

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Post Apendiktomi

1. Pengertian

Apendiktomi adalah pembedahan atau operasi pengangkatan apendiks (Haryono, 2012). Apendiktomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Apendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses (Marijata dalam Pristahayuningtyas, 2015).

Post apendiktomi merupakan peristiwa setelah dilakukannya tindakan pembedahan pada apendik yang mengalami inflamasi. Kondisi post operasi dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya. Pasien yang telah menjalani pembedahan dipindahkan ke ruang perawatan untuk pemulihan post pembedahan (memperoleh istirahat dan kenyamanan) (Muttaqin, 2009).

Aktivitas keperawatan post operasi berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan. Peran perawat yang mendukung proses kesembuhan pasien yaitu dengan memberikan dorongan kepada pasien untuk melakukan mobilisasi setelah operasi (Potter & Perry, 2010). Mobilisasi penting dilakukan karena selain mempercepat proses kesembuhan juga mencegah komplikasi yang mungkin muncul (Muttaqin, 2009).

2. Etiologi

Etiologi dilakukannya tindakan pembedahan pada penderita apendiksitis dikarenakan apendiks mengalami peradangan. Apendiks yang meradang dapat menyebabkan infeksi dan perforasi apabila tidak dilakukan tindakan pembedahan. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus. Disamping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askariasis dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan apendisitis ialah erosi mukosa apendiks akibat parasit seperti *E.histolytica* (Sjamsuhidayat, 2011).

Faktor-faktor yang mempermudah terjadinya radang apendiks menurut Haryono (2012) diantaranya:

a. Faktor sumbatan

Faktor sumbatan merupakan faktor terpenting terjadinya apendisitis (90%) yang diikuti oleh infeksi. Sekitar 60% obstruksi disebabkan oleh hiperplasia jaringan lymphoid sub mukosa, 35% karena stasis fekal, 4% karena benda asing, dan sebab lainnya 1% diantaranya sumbatan oleh parasit dan cacing.

b. Faktor bakteri

Infeksi enterogen merupakan faktor pathogenesis primer pada apendisitis akut. Adanya fekolit dalam lumen apendiks yang telah terinfeksi dapat memperburuk dan memperberat infeksi, karena terjadi

peningkatan stagnasi feses dalam lumen apendiks, pada kultur yang banyak ditemukan adalah kombinasi antara *Bacteriodes fragilis* dan *E.coli*, *Splanchius*, *Lacto-bacilus*, *Pseudomonas*, *Bacteriodes splanicus*. Sedangkan kuman yang menyebabkan perforasi adalah kuman anaerob sebesar 96% dan aerob lebih dari 10%.

c. Kecenderungan familial

Hal ini dihubungkan dengan terdapatnya malformasi yang hereditas dari organ, apendiks yang terlalu panjang, vaskularisasi yang tidak baik dan letaknya yang mudah terjadi apendisitis. Hal ini juga dihubungkan dengan kebiasaan makan dalam keluarga terutama dengan diet rendah serat dapat memudahkan terjadinya fekolit dan menyebabkan obstruksi lumen.

d. Faktor ras dan diet

Faktor ras berhubungan dengan kebiasaan dan pola makanan sehari-hari. Bangsa kulit putih yang dulunya mempunyai resiko lebih tinggi dari negara yang pola makannya banyak serat. Namun saat sekarang kejadiannya terbalik. Bangsa kulit putih telah mengubah pola makan mereka ke pola makan tinggi serat. Justru negara berkembang yang dulunya mengonsumsi tinggi serat kini beralih ke pola makan rendah serat, kini memiliki risiko apendisitis yang lebih tinggi.

3. Komplikasi post apendiktomi

Komplikasi setelah pembedahan apendik menurut Muttaqin (2009):

- a. Infeksi pada luka, ditandai apabila luka mengeluarkan cairan kuning atau nanah, kulit di sekitar luka menjadi merah, hangat, bengkak, atau terasa semakin sakit,
- b. Abses (nanah), terdapat kumpulan di dalam rongga perut dengan gejala demam dan nyeri perut.
- c. Perlengketan usus, dengan gejala rasa tidak nyaman di perut, terjadi sulit buang air besar pada tahap lanjut, dan perut terasa sangat nyeri
- d. Komplikasi yang jarang terjadi seperti ileus, gangren usus, peritonitis, dan obstruksi usus.

