

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Laparatomy

2.1.1 Pengertian Laparatomy

Laparotomi adalah jenis operasi bedah mayor yang dilakukan pada abdomen, pembedahan ini melibatkan pembuatan sayatan pada lapisan dinding perut untuk mendapatkan bagian organ perut yang mengalami masalah seperti pendarahan, perforasi, kanker, atau penyumbatan. (Dictara, Angraini and Musyabiq, 2018).

Bedah laparatomy merupakan prosedur pembedahan yang melibatkan pembukaan perut, dilakukan dengan cara membuat insisi atau sayatan besar pada area perut pasien yang didahului dengan pemberian anestesi untuk mendapatkan akses ke organ-organ di dalamnya (Khoiri, 2021).

2.1.2 Indikasi Laparatomy

Menurut Dictara et al., (2018) Tindakan laparotomi biasanya dipertimbangkan untuk pasien yang mengalami nyeri pada bagian abdomen, baik abdomen akut maupun abdomen kronik. Nyeri abdomen dapat diindikasikan pada penyakit diantaranya sebagai berikut:

1. Apendisitis

Apendisitis merupakan peradangan yang terjadi pada usus buntu (apendiks). Usus buntu bisa meradang karena adanya penyumbatan (seringkali

berupa kotoran atau jaringan yang terinfeksi) pada saluran yang menghubungkannya.

2. Hernia

Hernia merupakan kondisi di mana organ atau jaringan dalam menonjol keluar melalui otot atau dinding jaringan pada suatu area tubuh, biasanya pada inguinal.

3. Kanker ovarium

Kanker ovarium adalah jenis kanker yang berkembang di jaringan ovarium, yang merupakan organ penting dalam sistem reproduksi wanita dan bertanggung jawab untuk memproduksi sel telur. Kanker ovarium adalah jenis kanker yang sangat serius yang sulit dideteksi pada tahap awal karena gejalanya seringkali tidak spesifik dan mungkin baru muncul pada stadium yang lebih lanjut.

4. Kanker lambung

Kanker lambung, atau kanker gastrik adalah jenis kanker yang dimulai di dinding lambung. Lambung adalah organ pencernaan yang penting karena bertanggung jawab untuk mencerna makanan dengan asam lambung dan enzim pencernaan. Kanker lambung biasanya dimulai di sel-sel dinding lambung dan dapat menyebar ke bagian tubuh lain seiring perkembangannya.

5. Kanker kolon

Kanker kolon adalah jenis kanker yang berkembang di dalam usus besar (kolon), yang merupakan bagian dari sistem pencernaan. Kanker kolon sering

dimulai sebagai pertumbuhan kecil dan non-kanker yang disebut polip adenomatosa.

6. Kanker kandung kemih

Kanker kandung kemih adalah jenis kanker yang terjadi ketika sel-sel abnormal berkembang di dalam lapisan dinding kandung kemih. Kanker kandung kemih sering kali berkembang secara lambat dan dapat menyebar ke jaringan sekitarnya atau ke bagian tubuh lain jika tidak diobati.

7. Peritonitis

Peritonitis adalah suatu kondisi yang terjadi ketika lapisan peritoneum mengalami peradangan atau infeksi. Peritonitis seringkali terjadi sebagai akibat dari infeksi bakteri yang masuk ke dalam peritoneum melalui gangguan atau kerusakan pada organ dalam perut, seperti usus bocor, kerusakan pada kantong empedu, atau infeksi pada organ reproduksi wanita. Selain itu, peritonitis juga dapat disebabkan oleh trauma perut, perforasi usus, penyakit radang usus, atau komplikasi bedah.

8. Pankreatitis

Pankreatitis adalah kondisi medis yang terjadi ketika pankreas, sebuah organ penting yang terletak di belakang perut dan di bawah lambung, meradang. Pankreas memiliki dua fungsi utama yaitu menghasilkan enzim pencernaan yang penting untuk mencerna makanan dan menghasilkan hormon insulin yang mengatur kadar gula darah.

2.1.3 Komplikasi Laparatomy

Komplikasi pada tindakan laparatomi antara lain:

1. Infeksi luka operasi (ILO)

ILO adalah suatu kondisi dimana penyembuhan luka pasca operasi terganggu. Luka bedah dianggap terinfeksi jika terdapat nanah atau pus pada luka tersebut, dan dapat terinfeksi jika luka tersebut menunjukkan tanda-tanda inflamasi atau keluar cairan serosa (Rahman, Haryanto and Ardiyani, Maryah, 2018).

2. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan respons normal tubuh terhadap proses penyembuhan dan trauma yang terjadi setelah seseorang menjalani prosedur bedah atau proses operasi yang dapat mengancam penyembuhan klien pasca operasi (Utami and Khoiriyah, 2020).

3. Perdarahan

Perdarahan merupakan salah satu komplikasi pada pasien post operasi laparatomy dengan tanda dan gejala perdarahan yang terlihat dari luka operasi, peningkatan denyut nadi, penurunan tekanan darah, pusing, kulit pucat, dan kelemahan (Rustianawati *et al.*, 2018).

4. Hernia insisional

Hernia insisional merupakan salah satu komplikasi pasca operasi operasi laparatomi, terjadi ketika organ atau jaringan menonjol melalui area bekas sayatan bedah atau insisi pada perut dengan gejala pasien mengalami nyeri, rasa

tidak nyaman, keluhan kosmetik, masalah kulit, dan cacat fungsional (Vitawati1, Roberthy D. Maelisa, 2021).

5. Tromboplebitis

Tromboflebitis adalah peradangan atau pembengkakan pembuluh darah vena yang disebabkan oleh adanya bekuan darah pada pembuluh darah vena dan dapat terjadi sebagai komplikasi pasca operasi. Peradangan umumnya terjadi pada pembuluh darah vena kaki, namun tidak menutup kemungkinan juga terjadi pada vena tangan dan leher (Syahputri, 2021).

2.2 Konsep Luka

2.2.1 Pengertian Luka

Luka adalah terputusnya kontinuitas jaringan akibat substansi jaringan yang rusak atau hilang sehingga dapat menyebabkan kerusakan fungsi perlindungan kulit dan dapat disertai dengan kerusakan jaringan lain. Luka dapat terjadi akibat terjatuh, kecelakaan kendaraan bermotor, trauma tajam atau tumpul, maupun proses pembedahan (Wintoko and Yadika, 2020).

Luka adalah suatu bentuk kerusakan jaringan pada kulit yang disebabkan oleh kontak fisik (dengan sumber panas) akibat tindakan medis atau perubahan kondisi fisiologis. Begitu terjadi luka, tubuh secara alami melakukan proses penyembuhan luka melalui aktivitas seluler dan biokimia yang terjadi secara terus menerus (Purnama, Sriwidodo and Ratnawulan, 2019).

2.2.2 Klasifikasi Luka

Berdasarkan waktu dan proses penyembuhannya, luka dapat diklasifikasikan menjadi luka akut dan kronik (Purnama, Sriwidodo and Ratnawulan, 2019).

1. Luka Akut

Luka akut adalah cedera jaringan yang dapat sembuh kembali dalam rentang waktu 8-12 minggu. Penyebab utama dari luka akut adalah cedera mekanikal karena faktor eksternal, dimana terjadi kontak antara kulit dengan permukaan yang keras atau tajam, luka tembak, dan luka pasca operasi. Penyebab lain dari cedera akut termasuk luka bakar dan cedera kimia seperti paparan radiasi, sengatan listrik, paparan cairan kimia korosif, paparan sumber panas.

2. Luka Kronik

Luka kronis merupakan luka yang proses penyembuhannya lambat, waktu penyembuhannya lebih lama dari 12 minggu, dan berpotensi menimbulkan kecacatan. Salah satu penyebab terjadinya luka kronis adalah lambatnya pemulihan akibat penyakit fisiologis (seperti diabetes melitus dan kanker), infeksi yang berkepanjangan, dan pengobatan yang tidak memadai.

2.2.3 Proses Penyembuhan Luka

Menurut Wintoko & Yadika (2020) penyembuhan luka adalah suatu proses perbaikan jaringan kulit atau organ lainnya setelah terjadi luka. Fisiologi penyembuhan luka secara alami akan mengalami fase inflamasi, fase proliferasi, dan fase maturasi. Antara satu fase dengan fase yang lain merupakan suatu

kesinambungan yang tidak dapat dipisahkan.

1. Fase inflamasi

Fase inflamasi dimulai sejak terjadinya luka sampai hari kelima. Respon radang atau inflamasi merupakan suatu reaksi pertahanan dengan tujuan untuk menetralkan, mengontrol, dan atau menghilangkan agens penyerang dan mempersiapkan perbaikan kerusakan di tempat itu. Respon tersebut bersifat non spesifik (tidak khusus sesuai untuk penyebab tertentu) yang mempunyai fungsi protektif. Fase inflamasi dalam proses penyembuhan luka dapat dikenali melalui beberapa tanda dan gejala khas. Tanda-tanda ini mencerminkan respons tubuh terhadap cedera dan upaya untuk melindungi dan memulai proses penyembuhan.

