

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kebutuhan Dasar

2.1.1 Pengertian mobilisasi

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat (Mubarak dkk, 2015).

Mobilisasi atau mobilisasi merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya (Hidayat & Uliyah, 2012).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa mobilisasi atau mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas tanpa perlu dibatasi atau dengan bantuan alat, guna memenuhi kebutuhan dasar untuk kelangsungan dan kesejahteraan hidup.

2.1.2 Tujuan mobilisasi

- 1) Memenuhi kebutuhan dasar manusia
- 2) Mencegah terjadinya trauma
- 3) Mempertahankan tingkat kesehatan
- 4) Mempertahankan interaksi sosial dan peran sehari-hari
- 5) Mencegah hilangnya kemampuan fungsi tubuh

Tujuan mobilisasi adalah memenuhi kebutuhan dasar (termasuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari dan aktivitas rekreasi), mempertahankan diri (melindungi diri dari trauma), mempertahankan konsep diri, mengekspresikan emosi dengan gerakan tangan nonverbal (Mubarak dkk, 2015).

Menurut (Mubarak dkk, 2015) tujuan mobilisasi ROM adalah sebagai berikut:

- a) Mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah kemunduran serta mengembalikan rentang gerak aktivitas tertentu sehingga penderita dapat kembali normal atau setidaknya dapat memenuhi kebutuhan sehari-hari

- b) Memperlancar peredaran darah
- c) Membantu pernapasan menjadi lebih kuat
- d) Mempertahankan tonus otot, memelihara, dan meningkatkan pergerakan dari persendian
- e) Memperlancar eliminasi alvi dan urine
- f) Melatih atau ambulasi

2.1.3 Jenis mobilisasi

Menurut (Hidayat & Uliyah, 2012):

a) Mobilisasi penuh

Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh, bebas tanpa pembatasan jelas yang dapat mempertahankan untuk berinteraksi sosial dan menjalankan peran sehari-harinya.

b) Mobilisasi sebagian

Mobilisasi sebagian merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas, tidak mampu bergerak secara bebas, hal tersebut dapat dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuh seseorang. Mobilisasi sebagian ini ada dua jenis, yaitu:

a. Mobilisasi sebagian temporer

Mobilisasi sebagian temporer merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat sementara, hal tersebut dapat disebabkan adanya trauma reversible pada sistem muskuloskeletal.

b. Mobilisasi sebagian permanen

Mobilisasi sebagian permanen merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan bersifat menetap, hal tersebut disebabkan karena rusaknya sistem saraf yang reversible sebagai contoh terjadinya paraplegia karena injury tulang belakang, pada poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik.

2.1.4 Faktor yang mempengaruhi mobilisasi

- 1) Gaya hidup
- 2) Ketidakmampuan
- 3) Tingkat energi
- 4) Tingkat perkembangan

Menurut (Mubarak dkk, 2015), mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya:

a) Gaya hidup

Mobilitas seseorang dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, serta lingkungan ia tinggal (masyarakat). Sebagai contoh : wanita Jawa, tabu bagi mereka melakukan aktivitas yang berat. Orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat. Sebaliknya, ada orang yang mengalami gangguan mobilitas (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.

b) Ketidakmampuan

Kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Secara umum, ketidakmampuan terbagi menjadi dua macam, yakni ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma. Sementara ketidakmampuan sekunder terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer (misal kelemahan otot dan tirah baring). Penyakit-penyakit tertentu dan kondisi cedera akan berpengaruh terhadap mobilitas.

c) Tingkat energi

Energi dibutuhkan untuk banyak hal, salah satunya mobilisasi. Dalam hal ini, energi yang dimiliki masing-masing individu bervariasi. Agar seseorang dapat melakukan mobilitas dengan baik, dibutuhkan energi yang cukup. Di samping itu, ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stressor guna mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.

d) Usia

Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilisasi. Karena terdapat perbedaan kemampuan mobilitas

pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

e) Sistem neuromuskular

Mobilisasi sangat dipengaruhi oleh sistem neuromuskular, meliputi otot, skeletal, sendi, ligamen, tendon, kartilago, dan saraf.

