

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hernia

2.1.1 Pengertian Hernia

Hernia merupakan penonjolan isi pada suatu rongga bagian terlemah dari bagian *muskulo-aponeurotik* dinding perut. Hernia terdiri atas cincin, kantong dan isi hernia. Semua kasus hernia terjadi melalui celah lemah atau kelemahan yang potensial pada dinding abdomen karena peningkatan tekanan intra abdomen yang berulang atau berkelanjutan. Hernia inguinalis adalah kondisi fisik yang terjadi ketika jaringan lunak (biasanya bagian dari membran yang melapisi rongga perut alias omentum, atau bagian dari usus) menonjol melalui titik lemah pada otot perut, biasanya pada bagian pusar (Wahid et al., 2019)

2.1.2 Klasifikasi Hernia

Hernia terdiri dari kantung hernia, isi hernia yang berisi jaringan atau organ yang keluar melalui kantung hernia, pintu hernia yang merupakan bagian locus minoris atau bagian yang mengalami defek, dan leher hernia.

Jenis – jenis hernia menurut Otto et al., (2023) di klasifikasikan menjadi beberapa bagian, yaitu:

- a) Menurut lokasinya
 - a. Hernia inguinalis hernia berada di lipatan paha, dan merupakan hernia tersering yang disebut dengan turun berok atau burut.

Hernia inguinalis, dibagi menjadi:

1) Hernia inguinalis *direct* (medialis)

Hernia inguinalis direk disebut juga hernia inguinalis medialis. Hernia ini melalui dinding inguinal *posteromedial* dari *vasa epigastrika inferior* di daerah yang dibatasi segitiga *Hasselbach*. Hernia inguinalis direk jarang pada perempuan, dan sebagian bersifat bilateral. Hernia ini merupakan penyakit pada laki-laki lanjut usia dengan kelemahan otot dinding abdomen

2) Hernia inguinalis *indirect* (lateralis)

Hernia inguinalis indirek disebut juga hernia inguinalis lateralis, diduga mempunyai penyebab kongenital. Kantong hernia merupakan sisa prosesus vaginalis peritonei sebuah kantong peritoneum yang menonjol keluar, yang pada janin berperan dalam pembentukan kanalis inguinalis. Oleh karena itu kantong hernia masuk ke dalam kanalis inguinalis melalui anulus inguinalis internus yang terletak di sebelah lateral *vasa epigastrika inferior*, menyusuri kanalis inguinalis dan keluar ke rongga perut melalui anulus inguinalis eksternus. lateral dari arteria dan vena epigastrika inferior. Hernia ini lebih sering dijumpai pada sisi kanan.

b. Hernia umbilikus

c. Hernia femoralis

d. Hernia Scrotalis

e. Hernia diafragmatika

Hernia yang dari lubang diafragma menuju ke dalam rongga dada.

- b) Menurut penyebabnya
 - a. Hernia kongenital atau bawaan
 - b. Hernia traumatik
 - c. Hernia insisional
- c) Menurut terlihat atau tidaknya
 - a. Hernia eksterna
 - b. Hernia interna
- d) Menurut keadaannya
 - a. Hernia inkarserata, merupakan terjebaknya hernia hingga mengalami gangguan pasase usus, sehingga ditemui klinis gangguan obstruksi
 - b. Hernia strangulate, merupakan kelanjutan dari hernia inkarserata yang mengalam edema sehingga mengganggu vaskularisasi dari usus atau bagian isi hernia.
- e) Menurut sifatnya
 - a. Hernia reponibel, dengan kantung hernia yang masih dapat keluar secara spontan ataupun dengan bantuan.
 - b. Hernia irreponibel dengan kantung hernia yang menetap dan tidak dapat masuk kembali walaupun mendapat manipulasi.

2.1.3 Etiologi Hernia

Hernia inguinalis dapat terjadi akibat kelainan bawaan (kongenital) atau faktor yang didapat, dan lebih sering dialami oleh laki-laki. Kondisi ini disebabkan oleh terbukanya anulus inguinalis internus yang cukup lebar sehingga memungkinkan jaringan hernia masuk. Selain itu, peningkatan tekanan intraabdomen juga berperan dalam mendorong isi hernia melewati celah tersebut.

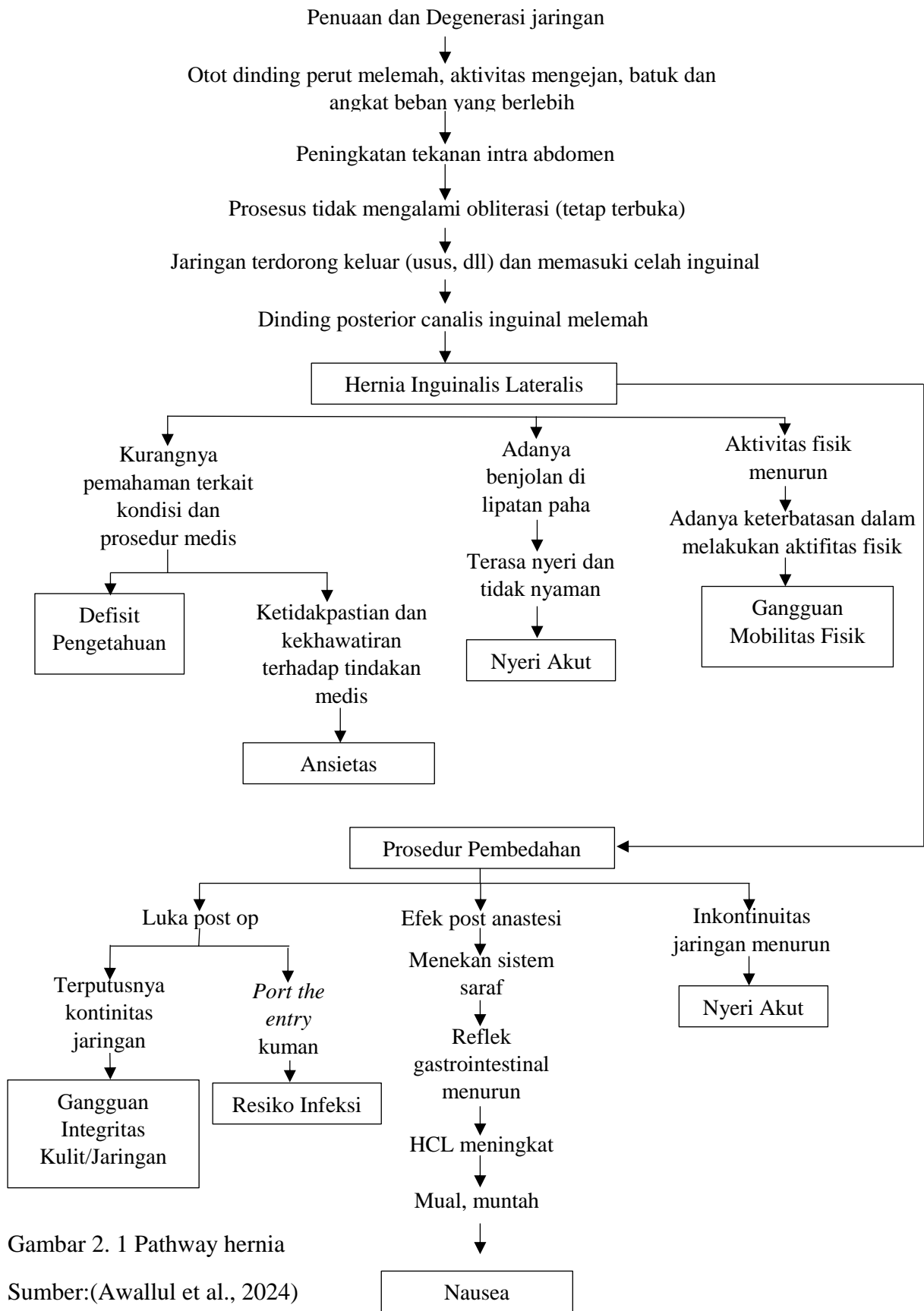
Secara normal, tubuh memiliki tiga mekanisme untuk mencegah terjadinya hernia, yaitu bentuk miring dari kanalis inguinalis, kontraksi otot oblikus internus abdominis yang menutup anulus internus, dan kekuatan fascia transversalis yang melindungi area lemah di *trigonum hasselbach*. Ketika otot-otot dinding perut berkontraksi, berbagai struktur seperti otot transversus dan *oblikus eksternus* bekerja secara sinergis membentuk semacam mekanisme penutup (shutter mechanism) untuk menjaga kestabilan dan mencegah keluarnya jaringan hernia. Gangguan pada mekanisme ini dapat menyebabkan terbentuknya hernia inguinalis.

