BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Hernia Inguinalis

2.1.1 Pengertian Hernia Inguinalis

Hernia adalah kondisi ketika suatu organ atau jaringan di dalam tubuh menonjol keluar melalui bagian dinding perut yang lemah. Kelemahan ini dapat terjadi pada daerah dimana aponeurosis dan fascia tidak dilindungi oleh otot. Kebanyakan kejadian hernia muncul pada area inguinal, femoral, umbilikal, atau bekas insisi (Yusmaidi & Ilma, 2021).

Hernia inguinalis merupakan kondisi keluarnya organ, seperti usus atau jaringan dalam rongga perut ke area inguinal atau selangkangan. Hernia inguinalis merupakan salah satu jenis hernia yang paling sering ditemukan, terutama pada laki-laki. Umumnya bagian yang menonjol berasal dari usus halus atau jaringan lemak. Naumun pada perempuan hernia inguinalis berasal dari organ reproduksi, seperti indung telur (ovarium) atau saluran indung telur (tuba falopi). Kondisi ini sering tidak disadari karena hanya menimbulkan benjolan didaerah selangkangan. Pada beberapa pria, benjolan tersebut dapat membesar dan menjalar hingga skrotum, sehingga menyebabkan skrotum tampak membesar (Noor & Falach, 2024).

2.1.2 Etiologi Hernia Inguinalis

Etiologi hernia inguinalis pada orang dewasa bersifat multifaktorial, dipengaruhi oleh faktor pekerjaan, lingkungan dan genetik. Berdasarkan penyebabnya, hernia inguinalis dibagi menjadi dua, yaitu hernia inguinalis langsung (direk) dan tidak langsung (indirek). Pada banyak kasus hernia inguinalis berkaitan dengan proses embriologis dan penurunan testis. Kondisi ini terjadi akibat penonjolan organ abdomen ke dalam prosesus

vaginalis yang tetap terbuka, sehingga sering disebut sebagai hernia kongenital. Selain itu, hernia inguinalis juga dapat disebabkan oleh peningkatan tekanan di rongga intra-abdomen seperti akibat aktivitas berat, batuk kronis atau konstipasi, yang memicu terjadinya hernia indirek. Pada hernia inguinalis indirek penyebab utamanya adalah kelemahan fascia transversalis di daerah segitiga hesselbach, yang dibatasi oleh pembuluh epigastrika inferior di sisi lateral, otot rectus abdominis di sisi medial dan ligament inguinal dibagian inferior. Faktor lain yang berperan adalah perubahan metabolisme kolagen, khusunya peningkatan kolagen tipe III dibandingkan kolagen tipe I. ketidakseimbangan ini menyebabkan penurunan kekuatan dan elastisitas jaringan dinding perut, sehingga meningkatkan risiko terbentuknya hernia inguinalis (Saidina et al., 2025).