2.1.5 Macam-macam posisi

- 1) Posisi Supinasi
- 2) Posisi Pronasi
- 3) Posisi Sims/lateral
- 4) Posisi Fowler/semi fowler
- 5) Posisi Trendelenberg
- 6) Posisi Dorsal Recumben
- 7) Posisi Lithotomi
- 8) Posisi Genu Pectoral

2.1.6 Definisi gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI, 2016)

Berdasarkan uraian di atas, seseorang yang mengalami masalah gangguankebutuhan mobilitas fisik akan mengalami sulit untuk melakukan aktivitassehari-hari. Hal tersebut menandakan bahwa bagian ekstremitas sangat pentingdalam melakukan kegiatan sehari-hari.

2.1.7 Penyebab gangguan mobilitas fisik

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang
- 2) Perubahan metabolisme
- 3) Ketidakbugaran fisik
- 4) Penurunan kendali otot
- 5) Penurunan massa otot
- 6) Penurunan kekuatan otot
- 7) Keterlambatan perkembangan
- 8) Kekakuan sendi
- 9) Malnutrisi

- 10) Gangguan muskuloskeletal
- 11) Gangguan neuromuskular
- 12) Indeks massa tubuh di atas persentil ke 75 sesuai usia
- 13) Efek agen farmakologis
- 14) Program pembatasan gerak
- 15) Nyeri
- 16) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- 17) Kecemasan
- 18) Gangguan kognitif
- 19) Keengganan melakukan pergerakan
- 20) Gangguan sensori persepsi(SDKI, 2016)

2.1.8 Tanda dan gejala

- 1) Tanda dan Gejala Mayor
 - a) Subjektif
 - a. Enggan melakukan pergerakan
 - b. Nyeri saat bergerak
 - c. Merasa cemas saat bergerak
 - b) Objektif
 - a. Sendi kaku
 - b. Gerakan tidak terkoordinasi
 - c. Gerakan terbatas
 - d. Fisik lemah
- 2) Tanda dan Gejala Minor
 - a) Subjektif
 - a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.
 - b) Objektif
 - a. Kekuatan otot menurun.
 - b. Rentang gerak (ROM) menurun(SDKI, 2016)

2.1.9 kondisi klinis terkait

- 1) Stroke
- 2) Cedera medula spinalis
- 3) Trauma (SDKI, 2016)

2.2. Konsep Dasar Apendiktomi

2.2.1 Definisi

Apendiktomi adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks yang dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi akibat pecahnya bagian dari apendiks (umbai cacing). Tindakan operasi apendiktomi merupakan tindakan yang dilakukan untuk mencegah komplikasi, dan obstruksi pada apendiks lebih lanjut (Riyadi, 2010)

Apendiktomi adalah pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat apendiks yang telah terinflamasi, hal ini dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum atau spinal dengan insisi abdomen bawah atau dengan laparoscopi (Smeltzer & Bare, 2013)

2.2.2 Etiologi

Apendisitis biasanya terjadi karena radang bakteri yang disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain:

- a) Hyperplasia
- b) Jaringan limfe
- c) Fekalith
- d) Tumor apendiks
- e) Cacing ascaris yang menyumbat (Haryono, 2012)

Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang juga mencetuskan apendisitis di samping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks dan cacing ascaris. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan apendisitis yaitu erosi mukosa apendiks karena parasit seperti E-histolytica.

2.2.3 Tanda dan Gejala

- 1) Nyeri pada area luka operasi yang kemungkinan dapat menghambat aktivitas disertai kekakuan pada abdomen dan paha kanan.
- 2) Mual dan muntah.
- 3) Keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri.
- 4) Dehidrasi karena adanya pembatasan masukan oral pada periode pertama post operasi.
- 5) Konstipasi, karena adanya pengaruh anestesi pada pencernaan.

6) Ketidaktahuan klien dalam pemulihan pasca operasi. fungsi pencernaan.