Berikut adalah tanda-tanda umum dari fase inflamasi:

a. Rubor (Kemerahan)

Area yang terkena cenderung tampak lebih merah daripada kulit sekitarnya. Ini disebabkan oleh vasodilatasi, peningkatan aliran darah ke area luka, dan pelepasan zat-zat kimia inflamasi.

b. Calor (Panas)

Daerah yang terkena bisa terasa lebih hangat dibandingkan dengan bagian tubuh lainnya. Peningkatan aliran darah dan aktivitas sel-sel inflamasi dapat menyebabkan peningkatan suhu lokal. Pada beberapa kasus, fase inflamasi dapat disertai dengan peningkatan suhu tubuh secara keseluruhan, terutama jika respons inflamasi menyebar ke seluruh tubuh (seperti pada infeksi sistemik).

c. Tumor (Pembengkakan)

Terjadi pembengkakan di sekitar daerah yang terluka. Hal ini disebabkan oleh penumpukan cairan, termasuk darah dan cairan inflamasi, serta respons tubuh terhadap kerusakan jaringan.

d. Dolor (Nyeri)

Pasien sering mengalami nyeri atau ketidaknyamanan di daerah luka. Nyeri ini dapat disebabkan oleh tekanan yang meningkat, pelepasan zat-zat kimia inflamasi, dan iritasi saraf di daerah yang terkena.

e. Fungsi laesa (Fungsi dan Gerak Terbatas)

Akibat pembengkakan dan nyeri, fungsi dan gerak di sekitar daerah luka dapat terbatas. Ini merupakan respons tubuh untuk mencegah cedera lebih lanjut dan memberikan waktu bagi penyembuhan.

Tanda radang secara fisiologis akan selalu ada selama fase inflamatory pada proses penyembuhan luka. Fase inflamatory dinyatakan berakhir jika tanda-tanda radang sudah menghilang secara keseluruhan. Fase inflamatory paling cepat berakhir pada hari ketiga post operasi, berakhir optimal pada hari ke empat sampai kelima post operasi, dan dinyatakan memanjang apabila sampai pada hari ke tujuh setelah operasi. Jika setelah hari ketujuh operasi radang belum menghilang maka diindikasikan munculnya penyembuhan luka sekunder atau adanya infeksi pada proses penyembuhan luka.

2. Fase Proliferatif

Fase proliferasi atau dikenal sebagai fibroplasia, adalah fase kedua

dalam proses penyembuhan luka. Fase ini disebut juga sebagai fase granulasi karena terdapat pembentukan jaringan granulasi sehingga luka tampak berwarna merah segar dan mengkilat. Fase ini dimulai setelah fase inflamasi dan berlangsung selama tiga minggu, tergantung pada kompleksitas dan ukuran luka.

3. Fase Remodeling/ maturasi

Fase remodelling, atau sering disebut juga sebagai fase maturasi, merupakan tahap terakhir dari proses penyembuhan luka. Fase ini dimulai setelah fase proliferasi dan dapat berlangsung beberapa bulan hingga bertahun-tahun, tergantung pada ukuran dan kompleksitas luka. Luka dapat dikatakan sembuh jika terjadi kontinuitas kulit dan kekuatan jaringan kulit mampu atau tidak dalam melakukan aktifitas normal.

2.2.4 Tipe Penyembuhan Luka

Menurut Aminuddin, M. et al., (2020) menyebutkan ada tiga tipe penyembuhan luka, terdiri dari primary healing, delayed healing dan secondary healing.

1. Primary healing

Terjadi jika jaringan melekat dengan baik dan kehilangan jaringan minimal, tepi luka dapat ditutup kembali dengan jahitan, staples, atau perban.

2. Delayed Healing

Terjadi ketika luka terinfeksi atau terdapat benda asing yang menghambat penyembuhan Tipe ini ditandai dengan luka yang luas dan hilangnya jaringan secara signifikan.

3. Secondary

Luka termasuk dalam jenis ini jika terjadi keterlambatan dalam proses penyembuhan luka. Proses penyembuhan tertunda dan hanya bisa terjadi melalui proses granulasi, kontraksi dan epitelisasi. Secondary healing menghasilkan scar.