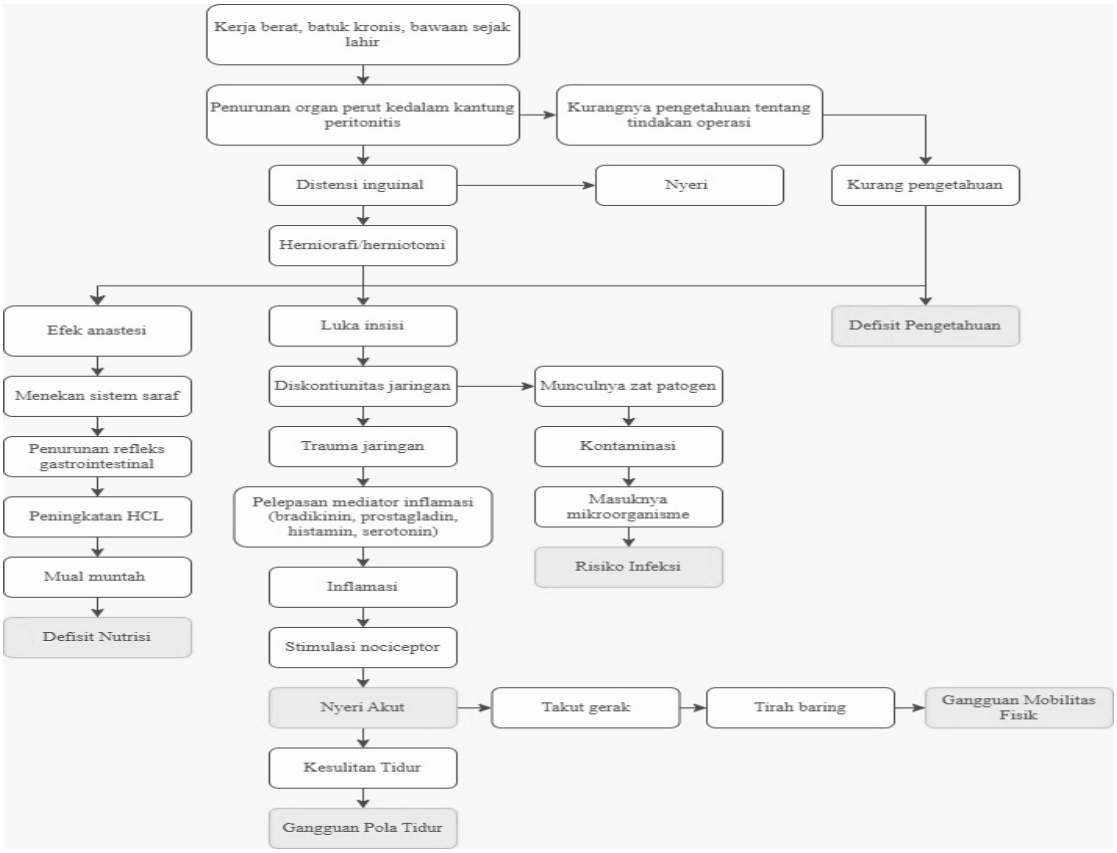
2.1.3 Patofisiologi Hernia Inguinalis

Patofisiologi hernia inguinalis terjadi akibat peningkatan tekanan intraabdomen, seperti saat batuk, mengangkat benda berat, atau aktivitas lain yang disertai dengan kelemahan fascia transversalis. Keadaan ini memicu terbentuknya hernia inguinalis. Risiko kejadiannya lebih tinggi pada laki- laki usia lanjut (>50 tahun), yang disebabkan oleh penurunan serat oksitalan serta peningkatan sebtansi amorf pada serat elastin, sehingga menurunkan daya tahan fascia transversalis. Kemampuan fascia transversalis dalam menahan tekanan intraabdomen baik fisiologis maupun patologis sangat dipengaruhi oleh kualitas dan kekuatan serat kolagen penyusunnya. Kelemahan jaringan ini dapat terjadi akibat gangguan produksi kolagen atau pembentukan kolagen yang abnormal. Salah satu faktor yang memperburuk kondisi tersebut adalah kebiasaan merokok. Kandungan zat berbahaya dalam rokok dapat mengganggu keseimbangan enzim protease dan antiprotease. Akibatnya, protease bebas

dalam sirkulasi dapat merusak serat elastin dan kolagen pada fascia transversalis, sehingga meningkatkan risiko terjadinya hernia inguinalis (Saidina et al., 2025).

2.1.4 Pathway Hernia Inguinalis

Bagan 2. 1 Pathway Hernia Inguinalis



Sumber: (Vivia Ozora Bitjoli 2019)

2.1.5 Faktor Risiko Hernia Inguinalis

Faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya Hernia antara lain pekerjaan berat yang mengandalkan fisik, riwayat penyakit lama, batuk kronis dan konstipasi. Keempat faktor tersebut berkontribusi dalam

peningkatan tekanan intra-abdomen yang dapat memicu terjadinya hernia (Aji Pangki Asmaya et al., 2024).

2.1.6 Tanda dan Gejala Hernia Inguinalis

Hernia inguinalis dapat ditemukan dengan variasi gejala yang berbeda-beda. Keluhan yang sering dirasakan antara lain sensasi terbakar atau seperti tertarik di area selangkangan yang dapat menjalar ke skrotum maupun ke bagian bawah kaki. Pada saat melakukan aktivitas seperti mengangkat beban berat sebagian pasien dapat mengalami nyeri yang muncul secara tibat-tiba yang bertambah parah. Pada hernia reponibel umumnya pasien mengeluhkan adanya benjolan dilipatan paha yang tampak saat berdiri, batuk, bersin atau mengejan dan akan menghilang ketika pasien berada dalam posisi berbaring (Putri et al., 2023).

2.1.7 Komplikasi Hernia Inguinalis

Menurut (Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, 2024) beberapa komplikasi yang dapat terjadi antara lain:

1. Terjadinya adhesi antara isi hernia dengan kantong hernia sehingga isi hernia tidak dapat kembali ke rongga abdomen
2. Terjadinya stragulasi pembuluh darah akibat *edema* yang dapat menyebabkan terbentuknya hematoma
3. Nekrosis usus yang disebabkan oleh stragulasi pembuluh darah
4. Terjadinya retensi urin
5. Pembengkakan pada area testis akibat atrofi testis

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Hernia Inguinalis

1. Pemeriksaan fisik
    a. Inspeksi daerah inguinal dan femoral pasien diminta menoleh kesamping, kemudian batuk atau mengejan. Selanjutnya dilakukan pengamatan pada area inguinal dan femoral untuk melihat adanya

benjolan yang muncul secara tiba-tiba saat batuk yang mengarah pada hernia.

b. Palpasi daerah inguinal dilakukan dengan memasukan jari telunjuk pemeriksa ke dalam skrotum tepatnya diatas testis. Kemudian, menekan kulit skrotum ke arah dalam untuk mendeteksi adanya penonjolan.

