutup lubang stoma menggunakan kasa lembab
- o. Kaji kondisi stoma dan sekitar stoma
- p. Berikan *stoma powder* atau *stoma pasta*, sesuai kebutuhan
- q. Siapkan pola pada base plate baru yang akan dipasang menggunakan stoma guide
- r. Gunting base plate sesuai pola dan rapikan tepian guntingan base plate dengan jari
- s. Buka kertas pengalas dan berikan pasta di sekeliling pinggiran lubang pola tersebut, kemudian dirapikan menggunakan jari telunjuk yang telah dicelupkan dalam cairan fisiologis
- t. Pasang base plate pada kulit sekitar stoma dimulai dari posisi stoma bagian bawah
- u. Tekan dengan hati-hati sekeliling base plate menggunakan jan-jari tangan
- v. Pasang kantung stoma sambil mengangkat kassa yang berada di atas lubang stoma
- w. Pasangkan klipnya di bagian bawah kantung stoma sekitar 2 cm
- x. Pasang sabuk stoma
- y. Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
- z. Lepaskan sarung tangan
- aa. Lakukan cuci tangan 6 langkah

F. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama yang menjadi pondasi dalam proses keperawatan. Pengkajian yang teliti sangat diperlukan untuk mengidentifikasi permasalahan klien sehingga intervensi keperawatan dapat diberikan secara tepat. Keberhasilan dalam praktik keperawatan sangat bergantung pada kualitas pengkajian yang dilakukan. Tahapan ini mencakup beberapa komponen utama, yaitu pengumpulan data, analisis data, dan penetapan diagnosis keperawatan. (Kozier et al., 2010;Nyono, D 2023). Dalam pengumpulan data, terdapat beberapa aspek yang harus dikaji, yaitu:

- a. Anamnesis: Identitas klien meliputi nama, umur, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, no registrasi, diagnosa medis.
- b. Riwayat kesehatan: Perasaan lelah, nyeri abdomen (PQRST), pola eliminasi terdahulu dan saat ini, deskripsi tentang warna, bau, dan konsistensi feses, mencakup adanya darah dan mukus.
- c. Riwayat masa lalu tentang penyakit: Riwayat inflamasi kronis pada usus atau polip kolon, riwayat keluarga dari penyakit kolon dan terapi obat saat ini. Kebiasaan diet diidentifikasi mencakup masukan lemak dan

atau serat serta jumlah konsumsi alkohol. Penting dikaji riwayat penurunan berat badan.

- d. Auskultasi dan Palpasi: Dilakukan auskultasi untuk mengevaluasi bunyi usus, serta palpasi untuk mendeteksi adanya nyeri tekan, pembesaran perut (distensi), atau massa padat. Pemeriksaan feses juga dilakukan melalui inspeksi guna menilai karakteristiknya dan mendeteksi keberadaan darah.
- e. Aktivitas dan istirahat: Keluhan yang dapat muncul meliputi rasa lemah, cepat lelah, tidak bertenaga (malaise), serta sulit tidur, terutama akibat diare yang terjadi sepanjang malam. Pasien mungkin merasa cemas dan gelisah, serta mengalami pembatasan aktivitas sehari-hari atau pekerjaan karena dampak dari proses penyakit.
- f. Sistem Sirkulasi: Gejala yang mungkin muncul mencakup detak jantung yang meningkat (takikardia) sebagai respons terhadap demam, dehidrasi, peradangan, atau nyeri. Dapat ditemukan kemerahan dan area memar (ekimosis) akibat kekurangan vitamin K. Tekanan darah dapat menurun (hipotensi), termasuk perubahan tekanan saat perubahan posisi (hipotensi ortostatik). Kulit dan membran mukosa dapat menunjukkan turgor yang buruk, kering, serta lidah tampak pecah-pecah sebagai tanda dehidrasi atau malnutrisi.

- g. Integritas ego: Pasien dapat mengalami kecemasan atau ketakutan, seperti merasa tidak berdaya atau kehilangan harapan. Stres bisa bersifat akut maupun kronis, terkait dengan masalah keluarga, pekerjaan, atau beban biaya pengobatan. Tanda-tanda yang muncul bisa berupa penolakan, kurangnya konsentrasi, hingga depresi.
- h. Eliminasi: Feses dapat bervariasi dari lunak, berbau menyengat, hingga cair. Diare berdarah sering kali terjadi secara tiba-tiba, berulang, dan sulit dikendalikan (dapat terjadi hingga 20–30 kali dalam sehari), disertai dorongan kuat untuk buang air besar atau kram (tenesmus). Kadang-kadang disertai pengeluaran darah, nanah, atau lendir, baik dengan maupun tanpa feses. Pendarahan dari rektum juga bisa terjadi. Riwayat batu ginjal dapat mengindikasikan dehidrasi. Pemeriksaan dapat menunjukkan menurunnya suara usus, tidak adanya gerakan peristaltik, atau bahkan peristaltik yang tampak pada kasus hemoroid, fisura ani (sekitar 25%), atau fistula di daerah perianal.
- i. Nutrisi dan cairan: Gejala yang tampak meliputi berkurangnya jaringan lemak, penurunan tonus otot, serta turgor kulit yang menurun. Bibir terlihat pucat, dengan kemungkinan luka atau peradangan pada rongga mulut. Tanda lainnya termasuk nafsu makan yang hilang (anoreksia), mual, muntah, serta penurunan berat badan. Pasien juga mungkin tidak