2.2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

Menurut Musyabiq, S. (2018) dan Hasanah, Wulandari and Widyaningsih (2022) faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka diklasifikasikan menjadi faktor intrinsik dan ekstrinsik.

2.2.5.1 Faktor Intrinsik

1. Infeksi Luka Operasi (ILO)

Infeksi pada luka dapat disebabkan oleh berbagai jenis bakteri, jamur, atau mikroorganisme lainnya. Faktor-faktor seperti kebersihan luka, kondisi kesehatan individu, sistem kekebalan tubuh, dan pengobatan yang tepat memainkan peran penting dalam mencegah atau mengelola infeksi luka.

2.2.5.2 Faktor ekstrinsik

1. Malnutrisi

Malnutrisi dapat mempengaruhi beberapa area proses penyembuhan. Kekurangan protein mengurangi sintesis kolagen dan sel darah putih, karena ketika luka terinfeksi, respons inflamasi berlanjut dalam waktu lama, sehingga memperlambat penyembuhan luka. Lukanya tidak akan sembuh selama infeksi terus berlanjut. Ketika pertahanan tubuh melemah, infeksi bisa terjadi.

Untuk proses penyembuhan luka klien memerlukan diet yang kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin A dan C serta mineral. Kebutuhan nutrisi yang tidak terpenuhi akan mengganggu proses poliferasi sehingga pembentukan jaringan baru pada luka akan terhambat. Klien yang obesitas juga berada dalam resiko proses penyembuhan luka yang lambat karena jaringan adiposa biasanya memiliki suplai darah yang tidak adequate (Sahara Rizki, 2017)

2. Perubahan usia

Anak dan dewasa yang sehat akan lebih mudah untuk sembuh lukanya jika dibandingkan dengan lansia. Hal ini terkait dengan perubahan dari aging proses yaitu terjadi perubahan kolagen, penurunan elastin, penurunan imunitas dan adanya perubahan pada vasculer (atherosclerosis atau arteriosclerosis).

3. Penyakit Penyerta

Penyakit yang mempengaruhi status imunitas, penyakit autoimun dan adanya infeksi. Sebagai contoh adalah klien dengan penyakit *Rhematoid*, *Diabetes Millitus (DM)* atau penyakit vasculer akan mengalami penyembuhan luka yang terlambat atau bahkan terganggu.

4. Mobilisasi

Mobilisasi dini adalah kegiatan pergerakan yang dilakukan pasien setelah operasi, dengan tujuan untuk mengembalikan otot-otot perut agar tidak kaku dan mengurangi rasa sakit sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan luka. Mobilisasi dini termasuk faktor yang dapat

mempengaruhi proses penyembuhan luka pasca operasi.

5. Personal Hygiene

Personal hygiene (kebersihan diri) merupakan upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis. Personal hygiene menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi penyembuhan luka, dikarenakan Dengan kurangnya personal hygiene mengakibatkan seseorang rentan terhadap penyakit karna kuman-kuman menumpuk dibadan dan merupakan sumber penyakit.

2.2.6 Alat Ukur Penyembuhan Luka

Skala REEDA adalah instrument penilaian penyembuhan luka yang dikembangkan oleh Davidson 1974 yang mencakup 5 faktor yang berhubungan dengan proses penyembuhan luka yaitu kemerahan (redness), pembengkakan (edema), perdarahan bawah kulit (ecchymosis), perubahan cairan (discharge), dan penyatuan jaringan (aproximation) dari dua tepi luka. Masing-masing faktor diberi skor antara 0-3 yang menginterpretasikan tidak adanya tanda-tanda hingga adanya tanda-tanda tingkat tertinggi. Dengan demikian, total skor skala berkisar dari 0-15, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan penyembuhan luka yang jelek (Hazhiyah, S. 2022).

Penilaian meliputi : *Redness* tampak kemerahan pada daerah penjahitan. *Echymosis* adalah bercak perdarahan kecil, lebih lebar dari petekie (bintik merah keunguan kecil dan bulat sempurna tidak menonjol), membentuk bercak biru atau ungu yang rata, bulat atau tidak beraturan. *Edema* adalah adanya cairan dalam jumlah besar yang abnormal diruang jaringan intra selular tubuh, menunjukkan jumlah yang nyata dalam jaringan subkutis, edema dapat terbatas yang disebabkan oleh obstruksi vena

atau saluran limfatik atau oleh peningkatan permeabilitas vaskular (Hazhiyah, S. 2022). *Discharge* yaitu perubahan cairan luka post operasi, adalah bagian penting dari pemantauan pasca operasi untuk memastikan penyembuhan luka yang tepat dan mendeteksi komplikasi dini. *Approximation* adanya kedekatan jaringan yang dijahit (Hazhiyah, S. 2022).

