

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyembuhan Luka

1. Definisi Luka

Luka adalah hilang atau rusaknya sebagian jaringan tubuh. Kadaan ini dapat disebabkan oleh trauma benda tajam atau tumpul, perubahan suhu, zat kimia, ledakan, sengatan listrik atau gigitan hewan (Smeltzer & Bare, 2014). Luka operasi adalah luka yang sengaja dibuat melalui tehnik insisi atau pembedahan (Fitri, 2020).

2. Klasifikasi Luka

a) Klasifikasi luka berdasarkan proses terjadinya dibagi atas (Fitri, 2020) :

- 1) Luka disengaja, luka disengaja merupakan suatu perencanaan terapi misalnya bedah insisi, radiasi, penggunaan jarum atau trochar (terapi IV, spinal tap, torasentesis). Gambaran lukanya adalah tepi bergaris rata, merupakan luka steril.
- 2) Luka tidak disengaja, penyebabnya adalah trauma yang tidak diharapkan terjadi seperti kecelakaan, cedera/rudapaksa (kena tikam, tembak) dan terbakar. Luka biasanya bergerigi dengan perdarahan dan trauma jaringan multiple. Beresiko tinggi terjadi infeksi.

b) Klasifikasi luka berdasarkan gambaran luka dibagi atas:

- 1) Luka memar, yaitu luka yang terjadi karena terkena pukulan benda keras, menyebabkan luka tertutup, kerusakan jaringan lunak dan ruptur pada pembuluh darah sehingga menimbulkan bengkak dan nyeri. Jika organ dalam yang kena dapat menimbulkan kerusakan organ.

- 2) Luka insisi, yaitu luka yang terjadi akibat alat-alat tajam sama dengan luka terbuka yang disengaja. Misalnya pada bedah *sectio sesarea*.
 - 3) Luka abrasi, yaitu luka yang terjadi karena kecelakaan atau terjatuh yang menyebabkan tergores atau tergeseknya permukaan kulit atau prosedur penanganan kulit yang disengaja. Luka terbuka, hanya merusak permukaan kulit dan terasa nyeri.
 - 4) Luka laserasi, yaitu luka yang terjadi karena trauma mendadak. Jaringan robek dan tepi luka rata. Kedalaman luka bervariasi dan lebih beresiko terjadi komplikasi. Sering diakibatkan oleh objek yang kotor sehingga resiko infeksi tinggi.
 - 5) Luka *punctum* atau tusuk, yaitu luka yang terjadi karena tertusuk benda tajam lancip yang masuk ke dalam kulit dan jaringan di bawahnya. Mungkin disengaja atau tidak disengaja.
- c) Klasifikasi luka berdasarkan waktu penyembuhan luka dibagi menjadi:
- 1) Luka akut, yaitu luka dengan masa penyembuhan sesuai dengan konsep penyembuhan luka yang telah disepakati.
 - 2) Luka kronis, yaitu luka yang mengalami kegagalan dalam proses penyembuhan, dapat karena faktor eksogen dan endogen

3. Fase Penyembuhan Luka

Penyembuhan terdiri dari 3 (tiga) fase yang saling tumpang tindih, yaitu inflamasi, proliferasi dan maturasi (Potter & Perry, 2014). Pada masing-masing fase tersebut melibatkan respon inflamasi dan respon imun yang berbeda. Berikut penjelasan dari ketiga fase tersebut:

a) Inflamasi (Reaksi)

Fase inflamasi ini akan berlangsung sejak terjadinya luka sampai kira-kira hari kelima. Pembuluh darah yang terputus pada luka yang diderita tersebut akan menyebabkan perdarahan dan tubuh dalam hal ini akan berusaha menghentikannya dengan cara vasokonstriksi, pengerutan ujung pembuluh yang putus (retraksi), dan reaksi hemostasis. Hemostasis terjadi karena trombosit yang keluar dari pembuluh darah saling melengket, dan bersama dengan jala fibrin yang terbentuk membekukan darah yang keluar dari pembuluh darah. Sementara itu terjadi reaksi inflamasi. Sel mast dalam jaringan ikat menghasilkan serotonin dan histamine yang meningkatkan permeabilitas kapiler sehingga terjadi eksudasi cairan, penyebukan sel radang, disertai vasodilatasi setempat yang menyebabkan edem dan pembengkakan. Tanda dan gejala klinik reaksi radang menjadi jelas berupa warna kemerahan karena kapiler melebar (*rubor*), suhu hangat (*kalor*), rasa nyeri (*dolor*), dan pembengkakan (*tumor*) (Carville, 2017); (Potter & Perry, 2014).

Dalam respon inflamasi vaskular, lesi pembuluh darah berkontraksi dan darah yang beku membeku, berkontribusi pada pemeliharaan integritasnya. Koagulasi 'terdiri dari agregasi trombosit dan trombosit dalam jaringan fibrin, bergantung pada aksi faktor spesifik melalui aktivasi dan agregasi sel-sel ini (Gonzalez, Andrade, Costa, & Medrado, 2016).