dapat mentoleransi jenis makanan tertentu seperti buah segar, sayuran, produk susu, dan makanan berlemak.

- j. Hygiene: Tanda-tanda yang muncul mencakup ketidakmampuan pasien dalam merawat dirinya sendiri. Munculnya stomatitis dapat menjadi indikator kekurangan vitamin, dan pasien mungkin juga mengalami bau badan.
- k. Nyeri dan kenyamanan: Keluhan nyeri atau nyeri tekan dapat dirasakan di kuadran kiri bawah perut, yang kadang mereda setelah buang air besar. Nyeri dapat berpindah lokasi dan disertai nyeri tekan seperti pada kondisi artritis. Tanda lainnya adalah nyeri tekan di perut atau perut yang membesar (distensi).
- l. Keamanan: Gejala dapat mencakup riwayat penyakit autoimun seperti lupus eritematosus, anemia hemolitik, vaskulitis, atau artritis yang memperparah gejala penyakit usus saat eksaserbasi. Peningkatan suhu tubuh hingga 39–40°C dapat terjadi pada fase akut. Pasien juga mungkin mengalami gangguan penglihatan dan alergi terhadap makanan atau produk susu, yang dapat memicu pelepasan histamin di usus dan menimbulkan peradangan. Tanda-tanda lain seperti lesi kulit juga mungkin ditemukan, misalnya eritema nodosum (nyeri, kemerahan, dan bengkak di tangan atau wajah) serta pioderma

gangrenosum (luka bernanah atau melepuh dengan tepi keunguan) di paha, kaki, atau pergelangan kaki.

- m. Interaksi sosial: Pasien dapat mengalami kesulitan dalam menjalankan peran sosial atau menjalin hubungan sosial karena kondisi penyakitnya, yang menyebabkan keterbatasan dalam aktivitas sosial.
- n. Penyuluhan dan pembelajaran: Gejala dapat berupa riwayat keluarga dengan penyakit radang usus, yang menunjukkan adanya faktor risiko genetik dan perlunya edukasi kesehatan lebih lanjut.
- o. Pemeriksaan fisik persistem (B1-B6)
 - 1) Breathing (pernapasan): Dapat terjadi sesak napas (dispnea), napas cepat (takipnea), serta penurunan frekuensi pernapasan.
 - 2) Blood (Sirkulasi/kardio): Muncul takikardi, dan tanda gangguan perfusi seperti kulit pucat serta turgor yang menurun.
 - 3) Brain (persarafan): Tingkat kesadaran bisa bervariasi dari sadar penuh (compos mentis) hingga koma, dengan refleks yang menurun.
 - 4) Blader (perkemihan): Dapat terjadi penurunan produksi urin (oliguria), inkontinensia, atau penurunan volume urin akibat asupan cairan yang tidak cukup atau dehidrasi.

- 5) Bowel (pencernaan): Ditandai oleh gejala seperti hilangnya nafsu makan, mual, muntah, berat badan turun, intoleransi terhadap makanan, feses yang bervariasi bentuknya (lunak hingga keras), diare, feses berdarah, serta bunyi usus yang menurun.
- 6) Bone (muskuloskeletal): Ditandai dengan kelemahan otot, rasa lelah yang berlebihan, dan perasaan tidak bertenaga (malaise).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan hasil penilaian klinis terhadap respons individu terhadap kondisi kesehatan atau tahapan kehidupan yang sedang dialami. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk memahami cara klien, keluarga, maupun komunitas merespons situasi medis yang dihadapi (PPNI, 2016).

a. Pre operasi

- 1) Nyeri Akut (D.0077) b/d agen pencedera fisiologis (neoplasma)
- 2) Retensio Urin (D.0050) b/d Peningkatan tekanan uretra
- 3) Gangguan Citra Tubuh (D.0083) b/d perubahan fungsi tubuh
- 4) Intoleransi Aktivitas (D.0056) b/d Kelemahan
- 5) Defisit Nutrisi (D.0019) b/d ketidakmampuan mencerna makanan atau ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient

6) Ansietas (D.0080) b/d krisis situasional

b. Post operasi

1) Nyeri akut (D.0077) b.d Agen pencedera fisik

2) Gangguan Integritas Kulit (D.0129) b.d berhubungan dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