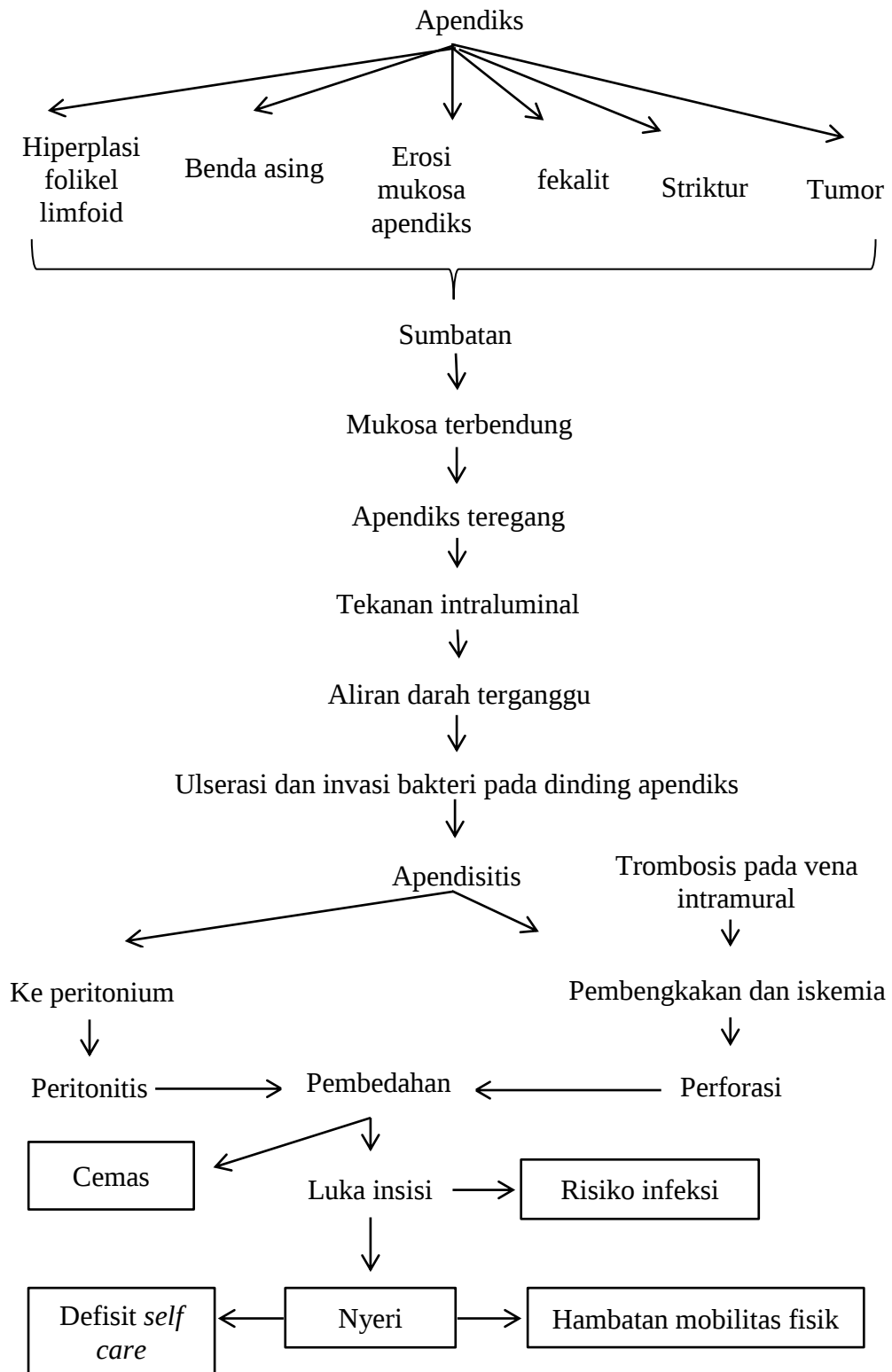
4. Masalah yang timbul post apendiktomi

Masalah yang banyak terjadi pada penderita post apendiktomi menurut Wilkinson & Ahern (2013):

- a. Nyeri akut
- b. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- c. Hambatan mobilitas fisik
- d. Konstipasi
- e. Resiko kekurangan volume cairan
- f. Ansietas
- g. Resiko infeksi
- h. Bersihan jalan napas tidak efektif
- i. Defisit pengetahuan

5. Patofisiologi

Patofisiologi apendisitis menurut Masjoer (2007)



B. Asuhan Keperawatan Post Apendiktomi

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian pada penderita post operasi (Haryono, 2012) adalah:

a. Jalan napas dan pernapasan

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.