Jaringan fibrin, selain membangun kembali homeostasis dan membentuk penghalang terhadap invasi mikroorganisme, mengatur matriks sementara yang diperlukan untuk migrasi sel, yang pada gilirannya mengembalikan fungsi kulit sebagai pelindung, menjaga integritas kulit (Gonzalez, Andrade, Costa, & Medrado, 2016). Aktifitas seluler yang terjadi adalah pergerakan leukosit menembus dinding pembuluh darah (*diapedesis*) menuju luka karena daya kemotaksis. Leukosit mengeluarkan enzim hidrolitik yang

membantu mencerna bakteri dan kotoran luka. Limfosit dan monosit yang kemudian muncul ikut menghancurkan dan memakan kotoran luka dan bakteri (fagositosis). Fase ini disebut juga fase lambat karena reaksi pembentukan kolagen baru sedikit dan luka hanya dipertautkan oleh fibrin yang amat lemah (Gitarja, 2018).

b) Proliferasi (Regenerasi)

Tujuan dari tahap proliferasi adalah untuk mengurangi area jaringan yang lesi dengan kontraksi dan fibroplasia, membentuk penghalang epitel yang aktif untuk mengaktifkan keratinosit. Tahap ini bertanggung jawab untuk penutupan lesi itu sendiri, yang meliputi angiogenesis, fibroplasia, dan reepithelialization. Proses-proses ini dimulai dalam lingkungan mikro lesi dalam 48 jam pertama dan dapat berkembang hingga hari ke-14 setelah timbulnya lesi (Gonzalez, Andrade, Costa, & Medrado, 2016).

Fase proliferasi disebut juga fase fibroplasia karena yang menonjol adalah proses proliferasi fibroblast. Fase ini berlangsung dari akhir fase inflamasi sampai kira-kira akhir minggu ketiga. Fibroblast berasal dari sel mesenkim yang belum berdiferensiasi, menghasilkan mukopolisakarida, asam aminoglisin, dan prolin yang merupakan bahan dasar kolagen serat yang akan mempertautkan tepi luka. Pada fase ini serat dibentuk dan dihancurkan kembali untuk penyesuaian diri dengan tegangan pada luka yang cenderung mengerut. Sifat ini, bersama dengan sifat kontraktil miofibroblast, menyebabkan tarikan pada tepi luka. Pada akhir fase ini kekuatan regangan luka mencapai 25% jaringan normal. Nantinya, dalam proses penyudahan kekuatan serat kolagen bertambah karena ikatan intramolekul dan antar molekul.

Pada fase fibroplasia ini, luka dipenuhi sel radang, fibroblast, dan kolagen, membentuk jaringan berwarna kemerahan dengan permukaan yang berbenjol halus yang disebut jaringan granulasi.

Epitel tepi luka yang terdiri dari sel basal terlepas dari dasarnya dan berpindah mengisi permukaan luka. Tempatnya kemudian diisi oleh sel baru yang terbentuk dari proses mitosis. Proses migrasi hanya bisa terjadi ke arah yang lebih rendah atau datar, sebab epitel tak dapat bermigrasi ke arah yang lebih tinggi. Proses ini baru berhenti setelah epitel saling menyentuh dan menutup seluruh permukaan luka. Dengan tertutupnya permukaan luka, proses fibroplasia dengan pembentukan jaringan granulasi juga akan berhenti dan mulailah proses pematangan dalam fase penyudahan (Dealey, 2017).

c) **Maturasi (Remodelling)**

Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terdiri dari penyerapan kembali jaringan yang berlebih, pengerutan sesuai dengan gaya gravitasi, dan akhirnya perupaan kembali jaringan yang baru terbentuk. Fase ini dapat berlangsung berbulan - bulan dan dinyatakan berakhir kalau semua tanda radang sudah lenyap. Tubuh berusaha menormalkan kembali semua yang menjadi abnormal karena proses penyembuhan. Odema dan sel radang diserap, sel muda menjadi matang, kapiler baru menutup dan diserap kembali, kolagen yang berlebih diserap dan sisanya mengerut sesuai dengan regangan yang ada. Selama proses ini dihasilkan jaringan parut yang pucat, tipis, dan lemas serta mudah digerakkan dari dasar. Terlihat pengerutan maksimal pada luka. Pada akhir fase ini, perupaan luka kulit mampu menahan regangan kira - kira 80% kemampuan kulit normal. Hal ini tercapai kira - kira 3-6 bulan setelah penyembuhan ((Potter & Perry, 2014); (Carville, 2017); (Dealey, 2017); (Bryant & Nix, 2007); (Gitarja, 2018)).

Tahap ini ditandai dengan pematangan elemen dengan perubahan yang dalam pada matriks ekstraseluler dan resolusi peradangan awal. Segera setelah permukaan lesi ditutupi oleh

lapisan tunggal keratinosit, migrasi epidermalya berhenti dan epidermis bertingkat baru dengan lamina basal yang berdekatan ditegakkan kembali dari perbatasan luka ke bagian dalam. Tahap ini, ada pengendapan dari matriks dan perubahan selanjutnya dalam komposisinya. Dengan penutupan luka, kolagen tipe II mengalami degradasi, dan sintesis kolagen tipe I meningkat. Sepanjang remodeling, ada pengurangan asam hialuronat dan fibronektin, yang terdegradasi oleh sel-sel dan metaloproteinase plasmatik, dan ekspresi kolagen tipe I yang berkembang di atas diproses secara bersamaan (Gonzalez, Andrade, Costa, & Medrado, 2016).

