

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyembuhan Luka

2.1.1 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 (Wijaya, et al, 2020).

2.1.2 Klasifikasi Luka

1. Klasifikasi luka berdasarkan proses terjadinya dibagi atas (Wijaya, et al, 2020):
 - a. 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.
 - b. 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.
2. Klasifikasi luka berdasarkan gambaran luka dibagi atas:
 - a. Luka memar; 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.
 - b. Luka insisi; Luka yang terjadi akibat alat-alat tajam sama dengan luka terbuka yang disengaja. Misalnya pada bedah section sesar.
 - c. Luka abrasi; 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.
- d. Luka laserasi; 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.
 - e. Luka punctum atau tusuk; Terjadi karena tertusuk benda tajam lancip yang masuk ke dalam kulit dan jaringan dibawahnya. Mungkin disengaja atau tidak disengaja.
3. Klasifikasi luka berdasarkan waktu penyembuhan luka dibagi menjadi:
- a. Luka akut yaitu luka dengan masa penyembuhan sesuai dengan konsep penyembuhan luka yang telah disepakati
 - b. Luka kronis yaitu luka yang mengalami kegagalan dalam proses penyembuhan, dapat karena faktor eksogen dan endogen.

2.1.3 Tahap Penyembuhan Luka

Penyembuhan terdiri dari 3 (tiga) fase yang saling tumpang tindih, yaitu inflamasi, proliferasi dan maturasi (Westaby, 1985 dalam (Carville, 2017); Doughty, 1992 dalam (Potter & Perry, 2014)) terdiri dari tiga, yaitu reaksi, regenerasi dan remodeling. 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 udem 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 bocor 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 lamban karena reaksi pembentukan kolagen baru sedikit dan luka hanya dipertautkan oleh fibrin yang amat lemah (Lubis, A. N, 2019).

b. Proliferasi (pembentukan jaringan baru atau epitelisasi)

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).

- c. 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 kontraktif 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 ((Diyono & Mulyanti, 2013)
- d. Maturase (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. Edema 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 (Lubis, A. N, 2019). 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 epidermalnya 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 III 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).

2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

Meskipun proses penyembuhan luka sama bagi setiap penderita, adabanyak faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka, yaitu (Mediarti, et al, 2022)

a. Faktor Intrinsik

Faktor intrinsik meliputi faktor- faktor patofisiologi umum (misalnya, gangguan kardiovaskuler, malnutrisi, gangguan metabolik dan endokrin, penurunan daya tahan terhadap infeksi) dan faktor fisiologi normal yang berkaitan dengan usia dan kondisi lokal yang merugikan pada tempat luka (misalnya, eksudat yang berlebihan, dehidrasi, infeksi luka, penurunan suhu luka, pasokan darah yang buruk, edema, hipoksia lokal, jaringan nekrotik, pengelupasan jaringan yang luas, produk metabolik yang berlebihan, dan benda asing).

b. Faktor Ekstrinsik

Faktor ekstrinsik meliputi penatalaksanaan luka yang tidak tepat (misalnya, pengkajian luka yang tidak tepat, penggunaan bahan perawatan luka primer yang tidak sesuai, dan teknik penggantian balutan yang ceroboh).

2.1.5 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. Eviseras

Terpisahnya lapisan luka secara total dapat menimbulkan eviserasi (keluarnya organ viseral melalui luka yang terbuka). Bila terjadi

evisersasi, 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.

2.2. Konsep Apendektomi

2.2.1. Definisi Apendektomi

Apendektomi adalah intervensi bedah untuk melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit (Mutaqin & Sari, 2020). Apendektomi adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks, pembedahan di indikasikan bila diagnosis apendisitis telah ditegakkan. Hal ini dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi. Pilihan apendektomi dapat cito (segera) untuk apendisitis akut, abses, dan perforasi. Pilihan apendektomi efektif untuk apendisitis kronik (Lubis et al, 2019). Post apendektomi merupakan tahapan setelah proses pembedahan area abdomen dilakukan. Perawatan post apendektomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien yang telah menjalani operasi pembedahan abdomen.

2.2.2. Manifestasi Klinis Post Apendektomi

Post apendektomi menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan yang dapat mengakibatkan nyeri, kerusakan tersebut mempengaruhi sensitivitas pada ujung-ujung saraf, hal ini dapat menstimulus jaringan untuk aktivasi pelepasan zat-zat kimia yang merupakan penyebab munculnya nyeri terutama nyeri post apendektomi (Saputro, 2018). Menurut (Saputro, 2018) pasien yang dilakukan tindakan apendektomi akan muncul berbagai manifestasi klinis antara lain:

- a. Mual dan muntah
- b. Perubahan tanda-tanda vital

- c. Nafsu makan menurun
- d. Nyeri tekan pada luka operasi
- e. Gangguan integritas kulit
- f. Kelelahan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan
- g. Demam tidak terlalu tinggi
- h. Biasanya terdapat konstipasi dan terkadang mengalami diare.

