

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keperawatan

1. Definisi Keperawatan

Keperawatan adalah suatu profesi yang berorientasi pada pelayanan kesehatan dengan segala perencanaan atau tindakan untuk membantu meningkatkan kesejahteraan kehidupan masyarakat (Hidayat, 2007).

Keperawatan adalah pelayanan langsung, berorientasi pada tujuan, dan membantu individu, keluarga, masyarakat yang sakit atau sehat, dengan penampilan kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan atau penyembuhan (Effendy, 1998)

2. Definisi Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah segala bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada klien yang sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) (Carpenito, 2009).

Pemberi asuhan keperawatan adalah tugas perawat pelaksana (Hidayat, 2011). Perawat pelaksana bertugas memberikan asuhan keperawatan, membantu penyembuhan, membantu memecahkan masalah pasien dibawah pengawasan dokter atau kepala ruang (Pratiwi & Utami, 2010).

3. Menurut Carpenito (2009) terdapat beberapa tahap dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu :

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan klien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social maupun spiritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien.

b. Diagnosis

Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan tentang masalah atau status kesehatan klien, baik actual maupun potensial, yang ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data hasil pengkajian. Diagnosis keperawatan berfungsi untuk mengidentifikasi, memfokuskan dan memecahkan masalah keperawatan klien secara spesifik.

c. Planning

Perencanaan (*planning*) merupakan suatu petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan. Tahap perencanaan ini juga memberikan kesempatan kepada perawat, klien, keluarga klien dan orang terdekat klien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan guna mengatasi masalah yang dialami oleh klien.

d. Implementasi

Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

e. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

B. Implementasi Keperawatan

1. Definisi Implementasi

Implementasi adalah tahap ke empat dalam tahap proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana (Hidayat, 2004).

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008).

2. Jenis-Jenis Implementasi Keperawatan

Menurut Asmadi (2008) dalam melakukan implementasi keperawatan terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, yaitu :

- a. *Independent implementations* adalah suatu tindakan yang dilakukan secara mandiri oleh perawat tanpa petunjuk dari tenaga kesehatan

lainnya. *Independent implementations* ini bertujuan untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan klien itu sendiri, seperti contoh : membantu klien dalam memenuhi *activity daily living* (ADL), memberikan perawatan diri, menciptakan lingkungan yang aman, nyaman dan bersih untuk klien, memberikan dorongan motivasi, membantu dalam pemenuhan psiko-sosio-spiritual klien, membuat dokumentasi, dan lain-lain.

- b. *Interdependent/collaborative implementations* adalah tindakan perawat yang dilakukan berdasarkan kerjasama dengan tim kesehatan yang lain. Contohnya dalam pemberian obat, harus berkolaborasi dengan dokter dan apoteker untuk dosis, waktu, jenis obat, ketepatan cara, ketepatan klien, efek samping dan respon klien setelah diberikan obat.
- c. *Dependen implementations* adalah pelaksanaan rencana tindakan medis/instruksi dari tenaga medis seperti ahli gizi, psikolog, psikoterapi, dan lain-lain dalam hal pemberian nutrisi kepada klien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi dan latihan fisik sesuai dengan anjuran bagian fisioterapi.

3. Tahap-Tahap Implementasi Keperawatan

Menurut Purwaningsih & Karlina (2010) ada 4 tahap operasional yang harus diperhatikan oleh perawat dalam melakukan implementasi keperawatan, yaitu sebagai berikut :

a. Tahap Prainteraksi

- 1) Membaca rekam medis klien

- 2) Mengeksplorasi perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan professional pada diri sendiri
- 3) Memahami rencana keperawatan secara baik
- 4) Menguasai keterampilan teknis keperawatan
- 5) Memahami rasional ilmiah dari tindakan yang akan dilakukan
- 6) Mengetahui sumber daya yang diperlukan
- 7) Memahami kode etik dan aspek hukum yang berlaku dalam pelayanan keperawatan
- 8) Memahami standar praktik klinik keperawatan untuk mengukur keberhasilan
- 9) Memahami efek samping dan komplikasi yang mungkin muncul
- 10) Penampilan perawat harus meyakinkan

b. Tahap Perkenalan

- 1) Mengucapkan salam
- 2) Mengorientasikan/memperkenalkan nama
- 3) Menanyakan nama, alamat dan umur klien
- 4) Menginformasikan kepada klien tujuan dan tindakan yang akan dilakukan oleh perawat
- 5) Memberitahu kontrak waktu, berapa lama akan dilakukannya tindakan