b. Sirkulasi

Penderita berisiko mengalami komplikasi kardiovaskular yang disebabkan oleh hilangnya darah aktual atau potensial dari tempat pembedahan, efek samping anestesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan depresi mekanisme yang mengatur sirkulasi normal. Masalah umum awal sirkulasi adalah perdarahan. Kehilangan darah dapat terjadi secara eksternal melalui saluran atau sayatan internal. Kedua tipe ini menghasilkan perdarahan dan penurunan tekanan darah, jantung, dan laju pernapasan meningkat, nadi terdengar lemah, kulit dingin, lembab, pucat, dan gelisah.

c. Kontrol suhu

d. Keseimbangan cairan dan elektrolit

Kaji status hidrasi dan pantau fungsi jantung dan saraf untuk tanda-tanda perubahan elektrolit. Monitor dan bandingkan nilai-nilai laboratorium dengan nilai-nilai dasar dari penderita. Catatan yang

akurat dari asupan dan keluaran dapat menilai fungsi ginjal dan peredaran darah. Ukur semua sumber keluaran, termasuk urine, keluaran dari pembedahan, drainase luka dan perhatikan setiap keluaran yang tidak terlihat dari diaforesis.

e. Integritas kulit dan kondisi luka

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.

f. Fungsi perkemihan

Anestesi epidural atau spinal sering mencegah penderita dari sensasi kandung kemih yang penuh. Raba perut bagian bawah tepat di atas simfisis pubis untuk mengkaji distensi kandung kemih. Jika penderita terpasang kateter urin, harus ada aliran urine terus menerus sebanyak 30-50 ml/jam pada orang dewasa.

g. Fungsi gastrointestinal

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.

h. Kenyamanan

Penderitanya merasakan nyeri sebelum mendapatkan kembali kesadaran penuh. Kaji nyeri penderita dengan skala nyeri.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan dengan penderita post operasi apendisitis menurut Wilkinson, J dan Ahern (2013):

a. Nyeri akut

1) Batasan karakteristik

- a) Subjektif: mengungkapkan nyeri secara verbal
- b) Objektif: 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), perubahan selera makan, gangguan tidur.

2) Faktor yang berhubungan

Agen-agen penyebab cedera (biologis, kimia, fisik, dan psikologis)

b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

1) Batasan karakteristik

- a) Subjektif: kram abdomen, nyeri abdomen, menolak makan, persepsi ketidakmampuan untuk mencerna makanan, merasa cepat kenyang setelah makan.
- b) Objektif: bising usus hiperaktif, kurangnya minat terhadap makanan, embrane mukosa pucat, tonus otot buruk.

2) Faktor yang berhubungan

Ketidakmampuan untuk menelan atau menerima makanan atau menyerap nutrisi akibat faktor biologis, psikologis, atau

ekonomi. Contoh menurut NANDA yaitu kesulitan mengunyah dan menelan, hilangnya nafsu makan, mual, dan muntah.

c. Hambatan mobilitas fisik

1) Batasan karakteristik

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

2) Faktor yang berhubungan

Perubahan metabolisme sel, gangguan kognitif, penurunan kekuatan/kendali/massa otot, ansietas, ketidaknyamanan dan nyeri, intoleransi aktivitas dan penurunan kekuatan, kaku sendi/kontaktur, gangguan muskuluskeletal, gangguan neuromuskuler, nyeri, program pembatasan pergerakan, gaya hidup yang kurang gerak, malnutrisi, gangguan sensori persepsi.

d. Konstipasi

1) Batasan karakteristik

a) Subjektif: nyeri abdomen, nyeri tekan pada abdomen dengan atau tanpa resistansi otot yang dapat dipalpasi, perasaan penuh dan tekanan pada rektum, nyeri saat defekasi

- b) Objektif: perubahan pola defekasi, distensi abdomen, bising usus hipoaktif, tidak mampu mengeluarkan feses, feses yang kering, keras dan padat.