2. Pemeriksaan diagnostik

Beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan antara lain:

a. Foto rontgen (X-ray) spinal
b. Elektromiografi untuk menentukan lokasi lesi pada saraf spinal
c. Venogram epidural
d. Fungsi lumbal untuk menilai adanya infeksi serta kondisi cairan spinal serebrospinal
e. Tes lasegue (mengangkat kaki lurus ke atas)
f. CT Scan abdomen
g. MRI untuk melihat perubahan pada tulang dan jaringan vetebra serta adanya herniasi
h. Mielogram atau sinar-X untuk menentukan lokasi lesi sebagai penegasan sebelum tindakan operasi
i. Epidural venogram untuk mengidentifikasi lokasi herniasi
j. Pemeriksaan darah:
    1) Lekosit meningkat dapat mengindikasikan infeksi
    2) Hemoglobin rendah menunjukan kemungkinan anemia atau perdarahan
    3) Hematokrit meningkat menandakan dehidrasi
k. Waktu koagulasi untuk menilai proses pembekuan darah selama dan setelah operasi

l. Urinalisis blood urea nitrogen, kreatinin serta adanya sel darah merah atau bakteri untuk mendeteksi gangguan ginjal atau infeksi
m. Elektrokardiogram (EKG) untuk mengetahui kondisi jantung (Mardiansyah, 2023).

2.1.9 Penatalaksanaan Hernia Inguinalis

Penatalaksanaan hernia menurut (Mardiansyah, 2023) adalah:

1) Pemasangan drainase dilakukan untuk mencegah terbentuknya hematoma
2) Pasien diposisikan dalam posisi semi fowler (berbaring dengan lutut sedikit ditekuk) untuk mengurangi ketegangan pada diding abdomen
3) Menghindari batuk atau menangis serta mengejan
4) Dalam waktu I bulan jangan mengangkut barang yang berat
5) Selama waktu 3 bulan tidak boleh melakukan kegiatan yang dapat menaikkan tekanan intra abdomen (lakukan pergerakan ROM)
6) Setelah dilakukan tindakan pembedahan pasien diberikan diet tinggi kalori dan protein
7) Setelah dilakukan pembedahan perawatan luka dilakukan untuk mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan

a. Terapi farmakologi

Terapi farmakologis diawali dengan pemberian antasida seperti mylanta, maalox dan gaviscon. Jika gejala yang muncul tergolong berat dan persisten, pasien dapat diberikan antagonis resptor histamin misalnya ranitidin (Zantac) atau famotidin (Pepcid). Selain itu, obat lain yang dapat digunakan adalah bethanecol (Urecholine), yaitu agen kolinergik yang berfungsi meningkatkan sekresi asam lambung dan sebaiknya diberikan sebelum makan. Metoklopramid (Reglan) juga dapat diberikan

untuk meningkatkan tekanan sfingter esofagus bahwa dengan cara merangsang otot polos saluran cerna serta mempercepat pengosongan lambung

2.2 Konsep Post Operasi Herniorafi

2.2.1 Pengertian Herniorafi

Herniorafi adalah teknik operasi hernia yang dilakukan dengan teknik jahitan terputus untuk defek atau celah hernia melalui penyatuan jaringan disekitar area tersebut dengan tetap memberikan ruang bagi korda spermatika dan pembuluh darah testis. Prosedur ini bertujuan untuk memperbaiki kelemahan dinding perut dan mengembalikan organ keposisi normal (Ainurrahmi Efendi, Ahmad Zakiudin, 2025).

2.2.2 Tujuan Penatalaksanaan Herniorafi

Pembedahan herniorafi memiliki tujuan memperbaiki hernia, memperbaiki otot atau dinding perut yang melemah, menghilangkan gejala, mencegah komplikasi dan mengembalikan fungsi normal (Ainurrahmi Efendi, Ahmad Zakiudin, 2025).

2.2.3 Dampak Psikologis Post Operasi Herniorafi

Tindakan pada saat tindakan herniorafi dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang memicu timbulnya rasa nyeri setelah dilakukan pembedahan. Nyeri yang timbul merupakan kejadian yang mempengaruhi kondisi psikologis, seperti menimbulkan stres dan ketidaknyamanan sehingga akan mengganggu kualitas tidur (Nurbadriyah & Fikriana, 2020 (Rustiawati & Sapitri, 2023).

2.2.4 Perawatan Umum Post Operasi Herniorafi

Perawatan pasca operasi herniorafi harus dilakukan dengan benar untuk memengaruhi masa pemulihan dan mengurangi risiko masalah seperti konsumsi makanan berserat, memperbanyak konsumsi air putih,

berjalan dan bergerak secara rutin, mennggganti balutan secara rutin menggunakan *Island Dressing* dan konsumsi obat pereda nyeri (Ainurrahmi Efendi, Ahmad Zakiudin, 2025).

2.2.5 Perawatan Luka Post Operasi Herniorafi

Perawatan luka merupakan salah satu tindakan yang sering dilakukan dirumah sakit. Apabila tidak dilakukan sesuai prosedur, tindakan ini dapat meningkatkan risiko terjadinya infeksi. Selain itu, dapat terjadi dehiscence yaitu terbukanya luka sebagian atau seluruhnya yang biasanya disertai dengan demam, takikardia dan nyeri pada area luka. komplikasi lainnya adalah evisceration yaitu keluarnya organ dalam melalui luka yang dapat terjadi akibat penyembuhan luka yang tidak optimal atau berlangsung lambat. Dalam kondisi yang lebih berat, komplikasi tersebut bahkan dapat berujung pada kecacatan dan kematian (Saputra et al., 2024).

