

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Dasar Mobilisasi

1. Definisi

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas dan teratur untuk memenuhi kebutuhan sehat menuju kemandirian dan imobilisasi yang mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas (Masrani Daulay, 2019).

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif, dan untuk aktualisasi diri, harga diri dan citra tubuh (Azizah, 2020).

2. Jenis Mobilisasi

Menurut Gukguk (2019), jenis mobilisasi di bedakan berdasarkan kemampuan gerakan yang dilakukan oleh seseorang yaitu:

- a. Mobilisasi penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motorik dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
- b. Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena di pengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuh.

3. Tujuan mobilisasi dini

Mobilisasi dini bertujuan untuk mengurangi komplikasi pasca bedah, terutama *atelektasis* dan *pneumonia hipostatis*, mempercepat terjadinya buang air besar dan buang air kecil pasca operasi. Mobilisasi yang dilakukan untuk meningkatkan ventilasi, mencegah stasis darah dengan meningkatkan kecepatan sirkulasi pada ekstremitas dan kecepatan pemulihan pada luka abdomen (Gukguk, 2019).

4. Tahap-tahap mobilisasi

Mobilisasi dapat dilakukan secara bertahap yaitu :

- a. Setelah operasi, pada 6 jam pertama pasca operasi tirah baring terlebi dahulu.
- b. Setelah 6-10 jam, pasien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli.
- c. Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.
- d. Setelah pasien duduk dianjurkan untuk belajar berjalan.

B. Konsep Apendisitis

1. Definisi

Apendisitis merupakan proses peradangan akut maupun kronis yang terjadi pada apendiks vermiformis oleh karena adanya sumbatan yang terjadi pada lumen apendiks. Peradangan terjadi akibat infeksi mikroorganisme yang masuk ke lapisan submukosa apendiks dan akhirnya melibatkan seluruh lapisan dindingnya. Peradangan akut akibat sumbatan lumen apendiks menyebabkan bendungan darah vena dan penutupan arteri. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya gangren bagian ujung atau tempat sumbatan yang terjadi. Komplikasi perforasi dapat terjadi, sehingga infeksi menyebar ke jaringan lokal seperti, omentum dan usus halus, atau menimbulkan peritonitis generalisata.

2. Etiologi

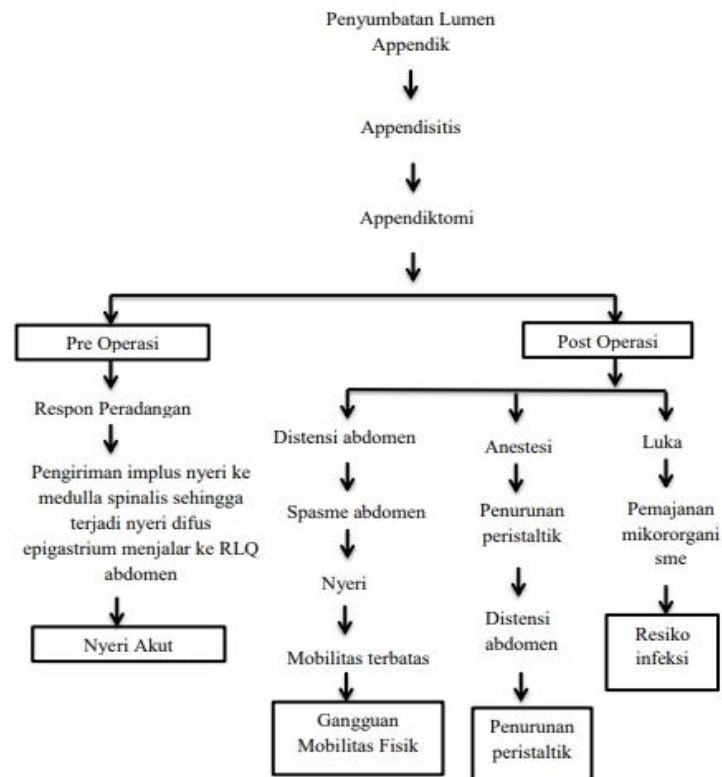
Peristiwa patogen utama pada sebagian besar pasien dengan apendisitis akut diyakini disebabkan oleh obstruksi pada lumen apendiks. Obstruksi ini bisa disebabkan oleh berbagai hal, antara lain feses, hiperplasia limfoid, benda asing, parasit usus, dan tumor primer apendiks seperti tumor karsinoida *adenokarsinoma*, *sarkoma kaposi*, dan *limfoma*. Dapat juga disebabkan oleh *tumor metastatic* (usus besar dan payudara). Stasis feses dan fekalit merupakan penyebab paling umum obstruksi apendiks, diikuti *hiperplasia limfoid*, bahan sayur dan biji buah, bahan barium dan pemeriksaan radiografi, dan cacingan (terutama *ascarids*) semuanya diketahui sebagai penyebab obstruksi apendiks dan apendisitis.

3. Patofisiologi

Obstruksi pada lumen menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal dan intramural, sehingga mengakibatkan *oklusi* pembuluh darah kecil dan aliran limfatik menjadi stasis. Ketika terdapat sumbatan, apendiks kemudian terisi dengan mukus dan terjadi distensi, pada saat terjadi gangguan limfatik dan

vaskular, dinding apendiks menjadi iskemia dan nekrotik. Pada apendiks yang mengalami obstruksi akan terjadi pertumbuhan berlebih bakteri, dengan dominasi organisme aerob pada apendisitis awal dan campuran *acrob* dan *anacrob* di apendisitis lanjut. Organisme pada umumnya meliputi *Escherichia coli*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides*, dan *Pseudomonas*. Setelah peradangan dan nekrosis yang signifikan terjadi, apendiks berisiko mengalami perforasi, yang dapat menyebabkan abses lokal dan terkadang berlanjut menjadi peritonitis. Perforasi bebas akan mengotori rongga *intrapertitoneal* dengan nanah atau feses. Perforasi juga dapat tertutup oleh jaringan lunak di sekitarnya (*omentum*, *mesentery*, atau usus), sehingga mengarah pada perkembangan massa jaringan lunak. Inflamasi yang menutupi apendiks dapat meradang disertai nanah ataupun masa tanpa nanah (*phlegmon*).

4. Pathway



Gambar 1 Pathway (Sumber : Keperawatan Medikal Bedah 2017)

5. Manifestasi Klinis

Umumnya gejala awal apendisitis muncul berupa nyeri perut *periumbilikalis* yang terlokalisasi di kuadran kanan hawah. Pada awalnya, rangsangan pada serabut saraf aferen viseral di T8 hingga T10 menyebabkan nyeri terpusat yang samar samar. Saat peradangan apendiks sernakin berat akan rnyebabkan peritoneum parietal yang berdekatan teriritasi, nyeri menjadi lebih terlokalisasi kuadran kanan bawah. Nyeri mungkin disertai atau tidak disertai dengan salah satu gejala berikut:

- a. *Anoreksia*
- b. Mual/rnuntah
- c. Demam (40% pasien)
- d. *General Malaise*
- e. Peningkatan frekuensi atau urgensi buang air kecil

Pada beberapa pasien mungkin datang dengan gejala yang tidak biasa. Pada pasien dapat timbul nyeri pada saat tidur. Selain itu, pasien mungkin mengeluh nyeri perut saat berjalan atau batuk. Nyeri perut saat *ekstensi pasif* paha kanan saat posisi pasien tidur miring kekiri dengan lutut diluruskan disebut sebagai tanda Psoas. Hal ini terjadi ketika radang apendiks berada pada *retrocecal* dan menutupi otot psoas kanan. Manuyer ini meregangkan otot psoas mayor, yang dapat teriritasi oleh *retrocecal* yang meradang. Pasien sering melenturkan pinggul untuk memendekkan otot psoas mayor dan menghilangkan rasa sakit.

