

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Operasi merupakan penanganan medis secara invasif dengan cara menyayat bagian tubuh yang mengalami masalah kesehatan kemudian diakhiri dengan penutupan luka. (Dewiyanti et al., 2021). Pasien post operasi mengalami keterbatasan akibat proses penyembuhan luka, nyeri pasca operasi, dan kelemahan fisik dari prosedur pembedahan, yang membatasi kemampuan untuk bergerak bebas, seperti berjalan, mengangkat anggota tubuh, atau melakukan aktivitas fisik lainnya (Javed et al., 2023). Selain itu, pembatasan gerak dapat diperparah oleh imobilisasi yang berkepanjangan dan risiko komplikasi seperti pembekuan darah di vena dalam, penyumbatan arteri paru-paru, pengecilan massa otot, luka tekan, dan penurunan kepadatan mineral tulang secara kronis (Javed & Davis, 2024). Pasien post operasi akan mengalami masalah keterbatasan gerak yang menyebabkan ketidakmampuan untuk memenuhi *Activity of Daily Living* (ADL) (Dewi et al., 2022). Pasien post operasi dengan keterbatasan dalam ADL tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara normal yang dapat menurunkan kualitas hidup pasien. (Sri Wirayuni, 2021).

Data pasien dengan kasus pembedahan selama beberapa tahun terus mengalami peningkatan, data (WHO, 2020), menunjukkan kasus sebanyak 148 juta jiwa pasien bedah. Indonesia dengan jumlah kasus pasien bedah terbanyak yang merupakan tindakan bedah laparatomi yaitu sebanyak 1,2 juta jiwa (Risikesdas, 2018). Berdasarkan data dari dinas kesehatan provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2022 angka kejadian luka karena tindakan pembedahan, pada tahun 2019 tercatat luka akibat pembedahan sebanyak 890 kasus, pada tahun 2020 tercatat 920 kasus, sedangkan pada tahun 2021 mengalami peningkatan sebanyak 940 kasus (Dinas Kesehatan, 2022).

Mobilisasi yang dilaksanakan dirumah sakit pada beberapa negara sampai saat ini masih sangat luas dilakukan dengan berbagai kondisi pasien walaupun efeknya telah banyak diketahui, penelitian telah melaporkan bahwa

latihan di tempat tidur saja tidak cukup untuk mencegah komplikasi pasca operasi (Jacob et al., 2021). Oleh karena itu, program aktivitas dan mobilisasi dini sangat penting bagi pasien pasca operasi, hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa dari 118 pasien, ditemukan 83% pasien di rumah sakit hanya berbaring di tempat tidur dan 17% pasien yang mampu berjalan tidak melakukan latihan berjalan selama di rumah sakit (Schaller et al., 2019). Kondisi tersebut tidak jauh berbeda dengan imobilisasi pasien di rumah sakit di Indonesia, walaupun presentase secara pasti belum peneliti dapatkan (Erlina et al., 2019).

Mobilisasi dini dalam mempertahankan kemandirian pasien untuk mempertahankan fungsi fisiologis yang berpengaruh terhadap integritas berbagai fungsi tubuh, karena tindakan mobilisasi dini adalah suatu metode sistematis untuk memulai aktivitas fisik progresif pada pasien kritis di unit perawatan guna mencegah dampak negatif imobilitas sesuai dengan kondisi pasien (Singam, 2024). Mobilisasi dini dibagi menjadi empat tahap dengan gerakan yang berbeda secara bertahap, yang dilaksanakan paling cepat 6-8 jam pasca operasi atau 48 jam pasien setelah dilakukan operasi. (Dewiyanti et al., 2021). Penurunan mobilisasi muncul sebagai diagnosis keperawatan yang lazim ditemukan pada sebagian besar pasien, dan hal ini menjadi sangat penting terkait konsekuensi negatif tentang gangguan mobilitas (Yoryuenyong et al., 2023). Hal ini menjadi penting bagi perawat untuk memahami konsep mobilitas dan berbagai faktor yang mempengaruhi sejak hari pertama pasca operasi dan hingga pasien dipulangkan. (Heinzmann et al., 2022). Mobilisasi dini menjadi intervensi keperawatan yang penting dilakukan pada pasien pasca bedah hal ini disebabkan intervensi mobilisasi dini memiliki manfaat mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka pasca bedah (Eriyani et al., 2018).

Luka post operasi merupakan kerusakan fungsi dan struktur anatomi organ tertentu yang dapat berasal dari eksternal maupun internal. (Macones et al., 2019). Walaupun pada prinsipnya tahap penyembuhan semua luka adalah sama, namun hal tersebut bergantung pada luas, keparahan, lokasi, luas cedera dan kemampuan sel dan jaringan melakukan regenerasi (Svensson-Raskh et al.,

2021). Beberapa faktor lain juga mempengaruhi penyembuhan luka seperti vaskularisasi, anemia, usia, nutrisi, imunologi, obesitas dan kadar gula.(Balla et al., 2018). Menurut (Eriyani et al., 2018) bahwa penyembuhan luka dimulai sejak terjadi cedera dan akan melewati empat fase penyembuhan yaitu hemostatis, inflamasi, proliferasi dan maturasi. (Verenia et al., 2022) menyebutkan bahwa penyembuhan luka secara farmakologi yaitu dengan pemberian obat-obatan seperti analgetik, steroid, opioid obat-obatan anastesi. Sedangkan mobilisasi dini akan memperlancar sirkulasi darah dan segera mungkin akan mengalami pemulihan atau penyembuhan karena vaskularisasi yang baik dibutuhkan untuk perbaikan dan pertumbuhan sel (Apriani, 2020).

Mobilisasi dini dianjurkan setelah operasi laparatomi dan umumnya dianggap sebagai salah satu faktor yang meningkatkan kesembuhan pasien. (Svensson-Raskh et al., 2021). Peningkatan Pemulihan Setelah Operasi, dianjurkan pasien dimobilisasi pada hari operasi, namun kepatuhan terhadap pedoman ini tidak jelas, hal ini dibuktikan dengan pasien post operasi dimobilisasi dari tempat tidur, beberapa duduk di samping tempat tidur, dan beberapa tetap di tempat tidur dengan kepala tempat tidur ditinggikan dengan frekuensi, durasi, dan intensitas mobilisasi dini juga bervariasi yang berbeda beda pada setiap rumah sakit (Prokopowicz & Byrka, 2021). Mobilisasi dini post operasi laparatomi, sangat penting dalam pemulihan keadaan pasien untuk segera meningkatkan kemandirian (Alamsyah & Munita, 2023). Kemandirian pasien post laparatomi sangat diperlukan agar lama hari rawat kurang dari 4 hari (Yunita et al., 2023)

Perawat memegang peranan penting dalam mengoptimalkan kemampuan gerak pasien, dimana intervensi keperawatan yang dimaksudkan untuk mempertahankan mobilisasi pasien merupakan kegiatan mendasar dalam asuhan keperawatan (Erlina et al., 2019), namun saat ini upaya pemenuhan kebutuhan mobilisasi pasien post operasi laparatomi masih terfokus pada peningkatan kemampuan fisik sedangkan kemampuan psikis kurang mendapat perhatian. Beberapa ahli menyatakan bahwa efikasi diri dalam merawat diri sendiri yang tinggi dapat meningkatkan kemampuan

seseorang untuk mencapai suatu target tertentu diluar kemampuan sebenarnya (Lina, 2019)

Berbagai penelitian menunjukkan, bahwa mobilisasi dini berpengaruh positif terhadap proses pemulihan setelah operasi pada hari ke 0 meskipun ada kekhawatiran akan resiko dan komplikasi (Prokopowicz & Byrka, 2021). Pemulihan pasca operasi yang ditingkatkan untuk perawatan pasca operasi laparatomi akan memberikan praktik terbaik, rekomendasi berbasis bukti untuk perawatan pasca operasi dengan fokus utama pada pasien (Macones et al., 2019). Upaya meningkatkan *self care* dapat dilakukan melalui tindakan terapeutik perawat dalam membantu pasien melakukan latihan rehabilitasi adalah dengan meningkatkan *self care* pasien untuk mandiri dalam menjalankan aktivitas. (Ulvana, 2020). Penelitian sebelumnya mengenai intervensi mobilisasi dini pada pasien pasca operasi, pada umumnya mencakup pendekatan yang berfokus pada pemulihan fisik, seperti latihan gerak pasif, aktivitas duduk, berdiri, hingga berjalan (Ratnawati & Putra, 2022; Sari et al., 2022). Intervensi mobilisasi dini terbukti efektif dalam mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam, atrofi otot, dan ulkus dekubitus. Namun, masih kurangnya perhatian terhadap keterlibatan pasien dalam proses perawatan (Yoryuenyong et al., 2023). Pendekatan yang dilakukan dalam melaksanakan intervensi mobilisasi dini yang selama ini dilakukan hanya bersifat instruktif seringkali membuat pasien pasif dan bergantung pada tenaga kesehatan. (Heinzmann et al., 2022). Oleh karena itu, peneliti menggabungkan intervensi mobilisasi dini dengan teori *self-care* untuk meningkatkan kesadaran, kemandirian, dan partisipasi aktif pasien. Teori *self-care* memungkinkan pasien untuk memahami pentingnya peran mereka dalam pemulihan, sehingga mobilisasi dini tidak hanya bersifat prosedural, tetapi juga memberdayakan pasien dalam merawat dirinya sendiri secara optimal.