2.2.6 Pemantauan Pasien Post Operasi Herniorafi

Pemantauan pasien post operasi herniorafi meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi), mengkaji keadaan umum pasien, intensitas nyeri, pemantauan tanda-tanda infeksi luka pasca operasi (Ainurrahmi Efendi, Ahmad Zakiudin, 2025).

2.2.7 Mobilisasi Pasien Post Operasi Herniorafi

Pemberian mobilisasi dini pada penelitian saat ini telah terbukti menurunkan skala nyeri ke tingkat sedang. Hal ini terjadi karena pasien dapat melakukan dengan benar sesuai instruksi yang diberikan. Pengetahuan yang baik pada pasien saat praktik mobilisasi dini mempengaruhi hasil intervensi mobilisasi dini Pengetahuan yang baik akan meningkat pada level aplikasi atau penerapan. Mobilisasi dini termasuk relaksasi distraksi sehingga mengurangi aktivasi mediator

kimiawi inflamasi yang dapat meningkatkan level nyeri (Cahyani et al., 2023).

2.2.8 Pencegahan Kekambuhan Post Operasi Herniorafi

Pencegahan kekambuhan hernia post operasi dapat dilakukan dengan cara menjaga berat badan ideal, menghindari batuk kronis, mengejan berlebihan, serta tidak mengangkat beban yang berat (Ainurrahmi Efendi, Ahmad Zakiudin, 2025).

2.3 Konsep Risiko Infeksi

2.3.1 Definisi Risiko Infeksi

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan (SDKI) PPNI, risiko infeksi (D.0142) adalah diagnosis keperawatan yang mendefinisikan keadaan dimana individu berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

2.3.2 Faktor Risiko Infeksi

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) PPNI, faktor risiko infeksi meliputi:

1. Efek prosedur invansif (misalnya tindakan operasi)
2. Kerusakan integritas kulit

2.3.3 Tujuan Dan Kriteria Hasil

Menurut standar luaran keperawatan indonesia (SLKI) PPNI, tujuan penyembuhan luka (L.14130) dengan kriteria hasil:

1. Penyatuan kulit meningkat
2. Penyatuan tepi luka meningkat
3. Jaringan granulasi meningkat
4. *Edema* pada sisi luka menurun
5. Peradangan luka menurun

6. Nekrosis menurun
7. Infeksi menurun

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Indonesia (SIKI) PPNI, perawatan luka (I.14564) merupakan tindakan keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan risiko terjadinya infeksi, khususnya pada pasien post operasi. Intervesi ini dilakukan melalui tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi sebagai berikut:

Observasi

1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran bau)
2. Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
3. Bersihkan jaringan nekrotik
4. Pasang balutan menggunakan ***Island Dressing***
5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
6. Ganti balutan sesuai eksudat atau drainase

Edukasi

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

2.3.5 Penilaian Penyembuhan Luka Dengan Skala *REEDA*

Skala *REEDA (reednes,* ecchymosis*, edema, discarge, approximation)* digunakan untuk memantau perkembangan penyembuhan luka secara objektif. Skala ini merupakan instrumen penilaian luka yang petama kali dikembangkan oleh Davidson pada tahun 1974 dan kemudian dikaji oleh Carey. Komponen dalam skala ini meliputi:

a. *Redness:* kemerahan pada area luka jahitan
b. *Edema*: pembengkakan pada sekitar luka
c. Ecchymosis: memar pada kulit yang ditandai dengan bercak berwarna biru atau ungu
d. *Discharge*: adanya pengeluaran cairan dari luka
e. *approximation*: sambungan jaringan yang dijahit.

Keunggulan menggunakan skala *REEDA* yaitu lebih simpel dalam mengisi formatnya, menggunakan waktu yang tidak terlalu lama dalam melakukan pengkajiannya lebih dimengerti dalam pelaksanaannya dan tidak terlalu menggunakan alat yang banyak, Sistem skoring davidson sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Skala *REEDA*

Pengukuran luka Skala *REEDA*

Point	*Redness*	*Edema*	Ecchymosis	*Discharge*	*Approximate*
0	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tertutup
1	Sekitar 0,25 cm pada kedua sisi insisi	Kurang Dari 1 Cm Dari Insisi	Sekitar 0,25 Cm Bilateral/0,5 Cm Unilateral	Serosa	Jarak Kulit 3mm Atau Kurang
2	Sekitar 0,5 cm pada	Sekitar 1-2 cm dari insisi	Sekitar 0,5-1 cm	Serosanguinous	Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan

	kedua sisi insisi		bilateral/0,5-2 cm unilateral		
3	Lebih dari 0,5 cm pada kedua sisi insisi	Lebih dari 2 cm dari insisi	Lebih dari 1 cm atau 2 cm unilateral	Darah purulen	Terdapat jarak antara kulit, lemak subkutan dan fasia

Sistem penilaian REEDA menggunakan rentang skor 0 sampai 3 pada setiap komponen. Total skor berkisar antara 0 sampai 15, dimana skor yang lebih rendah menunjukan penyembuhan luka sangat baik, sedangkan yang lebih tinggi menunjukan kondisi penyembuhan yang kurang baik atau buruk. Secara umum, skor 0 menunjukan perbaikan, skor 1-5 menunjukan perbaikan sedang, 6-10 menunjukan pemulihan lemah, 11-15 menunjukan tidak ada pemulihan (Sari, 2025).