2.2.3. Penatalaksanaan Post Apendektomi

Penatalaksanaan pasien post apendektomi menurut (Hanifah, 2019) sebagai berikut:

1. Observasi tanda-tanda vital
2. Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah (Norma, et al, 2019)
3. Baringkan pasien dalam posisi semi fowler
4. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama pasien dipuasakan
5. Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal
6. Berikan minum mulai 15 ml/jam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30ml/jam. Keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya diberikan makanan lunak (Khotimah et al, 2022).
7. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2 kali 30 menit.
8. Hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk di luar kamar
9. Hari ke tujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

2.3. Konsep Mobilisasi Dini

2.3.1 Pengertian mobilisasi dini

Mobilisasi adalah suatu pergerakan dan posisi yang akan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan. Sedangkan mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin berjalan. Setiap orang

butuh bergerak, kehilangan kemampuan bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan (Mardiawati, 2017). Mobilisasi dini adalah suatu usaha untuk menggerakkan bagian tubuh secara bebas dan normal baik secara aktif maupun pasif untuk mempertahankan sirkulasi, memelihara tonus otot dan mencegah kekakuan otot.

Menggerakkan badan atau melatih kembali otot-otot dan sendi pasca operasi akan memperbugar pikiran dan mengurangi dampak negatif dari beban psikologis yang tentu saja berpengaruh terhadap pemulihan fisik. Mobilisasi dini adalah pergerakan yang dilakukan sedini mungkin di tempat tidur dengan melatih bagian-bagian tubuh untuk melakukan peregangan atau belajar berjalan (Lema, Mochsen, dan Barimbing, 2019). Dari beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis (Sabella, 2021).

2.3.2 Manfaat mobilisasi dini

Menurut (Aiddina Fajri, 2020) manfaat yang dapat diperoleh dari mobilisasi bagi sistem tubuh adalah sebagai berikut:

1. Penderita merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation. Setelah bergerak, otot - otot perut dan panggul akan kembali normal sehingga otot perutnya menjadi kuat kembali dan dapat mengurangi rasa sakit dengan demikian pasien merasa sehat dan membantu memperoleh kekuatan, mempercepat kesembuhan.
2. Faal usus dan kandung kencing lebih baik. Melakukan pergerakan akan merangsang peristaltik usus kembali normal. Aktifitas ini juga membantu mempercepat organ-organ tubuh bekerja seperti semula
3. Mobilisasi dini memungkinkan kita mengajarkan pasien segera untuk bisa mandiri. Perubahan yang terjadi pada pasien pasca operasi akan cepat pulih, dengan demikian pasien akan cepat merasa sehat.

4. Mencegah komplikasi, depresi, meminimalkan nyeri, mempercepat kesembuhan, mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin

2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi

a. Gaya Hidup

Mobilisasi seseorang dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, dan lingkungan di mana mereka tinggal (masyarakat).

b. Ketidakmampuan

Kelemahan fisik dan mental dapat menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Secara umum, terdapat dua jenis ketidakmampuan. Ketidakmampuan primer dan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma, sementara ketidakmampuan sekunder terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer.

c. Tingkat Energi

Energi sangat dibutuhkan dalam mobilisasi. Dalam hal ini, cadangan yang dimiliki masing-masing individu cukup bervariasi. Disamping itu, ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stressor guna mempertahankan kesehatan fisik dan psikologi (Zulvia, 2019).

2.3.4 Indikasi Mobilisasi Dini

Adapun indikasi mobilisasi dini yaitu:

1. Klien post apendektomi 6-12 jam pertama
2. Klien dengan gangguan pemenuhan ADL
3. Klien yang dapat diajak untuk berkomunikasi
4. Klien yang memiliki tanda-tanda vital normal
Tanda-tanda vital normal:
 - a. Tekanan darah: 100-130/70-90 mmHg
 - b. Nadi: 60-100 x/menit
 - c. Pernapasan: 12-20 x/menit
 - d. Suhu: 36,5°C-37,5°C

2.3.5 Kontra indikasi

- 1. Klien yang mengalami penurunan kesadaran**
- 2. Tanda-tanda vital jauh di bawah normal**

2.3.6 Tingkatan

Tingkatan mobilisasi dini dikategorikan menjadi 5 tingkatan yaitu tingkat 0 hingga tingkat 4. Tingkat 0 menggambarkan klien tidak dapat melakukan mobilisasi secara aktif, sedangkan tingkatan menuju tingkat 4 menunjukkan kemampuan klien yang semakin mampu melakukan mobilisasi secara mandiri.