Berdasarkan uraian fenomena diatas, maka penting dilakukan penelitian tentang intervensi mobilisasi dini yang tepat untuk meningkatkan kemandirian dan penyembuhan luka post operasi laparatomi yang sesuai bagi pasien dengan berbasis teori *self care*.

B. Rumusan Masalah

Mobilisasi dapat memperbaiki tonus, massa dan kekuatan otot serta fleksibilitas persendian sehingga terjadi refleks gerak pada pasien (Dewi et al., 2022). Menurut (Yunita et al., 2023) mobilisasi dini adalah kegiatan dengan adanya pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan oleh pasien setelah beberapa jam setelah operasi. Mobilisasi dini dapat dilakukan diatas tempat tidur dengan melakukan gerakan sederhana (seperti miring kanan – miring kiri dan latihan duduk) sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, latihan berjalan ke kamar mandi dan berjalan keluar kamar (Dewi Purnawati, Widia Septianingsih, 2019). Tujuan dari mobilisasi dini setelah tindakan operasi adalah mencegah terjadinya konstipasi, memperlancar peredaran darah, membantu pernafasan, mempercepat penyembuhan luka operasi, mengembalikan tingkat kemandirian pasien untuk memenuhi kebutuhan harian, dan mengurangi nyeri pada luka operasi (Reza, 2021), namun selama ini mobilisasi dini post operasi tidak dilaksanakan oleh pasien karena kurangnya keyakinan dalam merawat dirinya meskipun telah ada Standar Operasional Prosedur di Rumah Sakit (Hartati et al., 2018).

Mobilisasi dini yang tidak dilakukan oleh pasien post operasi laparotomi mengakibatkan rawat inap dengan waktu yang lebih lama, yaitu lebih dari 4 hari dan proses penyembuhan luka menjadi lambat (Astriana, 2020). Berbagai model konseptual keperawatan yang telah dikembangkan oleh para ahli, salah satunya adalah *Self care* defisit oleh Dorothea Orem (Muhlisin & Irdawati, 2020). Fokus utama dari model konseptual ini adalah kemampuan seseorang untuk merawat dirinya sendiri secara mandiri sehingga tercapai kemampuan untuk mempertahankan kesehatan dan kesejahteraannya (Rofii, 2021).

Adapun yang menjadi pertanyaan dalam penelitian ini adalah “Apakah intervensi mobilisasi dini berbasis teori self care dapat meningkatkan kemandirian dan penyembuhan luka post operasi laparotomi.?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi mobilisasi dini berbasis teori *self care* terhadap kemandirian *Activiy Daily Living*(ADL) dan penyembuhan luka post operasi laparatomi

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya efektivitas intervensi mobilisasi dini berbasis teori *self care* terhadap kemandirian makan post operasi laparatomi
- b. Diketuainya efektivitas intervensi mobilisasi dini berbasis teori *self care* terhadap kemandirian mandi post operasi laparatomi
- c. Diketuainya efektivitas intervensi mobilisasi dini berbasis teori *self care* terhadap kemandirian berpakaian post operasi laparatomi
- d. Diketuainya efektivitas intervensi mobilisasi dini berbasis teori *self care* terhadap kemandirian Buang Air Besar (BAB) post operasi laparatomi
- e. Diketuainya efektivitas intervensi mobilisasi dini berbasis teori *self care* terhadap kemandirian Buang Air Kecil (BAK) post operasi laparatomi
- f. Diketuainya efektivitas intervensi mobilisasi dini berbasis teori *self care* terhadap kemandirian transfer (tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya) post operasi laparatomi
- g. Diketuainya efektivitas intervensi mobilisasi dini berbasis teori *self care* terhadap kemandirian mobilisasi (berjalan) post operasi laparatomi
- h. Diketuainya efektivitas intervensi mobilisasi dini berbasis teori *self care* terhadap penyembuhan luka post operasi laparatomi

D. Pernyataan Originalitas

Studi yang dilakukan oleh(Hu, Yan; McArthur, Alexa; Yu, 2019) yang menyatakan bahwa mobilisasi dini menjadi elemen penting dari perawatan pasca operasi, namun terdapat tantangan dalam menerapkan protokol mobilisasi dini dalam praktik sehari-hari. Penelitian ini menggunakan bukti untuk meningkatkan kesadaran dan praktik mobilisasi dini pada pasien yang

menjalani operasi abdomen dengan melakukan analisis kepatuhan terhadap praktik mobilisasi dini dan dampaknya terhadap lama rawat inap, aktivitas fisik pasca operasi, fungsi gastrointestinal, dan komplikasi. Sehingga diperlukan suatu penelitian lebih lanjut yang berbasis bukti terkait intervensi mobilisasi dini pasien post operasi. (Hartweg & Metcalfe, 2022) menyatakan bahwa *Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory (SCDNT)* dalam praktik kontemporer dan masa depan, secara eksplisit dalam perawatan diri secara global dan layanan kesehatan interprofesional memiliki kekuatan penting dalam teori keperawatan Orem dan merekomendasikan penyempurnaan teoritis dalam konteks transformasi masyarakat dan layanan kesehatan yang signifikan untuk praktik keperawatan yang menuntut pemahaman yang jelas tentang identitas khas keperawatan yang konsisten dengan inisiatif di seluruh dunia seperti Agenda PBB pada tahun 2016 dan Akademi Sains Nasional, Teknik, dan Kedokteran tahun 2021 untuk menuju Masa Depan Keperawatan, 2020-2030. Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian (Riegel et al., 2021) yang menyoroti pentingnya peran masyarakat dalam perawatan diri untuk mendorong peningkatan kesejahteraan, penurunan angka kematian dan kesakitan, serta penurunan biaya yang mencakup aspek pengetahuan, keterampilan, kepercayaan diri, dan motivasi untuk melakukan perawatan diri, dengan penekanan pada pengambilan keputusan.

Namun, kenyataannya di rumah sakit saat ini tentang pelaksanaan mobilisasi dini pasien post operasi laparotomi dalam pemulihan selalu diabaikan karena beberapa rumah sakit hanya memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) mobilisasi dini post operasi secara umum saja, hal ini dibuktikan dengan pasien post operasi dimobilisasi dari tempat tidur, beberapa duduk di samping tempat tidur, dan beberapa tetap di tempat tidur dengan kepala tempat tidur ditinggikan dengan frekuensi, durasi, dan intensitas mobilisasi dini juga bervariasi yang berbeda-beda pada setiap rumah sakit. (Prokopowicz & Byrka, 2021). Oleh karena itu originalitas dalam penelitian ini adalah intervensi mobilisasi dini berbasis teori *Self care* untuk meningkatkan kemandirian dan proses penyembuhan luka post operasi laparotomi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Post Operasi Laparatomi

1. Definisi

Post berarti sesudah dan operasi berarti bedah; bedel (untuk mengobati penyakit)(KBBI, 2008). Post Operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya(Majid, 2021).Sedangkan laparatomi terbentuk dari dua kata Yunani, “*Lapara*” dan “*Tome*” kata “*Lapara*” berarti bagian lunak dari tubuh yang terletak diantara tulang rusuk dan pinggul sedangkan “*Tome*” berarti pemotongan(Carpenito, 2015), jadi laparatomi merupakan salah satu pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan – lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah seperti hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi (Donny Richard Mataputun, 2022)

2. Jenis Sayatan pada Laparatomi

Terdapat 4 jenis sayatan operasi laparatomi (Yuliana et al., 2021)yaitu :

1) *Midline insision*

Yaitu insisi pada daerah tengah abdomen atau pada daerah yang sejajar dengan umbilikus.