2.4 Perawatan Luka Dengan *Island Dressing*

2.4.1 Pengertian Perawatan Luka *Island Dressing*

Island Dressing merupakan salah satu jenis balutan luka modern yang terdiri dari bantalan penyerap dibagian tengah yang dilengkapi dengan perekat di sekelilingnya. Balutan ini umumnya dilapisi *film polyester* sehingga tidak melekat langsung pada permukaan luka serta memiliki kemampuan menyerap eksudat dalam jumlah ringan. Balutan ini banyak digunakan pada luka superfisial dan luka pasca operasi karena mampu memberikan perlindungan optimal serta menjaga kondisi luka tetap lembab (Holloway & Harding, 2022 (Kurniasih, 2024).

Gambar 2. 1 *Island Dressing*



Sumber: (WoundSource)

2.4.2 Tujuan Penggunaan *Island Dressing*

Tujuan penggunaan *Island Dressing* adalah untuk melindungi luka dari kontaminasi eksternal serta mempertahankan lingkungan luka tetap lembab guna mempercepat proses penyembuhan. Balutan sederhana yang pada dasarnya memberikan lapisan kontak untuk melindungi dasar luka dari kerusakan lebih lanjut serta mempertahankan lingkungan yang lembab. Selain itu, penggunaan balutan yang lebih canggih atau interaktif mampu memodifikasi kondisi fisiologis lingkungan luka untuk mengoptimalkan proses penyembuhan, seperti pembentukan jaringan granulasi dan re-epitelisasi, serta mengontrol tingkat eksudat dan bakteri. Dengan demikian penyembuhan luka dapat berlangsung secara optimal (Holloway & Harding, 2022 (Kurniasih, 2024).

2.4.3 Prosedur Tindakan

Cara penggunaanya cukup mudah, yaitu dengan menempatkan lembar balutan sehingga bagian penyerap menutupi seluruh area luka. Penggantian balutan dilakukan setiap hari atau disesuaikan dengan jumlah eksudat.

2.4.4 Indikasi dan Kontraindikasi *Island Dressing*

a. Indikasi:

1. Luka operasi dengan eksudat ringan hingga sedang
2. Luka dengan kebutuhan perlindungan dari kontaminasi luar
3. Luka yang memerlukan lingkungan lembab untuk mempercepat penyembuhan
4. Luka dengan tanda dan jaringan nekrotik atau kering

b. Kontraindikasi:

1. Luka dengan eksudat banyak atau berlebihan
2. Luka dengan pendarahan aktif
3. Kulit sekitar luka yang sangat sensitif atau memiliki alergi terhadap perekat.

(Medika, 2018).

2.4.5 Kelebihan *Island Dressing*

1. Memiliki lapisan penyerap (*melolin*) mampu menyerap eksudat ringan
2. Mengandung *polyurethane film* yang bersifat permabel terhadap gas
3. Dilengkapi perekat dengan bahan tipis dan transparan sehingga nyaman digunakan
4. Mampu mencegah masuknya cairan dan mikroorganisme ke dalam luka
5. Menurunkan terjadinya Risiko infeksi pada luka
6. Melindungi ujung saraf (*nerve endings*) sehingga dapat mengurangi rasa nyeri
7. Menjaga kelembapan pada permukaan sehingga mengurangi trauma saat penggangtian balutan
8. Mudah digunakan

(Holloway & Harding, 2022 (Kurniasih, 2024).

2.4.6 Kekurangan *Island Dressing*

Island Dressing memiliki keterbatasan pada daya serap eksudat yang tinggi, berisiko menimbulkan iritasi pada kulit akibat perekat, serta kurang efektif untuk luka dalam.

2.4.7 Evaluasi Luka

Evaluasi penggunaan *Island Dressing* dilakukan dengan menilai kondisi luka meliputi tidak terdapat tanda-tanda peradangan seperti *edema* (pembengkakan), dolor (nyeri), calor (panas), rubor (kemerahan) (Wintoko & Yadika, 2020). tidak ditemukannya tanda-tanda tersebut menunjukan proses penyembuhan luka berlangsung dengan baik dan tidak adanya infeksi pada luka.

2.4.8 Standar Operasional Prosedur (SOP) Perawatan Luka Post Operasi Herniorafi Dengan *Island Dressing*

Tabel 2. 2 Standar Operasional Prosedur (SOP) Perawatan Luka Post Operasi Herniorafi Dengan *Island Dressing*

Pengertian	Membersihkan luka, mengobati luka dan menutupi kembali luka menggunakan *Island Dressing*
Tujuan	1. Melindungi luka dari kontaminasi eksternal 2. Mempertahankan lingkungan luka tetap lembap 3. Mempercepat proses penyembuhan
Indikasi dan kontraindikasi	Indikasi: 1. Luka superfisial dengan eksudat ringan hingga sedang 2. Luka dengan kebutuhan perlindungan dari kontaminasi dari luar 3. Luka yang memerlukan lingkungan lembab untuk mempercepat penyembuhan 4. Luka dengan tanda dan jaringan nekrotik atau kering Kontraindikasi: 1. Luka dengan eksudat banyak atau berlebihan