Penelitian ini akan dilakukan sampai fase inflamasi. Fase inflamasi adalah tahap awal dalam proses penyembuhan luka yang terjadi setelah terjadinya luka sampai hari kelima (Wintoko and Yadika, 2020).

Tabel 2.1 Skala REEDA (Redness, Echyrosis, Edema, Discharge, Approximation) (Davidson 1974 dalam Sumiasih et al 2016).

TANDA REEDA	HASIL			
	0	1	2	3
Redness (Kemerahan)	Tidak ada	0,25 cm di luar kedua sisi luka	Antara 0,25-0,5 cm di luar kedua sisi luka	>0,5 cm di luar kedua sisi
Ecchymosis (Pendarahan Bawah Kulit)	Tidak ada	Mencapai 0,25 cm di kedua sisi luka atau 0,5 cm di salah satu sisi luka	0,25-1 cm di kedua sisi luka atau 0,2-2 cm di salah satu sisi luka	>1 cm di kedua sisi luka atau >2 cm di salah satu sisi luka
Edema (Pembengkakan)	Tidak ada	<1 cm dari luka	1-2 cm dari luka	>2 cm dari luka insisi
Discharge (Perubahan Cairan)	Tidak ada	Serum	Serosanguineous	Berdarah, purulent
Approximation (Penyatuan Jaringan)	Tidak ada	Kulit tampak terbuka < 3 cm	Kulit dan lemak subkutan tampak terpisah	Kulit subkutan dari facsia tampak terpisa

2.2.7 Perawatan Luka

Perawatan luka merupakan prosedur merawat luka dengan tujuan meningkatkan proses penyembuhan jaringan dan mencegah infeksi. Perawatan luka adalah langkah-

langkah yang diambil untuk mendukung penyembuhan dan mencegah infeksi pada luka. Saat ini teknik perawatan luka yang berkembang adalah perawatan luka konvensional dan modern (Tusyanawati, Sutrisna and Tohri, 2020).

1. Perawatan luka konvensional

Perawatan luka konvensional adalah pendekatan tradisional dalam merawat luka, yang sampai saat ini masih sering dipakai di Rumah Sakit. Perawatan luka konvensional post operasi pada umumnya menggunakan metode balutan kasa betadin atau NaCl kemudian dibalut dengan kasa kering (Anitha, 2022).

2. Perawatan luka modern

Teknik perawatan luka lembab dan tertutup atau yang dikenal dengan “moistwound healing” adalah metode perawatan luka modern yang sudah dirancang untuk menjaga kelembapan luka dan memungkinkan luka sembuh seiring pertumbuhan jaringan yang terjadi secara alami (Anitha, 2022).

2.2.8 Standar Operasional Prosedur Perawatan Luka Operasi

Standar operasional prosedur dikutip dari buku Falsafah dan Teori Keperawatan oleh Baba, W,N. (2022) dalam penelitian Nursanty,O,E & Arofiati, F (2020) dan hasil penelitian Istikomah, N (2010) sebagai berikut:

1. Menyiapkan alat medikasi set steril dalam bak instrument steril : Pinset anatomi dan pinset cirurgis, 2 buah kom steril, gunting jaringan, hipavix/ verban transparan, gunting verban, kassa steril secukupnya, NaCl 0,9 %, bengkok dan handscoen steril

2. Melakukan informed consent secara lisan kepada klien/keluarga dan instruksikan klien untuk tidak menyentuh area luka atau peralatan steril
3. Membaca doa, setelah itu membuka balutan secara perlahan-lahan dengan memperhatikan kenyamanan pasien
4. Memasukkan balutan kotor ke dalam bengkak
5. Membersihkan luka dengan NaCl 0,9% sampai bersih, jika NaCl 0,9% maka Povodine Iodine 10% biasa digunakan untuk membersihkan luka
6. Memperhatikan adanya tanda-tanda infeksi sekunder seperti kemerahan, bengkak, panas, atau adanya pus di sekitar luka. Pasien pasca operasi sangat rentan terhadap infeksi, baik dari virus, bakteri maupun jamur. Jika terlihat tanda-tanda infeksi, perlu adanya kolaborasi dengan dokter untuk pemberian therapy.
7. Menutup luka dengan *sufrotule* secukupnya, Pertimbangan dalam menutup dan membalut luka sangat tergantung pada penilaian kondisi luka, apabila balutan tidak sesuai dengan karakteristik luka maka balutan tersebut akan memperlambat penyembuhan luka.
8. Menutup balutan luka dengan hipavix secara rapat merupakan salah satu cara untuk mencegah terjadinya infeksi atau penyebaran mikroorganisme lainnya.
9. Membereskan alat dan merapikan pasien
10. Mencuci tangan dan mendokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan.