2) *Paramedian*

Yaitu sayatan yang dilakukan pada bagian abdomen yang sedikit ke tepi dari garis tengah $\pm 2,5$ cm dengan panjang sayatan $\pm 12,5$ cm).

3) *Transverse upper abdomen insision*

Yaitu sayatan yang dilakukan pada bagian sisi atas, misalnya pembedahan *colesistotomy* dan *splenectomy*.

4) *Transverse lower abdomen incision*

Yaitu sayatan yang dilakukan di bagian bawah secara melintang tepatnya ± 4 cm di atas *anterior spinal iliaca*, misalnya dilakukan pada operasi *appendectomy*.

3. Jenis Laparatomi

Jenis pembedahan yang dilakukan dengan laparatomi (Reza, 2021) yaitu:

1) *Apendiktomi*

Pembedahan untuk mengangkat *apendiks* yang mengalami peradangan atau infeksi, jika dilakukan segera dapat mengurangi risiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dengan anestesi umum atau spinal dengan insisi abdomen bawah atau bisa juga dengan *laparoscopi*.

2) *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea adalah suatu pembedahan untuk melahirkan janin dengan sayatan melalui dinding uterus. *Section caesarea* dapat dibagi menjadi dua tipe, yaitu *section caesarea klasik* atau *corporal* dengan insisi memanjang pada *korpus uteri* dan *section saecarea ismika* atau *low cervical* dengan insisi pada segment bawah rahim (SBR).

3) *Herniotomi*

Dilakukan pembebasan kantong hernia sampai ke lehernya, kantong dibuka dan isi hernia dibuka kemudian jika ada perlengketan dibebaskan, selanjutnya dilakukan reposisi. Kantong hernia dijait dan ikat setinggi mungkin lalu dipotong.

4) *Gastrektomi*

Pembedahan pada tukak peptik akibat perforasi atau perdarahan dengan tujuan mengurangi sekresi dari asam lambung.

5) *Splenotomi*

Pemotongan pada limpa akibat trauma tumpul maupun trauma tajam jika kerusakan tidak tertangani dengan splenografi.

6) *Hemoroidektomi*

Hemoroidektomi adalah pemotongan pada bagian hemoroid, ditujukan untuk hemoroid interna derajat IV dan eksterna atau semua derajat hemoroid yang tidak berespon terhadap pengobatan medis.

4. Indikasi Laparatomi

Menurut (Reza, 2021), indikasi seseorang akan dilakukan tindakan pembedahan laparatomi adalah:

1) Adanya trauma abdomen tumpul atau tajam/ ruptur pada hepar

- 2) Peritonitis
- 3) Perdarahan pada saluran pencernaan (*Internal Bleeding*)
- 4) Sumbatan pada usus halus dan usus besar
- 5) Ada massa pada abdomen
- 6) Selain itu pada bagian obstetri dan ginekologi sering dilakukan tindakan laparatomi seperti operasi *section caesaria*.

5. Komplikasi Laparatomi

Komplikasi dini yang sering kali ditemukan pada pasien operasi laparatomi berupa ventilasi paru tidak adekuat, gangguan kardiovaskuler (hipertensi, aritmia jantung), gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, dan gangguan rasa nyaman (nyeri) (Romlah et al., 2023). Sementara menurut (Jitowiyono, 2019), komplikasi lanjut adalah sebagai berikut :

1) *Tromboplebhitis*

Tromboplebitis post operasi biasanya akan timbul pada hari ke 7-14 jam setelah dilakukan operasi. Bahaya yang timbul dari *tromboplebhitis* adalah apabila darah tersebut terlepas dari dinding pembuluh darah vena dan mengikuti aliran darah dan kemudian menjadi emboli ke paru-paru, hati atau, otak. Pencegahan dari *tromboplebhitis* yaitu bisa dilakukan latihan kaki post operasi dan ambulasi dini

2) Infeksi luka

Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi dilakukan. Infeksi disebabkan oleh adanya bakteri. Bakteri yang sering menimbulkan adanya infeksi adalah *stapilokokus aureus* dan bakteri gram positif. *Stapilokokus* bahkan bisa menimbulkan adanya nanah. Yang paling penting dilakukan untuk menghindari terinfeksi luka tersebut adalah perawatan luka yang benar dengan menggunakan aseptik dan antiseptik

3) *Dehidensi* luka atau *eviserasi*

Dehidensi luka adalah terbukanya bagian tepi luka. Sementara *eviserasi* luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor yang menyebabkan adanya *dehidensi* atau *eviserasi* luka adalah infeksi luka,

kesalahan penutupan luka saat pembedahan, ketegangan yang berat pada bagian dinding abdomen karena muntah dan batuk

4) Cedera Saraf

Cedera pada dinding abdomen dapat menimbulkan nyeri kronik, kehilangan sensasi atau kelemahan pada bagian dinding otot. Cedera dapat terjadi ketika saraf terpotong saat insisi, terjatuh dengan sutura saat penutupan atau tertekan atau teregang dengan instrument bedah

6. Penatalaksanaan Post Operasi Laparatomi

Menurut (Jitowiyono, 2017) perawatan post operasi laparatomi adalah bentuk perawatan yang diberikan pada pasien yang telah menjalani prosedur pembedahan laparatomi. Tujuan dari perawatan post operasi laparatomi adalah mengurangi komplikasi akibat pembedahan, mempercepat penyembuhan, dapat mengembalikan fungsipasien atau pemenuhan kebutuhan pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri seorang pasien, mempersiapkan pasien pulang (*discharge planning*), cara yang bisa dilakukan untuk pengembalian fungsi fisik pasien adalah dengan latihan napas dalam, batuk efektif dan mobilisasi dini. (Alamsyah & Munita, 2023)

B. Mobilisasi Dini

1. Defenisi

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat(Merdawati, 2023). Setiap orang butuh untuk bergerak karena kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan, keadaan ini jelas membutuhkan tindakan keperawatan. (Handayani et al., 2020)Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit (Mubarak, 2018)

Mobilisasi dini adalah suatu upayamempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbingpenderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis (Rosiska, 2021) Mobilisasi dini post operasi laparatomi dapat dilakukan secara bertahap setelah operasi yaitu: 4-6 jam pasca operasi menggerakkan tangan atau kaki dengan bantuan

orang lain, 8- 10 jam pasca operasi melakukan mobilisasi dini miring kanan dan miring kiri, 12-24 jam pasca operasi melakukan duduk, berdiri dan jalan (Utami, 2019).

2. Tujuan

Tujuan mobilisasi dini adalah memenuhi kebutuhan dasar (termasuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas rekreasi), mempertahankan diri (melindungi diri dari trauma), mempertahankan konsep diri, mengekspresikan emosi dan gerakan tangan nonverbal. Adapun tujuan dari mobilisasi dini adalah sebagai berikut : mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah kemunduran serta mengembalikan rentang gerak aktivitas tertentu sehingga penderita dapat kembali normal atau setidaknya dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari, memperlancar peredaran darah, membantu pernapasan menjadi kuat, mempertahankan tonus otot, memelihara, dan meningkatkan pergerakan dari persendian, memperlancar eliminasi alvi dan urine, melatih atau ambulasi (Mubarak, 2018)

3. Keuntungan Mobilisasi Dini Post Operasi laparatomi

Keuntungan melakukan mobilisasi dini pada ibu post operasi laparatomi yaitu melancarkan pengeluaran lochea, menghindari infeksi, mencegah terjadinya trombosis vena dan emboli paru, mempercepat involusi alat kandungan, melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan, meningkatkan kelancaran peredaran darah, sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme, perubahan sirkulasi dan perkemihan (Maharani, 2018)

Mobilisasi dini dapat pula meningkatkan fungsi paru-paru. Semakin dalam nafas yang dapat ditarik, semakin meningkat sirkulasi darah. Hal tersebut memperkecil resiko pembentukan gumpalan darah sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi (Merdawati, 2023). Mobilisasi dini penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan ibu sehingga dapat kembali melakukan aktivitas sehari-hari secara normal. Mobilisasi dini membuat ibu merasa lebih sehat dan lebih kuat, sehingga

memungkinkan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya serta dapat memperpendek hospitalisasi (Rosiska, 2021)

Hasil penelitian (Sumaryati et al., 2021) menyimpulkan bahwa Mobilisasi dini berhubungan dengan tingkat kemandirian pasien post Laparotomi di Bangsal Mawar RSUD Temanggung. Hal ini disebabkan karena mobilisasi dini pasca operasi merupakan suatu gerakan, atau kegiatan yang dilakukan ibu setelah melahirkan, sehingga menyebabkan pasien menjadi lebih kuat dan sehat, faal usus dan kandung kencing menjadi lebih baik, memperlancar peredaran darah, mempercepat penyembuhan luka, dan otot menjadi lebih kuat sehingga pasien mampu merawat diri secara mandiri.