3) Resiko Infeksi (D.0142) d.d kerusakan integritas kulit

4) Defisit pengetahuan tentang perawatan ostomi (D.0111) b.d kurang terpapar informasi tentang perawatan stoma

3. Intervensi Keperawatan

Segala bentuk perawatan yang diberikan oleh perawat berdasarkan pengetahuan profesional dan pertimbangan klinis untuk mencapai hasil yang diinginkan disebut sebagai intervensi keperawatan (PPNI, 2016). Menurut Bismar (2020), tahapan dalam merancang rencana keperawatan meliputi:

- a. Menetapkan prioritas masalah. Pada tahap ini, masalah yang harus diprioritaskan dipilih dari semua masalah yang telah diidentifikasi. Masalah yang paling berdampak pada kehidupan atau keselamatan pasien diberikan prioritas tertinggi. Selain itu, masalah yang sudah ada lebih sering daripada masalah yang mungkin.

- b. Merumuskan tujuan keperawatan yang akan dicapai. Setelah membaca pernyataan tujuan keperawatan, perawat yang bertanggung jawab atas pasien dapat menilai dengan tepat apakah tujuan tersebut telah tercapai atau tidak. Dalam proses keperawatan, tujuan keperawatan merujuk pada hasil yang ingin dicapai melalui perawatan yang diberikan. Pernyataan tujuan harus dikomunikasikan secara rinci.
- c. Menentukan kriteria hasil. Dalam menetapkan kriteria hasil, perawat perlu memperhatikan beberapa hal berikut:
 - 1) Harus spesifik dalam hal isi dan waktu, misalnya pasien dapat makan satu porsi makanan selama tiga hari setelah operasi.
 - 2) Kriteria harus realistis, mempertimbangkan kondisi fisiologis atau patologi yang dialami serta sumber daya yang tersedia.
 - 3) Harus dapat diukur.
 - 4) Harus disesuaikan dengan kondisi dan preferensi pasien
- d. Menentukan rencana tindakan keperawatan. Perumusan rencana tindakan keperawatan merupakan tahap penting dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditentukan. Beberapa tindakan keperawatan yang dapat diberikan sesuai dengan diagnosis keperawatan pada pasien hernia umbilikalisis pasca operasi stoma akan dirancang dan disesuaikan dengan kondisi pasien dengan format sebagai berikut:

Tabel 1 Tujuan dan Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
D.0129 Gangguan integritas kulit dan jaringan	<p>L.14125 Integritas Kulit dan Jaringan Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Perdarahan menurun 5. Kemerahan menurun 6. Sensasi membaik 7. Tekstur membaik 	<p>I.04166 Perawatan Stoma Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa kondisi umum pasien (mis. kesadaran, tanda-tanda vital) 2. Periksa kondisi pasien (mis. waktu pembuatan stoma, jenis stoma, karakteristik stoma, komplikasi, karakteristik feses) 3. Identifikasi kemampuan dan pengetahuan tentang stoma <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Bebaskan area stoma dari pakaian 5. Terapkan teknik aseptik dan keamanan selama merawat stoma 6. Buang dan bebaskan stoma dari kantong sebelumnya 7. Bersihkan stoma dengan air bersih hangat dan sabun 8. Ukur stoma dengan pedoman pengukuran 9. Siapkan plate dan kantong stoma baru 10. Gunakan pasta atau powder sesuai kebutuhan 11. Pasangkan kantong dan plate stoma yang baru dan gesper <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi jika terjadi herniasi, atropi, atau perburukan dari stoma
D.0077 Nyeri akut	<p>L.08066 Tingkat Nyeri Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7x24 jam</p>	<p>I.08238 Manajemen Nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

-
- diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:
1. Keluhan nyeri menurun
 2. Meringis menurun
 3. Gelisah menurun
 4. Frekuensi nadi membaik
 5. Tekanan darah membaik
 6. Perilaku membaik
2. Identifikasi skala nyeri
 3. Identifikasi respon nyeri non verbal
 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 9. Monitor efek samping penggunaan analgeti

Terapeutik

10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)
11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
12. Fasilitasi istirahat dan tidur
13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

14. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
 15. Jelaskan strategi meredakan nyeri
 16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
-