1. Tingkat 4: mampu melakukan mobilisasi secara mandiri
2. Tingkat 3: memerlukan bantuan alat
3. Tingkat 2: memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
4. Tingkat 1: memerlukan bantuan dan pengawasan dari orang lain disertai dengan bantuan alat.
5. Tingkat 0: tidak dapat melakukan mobilisasi dini secara aktif

2.3.7 Tahapan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini pasca operasi dapat dilakukan secara bertahap setelah operasi. Prosedur pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien adalah sebagai berikut : Program ini dibagi menjadi 4 tahap dan mudah digunakan. Informasi yang diberikan termasuk jenis pasien untuk siapa setiap fase yang tepat, mobilitas tidur, transfer, latihan terapeutik, pengaturan posisi, durasi dan frekuensi sesi mobilitas (Banamtum. (2021). Tahap-tahap mobilisasi dini adalah:

1. Pada saat awal 6 jam sampai 8 jam setelah operasi.
Pergerakan fisik bisa dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk dan diluruskan, mengkontraksikan otot termasuk juga menggerakkan badan lainnya, miring ke kiri atau ke kanan, serta melakukan latihan nafas dalam. Tahap ini bertujuan mencegah atelektasis dan dekubitus.
2. Pada 12 sampai 24 jam berikutnya atau bahkan lebih awal lagi
Badan sudah bisa diposisikan duduk, baik bersandar maupun tidak

dan fase selanjutnya duduk di tepi tempat tidur dengan kaki yang dijatuhkan atau ditempatkan di lantai sambil digerak-gerakkan selama 15 – 30 menit. Aktivitas ini dilakukan 2 -3 kali perhari untuk menstimulasi sistem kardiovaskuler dan persiapan berdiri.

3. Pada hari kedua pasca operasi rata-rata untuk pasien yang di rawat di kamar atau ruangan dan tidak ada hambatan fisik untuk berjalan, didampingi perawat. Aktivitas ini dilakukan secara bertahap untuk mencegah hipotensi ortostatik dan memfasilitasi kembalinya fungsi sistem otot.
4. Pada hari ketiga Pasien berjalan secara mandiri di sekitar kamar atau keluar kamar, misalnya ke toilet atau kamar mandi sendiri. Pasien harus diusahakan untuk kembali ke aktivitas biasa sesegera mungkin, hal ini perlu dilakukan sedini mungkin pada pasien pasca operasi untuk memulihkan fungsi fisik dasar dan meningkatkan kemandirian.

2.3.8 Dampak Jika Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Pada sebagian besar pasien setelah operasi akan merasa keberatan jika dianjurkan untuk mobilisasi dini dikarenakan masih takut dengan luka jahitannya (Sugiyono, 2020). Namun perlu diketahui bahwa beberapa hal bisa terjadi apabila tidak segera melakukan mobilisasi dini diantaranya :

1. Penyembuhan luka menjadi lama
2. Kulit di bagian punggung menjadi lecet akibat terlalu lama berbaring
3. Badan menjadi mudah lelah dan terasa pegal akibat kurang gerak
4. Lama perawatan di rumah sakit bertambah

2.3.9 Prosedur

- 1) Persiapan
 - a. Beri salam, perkenalkan diri pada klien dan keluarga
 - b. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi dini pada klien dan keluarga

- c. Beri kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya
- d. Ukur tanda-tanda vital klien
- e. Jaga privasi klien dengan menutup tirai atau pintu kamar klien
- f. Atur posisi klien nyaman mungkin

2) Pelaksanaan

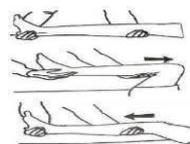
Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin mulai dari 6-12 setelah operasi dan harus dibawah pengawasan perawat untuk memastikan bahwa latihan tersebut dilakukan dengan tepat dan dengan cara yang aman. Latihan tersebut melalui tahap-tahap yaitu (Banamtum. (2021).

6 jam pertama post operasi :

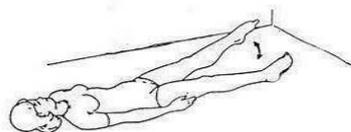
1. Pasien tirah baring, melakukan gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi pada kaki (gerakan pompa betis)



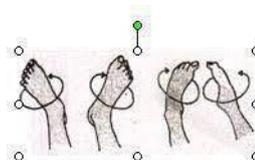
2. Melakukan gerakan ekstensi dan fleksi lutut 2-4 jam post operasi.