2.1.4 Manifestasi Klinis Hernia

Menurut Christina et al., (2025) manifestasi klinis hernia inguinalis adalah:

- a) Adanya benjolan di area lipatan paha bisa terjadi di luar maupun di dalam organ.
- b) Nyeri di sertai perasaan mual
- c) Obstruksi usus yang ditandai dengan muntah, nyeri abdomen seperti kram dan distensi abdomen
- d) Terdengar bising usus pada benjolan
- e) Kembung
- f) Perubahan pola eliminasi BAB
- g) Gelisah
- h) Dehidrasi
- i) Benjolan hernia akan bertambah besar bila penderita mengejan, batuk maupun mengangkat barang berat.

2.1.5 Pathway Hernia



Gambar 2. 1 Pathway hernia

Sumber:(Awallul et al., 2024)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang Hernia

Menurut Otto et al., (2023) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan hernia antara lain:

- a) Pemeriksaan herniogram: digunakan dengan menyuntikan kontras dalam rongga peritonium, kemudian dilihat apakah adanya kantung atau tonjolan yang tidak simetris pada daerah inguinal.
- b) USG (*Ultrasonografi*): merupakan pemeriksaan paling tidak invasif dan tidak memberikan radiasi kepada pasien. Struktur anatomi dapat dilihat dengan lebih baik dikarenakan adanya struktur tulang yang khas, pada daerah lipat paha terdapat beberapa tulang dan pembuluh darah epigastrika inferior dimana dapat mengidentifikasi letak dari regio inguinal. Pada pasien yang kurus, pergerakan dari spermatic cord dan dinding abdomen bagian posterior terhadap dinding abdomen anterior dapat memberikan gambaran false positive untuk diagnosis hernia.
- c) MRI (*Magnetic resonance imaging*): digunakan jika pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya benjolan pada daerah inguinal, namun pada hasil pemeriksaan USG tidak mendukung hasil pemeriksaan fisik. Pemeriksaan MRI dapat memberikan gambaran statis yang dapat mendeteksi hernia inguinalis, dan dapat menyingkirkan kemungkinan diagnosis lainnya.

Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan pada penderita hernia dapat dilakukan dengan teknik pemeriksaan sederhana yaitu:

- a) Pemeriksaan *finger test* dengan cara memasukan salah satu jari melalui skrotum menuju kanalis inguinalis. Bila terdapat benjolan yang menyentuh ujung jari maka akan di asumsikan sebagai hernia inguinalis lateralis.

- b) Pemeriksaan *ziemen test* dengan dengan melakukan manipulasi peningkatan intraabdomen, bila terdapat benjolan yang menyentuh jari 2 maka akan di asumsikan hernia inguinalis lateralis, bila menyentuh jari ke ke 3 hernia inguinalis medialis, bila menyentuh jari ke 4 maka akan di asumsikan sebagai hernia femoralis
- c) Pemeriksaan *thumb test* di lakukan dengan menekan anulus internis dengan jari pertama, bila benjolan keluar maka akan di asumsikan sebagai hernia inguinalis medialis sebaliknya jika benjolan tidak keluar maka akan di asumsikan sebagai hernia lateralis.

2.1.7 Penatalaksanaan Hernia

Ada beberapa penatalaksanaan menurut Otto et al., (2023) pada pasien dengan hernia antara lain:

1. Konservatif

Tindakan ini merupakan tindakan sementara sehingga dapat kambuh kembali meliputi:

a) Reposisi

Reposisi merupakan prosedur dimana isi hernia di kembalikan ke dalam perut tindakan untuk mengembalikan isi hernia ke dalam abdomen. Reposisi di lakukan secara bimanual atau menggunakan dua tangan sehingga tangan kiri membentuk corong dan tangan kanan mendorong cincin hernia agar isi hernia dapat kembali ke posisi semula. Tindakan ini tidak di anjurkan di lakukan pada hernia inguinalis strangulasi kecuali pada anak-anak.

b) Suntikan

Dilakukan dengan cara penyuntikan pada daerah sekitar hernia untuk memperkecil pintu hernia. Cairan yang di gunakan adalah cairan sklerotik berupa alcohol.

c) Sabuk hernia

Tindakan ini dilakukan pada penderita hernia yang memiliki pintu hernia relative kecil dan penderita yang menolak tindakan operasi.

2. Operatif

Penatalaksanaan dari hernia inguinalis lateralis adalah dengan di lakukan tindakan operatif. Operasi hernia di bedakan 3 macam yaitu:

a) *Herniotomy*

Herniotomy dilakukan dengan cara membuka kantung hernia untuk memastikan isi kantung hernia. Setelah kantung hernia di buka, masukkan kembali isi kantung hernia ke dalam rongga perut dan ikat serta potong hernia.

b) *Hernioplasty*

Hernioplasty adalah prosedur pembedahan untuk mencegah hernia berulang dengan mengecilkan cincin inguinalis dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis

c) *Herniorraphy*

Herniorraphy merupakan prosedur dimana isi kantung hernia di kembalikan ke perut dan menutup celah yang telah terbuka dengan menjahit pertemuan antara tranversus dan muskulus ablikus intermus abdominus ke ligament inguinal

2.1.8 Komplikasi Hernia

Menurut Paasch et al., (2018) komplikasi pada kejadian hernia sebagai berikut:

- a. Terjadi adhesi isi hernia dengan kantong hernia yang membuat isi hernia tidak dapat dimasukkan
- b. Penekanan cincin hernia yang mengakibatkan banyak usus yang masuk. Cincin hernia menjadi relatif sempit dan dapat menimbulkan gangguan pasase usus.
- c. Terjadi strangulasi pembuluh darah karena edema.
- d. Nekrosis usus karena adanya strangulasi pembuluh darah.
- e. Komplikasi operasi (cedera v.femoralis, N. ilioinguinalis, N. iliofemoralis, ductus)

2.2 Konsep *Herniotomy Herniorraphy*

2.2.1 Pengertian *Herniotomy Herniorraphy*

Menurut Christina et al., (2025) *herniotomy* merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan untuk membuka dan mengangkat kantong hernia, serta mengembalikan isi hernia ke dalam rongga perut. Setelah isi hernia dikembalikan, kantong hernia biasanya diikat dan dipotong untuk mencegah kekambuhan. Prosedur ini umumnya dilakukan pada kasus hernia inguinalis, femoralis, atau hernia lainnya yang menunjukkan indikasi operatif.