2) Faktor yang berhubungan

- a) Kebiasaan mengabaikan desakan untuk defekasi
- b) Asupan serat dan cairan tidak mencukupi
- c) Perubahan pola makan dan jenis makanan yang dikonsumsi
- d) Antikolinergis, antidepresan, diuretik, sedative

e. Ansietas

1) Batasan karakteristik

- a) Perilaku: penurunan produktivitas, mengekspresikan kekhawatiran akibat peristiwa dalam hidup, gelisah, memandang sekilas, insomnia, kontak mata buruk, resah, menyelidik dan tidak waspada.
- b) Afektif: gelisah, kesedihan yang mendalam, fokus pada diri sendiri, gugup, marah, menyesal, perasaan takut, ketidakpastian, khawatir.
- c) Fisiologis: wajah tegang, peningkatan keringat, gemetar atau tremor di tangan, suara bergetar
- d) Parasimpatis: nyeri abdomen, penurunan tekanan darah, penurunan nadi, pingsan, sering berkemih
- e) Simpatis: mulut kering, jantung berdebar-debar, dilatasi pupil, kelemahan.

f) Kognitif: konfusi, kesulitan untuk berkonsentrasi

2) Faktor yang berhubungan:

a) Terpajan toksin

b) Stres

c) Ancaman atau perubahan pada status peran, fungsi peran, lingkungan, status kesehatan

f. Risiko Infeksi

Faktor yang berhubungan:

1) Penyakit kronis

2) Penekanan sistem imun

3) Pertahanan primer tidak adekuat

g. Desisit Pengetahuan

Faktor yang berhubungan:

1) Batasan karakteristik

a) Ketidakakuratan mengikuti perintah

b) Perilaku tidak tepat (missal hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis)

c) Pengungkapan masalah

d) Sering bertanya

2) Faktor yang berhubungan

a) Keterbatasan kognitif

b) Kurang minat dalam belajar

c) Kurang dapat mengingat

d) Kurang informasi

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan dengan penderita post operasi apendisitis menurut Wilkinson, J dan Ahern (2013):

a. Nyeri akut

1) Kriteria hasil

a) Memperlihatkan pengendalian nyeri yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (sebutkan 1-5 : tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, atau selalu):

- (1) Mengenali awitan nyeri
- (2) Menggunakan tindakan pencegahan
- (3) Melaporkan nyeri dapat dikendalikan

b) Menunjukkan tingkat nyeri

- (1) Ekspresi nyeri pada wajah
- (2) Gelisah atau ketegangan otot
- (3) Durasi episode nyeri
- (4) Merintih dan menangis
- (5) Gelisah

2) Intervensi

a) Observasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan, khususnya pada mereka yang tidak mampu berkomunikasi efektif.

- b) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya.
 - c) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis (misalnya, umpan balik biologis, relaksasi, imajinasi terbimbing, terapi musik, distraksi, terapi bermain, terapi aktivitas, kompres hangat atau dingin, massase sebelum dan sesudah, dan jika memungkinkan selama aktivitas yang menimbulkan nyeri.
 - d) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon penderita terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, dan kegaduhan).
 - e) Pastikan pemberian analgesia terapi atau strategi nonfarmakologis sebelum melakukan prosedur yang menimbulkan nyeri.
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- 1) Kriteria hasil:
 - a) Memperlihatkan status gizi: asupan makanan dan cairan, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (sebutkan 1-5 : tidak adekuat, sedikit adekuat, cukup adekuat, adekuat, sangat adekuat).
 - (1) Makanan oral, pemberian makanan lewat selang, atau nutrisi parenteral total.
 - (2) Asupan cairan oral/IV

- b) Mempertahankan berat badan ideal
- c) Memiliki nilai laboratorium (misalnya, transferin, albumin, dan elektrolit dalam batas normal).

2) Intervensi

- a) Timbang pada interval yang tepat
- b) Instruksikan penderita agar menarik napas dalam, perlahan, dan menelan secara sadar untuk mengurangi mual dan muntah.
- c) Tentukan dengan melakukan kolaborasi bersama ahli gizi, jika diperlukan, jumlah kalori dan jenis zat gizi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (khususnya untuk penderita dengan kebutuhan energi tinggi, seperti penderita pascabedah dan luka bakar, trauma, demam, dan luka).
- d) Berikan obat antiemetik dan/atau analgesik sebelum makan atau sesuai jadwal yang dianjurkan.

c. Hambatan mobilitas fisik

1) Kriteria hasil:

- a) Klien meningkat dalam aktivitas fisik
- b) Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
- c) Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah
- d) Memperagakan penggunaan alat
- e) Bantu untuk mobilisasi

2) Intervensi

- a) Monitor *vital sign* sebelum dan sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan
- b) Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan
- c) Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera
- d) Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi
- e) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
- f) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan
- g) Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL pasien
- h) Berikan alat bantu jika memerlukan
- i) Ajarkan pasien bagaimana mengubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

d. Konstipasi

1) Kriteria hasil:

- a) Konstipasi menurun, yang dibuktikan oleh defekasi
- b) Pola eliminasi (dalam rentang yang diharapkan)
- c) Feses lunak dan berbentuk

2) Intervensi

- a) Dapatkan data dasar mengenai program defekasi, aktivitas, pengobatan, dan pola kebiasaan penderita.
- b) Kaji dan dokumentasikan
 - (1) Warna dan konsistensi feses pertama pasca operasi
 - (2) Frekuensi, warna dan konsistensi feses
 - (3) Keluarnya flatus
 - (4) Ada atau tidak ada bising usus
- c) Identifikasi factor yang dapat menyebabkan konstipasi.
- d) Informasikan kepada penderita kemungkinan konstipasi akibat obat
- e) Tekankan pentingnya menghindari mengejan selama defekasi untuk mencegah perubahantanda vital, perdarahan
- f) Konsultasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diet

e. Ansietas

1) Kriteria hasil

- a) Ansietas berkurang, dibuktikan oleh bukti tingkat ansietas hanya ringan sampai sedang, konsentrasi
- b) Meneruskan aktivitas yang dibutuhkan mengalami kecemasan
- c) Memiliki tanda-tanda vital dalam batas normal

2) Intervensi

- a) Kaji faktor budaya (misalnya konflik nilai) yang menjadi penyebab ansietas
- b) Berikan penguatan positif kepada penderita
- c) erikan sikap empatik secara verbal non verbal
- d) Berikan informasi kepada keluarga tentang gejala ansietas
- e) Ajarkan relaksasi distraksi
- f) Kolaborasi pemberian obat ansietas jika diperlukan

f. Risiko infeksi

1) Kriteria hasil

- a) Faktor risiko infeksi akan hilang, dibuktikan dengan : status imun, keparahan infeksi, dan penyembuhan luka
- b) Terbebas dari tanda gejala infeksi

2) Intervensi

- a) Pantau tanda dan gejala infeksi (misalnya, suhu tubuh, denyut jantung, drainase, penampilan luka, suhu kulit, lesi kulit)
- b) Kaji faktor yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi
- c) Bersihkan, pantau, dan fasilitasi proses penyembuhan luka yang ditutup dengan jahitan.
- d) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik.

g. Defisit pengetahuan

1) Kriteria hasil

- a) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan.
- b) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
- c) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan

2) Intervensi

- a) Kaji sejauh mana pengetahuan klien mengenai penyakitnya
- b) Jelaskan patofisiologi, tanda, dan gejala dari penyakit
- c) Berikan penjelasan yang mudah dimengerti apabila klien bertanya
- d) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi
- e) Diskusikan pilihan terapi atau penanganan

C. Pemenuhan *Activities Daily Living* dan Mobilisasi Dini

1. Pemenuhan aktivitas

Aktivitas adalah suatu energi atau keadaan bergerak yang diperlukan manusia untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup (Asmadi, 2008). *Activities daily living* (ADL) adalah keterampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan agar terpenuhinya peran pribadi, keluarga, dan masyarakat. ADL mencakup perawatan diri (berpakaian, makan minum, toileting, mandi, berhias, dan

sebagainya) dan mobilitas (berguling di tempat tidur, bangun, dan duduk). Instrumen untuk pengkajian ADL biasanya menggunakan indeks barthel. Indeks barthel merupakan suatu instrumen yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas (Muhith, 2016).

Program *Activity Daily Living* (ADL) dimulai secepat mungkin ketika dimulainya proses rehabilitasi. ADL mencakup aktivitas yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan harian, seperti mandi, berpakaian, berdandan, mobilisasi dan pengendalian buang air besar atau buang air kecil (Hidayat, 2006).

Gangguan pemenuhan aktivitas biasanya terjadi pada pasien dengan kondisi gangguan persyarafan seperti stroke, gangguan kardiovaskuler karena intoleransi, ataupun kondisi pasca pembedahan akibat dari nyeri yang dirasakan. Kondisi pembedahan yang mengalami gangguan pemenuhan ADL dapat terjadi pada pasien post craniotomi, post thorakostomi, post fraktur, maupun post laparatomi seperti tindakan apendiktomi. Pada pasien post apendiktomi seringkali pasien merasakan nyeri yang mengakibatkan pasien takut untuk mengubah posisi dan melakukan aktivitas.

Pemenuhan aktivitas sehari-hari klien post apendiktomi banyak bergantung pada perawat maupun keluarga klien. Klien post apendiktomi sebaiknya dilakukan mobilisasi dini untuk mengembalikan fungsi pemenuhan aktivitas sehari-harinya. Mobilisasi dini dapat dilakukan 6-12

jam post pembedahan. Mobilisasi dini memiliki banyak keuntungan yaitu tidak memerlukan biaya yang mahal, dapat mengurangi *length of stay* di rumah sakit sehingga dapat menekan biaya perawatan, dapat terhindar dari infeksi nosokomial, dan dapat memandirikan pasien sesegera mungkin.

2. Mobilisasi

a. Pengertian mobilisasi

Mobilisasi adalah suatu kegiatan untuk melatih hampir semua alat tubuh dan meningkatkan fleksibilitas sendi. Mobilisasi merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas (Potter & Perry, 2010). Mobilisasi dini adalah kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Hidayat, 2006).

b. Tujuan dan manfaat mobilisasi

Mobilisasi sangat bermanfaat untuk seseorang, diantaranya dapat membuat tubuh menjadi lebih segar, memperbaiki tonus otot dan sikap tubuh, mengontrol berat badan, mengurangi stres, serta dapat meningkatkan relaksasi, merangsang peredaran darah ke otot dan organ tubuh lain sehingga meningkatkan kelenturan tubuh, pada anak dapat merangsang pertumbuhan (Asmadi, 2008). Latihan

mobilisasi juga dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi, mencegah dekubitus, merangsang peristaltik serta mengurangi adanya nyeri (Hidayat, 2008).

c. Dampak imobilisasi

Imobilisasi adalah ketidakmampuan untuk bergerak bebas yang disebabkan oleh gerakan yang terganggu atau dibatasi secara terapeutik (Potter & Perry, 2010). Menurut Asmadi (2008), terdapat beberapa dampak apabila seseorang tidak bergerak atau imobilisasi. Beberapa dampak tersebut sebagai berikut:

1) Sistem integumen

Bedrest yang lama dapat menyebabkan abrasi dan dekubitus. Pada imobilisasi terjadi gesekan, tekanan, jaringan bergeser satu dengan yang lain, dan penurunan sirkulasi darah pada area yang tertekan.

2) Sistem kardiovaskular

Kondisi *bedrest* yang lama dapat menimbulkan hipotensi ortostatik yang mengakibatkan klien merasa pusing saat bangkit dari *bedrest* yang lama tersebut.

3) Sistem respirasi

Dampak pada imobilisasi pada sistem respirasi diantaranya terjadi penurunan kapasitas vital, penurunan ventilasi maksimal, penurunan ventilasi atau perfusi setempat, dan mekanisme batuk yang menurun.

4) Sistem pencernaan

Dampak pada sistem pencernaan antara lain anoreksia yang diakibatkan penurunan kebutuhan kalori pada klien imobilisasi yang dapat mengurangi napsu makan, konstipasi yang diakibatkan karena jumlah adrenergik yang banyak pada imobilisasi dapat menghambat peristaltik dan *sphincter* menjadi konstiksi.

5) Sistem pekemihan

Pada kondisi normal urin mengalir dari pelvis renalis masuk ke ureter lalu ke kandung kemih yang disebabkan oleh gaya gravitasi, namun pada kondisi terlentang ginjal dan ureter berada pada posisi yang sejajar, sehingga urin tidak dapat melewati ureter dengan baik, akibatnya urin banyak tersimpan di pelvis renalis. Kondisi ini meningkatkan potensi terjadinya infeksi saluran kemih.

6) Sistem muskuloskeletal

Imobilisasi menyebabkan penurunan masa otot sebagai akibat dari kecepatan metabolisme yang turun dan kurang beraktivitas. Imobilisasi juga dapat mengakibatkan pemendekan serat otot yang mengakibatkan kekakuan sendi yang dapat menimbulkan hambatan dalam pergerakan.

d. Jenis mobilisasi

Mobilisasi dibagi menjadi beberapa jenis. Jenis mobilisasi diantaranya adalah mobilisasi penuh dan mobilisasi sebagian (temporer dan permanen) (Hidayat, 2006).

1) Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari.

2) Mobilisasi sebagian

Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada daerah tubuhnya. Mobilisasi sebagian dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- a) Mobilisasi sebagian tempores, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Mobilisasi temporer dapat disebabkan oleh trauma reversible pada sistem musculoskeletal, contohnya dislokasi sendi dan tulang.
- b) Mobilisasi sebagian permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Mobilisasi sebagian permanen disebabkan oleh rusaknya sistem saraf reversibel, contohnya terjadi hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem syaraf motorik dan sensorik.

3. Mobilisasi dini post apendiktomi

a. Pengertian mobilisasi dini

Mobilisasi dini yaitu kemampuan seseorang untuk bergerak bebas yang dilakukan sedini mungkin setelah pasien kembali ke bangsal perawatan (Asmadi, 2008). 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 post operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan post pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernapasan, latihan batuk efektif, dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan berjalan ke luar kamar (Smeltzer dalam Rismalia, 2010).

b. Dampak mobilisasi dini post operasi

Dampak mobilisasi dini bagi pasien post operasi menurut Potter & Perry (2010):

1) Peningkatan sirkulasi

- a) Nutrisi untuk penyembuhan mudah didapat pada daerah luka
- b) Mencegah tromboflebitis
- c) Peningkatan kelancaran fungsi ginjal

d) Pengurangan rasa nyeri

Klien post operasi apendiktomi menyatakan bahwa skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi dini mengalami penurunan dari rerata 7.75 menjadi 5.6 (Pristahayuningtyas, 2015).

2) Peningkatan berkemih

Mencegah retensi urin. Normalnya dalam waktu 6-8 jam setelah anestesi, pasien akan mendapatkan kontrol berkemih secara volunteer, tergantung jenis pembedahan yang dilakukan (Potter & Perry, 2010).

3) Peningkatan metabolisme

- a) Mencegah berkurangnya tonus otot
- b) Mengembalikan keseimbangan nitrogen

4) Peningkatan peristaltik

- a) Memudahkan terjadinya flatus
- b) Mencegah distensi abdominal dan nyeri akibat gas
- c) Mencegah konstipasi
- d) Mencegah ileus paralitik

5) Mengurangi lamanya perawatan, mencapai nilai efektifitas dan efisiensi pelayanan seperti biaya perawatan, fungsi fisik segera pulih, dan mengurangi sikap ketergantungan.

Mobilisasi dini bermanfaat dalam meningkatkan fungsi fisik pasien dan aman jika dilakukan sesuai dengan Standar Operasional

Prosedur (SOP) dan telah terbukti dapat mengurangi *length of stay* di rumah sakit hingga tiga hari (Hidayat, 2006).

c. Faktor-faktor mobilisasi dini

Faktor-faktor yang berhubungan dengan mobilisasi dini pasien post operasi adalah:

1) Usia

Usia merupakan faktor hambatan yang dapat mempengaruhi dalam pelaksanaan mobilisasi dini, karena pasien yang berusia lebih muda biasanya lebih kuat dan lebih siap dalam pelaksanaan mobilisasi dini setelah pembedahan daripada pasien dengan usia lebih tua (Zanni & Needham, 2010).

2) Kondisi kesehatan pasien

Perubahan status kesehatan dapat mempengaruhi sistem muskuloskeletal dan sistem saraf berupa penurunan koordinasi. Perubahan tersebut dapat disebabkan oleh penyakit dan berkurangnya kemampuan untuk melakukan aktivitas (Kozier & Erb, 2010).

Pasien post operasi merasa takut untuk bergerak karena merasakan nyeri pada luka bekas operasi dan luka bekas trauma. Efek imobilisasi pada sistem kardiovaskular adalah hipotensi ortostatik. Hipotensi ortostatik adalah suatu kondisi ketidakmampuan berat dengan karakteristik tekanan darah yang menurun ketika pasien berubah dari posisi horizontal ke vertikal

(berbaring ke duduk atau berdiri), yang dikatakan hipotensi ortostatik jika tekanan darahnya < 100 mmHg (Potter & Perry, 2010).

3) Emosi

Kondisi psikologis seseorang dapat memudahkan perubahan perilaku yang dapat menurunkan kemampuan ambulasi yang baik. Pasien khawatir dan cemas lebih mudah lelah karena mengeluarkan energi yang cukup besar dalam ketakutan dan kecemasannya jadi mereka mengalami kelelahan secara fisik dan emosional. Penampilan luka, balutan yang tebal, drain serta selang yang menonjol keluar akan mengancam konsep diri pasien. Efek pembedahan seperti jaringan parut yang tidak beraturan dapat menimbulkan perubahan citra diri pasien secara permanen, menimbulkan perasaan klien kurang sempurna, sehingga klien merasa cemas dengan keadannya dan tidak termotivasi untuk melakukan aktivitas (Potter & Perry, 2010).

Cedera merupakan stresor bagi seseorang yang dirawat di rumah sakit. Perasaan yang dialami pasien post apendiktomi terhadap luka operasi yang belum sembuh akan menimbulkan rasa takut untuk melakukan mobilisasi, sehingga rasa takut tersebut dapat menjadi penghambat bagi mereka untuk melakukan mobilisasi.

4) Fisik

Pasien yang baru saja menjalani operasi seperti operasi apendiktomi, keadaan fisik pasien tersebut belum kembali pulih pada keadaan sebelumnya. Hal tersebut dapat membuat pasien merasa enggan untuk melakukan mobilisasi, selain rasa nyeri yang dirasakan juga membuat pasien merasa lemah dan hanya ingin berbaring di tempat tidur saja (Rismalia, 2013).

5) Gaya hidup

Gaya hidup dapat mempengaruhi mobilitas. Tingkat kesehatan seseorang dapat dilihat dari gaya hidupnya dalam melakukan aktivitas dan mendefinisikan aktivitas sebagai sesuatu yang mencakup kerja, permainan yang berarti, dan pola hidup yang positif (Sjamsuhidayat, 2011).

6) Dukungan sosial

Keterlibatan anggota keluarga dalam rencana asuhan keperawatan pasien dapat memfasilitasi proses pemulihan, membantu pasien mengganti balutan, membantu pelaksanaan latihan ambulasi atau memberi obat-obatan (Sjamsuhidayat, 2011).

7) Pengetahuan

Pasien yang sudah diajarkan mengenai gangguan mobilitas akan mengalami peningkatan alternatif penanganan. Informasi mengenai apa yang diharapkan termasuk sensasi selama dan

setelah penanganan dapat memberanikan pasien untuk berpartisipasi secara aktif dalam pengembangan dan penerapan penanganan. Informasi yang diberikan tentang prosedur perawatan dapat mengurangi ketakutan pasien (Potter & Perry, 2010).

d. Indikasi

- 1) Klien post apendiktomi 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 menurut Mubarak (2008)

- 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

e. Kontra indikasi

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

f. Tingkatan

Tingkatan mobilisasi ini 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 (Mubarak, 2008).

- 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

g. Tahap-tahap

- 1) Menggerakkan ekstremitas atas dan bawah yang bertujuan untuk mencegah kekakuan otot dan memperlancar sirkulasi darah.
- 2) Memiringkan badan ke kanan dan ke kiri setiap dua jam yang bertujuan untuk memperbaiki sirkulasi darah, merangsang peristaltik usus, dan memudahkan terjadinya flatus.
- 3) Latihan duduk baik dengan disangga maupun tidak. Latihan duduk ini dapat meningkatkan ekspansi dada sehingga mudah dalam bernapas.
- 4) Latihan turun dari tempat tidur dan memulai untuk berjalan.

h. 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 senyaman 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 (Cetrione dalam Rismalia, 2010):

a) Pada saat awal (6 sampai 12 jam setelah operasi)

Pergerakan fisik bisa dilakukan di atas tempat tidur dengan menggerakkan tangan dan kaki yang bisa ditekuk dan diluruskan, mengontraksikan otot termasuk juga menggerakkan badan lainnya seperti miring ke kanan atau miring ke kiri setiap 2 jam.

b) Pada 12 sampai 24 jam berikutnya

Jika pasien mampu beradaptasi untuk melakukan miring kanan dan miring kiri, selanjutnya pasien dibantu untuk bergerak secara bertahap dari posisi berbaring ke posisi duduk sampai semua tanda pusing hilang. Posisi ini dapat dicapai dengan menaikkan bagian kepala tempat tidur.

c) Pada hari kedua atau hari ketiga pasca operasi

Apabila pasien dapat duduk di tempat tidur tanpa mengeluh pusing bantu pasien untuk menjuntakan kaki di samping

tempat tidur sambil digerak-gerakkan, jika tanda-tanda vital normal dan pasien tidak mengeluh pusing bantu pasien untuk berdiri di samping tempat tidur dan bantu pasien untuk berjalan perlahan dalam jarak 2-3 meter.

- d) Hari keempat pasien dibantu untuk berjalan ke kamar mandi dan jika luka operasi kering, pemenuhan nutrisi baik, hasil pemeriksaan penunjang baik, tidak ada komplikasi lainnya, perawat dapat memberitahu dokter agar pasien boleh dipulangkan.

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