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

Faktor - faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka adalah keadaan luka, usia, nutrisi, obat - obatan, penyakit penyerta, mobilisasi dan gaya hidup (Fitri, 2020) :

a) Keadaan luka

Keadaan khusus dari luka mempengaruhi kecepatan dan efektifitas penyembuhan luka. Beberapa luka dapat gagal untuk menyatu.

b) Usia

Usia muda penyembuhannya lebih cepat dari pada orang tua. Orang tua lebih sering terkena penyakit kronis, penurunan fungsi hati dapat mengganggu sintesis dari faktor pembekuan darah.

c) Nutrisi

Penyembuhan menempatkan penambahan pemakaian pada tubuh. Klien memerlukan diet kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin C dan A, dan mineral seperti Fe, Zn. Klien kurang nutrisi memerlukan waktu untuk memperbaiki status nutrisi mereka setelah pembedahan jika mungkin. Klien yang gemuk meningkatkan resiko infeksi luka dan penyembuhan lama karena suplai darah jaringan adipose tidak adekuat.

d) Obat – obatan

Obat anti inflamasi (seperti steroid dan aspirin), heparin dan anti neoplasmik mempengaruhi penyembuhan luka. Penggunaan antibiotik yang lama dapat membuat seseorang rentan terhadap infeksi luka.

e) Penyakit penyerta

Pada penderita dengan penyakit tertentu misalnya diabetes militus, anemia, terutama yang tak terkontrol, luka sukar dan lambat sembuhnya

f) Gaya hidup

Gaya hidup seseorang sangat tergantung dari tingkat pendidikannya. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan diikuti oleh perilaku yang dapat meningkatkan kesehatannya. Demikian halnya dengan pengetahuan kesehatan tentang mobilitas seseorang akan senantiasa melakukan mobilisasi dengan cara yang sehat.

g) Mobilisasi

Mobilisasi mungkin sangat dianjurkan bagi ibu paska bersalin melalui sectio caesarea karena hal ini akan mempercepat penyembuhan luka, meningkatkan sirkulasi darah dan mencegah resiko terjadinya tromboflebitis, meningkatkan fungsi kerja peristaltik dan kandung kemih sehingga dapat mencegah konstipasi dan retensi urine serta ibu akan merasa sehat.

5. Komplikasi Penyembuhan Luka

Menurut Potter & Perry (2014) komplikasi penyembuhan luka meliputi :

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 purulen, peningkatan drainase, nyeri, kemerahan, bengkak disekeliling luka, peningkatan suhu, dan peningkatan jumlah sel darah putih.

b) Dehisen

Dehisen adalah terpisahnya lapisan luka secara parsial atau total. Dehisen sering terjadi pada luka pembedahan abdomen dan terjadi setelah regangan mendadak, misalnya batuk, muntah atau duduk tegak di tempat tidur.

c) Eviserasi

Terpisahnya lapisan luka secara total dapat menimbulkan eviserasi (keluarnya organ viseral melalui luka yang terbuka). Bila terjadi eviserasi, perawat meletakkan handuk steril yang dibasahi dengan salin normal steril di atas jaringan yang keluar untuk mencegah masuknya bakteri dan kekeringan pada jaringan tersebut.

d) Fistul

Fistul adalah saluran abnormal yang berada diantara dua buah organ atau di antara organ dan bagian luar tubuh.

6. Indikator Penyembuhan Luka Menggunakan *Scale REEDA*

Scale REEDA (*Rednes, Echymosis, Edema, Discharge, Approximation*) adalah alat untuk menilai penyembuhan luka yang terutama dikembangkan oleh Davidson 1974 dan kemudian dikaji oleh Carey yang terdiri *Redness* tampak kemerahan pada daerah luka jahit, *Edema* adalah bengkak pada sekitar penjahitan luka, *Ecchyomosis* adalah memar pada kulit membentuk bercak biru atau ungu yang rata, bulat atau tifa berukuran, *Discharge* adalah adanya ereksi atau pengeluaran cairan dari daerah yang luka dan *Approximation* sambungan jaringan yang dijahit. Keunggulan menggunakan *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 (Fitri, 2020). Sistem skoring Davidson sebagai berikut :

Tabel 1. *Scale REDDA*
Pengukuran luka *Scale REEDA*

<i>Point</i>	<i>Redness</i>	<i>Edema</i>	<i>Ecchymosis</i>	<i>Discharge</i>	<i>Approximate</i>
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	Serum	Jarak kulit 3 mm atau Kurang
2	Sekitar 0,5 cm pada kedua sisi insisi	Sekitar 1-2 cm dari insisi	Sekitar 0,5-1 cm bilateral/0,5-2 cm unilateral	Serosanguinous	Terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan
3	Lebih dari 0,5cm pada kedua sisi insisi	Lebih dari 2 cm dari insisi	Lebih dari 1 cm/2cm unilateral	Darah, Purulen	Terdapat jarak antara kulit, lemak subkutandan fasia

Untuk menghitung penelitian *REEDA* masing-masing faktor diberi skor antara 0 sampai 3. Dengan ketentuan skor 0 penyembuhan lukanya sangat baik, skor 1-5 penyembuhan lukanya baik dan >5 penyembuhan lukanya buruk. Demikian total skor skala berkisar dari 0 sampai 15, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan penyembuhan luka yang buruk.

B. Konsep Laparatomi

1. Definisi Laparatomi

Laparatomi adalah operasi yang dilakukan untuk membuka abdomen (bagian perut). Kata "*laparotomi*" pertama kali digunakan untuk merujuk operasi semacam ini pada tahun 1878 oleh seorang ahli

bedah Inggris, Thomas Bryant. Kata tersebut terbentuk dari dua kata Yunani, "lapara" dan "tome". Kata "lapara" berarti bagian lunak dari tubuh yang terletak di antara tulang rusuk dan pinggul. Sedangkan "tome" berarti pemotongan (Wafa, 2023). Laparatomi merupakan teknik sayatan yang dilakukan pada daerah abdomen pada operasi bedah digestif dan obgyn. Adapun tindakan bedah digestif yang sering dilakukan dengan teknik insisi laparatomi adalah herniotomi, gasterektomi, kolesistoduodenostomi, hepatoektomi, splenektomi, apendektomi, kolostomi, hemoroidektomi dan fistulotomi. Sedangkan tindakan bedah obgyn yang sering dilakukan dengan tindakan laparatomi adalah berbagai jenis operasi pada uterus, operasi pada tuba fallopi, dan operasi ovarium, yang meliputi histerektomi, baik histerektomi total, radikal, eksenterasi pelvic, salpingooferektomi bilateral (Wafa, 2023).