Temuan pemeriksaan fisik seringkali samar samar, terutarna pada apendisitis awal. Seiring dengan semakin berkembangnya infeksi, tanda-tanda peradangan pada *peritoneum* berkembang. Tanda-tanda termasuk: Penjagaan kuadran kanan bawah dan nyerî tekan pada titik *McBurney* (1,5 hingga 2 mci dan tulang iliaka anterior superior (ASIS) pada ganis lurus dan ASIS sampai umbiikus) Tanda *Rovsing* (nyeri kuadran kanan bawah yang timbul pada palpasi kuadran kiri bawah). Tanda *Dunphy* (nyeri perut meningkat disertai batuk), tanda-tanda terkait lainnya seperti tanda psoas (nyeri pada rotasi eksternal atau ekstensi pasif pinggul kanan menunjukkan apendisitis *retrocecal*) atau tanda *obturator* (nyeri pada rotasi

internal pinggul kanan yang menandakan panggul radang usus buntu) jarang terjadi. Lamanya gejala bervariasi tetapi biasanya berkembang dan apendisitis awal pada 12 hingga 24 jam, hingga perforasi yang lebih parah dan 48 jam. Tujuh puluh lima persen pasien datang dalam waktu 24 jam setelah timbulnya gejala. Risiko pecahnya bervariasi tetapi sekitar 2% pada usia 36 tahun dan meningkat sekitar 5% setiap 12 jam setelah itu (Aprilliani, 2022).

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada apendisitis dapat berupa pengujian laboratorium dan pencitraan. Tes laboratorium berupa jumlah leukosit total, persentase neutrophil, konsentrasi protein C-reaktif berguna untuk menentukan langkah diagnostik pada pasien dengan dugaan apendisitis akut. Pasien dengan apendisitis akut dapat ditemukan peningkatan jumlah sel darah putih/white blood cell (WBC), ditemukannya keton pada urin, peningkatan protein CRP. Hitungan WBC 10.000 sel/mm^3 sangat dapat diprediksi pada pasien dengan apendisitis akut. Namun, kadarnya akan meningkat pada pasien dengan apendisitis yang rumit. Oleh karena itu, jumlah sel darah putih yang sama dan atau di atas 17.000 sel/mm^3 dikaitkan dengan komplikasi apendisitis akut, termasuk apendisitis *perforasi* dan *gangrene* (Aprilliani, 2022).

Pencitraan berupa CT scan perut memiliki akurasi lebih dari 95% untuk diagnosis apendisitis dan digunakan dengan frekuensi yang meningkat. Kriteria CT untuk apendisitis termasuk apendiks yang membesar (diameter lebih dan 6 mm), penebalan dinding apendiks (lebih dan 2 mm), untaian lemak peri-apendiks, peningkatan dinding apendiks, adanya *appendicolith* (sekitar 25% pasien). UI trasonografi kurang sensitif dan spesifik dibandingkan CT tetapi mungkin berguna untuk menghindari radiasi pengion pada anak-anak dan wanita hamil. MRI mungkin juga berguna untuk pasien hamil dengan suspek apendisitis dan ultrasonografi yang tidak pasti. Secara klasik cara terbaik untuk mendiagnosis apendisitis akut adalah dengan anamnesis yang baik dan pemeriksaan fisik terperinci (Aprilliani, 2022).

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan apendisitis akut tanpa komplikasi dapat diobati dengan pendekatan antibiotik. Keberhasilan pendekatan non-operatif memerlukan pemilihan pasien yang cermat dan eksklusi pasien dengan *gangren* akut apendisitis, *abses*, dan *peritonitis diffuse*. Strategi antibiotik-pertania dapat dianggap aman dan efektif pada pasien tertentu dengan apendisitis akut tanpa komplikasi. Pasien yang ingin menghindari pembedahan harus menyadari risiko kekambuhan hingga 39% setelah 5 tahun (Ernawati, 2023).

Apendektomi melalui laparotomi terbuka pada insisi kuadran kanan bawah minimal atau melalui laparoskopi merupakan pengobatan standar dan apendisitis akut. Apendektomi laparoskopi membenikan hasil rendahnya insiden infeksi luka, komplikasi *postoperative* lebih sedikit, waktu rawat lebih singkat, dan pasien lebih cepat kembali beraktivitas dibandingkan dengan laparotomi terbuka baik pada dewasa maupun anak-anak. Penundaan pembedahan di rumah sakit yang singkat hingga 24 jam aman pada apendisitis akut tanpa komplikasi dan tidak meningkatkan angka komplikasi dan/atau *perforasi* pada orang dewasa. Menunda apendektomi untuk apendisitis akut tanpa komplikasi hingga 24 jam setelah masuk tampaknya tidak menjadi faktor risiko untuk apendisitis rumit, tidak terkait dengan peningkatan risiko *perforasi* atau hasil yang merugikan, infeksi tempat operasi pascaoperasi, atau *morbiditas* (Berman, 2019).

Pasien dengan apendisitis tanpa komplikasi umumnya akan mengalami periode pasca operasi yang lancar, dan terapi antibiotik pasca operasi tidak diperlukan. Namun, kelompok pasien dengan apendisitis yang rumit harus direncanakan untuk terapi antibiotik rata-rata selama 4 hari. Komplikasi luka, termasuk infeksi, harus dikelola dengan pembukaan luka yang memadai dan irigasi, diikuti dengan balutan. Namun, terapi antibiotik sangat penting dalam penatalaksanaan pasien yang mengalami komplikasi pembentukan abses dan keterlibatan fascia dalam (Aprilliani, 2022).

C. Konsep Apendiktomi

1. Definisi

Apendiktomi adalah pengangkatan terhadap appendix terimplikasi dengan prosedur atau pendekatan endoskopi. Apendiktomi adalah pembedahan atau operasi pengangkatan appendix (Bruno, 2019). 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* (Bruno, 2019).

2. Etiologi

Etiologi dilakukannya tindakan pembedahan pada penderita apendisitis dikarenakan appendix mengalami peradangan. Appendix yang meradang dapat menyebabkan infeksi dan perforasi apabila tidak dilakukan tindakan pembedahan. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen appendix merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus. Disamping hiperplasia jaringan limfe, *fekalit*, tumor appendix, dan cacing *askariasis* dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan apendisitis ialah erosi mukosa appendix akibat parasit seperti *E.histolytica* (Eqlima Elfira, 2021).

