

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. Gangguan mobilitas fisik merupakan terjadinya keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik pada satu ekstremitas atau lebih secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 ; Luthfia, 2023).

b. Tanda dan Gejala

Menurut PPNI dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017; Luthfia, 2023) 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) Operasi, pasien sesudah operasi sering menunda untuk bergerak (mobilisasi) salah satunya karena nyeri dan takut jahitan lepas / takut luka terbuka kembali. Padahal hampir semua jenis operasi membutuhkan mobilisasi atau pergerakan badan sedini mungkin. Mobilisasi sudah dapat dilakukan sejak 6 jam setelah pembedahan dan setelah pasien sadar atau anggota gerak tubuh dapat digerakkan kembali setelah dilakukan pembiusan regional. Mobilisasi dini mempunyai peranan penting mengurangi rasa nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada lokasi nyeri / daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri dan meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat sehingga nyeri yang dipersepsikan menjadi berkurang,
- 2) Gaya Hidup dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam beraktivitas karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.
- 3) Proses Penyakit dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas seseorang karena dapat mempengaruhi fungsi system tubuh.
- 4) Motivasi adalah tingkah laku yang diarahkan untuk mencapai tujuan. Motivasi ini menjadi proses yang dapat menjelaskan mengenai tingkah laku seseorang dalam melaksanakan tugas tertentu. Istilah motivasi digunakan sejak awal abad ke-20, semula

para ahli filsafat dan teolog (Agamawan) berpandangan bahwa manusia adalah makhluk rasional dan mempunyai tujuan dan menentukan sederetan perbuatan secara bebas. Rasio lah yang menentukan apa yang akan dilakukan manusia, karena berpatokan kepada rasio maka aliran ini disebut rasionalisme. Dalam beberapa waktu kemudian, muncul orang yang memiliki aliran lain yang disebut pandangan makanistik. Mereka berpendapat bahwa semua perilaku timbul dari dua sumber kekuatan, yaitu : internal dan eksternal. Kekuatan internal ada ditentukan oleh diri sendiri, dan kekuatan eksternal tidak dapat dikontrol oleh manusia sendiri.

- 5) Emosional (kecemasan, depresi, ketakutan), ialah dimana pasien yang merasa takut terhadap rasa sakit atau khawatir akan komplikasi dapat menolak atau enggan bergerak. Emosi negatif dapat meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan menurunkan motivasi untuk bergerak. Dukungan psikologis yang kurang dapat memperburuk kepatuhan terhadap instruksi medis termasuk mobilisasi dini.
- 6) Tingkat Energi adalah sumber untuk melakukan pergerakan dalam beraktivitas. Dengan energy yang cukup maka seseorang dapat melakukan aktivitasnya dengan baik.
- 7) Usia dapat berpengaruh terhadap kemampuan seorang melakukan aktivitas. Lansia dalam kemampuannya untuk melakukan aktivitas mengalami penurunan karena adanya faktor penuaan.
- 8) Nyeri merupakan kondisi yang tidak bisa dihindari akibat tindakan pembedahan, namun nyeri merupakan kondisi yang paling sering ditemui oleh sebagian besar pasien. Bila sisa nyeri setelah operasi merupakan pengalaman sensorik dan motorik yang tidak menyenangkan dan berhubungan dengan jaringan yang rusak.