2. Tujuan Laparatomi

Laparatomi eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan. Prosedurnya dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen (Wafa, 2023).

3. Indikasi Laparatomi

Indikasi dilakukannya tindakan laparatomi yaitu (Wafa, 2023):

- a) Trauma abdomen (tumpul atau tajam)/ruptur hepar
- b) Peritonitis
- c) Perdarahan saluran pencernaan (Internal Bleeding)
- d) Sumbatan/obstruksi pada usus halus dan/atau usus besar
- e) massa pada abdomen.

4. Jenis Insisi Laparatomi

Ada 4 (empat) jenis insisi pada operasi laparatomi (Wafa, 2023) yaitu:

- a) *Midline insision* ; yaitu insisi pada daerah tengah abdomen atau pada daerah yang sejajar dengan umbilikus.
- b) *Paramedian*, yaitu : panjang (12,5 cm) \pm sedikit ke tepi dari garis tengah.
- c) *Transverse upper abdomen insision*, yaitu: sisi di bagian atas, misalnya pembedahan colesistotomy dan splenektomy.
- d) *Transverse lower abdomen incision*, yaitu : 4 cm di atas anterior spinal iliaka, \pm insisi melintang di bagian bawah misalnya: pada operasi appendectomy

5. Komplikasi Post Operasi Laparatomi

Menurut Wafa (2023), beberapa komplikasi pasca laparatomi yaitu :

- a) Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis.
Tromboplebitis post operasi timbulnya 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar dari tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli keparu-paru, hati dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan kaki post operasi.
- b) Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi. Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aurens, organisme : gram positif. Perawatan luka hendaknya aseptik dan antiseptik.
- c) Buruknya integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi. Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi-tepi luka. Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi atau eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah

6. Masalah Yang Timbul Post Laparotomi

Masalah yang banyak terjadi pada penderita post laparotomi menurut Wafa (2023), antara lain:

a) Nyeri akut

Penderitanya merasakan nyeri sebelum mendapatkan kembali kesadaran penuh. posisi untuk menghilangkan nyeri, perubahan tonus otot (dengan rentang lemas tidak bertenaga sampai kaku), respon autonomik (misalnya diaphoresis, perubahan tekanan darah, pernapasan atau nadi, dilatasi pupil).

b) Bersihan jalan napas tidak efektif

Agen anestesi tertentu menyebabkan depresi pernapasan. Waspada pernapasan dangkal, lambat, dan batuk lemah. Kaji patensi jalan napas, irama, kedalaman ventilasi, simetri gerakan dinding dada, suara napas, dan warna mukosa.

c) Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Kram abdomen, nyeri abdomen, menolak makan, persepsi ketidakmampuan untuk mencerna makanan, merasa cepat kenyang setelah makan, bising usus hiperaktif, kurangnya minat terhadap makanan, membrane mukosa pucat, tonus otot buruk.

d) Gangguan mobilitas fisik

Kesulitan membolak-balik posisi tubuh, dispnea saat beraktivitas, keterbatasan rentang gerak sendi, ketidakstabilan posturtubuh (saat melakukan rutinitas aktivitas kehidupan sehari-hari), melambatnya pergerakan, gerakan tidak teratur atau tidak terkoordinasi.

e) Konstipasi

Inspeksi abdomen untuk memeriksa perut kembung akibat akumulasi gas. Kaji kembalinya peristaltik setiap 4 sampai 8 jam. Auskultasi perut secara rutin untuk mendeteksi suara usus kembali normal, 5-30 bunyi keras per menit pada masing-masing kuadran menunjukkan gerak peristaltik yang telah kembali.

f) Resiko infeksi

Perhatikan jumlah, warna, bau dan konsistensi drainase diperban. Pada penggantian perban pertama kalinya perlu dikaji area insisi, jika tepi luka berdekatan dan untuk perdarahan atau drainase.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

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.

1. Pengkajian Keperawatan

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 (Ramadhania, 2022; & Syafahrahman, 2022).

a) Identitas pasien

Identitas Pasien terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, alamat, diagnosa medis, tanggal masuk rumah sakit, tanggal operasi, tanggal pengkajian, no medrec.

b) Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Keluhan utama yang paling dirasakan oleh pasien post op laparatomi adalah nyeri.

2) Keluhan utama saat pengkajian

Pasien dengan post operasi laparatomi mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan. Keluhan utama saat dikaji kemudian

dikembangkan dengan teknik PQRST. Teknik PQRST menurut Aprilia (2020), yaitu:

i. P (*Provokatif* atau *Paliatif*)

Provokatif atau paliatif atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada post operasi laparatomi biasanya Pasien mengeluh nyeri pada daerah luka post operasi. Nyeri bertambah bila Pasien bergerak atau batuk dan nyeri 19 berkurang bila Pasien tidak banyak bergerak atau beristirahat dan setelah diberi obat (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

ii. Q (*Quality* dan *Quantity*)

Kualitas atau kuantitas. Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana Pasien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan Pasien. Pada Pasien post operasi laparatomi biasanya merasakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala ≥ 5 (0-10), panas, perih seperti kesemutan. dan biasanya membuat Pasien kesulitan untuk beraktivitas (Aprilia, 2020; Nugraha, 2020).

iii. R (*Regional* atau *area radiasi*)

Yaitu dimana terasa gejala, apakah menyebar? Nyeri dirasakan di area luka post operasi, dapat menjalar ke seluruh daerah abdomen (Nugraha, 2020).

iv. S (*Skala, Severity*)

Yaitu identitas dari keluhan utama apakah sampai mengganggu aktivitas atau tidak. Biasanya aktivitas Pasien terganggu karena kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri luka post operasi (Nugraha, 2020).

v. T (*Timing*)

Yaitu kapan mulai munculnya serangan nyeri dan berapa lama nyeri itu hilang selama periode akut. Nyeri dapat

hilang timbul maupun menetap sepanjang hari (Nugraha, 2020).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan yang berhubungan atau memperberat keadaan penyakit saat ini.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga ini dikaji apakah keluarga memiliki penyakit yang sama atau memiliki penyakit keturunan.

i. Jika mengidap penyakit menular, buat struktur keluarga yang tinggal serumah.

ii. Jika ada riwayat penyakit keturunan, buat genogram 3 generasi. (Nugraha, 2020).

5) 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 (Nugraha, 2020).

6) Pemeriksaan fisik kasus laparatomi

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien post laparatomi, antara lain, sebagai berikut.

i. Kondisi umum

Penampilan umum pasien pasca operasi biasanya tampak lemah, gelisah, dan meringis.

ii. 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. Pasien post operasi laparatomi biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan (takipneu) dan cenderung dangkal. Hal ini bisa jadi diakibatkan karena nyeri (Aprilia, 2020).

iii. Sistem kardiovaskuler

Pada pasien pasca operasi biasanya ditemukan tanda- tanda syok seperti takikardi, berkeringat, pucat, hipotensi, penurunan suhu tubuh dan mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (keadaan dan tirah baring). Adanya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah sebagai respon dari nyeri post operasi (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

iv. Sistem pencernaan

Terdapat luka post operasi laparatomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Pasien post operasi laparatomi biasanya akan mengalami penurunan bising usus namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual (Aprilia, 2020).

v. Sistem persyarafan

Mengkaji tingkat kesadaran Pasien dengan menggunakan GCS, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada Pasien post operasi laparatomi pasien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan (Aprilia, 2020; & Nugraha, 2020).

vi. Sistem endokrin

Mengkaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak. Umumnya pasien post operasi laparatomi tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin (Aprilia, 2020).

vii. Sistem genetalia

Penurunan jumlah output urine dapat terjadi pada pasien post operasi laparatomi. Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan adanya pembatasan intake oral pada awal post operasi laparatomi (biasanya pasien dipuaskan) (Aprilia, 2020).

viii. Musculoskeletal

Pasien post operasi laparatomi dapat mengalami kelemahan dan kesulitan ambulasi akibat nyeri post operasi pada abdomen dan efek samping dari anastesi yang sering terjadi adalah kekauan otot. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsur-angsur (Aprilia, 2020).

ix. Sistem integument

Terdapat luka post operasi laparatomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Karakteristik luka tergantung pada lamanya waktu setelah pembedahan, kerusakan jaringan dan lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral. (Aprilia, 2020).

x. Sistem pendengaran/THT

Amati keadaan telinga, kesimetrisan, ada tidaknya sekret/lesi, ada tidaknya nyeri tekan, uji kemampuan pendengaran dengan tes Rinne, Webber, dan Schwabach. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem pendengaran (Aprilia, 2020).

xi. Sistem penglihatan

Diperiksa kesimetrisan kedua mata, ada tidaknya sekret/lesi, reflek pupil terhadap cahaya, visus (ketajaman penglihatan). Pada pasien post operasi laparatomi biasanya

tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan (Aprilia, 2020)

7) Riwayat psikologi

i. Data psikologi

Biasanya pasien mengalami perubahan emosi sebagai dampak dari tindakan pembedahan seperti cemas (Nugraha, 2020).

ii. Data sosial

Kaji ubungan pasien dengan keluarga, pasien lain, dan tenaga kesehatan. Biasanya pasien tetap dapat berhubungan baik dengan lingkungan sekitar (Nugraha, 2020).

iii. Data spiritual

Kaji Pandangan pasien terhadap penyakitnya, dorongan semangat dan keyakinan pasien akan kesembuhannya dan secara umum pasien berdoa untuk kesembuhannya. Biasanya aktivitas ibadah pasien terganggu karena keterbatasan aktivitas akibat kelemahan dan nyeri luka post operasi (Nugraha, 2020)

8) Hasil pemeriksaan diagnostik

Menurut Haryono (2016) semua prosedur diagnostic dan lab yang dijalani pasien dicatat dan hasil dituliskan termasuk nilai rujukan, seperti:

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

2. Diagnosis Keperawatan

a. Nyeri Akut (D.0077)

Tabel 2. Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Nyeri Akut (D.0077)	
Definisi :	
Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	
Penyebab <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemik, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (misal: Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) 	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 	Objektif <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif <i>(tidak tersedia)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis
Kondisi Klinis Terkait <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glaukoma 	

b. Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan (D.0129)

Tabel 3. Diagnosa Keperawatan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan (D.0129)	
Definisi :	
Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).	
Penyebab	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Penurunan mobilitas 4. Bahan kimia iritatif 5. Suhu lingkungan yang ekstrem 6. Faktor mekanis 7. Efek samping radiasi 8. Kelembapan 9. Neuropati perifer 10. Perubahan pigmentasi 11. Perubahan hormonal 12. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan 	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif <i>(tidak tersedia)</i>	Objektif 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif <i>(tidak tersedia)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma
Kondisi Klinis Terkait	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Imobilitas 2. Gagal jantung kongestif 3. Gagal ginjal 4. Diabetes melitus dan Imunodefisiensi (mis. AIDS) 	

c. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Tabel . 4 Diagnosa Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	
<u>Definisi :</u> Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.	Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak(ROM) menurun
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak	Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah
Kondisi Klinis Terkait 1. Stroke 2. Cedera medulla spinalis 3. Trauma 4. Fraktur	

d. Risiko Infeksi (D.0142)