Hasil penelitian (Eriyani et al., 2018) menyimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan dalam penyembuhan luka pada pasien post operasi yang dilakukan mobilisasi dini. Hal tersebut dapat dijelaskan seperti berikut: penyembuhan luka pada kelompok kontrol, sebagian besar dari responden mengalami penyembuhan luka yang kurang baik; penyembuhan luka pada kelompok intervensi, hampir seluruh dari responden mengalami penyembuhan luka yang baik; terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka pada pasien post operasi di ruang Jade RSUD dr. Slamet Garut.

4. Kerugian tidak melakukan mobilisasi dini Post Operasi laparotomi

Keterlambatan mobilisasi dini dapat menjadikan kondisi pasien semakin memburuk dan pemulihan post operasi menjadi terlambat (Fauziah, 2018). Menurut (Handayani et al., 2020) kerugian bila tidak melakukan mobilisasi dini pada pasien post operasi yaitu proses penyembuhan luka yang lambat dan sampai menyebabkan infeksi luka bekas operasi.

5. Tahapan mobilisasi dini

Mobilisasi dini yang dilakukan tergantung pada ada tidaknya komplikasi post operasi, jika tidak ada, maka pasien diperbolehkan bangun dari tempat tidur paling lama 24-48 jam setelah operasi. Untuk itu, anjurkan pasien agar memulai mobilisasi dini dengan miring kiri/kanan, duduk

kemudian berjalan(Fauziah, 2018). Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap, berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini pada post operasi laparatomi:

a. Enam jam pertama post operasi

Pasien harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Agar dapat melakukan tahap ini tanpa rasa sakit maka dilakukan dengan cara mengganjal punggung dengan bantal dalam posisi setengah duduk, lalu menggerakkan kaki ke depan dan ke belakang serta berputar ke kanan dan ke kiri. Gerakan kaki ini, dapat dilakukan juga dalam posisi berbaring atau sebelum ibu mampu untuk duduk. Apabila tubuh semakin kuat, kedua kaki ditekuk, kemudian diluruskan. Diulangi semampunya.

b. Setelah 6-10 jam

Pasien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan bertujuan untuk mencegah trombosis dan tromboemboli. Setiap 2 jam, pasien dibantu untuk miring kanan miring kiri, batuk dan nafas dalam. Bantal kecil diletakkan di bagian abdomen untuk mengurangi ketidaknyamanan daerah insisi ketika batuk.

c. Setelah 8-12 jam

Pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk. Pada tahap ini, pasien boleh minta tolong pada keluarga atau perawat untuk menyangga tubuh, dan melatih tubuh untuk duduk tegak. Tubuh ditahan dengan kedua tangan dan kaki digeser ke pinggir tempat tidur. Apabila merasa pusing, jangan paksakan untuk terus melakukannya. Setelah siap melakukannya kembali, pasien bisa mencoba mengulangi latihan tersebut.

d. 24 jam post laparatomi

Setelah pasien dapat duduk, jika pasien mampu dianjurkan untuk belajar berjalan pada 24 jam setelah operasi. Pada tahap ini, tubuh

ditegakkan dan dikuatkan pada posisi berdiri sampai benar-benar stabil sebelum memulai berjalan. Jika posisi berdiri sudah cukup stabil dan kuat, dilanjutkan dengan mencoba melangkah sedikit demi sedikit. Awalnya akan merasa sangat nyeri. Namun dengan beberapa kali latihan, rasa nyeri itu akan berangsur-angsur berkurang.

6. Rentang gerak mobilisasi dini

Rentang gerak dalam mobilisasi dini yaitu rentang gerak pasif, rentang gerak aktif, dan rentang gerak fungsional. Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot yang lain secara pasif, misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien. Rentang gerak aktif, hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya dalam keadaan berbaring pasien menggerakkan kakinya. Rentang gerak fungsional, berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan (Shofa, 2021).

7. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan mobilisasi dini post operasi laparatomi

Faktor yang berpengaruh dalam melakukan mobilisasi dini ada 3 yaitu pemberian informasi oleh petugas kesehatan, tingkat pengetahuan, dan motivasi. Sedangkan faktor yang paling berpengaruh adalah faktor pemberian informasi oleh petugas kesehatan salah satunya adalah perawat, berdasarkan karakteristik pekerjaan, diketahui bahwa persentase pasien yang bekerja lebih besar melakukan mobilisasi dini dibandingkan dengan pasien yang tidak bekerja (Sumaryati et al., 2021). Selain itu berdasarkan tingkat nyeri, lebih banyak pasien dengan nyeri sedang yang melakukan mobilisasi dini dibandingkan pasien dengan nyeri ringan dan berat. (Eriyani et al., 2018). Berdasarkan karakteristik riwayat pembedahan, pelaksanaan mobilisasi dini dengan kategori baik lebih banyak terjadi pada responden dengan riwayat pembedahan, dibandingkan dengan responden yang tidak pernah dilakukan pembedahan sebelumnya. Kemampuan pasien dalam melaksanakan mobilisasi tidak sama antara pasien satu

dengan pasien yang lain. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain seperti usia, status perkembangan, pengalaman yang lalu atau riwayat pembedahan sebelumnya, gaya hidup, tingkat pendidikan, dan pemberian informasi oleh petugas kesehatan tentang proses penyakit (Savita et al., 2023)

Perilaku mobilisasi dini dipengaruhi pengetahuan dan motivasi yang dimiliki responden untuk mencari tahu dan bertanya mengenai cara melakukan mobilisasi dini. Dengan pengetahuan dan motivasi yang baik tentang mobilisasi dini maka akan membentuk perilaku ibu untuk melakukan mobilisasi dini. Sedangkan mobilisasi yang tidak baik dapat dipengaruhi oleh dukungan keluarga dan peran petugas kesehatan yang memotivasi dan membantu ibu saat melakukan mobilisasi dini (Yoryuenyong et al., 2023). Pengetahuan dan motivasi yang pasien miliki akan mempengaruhi perilaku dalam melaksanakan mobilisasi dini disamping adanya dukungan dari keluarga dalam memberikan semangat dan peran petugas kesehatan dalam mengadakan penyuluhan tentang mobilisasi dini (Lina, 2019). Berdasarkan penelitian (Liawati & Novani, 2018) di RSUD Sekarwangi Kabupaten Sukabumi menyimpulkan bahwa terdapat hubungan pengetahuan pasien tentang mobilisasi dini dengan pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien post operasi laparatomi. Begitu juga dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Pramayoza, 2023), bahwa ada hubungan bermakna antara tingkat pengetahuan dengan mobilisasi dini pada pasien laparatomi.

C. Kemandirian

1. Defenisi

Kemandirian dalam kamus psikologi berasal dari kata “*independence*” yang diartikan sebagai kondisi seseorang tidak tergantung pada orang lain untuk memilih keputusan dan adanya sikap untuk percaya diri (Dewi et al., 2022). Kemandirian *Activity of Daily living* atau ADL adalah kemampuan individu mengurus segala kegiatan dari mulai tidur, mandi, berpakaian dan aktivitas lainnya hingga akan tidur kembali (Pratiwi et al., 2023).

2. Faktor – Faktor Kemandirian

Faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian seseorang dapat disebabkan karena faktor kesehatan, fungsi motorik, fungsi kognitif, status perkembangan, dukungan/support orang terdekat, umur dan fungsi psikososial (Astriana, 2020). Selain faktor tersebut, menurut (Savita et al., 2023) faktor-faktor yang berpengaruh dalam kemandirian *activities of daily living* yaitu pengetahuan, motivasi, imobilisasi, pendidikan dan pekerjaan. Faktor ADL dasar menurut (Husni et al., 2023) dipengaruhi oleh : ROM/ Range of motion sendi, kekuatan otot, tonus otot, propioseptif, persepsi visual, kognitif, koordinasi dan keseimbangan tubuh. Faktor yang mempengaruhi terjadinya penurunan ADL menurut (Sumaryati et al., 2021) yaitu imobilisasi, dementia, inkontinensia, asupan energi yang kurang, dekubitus, patah tulang, persendian kaku, pergerakan yang terbatas, respon lambat, keseimbangan tubuh buruk, gangguan peredaran darah, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan perabaaan dan gangguan status mental yang meliputi kesedihan atau depresi.

3. Komponen *Activities of Daily Living* Dasar

Menurut (Pratiwi et al., 2023) menjelaskan bahwa kegiatan yang termasuk *activities of daily living* yaitu gerakan di tempat tidur seperti duduk, naik ke tempat tidur, mengubah posisi di tempat tidur. Mobilitas (transfer 24 berpindah dari suatu tempat ke tempat yang lain, mengubah posisi dari duduk menjadi berdiri, berpindah dari sebuah kursi ke tempat tidur atau sebaliknya). Bergerak berarti berjalan pada tanjakan, lereng atau tempat yang datar dan pada tangga. Berpakaian berarti mengenakan mengenakan kaus kaki, stoking, dan sepatu serta pakaian bagian atas dan bawah. Kebersihan diri (perawatan dan pembersihan wajah, badan, serta kaki dan tangan). Serta pemberian makan yang termasuk makan dan minum. Dan toileting (buang air besar/ BAB dan buang air kecil/ BAK), mandi

4. Tahap Kemandirian

Tahap kemandirian pada pasien laparatomimenurut (Wardani et al., 2019) adalah :

- a. Pada 6 jam post operasi
Pasien diharapkan menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki, memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Masih tirah baring di tempat tidur.
 - b. Setelah 6-10 jam post operasi
Pasien diharapkan mampu miring ke kanan dan ke kiri, serta mampu menyusui bayi dengan posisi miring.
 - c. Pada 24 jam post operasi
Kemandirian pasien post operasi dapat berubah sikap dari berbaring ke duduk, mampu menggapai benda yang dibutuhkan. dapat melakukan aktivitas seperti duduk dengan bantuan di tempat tidur atau berpindah, dapat melakukan kegiatan makan dan minum secara mandiri, dapat mengontrol eliminasi defekasi/berkemih dengan menggunakan bantuan/pispot tanpa menggunakan kateter.
 - d. Pada 48 jam post operasi
Pasien post operasi dapat beraktivitas duduk dengan mandiri, memenuhi kebutuhan nutrisi sendiri, dapat mengontrol eliminasi defekasi/berkemih dengan menggunakan bantuan/pispot tanpa menggunakan kateter secara mandiri.
 - e. Pada 72 jam post operasi
Pasien post operasi diharapkan dapat berjalan mandiri, dapat beraktivitas di kamar mandi (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram), mampu berdiri dengan bantuan atau mandiri, dapat melakukan kebersihan diri (personal hygien), dapat mandi dengan mandiri, dapat berpakaian dengan mandiri, BAK/BAB, naik turun tangga tempat tidur.
5. Tingkat kemandirian *Activities of Daily Living* pada pasien post Operasi Laparatomi
- Menurut (Muqorobin & Kartin, 2022) Klasifikasi tingkat kemandirian berdasarkan teori Orem : *Self care*, yaitu :

- a. Mandiri

Dapat melakukan segala aktivitas kegiatan sehari-hari dengan mandiri tanpa bantuan dari orang lain/ bantuan alat.
 - b. Ketergantungan ringan/minimal

Mampu naik turun tempat tidur, ambulasi dan berjalan dengan mandiri, mampu makan dan minum sendiri, mandi sendiri/mandi sebagian dengan sedikit bantuan, berpakaian dan berdandan dengan sedikit bantuan, serta buang air kecil/BAK dan buang air besar/BAB dengan sedikit bantuan.
 - c. Ketergantungan sedang/partial

Membutuhkan bantuan 1 orang untuk naik turun tempat tidur, bantuan untuk ambulasi/berjalan, membutuhkan bantuan dalam menyiapkan makanan, bantuan untuk makan dan minum (disuap), membutuhkan bantuan dalam membersihkan mulut, serta membutuhkan bantuan untuk berpakaian dan berdandan, bantuan untuk BAB/BAK ditempat tidur/kamar mandi.
 - d. Ketergantungan total

Membutuhkan 2 orang/lebih untuk mobilisasi dari tempat tidur ke kereta dorong/kursi roda, makan dan minum dibantu menggunakan alat, membutuhkan bantuan untuk membersihkan mulut, membutuhkan bantuan penuh untuk berpakaian dan berdandan, mandi dibantu penuh oleh perawat/keluarga, dan BAK menggunakan kateter.
6. Instrumen *Activities of Daily Living*
- Tingkat kemandirian fungsional dapat diukur melalui beberapa instrument. Pengukuran ADL dasar atau disebut *activities of daily living* dapat lebih mudah dinilai serta dievaluasi secara kuantitatif melalui skor yang didapat dari hasil pengkajian dengan instrumen yang sudah valid. Keterampilan dasar ADL menurut (Mahoney FI, 2008), yaitu mengurus dirinya meliputi berpakaian, makan dan minum, toileting (ada yang menjabarkan dengan buang air kecil/BAK dan buang air besar/BAB), mandi, mobilitas serta berhias. Beberapa instrumen untuk menilai kemandirian ADL yaitu Barthel ADL Index (BAI), Skala yang sudah baku diterbitkan pada tahun

1965 oleh Mahoney FI dan Barthel D dengan versi asli mempunyai skoring 0-100 dengan 10 item. Kemudian dimodifikasi dengan skoring menjadi 0-20. Isi 10 item Barthel ADL Index tersebut meliputi: makan, mandi, berhias, berpakaian, kontrol kandung kemih dan kontrol anus, *toileting*, transfer dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya, mobilitas serta naik tangga. Kelebihan instrumen ini sangat handal dan sangat sah serta cukup sensitif (Iverson & Dervan, 2021). Menurut (Sulaiha et al., 2022) pengkajian menggunakan instrumen indeks barthel pun < 10 menit yang dapat berguna untuk skrining, penilaian formal, pemantauan dan pemeliharaan proses terapi. Dengan adanya instrumen tersebut lebih mudah mengelompokkan berada dimana tingkat kemampuan individu tersebut. Disimpulkan dari masing-masing instrumen bahwa ada beberapa tingkatan kemandirian seseorang menurut skoring yaitu: mandiri, ketergantungan ringan, ketergantungan sedang, ketergantungan berat dan ketergantungan total

D. Penyembuhan Luka Post Operasi Laparatomi

1. Defenisi

Luka merupakan suatu keadaan yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan. Penyebabnya bisa karena trauma, operasi, ischemia, dan tekanan (Sumantri & Fitri, 2022). Luka Operasi yaitu luka akut yang dibuat oleh ahli bedah yang bertujuan untuk terapi atau rekonstruksi (Wiqudatul Ummah, 2022). Luka pasca operasi laparatomi adalah gangguan dalam kontinuitas sel akibat dari pembedahan yang dilakukan untuk mengeluarkan jaringan, dengan membuka dinding perut dengan indikasi tertentu (Eriyani et al., 2018)

2. Jenis Irisan / Luka Laparatomi

Menurut (Arif et al., 2021), Ada 4 cara insisi pembedahan yang dilakukan, antara lain :

a. *Midline incision*

Metode insisi yang paling sering digunakan, karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat lebih luas, cepat di buka dan di tutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian

jenis insisi ini adalah terjadinya hernia cikatrialis. Indikasinya pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan lien serta di bawah umbilikus untuk eksplorasi ginekologis, rektosigmoid, dan organ dalam pelvis.

b. *Paramedian*

Yaitu ; sedikit ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12,5 cm). Terbagi atas 2 yaitu, paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi pada jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bagian bawah, serta plenektomi. Paramedian insision memiliki keuntungan antara lain : merupakan bentuk insisi anatomis dan fisiologis, tidak memotong ligamen dan saraf, dan insisi mudah diperluas ke arah atas dan bawah.

c. *Transverse upper abdomen incision*

Yaitu ; insisi di bagian atas, misalnya pembedahan *cholecystotomy* dan *splenectomy*

d. *Transverse lower abdomen incision*

Yaitu; insisi melintang di bagian bawah ± 4 cm di atas anterior spinal iliaka, misalnya; pada operasi appendectomy (Yenichrist, 2008).

3. Komplikasi Luka

Menurut (Safitri, 2020), komplikasi luka post operasi yaitu:

a. *Hematoma*

Balutan dilihat terhadap perdarahan (*hemoragi*) pada interval yang sering selama 24 jam setelah pembedahan. Setiap perdarahan dalam jumlah yang tidak semestinya dilaporkan. Pada waktunya, sedikit perdarahan terjadi pada bawah kulit. Hemoragi ini biasanya berhenti secara spontan tetapi mengakibatkan pembentukan bekuan didalam luka. Jika bekuan kecil, maka akan terserap dan tidak harus ditangani. Ketika lukanya besar dan luka biasanya menonjol dan penyembuhan akan terhambat kecuali bekuan ini dibuang. Proses penyembuhan biasanya dengan granulasi atau penutupan sekunder dapat dilakukan

b. Infeksi

Staphylococcus Aureus menyebabkan banyak infeksi luka pasca operatif. Infeksi lainnya dapat terjadi akibat *Escherichia coli*, *Proteus*

vulgaris. Bila terjadi proses inflamatori, hal ini biasanya menyebabkan gejala dalam 36 sampai 48 jam. Frekuensi nadi dan suhu tubuh meningkat, dan luka biasanya membengkak, hangat dan nyeri tekan, tanda-tanda lokal mungkin tidak terdapat ketika infeksi sudah mendalam

c. *Dehiscence* dan *Eviserasi*

Dehiscence adalah gangguan insisi atau luka bedah dan *eviserasi* adalah penonjolan isi luka. Komplikasi ini sering terjadi pada jahitan yang lepas, infeksi dan yang lebih sering lagi karena batuk keras dan mengejan.

4. Proses Penyembuhan Luka

Menurut (Aminuddin, M., Sukmana, M., Nopriyanto, D., 2020), proses fisiologis penyembuhan luka dapat dibagi ke dalam 4 fase utama, yaitu :

a. Fase *Inflamasi* (durasi 0-3 hari)

Jaringan yang rusak dan sel mati melepaskan histamine dan mediator lain, sehingga dapat menyebabkan fase dilatasi dari pembuluh darah sekeliling yang masih utuh serta meningkatnya penyediaan darah ke daerah tersebut, sehingga menyebabkan merah dan hangat. Permeabilitas kapiler darah meningkat dan cairan yang kaya akan protein mengalir ke interstitial menyebabkan oedema local

b. Fase *destruksi* (1-6 hari)

Pembersihan terhadap jaringan mati atau yang mengalami devitalisasi dan bakteri oleh *polimorf* dan *makrofag*. *Polimorf* menelan dan menghancurkan bakteri. Tingkat aktivitas polimorf yang tinggi hidupnya singkat saja dan penyembuhan dapat berjalan terus tanpa keberadaan sel tersebut

c. Fase *Proliferasi* (durasi 3-24 hari)

Fibroblas memperbanyak diri dan membentuk jaring-jaring untuk sel-sel yang bermigrasi. *Fibroblas* melakukan sintesis kolagen dan *mukopolisakarida*.

d. Fase *Epitelialisasi*

Proses ini berlangsung bersamaan dengan proses penyembuhan jaringan untuk membentuk lapisan perlindungan luar. Proses ini dimulai sejak 1 hari terjadinya luka. Pada proses ini terjadi migrasi dan proliferasi dari sel epitel ke luka tersebut, yang terlihat sebagai penebalan epidermis pada tepi luka. Proses ini dimulai dari migrasi sel basal sehingga luka yang terbuka akan terjembatani, kemudian diikuti dengan migrasi dan proliferasi dari sel epitel dan kemudian akan terjadi keratinisasi dari lapisan paling atas

5. Tipe Penyembuhan Luka

Proses penyembuhan luka akan melalui beberapa intensi penyembuhan, antara lain :

a. Penyembuhan Melalui Intensi Pertama (*Primary Intention*)

Luka terjadi dengan pengrusakan jaringan yang minimum, dibuat secara aseptik, penutupan terjadi dengan baik, jaringan granulasi tidak tampak, dan pembentukan jaringan parut minimal.

b. Penyembuhan Melalui Intensi Kedua (*Granulasi*)

Pada luka terjadi pembentukan pus atau tepi luka tidak saling merapat, proses penyembuhannya membutuhkan waktu yang lama.

c. Melalui Intensi Ketiga (*Secondary Suture*)

Terjadi pada luka yang dalam yang belum dijahit atau terlepas dan kemudian dijahit kembali, dua permukaan granulasi yang berlawanan disambungkan sehingga akan membentuk jaringan parut yang lebih dalam dan luas. (Wintoko & Yadika, 2020)

6. Faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

Menurut (Ariningrum & Subandono, 2018), yang mempengaruhi penyembuhan luka dapat digolongkan menjadi dua yaitu :

a. Faktor Luka

1) Kontaminasi Luka

Teknik pembalutan yang tidak adekuat, bila terlalu kecil memungkinkan invasi dan kontaminasi bakteri, jika terlalu

kencang dapat mengurangi suplay oksigen yang membawa nutrisi dan oksigen.

2) Edema

Penurunan suplay oksigen melalui gerakan meningkat tekanan intersisial pada pembuluh darah.

3) Hemoragi

Akumulasi darah menciptakan ruang rugi juga sel-sel mati yang harus disingkirkan.

b. Faktor Umum

1) Usia

Makin tua pasien, makin kurang lentur jaringan.

2) Nutrisi

Pada penyembuhan luka kebutuhan akan nutrisi meningkat seiring dengan stres fisiologis yang menyebabkan defisiensi protein nutrisi yang kurang dapat menghambat sintesis kolagen dan terjadi penurunan fungsi *leukosit*.

Nutrisi adalah aspek yang paling penting dalam pencegahan dan pengobatan pada luka. Penyembuhan menempatkan penambahan pemakaian nutrisi pada tubuh pasien memerlukan diit kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin C dan A, dan mineral.

Peningkatan kebutuhan protein saat terjadinya luka, peningkatan kebutuhan tersebut diperlukan untuk proses inflamasi, imun dan perkembangan jaringan granulasi. Protein yang utama disintesis selama fase penyembuhan luka adalah kolagen. Kekuatan kolagen menentukan kekuatan kulit luka seussai sembuh. Protein mensuplai asam amino yang dibutuhkan untuk perbaikan jaringan dan regenerasi, tubuh harus mempunyai suplai protein sebanyak 100 gram per hari agar dapat menetralisir penyembuhan luka dengan baik. Kekurangan protein dapat mempengaruhi penyembuhan luka, kekurangan intake protein prabedah, secara signifikan menunda penyembuhan luka pasca bedah. Kadar serum albumin rendah akan menurunkan difusi oksigen dan membatasi

kemampuan neutrofilik untuk membunuh bakteri. Dalam kaitan ini, oksigen rendah pada tingkat kapiler membatasi proliferasi jaringan granulasi yang sehat.

3) Obesitas

Pada pasien obesitas jaringan adiposa biasanya mengalami avaskuler sehingga mekanisme pertahanan terhadap mikroba sangat lemah dan mengganggu suplai nutrisi ke arah luka, akibatnya penyembuhan luka menjadi lambat.

4) Medikasi

Pada beberapa obat dapat mempengaruhi penyembuhan luka, seperti steroid, anti koagulan, anti biotik spektrum luas

5) Riwayat Persalinan

Merupakan salah satu faktor penentu kecepatan kesembuhan luka post operasi laparatomi karena dengan adanya infeksi yang terjadi sebelumnya menyebabkan luka yang ada akan lebih lama sembuh. Persalinan yang berisiko terhadap infeksi terhadap luka seperti partus lama, Ketuban Pecah Dini.