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 Kemampuan Aktivitas Dibagi Dalam Beberapa 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 Dibagi Dalam Beberapa 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
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 Ekstensi: mengembalikan lengan keposisi disamping tubuh Abduksi : gerakan lengan lateral dari posisi samping atas kepala, telapak tangan menghadap ke posisi yang paling jauh Adduksi : menurunkan lengan kesamping dan menyilang tubuh sejauh mungkin	180 180 180 360
Siku Fleksi: angkat lengan bawah ke arah depan dan ke arah atas menuju bahu Ekstensi: meluruskan siku dengan menurunkan tangan Pergelangan tangan Fleksi: tekuk jari-jari tangan ke arah bagian dalam lengan bawah Ekstensi: luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi Hiperekstensi: tekuk jari-jari tangan ke arah belakang sejauh mungkin Abduksi: tekuk pergelangan ke sisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap ke atas Adduksi: tekuk pergelangan tangan ke arah kelingking, telapak tangan menghadap ke atas	150 150 80-90 80-90 70-90 0-20 30-50
Tangan dan jari Fleksi: buat kepalan tangan Ekstensi: luruskan jari Hiperekstensi: tekuk jari tangan kebelakang sejauh mungkin Abduksi: kembangkan jari tangan Adduksi: rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi	90 90 30 20 20
Pinggul Fleksi: menggerakkan tungkai kedepan dan keatas Ekstensi: menggerakkan kembali kesamping tungkai yang lain Abduksi: menggerakkan tungkai kesamping menjauhi tubuh Adduksi: menggerakkan tungkai kembali keposisi medial dan melebihi jika mungkin	90-120 90-120 30-50 30-50
Lutut Fleksi: menggerakkan tumit ke arah belakang paha Ekstensi: mengembalikan tungkai ke lantai	120-130 0
Mata kaki Dorsofleksi: menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk keatas	20-30

Gerak sendi	Derajat Rentang Gerak
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 Adduksi: merapatkan kembali bersama	≤15 ≤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).

Salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan- lapisan dinding abdomen yang mengalami masalah (hemoragic, perforasi, kanker dan obstruksi). 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, 2018 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 (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 kelelahan. 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 prohektomi, suatu prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada beberapa kasus.

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 tubuh seperti ke pleura, paru, pericardium, usus, intraperitoneal atau kulit. Kadang-kadang dapat 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 isi 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

Komplikasi yang sering kali ditemukan pada pasien operasi laparatomi berupa (Anugrah, 2021) :

- 1) *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 trombusis dan tromboemboli hal ini karena dengan mobilisasi sirkulasi darah menjadi lancar dan normal sehingga resiko terjadinya trombusis dapat dihindarkan dengan mobilisasi bertahap berguna dalam proses penyembuhan luka.
- 2) 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 *myocoplasma* 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* 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* luka untuk adalah kegagalan 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 infulus 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.