Tabel 5. Diagnosa Keperawatan Resiko Infeksi

Risiko Infeksi (D.0142)
<u>Definisi :</u> Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik
Faktor Risiko 1. Penyakit kronis (mis.diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : 1) Gangguan peristaltik 2) Kerusakan integritas kulit 3) Perubahan sekresi Ph 6. Ketidakkuatan pertahanan tubuh sekunder 1) Penurunan hemoglobin 2) Imununosupresi
Kondisi Klinis Terkait 1. AIDS 2. Luka Bakar 3. Penyakit paru obstruktif

3. Perencanaan Keperawatan

a. Nyeri akut (D.0077)

Tujuan : Tingkat Nyeri (L.08066), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 4x8jam,

diharapkan tingkat nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

Menurut (SIKI,2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah

Tabel 6. Rencana Keperawatan Manajemen Nyeri

Manajemen Nyeri (I.08238)
<p>Definisi Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lembut dan berorientasi ringan hingga berat dan konstan.</p>
Tindakan
<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingannyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
<p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesic

b. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

Tujuan : Penyembuhan Luka (L.14130), (SLKI,2018)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x8jam, diharapkan penyembuhan luka meningkat 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) Nyeri menurun

Menurut (SIKI,2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Tabel 7. Rencana Keperawatan Latihan Rentang Gerak

Latihan Rentang Gerak (I.15177)
Definisi mengajarkan kemampuan menggunakan gerakan aktif dan pasif untuk mempertahankan dan mengembalikan kelenturan sendi.
Tindakan
Observasi 1. Identifikasi indikasi dilakukan latihan 2. Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi 3. Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak
Terapeutik 1. Gunakan pakaian yang longgar 2. Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan 3. Fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif 4. Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi 5. Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi
Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 2. Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis 3. Anjurkan duduk di tempat tidur atau di kursi, jika perlu 4. Ajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan
Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan, jika perlu

c. Gangguan Mobilitas (D.0054)

Tujuan : Mobilitas fisik (L.05042), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 4x8jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak sendi (ROM) meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Cemas menurun
- 6) Gerakan terbatas menurun
- 7) Kelemahan fisik menurun

Menurut (SIKI,2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Tabel 8. Rencana Keperawatan Dukungan Mobilisasi

Dukungan Mobilisasi (I.05173)
Definisi Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik
Tindakan
Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulaimobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 6. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagartempat tidur) 7. Fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu 8. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dakam meningkatkanpergerakan
Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi dini sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

d. Resiko Infeksi (D.0142)

Tujuan : Tingkat Infeksi (L.14137), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 4x8jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Demam menurun
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Bengkak menurun
- 5) Kadar sel darah putih membaik

Menurut (SIKI,2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Tabel 9. Rencana Keperawatan Pencegahan Infeksi

Pencegahan Infeksi (I.14539)
Definisi Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik.
Tindakan
Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah proses dimana perawat melaksanakan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan

serta mendokumentasikan tindakan khusus yang dilakukan untuk penatalaksanaan intervensi keperawatan (SIKI, 2018).

Implementasi adalah perincian dan pelaksanaan rencana menyusui yang disusun dalam tahap perencanaan. Dengan berfokus pada keseimbangan fisiologis, aktivitas perawat membantu pasien meningkatkan kualitas hidup mereka dalam sehat dan sakit. Jenis kegiatan yang disiapkan pada tahap perencanaan. Kesadaran ini terdiri dari tindakan mandiri, saling ketergantungan atau kerjasama, dan directionality/ketergantungan. Implementasi aktivitas keperawatan yang tepat. Sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisi saat ini (Desmawati, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

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). 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.

D. Konsep Mobilisasi Dini

1. Pengertian Mobilisasi Dini

Mobilisasi merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Mobilisasi

dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan (Hayat & Ariyanti, (2020).

Mobilisasi dini adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan aktifitas atau kegiatan. Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan merupakan faktor yang menonjol dalam mempercepat pemulihan pasca bedah, mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal ini esensial untuk mempertahankan kemandirian. Dengan demikian mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologi. Bahwa mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbing secepat mungkin berjalan (Potter & Perry, 2014).

Mobilisasi sangat berpengaruh dalam mempercepat pemulihan pasca bedah terutama dalam penyembuhan luka. Mobilisasi bisa mencegah kekakuan sendi dan otot sehingga dapat mengurangi nyeri, melancarkan peredaran darah, memperbaiki metabolisme tubuh, memaksimalkan kerja fisiologis organ-organ vital dan akhirnya mempercepat proses penyembuhan luka (Arif et al., 2021)

2. Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan dari dilakukannya mobilisasi dini adalah mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar BAB dan BAK, mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali memenuhi kebutuhan gerak hariannya dan mengembalikan tingkat kemandirian pasien setelah operasi (Cesaria, 2023).

3. Manfaat Mobilisasi Dini

Menurut Cesaria (2023) terdapat manfaat mobilisasi dini yaitu :

- a) Meningkatkan sirkulasi darah, memperlancar pengeluaran loka
- b) Meningkatkan fungsi kerja peristaltik sehingga mencegah distensi abdominal
- c) Mencegah konstipasi
- d) Meningkatkan fungsi kerja kandung kemih
- e) Mempercepat pemulihan , sehingga merasa lebih sehat dan kuat.