Sedangkan untuk *herniorraphy* sendiri merupakan tindakan lanjutan setelah *herniotomy*, yaitu memperbaiki atau memperkuat dinding otot yang menjadi tempat keluarnya hernia. Teknik ini dilakukan dengan menjahit jaringan otot dan fascia yang lemah. Dalam beberapa kasus, untuk memperkuat jaringan secara optimal dan

mengurangi risiko kekambuhan dapat digunakan bahan tambahan berupa mesh sintetis. Keluhan yang sering muncul setelah dilakukan tindakan *herniorraphy* yaitu perdarahan, peradangan, dan nyeri pada luka operasi (Risma Zulianti et al., 2024).

2.2.2 Tujuan Tindakan *Herniotomy Herniorraphy*

Menurut Pangestuti & Zaini (2021) tujuan dari tindakan *herniotomy herniorraphy* adalah sebagai berikut:

- a. Mengembalikan organ atau jaringan yang menonjol ke posisi anatomi normal di dalam rongga perut.
- b. Mengangkat atau menutup kantong hernia yang menjadi jalur keluarnya organ.
- c. Memperbaiki serta memperkuat dinding perut atau jaringan otot yang lemah guna mencegah kekambuhan.
- d. Menghindari komplikasi yang dapat terjadi seperti strangulasi atau obstruksi usus.
- e. Meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mengurangi rasa nyeri dan ketidaknyamanan.

2.2.3 Indikasi Tindakan Pembedahan *Herniotomy Herniorraphy*

Menurut Pramesti et al., (2021) tindakan herniotomi dan herniorafi diindikasikan pada kondisi-kondisi berikut:

- a. Hernia yang bersifat irreponibel, yaitu tidak dapat dikembalikan secara manual ke dalam rongga perut.
- b. Hernia yang menimbulkan nyeri atau ketidaknyamanan, terutama saat beraktivitas.

- c. Hernia yang terus membesar seiring waktu.
- d. Hernia yang mengalami komplikasi, seperti strangulasi atau obstruksi.
- e. Hernia pada anak-anak, yang umumnya direkomendasikan untuk dilakukan tindakan operatif guna mencegah komplikasi lebih lanjut.
- f. Hernia yang berulang setelah tindakan sebelumnya (hernia rekuren).

2.2.4 Komplikasi *Herniotomy Herniorraphy*

Pada tindakan herniotomi dan herniorafi terdapat kemungkinan komplikasi yang terjadi, antara lain:

- a. Infeksi pada luka operasi.
- b. Hematoma atau perdarahan di area operasi.
- c. Nyeri pascaoperasi yang bersifat kronis.
- d. Kekambuhan hernia (hernia rekuren).
- e. Cedera pada organ sekitarnya seperti pembuluh darah, usus, atau vas deferens, terutama bila hernia telah berlangsung lama atau mengalami strangulasi (Pangestuti & Zaini, 2021)

2.3 Konsep Luka

2.3.1 Pengertian Luka

Menurut Potter et al., (2019) luka merupakan suatu gangguan kontinuitas atau hilangnya sebagian atau seluruh jaringan tubuh, yang dapat disebabkan oleh trauma fisik, bahan kimia, suhu ekstrem, atau proses patologis seperti ulkus akibat penyakit kronis. Luka dapat bersifat terbuka maupun tertutup, dan bisa terjadi secara sengaja (misalnya melalui tindakan bedah) maupun tidak disengaja (seperti akibat kecelakaan atau cedera). Luka didefinisikan sebagai kerusakan pada integritas jaringan tubuh, yang dapat mengganggu fungsi fisiologis normal serta

meningkatkan risiko infeksi dan komplikasi lainnya. Luka juga dapat mengakibatkan respon inflamasi dan memicu proses penyembuhan yang kompleks.

2.3.2 Klasifikasi Luka

Menurut Potter et al., (2019) Luka dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa kategori:

1. Berdasarkan Penyebab:
 - a) Luka mekanis (goresan, tusukan, sayatan)
 - b) Luka termal (luka bakar akibat suhu panas atau dingin)
 - c) Luka kimia (akibat paparan bahan kimia korosif)
 - d) Luka listrik (akibat arus listrik)
 - e) Luka radiasi (akibat paparan radiasi)
2. Berdasarkan Kondisi Kulit:
 - a) Luka terbuka: kulit mengalami robekan, seperti pada luka laserasi, insisi, atau tusukan.
 - b) Luka tertutup: kulit tampak utuh tetapi terjadi kerusakan jaringan di bawahnya, seperti memar atau hematoma.
3. Berdasarkan Tingkat Kontaminasi:
 - a) Luka bersih
 - b) Luka bersih-terkontaminasi
 - c) Luka terkontaminasi
 - d) Luka kotor/terinfeksi

4. Berdasarkan Proses Penyembuhan:
 - a) *Healing by primary intention*: tepi luka dapat dirapatkan, biasanya pada luka bedah.
 - b) *Healing by secondary intention*: tepi luka tidak dapat dirapatkan, penyembuhan dari dasar luka ke permukaan.
 - c) *Healing by tertiary intention (delayed primary closure)*: luka dibiarkan terbuka sementara lalu ditutup kemudian.

2.3.3 Proses Penyembuhan Luka

Menurut Rohani (2020), proses penyembuhan luka terdiri dari 3 fase, yaitu inflamasi, proliferasi dan maturasi.

a. Fase Inflamasi

Fase inflamasi merupakan fase pertama penyembuhan luka yang berlangsung segera setelah terjadinya luka sampai 4-6 hari berikutnya. Tujuan fase ini adalah mencapai hemostasis, melepaskan jaringan mati, dan mencegah infeksi invasif. Fase ini ditandai oleh meningkatnya permeabilitas vaskular dan sekresi sitokin kemotaktik.

b. Fase Proliferasi

Fase kedua adalah fase proliferasi, yang dimulai pada hari ke empat sampai 14 - 21 hari setelah terjadinya luka. Tujuan fase ini adalah pembentukan Jaringan granulasi, penyusunan sistem kapiler baru, dan penutupan luka. Sesuai dengan namanya, fase ini ditandai oleh proliferasi jaringan (jaringan granulasi), angiogenesis, dan epitelialisasi.

c. Fase Maturasi

Fase ketiga penyembuhan luka adalah fase maturasi, yang dimulai proliferasi masih berlangsung eped saat fase sama halnya dengan fase proliferasi yang sudah bermula eped saat fase inflamasi masih berjalan. Fase maturasi berlangsung selama 6 bulan sampai 1 tahun. Tujuan fase ini adalah mencapai kekuatan pertautan jaringan (*tensile strength*) yang makin kuat hingga mencapai maksimum yaitu sekitar 80% kekuatan pertautan jaringan kulit normal. Fase ini ditandai oleh penyesuaian kembali (*remodelling*) simpanan kolagen dan kontraksi parut.