	2. Luka dengan pendarahan aktif 3. Kulit sekitar luka yang sangat sensitif atau memiliki alergi terhadap perekat.
Persiapan alat dan bahan	1. 1 buah pinset anatomis 2. 1 buah pinset chirurgis 3. 1 buah gunting jaringan 4. Kom kecil 2 buah 5. Kassa steril 6. Peralatan lain terdiri dari: 1. Sarung Tangan 2. Desinfektan/bethadine 3. Cairan NaCl 0,9% 4. Bengkok 5. Perlak/pengalas 6. Pembalut/dressing luka (***Island Dressing)***
Tahap pra interaksi	1. Cek catatan keperawatan 2. Siapkan alat-alat 3. Cuci tangan
Tahap orientasi	Berikan salam dan perkenalan, pastikan identitas pasien, menjelaskan tujuan tindakan, prosedur dan lamanya tindakan
Tahap kerja	Pengecekan kondisi awal: 1. Mengkaji kondisi umum pasien 2. Mengukur tanda vital (suhu, nadi, tekanan darah, respirasi) 3. Mengkaji riwayat alergi pasien (terhadap plester/perekat) 4. Mengobservasi kondisi balutan sebelumnya (bersih, kotor, lembab) 5. Mengkaji kondisi luka (warna, eksudat, tanda-tanda infeksi) 6. Melakukan penilaian awal kondisi luka menggunakan skala REEDA *(redness, edema,* ecchymosis*, discharge, approximation)* sebagai data dasar (baseline) *7.* Melakukan uji alergi sederhana (patch test) terhadap *island dresssing* 8. Menentukan kesiapan pasien untuk dilakukan tindakan

	Pelaksanaan tindakan: 1. Dekatkan alat-alat dengan pasien 2. Menutup sampiran 3. Mengatur posisi pasien 4. Pasang perlak/pengalas dibawah daerah luka 5. Membuka balutan lama secara hati-hati 6. Memakai sarung tangan 7. Basahi kasa dengan bethadin kemudian menggunakan pinset bersihkan area sekitar luka bagian luar sampai bersih dari kotoran (gunakan teknik memutar searah jarum jam) 8. Basahi kasa dengan cairan NaCl 0,9% kemudian dengan menggunakan pinset bersihkan area luka bagian dalam (gunakan teknik usapan dari atas ke bawah) 9. Keringkan daerah luka dan pastikan area daerah luka bersih dari kotoran 10. Beri obat luka sesuai kebutuhan 11. Menutup luka dengan ***Island Dressing*** 12. Mengatur posisi pasien seperti semula 13. Alat – alat dibereskan 14. Buka sarung tangan Tahap terminasi: 1. Mengevaluasi hasil tindakan (nyeri, kenyamanan) 2. Menanyakan respon atau keluhan pasien setelah tindakan dilakukan 3. Memberikan edukasi kepada pasien atau keluarga tentang cara menjaga kebersihan luka, tanda-tanda infeksi dan kapan harus mengganti balutan
Dokumentasi	Dokumentasi hasil tindakan: 1. Catat kondisi luka sebelum dan sesudah tindakan 2. Catat hasil tindakan yang dilakukan 3. Catat respon pasien sampaikan hasil pemeriksaan pada pasien lakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya 4. Evaluasi kondisi luka mengunakan skala REEDA *(redness, edema,* ecchymosis*, discharge,*

	approximation) untuk menilai proses penyembuhan luka secara objektif
	5. Dokumentasi skor REEDA pada lembar observasi dan bandingkan pada setiap pergantian balutan

Sumber: (Fajriah 2018)

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Herniorafi

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali membaik.

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang Pasien yang dibutuhkan, dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan (Sari, 2025).

a. Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, alamat, tanggal masuk RS, nomor registrasi, diagnosa, nama orang tua, pekerjaan suku bangsa.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang paling dirasakan oleh pasien saat pertama kali masuk rumah sakit, khususnya pada pasien pasca operasi herniorafi.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian riwayat pasien saat ini meliputi alasan masuk dan keluhan utama saat dikaji kemudian dikembangkan dengan teknik PQRST:

a. P (Provokatif atau Paliatif)

Faktor yang memicu atau mengurangi nyeri. pada pasien post operasi herniorafi nyeri biasanya dirasakan pada area luka operasi. Nyeri akan meningkat saat pasien bergerak atau batuk dan berkurang ketika pasien beristirahat atau setelah mendapatkan terapi obat.

b. Q (Quality dan Quantity)

Menggambarkan karakteristik dan intensitas nyeri. pasien herniorafi umunya meraskan nyeri seperti tertusuk, panas perih atau kesemutan dengan skala nyeri ≥ 5 (0-10), yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari.

c. R (Region atau radiasi)

Menjelaskan lokasi dan penyebaran nyeri. nyeri biasanya terpusat pada area luka operasi dan dapat menjalar ke seluruh bagian abdomen.

d. S (Severity, skala)

Menunjukan tingkat keparahan nyeri dan dampaknya terhadap aktivitas. Pada umunya, nyeri menyebabkan keterbatasan gerak dan kelemahan sehingga aktivitas pasien menjadi terganggu.

e. T (Timing atau waktu)

Menggambarkan waktu muncul dan durasi nyeri. nyeri dapat bersifat hilang timbul atau menetap terutama pada fase awal setelah operasi.

3) Riwayat kesehatan dahulu

   Meliputi penyakit apa saja yang pernah diderita oleh pasien selama hidupnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

   Meliputi tentang penyakit yang pernah diderita oleh keluarga seperti DM, hipertensi, dll.

5) Pola aktivitas

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

6) Pemeriksaan fisik

   1. Keadaan umum

      Kesadaran pasien composmetis, ekspresi wajah terlihat menahan nyeri dan sedikit meringis apabila menggerakan tubuh.

   2. Vital sign
   3. BB/TB
   4. Sistem pernafasan

      Menilai dan melaporkan inspeksi dada dalam keadaan statis (bentuk dada, kelainan dinding dada) dan dinamis (keterlambatan gerak, retraksi). Adanya gangguan respirasi ditandai dengan peningkatan frekuensi nafas.

5. Sistem kardiovaskuler

   Pada pasien post operasi biasanya ditemukan tanda-tanda syok seperti takikardi, berkeringat pucat dan hipotensi.

6. Sistem pencernaan

   Pasien post operasi biasanya akan mengalami penurunan bising usus namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual.

7. Sistem persyarafan

   Mengkaji tingkat kesadaran Pasien dengan menggunakan GCS, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral.

8. Sistem endokrin

   Mengkaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak.

9. Sistem genetalia

   Meliputi kebersihan genetalia. Pada pasien post operasi dapat terjadi penurunan jumlah output urine akibat efek anastesi, nyeri atau keterbatasan mobilisasi.

10. Sitem musculoskeletal

    Pasien post operasi dapat mengalami kelemahan dan kesulitan ambulasi akibat nyeri post operasi dan efek samping dari anastesi yang sering terjadi adalah kekauan otot. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsur-angsur.

11. Sistem integument

    Ditemukan adanya luka pasca operasi yang disertai nyeri saat dilakukan palpasi pada area luka. karakteristik luka

dapat bervariasi tergantung pada lama waktu setelah pembedahan, tingkat kerusakan jaringan serta lapisan kulit yang terlibat. Anda-tanda yang muncul meliputi nyeri, perdarahan dan kemerahan. Selain itu, turgor kulit akan membaik seiring dengan meningkatnya intake oral pasien.

12. Sistem pendengaran/THT

    Dilakukan pengkajian terhadap kondisi telinga, meliputi kesimetrisan serta adanya lesi atau kelainan lain yang dapat ditemukan.

13. Sistem penglihatan

    Diperiksa kesimetrisan kedua mata, ada tidaknya sekret okular/lesi, reflek pupil terhadap cahaya, visus (ketajaman penglihatan), biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan.

7) Riwayat psikologi

1. Data psikologi

   Pasien umunya mengalami perubahan kondisi emosional sebagai dampak dari tindakan pembedahan, seperti munculnya rasa cemas.

2. Data sosial

   Dilakukan pengkajian terhadapat hubungan pasien dengan keluarga, sesama pasien, serta tenaga kesehatan. Pada umunya pasien tetap mampu menjalin interaksi yang baik dengan lingkungan sekitarnya.

3. Data spiritual

   Pengkajian meliputi persepsi pasien terhadap penyakit yang dialami, motivasi atau semangat untuk sembuh, serta keyakinan pasien terhadap proses penyembuhan. Secara

umum, pasien berdoa untuk kesembuhannya. Namun, aktivitas ibadah dapat terganggu akibat keterbatasan fisik seperti kelemahan dan nyeri pasca operasi.

8) Hasil pemeriksaan diagnostik

semua tindakan diagnostik dan pemeriksaan laboratorium yang dijalani pasien perlu didokumentasikan beserta hasilnya, termasuk nilai rujukan. Seperti:

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

2.5.2 Analisa Data

Tabel 2. 3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds: Do: - Terlihat meringis - Frekuensi nadi meningkat	Herniorafi ↓ Luka insisi ↓ Diskontiunitas jaringan ↓ Trauma jaringan ↓ Pelepasan mediator inflamasi (bradikinin, prostagladin, histamin, serotonin)	Nyeri Akut (D.0077)

			↓ Inflamasi Stimulasi nociceptor ↓ Nyeri akut	
2.	Ds: - Do: - Terdapat adanya tindakan invansif - Terjadi peningkatan jumlah lekosit		Herniorafi ↓ Luka insisi ↓ Diskontiunitas jaringan ↓ Munculnya zat patogen ↓ Kontaminasi ↓ Masuknya mikroorganisme ↓ Risiko infeksi	Risiko infeksi (D.0142)
3.	Ds: Do: - Terjadi penurunan kekuatan otot - Rentang gerak ROM mengalami penurun - Gerakan terbatas		Herniorafi ↓ Luka insisi ↓ Diskontinuitas jaringan ↓ Trauma jaringan ↓ Pelepasan mediator inflamasi (bradikinin, prostagladin, histamin, serotonin) ↓ Inflamasi ↓ Stimulasi nociceptor ↓	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