Manfaat mobilisasi dini dapat meningkatkan frekuensi peristaltik usus, menurunkan sensasi nyeri selain itu mobilisasi dini dapat menyebabkan penyembuhan luka terjadi lebih cepat ini akibat dari kembalinya fungsi metabolisme tubuh juga dapat mengembalikan fungsi fisiologis organ-organ vital yang pada akhirnya akan mempercepat masa penyembuhan pasien, menggerakkan badan atau melatih kembali otot-otot dan sendi post operasi disisi lain mobilisasi dapat mengurangi dampak negatif dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh baik juga terhadap pemulihan fisik (Cesaria, 2023).

4. Factor-Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi Dini

Menurut Cesaria (2023) faktor – faktor yang mempengaruhi mobilisasi, yaitu:

a. Gaya hidup

Seseorang dapat melakukan mobilisasi dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, serta lingkungan dimana seseorang itu tinggal (Masyarakat).

b. Jenis kelamin

Umar Erna, *at all.* (2018) mengungkapkan laki-laki dan perempuan tidak memiliki perbedaan secara signifikan dalam tingkat atau skala nyeri terutama yang ditimbulkan karena post operasi. Beberapa journal atau penelitian menyebutkan masalah jenis kelamin lebih dilihatnya dari sisi kultur. Bila laki-laki dilarang mengeluh dan

perempuan boleh mengeluh bila terasa sakit/nyeri.

c. Energi

Energi sangat dibutuhkan untuk melakukan banyak hal, salah satunya adalah mobilisasi. Dalam melakukan mobilisasi, cadangan energi yang dimiliki oleh setiap orang sangatlah beragam. Disamping itu, kecenderungan seseorang untuk menghindari stressor untuk mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.

d. Keberadaan nyeri

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, universal dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respon individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan yang lainnya.

e. Usia

Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan.

Tabel 10. Katagori Usia Menurut Departemen Kesehatan RI

Katagori	Usia
Balita	0-5 Tahun
Kanak – Kanak	5-11 Tahun
Remaja Awal	12-16 Tahun
Remaja Akhir	17-25 Tahun
Dewasa Awal	26-35 Tahun
Dewasa Akhir	36-45 Tahun
Lansia Awal	46-55 Tahun
Lansia Akhir	56-65 Tahun
Manula	>65 Tahun

Sumber: (Departemen Kesehatan RI, 2019)

f. Tingkat kecemasan

Yang mempengaruhi mobilisasi adalah cemas (ansietas). Ansietas merupakan gejala emosi seseorang yang berhubungan dengan

sesuatu diluar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan.

g. Tingkat pengetahuan

Informasi mengenai apa yang diharapkan termasuk sensasi selama dan setelah penanganan dapat memberanikan pasien untuk berpartisipasi secara aktif dalam pengembangan dan penerapan penanganan. Informasi khusus mengenai antisipasi peralatan misalnya penanganan alat fiksasi eksternal, alat bantu ambulasi (trapeze, walker, tongkat), latihan dan medikasi harus didiskusikan dengan pasien. Informasi yang diberikan tentang prosedur perawatan dapat mengurangi ketakutan pasien.

h. Dukungan keluarga

Keterlibatan anggota keluarga dalam rencana asuhan keperawatan pasien dapat memfasilitasi proses pemulihan (Rachmawati, 2019). Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya berupa dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan informasional yang bersifat mendukung pelaksanaan mobilisasi dini. Keluarga selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan dalam pelaksanaan mobilisasi (Ayuni, 2020).

i. Emosi

Kondisi psikologis seseorang dapat menurunkan kemampuan mekanika tubuh dan ambulasi yang baik, seseorang yang menjalani perasaan tidak aman, tidak bersemangat, dan harga diri rendah, akan mudah mengalami perubahan dalam mekanika tubuh dan ambulasi.

j. Motivasi

Motivasi adalah suatu tindakan yang dilakukan seseorang untuk membantu mendorong orang lain agar menambah rasa kemauan untuk melakukan sesuatu. Motivasi adalah serangkaian sikap dan nilai yang mempengaruhi individu untuk mencapai hal yang spesifik sesuai dengan tujuan individu (Bahri, 2018). Motivasi adalah

perasaan atau pikiran yang mendorong seseorang melakukan pekerjaan atau menjalankan kekuasaan terutama dalam berperilaku. Dari berbagai macam definisi motivasi, ada tiga hal penting dalam pengertian motivasi, yaitu hubungan antara kebutuhan, dorongan, dan tujuan. Kebutuhan muncul karena seseorang merasakan sesuatu yang kurang, baik fisiologis maupun psikologis. Dorongan merupakan arahan untuk memenuhi kebutuhan sedangkan tujuan adalah akhir dari satu siklus motivasi (Nursalam, 2019).

5. Komplikasi Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Apabila pasien tidak segera mobilisasi setelah operasi, risiko komplikasi meningkat, termasuk atelektasis, pneumonia hipostatik, gangguan pada sistem pencernaan, masalah sirkulasi, dan dekubitus. Mobilisasi dini berperan penting dalam memperlancar sirkulasi dan oksigenasi, yang sangat mendukung proses penyembuhan luka. Tanpa sirkulasi dan oksigenasi yang adekuat, penyembuhan luka bisa terhambat. Selain itu, tidak bergerak dapat menyebabkan peningkatan rasa sakit karena pasien tidak belajar beradaptasi dengan kondisi luka, membuat tubuh menjadi pegal dan kaku, serta menyebabkan luka dan lecet pada kulit. Akibatnya, ini dapat memperpanjang masa perawatan di rumah sakit dan meningkatkan biaya yang dikeluarkan. Oleh karena itu, sangat dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini untuk membantu proses penyembuhan dan mengurangi biaya perawatan (Cesaria, 2023).