2.3 Konsep Teori Florence

Florence Nightingale (1859) menyatakan bahwa keperawatan dilihat sebagai

tindakan nonkuratif yaitu membuat klien dalam kondisi terbaik secara alami, melalui penyediaan lingkungan yang kondusif untuk terjadinya proses reparative. Tujuan dari teori Nightingale adalah untuk memfasilitasi proses penyembuhan tubuh dengan memanipulasi lingkungan klien. Lingkungan klien dimanipulasi untuk mendapatkan ketenangan, nutrisi, kebersihan, cahaya, kenyamanan, sosialisasi dan harapan yang sesuai (Baba, W. N, 2022).

2.3.1 Model Keperawatan Menurut Florence

Konsep model Florence Nightingale berfokus pada lingkungan yang diadaptasi dari konsep Murray dan Zentner yang menyatakan bahwa lingkungan dapat mencegah, menekan dan mendorong suatu penyakit, kecelakaan atau kematian, yang merupakan kondisi eksternal dan mempunyai pengaruh yang berdampak pada kehidupan dan perkembangan. (Baba, W.N, 2022).

Model konsep Keperawatan Florence Nightingale, memandang pasien dalam konteks lingkungan secara keseluruhan, terdiri dari lingkungan fisik, lingkungan psikologis dan lingkungan sosial (Amelia & Azissah Roeslina Sofais, 2023).

1. Lingkungan Fisik

Menurut Florence Nightingale, lingkungan fisik termasuk kebersihan udara, air, dan ruangan mempunyai dampak yang signifikan terhadap kesehatan pasien. Florence menekankan pentingnya ventilasi yang baik, kebersihan, dan cahaya alami dalam mendukung proses penyembuhan.

2. Lingkungan Psikologis

Menurut Florence Nightingale keadaan psikologis pasien dapat berpengaruh pada pemulihan pasien. Florence mempromosikan kebutuhan akan

keamanan, kenyamanan, dan suasana yang mendukung sehingga pasien merasa tenang dan tenteram. Interaksi positif antara perawat dan pasien juga ditekankan untuk membangun hubungan yang baik.

3. Lingkungan Sosial

Florence Nightingale mengemukakan bahwa kehidupan sosial pasien juga dapat mempengaruhi kesehatan pasien. Ia menekankan pentingnya dukungan sosial, termasuk hubungan dengan keluarga dan teman, dalam membantu proses penyembuhan.

2.3.2 Paradigma Filosofi Keperawatan Florence Nightingale

Filosofi keperawatan Florence Nightingale yang telah disebutkan sebelumnya adalah bagian dari paradigma keperawatan yang luas. Menurut Lestari, L., & Ramadhaniyati (2018) konsep utama paradigma filosofi keperawatan Florence Nightingale adalah sebagai berikut:

1. Manusia

Nightingale tidak mendefinisikan manusia dengan cara yang rumit. Nightingale menunjukkan bahwa manusia berinteraksi dengan lingkungannya mempengaruhi kesehatannya.

2. Lingkungan

Filosofi keperawatan Nightingale menempatkan penekanan tertinggi pada lingkungan dan paling dikenal sebagai model lingkungan Nightingale. Lingkungan mempengaruhi status kesehatan seseorang. Lingkungan dibagi menjadi dua bidang yaitu lingkungan eksternal (suhu, tempat tidur, ventilasi) dan lingkungan internal (makanan, air, obat-obatan).

3. Kesehatan

Sehat berarti seseorang tidak hanya terbebas dari berbagai penyakit, tetapi juga mempunyai tenaga yang cukup untuk menjalankan aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhan.

4. Keperawatan

Perawat bertanggung jawab untuk mengatur dan mengubah lingkungan untuk mendorong proses penyembuhan dan menjaga kesejahteraan individu yang sehat.

2.3.3 Prinsip-Prinsip Teori Florence

Menurut Lestari, L., & Ramadhaniyati. (2018) Teori Florence Nightingale berfokus pada prinsip sanitasi dan kebersihan untuk meningkatkan kondisi perawatan pasien. Berikut adalah beberapa elemen teori Florence Nightingale:

1. Kebersihan Lingkungan

Florence Nightingale menekankan pentingnya kebersihan lingkungan sebagai faktor kunci dalam menjaga kesehatan. Saat merawat luka, penting untuk menjaga kebersihan area sekitar luka untuk mencegah infeksi dan mempercepat proses penyembuhan. Disini perawat dapat menerapkan prinsip higiene yang diperkenalkan oleh Florence Nightingale, seperti menjamin kebersihan tempat tidur pasien, kebersihan alat dan perlengkapan medis, serta menciptakan lingkungan yang bersih dan aman bagi pasien.

2. Ventilasi yang Baik

Florence Nightingale menekankan pentingnya ventilasi dalam ruangan yang baik. Sebagai bagian dari perawatan luka, ventilasi yang baik membantu

mengurangi risiko infeksi dan memastikan sirkulasi udara yang sehat di sekitar pasien. Dalam hal ini pemberian lingkungan terbuka dan ventilasi yang cukup dapat mendukung penyembuhan luka yang optimal.

3. Lampu (cahaya)

Florence Nightingale menyadari pentingnya cahaya dalam lingkungan perawatan. Orang sakit tidak hanya membutuhkan udara segar, tapi juga cahaya. Pencahayaan yang tepat tidak hanya memastikan visibilitas yang memadai bagi staf perawat, namun juga menciptakan suasana yang mendukung pemulihan pasien. Cahaya yang cukup mempengaruhi suasana hati pasien, mengurangi kecemasan, dan meningkatkan kualitas tidur. Oleh karena itu, dalam praktik keperawatan modern, pencahayaan yang tepat dianggap sebagai elemen kunci dari asuhan keperawatan yang efektif.

4. Kebisingan

Dalam bukunya yang terkenal berjudul "Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not," Florence Nightingale menyebutkan dampak kebisingan terhadap pasien dan lingkungan perawatan. Florence Nightingale menemukan bahwa kebisingan dapat berdampak negatif pada kesehatan pasien. Kebisingan yang berlebihan dapat mengganggu istirahat dan tidur pasien, yang pada akhirnya dapat memperlambat proses penyembuhan.

5. Personal hygiene (kebersihan diri pasien)

Florence Nightingale menekankan pentingnya kebersihan dan sanitasi dalam lingkungan perawatan. Kebersihan lingkungan, termasuk kebersihan diri pasien, merupakan faktor kunci dalam mencegah penyebaran

penyakit dan mempercepat proses penyembuhan. Konsep ini berkaitan dengan prinsip hygiene dan sterilisasi yang telah menjadi bagian integral dari praktik keperawatan modern. Kebersihan diri pasien juga mencakup kebersihan diri, mencuci tangan, dan menjaga kebersihan lingkungan pasien.

6. Penyediaan Nutrisi yang Adekuat

Florence Nightingale mengakui peran nutrisi dalam menjaga kesehatan. Dalam perawatan luka, pemberian nutrisi yang cukup disesuaikan dengan kebutuhan pasien sangat penting untuk mendukung proses penyembuhan. Aspek ini mencerminkan perhatian terhadap kebutuhan pasien secara menyeluruh, yang selaras dengan pendekatan holistik Florence Nightingale.