- 6) Memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya tentang tindakan dan bertanya kepada klien setuju atau tidak pada tindakan yang akan dilakukan

c. Tahap Kerja

- 1) Menjaga *privacy* klien
- 2) Melakukan tindakan yang sudah direncanakan
- 3) Hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energi klien, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman, *privacy*, kondisi klien, respon klien terhadap tindakan yang telah diberikan

d. Tahap Terminasi

- 1) Beri kesempatan kepada klien untuk mengekspresikan perasaannya setelah dilakukan tindakan oleh perawat
- 2) Berikan *feedback* yang baik kepada klien dan puji atas kerjasama klien
- 3) Kontrak waktu selanjutnya
- 4) Rapikan peralatan dan lingkungan klien dan lakukan terminasi
- 5) Berikan salam sebelum meninggalkan pasien
- 6) Lakukan pendokumentasian

C. Luka

1. Definisi Luka

Luka adalah suatu keadaan yang menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan, yang dapat disebabkan oleh trauma, operasi, *ischemia* dan tekanan (Ekaputra, 2013).

Luka adalah rusaknya struktur dan fungsi anatomi kulit normal akibat proses patologis yang berasal dari internal maupun eksternal dan mengenai organ tertentu (Sinaga dan Tarigan, 2012).

Luka adalah gangguan atau kerusakan integritas dan kerusakan fungsi jaringan pada tubuh, yang dapat mengakibatkan seseorang merasa menderita karena dapat mengganggu aktivitas sehari-hari (Nurachmah, Kristianto & Gayatri, 2011).

2. Definisi Luka Operasi

Luka operasi adalah luka akut yang dibuat oleh ahli bedah yang bertujuan untuk terapi atau rekonstruksi (Murtutik & Marjiyanto, 2013).

3. Klasifikasi Luka menurut Ekaputra (2013) antara lain :

a. Berdasarkan kedalaman jaringan

1) *Partial thickness*

Luka mengenai lapisan epidermis dan dermis.

2) *Full thickness*

Luka mengenai lapisan epidermis, dermis, *subcontineous* dan termasuk mengenai otot, tendon dan tulang.

b. Berdasarkan luka operasi

1) Luka operasi bersih

Pembuatan luka/luka operasi yang tidak terinfeksi dimana tidak ditemukannya inflamasi atau tanpa peradangan dan tidak ada infeksi. Kondisi luka tidak membuka (tertutup) dan tidak ada drainase.

2) Luka bersih terkontaminasi

Luka operasi yang berhubungan dengan saluran pernapasan, genital dan bagian saluran kemih. Contoh : operasi pada traktus bilier, apendiks, vagina/orovaring, laparatomi, trakeostomi dan neprostomi.

3) Luka kotor/kronik

a) Hasil klinis menunjukkan adanya infeksi

b) Luka yang mengalami *traumatic* dan sudah lama

c) Melewati daerah *purulent*, inflamasi memanjang

4. Menurut Riyadi & Harmoko (2012) ada beberapa mekanisme terjadinya luka, antara lain :

a. Luka insisi (*vulnus scissum*), luka yang disebabkan oleh luka sayatan atau luka teriris oleh benda tajam. Contoh : luka akibat pembedahan.

- b. Luka memar (*vulnus contusum*), terjadi akibat cedera jaringan bawah kulit akibat benturan atau tekanan yang ditandai dengan warna biru bahkan hitam di bagian tubuh yang terkena benturan, bengkak, perdarahan dan cedera pada jaringan lunak.
 - c. Luka robek (*vulnus kaceratum*), terjadi akibat mesin atau benda lainnya yang menyebabkan robeknya jaringan dalam.
 - d. Luka tusuk (*vulnus punctum*), luka yang terjadi akibat adanya benda tajam seperti pisau, dan benda tajam lainnya yang masuk ke dalam kulit dengan diameter kecil.
 - e. Luka tembak (*vulnus seloferadum*), luka yang terjadi akibat tembakan peluru, bagian tepi luka tampak kehitam-hitaman.
 - f. Luka gigitan (*vulnus morcum*), luka yang terjadi akibat gigitan yang tidak jelas bentuknya pada bagian luka.
 - g. Luka terkikis (*vulnus abrasion*), luka yang tidak sampai ke pembuluh darah.
5. Menurut Setyarini, Barus & Dwitari (2013) ada beberapa komplikasi dalam penyembuhan luka, yaitu :
- a. Infeksi

Invasi bakteri pada luka dapat terjadi pada saat trauma, selama pembedahan atau setelah pembedahan. Gejala dari infeksi sering muncul dalam 2 – 7 hari setelah pembedahan. Gejalanya berupa infeksi termasuk adanya *purulent*, peningkatan drainase, nyeri, kemerahan dan

bengkak di sekeliling luka, peningkatan suhu, dan peningkatan jumlah sel darah putih.

b. Perdarahan

Perdarahan dapat menunjukkan suatu pelepasan jahitan, sulit membeku pada garis jahitan, infeksi, atau erosi dari pembuluh darah oleh benda asing (seperti drain).

c. *Dehiscence* dan *eviscerasi*

Dehiscence dan *eviscerasi* adalah komplikasi operasi yang paling serius. *Dehiscence* adalah terbukanya lapisan luka partial atau total. *Eviscerasi* adalah keluarnya pembuluh melalui daerah irisan. Sejumlah faktor meliputi, kegemukan, kurang nutrisi, multiple trauma, gagal untuk menyatu, batuk yang berlebihan, muntah, dan dehidrasi, mempertinggi resiko klien mengalami *dehiscence* luka. *Dehiscence* luka dapat terjadi 4 – 5 hari setelah operasi sebelum kolagen meluas di daerah luka.

D. Perawatan Luka

1. Definisi

Perawatan luka merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk merawat luka agar sembuh sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan meminimalkan resiko infeksi dan mencegah terjadinya komplikasi, dalam tindakan dan proses penyembuhan luka akan berkualitas apabila dilakukan dengan benar sesuai dengan SOP yang telah

ada. Perawatan luka adalah suatu penanganan luka yang terdiri dari membersihkan, menutup dan membalut luka sehingga dapat membantu dalam proses penyembuhan luka (Brunner & Suddarth, 2001).

Perawatan luka bedah adalah perawatan luka yang terdiri atas membersihkan, mengompres dan membalut luka post operasi (Setyarini, Barus & Dwitari, 2013).

2. Menurut Brunner & Suddarth (2001) ada beberapa tujuan dalam perawatan luka, yaitu :
 - a. Mencegah terjadinya infeksi
 - b. Mempercepat proses penyembuhan luka
 - c. Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis
3. Tehnik perawatan luka menurut Brunner & Suddarth (2001), antara lain :
 - a. Persiapan
 - 1) Alat
 - 2) Lingkungan
 - 3) Pelaksanaan
 - b. Prosedur pelaksanaan

Sesuai dengan rencana dan sesuai dengan standar operasional prosedur.
 - c. Hal-hal yang harus diperhatikan
 - 1) Pengangkatan balutan dan pemasangan kembali balutan dapat mengakibatkan nyeri

- 2) Cermat dalam menjaga kesterilan
- 3) Peka terhadap privasi klien

E. Standar Operasional Keperawatan

1. Definisi SOP

SOP adalah dokumen yang berisi petunjuk dan serangkaian instruksi tertulis yang berfungsi menggambarkan bagaimana tujuan pekerjaan dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku, menjelaskan bagaimana proses pelaksanaan kegiatan berlangsung dan sebagai sarana tata urutan dari pelaksanaan (Asbeni, Tohardi & Rusdiono, 2013).

2. Tujuan SOP

Standar oprasional prosedur (SOP) bertujuan untuk membentuk system kerja dan aliran kerja yang teratur, sistematis, dan dapat dipertanggung jawabkan; menggambarkan bagaimana tujuan pekerjaan dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku; menjelaskan bagaimana proses pelaksanaan kegiatan berlangsung; sebagai sarana tata urutan dari pelaksanaan dan proses kerja yang sistematis (Asbeni, Tohardi & Rusdiono, 2013).

3. SOP Perawatan Luka

SOP perawatan luka bersih menurut Riyadi & Harmoko, 2012, yaitu :

Prosedur :

- a. Tahap pre interaksi

- 1) Membaca rekam media pasien dan catatan untuk rencana perawatan luka
 - 2) Mengekplorasi perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan professional pada diri sendiri.
 - 3) Menyiapkan alat :
 - a) Seperangkat set perawatan luka steril
 - b) Larutan pembersih yang diresepkan
 - c) Gunting verban/plester
 - d) Sarung tangan sekali pakai
 - e) Plester, pengikat atau balutan sesuai kebutuhan
 - f) Bengkok
 - g) Perlak pengalas
 - h) Kantong untuk sampah
 - i) Troli/meja dorong
- b. Tahap orientasi
- 1) Memberikan salam, memastikan dengan menanyakan nama, alamat dan umur pasien
 - 2) Memanggil pasien sesuai dengan persetujuan pasien
 - 3) Menjelaskan tujuan, prosedur dan lamanya tindakan pada klien/keluarga klien
 - 4) Memberikan kesempatan pada klien untuk bertanya sebelum tindakan dimulai
 - 5) Meminta persetujuan klien

- 6) Menjaga privacy klien dengan menutup tirai yang ada di sekitar pasien, serta pintu dan jendela dan hanya membuka bagian yang akan dilakukan perawatan luka.
- 7) Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan

c. Tahap kerja

- 1) Menyusun semua peralatan yang diperlukan di troli dekat pasien (tidak membuka peralatan steril dulu)
- 2) Meletakkan bengkok didekat pasien
- 3) Memasangkan perlak pengalas
- 4) Mengatur posisi klien dan menginstruksikan klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril
- 5) Menggunakan sarung tangan steril sekali pakai dan melepaskan plester, ikatan atau balutan dengan menggunakan pinset
- 6) Jika balutan lengket pada luka, melepaskan balutan dengan memberikan larutan steril/NaCl
- 7) Observasi karakter dan jumlah drainase pada balutan
- 8) Buang balutan kotor pada bengkok, lepaskan sarung tangan dan buang pada tempatnya
- 9) Buka bak instrumen balutan steril. Balutan, gunting dan pinset, harus tetap pada bak instrumen steril
- 10) Kenakan sarung tangan steril
- 11) Inspeksi luka. Perhatikan kondisinya, letak drain, integritas balutan atau penutupan kulit, dan karakter drainase
- 12) Membersihkan luka dengan larutan antiseptic yang diresepkan

- 13) Menggunakan satu kassa untuk satu kali usapan
- 14) Membersihkan luka dari area kurang terkontaminasi ke area terkontaminasi
- 15) Gunakan kassa baru untuk mengeringkan luka atau insisi
- 16) Berikan salep antiseptic bila dipesankan
- 17) Pasang kassa steril kering pada insisi atau letak luka
- 18) Menggunakan plester diatas balutan, fiksasi dengan ikatan atau balutan
- 19) Melepaskan sarung tangan dan membuang pada tempat sampah medis
- 20) Membantu klien pada posisi yang nyaman.

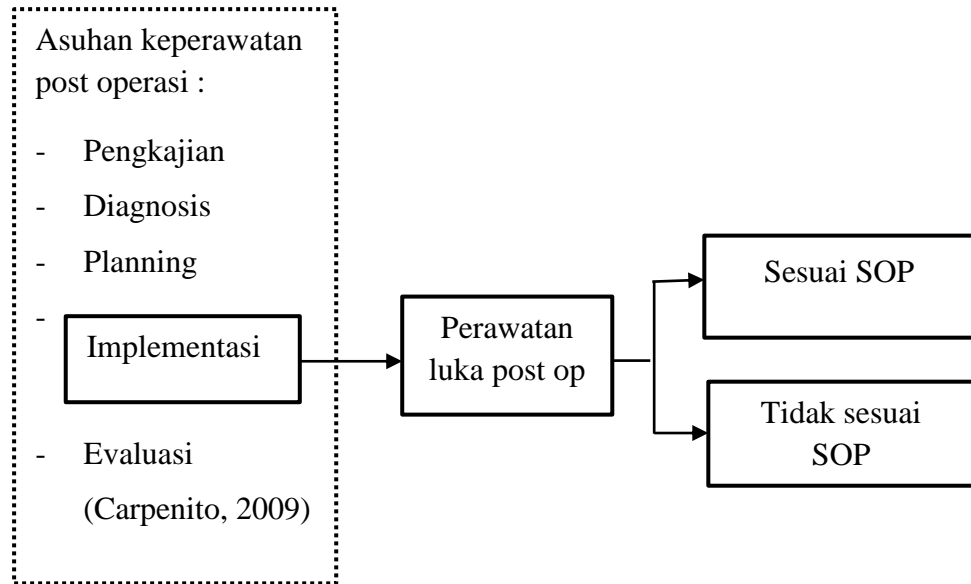
d. Tahap Terminasi

- 1) Mengevaluasi perasaan klien setelah dilakukan tindakan
- 2) Menyimpulkan hasil tindakan
- 3) Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya
- 4) Mencuci dan membereskan alat setelah digunakan
- 5) Mencuci tangan setelah melakukan tindakan

e. Dokumentasi

- 1) Mencatat tanggal dan jam perawatan luka
- 2) Mencatat nama, alamat dan umur klien
- 3) Mencatat hasil tindakan sesuai dengan S O A P
- 4) Paraf dan nama petugas/perawat yang melakukan tindakan Standar Operasional Prosedur.

F. Kerangka Konsep



Keterangan :



: Variable yang diteliti



: Variable yang tidak diteliti



: Hasil yang dicapai