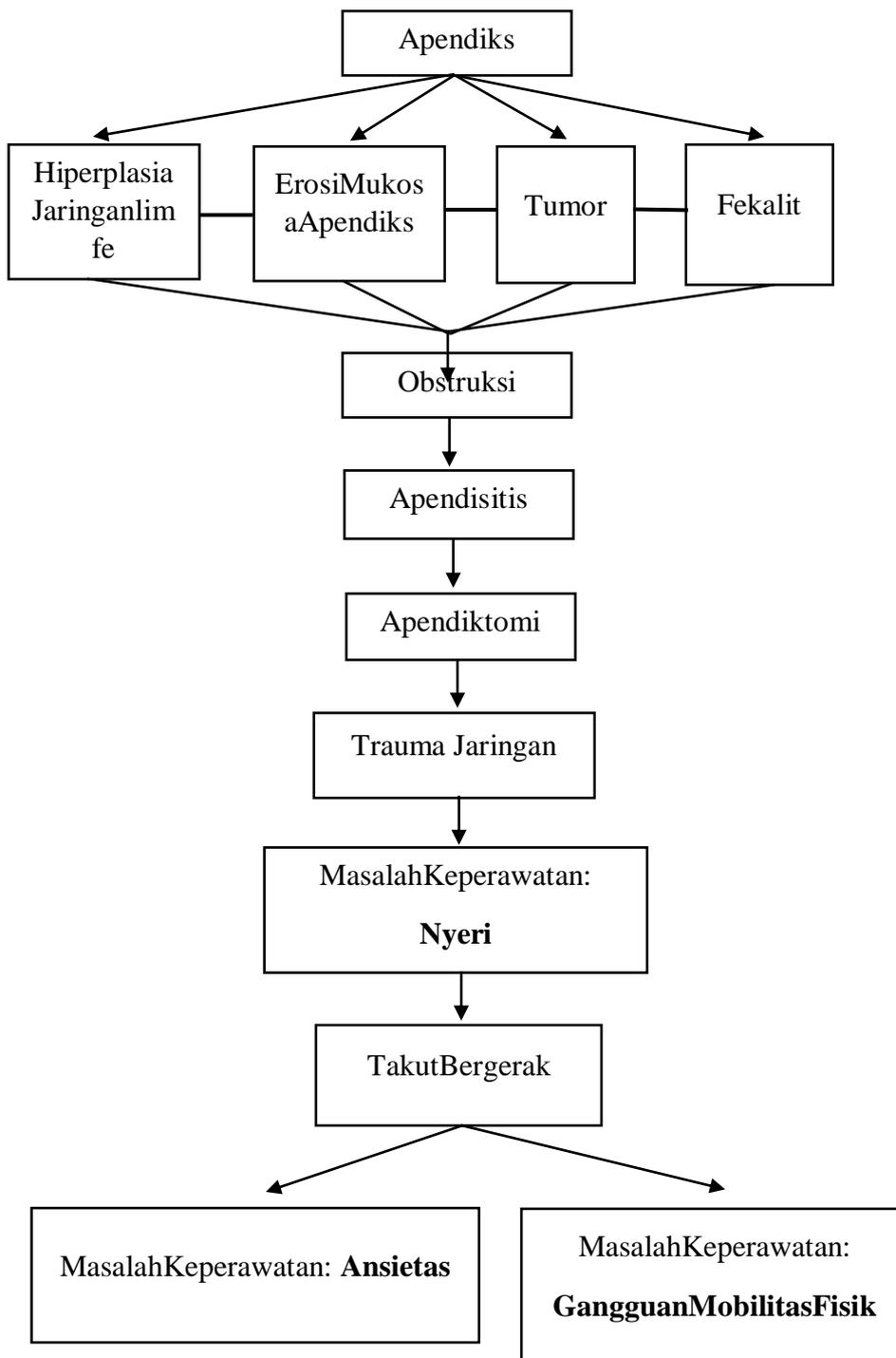
2.2.4 Patofisiologi

Obstruksi total dalam lumen apendiks akan menimbulkan peningkatan tekanan sehingga terjadi sekresi cairan dan mukus yang terus-menerus dari mukosa apendiks dan stagnasi material yang menyebabkan obstruksi tersebut. Bersamaan dengan itu, bakteri intestinal dalam apendiks akan berkembang biak menjadi banyak, dan mengundang leukosit, sehingga terbentuklah pus, mengakibatkan tekanan intraluminal apendiks menjadi semakin tinggi.