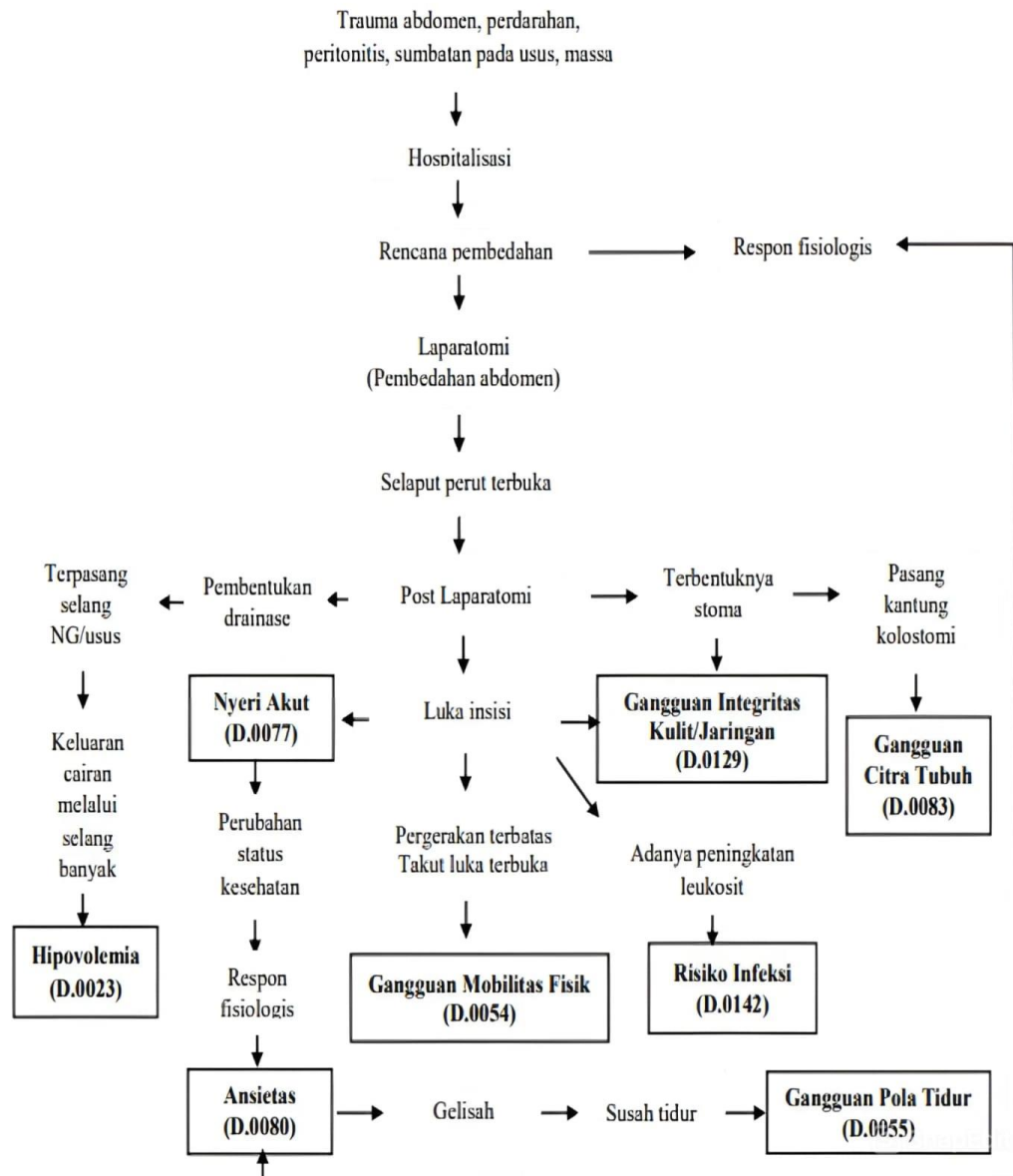
- 5) *Stitch Abscess* biasanya muncul pada hari ke 10 post operasi atau bisa juga sebelumnya, sebelum jahitan insisi tersebut diangkat. Abses ini dapat superficial ataupun lebih dalam, jika ia dapat berupa massa yang terba dibawah luka dan terasa nyeri jika diraba. Abses ini biasanya akan diabsopsi dan 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 jan 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 laparatomi. Penyayatan pada abdomen akan

mengaktifkan reseptor nyeri (nosiseptor) melalui sistem saraf asenden yang kemudian akan merangsang hipotalamus dan korteks selebri dan mengeluarkan zat kimia berupa histamin, bradikimin, serta prostaglandin yang akan memparah rasa nyeri. Rasa nyeri juga akan menyebabkan keterbatasan gerak pada anggota tubuh dan dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Terputusnya inkotinitas jaringan akan menyebabkan terbukanya invasi sehingga mikroorganisme virus, bakteri dan parasit mudah masuk ke dalam tubuh dan terjadi resiko infeksi (Rahmadhania, 2022).

e. Pathway



Gambar 2.1 Pathway laparatomi (Sumber : 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, 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 Laparotomi

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.

3) 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.

4) Pengaturan posisi.

Menurut Noorisa (2020) dalam (Pramayoza, 2023), mobilisasi dini pasca operasi dapat dilakukan secara bertahap setelah operasi. Prosedur pelaksanaan mobilisasi dini pada pasien adalah sebagai berikut : Tahap satu dilakukan pada 4-6 jam pertama setelah operasi dengan tindakan latihan ringan menggerakkan tangan dan kaki dengan ditekuk dan diluruskan, tahap kedua dilakukan pada 8-10 jam setelah operasi dimana dilakukan pengulangan menggerakkan tangan dan kaki dengan ditekuk 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 ketiga dilakukan pada 12-24 jam setelah operasi dengan tindakan belajar duduk dan kemudian dianjurkan untuk berjalan.

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).

5) Dukungan psikologi

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.

3. Konsep Asuhan Keperawatan

a. 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.*, 2019 dalam Achmad Ulul Azmi, 2022).

1) 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.

2) Keluhan utama.

Klien merasakan lemas dan enggan bergerak dikarenakan pasien takut merasakan nyeri timbul.

3) Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang :

Pengkajian yang berkaitan dengan kasus ini umumnya dilakukan dengan pendekatan PQRST:

P : Ketika akan melakukan gerak

Q : Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk benda tajam

R : Bagian luka operasi

S : Skala nyeri yang dirasakan 3

T : Nyeri yang dirasakan hilang timbul

2) Riwayat kesehatan dahulu :

Pasien memiliki riwayat pembedahan laparatomi

3) Riwayat kesehatan keluarga :

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit pencernaan merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya kanker kolonrektal, seperti GERD yang sering terjadi pada beberapa keturunan. Dan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit keturunan.

4) Pola Keseharian.

Pola nutrisi pasien mengatakan suka mengonsumsi mie instan dan tidak suka makanan pedas, pola aktivitas sehari-hari pasien sebagai buruh, pola eliminasi normal tidak ada keluhan.

5) Pemeriksaan fisik

a) Kepala dan Leher:

Kepala simetris, tidak ada benjolan

Rambut bersih, tidak ada ketombe

Mata: konjungtiva ananemis, sklera tidak ikterik

Telinga: tidak ada sekret, pendengaran baik

Hidung: tidak ada sekret, lubang simetris

Mulut: mukosa lembab, lidah bersih, tidak ada lesi

Leher: tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, vena jugularis tidak distensi

b) Dada:

Inspeksi: Gerakan simetris, tidak ada retraksi otot bantu napas.

Palpasi: Fremitus taktil simetris.

Perkusi: Sonor pada kedua lapang paru.

Auskultasi: Suara napas vesikuler, tidak ada *wheezing* atau ronki.

c) Jantung

Inspeksi: Tidak tampak pulsasi abnormal.

Palpasi: Tidak ada *heave* atau *thrill*.

Perkusi: Terdapat suara tumpul (dull).

Auskultasi: Bunyi jantung reguler, tidak ada murmur.

d) Abdomen (daerah operasi)

Inspeksi: Luka tertutup kasa bersih luas luka ± 10 cm, tidak terdapat tanda-tanda infeksi dan terdapat kantong stoma pada perut kiri.

Palpasi: Nyeri tekan pada area insisi, abdomen lembek, tidak tegang.

Perkusi: Timpani normal, tidak ada *shifting dullness*.

Auskultasi: Terdengar suara usus 12x/menit.

e) Genitalia dan Anus:

Tidak dilakukan pemeriksaan secara langsung (pasien wanita post operasi dan dalam perawatan).

Tidak ada keluhan BAK atau BAB.

f) Ekstremitas:

Ekstremitas atas dan bawah simetris

Tidak ada edema

Kekuatan otot menurun akibat nyeri dan keterbatasan gerak

Refleks fisiologis normal

Tidak ada kelainan bentuk tulang atau sendi

g) Kulit:

Warna kulit sawo matang

Turgor kulit baik

Tidak ada lesi atau ruam

Luka operasi bersih, tidak ada tanda infeksi

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa post operasi dalam Manurung (2021), yang mungkin muncul yaitu :

1) Gangguan mobilitas fisik (D.0054).

Standar Diagnosa 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.

2) Nyeri akut (D.0077).

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengankerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadakatau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsungkurang 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.

3) Resiko Infeksi (D.0142)

Standar Diagnosa 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, ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW), kanker gagal ginjal, imunosupresi, *lymphedema*, leukositopenia.

4) Risiko perdarahan (D.0012).

Standar Diagnosa 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 (misalnya. Ulkus lambung, polip, varises), gangguan fungsi hati (mis. Sirosis hepatitis), komplikasi kehamilan (misalnya. Ketuban pecah sebelum waktunya, plasenta previa/abruptio, kehamilan kembar), komplikasi pasca partum (misalnya. Atonia uterus, retensi plasenta), gangguan koagulasi (misalnya. *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.

c. Perencanaan keperawatan

1) 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 gangguan mobilitas fisik 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 (Duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

2) Nyeri Akut (D.0077).

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (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, nafsumakan membaik, pola tidur membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi nyeri akut yaitu manajemen nyeri (I.08238).

1) Observasi:

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri,
- (5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri,
- (6) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- (7) Monitor efek samping penggunaan analgesik.

2) Terapeutik :

- (1) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri,
- (2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- (3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- (4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi

3) Edukasi :

- (1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (3) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

4) Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.

3) 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.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi resiko infeksi yaitu pencegahan infeksi (I.14539).

1) Observasi:

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.

4) 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 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.

d. 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).

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang anda buat pada tahap perencanaan. Dengan salah satu diagnosa dukungan mobilisasi diharapkan pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, cemas menurun, kaku sendi menurun. Tujuan dari evaluasi antara lain : mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan. (Maulydia, 2022), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

4. Konsep Intervensi Sesuai *Evidence Base Practice*

a. Mobilisasi Dini

1) 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).

2) Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan mobilisasi menurut Banamtum (2021) 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) Mempercepat 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

3) Manfaat Mobilisasi Dini

Menurut Aiddina Fajri (2020) dalam (Pramayoza, 2023) manfaat mobilisasi pada post laparotomi :

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

4) Dampak Jika Tidak Melakukan Mobilisasi Dini

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 (Sugiono, 2020) :

- 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.

5) Rentang Gerakkan Mobilisasi

Terdapat 3 rentang gerak dalam mobilisasi menurut Potter & Perry (2017) 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.

6) Tahapan Mobilisasi Dini

Menurut Penelitian yang dilakukan oleh Sabella (2021) dalam Pramayoza, (2023) membahas tentang pelaksanaan mobilisasi dini

dengan menggunakan lembar observasi, tahap pelaksanaan dalam penelitian ini dimulai dari melihat jadwal operasi pada pasien dan untuk 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 ditekuk dan diluruskan, tahap kedua dilakukan pada 8-10 jam setelah operasi dimana dilakukan pengulangan menggerakkan tangan dan kaki dengan ditekuk 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).

- 7) Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi, menurut Fitriani *et al.*, (2023).
 - 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.

- 3) Gaya Hidup. Mobilisasi seseorang dapat dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, dan lingkungan tempat ia tinggal.
- 4) Ketidakmampuan seringkali diartikan dalam kelemahan fisik dan mental dapat menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas kebutuhan hidup sehari-hari. Secara umum, terdapat dua jenis ketidakmampuan yaitu ketidakmampuan primer dan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma, sementara ketidakmampuan sekunder terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer.
- 5) Tingkat Energi sangat dibutuhkan dalam mobilisasi. Dalam hal ini, cadangan energi yang dimiliki masing-masing individu cukup bervariasi. Disamping itu, ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stressor guna mempertahankan kesehatan.
- 6) Usia sangat berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Pada individu dengan usia lanjut kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan proses penuaan.
- 7) Sistem neuromuscular yang memengaruhi mobilisasi adalah sistem otot, skeletal, ligamen tendon, kartilago dan saraf. Otot skeletal mengatur gerak tulang karena adanya kemampuan otot untuk berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Ada dua tipe kontraksi otot isotonik dan isometrik.
- 8) Dukungan sosial yaitu keluarga, orang terdekat dan perawat sangat mempengaruhi untuk membantu pasien untuk melakukan latihan ambulasi. Ambulasi dapat terlaksana tergantung dari kesiapan pasien dan keluarga untuk belajar dan berpartisipasi dalam latihan.

5. Jurnal Terkait

Ringkasan dari beberapa penelitian terdahulu yang relevan disajikan pada tabel berikut:

Table 2.4 Jurnal Terkait

No.	Judul	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
1.	Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Penyembuhan Luka dan Peningkatan Aktivitas Pasien Postoperasi Laparatomi (Yuliana et al., 2021) Jurnal Akadematika Baiturrahim Jambi (JABJ) Vol 10, No 1, Maret 2021	D: quasi eksperiment S: 88 pasien V: mobilisasi dini, penyembuhan luka, peningkatan aktivitas I: lembar observasi A: chi-square dan Wilcoxon	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: Case Report (Pramitasari & Musharyanti, 2022)	D: deskriptif, case report S: 1 pasien V: mobilisasi dini, penurunan skala nyeri I: lembar asuhan keperawatan, numerical rating scale A: -	Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi mobilisasi dini.
3.	Mobilisasi Dini Terhadap Lama Hari Rawat Pasien Pasca Operasi Laparatomi (Yunita et al., 2023) JINTAN: Jurnal Ilmu Keperawatan ISSN 2774 468X (Media Online) Vol 3, No 2, Bulan Juli 2023 Hal 152-159	D: post test-only control grup design S: 14 pasien V: mobilisasi dini, lama hari rawat I: lembar observasi A: paired t-test	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh mobilisasi dini terhadap lama hari rawat pasien pasca operasi laparatomi, dan teridentifikasinya lama hari rawat setelah adanya tindakan mobilisasi dini dengan nilai $p = 0,000$.
4.	Latihan Mobilisasi Untuk Meningkatkan Proses Pemulihan Pasca Operasi Laparatomi Pada Pasien Peritonitis (Fitriani et al., 2023) HealthCare Nursing Journal Vol.5 No.1 Hal 529-537	D: studi kasus S: 1 pasien V: mobilisasi I: lembar asuhan keperawatan A: -	Hasil penerapan latihan mobilisasi berpengaruh terhadap proses pemulihan klien dengan gangguan mobilitas fisik.
5.	Pengaruh Pemberian Mobilisasi Dini Terhadap Pemulihan Peristaltik Usus Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Di Rumah Sakit Grandmed Lubuk Pakam (Sitepu et al., 2021) Jurnal Keperawatan dan Fisioterapi (JKF), e-ISSN 2655-0830	D: One Group Pretest Posttest Design. S: 27 pasien V: mobilisasi dini, peristaltic usus I: lembar observasi A: uji T021	Ada pengaruh yang signifikan antara mobilisasi dini terhadap pemulihan peristaltik usus pada pasien post operasi laparatomi di RS Grandmed Lubuk Pakam Tahun 2021,

No.	Judul	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil
	Vol. 4 No.1 Edisi Mei – Oktober 2021		dimana nilai $p = 0,000$ ($p \text{ value} \leq \alpha$).
6.	Genggam Bola Untuk Mengatasi Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stoke Nonhemoragik (Azizah & Wahyuningsih, 2020) Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan Vol. 4 No. 1 Januari 2020, Halaman 35 – 42	D: pendekatan studi kasus S: 2 pasien V: genggam bola, hambatan mobilitas fisik I: skala nilai kekuatan otot, lembar observasi, SOP genggam bola A: -	Hasil studi kasus pada pasien I dan II mengalami peningkatan skala kekuatan otot. Disimpulkan bahwa studi kasus dalam penerapan genggam bola dapat mengatasi hambatan mobilitas fisik pada pasien SNH.
7.	Pengaruh mobilisasi dini terhadap tingkat nyeri pada pasien post operasi laparatomi di RSUP DR M D JAMIL PADANG (Pramazoya 2023) HealthCare Nursing Journal Vol.4 No.1 Hal 123-135	D: pretest-posttest with control group S: 20 pasien V: mobilisasi dini I: lembar observasi A: quasi experiment	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh mobilisasi dini terhadap perubahan tingkat nyeri klien post laparatomi. Penelitian ini menunjukkan bahwa mobilisasi dini dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan mandiri dalam mengatasi masalah nyeri pada pasien post laparatomi.
8.	Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap lamanya perawatan pada pasien post operasi laparatomi diruang rawat inap bedah RSUD DR ibnu sutowo baturaja (Delvia S. & Hasan A 2021) jurnal kesehatan abdulrahman Palembang vol. 10 NO.2	D: cross sectional S: 419 pasien V: faktor-faktor yang mempengaruhi terhadap lamanya hari rawat I: lembar observasi A: chi square	Hasil penelitian di dapat Ada hubungan yang bermakna antara Tindakan perawatan diri dengan Post op laparotomi, hasil uji statistik Chi-square diperoleh p.value 0,048. Ada hubungan yang bermakna antara lama hari rawat dengan post op laparatomi, hasil uji statistik Chi-square diperoleh p.value 0,022.