6. Tahap Pelaksanaan Mobilisasi Dini

Menurut Kasdu (2003) dalam Cesaria 2023) mobilisasi dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini :

- a. Setelah operasi, pada 6 jam pertama klien harus tirah baring terlebih dahulu. Mobilisasi dini yang biasa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki, dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot

- betis serta menekuk dan menggeserkan kaki. Bertujuan agar organ pencernaan kembali normal.
- Setelah 6-10 jam, klien diharuskan untuk dapat miring kanan dan kekiri mencegah thrombosis dan trombo emboli.
 - Setelah 24 jam klien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.
 - Setelah klien dapat duduk, dianjurkan untuk belajar berjalan.

Tahap-tahap mobilisasi dini menurut Clark et al (2013) meliputi: :

- Tahap 1 : Pada 6-24 jam pertama post pembedahan, pasien diajarkan teknik nafas dalam dan batuk efektif, diajarkan latihan gerak (ROM) dilanjut dengan perubahan posisi ditempat tidur yaitu miring kiri dan miring kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari 15°, 30°, 45°, 60°, dan 90°.
- Tahap 2 : Pada 24 jam kedua post pembedahan, pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur.
- Tahap 3 : Pada 24 jam ketiga post pembedahan, pasien dianjurkan untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur.
- Tahap 4 : Tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri.

E. Jurnal Terkait

Tabel 11. Jurnal Terkait

No	Judul Artikel : Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis	Hasil Penelitian
1.	Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Penyembuhan Luka dan Peningkatan Aktivitas Pasien Postoperasi. Laparatomi. (Yuliana et al.,2021) https://jab.stikba.ac.id	D : <i>Quasi Eksperiment</i> S : 88 Responden V : Pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka dan peningkatan	Hasil penelitian menyatakan ada perbedaan bermakna antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi pada penyembuhan luka (P= 0,047) dan pada peningkatan aktivitas (P= 0.005). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh

	/index.php/jab/article/viewFile/355/170	<p>aktivitas pasien post operasi laparotomi</p> <p>I : Observasi A : Uji <i>Chi-square</i> dan uji <i>Wilcoxon</i></p>	<p>mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka dan peningkatan aktivitas pasien.</p>
2.	<p>Pelaksanaan Mobilisasi Dini Berpengaruh Terhadap Proses Penyembuhan Luka Pasien Post Laparotomi (Arif et al.,2021)</p> <p>https://www.jurnal.upertis.ac.id/index.php/PSKP/article/download/716/350</p>	<p>D : <i>Quasi Eksperiment</i> S : 15 Responden</p> <p>V : pengaruh pelaksanaan mobilisasi dini terhadap proses penyembuhan luka pasien post laparotomi</p> <p>I : Kuesioner A : Uji T</p>	<p>Hasil penelitian rata-rata penyembuhan luka post op pada responden sebelum dilakukan pelaksanaan mobilisasi dini 4,40. Rata-rata penyembuhan luka post op pada responden setelah dilakukan mobilisasi dini 1,40. Adanya pengaruh setelah diberikan mobilisasi dini dengan $p = 0.000$ (dimana terjadinya penyembuhan luka setelah intervensi).</p>
3.	<p>Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Kesembuhan Luka Pada Pasien Pasca Laparotomy Di RSUD Dr. Loekmonohadi Kudus. (Ningrum et al.,2021)</p> <p>http://repository.urecol.org/index.php/proceeding/article/download/1408/1375</p>	<p>D : <i>Cross Sectional</i> S : 42 Responden</p> <p>V : Mobilisasi Dini Dengan Kesembuhan Luka Pada Pasien Pasca Laparotomy</p> <p>I : Observasi A : Uji <i>Chi Square</i></p>	<p>Hasil penelitian ada hubungan mobilisasi dini dengan kesembuhan luka pada pasien pasca operasi laparotomi di RSUD dr. Loekmonohadi Kudus karena nilai $p (0.000) < 0.05$.</p>
4.	<p>Efektivitas Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi. (Faizal dan Mulya,2020)</p> <p>https://journal.ukmc.ac.id/index.php/joh/article/download/225/218</p>	<p>D : <i>Quasi Eksperiment</i> S : 24 Responden</p> <p>V : Mobilisasi Dini Terhadap penyembuhan Luka Post Operasi</p> <p>I : Kuesioner A : Uji T</p>	<p>Hasil penelitian adalah ada perbedaan yang signifikan antara penyembuhan luka yang dilakukan mobilisasi dini dan penyembuhan yang tidak dilakukan mobilisasi dini dengan nilai $p:0,002$</p>
5.	<p>Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Proses Penyembuhan</p>	<p>D : <i>Cross Sectional</i> S : 40 responden</p>	<p>Hasil penelitian didapatkan adanya empat faktor yang berhubungan dengan</p>

	<p>Luka Post Operasi Laparatomy Di RSUD Dr. H. Abdoel Moeloek (Hidayat dan Aprina,2020) https://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/manuju/article/view/10575</p>	<p>V : faktor-faktor yang berhubungan dengan proses penyembuhan Luka Post Operasi laparatomy I : Observasi A : Uji <i>Chi-square</i></p>	<p>penyembuhan luka yaitu usia dengan nilai ρ value = 0.001, nutrisi dengan nilai ρ value=0.001, anemia dengan nilai ρ value = 0.000 dan penyakit penyerta (DM) dengan hasil ρ value = 0.000.</p>
--	--	---	---