2.3.4 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Proses Penyembuhan Luka

Beberapa faktor yang memengaruhi proses penyembuhan luka antara lain:

- a) Faktor lokal: infeksi, kelembaban luka, suplai darah, tekanan.
- b) Faktor sistemik: usia, status nutrisi, penyakit kronis (seperti diabetes mellitus), penggunaan obat-obatan (seperti kortikosteroid).
- c) Faktor psikologis: stres dan kecemasan dapat mempengaruhi imunologis dan memperlambat penyembuhan luka (Azizah et al., 2019)

2.3.5 Komplikasi dalam Penyembuhan Luka

Menurut Potter et al., (2019) Luka yang tidak tertangani dengan baik dapat mengalami komplikasi, di antaranya:

- a) Infeksi luka

Infeksi luka merupakan salah satu bentuk infeksi nosokomial, yaitu infeksi yang berhubungan dengan pelayanan di rumah sakit. Secara alami, semua luka akan memiliki sejumlah koloni bakteri, namun tidak semua luka

berkembang menjadi infeksi. Infeksi luka terjadi ketika mikroorganisme menyerang jaringan luka dan memicu respons inflamasi lokal. Secara klinis, tanda-tanda lokal dari infeksi luka mencakup rubor (kemerahan/eritema), calor (rasa hangat pada area sekitar luka), dolor (nyeri), tumor (pembengkakan/edema), serta functio laesa (gangguan fungsi). Gejala-gejala ini merupakan manifestasi khas dari proses peradangan akibat respons imun tubuh terhadap infeksi. Selain itu, dapat terjadi peningkatan jumlah dan perubahan tampilan drainase luka, seperti menjadi lebih kental, berubah warna (kuning, hijau, atau coklat tergantung jenis organisme penyebab), dan berbau tidak sedap. Pada kasus yang lebih berat, pasien mungkin mengalami demam, ketidaknyamanan sistemik, serta peningkatan jumlah sel darah putih sebagai respons terhadap infeksi. Pemeriksaan laboratorium seperti kultur luka, kultur swab (apus), atau biopsi jaringan dapat membantu menegakkan diagnosis infeksi luka dan mengidentifikasi mikroorganisme penyebab.

b) Dehisensi luka (terbukanya luka jahitan)

Dehisensi adalah terpisahnya lapisan luka secara parsial atau total. Pasien yang memiliki penyembuhan luka yang buruk (misalnya: status gizi yang buruk, infeksi) berisiko mengalami dehisensi. Pasien dengan obesitas memiliki risiko lebih tinggi mengalami dehisensi karena memiliki regangan yang konstan pada luka dan kualitas penyembuhan yang buruk pada jaringan lemak. Dehisensi sering terjadi pada luka pembedahan abdomen dan terjadi setelah regangan mendadak seperti batuk, muntah, atau duduk di tempat tidur. Pasien sering melaporkan perasaan seakan akan ada sesuatu

yang terlepas. Ketika ada peningkatan *drainase serosanguinous* dari luka dalam beberapa hari pertama setelah operasi, perawat harus waspada terhadap timbulnya dehisensi pada luka.

c) Hematoma

Hemostasis terjadi dalam beberapa menit kecuali jika luka mengenai pembuluh darah besar atau pasien memiliki fungsi pembekuan darah yang buruk. Perdarahan yang terjadi setelah hemostasis menunjukkan lepasnya jahitan operasi, keluarnya bekuan darah, infeksi, atau erosi pembuluh darah oleh benda asing (misalnya selang drainase). Perdarahan dapat terjadi secara eksternal atau internal. Sebagai contoh, jika jahitan operasi merobek pembuluh darah, pendarahan terjadi secara internal di dalam jaringan, dan tidak terlihat tanda-tanda perdarahan kecuali terdapat drain setelah pembedahan. Saluran drainase dapat dimasukkan ke jaringan di bawah luka untuk mengeluarkan cairan yang terkumpul di bawah luka.

Hematoma adalah kumpulan darah yang terlokalisasi di bawah jaringan. Hematoma terlihat seperti bengkak, perubahan warna, sensasi, atau hangat yang sering berwarna kebiruan. Hematoma yang terjadi di dekat arteri atau vena yang besar berbahaya karena tekanan dari hematoma yang meluas dapat menghambat aliran darah. Pendarahan eksternal lebih jelas terlihat. Perawat mengobservasi drainase darah pada balutan yang menutupi luka. Jika pendarahan sangat luas, maka balutan cepat basah, dan darah mengalir terus menerus serta terkumpul di bawah tubuh pasien. Perawat mengamati semua luka secara ketat, terutama luka operasi yang berisiko

tinggi mengalami perdarahan hebat selama 24 hingga 48 jam pertama setelah operasi.

2.3.6 Parameter Kondisi Luka

Dalam proses perawatan luka, perawat perlu melakukan pemantauan secara sistematis terhadap kondisi luka pasien. Salah satu cara yang digunakan adalah melalui lembar observasi luka yang mencatat berbagai parameter klinis. Parameter-parameter ini mencakup ukuran luka, warna jaringan, jumlah dan jenis eksudat, keberadaan bau, serta tanda-tanda infeksi. Evaluasi ini penting untuk menilai efektivitas intervensi dan menentukan perkembangan penyembuhan luka dari waktu ke waktu. Untuk mengamati secara langsung kondisi luka pasien post operasi *herniotomy herniorraphy* yang memiliki risiko infeksi dilakukan dengan menggunakan lembar observasi luka yang mengacu pada standar yang dikeluarkan oleh *European Wound Management Association* (EWMA), dengan tujuan untuk mengevaluasi kondisi luka secara objektif dan terstruktur selama proses penyembuhan (Hermans, 2021).

Observasi dilakukan pada dua waktu, yaitu:

1. Hari ke-3 pasca operasi (03 Februari 2025) saat pasien masih berada di ruang rawat inap sebelum dipulangkan.
2. Hari ke-6 pasca operasi (06 Februari 2025) saat pasien melakukan kontrol rawat jalan di Poli Bedah Umum RSUD Ngudi Waluyo Wlingi.

Lembar observasi yang digunakan mencakup lima parameter utama berdasarkan standar klinis EWMA, yaitu: tepi luka, warna dasar luka, jumlah eksudat, bau luka, dan kondisi kulit sekitar luka.

Masing-masing parameter diberikan skor penilaian berdasarkan skala 0–3, dengan kategori:

- a. 0: Tidak baik
- b. 1: Cukup
- c. 2: Baik
- d. 3: Sangat Baik

Skor total akan menunjukkan status penyembuhan luka dan potensi risiko infeksi, serta digunakan untuk menganalisis efektivitas intervensi keperawatan dalam pencegahan infeksi luka. Observasi dilakukan secara langsung oleh peneliti dengan pendampingan preceptor klinik untuk menjamin akurasi dan objektivitas. Hasil observasi dicatat dalam lembar observasi yang telah disiapkan dan kemudian diolah sebagai bagian dari data hasil penelitian.

2.4 Konsep Dasar Risiko Infeksi

2.4.1 Pengertian Risiko Infeksi

Risiko Infeksi adalah diagnosis keperawatan yang berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

2.4.2 Faktor Risiko pada Risiko Infeksi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) terdapat beberapa faktor risiko pada risiko infeksi sebagai berikut:

1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
2. Efek prosedur invasif
3. Malnutrisi
4. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan

5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:

- 1) Gangguan peristaltik
- 2) Kerusakan integritas kulit
- 3) Perubahan sekresi pH
- 4) Penurunan kerja siliaris
- 5) Ketuban pecah lama
- 6) Ketuban pecah sebelum waktunya
- 7) Merokok
- 8) Status cairan tubuh

6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:

- 1) Penurunan hemoglobin
- 2) Imunosupresi
- 3) Leukopenia
- 4) Supresi respon inflamasi
- 5) Vaksinasi tidak adekuat

2.4.3 Kondisi Klinis Terkait Risiko Infeksi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) kondisi klinis yang dapat berkaitan dengan risiko infeksi sebagai berikut:

1. AIDS
2. Luka bakar
3. Penyakit paru obstruktif kronis
4. Diabetes melitus
5. Tindakan invasif
6. Kondisi penggunaan terapi steroid

7. Penyalahgunaan obat
8. Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)
9. Kanker
10. Gagal ginjal
11. Imunosupresi
12. *Lymphedema*
13. Leukositopenia
14. Gangguan fungsi hati

2.5 Konsep Hydrocolloid Dressing

2.5.1 Pengertian *Hydrocolloid Dressing*

Menurut Rohani, (2020) *Hydrocolloid dressing* adalah jenis balutan luka modern yang mengandung natrium karboksimetilselulosa (NaCMC), yang dapat membentuk gel saat bersentuhan dengan cairan luka (eksudat). Balutan ini biasanya memiliki dua lapisan, yaitu lapisan dalam yang bersifat hidrofilik dan menyerap cairan, serta lapisan luar yang bersifat kedap air dan bakteri, namun tetap memungkinkan adanya pertukaran gas.