			18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
			Kolaborasi
			19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
D.0111 Defisit pengetahuan tentang perawatan ostomi	L.12111 Pengetahuan	Tingkat	I.12432 Edukasi Perawatan Stoma
	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil:		Observasi
	1. Perilaku sesuai anjuran meningkat		1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
	2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat		Terapiutik
	3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat		2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
	4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat		3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
	5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun		4. Berikan kesempatan untuk bertanya
	6. Perilaku membaik		Edukasi
			5. Jelaskan pentingnya teknik aseptik selama merawat stoma
			6. Jelaskan pentingnya stoma terbebas dari sabun
			7. Anjurkan area stoma agar tidak terkena pakaian
			8. Anjurkan melapor jika ditemukan herniasi, atropi, atau perburukan dari stoma
			9. Ajarkan cara memonitor stoma (mis. karakteristik stoma, tanda dan gejala komplikasi, karakteristik feses)
			10. Ajarkan cara perawatan stoma
			11. Ajarkan penggunaan pasta atau powder sesuai kebutuhan
D.0142 Risiko infeksi	L.14137 Infeksi	Tingkat	I.14539 Pencegahan Infeksi
	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:		Observasi
			1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
			Terapeutik
			2. Batasi jumlah pengunjung
			3. Berikan perawatan kulit pada area edema

-
- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. Kebersihan tangan meningkat | 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien |
| 2. Kebersihan badan meningkat | 5. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi |
| 3. Kemerahan menurun | Edukasi |
| 4. Nyeri menurun | 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi |
| 5. Drainase purulen menurun | 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar |
| 6. Kadar sel darah putih membaik | 8. Ajarkan etika batuk |
| | 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi |
| | Kolaborasi |
| | 10. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu |
-

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan langkah keempat dalam proses keperawatan yang dimulai setelah penyusunan rencana tindakan. Pada tahap ini, perawat menjalankan intervensi yang telah dirancang sebelumnya berdasarkan hasil pengkajian dan diagnosis keperawatan, dengan tujuan untuk mencapai hasil yang diharapkan serta mendukung peningkatan status kesehatan klien (Black & Hawks, 2014;Nyono, 2023).

Pelaksanaan implementasi keperawatan harus mengacu pada praktik berbasis bukti, yakni intervensi yang telah didukung oleh penelitian agar dapat dipastikan keamanannya dan efektivitasnya. Selain itu, selama tahap implementasi, perawat dituntut untuk berpikir kritis dalam menilai serta mengevaluasi respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan (Smeltzer & Bare., 2013;Nyono, 2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi adalah langkah kelima dalam proses keperawatan, memiliki peran krusial dalam menilai apakah ada peningkatan kondisi atau kesejahteraan pasien (Padila, 2013;Nyono, 2023). Syafitri (2019) menjelaskan bahwa evaluasi mencakup dua hal: penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil bertujuan untuk mengukur sejauh mana intervensi telah mencapai target yang diinginkan. Sedangkan penilaian proses dilakukan untuk memeriksa apakah terjadi kesalahan dalam tahapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan tindakan, hingga evaluasi itu sendiri.

Evaluasi adalah tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan mengukur sejauh mana intervensi yang dilakukan berhasil menyelesaikan masalah yang ada. Pada fase ini, perawat dapat menilai sejauh mana diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah sesuai dengan target yang ditetapkan. Meskipun ditempatkan di ujung rangkaian, evaluasi merupakan elemen penting yang integral pada setiap tahapan proses keperawatan.

Setiap hal yang telah dikerjakan perlu dilakukan peninjauan kembali terhadap data yang telah dikumpulkan untuk memastikan kelengkapan dan akurasi pengamatan yang dilakukan. Diagnosis keperawatan juga harus dievaluasi ulang, termasuk keakuratan dan kelengkapannya. Evaluasi pun meluas ke intervensi, untuk menilai apakah tujuan intervensi tercapai secara efektif

(Syafitri, 2019). Berdasarkan tujuannya, evaluasi keperawatan terbagi menjadi dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.

- a. Evaluasi formatif: Merupakan bentuk penilaian yang dilakukan setiap kali selesai membahas suatu topik atau materi tertentu, dengan tujuan menilai sejauh mana proses pembelajaran berlangsung sesuai dengan perencanaan. Penilaian ini dilakukan saat proses pembelajaran masih berlangsung melalui berbagai bentuk tes, guna memberikan umpan balik kepada siswa dan guru mengenai perkembangan yang telah dicapai. Dengan kata lain, evaluasi formatif berfungsi untuk mengetahui tingkat pencapaian tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.
- b. Evaluasi sumatif: Berbeda dengan formatif, evaluasi sumatif dilakukan di akhir suatu periode yang mencakup beberapa topik atau unit materi. Evaluasi sumatif mencakup tes pada akhir periode pengajaran, yang bisa terdiri dari beberapa atau seluruh unit dalam satu semester. Evaluasi ini kemudian digunakan untuk membandingkan hasil dengan tujuan awal; jika terdapat kesenjangan, mungkin perlu dilakukan tinjauan ulang terhadap seluruh tahap dari pengkajian hingga intervensi untuk menyesuaikan data, masalah, atau rencana tindakan yang lebih efektif (Setiadi, 2008; Syafitri, 2019).