3. Menaikkan dan menurunkan kaki secara bergantian dari permukaan tempat tidur 2-4 jam post operasi

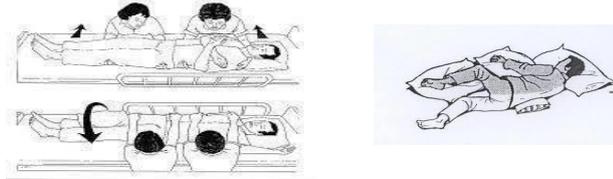


4. Memutar telapak kaki seperti membuat lingkaran sebesar mungkin menggunakan ibu jari kaki 2-4 jam post operasi



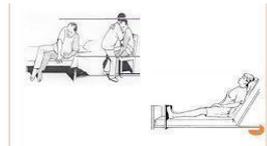
Setelah 6-10 jam post operasi

5. Memiringkan badan ke kanan dan ke kiri setiap 2 jam.



Setelah 24 jam post operasi

6. Pasien dianjurkan untuk belajar duduk. Latihan duduk baik dengan disangga maupun tidak.



7. Pasien mulai melakukan latihan turun dari tempat tidur dan memulai untuk berjalan.



8. Tingkatkan secara bertahap setiap gerakan mobilisasi dengan bantuan penuh, minimal, hingga mandiri sesuai toleransi pasien

3) Evaluasi

- a) Evaluasi hasil kegiatan
- b) Evaluasi respon klien sebelum dan sesudah tindakan
- c) Ukur tanda-tanda vital
- d) Beri reinforcement positif pada klien dan keluarga

2.4. Perawatan Luka

2.4.1. Defenisi Perawatan Luka

Perawatan luka adalah suatu tindakan keperawatan yang dilakukan secara sistematis untuk menjaga kebersihan luka, mencegah infeksi, mempercepat penyembuhan, serta mengurangi risiko komplikasi pada jaringan yang mengalami kerusakan. Menurut Potter & Perry (2017), perawatan luka merupakan proses membersihkan, menutup, dan memantau kondisi luka agar terjadi penyembuhan yang optimal sesuai dengan mekanisme fisiologis tubuh.

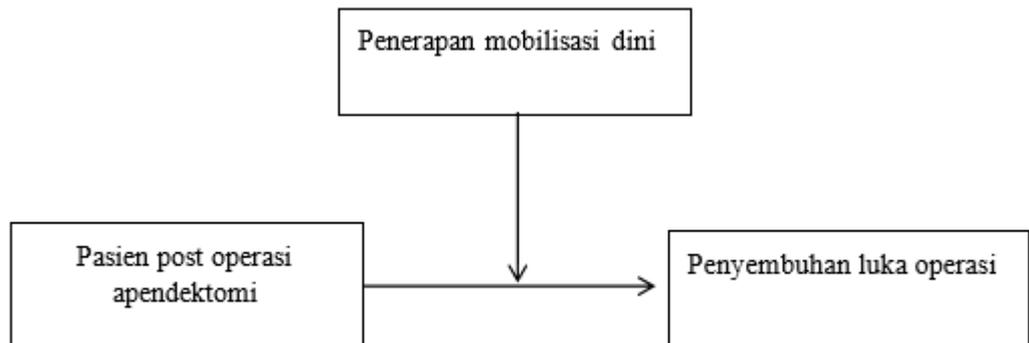
2.4.2. Tujuan Perawatan Luka

1. Menjaga luka tetap bersih dan lembab untuk mendukung proses penyembuhan.
2. Mencegah terjadinya infeksi nosokomial.
3. Mempercepat proses penyembuhan jaringan.
4. Mengurangi rasa nyeri dan ketidaknyamanan pasien.
5. Meminimalkan terbentuknya jaringan parut (skar).
6. Meningkatkan kualitas hidup pasien pasca operasi.

2.4.3. Prinsip Perawatan Luka

1. Menggunakan teknik aseptik untuk mencegah kontaminasi.
2. Melakukan pembersihan luka dari area yang paling bersih ke area yang paling kotor.
3. Menggunakan peralatan steril sesuai standar prosedur operasional (SPO).
4. Memperhatikan faktor sistemik pasien seperti nutrisi, hidrasi, kadar Hb, dan kondisi imun.
5. Evaluasi kondisi luka secara rutin menggunakan instrumen penilaian luka, misalnya skala REEDA (Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation).

2.5. Kerangka Konsep



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep