

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Masalah Utama

1. Mobilitas Fisik

a. Definisi Mobilitas Fisik

Mobilitas fisik berfokus pada kapasitas seseorang untuk bergerak secara mandiri, bebas, sering, dan tanpa hambatan untuk memenuhi tuntutan aktivitasnya dan menjaga kesehatan untuk terlibat dalam aktivitas otonom (Luthfia, 2023). Hambatan mobilitas fisik merupakan ketidakmampuan seseorang bergerak secara bebas karena kondisi tertentu. Hambatan mobilitas fisik dapat disebut juga gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik merupakan terjadinya keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik pada satu ekstremitas atau lebih secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Tanda dan Gejala

Menurut PPNI dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) terdapat tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik antara lain:

1) Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

Objektif: Terjadi penurunan pada kekuatan otot dan rentang gerak (ROM) menurun.

2) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif: Nyeri saat digerakkan, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak.

Objektif: Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

c. Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut PPNI dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, menyatakan bahwa terjadinya gangguan mobilitas fisik yaitu karena terjadi karena kerusakan integritas kulit, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, IMT diatas persentil ke 75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan sensori persepsi.

d. Faktor yang Menyebabkan Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut Hidayat dan Uliyah dalam Anggarsih (2019) faktor yang dapat mengakibatkan seseorang mengalami hambatan mobilitas fisik diantaranya:

- 1) Gaya Hidup, perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam beraktivitas karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.
- 2) Proses Penyakit, proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas seseorang karena dapat mempengaruhi fungsi system tubuh.
- 3) Kebudayaan, kemampuan melakukan aktivitas dapat juga dipengaruhi oleh kebudayaan. Sebagai contoh orang yang memiliki budaya sering berjalan memiliki kemampuan dalam bergerak yang kuat, sebaliknya ada orang yang mengalami hambatan mobilitas karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.
- 4) Tingkat Energi, energy adalah sumber untuk melakukan pergerakan dalam beraktivitas. Dengan energy yang cukup maka seseorang dapat melakukan aktivitasnya dengan baik.

5) Usia, usia dapat berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas. Pada lansia dalam kemampuannya untuk melakukan aktivitas mengalami penurunan karena adanya faktor penuaan.

e. Cara Mengidentifikasi Gangguan Mobilitas Fisik

Untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik dapat dilakukan pengkajian pada aktivitas sehari-hari, kekuatan otot, dan latihan gerak ROM (*Range Of Motion*). Menurut Hidayat dan Uliyah dalam Anggarsih (2019) pengkajian tersebut berupa:

1) Kemampuan mobilitas

Pengkajian kemampuan mobilitas bertujuan untuk menilai kemampuan gerak ke posisi miring, duduk, berdiri, dan berpindah sehingga dapat memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan.

Tabel 2. 1 Kategori Tingkat Kemampuan Aktivitas (Anggarsih, 2019)

Tingkat Aktivitas/Mobilitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan
Tingkat 4	Sangat ketergantungan dan tidak dapat dilakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

2) Kekuatan Otot

Untuk menentukan kekuatan otot dapat ditentukan dengan derajat kekuatan otot:

Tabel 2. 2 Derajat Kekuatan Otot (Anggarsih, 2019)

Skala	Presentase Kekuatan Normal	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tekanan minimal

Skala	Presentase Kekuatan Normal	Karakteristik
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

3) Kemampuan Rentang Gerak

Menurut Potter & Perry dalam Anggarsih (2019) ada beberapa indikator pergerakan sendi yaitu pada bidang sagittal pergerakan fleksi dan ekstensi pada jari-jari dan siku, dorso fleksi dan plantar fleksi pada kaki, pada bidang transversal pergerakan yang dilakukan adalah pronasi dan supinasi pada tangan serta rotasi internal dan eksternal pada pinggul.

Tabel 2. 3 Pengkajian Kemampuan Rentang Gerak ROM (Anggarsih, 2019)

Gerak Sendi	Derajat Rentang Gerak
Bahu	
Fleksi: menaikkan lengan dari posisi disamping tubuh kedepan keposisi diatas kepala	180
Ekstensi: mengembalikan lengan keposisi disamping tubuh	180
Abduksi: gerakan lengan lateral adri posisi samping atas kepala, telapak tangan menghadap ke posisi yang paling jauh	180
Adduksi: menurunkan lengan kesamping dan menyilang tubuh sejauh mungkin	320
Siku	
Fleksi: angkat lengan bawah ke arah depan dan ke arah atas menuju bahu	150
Ekstensi: meluruskan siku dengan menurunkan tangan	150
Pergelangan tangan	
Fleksi: tekuk jari-jari tangan ke arah bagian dalam lengan bawah	80-90
Ekstensi: luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi	80-90
Hiperekstensi: tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin	70-90
Abduksi: tekuk pergelangan ke sisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap ke atas	0-20
Adduksi: tekuk pergelangan tangan ke arah kelingking, telapak tangan menghadap ke atas	30-50
Tangan dan jari	
Fleksi: buat kepalan tangan	90
Ekstensi: luruskan jari	90
Hiperekstensi: tekuk jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin	30

Gerak Sendi	Derajat Rentang Gerak
Abduksi: kembangkan jari tangan	20
Adduksi: rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi	20
Pinggul	
Fleksi: menggerakkan tungkai kedepan dan keatas	90-120
Ekstensi: menggerakkan kembali kesamping tungkai yang lain	90-120
Abduksi: menggerakkan tungkai kesamping menjauhi tubuh	30-50
Adduksi: menggerakkan tungkai kembali keposisi medial dan melebihi jika mungkin	30-50
Lutut	
Fleksi: menggerakkan tumit ke arah belakang paha	120-130
Ekstensi: mengembalikan tungkai ke lantai	0
Mata kaki	
Dorsofleksi: menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk keatas	20-30
Plantarfleksi: menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk kebawah	45-50
Jari-jari kaki	
Fleksi: melengkungkan jari-jari kaki kebawah	30-60
Ekstensi: meluruskan jari-jari kaki	30-60
Abduksi: merenggangkan jari-jari kaki satu dengan yang lain	≤15
Adduksi: merapatkan kembali bersama	≤15

2. Konsep Tindakan Laparatomi

a. Definisi Laparatomi

Menurut seorang ahli bedah Inggris Thomas Bryant kata laparatomi berasal dari bahasa Yunani yaitu “*Lapara*” dan “*Tome*”. Kata “*lapara*” berarti bagian lunak dari tubuh yang terletak diantara tulang rusuk dan pinggul. Sedangkan “*tome*” berarti pemotongan. Jadi operasi laparatomi dilakukan apabila terjadi masalah kesehatan yang berat pada daerah abdomen (Anugrah, 2021).

Laparatomi adalah pembedahan mayor yang meliputi penyayatan abdomen guna memperoleh organ abdomen yang bermasalah (hemoragi, perforasi, kanker, dan obstruksi) (Anggraeni dalam Anugrah, 2021). Laparatomi juga dilakukan pada kasus-kasus digestif dan kandungan seperti appendiksitis, perforasi, hernia inguinalis, kanker lambung, kanker colon, dan rectum, obstruksi

usus, inflamasi usus kronis, kolestistitis, dan peritonitis (Rahmayati, Hardiyansyah & Nurhayati dalam Anugrah, 2021).

b. Indikasi Laparatomi

Indikasi seseorang untuk dilakukan tindakan laparatomi antara lain: trauma abdomen (tumpul atau tajam)/Ruptur hepar, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan (*Internal Bleeding*), sumbatan pada usus halus dan usus besar, massa pada abdomen. Selain itu pada bagian obstetri dan ginekology tindakan laparatomi seringkali juga dilakukan pada operasisectio caesarea (Anugrah, 2021).

1) Apendiksitis

Appendiks disebut juga umbai cacing atau usus buntu. Apendiksitis adalah merupakan infeksi bakteri berbagai hal pencetusnya sumbatan lumen appendiks. Disamping hiperplasia jaringan limfa fekalit, tumor appendiks dan cacing askaris dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang dapat menimbulkan appendiksitis adalah erosi mukosa appendiks akibat parasit seperti *E. histolytica*.

2) Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritonium, suatu lapisan endotelial tipis yang kaya akan vaskularisasi dan aliran limfa. Penyebab Peritonitis ialah infeksi mikroorganisme yang berasal dari gastrointestinal, appendisitis yang meradang typhoid, tukak pada tumor. Secara langsung dari luar misalnya operasi yang tidak steril, trauma pada kecelakaan seperti ruptur limfa dan ruptur hati.

3) Kanker Colon

Kanker kolon dan rektum terutama (95%) adenokarsinoma (muncul dari lapisan epitel usus) dimulai sebagai polip jinak tetapi dapat menjadi ganas dan menyusup serta merusak jaringan normal serta meluas ke dalam struktur sekitarnya. Sel kanker dapat terlepas dari tumor primer dan menyebar ke dalam

tubuh yang lain (paling sering ke hati).Gejala paling menonjol adalah perubahan kebiasaan defekasi.Pasase darah dalam feses adalah gejala paling umum kedua.Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan dan keletihan. Pembedahan adalah tindakan primer untuk kebanyakan kanker kolon dan rektal. Pembedahan dapat bersifat kuratif atau paliatif. Kanker yang terbatas pada satu sisi dapat diangkat dengan kolonoskop. Kolostomi laparoskopik dengan pohpektomi, suatu prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada beberapa kasus. Laparoskop digunakan sebagai pedoman dalam membuat keputusan di kolon.

4) Abses Hepar

Abscess adalah kumpulan nanah setempat dalam rongga yang tidak akibat kerusakan jaringan, Hepar adalah hati. Abses hepar adalah rongga yang berisi nanah pada hati yang diakibatkan oleh infeksi. Penyebab abses hati yaitu oleh kuman gram negatif dan penyebab yang paling terbanyak yaitu E. Coli. Komplikasi yang paling sering adalah berupa rupture abses sebesar 5 -15,6%, perforasi abses ke berbagai organ tubuhseperti ke pleura, paru, pericardium, usus, intraperitoneal atau kulit. Kadang-kadangdapat terjadi superinfeksi, terutama setelah aspirasi atau drainase.

5) Ileus Obstruktif

Obstruksi usus didefinisikan sebagai sumbatan bagi jalan distal isi usus.ada dasar mekanis, tempat sumbatan fisik terletak melewati usus atau ia bisa karena suatu ileus. Ileus juga didefinisikan sebagai jenis obstruksi apapun, artinya ketidakmampuan si usus menuju ke distal sekunder terhadap kelainan sementara dalam motilitas.Ileus dapat disebabkan oleh gangguan peristaltic usus akibat pemakaian obat-obatan atau

kelainan sistemik seperti gagal ginjal dengan uremia sehingga terjadi paralysis. Penyebab lain adalah adanya sumbatan/hambatan lumen usus akibat pelekatan atau massa tumor. Akan terjadi peningkatan peristaltic usus sebagai usaha untuk mengatasi hambatan.

c. Komplikasi Laparatomi

Anugrah (2021) mengatakan bahwa komplikasi yang sering kali ditemukan pada pasien operasi laparatomi berupa :

1) *Tromboplebitis*

Tromboplebitis post operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar *tromboplebitis* timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati dan otak. Mobilisasi dapat mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli hal ini karena dengan mobilisasi sirkulasi darah menjadi lancar dan normal sehingga resiko terjadinya trombosis dapat dihindarkan dengan mobilisasi secara bertahap berguna dalam proses penyembuhan luka.

2) Infeksi

Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan mempertahankan aseptik dan antiseptic. Infeksi yang terjadi ketika mikroorganisme dari kulit ,bagian tubuh yang lain atau lingkungan masuk kedalam insisi yang terjadi dalam waktu 30 hari dan jika ada *implant* terjadi 1 (satu) tahun pasca operasi yang ditandai dengan adanya pus, inflamasi, bengkak, nyeri dan rasa panas. Infeksi yang terjadi biasanya disebabkan banyak mikroba, seperti *Streptococcus* grup B dan *Escheria Colli*,

anaerob, dan *mycoplasma* juga umum ditemukan pada kultur pasien dengan infeksi post operasi. Mikroorganisme yang umum pada kulit seperti *Stafilococcus epidermidis* dan *stafilococcus aureus* dapat mencapai ke luka melalui irisan kulit. SSI adalah infeksi yang terjadi pada tempat insisi dalam waktu 30 hari pasca operasi yang mengenai kulit dan subkutis tempat operasi.

3) *Eviserasi*

Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab *eviserasi* adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah.

4) *Wound Dehisiense*

Wound Dehisiense adalah kegagalan luka untuk menutup kembali. Ada dua jenis yaitu partial dan komplit. Partial hanya bagian suferficial atau sebagian dari jaringan yang terbuka kembali dan komplit yaitu semua lapisan ketebalan luka terbuka sehingga memperlihatkan jaringan serta organ dibawahnya yang dapat menonjol keluar. Adanya bakteri penyebab infeksi dan aktivitas neutrofil serta meningkatkan degradasi matrix metalloproteinase (MMPs), tidak adanya penutupan jaringan inhibitor dari MMps menimbulkan degradasi pada luka. Terlepasnya endotoksin oleh bakteri menyebabkan produksi kolagenase, yaitu degradasi serat kolagen. Infeksi menyebabkan memanjangnya fase inflamasi dan berdampak negatif terhadap deposisi kolagen dan aktivitas fibroblast. Adanya bakteri pada jaringan yang sedang mengalami proses penyembuhan mempengaruhi semua proses penyembuhan.

5) *Stitch Abscess*

Biasanya muncul pada hari ke 10 post operasi atau bisa juga sebelumnya, sebelum jahitan insisi tersebut diangkat. Abses ini dapat superficial ataupun lebih dalam, jika ia dapat berupa

massa yang terba dibawah luka dan terasa nyeri jika diraba. Abses ini biasanya akan diabsopsi dan hilang dengan sendirinya, walaupun untuk superficial dapat kita lakukan insisi pada abses tersebut

6) Gas Ganggren

Biasanya berupa rasa nyeri yang sangat pada luka operasi, biasanya 12-72 jam setelah operasi, peningkatan temperature (39° - 41° C), takikardi (120-140x/mnt), shock yang berat. Keadaan ini dapat diatasi dengan melakukan debridement luka diruang operasi, pemberian antibiotic menjadi lebih utama.

7) Hematoma

Kejadian ini kira-kira 2% dari komplikasi operasi. Keadaan ini biasanya hilang dengan sendirinya ataupun jika hematoma itu cukup besar maka dilakukan aspirasi.

8) *Keloid Scars*

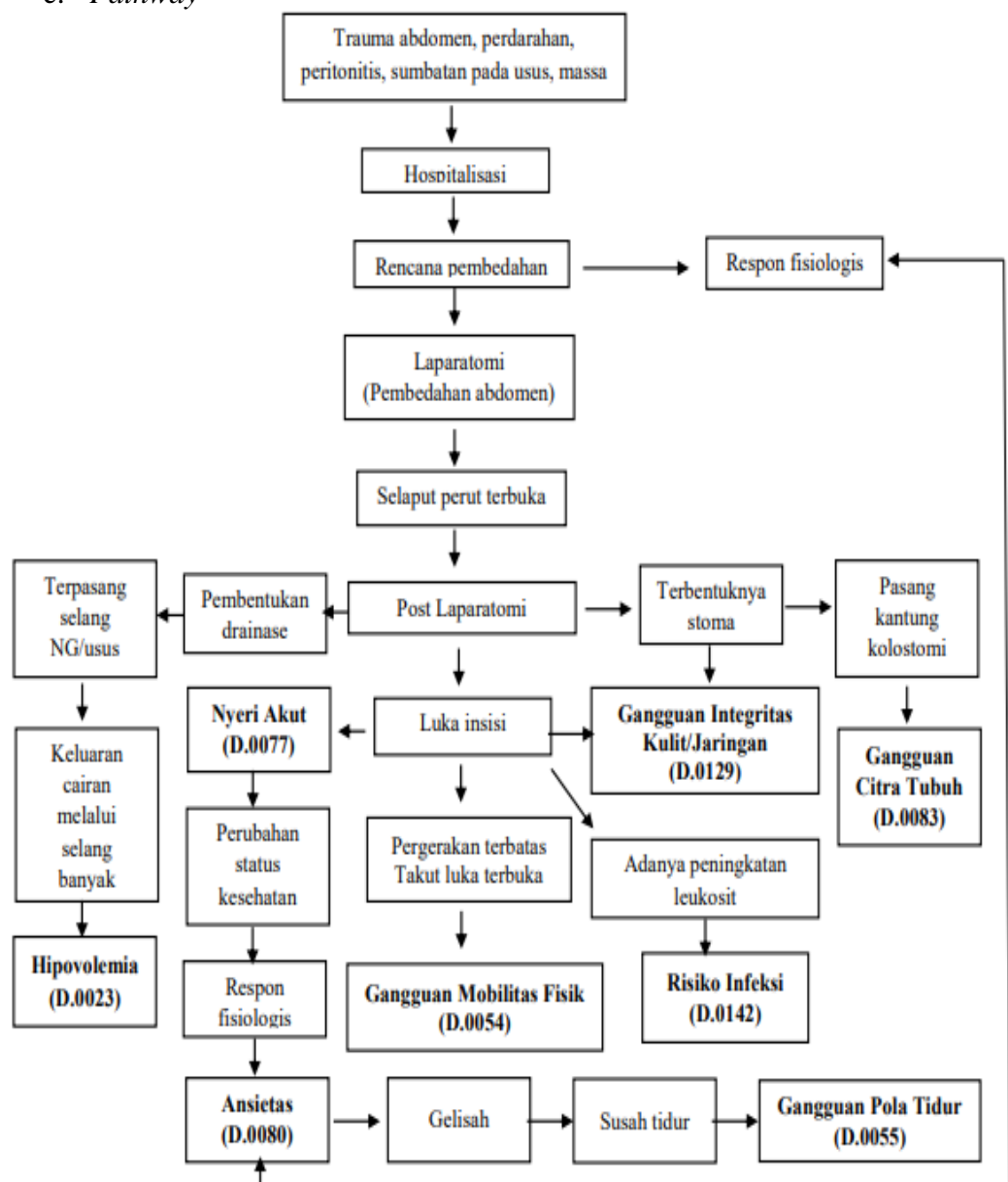
Penyebab dari kejadian ini hingga kini tidak diketahui, hanya memang sebagian orang mempunyai kecenderungan untuk mengalami hal ini lebih dari orang lain. Jika keloid scar yang terjadi tidak terlalu besar maka diberikan injeksi triamcinolone kedalam keloid, hal ini dapat diulangi 6 minggu kemudian. Jika belum menunjukkan hasil dan semakin membesar maka operasi eksisi dilanjutkan dengan skin graft.

d. Patofisiologi

Laparotomi adalah pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan dinding abdomen. Adanya trauma abdomen (tumpul/tajam), peritonitis, obstruksi pada usus halus dan usus besar, serta radang pada apendiks membutuhkan tindakan pembedahan untuk mengembalikan fungsi organ yang terjadi masalah, tindakan pembedahan tersebut yaitu laparotomi. Penyayatan pada abdomen akan mengaktifkan reseptor nyeri (nosiseptor) melalui sistem saraf asenden yang kemudian akan merangsang hipotalamus dan korteks

selebritas dan mengeluarkan zat kimia berupa histamin, bradikinin, serta prostaglandin yang akan memparah rasa nyeri. Rasa nyeri juga akan menyebabkan keterbatasan gerak pada anggota tubuh dan dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Terputusnya inkontinuitas jaringan akan menyebabkan terbukanya invasi sehingga mikroorganisme virus, bakteri dan parasit mudah masuk ke dalam tubuh dan terjadi resiko infeksi (Rahmadhanita, 2022).

e. *Pathway*



Gambar 2. 1 *Pathway* (Putri, 2021)

f. Proses Penyembuhan Luka Post Operasi Laparatomi

Menurut Jitowiyono dalam Nazmi (2018) proses penyembuhan luka post operasi laparatomi terdiri dari :

- 1) Fase pertama, berlangsung sampai hari ke 3. Batang leukosit banyak yang rusak/rapuh. Sel-sel darah baru berkembang menjadi penyembuh dimana serabut-serabut bening digunakan sebagai kerangka.
- 2) Fase kedua, dari hari ke 3 sampai hari ke 14. Pengisian oleh kolagen, seluruh pinggiran sel epitel timbul sempurna dalam 1 minggu. Jaringan baru tumbuh dengan kuat dan kemerahan.
- 3) Fase ketiga, sekitar 2 sampai 10 minggu. Kolagen terus-menerus ditimbun, timbul jaringan-jaringan baru dan otot dapat digunakan kembali.
- 4) Fase keempat, penyembuhan akan menyusut dan mengkerut.

g. Penatalaksanaan Post Operasi Laparatomi

1) Pemantauan tanda vital

Tanda vital dipantau dan status umum pasien dikaji pada setidaknya setiap 15 menit. Kepatenan jalan nafas dan fungsi pernafasan selalu dievaluasi pertama kali, diikuti pengkajian fungsi kardiovaskuler (termasuk tanda vital), kondisi letak yang dioperasi dan fungsi sistem saraf pusat. Sasaran utama intervensi adalah untuk mempertahankan ventilasi pulmonal dan dengan demikian mencegah hipoksemia (penurunan oksigen dalam darah) dan hiperkapnea (kelebihan karbon dioksida dalam darah), hal ini dapat terjadi jika jalan nafas tersumbat dan ventilasi berkurang. Shock dapat dihindari dengan pemberian cairan intravena, darah dan medikasi yang meningkatkan tekanan darah.

2) Pertimbangan respiratori

Kesulitan bernafas berkaitan dengan tipe spesifik anesthesia. Cara mengetahui apakah pasien bernafas atau tidak adalah dengan menempatkan telapak tangan di atas hidung dan mulut pasien untuk

merasakan hembusan nafas. Tindakan terhadap obstruksi hipofaringeus termasuk mendongakkan kepala ke belakang dan mendorong ke depan pada sudut rahang bawah, seperti jika mendorong gigi bawah di depan gigi atas, maneuver ini menarik lidah kearah depan dan membuka saluran udara. Ahli anastesi meletakkan karet keras atau jalan nafas plastik dalam mulut pasien untuk mempertahankan patensi jalan nafas, alat tersebut jangan dilepaskan sampai tanda seperti menelan, yang menandakan bahwa refleks telah kembali.

4) Membersihkan sekresi dari jalan nafas

Membalikkan pasien dari satu sisi ke sisi lainnya memungkinkan cairan yang terkumpul untuk keluar dari sisi mulut. Gigi pasien mengatup, mulut dapat dibuka secara manual tetapi hati-hati dengan spatel lidah yang dibungkus kasa. Jika terjadi muntah, pasien dibalikkan miring dan vomitus dikumpulkan dalam basin emesis, wajah diusap dengan kasa atau kertas tisu dan sifat serta jumlah muntahan dicatat. Mukus atau muntahan yang menyumbat faring atau trakea dihisap dengan ujung penghisap faringeal atau kateter nasal yang dimasukkan ke dalam nasofaring atau orofaring.

5) Pengaturan posisi.

Menurut Noorisa dalam Pramayoza (2023) mengatakan bahwa 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.

Mobilitas awal dan program berkelanjutan menyediakan pendekatan praktis untuk membantu petugas kesehatan dalam

pengelolaan pasien di ruangan Bedah 1 terutama pasien yang membutuhkan ventilasi mekanik. Mobilitas dini dapat didefinisikan sebagai awal program mobilitas ketika pasien minimal mampu berpartisipasi dengan terapi, memiliki Status hemodinamik stabil, dan mampu menerima oksigen. Penekanan ditempatkan pada mobilitas progresif, kemampuan fungsional individu, dan ambulasi pasien yang memenuhi kriteria tertentu (Pramayoza, 2023).

6) Dukungan psikologi

Jika satu perawat menemani pasien sepanjang pengalaman praoperatif dan operatif, maka perawat tersebut dapat memberikan informasi yang berharga tentang status mental pasien, seperti segala bentuk ketakutan dan kekhawatiran.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan salah satu upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap di pasien untuk menentukan masalah apa yang terjadi pada tubuhnya (Doenges et al dalam Achmad Ulul Azmi, 2022).

a. Identitas klien

Pengkajian identitas baik pada klien maupun penanggung jawab berupa nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk.

b. Keluhan utama.

Keluhan yang paling sering dirasakan saat dilakukan pengkajian awal, klien akan merasakan nyeri pada abdomen secara terus menerus, tegang dan kaku, mual, muntah, dan demam.

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang:

Pengkajian yang berkaitan dengan kasus ini umumnya dilakukandengan pendekatan PQRST:

P: paliatif/profokatif yaitu yang meningkatkan atau

mengurangi nyeri

Q: Kualitas/Kuantitas yaitu frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri

R: Regio/tempat yakni lokasi sumber dan penyebarannya

S: Skala yaitu derajat nyeri dengan menggunakan rentang nilai

T: Time yaitu kapan keluhan dirasakan dan lamanya keluhan

2) Riwayat kesehatan dahulu:

Dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah mengalami penyakit sistem pencernaan atau pernah operasi sistem pencernaan

3) Riwayat kesehatan keluarga:

Apakah dalam anggota keluarga tersebut ada yang mengalami penyakit yang sama dengan klien

d. Pola Keseharian.

Pola nutrisi (konsumsi makanan dan minum keseharian yang dapat mempengaruhi penyakit tersebut), pola aktivitas (pekerjaan sehari yang dilakukan oleh klien), pola eliminasi (keluhan terjadinya konstipasi atau tidak, warna, frekuensi, tekstur).

e. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum klien meliputi tingkat kesadaran, penampilan secara umum, ekspresi wajah saat dilakukan pengkajian, dan tanda-tanda vital. Pada abdomen saat dilakukan inspeksi terlihat membuncit karena adanya kelebihan cairan pada usus akibat adanya penyumbatan lumen usus. Kolik abdomen dapat terlihat sebagai gerakan usus atau kejang usus. Setelah dilakukan pembedahan akan ditemukan luka sayatan dan terdapat bekas jahitan. Palpasi pada abdomen teraba keras, adanya nyeri tekan akibat dari tumpukan dan pembengkakan atau massa yang abnormal, distensi abdomen. Selain adanya nyeri tekan pada penumpukan isi lumen juga terdapat nyeri tekan pasca pembedahan. Perkusi adanya hipertimpani, pada gejala permulaan obstruksi adalah adanya perubahan kebiasaan buang air

besar berupa obstipasi dan kembung disertai kolik diperut bagian bawah. Saat dilakukan auskultasi maka terdengar bising usus lebih dari 12x per menit, hiperperistaltis terdengar jelas dan tinggi secara berkala yang akan disertai mual dan muntah (Achmad Ulul Azmi, 2022).

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosis keperawatan adalah hasil akhir dari pengkajian yang merupakan pernyataan atau penilaian perawat terhadap masalah yang muncul akibat dari respon pasien. Dari studi kasus di atas maka diagnosis keperawatan yang mungkin muncul yaitu:

a. Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Penyebabnya adalah kerusakan integritas kulit, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, IMT diatas persentil ke 75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan sensori persepsi.

Gejala dan tanda mayor subjektif berupa mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Sedangkan Gejala dan tanda mayor objektif yaitu kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun. Gejala dan tanda minor subjektif yaitu dari nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak. Sedangkan Gejala dan tanda minor objektif yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

b. Nyeri akut (D.0077).

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebabnya yaitu agen pencendera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencendera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan), agen, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gejala dan tanda mayor subjektif berupa mengeluh nyeri. Sedangkan Gejala dan tanda mayor objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Gejala dan tanda minor subjektif yaitu (tidak tersedia). Sedangkan Gejala dan tanda minor objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis. Kondisi klinis yang dapat terkait yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, glaukoma.

c. Resiko Infeksi (D.0142)

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Adapun faktor resiko yaitu penyakit kronis (misal diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak

adekuat.

Kondisi klinis yang terkait adalah aids, luka bakar, penyakit paru obstruktif kronis, diabetes melitus, tindakan invasif, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW), kanker gagal ginjal, immunosupresi, *lymphedema*, leukositopenia, gangguan fungsi hati.

d. Risiko perdarahan (D.0012).

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) risiko perdarahan merupakan berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi didalamtubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh). Penyebabnya yaitu aneurisma, gangguan gastrointestinal (mis. Ulkus lambung, polip, varises), gangguan fungsi hati (mis. Sirosis hepatitis), komplikasi kehamilan (mis. Ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar), komplikasi pasca partum (mis. Atonia uterus, retensi plasenta), gangguan koagulasi (mis. Trombositopenia), efek agen farmakologis, tindakan pembedahan, trauma, kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan, dan proses keganasan.

Kondisi klinis yang terkait adalah aneurisma, koagulasi intravaskuler diseminata, sirosis hepatis, ulkus lambung, varises, trombositopenia, ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, atonia uterus, retensi plasenta, tindakan pembedahan, kanker, dan trauma.

3. Perencanaan Keperawatan

a. Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan gangguan mobilitas fisik yaitu mobilitas fisik (L. 05042), diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, cemas menurun, kaku sendi

menurun, gerakan tidak terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, dan kelemahan fisik menurun.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi utama gangguan mobilitas fisik ada dua yang pertama yaitu dukungan ambulasi (I.06171).

- 1) Observasi: (a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (b) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi (c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi (d) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi
- 2) Terapeutik: (a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) (b) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu (c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
- 3) Edukasi: (a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi (b) Anjurkan melakukan ambulasi dini (c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (misal. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

Intervensi utama gangguan mobilitas fisik yang kedua yaitu dukungan mobilisasi (I.05173).

- 1) Observasi: (a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 2) Terapeutik: (a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) (b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu (c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

- 3) Edukasi: (a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini (c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. Duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Intervensi pendukung menurut PPNI, Tim Pokja SIKI DPP (2018) yaitu: dukungan kepatuhan program pengobatan, dukungan perawatan diri, dukungan perawatan diri:BAK/BAB, dukungan perawatan diri:berpakaian, dukungan perawatan diri:makan/minum, dukungan perawatan diri:mandi, edukasi latihan fisik, edukasi teknik ambulasi, edukasi teknik transfer, konsultasi via telpon, latihan otogenik, manajemen energy, manajemen lingkungan, manajemen mood, manajemen nutrisi, manajemen nyeri, manajemen medikasi, manajemen program latihan, manajemen sensasi perifer, pemantauan neurologis, pemberian obat, pemberian obta intravena, pembidaian, pencegahan jatuh, pencegahan luka tekan, pengaturan posisi, pengekangan fisik, perawatan kaki, perawatan sirkulasi, perawatan tirah baring, perawatan traksi, promosi berat badan, promosi kepatuhan program latihan, promosi latihan fisik, teknik latihan penguatan otot, teknik latihan penguatan sendi, terapi aktivitas, terapi pemijatan, terapi relaksasi otot progresif.

- b. Nyeri Akut (D.0077).

Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) menyatakan nyeri akut yaitu tingkat nyeri (L.08066), diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan

bahwa intervensi utama nyeri akut ada dua yang pertama yaitu manajemen nyeri (I.08238).

- 1) Observasi: (a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, (b) Identifikasi skala nyeri, (c) Identifikasi respons nyeri non verbal, (d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, (e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, (f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, (g) Monitor efek samping penggunaan analgesik.
- 2) Terapeutik: (a) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, (b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, (c) Fasilitasi istirahat dan tidur, (d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
- 3) Edukasi: (a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, (b) Jelaskan strategi meredakan nyeri, (c) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
- 4) Kolaborasi: (a) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.

Intervensi utama nyeri akut yang kedua yaitu pemberian analgesik (I.08243).

- 1) Observasi: (a) Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) (b) Identifikasi riwayat alergi obat (c) Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri (d) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik (e) Monitor efektifitas analgesik
- 2) Terapeutik: (a) Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu (b) Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum (c) Tetapkan target

efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respons pasien (d)
Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan

- 3) Edukasi: (a) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat
- 4) Kolaborasi: (a) Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi.

Intervensi pendukung menurut PPNI, Tim Pokja SIKI DPP (2018) yaitu: aromaterapi, dukungan hypnosis diri, dukungan pengungkapan kebutuhan, edukasi efek samping obat, edukasi manajemen nyeri, edukasi proses penyakit, edukasi teknik nafas, kompres dingin, kompres panas, konsultasi, latihan pernafasan, manajemen efek samping obat, manajemen kenyamanan lingkungan, manajemen medikasi, manajemen sedasi, manajemen terapi radiasi, pemantauan nyeri, pemberian obat, pemberian obat intravena, pemberian obat oral, pemberian obat topical, pengaturan posisi, perawatan amputasi, perawatan kenyamanan, teknik distraksi, teknik imajinasi terbimbing, terapi akupresur, terapi akupunktur, terapi bantuan hewan, terapi humor, terapi murratal, terapi music, terapi pemijatan, terapi relaksasi, terapi sentuhan, *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS).

c. Resiko Infeksi (D.0142)

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan resiko infeksi yaitu tingkat infeksi (L.14137), diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, periode menggigil menurun.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi utama resiko infeksi ada dua yang pertama yaitu manajemen imunisasi/vaksinasi (I.14508).

- 1) Observasi: (a) Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi

- (b) Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. Reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam) (c) Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan.
- 2) Terapeutik: (a) Berikan suntikan pada bayi dibagian paha anterolateral (b) Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. Nama produsen, tanggal kadaluarsa) (c) Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat.
- 3) Edukasi: (a) Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping (b) Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. Hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertusis, H. influenza, polio, campak, measles, rubella) (c) Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. Influenza, pneumokokus) (d) Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. Rabies, tetanus) (e) Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali (f) Informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis.

Intervensi utama resiko infeksi yang kedua yaitu pencegahan infeksi (I.14539).

- 1) Observasi: (a) Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik.
- 2) Terapeutik: (a) Batasi jumlah pengunjung, (b) Berikan perawatan kulit pada daerah edema, (c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, (d) Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.
- 3) Edukasi: (a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi, (b) Ajarkan cara memeriksa luka, (c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, (d) Anjurkan meningkatkan asupan cairan.
- 4) Kolaborasi: (a) Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

Intervensi pendukung menurut PPNI, Tim Pokja SIKI DPP

(2018) yaitu: dukungan pemeliharaan rumah, dukungan perawatan diri:mandi, edukasi pencegahan luka tekan, edukasi seksualitas, induksi persalinan, latihan batuk efektif, manajemen jalan nafas, manajemen imunisasi/vaksinasi, manajemen lingkungan, manajemen nutrisi, manajemen medikasi, pemantauan elektrolit, pemantauan nutrisi, pemantauan tanda vital, pemberian obat, pemberian obat intravena, pemberian obat oral, pencegahan luka tekan, pengaturan posisi, perawatan amputasi, perawatan area insisi, perawatan kehamilan risiko tinggi, perawatan luka, perawatan luka bakar, perawatan luka tekan, perawatan pasca persalinan, perawatan perineum, perawatan persalinan, perawatan persalinan risiko tinggi, perawatan selang, perawatan selang dada, perawatan selang gastrointestinal, perawatan selang umbilical, perawatan sirkumsisi, perawatan skin graft, perawatan terminasi kehamilan.

d. Risiko perdarahan (D.0012).

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan risiko perdarahan yaitu tingkat perdarahan (L.02017) diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil membran mukosa lembap meningkat, kelembapan kulit meningkat, kognitif meningkat, hemoptysis menurun, hematemesis menurun, hematuria menurun, perdarahan anus menurun, distensi abdomen menurun, perdarahan vagina menurun, perdarahan pasca operasi menurun, hemoglobin membaik, hematocrit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik, dan suhu tubuh membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi utama risiko perdarahan yaitu pencegahan perdarahan (I.02067).

- 1) Observasi: (a) Monitor tanda dan gejala perdarahan (b) Monitor nilai hematocrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah (c) Monitor tanda-tanda vital ortostatik (d) Monitor

koagulasi (mis. Prothrombin time (PT), partial Thromboplastin time (PT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)

- 2) Terapeutik: (a) Pertahankan bed rest selama perdarahan (b) Batasi tindakan invasive, jika perlu (c) Gunakan kasur pencegahan decubitus (d) Hindari pengukuran suhu rektal
- 3) Edukasi: (a) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan (b) Menggunakan kaus kaki saat ambulasi (c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi (d) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan (e) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K (f) anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan
- 4) Kolaborasi: (a) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu (b) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu (c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

Intervensi pendukung menurut PPNI, Tim Pokja SIKI DPP (2018) yaitu: balut tekan, edukasi keamanan anak, edukasi keamanan bayi, edukasi kemoterapi, edukasi proses penyakit, identifikasi risiko, manajemen kemoterapi, manajemen keselamatan lingkungan, manajemen medikasi, manajemen trombolitik, pemantauan cairan, pemantauan tanda vital, pemberian obat, pencegahan cedera, pencegahan jatuh, pencegahan syok, perawatan area insisi, perawatan pasca persalinan, perawatan persalinan, perawatan sirkumsisi, promosi keamanan kendaraan, surveilens keamanan dan keselamatan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah proses dimana perawat melaksanakan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan serta mendokumentasikan tindakan khusus yang dilakukan untuk penatalaksanaan intervensi keperawatan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Implementasi memerlukan kreativitas serta fleksibilitas, sebelum dilakukan implementasi perlu untuk memahami rasional dari implementasi yang diberikan. Implementasi terbagi menjadi 3 tahap, tahap pertama yaitu persiapan terkait pengetahuan mengenai validasi rencana serta persiapan pasien ataupun keluarga. Tahap ke-2 berfokus pada tindakan keperawatan yang berlandaskan dari tujuan yang ditetapkan dan tahap ke-3 yaitu perawat melakukan transmisi pada pasien setelah tindakan keperawatan diberikan (Anisyah, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir di proses keperawatan. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan sumatif, evaluasi formatif yaitu evaluasi yang dilakukan ketika tindakan berlangsung dan evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang dilakukan ketika tindakan berakhir. Evaluasi perlu diberikan dengan tujuan menilai kondisi kesehatan pasien setelah diberikan implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan untuk mengetahui apakah tujuan, baik tujuan jangka panjang ataupun jangka pendek tercapai maupun memperoleh informasi yang akurat agar tindakan dapat di modifikasi, melanjutkan tindakan, atau dihentikan (Maulydia, 2022).

C. Konsep Intervensi Sesuai *Evidence Base Practice*

1. Mobilisasi Dini

a. Definisi

Mobilisasi dini adalah suatu kegiatan atau pergerakan atau perpindahan posisi yang dilakukan 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 (Pramayoza, 2023).

b. Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan mobilisasi menurut Banamtum dalam Pramayoza (2023) antara lain:

1. Mempertahankan fungsi tubuh
- 2) Mempercepat peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka
- 3) Membantu pernafasan lebih baik
- 4) Mempertahankan tonus otot
- 5) Memperlancaar eliminasi alvi dan urin
- 6) Mengembalikan aktifitas tertentu sehingga pasien kembali normal dan dapat memenuhi kebutuhan gerak harian
- 7) Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi dan berkomunikasi
- 8) Mengurangi *long of stay* (LOS) lama hari rawat pasien

c. Manfaat Mobilisasi Dini

Menurut Aiddina Fajri dalam Pramayoza (2023) mengatakan beberapa manfaat mobilisasi pada post laparatomi :

- 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 sepertisemula.
- 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) Hari rawat akan menjadi lebih pendek 2 hari mengurangi intensitas nyeri.

d. Dampak Jika Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

Menurut Sugiono (2020) mengatakan bahwa sebagian besar pasien setelah operasi akan merasa keberatan jika dianjurkan untuk mobilisasi dini dikarenakan masih takut dengan luka jahitannya, 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 dirumah sakit bertambah.

e. Rentang Gerakkan Mobilisasi

Terdapat 3 rentang gerak dalam mobilisasi menurut Potter & Perry dalam Pramayoza (2023) yaitu :

1) Rentang gerak pasif

Rentang gerak pasif berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif. Contoh perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien.

2) Rentang gerak aktif

Rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan menggunakan ototnya secara aktif. Contoh pasien yang berbaring di tempat tidur menggerakkan kakinya sendiri.

3) Rentang gerak fungsional

Rentang gerak fungsional berguna untuk memperkuat otot-otot dan sendi dengan melakukan aktifitas yang diperlukan.

f. Tahapan Mobilisasi Dini

Menurut Penelitian yang dilakukan oleh Sabella dalam Pramayoza (2023) membahas tentang pelaksanaan mobilisasi dini

dengan menggunakan lembar observasi, tahapan mobilisasi terbagi 4 atas 3 bagian. Tahap 1 dilakukan pada 4-6 jam pertama setelah operasi dengan tindakan latihan ringan menggerakkan tangan dan kaki dengan ditebuk dan diluruskan, tahap kedua dilakukan pada 8-10 jam setelah operasi dimana dilakukan pengulangan menggerakkan tangan dan kaki dengan ditebuk dan diluruskan kemudian dilanjutkan dengan gerakan miring kiri dan miring kanan yang mana pasien sebelumnya pasien telah dinilai skala nyerinya berdasarkan comparative pain scale, tahap 3 dilakukan pada 12-24 jam setelah operasi dengan tindakan belajar duduk dan kemudian dianjurkan untuk berjalan.

Mobilisasi dini dapat dilakukan sebanyak 3 kali sehari dari hari pertama post laparatomi, 5 kali pengulangan pelatihan. Latihan dilakukan pada hari pertama post laparatomi selama (15-30 menit per sesi) yang disesuaikan dengan kemampuan pasien dengan bantuan perawat dan dukungan keluarga (Sugiono, 2020).

g. Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi

Menurut Apryantho (2017) mengatakan ada beberapa faktor yang mempengaruhi mobilisasi diantaranya:

1) Kondisi kesehatan pasien

Perubahan status kesehatan dapat mempengaruhi sistem muskuloskeletal dan sistem saraf berupa penurunan koordinasi. Perubahan tersebut dapat disebabkan oleh penyakit, berkurangnya kemampuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari, dan lain lain.

2) Emosi

Kondisi psikologis seseorang dapat memudahkan perilaku yang dapat menurunkan kemampuan ambulasi yang baik. Seseorang yang mengalami perasaan tidak aman, tidak termotivasi dan harga diri yang rendah akan mudah mengalami perubahan dalam ambulasi. Orang yang depresi, khawatir atau cemas sering tidak tahan tidak melakukan aktivitas sehingga lebih mudah lelah

karena mengeluarkan energi yang cukup besar dalam ketakutan dan kecemasannya jadi pasien mengalami kelelahan secara fisik dan emosi.

3) Gaya hidup

Status kesehatan, nilai, kepercayaan, motivasi dan faktor lainnya mempengaruhi gaya hidup. Gaya hidup mempengaruhi mobilitas. Tingkat kesehatan seseorang dapat dilihat dari gaya hidupnya dalam melakukan aktivitas dan dia mendefinisikan aktivitas sebagai suatu yang mencakup kerja, permainan yang berarti, dan pola hidup yang positif seperti makan yang teratur, istirahat yang cukup dan penanganan stress.

4) Dukungan Sosial

Dukungan sosial sebagai info verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dalam subjek lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau pengaruh pada tingkah laku penerimanya.

Menurut penelitian yang dilakukan Oldmeadow et al dalam Apryantho (2017) dukungan sosial yaitu keluarga, yang terdekat dan perawat sangat mempengaruhi untuk membantu pasien melaksanakan latihan ambuulasi.

5) Pengetahuan

Pengetahuan yang baik terhadap penggunaan mekanika tubuh akan mendorong seseorang untuk menggunakannya dengan benar, sehingga mengurangi tenaga yang dikeluarkan. Sebaliknya, pengetahuan yang kurang memadai dalam penggunaan mekanika tubuh akan menjadikan seseorang beresiko mengalami gangguan koordinasi sistem neurologi dan muskuloskeletal.

Pemahaman tentang pergerakan mobilisasi membutuhkan lebih dari satu pemahaman tentang pergerakan fisiologis, serta regulasi pergerakan oleh sistem muskuloskeletal dan sistem saraf.

Orang disekitar pasien (keluarga ataupun perawat) perlu mengetahui tentang bagaimana mengaplikasikan prinsip ke tatanan ketatanan klinis untuk menentukan cara paling aman menggerakkan pasien dan memahami efek imobilisasi pada aspek fisiologis, psikososial, dan perkembangan dari perawatan klien.

6) Usia dan tingkat perkembangannya

Seorang anak akan berbeda tingkat kemampuan mobilitasnya dibandingkan dengan seorang remaja. Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktifitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan. Terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

D. Jurnal Terkait

Tabel 2. 4 Jurnal Terkait

No.	Judul	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1	Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Penyembuhan Luka dan Peningkatan Aktivitas Pasien Postoperasi Laparatomi (Yuliana et al., 2021) Jurnal Akademka Baiturrahim Jambi (JABJ) Vol 10, No 1, Maret 2021	D: <i>quasi eksperiment</i> S: 88 pasien V: mobilisasi dini, penyembuhan luka, peningkatan aktivitas I: lembar observasi A: <i>chi-square dan Wilcoxon</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka dan peningkatan aktivitas pasien
2	Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Dengan Post Operasi Laparatomi Di RS PKU Muhammadiyah Gamping: <i>Case Report</i> (Prमितasari & Musharyanti, 2022)	D: deskriptif, <i>case report</i> S: 1 pasien V: mobilisasi dini, penurunan skala nyeri I: lembar asuhan keperawatan, <i>numerical rating scale</i> A: -	Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi mobilisasi dini.