Menurut Hidayat et al., (2021) *hydrocolloid dressing* bekerja dengan menciptakan lingkungan lembap yang optimal untuk penyembuhan luka, serta melindungi luka dari kontaminasi eksternal tanpa perlu diganti terlalu sering.

2.5.2 Mekanisme Kerja *Hydrocolloid Dressing*

Saat *hydrocolloid dressing* diaplikasikan ke luka dan luka tersebut mengeluarkan eksudat, bahan aktif dalam balutan akan menyerap cairan dan membentuk gel yang lembut. Gel ini membantu memecah jaringan nekrotik secara

autolitik (*autolytic debridement*), mempertahankan suhu luka yang stabil, dan mendorong pertumbuhan jaringan granulasinya. Selain itu, *hydrocolloid* berfungsi sebagai pelindung luka dari gesekan mekanis dan infeksi mikroorganisme.

2.5.3 Indikasi dalam Penggunaan *Hydrocolloid Dressing*

Menurut Hidayat et al., (2021) indikasi dalam penggunaan *hydrocolloid dressing* adalah sebagai berikut:

1. Luka dengan sedikit eksudat sampai sedang
2. Luka akut dan kronik
3. Luka dangkal
4. Jaringan granulasi/luka yang berwarna merah
5. Abses
6. Luka dengan epitelisasi
7. Luka yang terinfeksi derajat satu dan dua.
8. Luka tekan
9. Sebagai penutup untuk gel atau alginate,

2.5.4 Kelebihan *Hydrocolloid Dressing*

1. Menjaga kestabilan kelembaban luka dan daerah sekitar luka bersamaan dengan fungsinya sebagai penyerap cairan luka.
2. Dalam hal ini, partikel-partikel *hidroactive* mengabsorpsi/menyerap eksudat luka.
3. Pembentukan gel pada permukaan luka memberikan lingkungan luka yang lembab.
4. Polimer hidrofobik mencegah invasi luka terhadap lingkungan patogen.

5. *Water-proof* (menolak air), sehingga memungkinkan pasien dapat mandi. (Dalam hal ini, menjaga dari kontaminasi air dan bakteri)
6. Menyesuaikan dengan kondisi luka dan permukaan tubuh (fleksibel dan lentur terhadap bentuk kontur luka, dan nyaman untuk permukaan kulit)
7. Mengurangi nyeri dengan menjaga ujung – ujung syaraf tetap lembab. (Dalam hal ini, balutan dapat diganti tanpa menyebabkan trauma atau rasa sakit, dan tidak lengket pada luka).
8. Mengurangi frekuensi ganti balutan, bisa efektif 5-7 hari, tergantung pada jumlah eksudat. (Dalam hal ini, balutan ini ekonomis dan hemat waktu pengobatan, meminimalkan penggantian balutan dibanding dengan menggunakan balutan konvensional (tahan 5-7 hari tanpa penggantian balutan baru, bila eksudat tidak terlalu banyak).
9. Berdaya rekat dan mudah diaplikasikan
10. Interaksi *hydrocolloid* membersihkan dan mengangkat (*debridement*) secara *autolysis*.
11. Debridement yang aman, granulasi dan epitelisasi dapat terjadi pada luka pada waktu yang sama.
12. Tersedia dalam berbagai macam ukuran, baik dalam bentuk transparan maupun *opaque* (buram).
13. Dapat digunakan dengan pasta *hydrocolloid* dan powder *hydrocolloid* untuk penyerapan yang lebih besar dan untuk mengurangi ‘*dead space*/ruang mati’ pada luka.

14. Keamanan balutan dibuat oleh beberapa perusahaan dengan membuat ujung-ujungnya tumpul atau tepi-tepi pada *hydrocolloid* yang lebih tipis atau plester pelekcat/adhesive.
15. 'Occlusive' menciptakan 'hypoxic environment' untuk mensupport angiogenesis.
16. Kontrol hipergranulasi (S. Hidayat et al., 2021)

2.5.5 Kekurangan *Hydrocolloid Dressing*

Menurut Hidayat et al., (2021) terdapat kekurangan pada *hydrocolloid dressing* sebagai berikut:

1. Tidak direkomendasikan pada luka yang terinfeksi secara klinis dengan bakteri anaerob
2. Pasang dengan penuh hati-hati pada luka sekitar kulit yang pecah-pecah karena perekatnya bisa merusak kulit yang pecah-pecah.
3. Luka dalam memerlukan pasta pengisi rongga, powder atau balutan, untuk ditaruh didalam lemari *hydrocolloid*.
4. Mungkin sulit memasangnya pada area-area yang sering terjadi gesekan tumit
5. Tipe-tipe *hydrocolloid* bisa dipasang plester untuk mencegah *hydrocolloid* lepas

2.5.6 Prosedur Perawatan Luka dengan Menggunakan *Hydrocolloid Dressing*

Menurut Kartika (2020) prosedur perawatan luka dengan menggunakan *hydrocolloid dressing* adalah sebagai berikut:

1. Cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir.
2. Siapkan alat dan bahan di dekat pasien.
3. Jelaskan prosedur kepada pasien untuk mendapatkan persetujuan dan kerja sama.
4. Gunakan sarung tangan bersih.
5. Buka dan buang balutan lama secara hati-hati.
6. Observasi kondisi luka: warna, eksudat, bau, dan tanda-tanda infeksi.
7. Bersihkan luka menggunakan larutan NaCl 0,9% dan kasa steril.
8. Keringkan area sekitar luka.
9. Ukur luka dan pilih *hydrocolloid dressing* yang lebih besar ± 2 cm dari luka.
10. Lepaskan lapisan pelindung *dressing*, tempelkan pada luka dari tengah ke tepi.
11. Ratakan balutan agar tidak ada gelembung udara.
12. Jika perlu, gunakan plester tambahan untuk memperkuat fiksasi.
13. Buang alat bekas pakai ke tempat sampah medis.
14. Lepas sarung tangan dan cuci tangan kembali.
15. Dokumentasikan tindakan dan kondisi luka pasien.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien atau pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Muhaini Atmayana Purba, 2019). Menurut Kurniawati (2020) proses keperawatan mencakup lima tahapan dalam asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi atau perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

2.6.1 Fokus Pengkajian

Menurut Dinarti & Mulyanti, (2017) pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi status kesehatan pasien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu. Dalam pengkajian keperawatan meliputi pengumpulan data sebagai berikut:

1. Identitas, pada identitas pasien terdapat biodata lengkap klien yang mencakup: nama, jenis kelamin, umur, status pernikahan, pekerjaan, agama, pendidikan terakhir, alamat, nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit, tanggal dilakukan pengkajian, dan diagnosa medis.
2. Keluhan utama, berisi data keluhan yang paling dirasakan pasien saat pengkajian dilakukan, meliputi lokasi, durasi, intensitas, serta faktor pemicu

dan keparahan gejala. Biasanya pada penderita hernia inguinalis reponibel, keluhan utama yang paling menonjol adalah adanya benjolan di lipat paha yang muncul saat berdiri, mengejan, atau batuk, dan dapat masuk kembali saat pasien berbaring. Klien juga dapat mengeluhkan rasa tidak nyaman atau nyeri di area tersebut, terutama setelah melakukan aktivitas fisik.

3. Riwayat penyakit sekarang, berisi data tentang riwayat keluhan yang dirasakan pasien mulai dari faktor pemicunya, riwayat pengobatan dan pemeriksaan yang dijalani sehingga mempengaruhi pasien saat dilakukan pengkajiandan pemeriksaan.
4. Riwayat penyakit terdahulu, berisi tentang data riwayat penyakit dari anggota keluarga. Biasanya pasien tidak memiliki riwayat penyakit sistemik yang signifikan, namun terdapat faktor risiko seperti batuk kronis, konstipasi, atau pekerjaan dengan beban angkat berat yang meningkatkan tekanan intraabdomen. Riwayat keluarga dengan keluhan serupa juga dapat ditemukan sebagai faktor keturunan.
5. Pola aktifitas sehari-hari, berisi tentang aktivitas harian pasien, termasuk kemampuan melakukan aktivitas mandiri, pola tidur, hingga dampak penyakit terhadap aktivitas sehari-hari. Sebelum dirawat, pasien biasanya masih aktif bekerja namun mulai menghindari angkat berat karena rasa tidak nyaman akibat benjolan. Setelah operasi, pasien membutuhkan istirahat dan membatasi aktivitas, terutama gerakan yang memberi tekanan pada area perut hingga pangkal paha.
6. Pola eliminasi, berisi data mengenai frekuensi dan kualitas buang air besar dan kecil pasien, serta masalah yang dialami terkait eliminasi. Pasien dengan

hernia inguinalis reponibel biasanya tidak mengalami gangguan eliminasi. Namun, faktor pemicu seperti mengejan saat BAB bisa menjadi penyebab timbulnya hernia. Pada saat pascaoperasi, pasien disarankan menjaga pola BAB agar tidak konstipasi.

7. Pola makan dan minum, berisi data mengenai jenis dan jumlah makanan serta cairan yang dikonsumsi, pola makan harian, waktu makan, dan pantangan yang mungkin dimiliki pasien. Pasien biasanya memiliki pola makan normal sebelum operasi. Setelah tindakan bedah, nafsu makan bisa menurun sementara. Asupan cairan dan makanan yang kaya serat dianjurkan untuk memperlancar BAB dan mencegah tekanan pada luka pascaoperasi.
8. Kebersihan diri atau *personal hygiene*, berisi tentang kemampuan pasien dalam menjaga kebersihan diri sehari-hari, seperti mandi, menyikat gigi, keramas, mengganti pakaian, serta perawatan luka bila diperlukan. Pada pasien hernia inguinalis reponibel post operasi, biasanya pasien masih membutuhkan bantuan saat awal mobilisasi, sehingga kegiatan *personal hygiene* dilakukan dengan bantuan perawat atau keluarga. Perawatan luka menjadi perhatian utama agar tidak terkontaminasi selama proses mandi atau ganti pakaian.
9. Data psikososial, berisi tentang kondisi psikologis dan sosial pasien, termasuk perasaan, kecemasan, hubungan dengan keluarga, dan dampak penyakit terhadap kehidupan sosial dan pekerjaan. Pasien hernia biasanya mengalami kekhawatiran terhadap kondisi luka pasca operasi dan takut terjadi hernia kambuh. Pasien yang merupakan tulang punggung keluarga

dapat merasa cemas karena harus menghentikan aktivitas kerja sementara waktu. Dukungan keluarga sangat membantu proses penyembuhan.

10. Data spiritual, berisi tentang kepercayaan spiritual atau agama yang dianut pasien serta sejauh mana kepercayaan tersebut memengaruhi sikap pasien terhadap penyakit dan pengobatan.
11. Pemeriksaan fisik, berisi data hasil pemeriksaan fisik pasien dari kepala hingga kaki, termasuk tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, suhu tubuh, dan respirasi, serta pengamatan pada area spesifik sesuai diagnosis. Pada pasien post operasi hernia, pemeriksaan fokus pada area perut dan lipat paha. Luka operasi dinilai dari aspek warna, ada tidaknya tanda infeksi (seperti kemerahan, nyeri tekan, pembengkakan), serta evaluasi balutan. Tanda-tanda vital cenderung stabil, kecuali jika terjadi komplikasi infeksi atau perdarahan.
12. Pemeriksaan penunjang, berisi data hasil pemeriksaan penunjang yang relevan dengan kondisi medis pasien seperti hasil laboratorium, radiologi, atau konsultasi spesialis lain.
13. Analisa data, pada bagian analisa data ini mencakup pengolahan seluruh data yang telah dikumpulkan untuk menentukan masalah keperawatan, prioritas intervensi, dan tujuan perawatan. Pada pasien post operasi *herniotomy herniorraphy*, data menunjukkan adanya nyeri luka insisi, risiko infeksi luka, keterbatasan mobilisasi sementara, serta kebutuhan edukasi pasca rawat inap. Analisa ini menjadi dasar untuk menyusun diagnosis keperawatan dan rencana intervensi yang tepat.

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah hasil dari penilaian klinis terhadap respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialaminya, baik itu secara actual maupun potensial. Tujuan dari diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons klien baik sebagai individu, keluarga, maupun komunitas terhadap kondisi atau situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) diagnosa keperawatan dibagi menjadi 3 sebagai berikut:

1. Diagnosa Keperawatan Aktual

Merupakan diagnosa yang menjelaskan respons nyata/aktual klien terhadap suatu kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang menyebabkan masalah kesehatan. Diagnosa ini ditetapkan berdasarkan ditemukannya tanda dan gejala mayor serta minor yang dapat dikaji dan divalidasi langsung pada klien.

2. Diagnosa Keperawatan Risiko

Merupakan diagnosa yang menjelaskan respons klien terhadap suatu kondisi atau proses kehidupan yang menempatkan klien pada risiko mengalami masalah kesehatan di masa mendatang. Diagnosa ini tidak disertai dengan tanda dan gejala yang tampak saat ini, tetapi klien memiliki faktor risiko yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan.

3. Diagnosa Keperawatan Promosi Kesehatan

Merupakan diagnosa yang menggambarkan adanya keinginan, kesiapan, dan motivasi dari klien untuk meningkatkan status kesehatannya ke arah yang lebih baik dan optimal.

Menurut Awallul et al., (2024) beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita hernia inguinalis lateralis adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut (D.0077), didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)
2. Defisit pengetahuan (D.0111), didefinisikan sebagai ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)
3. Ansietas (D.0080), didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)
4. Gangguan mobilitas fisik (D.0054), didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)
5. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129), didefinisikan sebagai kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)
6. Nausea (D.0076) didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

7. Risiko infeksi (D.0142), didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

2.6.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) intervensi atau perencanaan tindakan keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Terdapat beberapa tahapan dalam penyusunan intervensi keperawatan menurut Dinarti & Mulyanti, (2017) yaitu:

1. Menentukan Prioritas Masalah

Prioritas masalah merupakan upaya perawat untuk mengidentifikasi respons pasien terhadap masalah kesehatannya, baik aktual maupun potensial. Untuk menetapkan prioritas masalah seringkali digunakan hierarki kebutuhan dasar manusia. Pada kenyataannya perawat tidak mampu menyelesaikan permasalahan pasien secara bersamaan, oleh karena itu diperlukan upaya untuk memprioritaskan masalah. Prioritas diagnosa dibedakan dengan diagnosa yang penting sebagai berikut:

- a. Prioritas diagnosa merupakan diagnosa keperawatan, jika tidak diatasi saat ini akan berdampak buruk terhadap kondisi status fungsi kesehatan pasien.
- b. Diagnosa penting adalah diagnosa atau masalah kolaboratif di mana intervensi dapat ditunda tanpa mempengaruhi status fungsi kesehatan pasien.

2. Menentukan Tujuan dan Kriteria Hasil

Membuat tujuan berarti membuat standar atau ukuran yang digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap perkembangan pasien dan keterampilan dalam merawat pasien. Tujuan keperawatan yang baik adalah pernyataan yang menjelaskan suatu tindakan yang dapat diukur berdasarkan kemampuan dan kewenangan perawat. Penetapan waktu dalam tujuan dan kriteria hasil juga merupakan bagian penting dalam perencanaan keperawatan karena digunakan untuk mengukur efektivitas intervensi yang telah diberikan dalam periode tertentu. Waktu yang dicantumkan harus bersifat realistis dan sesuai dengan standar praktik yang ada, sehingga memudahkan perawat dalam melakukan evaluasi terhadap pencapaian hasil keperawatan.

Menurut Bulechek et al., (2018), waktu yang dibutuhkan didefinisikan sebagai rata-rata waktu yang diperlukan untuk melakukan intervensi keperawatan. Rata-rata ini tidak hanya digunakan sebagai acuan pelaksanaan tindakan, tetapi juga memiliki implikasi pada efisiensi biaya asuhan keperawatan (*reimbursement*).

Waktu intervensi dibagi dalam lima kategori:

1. 15 menit atau kurang,
2. 16–30 menit,
3. 31–45 menit,
4. 46–60 menit, dan
5. lebih dari satu jam.

Kategori ini menggambarkan estimasi durasi intervensi berdasarkan penilaian praktisi yang terbiasa di area klinis atau praktik spesialis. Meski dapat berbeda di setiap fasilitas layanan kesehatan, estimasi ini membantu dalam menyusun rencana

intervensi yang tepat, termasuk dalam menentukan waktu evaluasi hasil, misalnya "setelah 3x24 jam intervensi". Hal ini merupakan bentuk penerapan dari estimasi yang telah diperhitungkan secara klinis, sekaligus memberikan batas waktu yang realistis untuk melihat perubahan kondisi pasien secara objektif.

3. Menentukan Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana tindakan yang akan diberikan pada pasien ditulis secara spesifik, jelas dan dapat diukur. Rencana perawatan dibuat selaras dengan rencana medis, sehingga saling melengkapi dalam meningkatkan status kesehatan pasien. Dalam merumuskan rencana tindakan yang perlu diperhatikan adalah:

- a. Rencana tindakan keperawatan merupakan desain spesifik intervensi yang membantu klien mencapai kriteria hasil.
- b. Dokumentasi rencana tindakan yang telah diimplementasikan harus ditulis dalam sebuah format agar dapat membantu perawat untuk memproses informasi yang didapatkan selama tahap pengkajian dan diagnosa keperawatan.
- c. Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.
- d. Bekerjasama dengan pasien dalam merencanakan intervensi

Beberapa intervensi keperawatan yang dapat dilakukan sesuai diagnosa keperawatan pada penderita hernia inguinalis lateralis (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) :

Tabel 2.1 Tabel Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan
D.0077 Nyeri akut berhubungan	L.08066 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi

dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan pasien nyeri, meringis, frekuensi nadi meningkat	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	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Edukasi 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian analgetik
D.0111 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang di hadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran,	L.12111 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi 3. Identifikasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 4. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

<p>menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menjalani pemeriksaan tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 6. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 8. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 9. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	
<p>D.0080 Anxietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan merasa bingung, merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, tremor</p>	<p>L.09093 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat anxietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik 	<p>Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat anxietas berubah 2. Monitor tanda-tanda anxietas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk mneumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat anxietas dengarkan dengan penuh perhatian 5. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami

		7. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
		8. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
		9. Latih teknik relaksasi
D.0064	L.05042	Dukungan Mobilisasi (I. 05173)
Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan nyeri saat bergerak, ROM menurun, gerakan terbatas, fisik lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. ROM meningkat 4. Nyeri menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun	Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di sisi tempat tidur,

		pindah dari tempat tidur ke kursi)
D.0129	L.14125	Perawatan Luka (I.14564)
Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan prosedur pembedahan dibuktikan dengan kerusakan jaringan atau kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Perdarahan menurun 5. Hematoma menurun 6. Suhu kulit membaik	Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Bersihkan dengan cairan NaCl 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 7. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam (sesuaikan kondisi pasien) Edukasi 8. Anjurkan tinggi konsumsi makanan tinggi kalori dan protein 9. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
D.0076	L;08065	Manajemen Mual (I.03117)
Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis dibuktikan dengan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil:	Observasi 1. Identifikasi pengalaman mual yang tidak nyaman (mis. bau, rasa, dll)

mengeluh mual, merasa ingin muntah, saliva meningkat, pucat,takikardia	1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingin muntah menurun 3. Pucat membaik 4. Takikardia membaik	2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis. bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) 3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 4. Identifikasi faktor penyebab mual (mis. pengobatan dan prosedur) 5. Monitor mual: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan 6. Monitor asupan nutrisi dan kalori Terapeutik 7. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 8. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. kecemasan, ketakutan, kelelahan) 9. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 10. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, <i>jika perlu</i>
--	--	---

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 12. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 13. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak 14. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. <i>biofeedback</i>, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Kolaborasi pemberian antiemetik, <i>jika perlu</i>
D.0142	L.14137	Pencegahan Infeksi (I.14539)	
Risiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:	Observasi	
efek prosedur invasif	1. Nyeri menurun 2. Demam menurun 3. Kemerahan menurun 4. Bengkak menurun	1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	
		Terapeutik	
		2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik	
		Edukasi	
		5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	

-
6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
 7. Ajarkan etika batuk
 8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi
 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Perawatan Luka (I.14564)

Observasi

1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)

Terapeutik

2. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
3. Bersihkan dengan cairan NaCl
4. Pasang balutan sesuai jenis luka dengan hydrocolloid dressing
5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
6. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
7. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam (sesuaikan kondisi pasien)

Edukasi

8. Anjurkan tinggi mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
-

-
9. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
-

2.6.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah proses realisasi dan pelaksanaan dari rencana tindakan keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan sebelumnya. Agar implementasi keperawatan dapat berjalan secara efektif dan selaras dengan tujuan serta kriteria hasil yang telah ditetapkan, perawat dituntut untuk memiliki kemampuan kognitif, keterampilan teknis dalam melakukan tindakan, serta kemampuan komunikasi interpersonal (Muhaini Atmayana Purba, 2019).

Secara umum, implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan profesional yang dilakukan oleh perawat secara terkoordinasi bersama pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya. Tujuan utamanya adalah untuk mengatasi masalah kesehatan klien sesuai dengan rencana dan sasaran yang telah dirumuskan, sekaligus memantau serta mencatat respon pasien terhadap tindakan yang sudah dilakukan (Dinarti & Mulyanti, 2017)

2.6.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses sistematis yang bertujuan membandingkan kondisi pasien setelah intervensi dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Evaluasi ini mengacu pada proses penilaian, identifikasi tahapan, serta upaya perbaikan tindakan. Dalam pelaksanaannya, perawat menilai bagaimana reaksi klien terhadap intervensi yang diberikan serta menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai (Muhaini

Atmayana Purba, 2019). Menurut Nurlelawati et al., (2022) evaluasi keperawatan terbagi menjadi dua jenis utama:

1. Evaluasi formatif, yaitu evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan berlangsung. Fokusnya adalah pada aktivitas dan hasil dari intervensi yang sedang dijalankan. Evaluasi ini berguna untuk mengetahui efektivitas tindakan yang telah diberikan, dengan mengacu pada rencana keperawatan. Evaluasi formatif biasanya melibatkan empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAPIE. Pada bagian S (Subjektif) berisi data atau keluhan yang disampaikan oleh pasien terkait kondisi yang dirasakan pasien tersebut. O (Objektif) mencakup data hasil observasi atau pemeriksaan yang dilakukan perawat, seperti tanda vital, hasil inspeksi luka, atau data penunjang lainnya. Selanjutnya, pada bagian A (Analisis), perawat melakukan penilaian berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah dikumpulkan. Di sinilah perawat menentukan sejauh mana masalah keperawatan yang telah diidentifikasi mengalami perubahan. Penilaian dalam bagian analisis ini dibagi menjadi tiga kategori, yaitu masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, dan masalah belum teratasi. Masalah dikatakan teratasi apabila semua tanda dan gejala yang menjadi indikator masalah telah menghilang dan tujuan keperawatan telah tercapai secara menyeluruh. Jika hanya sebagian tanda dan gejala yang membaik namun belum sepenuhnya hilang, maka dinyatakan teratasi sebagian. Sementara itu, jika tidak ada perubahan atau bahkan terjadi perburukan kondisi, maka masalah dikategorikan sebagai belum teratasi. Penilaian ini menjadi dasar bagi perawat dalam menentukan langkah selanjutnya dalam proses perawatan.

Berdasarkan analisis tersebut, bagian P (*Planning*) berisi rencana keperawatan yang akan dilakukan ke depan, yang bisa berupa melanjutkan rencana sebelumnya, melakukan modifikasi intervensi, atau menetapkan strategi baru. Kemudian, I (*Intervention*) menggambarkan pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah disusun. Pada bagian E (*Evaluation*) berisi penilaian terhadap hasil dari intervensi yang telah dilakukan, untuk melihat apakah tindakan yang diberikan memberikan efek positif terhadap kondisi pasien.

2. Evaluasi sumatif, yaitu evaluasi akhir yang merefleksikan hasil keseluruhan dari intervensi yang telah dilakukan. Fokus utamanya adalah menilai perubahan status kesehatan pasien di akhir periode asuhan keperawatan. Evaluasi ini bersifat menyeluruh dan dilakukan setelah seluruh proses asuhan keperawatan selesai.

2.7 Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 1 Jurnal Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Variabel	Desain	Hasil Penelitian
1.	(Linda Lidyana, 2023)	Penerapan <i>Modern Dressing Hydrocolloid</i> Terhadap Perawatan Luka Post Orif Humerus Sinistra Di Ruang Anggrek 1 Rs Ortopedi Prof.Dr.R.Soeharso Surakarta	Variabel independen: <i>Modern Dressing Hydrocolloid</i> Variabel dependen: Luka Post Orif Humerus Sinistra	Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan memilih 1 orang sebagai subjek studi kasus yaitu pasien post orif humerus dalam pemenuhan perawatan luka	Hasil pada penelitian ini didapatkan bahwa penerapan <i>modern dressing hydrocolloid</i> memberikan perkembangan yang baik pada proses penyembuhan luka post operasi ORIF humerus sinistra. Selama tiga hari perawatan, kondisi luka mengalami perbaikan secara bertahap. Bengkak berkurang, nyeri menurun, tidak ada tanda infeksi, dan luka tetap tertutup

					<p>tanpa dehisen. Meskipun perbaikan terlihat signifikan dari hari ke hari, secara keseluruhan masalah gangguan integritas kulit/jaringan masih dinilai belum sepenuhnya teratasi hingga hari ketiga. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang dilakukan sudah tepat, namun waktu penyembuhan membutuhkan proses yang lebih panjang.</p>
--	--	--	--	--	---

2.	(Handayani, 2020)	Penerapan <i>Modern Dressing Hydrocolloid</i> Terhadap Perawatan Luka Post Operasi ORIF Femur Di Ruang Teratai 2 RSUD Kartini Karanganyar	<p>Variabel independent: <i>Modern Dressing Hydrocolloid</i></p> <p>Variabel dependen: Perawatan Luka Post Operasi ORIF Femur</p>	Metode penelitian ini menggunakan studi kasus dengan fokus pada pasien post operasi fraktur femur	<p>Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa penerapan <i>modern dressing hydrocolloid</i> pada pasien post operasi ORIF femur memberikan dampak positif terhadap proses penyembuhan luka. Selama tiga hari pelaksanaan asuhan keperawatan, terlihat adanya perubahan kondisi luka yang signifikan, baik secara subjektif maupun objektif. Pada hari pertama, luka tampak menutup sebagian dengan kemerahan dan eksudat sedang, namun tanpa</p>
----	-------------------	---	---	---	---

					tanda infeksi berat. Hari kedua menunjukkan penurunan eksudat dan gejala peradangan. Pada hari ketiga, luka tampak tertutup sepenuhnya, tidak terdapat kemerahan, bengkak, maupun eksudat, serta luka dapat dinyatakan dalam kondisi baik
3.	(S. Hidayat et al., 2021)	Efektivitas <i>Modern Dressing Hydrocolloid</i> Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Diabetes Mellitus	Variabel independent: <i>Modern Dressing Hydrocolloid</i> Variabel dependen: Penyembuhan Luka Pada Pasien Diabetes Mellitus	Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi <i>literature review</i> dengan metode pencarian	Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa dari ke 8 artikel setelah pemberian <i>hydrocolloid</i> terdapatnya perbedaan derajat luka sebelum dan sesudah dilakukan balutan <i>modern hydrocolloid</i> yang

				<p>menggunakan <i>electronic data base</i>. Kriteria inklusi yang digunakan yaitu menggunakan jurnal intervensi untuk mengatasi permasalahan luka diabetes mellitus yang dapat diakses secara <i>full text</i></p>	<p>mempertahankan dan menjaga lingkungan luka tetap lembap untuk memfasilitasi proses penyembuhan luka, mempertahankan kehilangan cairan jaringan dan kematian sel sehingga mempercepat regenerasi penyembuhan luka. Dikarenakan <i>hydrocolloid</i> menciptakan area luka yang lembab dan dapat mendorong terjadinya angiogenesis dan meningkatkan fibroblas, menstimulasi produksi jaringan granulasi dan sintesis kolagen.</p>
--	--	--	--	--	---

					Secara garis besar, hasil penelitian mengatakan metode modern <i>dressing hydrocolloid</i> dapat mempengaruhi penyembuhan luka pada pasien diabetes mellitus
4.	(Syah et al., 2020)	Aplikasi <i>Hydrocolloid</i> Sebagai <i>Wound Dressing</i> Dalam Perkembangan Luas Luka Pada Pasien Ulkus Diabetik Grade Ii	Variabel independent: <i>Hydrocolloid</i> Sebagai <i>Wound Dressing</i> Variabel dependen: Perkembangan Luas Luka	Desain penelitian yang digunakan metode studi kasus dengan mengambil 2 klien yang akan dilakukan perawatan luka dengan <i>hydrocolloid</i> sebagai <i>wound dressing</i>	Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan balutan <i>hydrocolloid</i> pada pasien dengan ulkus diabetik grade II mampu membantu memperkecil luas luka secara bertahap. Berdasarkan dokumentasi dan hasil evaluasi, terjadi penurunan

				<p>untuk mengatasi masalah Ulkus Diabetik grade II dengan kerusakan integritas kulit yang dilakukan sesuai standar operasional prosedur</p>	<p>luas luka dari hari ke hari selama proses perawatan menggunakan <i>hydrocolloid dressing</i>. Balutan ini terbukti dapat menjaga kelembapan luka, memfasilitasi proses granulasi, dan mengurangi iritasi pada area luka. Secara keseluruhan, <i>hydrocolloid dressing</i> terbukti efektif dalam mempercepat proses perbaikan jaringan pada ulkus diabetik dan berpotensi mengurangi risiko komplikasi lebih lanjut jika digunakan secara konsisten sesuai indikasi</p>
--	--	--	--	---	--