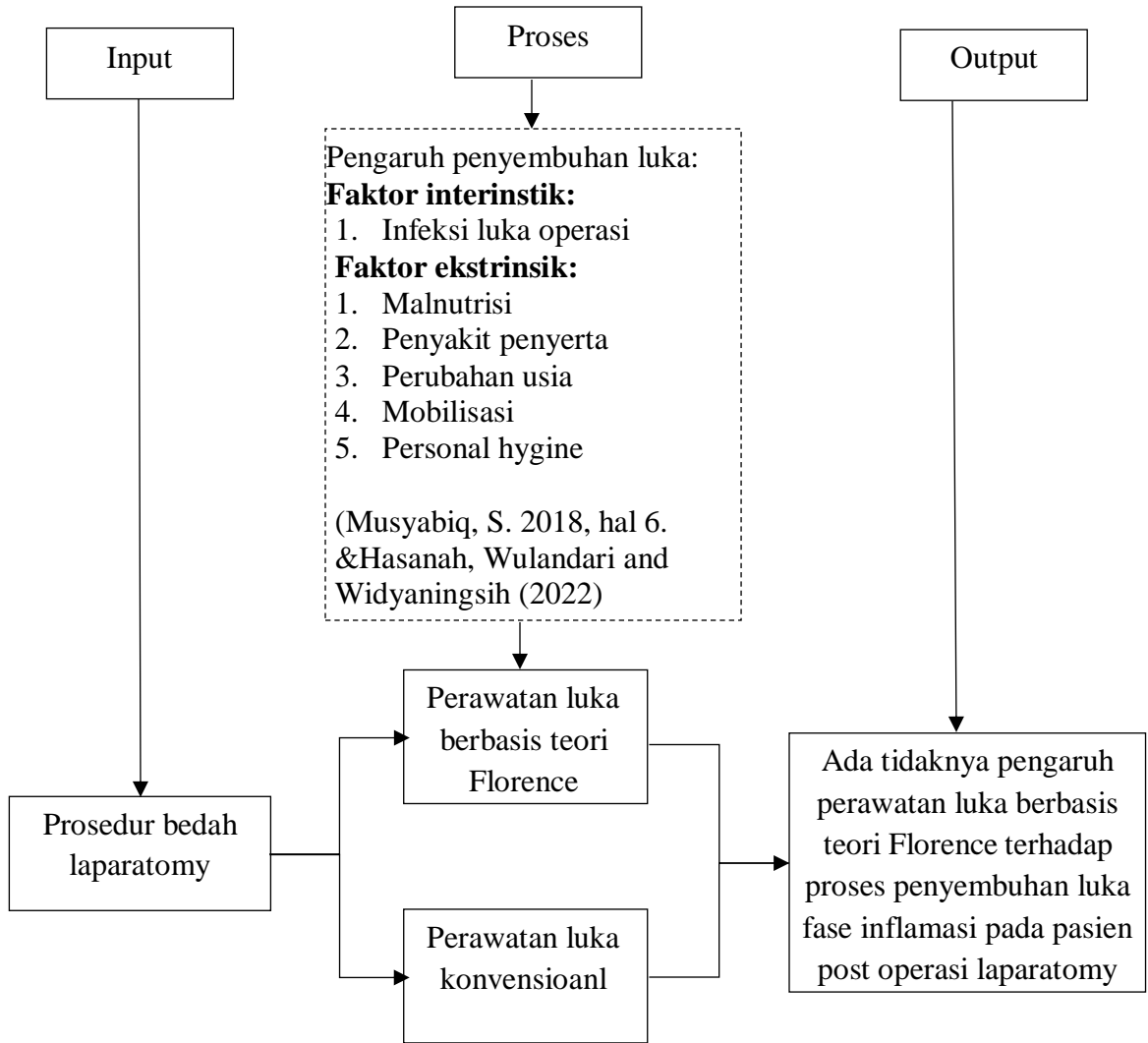
7. Aspek Psikososial

Florence Nightingale menekankan pentingnya memperhatikan aspek psikososial pasien. Dalam hal perawatan luka, memberikan dukungan emosional kepada pasien, membantu manajemen stres, dan melibatkan anggota keluarga dalam perawatan dapat membantu menciptakan lingkungan yang mendukung penyembuhan secara keseluruhan.

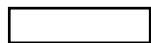
8. Pemantauan dan Pengamatan

Florence Nightingale menekankan pentingnya pemantauan dan observasi kondisi pasien. Dalam perawatan luka, pemantauan perkembangan luka, tanda-tanda infeksi, dan respon pasien terhadap pengobatan merupakan aspek penting dari perawatan yang efektif.

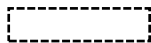
2.4 Kerangka Konseptual



Keterangan:



: Diteliti



: Tidak diteliti



: Garis hubungan

Gambar 2.1 Kerangka Konseptual

Berdasarkan kerangka konsep yang disebutkan diatas, setelah prosedur pembedahan laparotomy faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka serta pemulihan pasienterbagi menjadi 2 yaitu faktor interinstik (Infeksi luka operasi) dan faktor ekstrinsik (malnutrisi, penyakit penyerta, perubahan usia, mobilisasi, personal hygiene). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh perawatan luka berbasis teori Florence terhadap proses penyembuhan luka fase inflamasi pada pasien post operasi laparotomy.

2.5 Hipotesis

H1 : Ada pengaruh perawatan luka berbasis teori florence terhadap proses penyembuhan luka fase inflamasi pada pasien post operasi laparotomy.

H0 : Tidak ada pengaruh perawatan luka berbasis teori florence terhadap proses penyembuhan luka fase inflamasi pada pasien post operasi laparotomy.