Obstruksi yang berkelanjutan terus akan meningkatkan tekanan intraluminal di atas kapasitas yang dapat ditahan oleh vena-vena apendiks, sehingga aliran darah dalam pembuluh darah ini ikut terobstruksi. Sebagai konsekuensinya, terjadi iskemia pada dinding apendiks, lalu kekuatan epitel akan menurun, dan mengundang invasi bakteri ke dalam dinding apendiks.

Dalam beberapa jam, situasi terlokalisir ini dapat memburuk, karena bisa terjadi trombosis arteri dan vena, memungkinkan terjadinya perforasi dan gangren. Apabila proses ini berlanjut, dapat terjadi abses, atau peritonitis periapendikular. Apendisitis dapat menjadi kronis, apabila obstruksi hanya parsial. Karenanya, penderita akan mengalami apendisitis berulang, dengan gambaran klinis nyeri abdomen kuadran kanan bawah yang hilang timbul.

2.2.5 Pathway



Bagan 2.1 Patofisiologi gangguan mobilitas fisik pada pasien apendiktomi

Sumber: (Sjamsuhidajat, 2010)

2.2.6 Komplikasi

- 1) Pre operasi:
 - a. Perdarahan intra peritoneal
 - b. Dinding perut
 - c. Robekan sekum atau usus lain.
- 2) Pascaoperasi:
 - a. Perdarahan
 - b. Infeksi
 - c. Hematom
 - d. Parolitik ileus
 - e. Peritonitis
 - f. Fistel usus
 - g. Abses intraperitoneal(Riyadi, 2010)

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi

- a) Pemeriksaan Laboratorium yang biasa dilakukan pada pasien yang diduga apendisitis adalah pemeriksaan darah lengkap dan test protein reaktif (CRP). Pada pemeriksaan darah lengkap sebagian besar pasien biasanya ditemukan jumlah leukosit diatas 10.000 dan neutrofil diatas 75 %.Sedang pada pemeriksaan CRP ditemukan jumlah serum yang mulai meningkat pada 6-12 jam setelah inflamasi jaringan.
- b) Pemeriksaan radiologi yang biasa dilakukan pada pasien yang diduga apendisitis antara lain adalah Ultrasonografi, CT-Scan. Pada pemeriksaan ultrasonografi ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendiks. Sedang pada pemeriksaan CT-scan ditemukan perluasan dari apendiks yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran dari sekum.
- c) Kelainan radiologi non spesifik, dilatasi sekum, ada bayangan perforasi. Ditemukan sejumlah kecil eritrosit dan leukosit pada urine.

- d) Pemeriksaan urine juga perlu dilakukan untuk membedakan dengan kelainan pada ginjal dan saluran kemih.
- e) Pemeriksaan USG dilakukan bila terjadi infiltrat apendikularis

2.2.8 Penatalaksanaan

Pada apendisitis, pengobatan yang paling baik adalah operasi apendiks. Dalam waktu 48 jam harus dilakukan. Penderita di observasi, istirahat dalam posisi fowler, diberikan antibiotik dan diberikan makanan yang tidak merangsang peristaltik, jika terjadi perforasi diberikan drain diperut kanan bawah. Bila diagnosis sudah pasti, maka terapi yang paling tepat dengan tindakan operatif yaitu:

- a) Tindakan pre operatif, meliputi penderita di rawat, diberikan antibiotik dan kompres untuk menurunkan suhu penderita, pasien diminta untuk tirah baring.
- b) Operasi terbuka yaitu apendiktomi, satu sayatan akan dibuat (sekitar 5 cm) di bagian bawah kanan perut. Sayatan akan lebih besar jika apendisitis sudah mengalami perforasi. Laparascopi: Sayatan dibuat sekitar dua sampai empat buah. Satu didekat umbilikus, yang lainnya disekitar perut. Laparascopi berbentuk seperti benang halus dengan kamera yang akan dimasukkan melalui sayatan tersebut. Kamera akan merekam bagian dalam perut kemudian ditampakkan pada monitor. Gambaran yang dihasilkan akan membantu jalannya operasi dan peralatan yang diperlukan untuk operasi akan dimasukkan melalui sayatan di tempat lain. Pengangkatan apendiks, pembuluh darah, dan bagian dari apendiks yang mengarah ke usus besar akan diikat.
- c) Tindakan post operatif, satu hari pasca bedah klien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2 x 30 menit, hari berikutnya makanan lunak dan berdiri tegak di luar kamar, hari ketujuh luka jahitan diangkat, klien pulang.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Post Op Apendiktomi