			Nyeri akut ↓ Takut Gerak ↓ Tirah baring ↓ Gangguan mobilitas Fisik	
4.	Ds: Do: - Keluhan istirahat tidak cukup - Keluhan sulit tidur		Herniorafi ↓ Luka insisi ↓ Diskontiunitas jaringan ↓ Trauma jaringan ↓ Pelepasan mediator inflamasi (bradikinin, prostagladin, histamin, serotonin) ↓ Inflamasi Stimulasi nociceptor ↓ Nyeri akut ↓ Kesulitan tidur ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur (D.0055)
5.	Ds: Do: - klien tampak lemah dan mudah lelah - asupan makan klien terlihat sedikit		Herniorafi ↓ Efek anastesi ↓ Menekan sistem saraf ↓	Risiko defisit nutrsi (0032)

	- membran mukosa tampak pucat	Penurunan reflek gastrointestinal ↓ Peningkatan HCL ↓ Mual muntah ↓ Rsiko defisit nutrisi

2.5.3 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih) (D.0077).
2. Risiko infeksi berhubungan dengan defek prosedur invasive (D.0142)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D.0054)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (D.0055)
5. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D.0032)

2.5.4 Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 4 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	**Tingkat nyeri (L.08066)** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama…x24 jam diharapkan dapat	**Manajemen nyeri (I.08238)** **Observasi** 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri

		memenuhi kriteria hasil: 1. Nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan darah membaik	3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik **Terapeutik** 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri **Edukasi** 1. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Risiko infeksi b.d defek prosedur invasive (D.0142)	**Tingkat infeksi (L.14137)** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama…x24jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil: 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Bengkak menurun	**Perawatan luka (I.14564)** **Observasi** 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran bau) **Terapeutik** 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 3. Pasang balutan menggunakan ***Island Dressing*** 4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka **Edukasi** 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

			2. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein (mis. Buah-buahan,roti, gandum, daging telur) **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
3.	Gangguan mobilitas fisik b.d keengganan melakukan pergerakan (D.0054)	**Mobilitas fisik (L.05042)** Setelah diberikan asuhan keperawatan, selama…x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil: 1. Pergerakan otot meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak sendi (ROM) meningkat	**Dukungan mobilisasi (I.05173)** **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** 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan **Edukasi** 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di

			tempat tidur, duduk disisitempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi
4.	Gangguan pola tidur b.d nyeri (D.0055)	**Pola tidur (L.05045)** Setelah diberika asuhan keperawatan selama...x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur membaik 3. Keluhan istirahat tidak cukup membaik	**Dukungan tidur (I.05174)** **Observasi** 1. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis) **Terapeutik** 1. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) **Edukasi** 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
5.	Risiko defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencera makanan (D.0032)	**Status nutrisi (L.03030)** Setelah diberikan asuhan keperawatan selama…x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Frekuensi makan meningkat	**Manajemen nutrisi (I.03119)** **Observasi** 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan nutrien 4. Monitor asupan makanan **Terapeutik** 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

	3. Nafsu makan meningkat 4. Perasaan cepat kenyang menurun	3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein **Edukasi** 1. Anjurkan posisi duduk, jika perlu **Observasi** 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

2.5.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksana tindakan keperawatan berdasarkan rencana yang telah disusun sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi mencakup pelaksanaan serta pendokumentasian tindakan spesifik yang dilakukan dalam pemberian intervensi (SIKI, 2018).

Implementasi merupakan tahap penerapan rencana keperawatan yang telah dibuat pada tahap perencanaan dengan tujuan membantu mempertahankan dan meningkatkan kondisi kesehatan pasien. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan pasien, meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif dengan tim kesehatan lain maupun tindakan yang bergantung pada instruksi tertentu. Sebelum melakukan tindakan, perawat perlu melakukan validasi terhadap rencana yang telah dibuat untuk memastikan bahwa tindakan tersebut masih sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien saat ini (Sari, 2025).

Adapun implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien post operasi hernia dengan masalah risiko infeksi melalui tindakan perawatan luka. intervensi meliputi pengkajian, perumusan masalah keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Intervensi keperawatan yang dilakukan. meliputi:

Perawatan luka (I.145641)

Observasi:

1. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran bau)
2. Memonitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

1. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan
2. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
3. Membersihkan jaringan nekrotik
4. Memasang balutan menggunakan ***Island Dressing***
5. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
6. Mengganti balutan sesuai eksudat atau drainase

Edukasi

1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.

2.5.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan (Potter & Perry, 2017 (Sari, 2025). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses

keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah di kumpulkan dan kesesuaian perilaku yang di observasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif.

Adapun kriteria hasil setelah penerapan perawatan luka menggunakan *Island Dressing* sebagai berikut:

1. Penyatuan jaringan kulit mengalami peningkatan
2. Penyatuan tepi luka menunjukan perbaikan
3. Pembentukan jaringan granulasi meningkat
4. Pembengkakan pada area sekitar luka menurun
5. Tanda-tanda peradangan pada luka berkurang
6. Nekrosis menurun
7. Infeksi menurun