6) Riwayat Penyakit

Penyakit yang menyertai seperti anemia, diabetes mellitus (DM) dan obat-obatan. Diabetes mellitus terjadi hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah, nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel. Akibatnya akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh yang berakibat rentan terhadap infeksi

b. Faktor lokal

1) Sifat injuri

Kedalaman luka dan luas jaringan yang rusak mempengaruhi penyembuhan luka, bahkan bentuk luka.

2) Adanya infeksi

Jika pada luka terdapat kuman patogen penyebab infeksi, maka penyembuhan luka menjadi lambat.

3) Lingkungan setempat

Dengan adanya drainase pada luka. PH yang harusnya antara 7,0 sampai 7,6 menjadi berubah sehingga mempengaruhi penyembuhan luka. Selain itu, adanya tekanan pada area luka dapat mempengaruhi sirkulasi darah pada daerah luka.

7. Alat ukur penyembuhan luka yang digunakan adalah skala REEDA yaitu : Menurut Davidson, 1974 dalam (Khudorifah, 2022), Skala REEDA merupakan sistem skoring untuk mengevaluasi penyembuhan luka :

Tabel1. Skala REEDA

Points	<i>Redness</i>	<i>Edema</i>	<i>Ecchymosis</i>	<i>Discharge</i>	<i>Approximation</i>
0	Tidakada	Tidakada	Tidakada	Tidakada	Tertutup
1	Sekitar0,25 cm pada kedua sisi insisi	Kurang dari 1 cm dari insisi	Sekitar0,25 bilateral/0,5 cm uniteral	Serum	Jarakkulit3 mm atau kurang
2	Sekitar0,5 cm pada kedua sisi insisi	Sekitar 1-2 cm dari insisi	Sekitar 0,5-1 cm bilateral/0,5-2cm uniteral	Serosanguinous	Terdapatjarak antara kulit dan lemak subkutan
3	Lebih dari 0,5 cm pada kedua sisi insisi	Lebih dari 2 cm dari insisi	Lebih dari 1 cm bilateral/2 cm uniteral	Darah,purulen	Terdapatjarak antara kulit,lemak subkutandan fascia

Skala REEDA (*Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation*) merupakan instrumen penilaian penyembuhan luka yang berisi lima faktor, yaitu kemerahan, edema, ekimosis, discharge, dan pendekatan (aproksimasi) dari dua tepi luka. Masing-masing faktor diberi skor antara 0 sampai 3 yang mempresentasikan tidak adanya tanda-tanda hingga adanya tanda-tanda tingkat tertinggi. Dengan demikian, total skor skala berkisar dari 0 sampai 15, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan

penyembuhan luka yang jelek. Klasifikasi status luka post operasi laparatomi dengan nilai skor yaitu:

Baik = Nilai skor 0

Kurang baik = Nilai skor 1-5

Buruk = Nilai skor lebih dari 6-15

E. Self Care

1. Defenisi

Perawatan diri (*self-care*) adalah pelaksanaan aktivitas individu yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Jika perawatan diri dapat dilakukan dengan efektif, maka dapat membantu individu dalam mengembangkan potensidirinya (Rofii, 2021). Menurut Orem, untuk melakukan proses asuhan keperawatan maka harus dengan keyakinan bahwa setiap orang memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan pada dirinya sendiri sehingga akan membantu individu dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, memelihara kesehatannya dan mencapai kesejahteraan (Martha Raile Alligood, 2018)

2. Konsep Self care Dorothea Orem

Orem mengembangkan teori *Self care Deficit* meliputi 3 teori yang berkaitan yaitu : 1). *Self care*, 2). *Self care defisit* dan 3) *nursing system*. Ketiga teori tersebut dihubungkan oleh enam konsep sentral yaitu; *self care*, *self care agency*, kebutuhan *self care terapeutik*, *self care defisit*, *nursing agency*, dan *nursing system*, serta satu konsep perifer yaitu *basic conditioning factor* (faktor kondisi dasar). (Rofii, 2021)

Self care tergantung dari perilaku yang telah dipelajari, individu berinisiatif dan membentuk sendiri untuk memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya

a. Teori Self care

Untuk memahami teori *self care* sangat penting terlebih dahulu memahami konsep *self care*, *self care agency*, *basic conditioning factor* dan kebutuhan *self care terapeutik*. *Self care* adalah *performance* atau praktek kegiatan individu untuk berinisiatif dan

membentuk perilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Jika *self care* dibentuk dengan efektif maka hal tersebut akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia.

Self care agency adalah kemampuan manusia atau kekuatan untuk melakukan *self care*. Kemampuan individu untuk melakukan *self care* dipengaruhi oleh basic conditioning factors seperti; umur, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan (diagnostik, penatalaksanaan modalitas), sistem keluarga, pola kehidupan, lingkungan serta ketersediaan sumber.

Kebutuhan *self care therapeutik* (*Therapeutic self care demand*) adalah merupakan totalitas dari tindakan *self care* yang diinisiatif dan dibentuk untuk memenuhi kebutuhan *self care* dengan menggunakan metode yang valid yang berhubungan dengan tindakan yang akan dilakukan.

Menurut (Muhlisin & Irdawati, 2020), Konsep lain yang berhubungan dengan teori *self care* adalah *self care requisite*. Orem mengidentifikasi tiga kategori *self care requisite* :

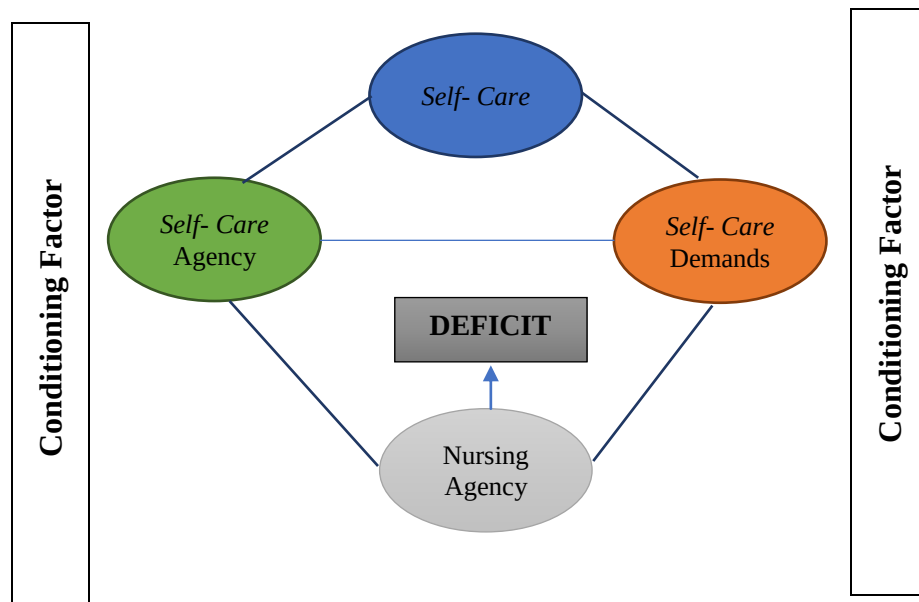
- 1) Universal meliputi; udara, air makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, solitude dan interaksi sosial, pencegahan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia.
- 2) Developmental, lebih khusus dari universal dihubungkan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan seperti; pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh dan kehilangan rambut.
- 3) Perubahan kesehatan (*Health Deviation*) berhubungan dengan akibat terjadinya perubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan *self care* akibat suatu penyakit atau *injury*.

b. Teori *Self care Deficit*

Merupakan hal utama dari teori general keperawatan menurut Orem. Dalam teori ini keperawatan diberikan jika seorang dewasa (atau pada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan *self care* secara efektif. Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat berkurang atau tidak dapat terpenuhi atau adanya ketergantungan.

Orem mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam membantu *self care* :

- 1) Tindakan untuk atau lakukan untuk orang lain.
- 2) Memberikan petunjuk dan pengarahan.
- 3) Memberikan dukungan fisik dan *psychologis*.
- 4) Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal.
- 5) Pendidikan. Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi *self care* Orem menggambarkan hubungan diantara konsep yang telah dikemukakannya.