3. Patofisiologi Apendiktomi

Apendiktomi disebabkan oleh adanya bakteri sekresi mucus sehingga terjadi distensi lumen dan peningkatan tekanan dinding lumen. Tekanan yang meningkat mengakibatkan aliran limfe terhambat sehingga menimbulkan *edema*, *diapedesis bakteri* dan *pulserasi* mukosa. Pada saat tersebut, terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri periumbilical. Sekresi mucus yang terjadi terus berlanjut dan tekanan yang meningkat mengakibatkan obstruksi vena, peningkatan edema, dan pertumbuhan bakteri yang menimbulkan radang. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum yang mengakibatkan nyeri pada daerah bagian bawah kanan (Nurlina, 2020).

4. Komplikasi

Komplikasi setelah dilakukannya pembedahan apendektomi menurut (Eqlima Elfira, 2021) yaitu :

a. Peritonitis

Jika usus buntu pecah, lapisan perut (*peritoneum*) akan terinfeksi bakteri. Ini disebut peritonitis. Hal ini dapat merusak organ dalam dengan gejala peritonitis dapat meliputi: sakit perut terus menerus yang parah, suhu tinggi, detak jantung yang cepat, sesak napas dengan napas cepat, dan pembengkakan perut. Jika peritonitis tidak segera diobati, dapat menyebabkan masalah jangka panjang dan bahkan bisa berakibat fatal. Perawatan untuk peritonitis biasanya melibatkan antibiotik dan pembedahan untuk mengangkat usus buntu.

b. Abses

Terkadang abses terbentuk di sekitar usus buntu yang pecah. Ini adalah kumpulan nanah yang menyakitkan yang terbentuk ketika tubuh mencoba melawan infeksi. Dalam kasus yang jarang terjadi (sekitar 1 dari 500) *abses* dapat terbentuk sebagai komplikasi pembedahan untuk mengangkat usus buntu. Abses terkadang dapat diobati dengan menggunakan antibiotik, tetapi dalam kebanyakan kasus nanah perlu dikeluarkan dari abses. Ini dapat dilakukan di bawah bimbingan ultrasound atau CT. Pasien akan diberikan anestesi lokal dan jarum akan dimasukkan melalui kulit, diikuti dengan penempatan saluran pembuangan. Jika *abses* ditemukan selama operasi, area tersebut dicuci dengan hati-hati dan antibiotik diberikan.

c. Adhesi

Adhesi bisa menjadi lebih besar atau lebih ketat dari waktu ke waktu. Masalah dapat terjadi jika perlengketan menyebabkan organ atau bagian tubuh memutar, tarik keluar dari posisi, tidak dapat bergerak secara normal. Risiko pembentukan perlengketan tinggi setelah operasi usus atau organ kewanitaan. Pembedahan menggunakan laparoskop cenderung menyebabkan perlengketan daripada operasi terbuka. Penyebab lain dari perlengketan di perut atau panggul meliputi: apendisitis, paling sering saat usus buntu pecah.

d. Perforasi

Apendisitis perforasi adalah pecahnya apendiks yang sudah gangren yang menyebabkan pus masuk ke dalam rongga perut sehingga terjadi peritonitis umum. Pada dinding apendiks tampak daerah perforasi dikelilingi oleh jaringan nekrotik. Apendisitis adalah peradangan dari apendiks *veriformis* dan merupakan penyebab abdomen akut. Apendiks memiliki panjang sekitar 6 cm sampai 9 cm pada orang dewasa 20-30 tahun. Dasar apendiks melekat pada sekum dan ujungnya memiliki beberapa posisi seperti *retrosekal, pelvis, antesekal, preileal, retroileal, atau perikolik* kanan. Prevalensi apendisitis lebih banyak di negara maju dari pada Negara berkembang, disebabkan karena masyarakat di negara maju kurang mengkonsumsi makanan berserat tinggi sehingga terjadi pembentukan fase fekalit lalu menjadi obstruksi lumen yang akan menyebabkan penyakit apendisitis.

e. Massa apendiks

Massa apendiks adalah tumor inflamasi yang terdiri dari apendiks yang meradang, visera yang berdekatan, dan omentum mayor, sedangkan abses adalah massa apendiks yang mengandung nanah. Pasien didiagnosis dengan pemeriksaan fisik, computed tomography (CT), dan USG.

f. Infeksi luka operasi apendektomi

Infeksi luka operasi (ILO) merupakan salah satu dari tiga infeksi tersering yang didapat di rumah sakit, dengan rata-rata mencapai 14-16% dan yang merupakan infeksi yang paling sering terjadi pada pasien post operasi. Hampir dua pertiga angka kejadian ILO terbatas pada luka insisi operasi dan hanya sepertiga yang juga melibatkan organ atau bagian anatomi lain yang terlibat saat operasi. ILO juga sering terjadi setelah operasi *appendectomy* terutama pada apendisitis yang kompleks (gangrenosa dan rupture) dengan angka kejadian mencapai 9-53%. Dimana dengan nyeri, waktu tinggal di rumah sakit dan biaya. Di Rumah Sakit Sanglah sendiri belum ada penelitian yang menunjukkan angka kejadian ILO post *appendectomy*, maupun faktor risiko terjadinya ILO.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi Apendicitis

1. Pengkajian

Pengkajian yaitu tahap pertama dari proses keperawatan dan untuk mengumpulkan data secara sistematis dan lengkap dimulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2021).

a. Identitas Pasien Pengkajian identitas pasien meliputi nama inisial, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, alamat, suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, cara masuk, keluhan utama, alasan dirawat dan diagnosa medis.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan pertama pada pasien dengan appendicitis yaitu rasa nyeri. Biasanya nyeri akut ataupun kronis tergantung dari lamanya serangan. Menurut (Wahid, 2018), untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri digunakan :

a) *Provoking Incident* : apakah peristiwa yang menjadi faktor

b) *Quality of Pain* : seperti apa rasa nyeri yang dirasakan dan digambarkan pasien. Apakah seperti menusuk-nusuk, terbakar, atau berdenyut.

c) *Region* : dimana rasa sakit terjadi, apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar.

d) *Severity (Scale) of Pain* : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, bisa berdasarkan skala nyeri atau pasien yang menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

e) *Time* : berapa lama durasi nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien akan mengalami nyeri di sekitar *epigastrium* menjalar ke perut kanan bawah. Timbul keluhan nyeri perut kanan bawah mungkin beberapa jam kemudian setelah nyeri di pusat atau di *epigastrium* dirasakan dalam beberapa waktu lalu. Sifat keluhan nyeri dirasakan terus-menerus, dapat

hilang atau timbul nyeri dalam waktu yang lama. Keluhan yang menyertai biasanya pasien mengeluh rasa mual dan muntah.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Biasanya berhubungan dengan masalah kesehatan pasien sekarang. Pengalaman penyakit sebelumnya, apakah memberi pengaruh kepada penyakit laparatomi yang diderita sekarang serta apakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti menderita penyakit laparatomi, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menulari dalam keluarga.

c. Pengkajian 11 Fungsional Gordon

1) Pola Persepsi dan Penanganan Penyakit

Pada kasus laparatomi biasanya timbul kecemasan akan kondisinya saat ini dan tindakan dilakukannya operasi.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien yang mengalami appendicitis akan terganggu pola nutrisinya, nafsu makan menjadi berkurang sehingga mengakibatkan penurunan berat badan. Selain itu disertai mual dan muntah pada pasien akan mengakibatkan berkurangnya cairan dan elektrolit. Studi epidemiologi juga menyebutkan bahwa ada peranan dari kebiasaan mengkonsumsi makanan rendah serat yang mempengaruhi konstipasi, sehingga terjadi laparatomi.

3) Pola Eliminasi

Proses eliminasi pasien biasanya akan mengalami konstipasi karena terjadinya *fecalith*. Pola ini menggambarkan karakteristik atau masalah saat BAB/BAK sebelum dan saat dirawat di RS serta adanya penggunaan alat bantu eliminasi saat pasien dirawat di RS. Hal yang perlu dikaji yaitu konsistensi, warna, frekuensi, bau feses, sedangkan pada eliminasi urin dikaji kepekatan, warna, bau, frekuensi, serta jumlah.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien akan mengalami gangguan selama beraktivitas, disebabkan nyeri semakin buruk ketika bergerak.

5) Pola Tidur dan Istirahat

Semua pasien apendisitis akan merasa nyeri dan susah untuk bergerak karena dapat memperburuk nyeri, sehingga mengganggu pola dan kebutuhan tidur pasien. Pengkajian yang dilaksanakan berupa lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, kesulitan tidur, serta penggunaan obat.

6) Pola Kognitif dan Persepsi

Biasanya pada pasien apendisitis tidak mengalami gangguan pada pola kognitif dan persepsi. Namun perlu juga untuk dilakukan, apakah nyerinya akan berpengaruh terhadap pola kognitif dan persepsinya.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pola persepsi dan konsep diri menggambarkan persepsi saat dirawat di RS. Pola ini mengkaji ketakutan, kecemasan dan penilaian terhadap diri sendiri serta dampak sakit terhadap diri pasien. Emosi pasien biasanya tidak stabil karena pasien merasa cemas saat mengetahui harus dilakukan tindakan operasi.

8) Pola Peran dan Hubungan

Pasien dengan apendisitis biasanya tidak mengalami gangguan dalam peran dan hubungan sosial, akan tetapi harus dibandingkan peran dan hubungan pasien sebelum sakit dan saat sakit.

9) Pola Seksual dan Reproduksi

Pada pola seksual dan reproduksi biasanya pada pasien apendisitis tidak mengalami gangguan.

10) Pola Koping dan Toleransi Stress

Secara umum pasien dengan apendisitis tidak mengalami penyimpangan pada pola koping dan toleransi stres. Namun tetap perlu dilakukan mengenai toleransi stress pasien terhadap penyakitnya maupun tindakan perawatan yang didapatkan.

11) Pola Nilai dan Keyakinan

Pada umumnya pasien yang menjalani perawatan akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas begitu pula dalam beribadah. Perlu dikaji keyakinan pasien terhadap keadaan sakit dan motivasi untuk kesembuhannya.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan pasien biasanya bisa baik ataupun buruk.

2) Tanda-tanda Vital Tekanan Darah : biasanya tekanan darah normal Nadi : biasanya terjadi peningkatan denyut nadi Pernafasan : biasanya terjadi peningkatan bernafas atau normal Suhu : biasanya terjadi peningkatan suhu akibat infeksi pada rongga perut.

3) *Head to Toe*

a) Kepala *Normocephal*, pada pasien laparatomi biasanya tidak memiliki gangguan pada kepala.

b) Mata Inspeksi: mata simetris, refleks cahaya baik, konjungtiva biasanya anemis, sklera tidak ikteris, dan ukuran pupil isokor. Palpasi : tidak ada edema di palpebra.

c) Hidung Inspeksi: tidak ada sekret dan simetris. Palpasi: tidak adanya benjolan atau masa pada hidung.

d) Telinga Inspeksi: simetris kedua telinga, tidak ada sekret, tidak ada pengeluaran darah atau cairan dari telinga. Palpasi: tidak adanya edema dibagian telinga.

e) Mulut Inspeksi: simetris, biasanya membran mukosa kering pada pasien laparatomi karena kurangnya cairan yang masuk akibat muntah atau puasa pre/post operasi, lidah bersih, gigi lengkap, caries tidak ada, tonsil tidak ada, tidak ada kesulitan menelan.

f) Leher Tidak adanya pembesaran kelenjar getah bening dan tyroid.

g) Thorax atau Paru-paru

Inspeksi : dinding dada simetris

Palpasi : fremitus kiri dan kanan simetris.

Perkusi : sonor.

Auskultasi : tidak adanya bunyi nafas tambahan.

h) Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat.

Palpasi : ICS V mid klavikula sinistra.

Perkusi : batas jantung normal.

Auskultasi : reguler, tidak adanya bunyi tambahan.

i) Abdomen

Inspeksi : perut simetris, warna kulit merata

Palpasi : Nyeri tekan di titik *Mc Burney* disebut *Mc Burney sign*, salah satu tanda dari apendisitis. Titik *Mc Burney* adalah titik imajiner yang dipergunakan untuk memperkirakan letak rongga perut, yaitu 1/3 lateral dari garis yang dibentuk dari umbilikus dan SIAS (*spina ichiadic anterior superior*) *dextra*. Nyeri di titik ini disebabkan oleh inflamasi dari rongga perut dan persentuhannya dengan peritoneum.

Perkusi : pada apendisitis sering ditemukan redup karena adanya penumpukan feses pada rongga perut.

Auskultasi : bising usus normal atau meningkat pada awal laparotomi, dan bising usus melemah (hipoaktif) jika terjadi perforasi.

j) Genitalia

Mengobservasi adanya penggunaan alat bantu perkemihan, biasanya pada pasien laparotomi tidak mengalami gangguan pada genitalia.

k) Ekstremitas

Pada pasien laparotomi tidak mengalami gangguan pada ekstremitas atas dan bawah.

l) Kulit

Adanya luka post operasi pada abdomen, tidak lecet, turgor kulit biasanya kering karena kekurangan cairan akibat muntah atau puasa pre/post operasi, pengisian kapiler refil dapat normal atau > 2 detik.

e. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) Laboratorium : pada pasien laparotomi biasanya terjadi peningkatan leukosit di atas 10.000/mL

- 2) Foto polos abdomen : dapat berupa bayangan apendikolit (radioopak).
Distensi atau obstruksi usus halus, deformitas sekum, adanya udara bebas, dan efek massa jaringan lunak.
- 3) USG : menunjukkan adanya edema rongga perut yang disebabkan oleh reaksi peradangan.
- 4) Barium enema : terdapat non-filling rongga perut, efek massa kuadran kanan bawah abdomen, rongga perut tampak tidak bergerak, pengisian rongga perut tidak rata atau tertekuk dan adanya retensi barium setelah 24-48 jam.
- 5) CT Scan : untuk mendeteksi abses peri-rongga perut.

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus post operasi appendisitis

a. Nyeri Akut (D.0077)

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

Agen pencedera fisik (mis.Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan kriteria :

1) Mayor :

- a) Subjektif: Mengeluh nyeri
- b) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri). gelisah. frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

2) Minor:

- a) Subjektif:
- b) Objektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berikir terganggu menarik dan, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

b. Disfungsi motilitas gastrointestinal (D.0021)

Peningkatan penurunan, tidak efektif atau kurangnya aktivitas peristaltik gastrointestinal.

Penyebab:

- 1) Asupan enteral
- 2) Intoleransi makanan
- 3) Imobilisasi
- 4) Makanan kontaminan
- 5) Pembedahan
- 6) Efek agen farmakologis (mis. Narkotik, antibiotik, laksatif, anastesia)
- 7) Proses penuaan
- 8) kecemasan

Gejala dan kriteria:

a) Mayor:

Subjektif: mengungkapkan flatus tidak ada, nyeri/kram abdomen

Objektif: suara peristaltik berubah (tidak ada, hipoaktif, atau hiperaktif)

b) Minor:

Subjektif: merasa mual

Objektif : residu lambung meningkat/turun, muntah, regurgitasi, pengosongan lambung cepat, distensi abdomen, feses kering dan sulit keluar.

c. Resiko infeksi (D.0142)

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor resiko :

- 1) Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus)
- 2) Efek prosedur invasif
- 3) Malnutrisi
- 4) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
- 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - a) Gangguan peristaltic
 - b) Perubahan sekresi HP

- c) Kerusakan integritas kulit
 - d) Penurunan kerja siliaris
 - e) Merokok
 - f) Status cairan tubuh
- 6) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder:
- a) Penurunan hemoglobin
 - b) *Imunosupresi*
 - c) Leukopenia
 - d) Supresi respon inflamasi
 - e) Vaksinasi tidak adekuat
- d. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
- Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Adapun penyebabnya yaitu :
- Penyebab :
- 1) Perubahan metabolisme
 - 2) Penurunan kekuatan otot
 - 3) Efek agen farmakologis
 - 4) Nyeri
 - 5) Kurang terpapar informasi
 - 6) Keengganan melakukan pergerakan
- Gejala dan kriteria :
- 1) Mayor
 - a) Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas
 - b) Objektif : kekuatan otot menurun , rentang gerak (ROM) menurun
 - 2) Minor :
 - a) Subjektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.
 - b) Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

3. Perencanaan keperawatan

Table 1 Rencana Keperawatan *PostOperatif*

Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Nyeri Akut	<p>Tingkat Nyeri</p> <p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil: Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Meringis menurun Gelisah menurun Sulit tidur menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi nyeri non verbal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam) Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Disfungsi Motilitas Gastrointestinal	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat peristaltik gastrointestinal meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluhan nyeri menurun Suara peristaltik meningkat 	<p>Edukasi Diet (1.12369)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet ya diprogramkan Identifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Perisapkan materi, media, dan alat peraga Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan kepatuhan diet

		<p>terhadap kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang • Anjurkan mempertahankan posisi semi fowler (30-45⁰) 20-30 menit setelah makan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rujuk ke ahli gizi dan sertakan keluarga, jika perlu
Resiko infeksi (D.0142)	<p>Setelah telah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan, tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Demam menurun Hematoma menurun Nafsu makan membaik Kemerahan menurun 	<p>Pencegahan Infeksi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Batasi jumlah pengunjung Berikan perawatan kulit pada area edema Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tanda dan gejala infeksi Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Anjurkan meningkatkan asupan cairan Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
Gangguan mobilitas fisik(D.0131)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan, mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> Pergerakan ekstremitas meningkat – Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan Mobilisasi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana

		yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Menurut (Setiadi, 2018), implementasi merupakan suatu bentuk pengelolaan dan perwujudan dari setiap intervensi atau rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Implementasi adalah tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi terhadap pasien (A Potter & Perry, 2021). Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada tahap ini yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

(Nursalam, 2021) mengungkapkan bahwa, evaluasi yaitu tahap akhir yang bertujuan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah pada pasien laparatomi diharapkan setelah dilakukan asuhan keperawatan didapatkan, penurunan intensitas nyeri, tidak ada tanda-tanda infeksi serta memiliki pengetahuan luas. Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (A Potter & Perry, 2021). Meskipun tahap evaluasi diletakan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2021).

E. Konsep Early Ambulation

1. Definisi

Ambulasi dini adalah suatu pendekatan dalam perawatan kesehatan yang mendorong pasien untuk segera memulai aktivitas fisik atau bergerak setelah mengalami suatu kondisi medis atau menjalani prosedur tertentu. Tujuan dari ambulasi ini adalah meminimalkan risiko komplikasi yang dapat timbul akibat

kurangnya aktifitas fisik, seperti pembekuan darah, atelectasis (penyusutan paru-paru) infeksi, an kehilangan massa otot.

Proses ambulasi dini melibatkan penilaian oleh tim medis, yang dapat mencakup dokter, perawat, dan fisioterapi. Pasien diberikan panduan dan dukungan untuk memulai aktivitas secara bertahap sesuai dengan kondisi kesehatannya. Aktivitas ini bisa melibatkan berjalan, latihan fisik ringan, atau aktivitas lain yang sesuai dengan kemampuan individu.

Ambulasi dini tidak hanya bermanfaat untuk mencegah komplikasi fisik, tetapi juga untuk mempercepat proses pemulihan secara keseluruhan. Dengan memulai aktivitas fisik sesegera mungkin, pasien dapat mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot, mobilitas, dan fungsi organ vital.

2. Tujuan Ambulasi

Tujuan ambulasi dini adalah memfasilitasi pasien untuk segera memulai aktivitas fisik setelah mengalami kondisi medis atau menjalani suatu prosedur. Beberapa tujuan utama dari ambulasi dini melibatkan beberapa aspek pemulihan dan kesehatan pasien, antara lain :

a. Mencegah komplikasi fisik

Ambulasi dini membantu mencegah komplikasi fisik seperti pembekuan darah (*thrombosis*), *ateletaksis* (penyusutan paru-paru), konstipasi, dan kelemahan otot yang dapat terjadi karena kurangnya aktifitas fisik.

b. Meningkatkan sirkulasi darah dan oksigenasi

Aktivitas fisik membantu meningkatkan aliran darah ke seluruh tubuh, yang pada gilirannya dapat meningkatkan oksigenasi jaringan dan organ. Ini mendukung proses penyembuhan dan pemulihan.

c. Mengembalikan fungsi tubuh

Ambulasi dini membantu memulihkan fungsi tubuh yang mungkin terganggu akibat kondisi medis atau prosedur. Ini termasuk fungsi pernapasan, pencernaan, dan sistem musculoskeletal.

d. Meningkatkan kemandirian pasien

Dengan segera kembali beraktivitas, pasien dapat lebih cepat mencapai tingkat kemandirian yang memadai dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan, mandi, dan makan.

e. Mempercepat proses pemulihan

Ambulasi dini secara efektif dapat mempercepat proses pemulihan pasien dan memungkinkan mereka kembali ke tingkat aktivitas normal lebih cepat.

f. Mencegah kelemahan otot dan penurunan fungsi fisik

Kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan kelemahan otot dan penurunan fungsi fisik. Ambulasi dini membantu mencegah hal ini dengan mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot dan fleksibilitas.

3. Indikasi Ambulasi Dini

a. *Bedrest Prolonged*

Pasien yang mengalami periode imobilisasi atau *bedrest* yang panjang, seperti setelah operasi besar, penyakit parah, atau cedera, dapat menjadi kandidat untuk ambulasi dini. Ambulasi membantu mencegah komplikasi yang terkait dengan kekurangan gerakan.

b. Prosedur bedah

Pasien yang menjalani operasi, terutama yang melibatkan sistem muskuloskeletal atau organ-organ utama, dapat diuntungkan dari ambulasi dini untuk meminimalkan risiko pembekuan darah, pneumonia, dan kelemahan otot.

c. Kondisi Respiratori

Pasien dengan kondisi pernapasan seperti pneumonia atau penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) dapat mendapatkan manfaat dari ambulasi dini untuk meningkatkan kapasitas paru-paru dan mencegah komplikasi pernapasan.

d. Cedera traumatik

Pasien yang mengalami cedera traumatic atau kecelakaan, terutama yang melibatkan tulang atau persendian, dapat memerlukan ambulasi dini untuk memulihkan mobilitas dan mengurangi risiko kontraktur atau kekakuan sendi.

e. Penyakit Kardiovaskular

Pasien yang menderita penyakit kardiovaskular seperti serangan jantung atau pemasangan alat pacu jantung dapat mendapat manfaat dari ambulasi dini untuk meningkatkan sirkulasi darah, memperkuat jantung, dan mencegah pembekuan darah.

f. Kondisi Medis Kronis

Pasien dengan kondisi kronis, seperti diabetes atau arthritis, dapat mendapat manfaat dari ambulasi dini untuk mempertahankan kesehatan fisik dan mengurangi risiko komplikasi terkait kekurangan gerakan.

g. Pasca Persalinan

Wanita yang baru melahirkan juga dapat mendapatkan manfaat dari ambulasi dini setelah proses persalinan normal atau sesar untuk memulihkan kekuatan otot perut dan pinggul.

4. Langkah-Langkah Ambulasi Dini

Langkah-langkah ambulasi dini dapat disesuaikan dengan kondisi spesifik pasien dan panduan medis yang diberikan oleh tim perawatan kesehatan. Berikut langkah-langkah umum untuk melakukan ambulasi dini :

a. Evaluasi pasien

- 1) Lakukan penilaian awal terhadap kondisi pasien, termasuk kemampuan fisik, kekuatan otot, dan tingkat kenyamanan.
- 2) Identifikasi factor-faktor risiko dan potensi hambatan untuk ambulasi dini.

b. Pendekatan pasien

- 1) Berkomunikasi dengan pasien secara jelas dan empatik mengenai pentingnya ambulasi dini
- 2) Ajak pasien untuk berpartisipasi aktif dalam proses ambulasi sesuai dengan kemampuan mereka.

c. Rencanakan Ambulasi

- 1) Tetapkan rencana ambulasi berdasarkan kondisi dan kemampuan pasien
- 2) Mulailah dengan aktivitas fisik yang ringan, seperti berpindah dari tempat tidur

3) Sesuaikan intensitas dan durasi ambulasi dengan toleransi pasien

d. Bimbingan Teknik Ambulasi

- 1) Ajarkan teknik ambulasi yang benar, termasuk cara berdiri, berjalan, dan berpindah
- 2) Berikan petunjuk pada pasien untuk meminimalkan risiko jatuh, termasuk cara bergerak dengan perlahan dan stabil.

e. Pemantauan dan Koreksi

- 1) Amati pasien selama ambulasi untuk menilai kemampuan dan kenyamanannya
- 2) Koreksi teknik atau memberikan dukungan tambahan jika diperlukan
- 3) Pantau tanda-tanda kelelahan dan ketidaknyamanan

f. Frekuensi Ambulasi

- 1) Tetapkan jadwal yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.
- 2) Tingkatkan frekuensi ambulasi secara bertahap seiring dengan perbaikan kondisi pasien

g. Pendampingan

- 1) Pastikan ada pendamping atau petugas kesehatan yang membantu dan memantau pasien selama ambulasi
- 2) Pastikan pasien merasa aman dan didukung selama proses ambulasi

h. Edukasi Pasien

- 1) Berikan edukasi kepada pasien dan keluarganya mengenai manfaat ambulasi dini
- 2) Jelaskan risiko yang dapat terjadi jika pasien tetap imobil
- 3) Diskusikan harapan dan tujuan ambulasi dini

i. Dokumentasi

- 1) Catat setiap sesi ambulasi, termasuk durasi, jarak yang ditempuh dan respons pasien
- 2) Catat masalah atau perubahan yang mungkin terjadi selama atau setelah ambulasi

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi Ambulasi Dini

Ambulasi dini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik yang berkaitan dengan kondisi kesehatan pasien maupun faktor-faktor lingkungan atau kebijakan perawatan kesehatan. Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi ambulasi dini meliputi:

a. Kondisi Kesehatan Pasien

- 1) Kekuatan Otot: Tingkat kekuatan otot pasien dapat mempengaruhi kemampuannya untuk bergerak dan ambulasi dini.
- 2) Mobilitas Sendi: Masalah pada sendi, seperti arthritis, dapat membatasi gerakan dan mempengaruhi ambulasi.
- 3) Kondisi Pernapasan: Masalah pernapasan seperti pneumonia atau penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) dapat mempengaruhi kemampuan untuk bergerak.

b. Risiko Jatuh:

- 1) Risiko Keseimbangan: Pasien yang memiliki risiko kehilangan keseimbangan atau riwayat jatuh mungkin memerlukan pengawasan lebih intensif selama ambulasi.
- 2) Koordinasi Gerakan: Gangguan koordinasi dapat meningkatkan risiko jatuh, yang dapat mempengaruhi keputusan untuk memulai ambulasi dini.

c. Prosedur Bedah atau Penanganan Medis:

- 1) Jenis Operasi: Jenis operasi yang dilakukan pasien dapat mempengaruhi kemampuannya untuk bergerak dan waktu yang dibutuhkan untuk pemulihan.
- 2) Prosedur Medis Lainnya: Prosedur medis seperti pemasangan kateter atau perawatan luka operasi juga dapat mempengaruhi kenyamanan dan kemampuan ambulasi.

d. Ketersediaan dan Peralatan Ambulasi:

- 1) Tersedianya Alat Bantu: Ketersediaan peralatan ambulasi, seperti kursi roda atau tongkat, dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk bergerak.

- 2) Kondisi Peralatan: Peralatan ambulasi harus dalam kondisi baik dan sesuai dengan kebutuhan pasien.
- e. Dukungan Tim Perawatan Kesehatan:
- 1) Kemampuan Tim Perawatan: Dukungan dan ketersediaan tim perawatan kesehatan, termasuk dokter, perawat. Dan fisioterapis. dapat mempengaruhi keputusan untuk memulai ambulasi dini.
 - 2) Pendidikan dan Bimbingan: Pendidikan kepada pasien dan keluarganya tentang manfaat ambulasi dini dan teknik yang benar juga penting.
- f. Kondisi Psikologis Pasien:
- 1) Motivasi: Tingkat motivasi dan semangat pasien untuk berpartisipasi dalam ambulasi dini dapat mempengaruhi keberhasilan proses pemulihan.
 - 2) Kondisi Psikologis Umum: Kondisi seperti depresi atau kecemasan dapat mempengaruhi keinginan pasien untuk bergerak.
- g. Kebijakan dan Prosedur Fasilitas Kesehatan:
- 1) Kebijakan Rumah Sakit atau Klinik: Kebijakan dan prosedur yang ada di fasilitas kesehatan dapat mempengaruhi implementasi ambulasi dini.
 - 2) Sumber Daya Fasilitas: Ketersediaan sumber daya. termasuk personel dan peralatan. dapat membatasi atau memfasilitasi ambulasi dini.
- h. Faktor Lingkungan:
- 1) Keamanan Lingkungan: Lingkungan yang aman dan bebas hambatan memudahkan pasien untuk bergerak dan melakukan ambulasi dini.
 - 2) Aksesibilitas Fasilitas: Faktor seperti aksesibilitas ruangan dan fasilitas juga dapat mempengaruhi kemampuan untuk bergerak.
6. Jenis - Jenis Ambulasi Dini
- Ambulasi dini dapat dilakukan dengan berbagai jenis, tergantung pada kondisi kesehatan pasien dan rekomendasi dan tim perawatan kesehatan. Beberapa jenis ambulasi dini meliputi:

- a. Bergerak di Tempat Tidur:
 - 1) Pasien dianjurkan untuk melakukan gerakan sederhana. seperti menggerakkan anggota tubuh atau merentangkan kaki, saat masih berada di tempat tidur.
 - 2) Latihan ini membantu menjaga kelekatan sendi dan mencegah kelemahan otot.
- b. Berdiri dan Pindah ke Kursi:
 - 1) Pasien diajak untuk berdiri dan memindahkan diri dan tempat tidur ke kursi.
 - 2) Ini merupakan langkah pertama dalam ambulasi dini dan membantu melatih keseimbangan dan kekuatan tubuh bagian bawah.
- c. Berjalan di Koridor atau Ruangan:
 - 1) Pasien mulai berjalan di sekitar tempat tidur. di koridor rumah sakit. atau di ruangan perawatan.
 - 2) Jarak dan durasi berjalan dapat disesuaikan berdasarkan kondisi dan toleransi pasien.
- d. Berjalan dengan Bantuan Perangkat Bantu:
 - 1) Pasien dapat menggunakan perangkat bantu seperti tongkat. tripod. atau walker untuk membantu berjalan.
 - 2) Perangkat ini memberikan dukungan ekstra dan meminimalkan risiko jatuh.
- e. Berjalan dengan Fisioterapis:
 - 1) Fisioterapis dapat memberikan bimbingan dan dukungan langsung selama proses ambulasi.
 - 2) Latihan khusus dan teknik pengajaran dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan kemampuan pasien.
- f. Latihan Fisik Terarah:
 - 1) Pasien melakukan latihan fisik terarah yang dirancang untuk meningkatkan kekuatan. fleksibilitas. dan keseimbangan.
 - 2) Ini dapat mencakup latihan resistensi, latihan aerobik ringan.

dan latihan keseimbangan.

g. Ambulasi dengan Instruktur Kebugaran atau Terapis Olahraga:

Instruktur kebugaran atau terapis olahraga dapat membantu merancang program ambulasi yang lebih terfokus pada peningkatan kebugaran dan kesehatan keseluruhan.

h. Ambulasi di Air (*Aquodynamics*):

Ambulasi dalam air, seperti di kolam renang. Dapat memberikan dukungan dan mengurangi beban pada sendi, memungkinkan latihan dengan risiko yang lebih rendah.

i. Ambulasi Dalam Program Pemulihan:

Ambulasi dapat dilakukan sebagai bagian dari program pemulihan yang lebih komprehensif setelah operasi atau kondisi medis serius.

7. Waktu yang tepat untuk Ambulasi Dini

Waktu yang tepat untuk memulai ambulasi dini sangat bervariasi dan tergantung pada kondisi medis spesifik pasien, jenis prosedur atau pengobatan yang telah dijalani, serta rekomendasi dan tim perawatan kesehatan. Namun, beberapa panduan umum meliputi:

a. Setelah Operasi atau Prosedur Bedah:

- 1) Pada banyak kasus, ambulasi dini dimulai secepat mungkin setelah operasi atau prosedur bedah.
- 2) Ambulasi bisa dimulai dalam beberapa jam setelah operasi ringan atau pada hari yang sama setelah operasi lebih besar tergantung pada Keadaan pasien.

b. Setelah Persalinan:

Pada pasien wanita yang baru melahirkan, ambulasi dini dapat dimulai setelah beberapa jam pasca persalinan normal atau sesar tergantung pada kondisi kesehatan ibu dan bayi.

c. Pada Pasien dengan Masalah Pemasasan:

Pada pasien dengan masalah pernapasan, ambulasi dini dapat dimulai secepat mungkin untuk mencegah *atelektasis* (penyusutan paru-paru) dan meningkatkan kapasitas paru-paru.

d. Pasien dengan Kondisi Kardiovaskular:

Pada pasien dengan kondisi kardiovaskular, ambulasi dini dapat dimulai begitu pasien stabil setelah serangan jantung atau intervensi kardiovaskular.

e. Setelah Cedera Traumatik atau Kondisi Akut Lainnya:

Ambulasi dini dapat dimulai segera setelah pasien stabil dan dapat bergerak tanpa meningkatkan risiko cedera tambahan.

f. Pada Pasien dengan Kondisi Medic Kronis:

Pada pasien dengan kondisi medic kronis, ambulasi dini dapat dimulai secepat mungkin selama kondisi pasien memungkinkan.

8. Manfaat Ambulasi Dini

Ambulasi dini pada pasien pasca operasi memiliki sejumlah manfaat yang signifikan dalam proses pemulihan. Berikut adalah beberapa manfaat utama ambulasi dini pada pasien post operasi:

a. Mencegah Komplikasi Respiratori:

Ambulasi dini membantu mencegah terjadinya atelectasis (penyusutan paru-paru), pneumonia, dan infeksi saluran pernapasan. Aktivitas fisik membantu memperbaiki ventilasi paru-paru dan meningkatkan aliran udara.

b. Meningkatkan Sirkulasi Darah:

Ambulasi meningkatkan sirkulasi darah, membantu mencegah pembekuan darah dan meningkatkan pasokan oksigen ke seluruh tubuh, ini mendukung proses penyembuhan dan mencegah pembentukan gumpalan darah.

c. Pencegahan Konstipasi:

Aktivitas fisik, termasuk berjalan, merangsang pergerakan usus dan dapat membantu mencegah konstipasi, yang seringkali terjadi setelah operasi karena efek samping obat penghilang rasa sakit dan kurangnya mobilitas.

d. Mencegah Kelemahan Otot dan Kekakuan Sendi:

Ambulasi dini membantu mencegah kehilangan kekuatan otot dan kekakuan sendi yang dapat terjadi akibat kurangnya aktivitas fisik selama pemulihan post operasi.

- e. Pengurangan Nyeri dan Kecemasan:
Aktivitas fisik yang terkontrol dapat merangsang pelepasan endorfin. Yang merupakan zat kimia alami yang dapat membantu mengurangi rasa sakit dan kecemasan pasien.
- f. Percepatan Pergerakan Usus (Motilitas Usus):
Ambulasi dapat membantu memulihkan motilitas usus pasien setelah operasi. Yang mendukung pencernaan dan mencegah komplikasi seperti ileus (paralisis usus).
- g. Mempercepat Pemulihan Keseluruhan
Ambulasi dini secara efektif mempercepat pemulihan keseluruhan pasien. Dengan memulai aktivitas fisik lebih awal, pasien dapat kembali ke tingkat aktivitas normalnya lebih cepat.
- h. Meningkatkan Kemandirian Pasien:
Ambulasi dini membantu meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan. Berpindah tempat tidur dan menggunakan fasilitas kamar mandi.
- i. Meningkatkan Kesejahteraan Psikologis:
Aktivitas fisik dapat memberikan dampak positif pada kesejahteraan psikologis pasien. Rasa pencapaian dan kemandirian dapat meningkatkan mood dan motivasi pasien.
- j. Mengurangi Risiko Komplikasi Jangka Panjang:
Ambulasi dini dapat membantu mengurangi risiko komplikasi jangka panjang, seperti pembekuan darah atau infeksi, yang dapat timbul akibat kekurangan aktivitas fisik.

F. Jurnal Terkait

Table 2 Jurnal Terkait

No.	Judul artikel, penulis, : tahun	Metode (Desain, Sampel, Instrumen)	Hasil Penelitian
	<p>Penelitian Hotmayani, Pomarida Simbolon (2018) tentang “Pengaruh Ambulasi Dini Terhadap Pemulihan Peristaltik Pada Pasien Post Operasi Dengan Anestesi Umum Di Ruang Rawat Bedah Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan</p>	<p>D : Metode <i>Quasi Eksperimen Design</i> dengan rancangan <i>Non Equivalent Control Group</i> untuk membandingkan hasil intervensi.</p> <p>S : Pasien post operasi di ruang rawat bedah berjumlah 15 orang kelompok perlakuan dan 15 orang kelompok control.</p> <p>I : Stetoskop dan Lembar Observasi</p>	<p>Hasil : Berdasarkan hasil uji statistik wicolxon $p < 0,05$, menunjukkan adanya pemulihan peristaltik kelompok kontrol pada pasien post operasi dengan anestesi umum.</p> <p>Kesimpulan : Penerapan intervensi ambulasi dini mampu meningkatkan peristaltik usus pada pasien post operasi dengan anestesi umum</p>
	<p>Penelitian Ghina, Martyarini (2024) tentang Gambaran Waktu Munculnya Peristaltik Usus Pada Pasien Dengan Post General Anestesi Di Rumah Sakit Umum Banyumas</p>	<p>D : desain kuantitatif dengan pendekatan deskriptif observasional</p> <p>S : Menggunakan <i>purposive sampling</i> dengan memilih 65 partisipan</p> <p>I : Stetoskop dan Lembar Observasi</p>	<p>Hasil : waktu munculnya peristaltik usus pada pasien setelah operasi dengan anestesi umum dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut meliputi jenis operasi, lama operasi, jenis kelamin, dan jenis obat anestesi. Usia rata-rata responden adalah 36 tahun, dengan waktu munculnya peristaltik usus paling dominan sekitar ± 90 menit setelah operasi. Wanita cenderung pulih lebih cepat dari anestesi umum dibandingkan pria.</p> <p>Kesimpulan : Waktu munculnya peristaltik usus berdasarkan karakteristik yang paling dominan adalah pada usia 21 tahun, 23 tahun, 42 tahun dan 50 tahun, dengan jenis kelamin laki-laki 13 responden, dengan jenis</p>

			pembedahan mayor 25 responden, dan lama operasi ± 60 menit 24 responden, menggunakan obat anestesi hipnotik, analgetik dan relaksasi sebanyak 23 responden.
	Penelitian Nora, wiwik (2020) tentang “Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Suara Peristaltik Usus Pada pasien Post Op Appendectomy Di Rumah Sakit Umum Royal Prima Medan”	<p>D : desain kuantitatif dengan <i>quasy eksperimen</i> dan desain <i>one-grup pre-test post-test</i></p> <p>S : Pada 25 orang pasien pasca operasi usu buntu di Rumah Sakit Umum Royal Prima Medan, yang dipilih menggunakan metode <i>Accidental sampling</i></p> <p>I : Stetoskop, Tensi Meter, Termometer, Kuesioner, dan Lembar Observasi</p>	<p>Hasil : suara peristaltik usus sebelum dan sesudah dilakuakn mobilisasi dini hasilnya mempunyai perubahan dengan menggunakan uji paired t- test dapat dilihat dari Sig. (2-tailed) $0,000 < 0,05$.</p> <p>Kesimpulan : Bahwa mobilisasi dini memiliki pengaruh terhadap suara peristaltik usus pada pasien post op appendectomy di Rumah Sakit Umum Royal Prima Medan.</p>
	Penelitian Windy, Amalia (2020) tentang “Waktu Muncul Dan Frekuensi Peristaltik Usus Pada Pasien Post Operasi Dengan Mobilisasi Dini”	<p>D : Desain Pra-Eksperimen : desain perbandingan kelompok statis dengan teknik <i>Accidental sampling</i> untuk pemilihan sampel, dengan jumlah sampel 72 responden</p> <p>S : Pasien pasca operasi di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang</p> <p>I : Lembar Observasi, Stetoskop, dan Jam Tangan</p>	<p>Hasil : waktu muncul peristaltik usus pada kelompok intervensi lebih cepat yaitu 355,97 menit dengan frekuensi peristaltic lebih banyak yaitu 5x/menit dibandingkan dengan kelompok kontrol yaitu 538,06 menit waktu muncul dan 2,79 x/menit frekuensi peristaltik usus.</p> <p>Kesimpulan : Terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap waktu muncul dan frekuensi peristaltik usus pada pasien post operasi di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.</p>
	Penelitian Sri Desi, Abdi Lestari (2021) tentang “Pengaruh Pemberian Mobilisasi Dini Terhadap Pemulihan Peristaltik Usus Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Di Rumah Sakit Grandmed Lubuk Pakam”	<p>D : Pra-Eksperimen dengan menggunakan desain penelitian One Group Pretest-Postest Design.</p> <p>S : Pada 27 pasien post operasi laparatomi di Di Rumah Sakit Grandmed</p>	<p>Hasil : Rerata hasil pemulihan peristaltik usus pada pasien post operasi laparatomi sebelum melakukan mobilisasi dini sebelum 6-8 jam adalah sebesar 4,59, rerata hasil pemulihan peristaltik</p>

		<p>Lubuk Pakam</p> <p>I : Stetoskop, dan Lembar Observasi</p>	<p>usus pada pasien post operasi laparatomi sebelum melakukan mobilisasi dini sebelum 12-24 adalah sebesar 5,96, dan rerata hasil pemulihan peristaltik usus pada pasien post operasi laparatomi sebelum melakukan mobilisasi dini sebelum hari kedua adalah sebesar 7,07. Rerata hasil pemulihan peristaltik usus pada pasien post operasi laparatomi setelah melakukan mobilisasi dini setelah 6-8 jam adalah sebesar 5,41, rerata hasil pemulihan peristaltik usus pada pasien post operasi laparatomi setelah melakukan mobilisasi dini setelah 12-24 jam adalah sebesar 6,63, dan rerata hasil pemulihan peristaltik usus pada pasien post operasi laparatomi setelah melakukan mobilisasi dini setelah hari kedua adalah 7,70.</p> <p>Kesimpulan : Ada pengaruh yang signifikan antara mobilisasi dini terhadap pemulihan peristaltik usus pada pasien post operasi laparatomi di RS Grandmed Lubuk Pakam Tahun 2021, dimana nilai $p = 0,000$ ($p \text{ value} \leq \alpha$).</p>
--	--	---	---