Gambar 1. Orem's *Self Care Theory Conceptual Framework*
(Martha Raile Alligood, 2018)

Berdasarkan gambar diatas dapat dilihat bahwa jika kebutuhan lebih banyak dari kemampuan, maka keperawatan akan dibutuhkan. Tindakan-tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan pelayanan keperawatan dapat digambarkan sebagai domain keperawatan. Orem (1991) mengidentifikasikan lima area aktifitas keperawatan yaitu:

- 1) Masuk kedalam dan memelihara hubungan perawat klien dengan individu, keluarga, kelompok sampai pasien dapat melegitimasi perencanaan keperawatan.
- 2) Menentukan jika dan bagaimana pasien dapat dibantu melalui keperawatan.
- 3) Bertanggungjawab terhadap permintaan pasien, keinginan dan kebutuhan untuk kontak dan dibantu perawat.
- 4) Menjelaskan, memberikan dan melindungi klien secara langsung dalam bentuk keperawatan.
- 5) Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan keperawatan dengan kehidupan sehari-hari klien, atau perawatan kesehatan lain jika dibutuhkan serta pelayanan sosial dan edukasional yang dibutuhkan atau yang akan diterima.

c. *Teory Nursing System*

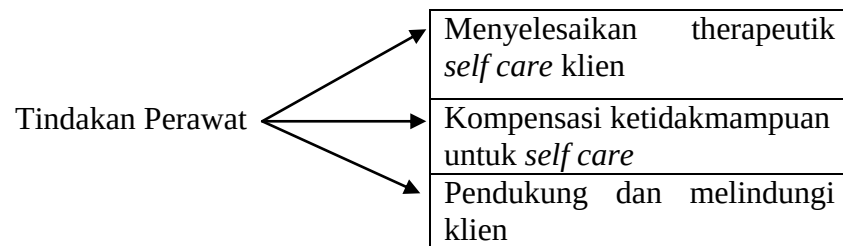
Nursing system didesain oleh perawat didasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan pasien melakukan *self care*. Jika ada *self care defisit*, *self care agency* dan kebutuhan *self care* terapeutik maka keperawatan akan diberikan. *Nursing agency* adalah suatu properti atau atribut yang lengkap diberikan untuk orang-orang yang telah didik dan dilatih sebagai perawat yang dapat melakukan, mengetahui dan membantu orang lain untuk menemukan kebutuhan *self care* terapeutik mereka, melalui pelatihan dan pengembangan *self careagency*.

Orem mengidentifikasi tiga klasifikasinursing system yaitu:

1) *Wholly Compensatory System*

Suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *self care*, dan menerima *self care* secara langsung serta ambulasi harus

dikontrol dan pergerakan dimanipulatif atau adanya alasan-alasan medis tertentu. Ada tiga kondisi yang termasuk dalam kategori ini yaitu; tidak dapat melakukan tindakan *self care* misalnya koma, dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang *self care* tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan pergerakan manipulatif, tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang *self care* nya.



Gambar 2. *Wholly Compensatory System*

2) *Partly Compensatory System*

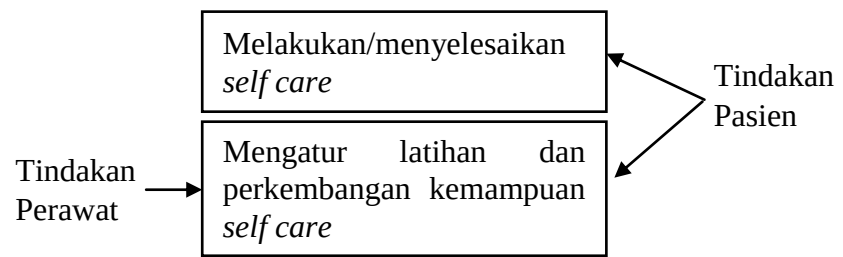
Suatu situasi dimana antara perawat dan klien melakukan perawatan atau tindakan lain dan perawat atau pasien mempunyai peran yang besar untuk mengukur kemampuan melakukan *self care*.



Gambar 3. *Partly Compensatory System*

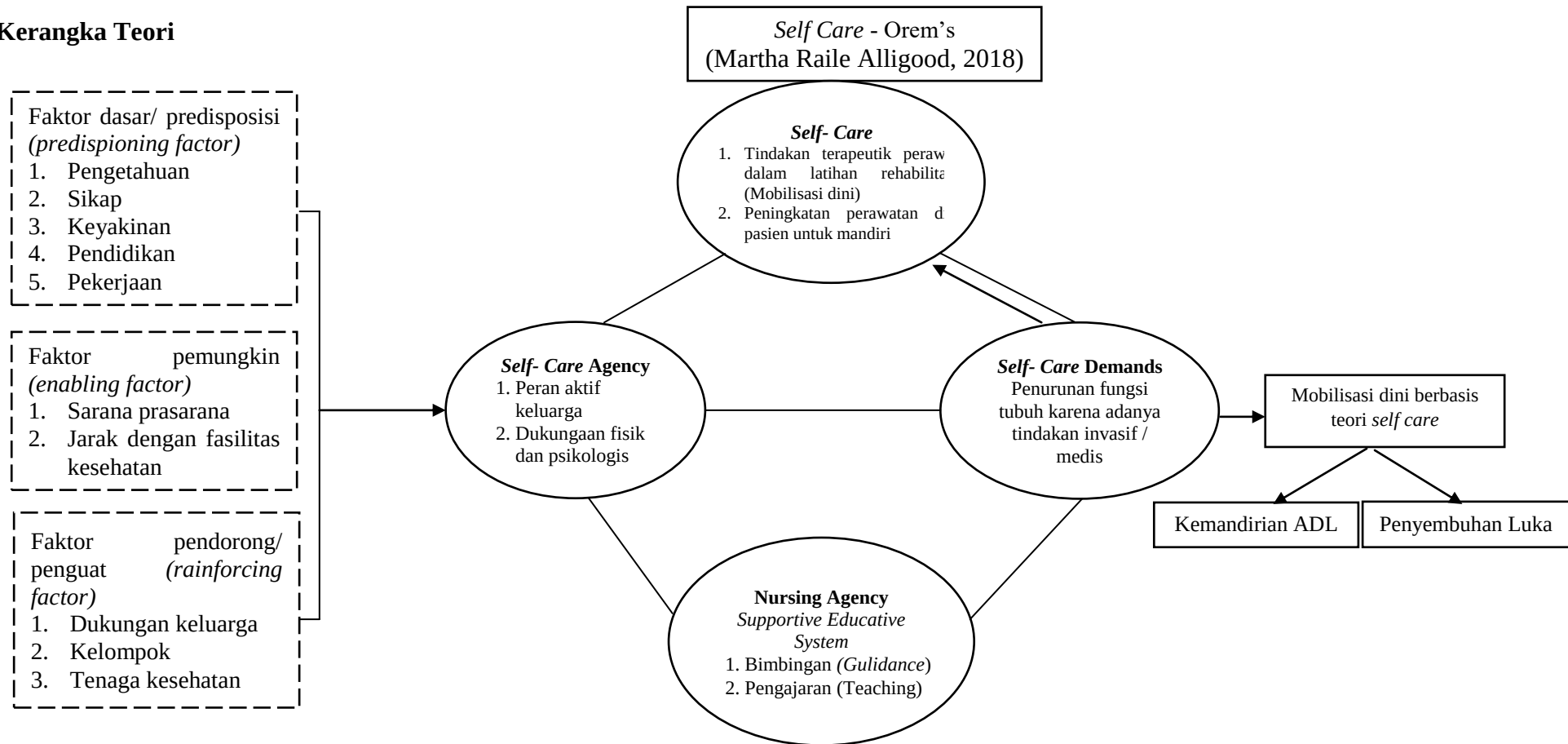
3) *Supportive – Educative System*

Pada sistem ini orang dapat membentuk atau dapat belajar membentuk internal atau *external self care* tetapi tidak dapat melakukannya tanpa bantuan. Hal ini juga dikenal dengan *supportive developmental system*.



Gambar 4. *Supportive – Educative System*

F. Kerangka Teori



Gambar 5. Kerangka teori

(Sumber : (Reza, 2021), (Carpenito, 2015), (Donny Richard Mataputun, 2022), (Romlah et al., 2023), (Jitowiyono, 2019) (Martha Raile Alligood, 2018))