2.3.1 Identitas

Pengkajian fokus pada klien post operasi appendiktomi menurut (Bararah dan Jauhar, 2013) antara lain:

a) Biodata

Meliputi nama lengkap, tanggal lahir, alamat, nomer registrasi dan sebagainya lalu cocokkan dengan label digelang pasien untuk memastikan kebenarannya.

Pekerjaan dan pola hidup tidak sehat juga memiliki keterkaitan dengan penyakit apendisitis dan anak-anak lebih berisiko karena faktor lingkungan dan kebiasaan makan yang tidak baik/kurang mengkonsumsiserat yang menyebabkan penurunan imun dan peningkatan risiko infeksi pada anak.

2.3.2 Status Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien akan mendapatkan nyeri di sekitarepigastrium menjalar ke perut kanan bawah. Sifat keluhan nyeri dirasakan terus-menerus, dapat hilang atau timbul nyeri dalam waktu yang lama. Keluhan yang menyertai biasanya klien mengeluh rasa mual dan muntah, panas.

2) Riwayat penyakit sekarang

Klien yang telah menjalani operasi appendiktomi pada umumnya mengeluh nyeri pada luka operasi yang akan bertambah saat digerakkan atau ditekan dan umumnya berkurang setelah diberi obat dan diistirahatkan.

3) Riwayat penyakit dahulu

Berhubungan dengan kebiasaan buruk klien mengkonsumsi makanan cepat saji/*junk food*, diet, makan makanan rendah serat yang dapat menyebabkan pencernaan tidak lancar.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Apendisitis bukan merupakan penyakit turunan dan bersifat tidak menular, namun tidak menutup kemungkinan bahwa penyakit ini bisa

menurun dari salah satu anggota keluarga karena pola hidup yang tidak sehat.

5) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Klien post appendektomi mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari meja operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung periode akut rasa nyeri. Tanda vital (tensi darah, suhu tubuh, respirasi, nadi) umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi apendiks.

Adapun pemeriksaan yang dilakukan pada kasus apendisitis berdasarkan NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2015):

b. *ReviewOfSystem*

a) B1 (Breathing)

Klien post apendektomi akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas serta pernafasan dangkal, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh klien.

b) B2 (Blood)

Umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stres), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring).

c) B3 (Brain)

Umumnya klien postop apendektomi mengalami penurunan kesadaran hingga *compos mentis*. Ini terjadi karena ada pengaruh dari obat anestesi yang diberikan ketika operasi.

d) B4 (Bladder)

Awal post operasi klien akan mengalami penurunan jumlah output urin, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal post apendektomi. Output urin akan berlangsung normal seiring dengan peningkatan intake oral.

e) B5 (Bowel)

Adanya nyeri pada luka operasi di abdomen kanan bawah saat dipalpasi. Klien post apendektomi biasanya mengeluh mual

muntah, konstipasi pada awitan awal post operasi dan penurunan bising usus. Akan tampak adanya luka operasi di abdomen kananbawah bekas sayatan operasi.

f) B6 (Bone)

Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring post operasi dan kekakuan. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

Selanjutnya akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi disertai kemerahan. Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

6) Pemeriksaan Penunjang

- a. Pada pemeriksaan ini leukosit meningkat rentang 10.000-20.000 mm³, kemudian neutrofil meningkat 75% dan WBC meningkat sampai 20.000 (indikasi terjadinya perforasi)
- b. Pemeriksaan radiologi (appendicogram, USG dan CT-Scan)

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI, 2016)

Penyebab:

- 1) Keterlambatan perkembangan
- 2) Malnutrisi
- 3) Efek agen farmakologis
- 4) Program pembatasan gerak
- 5) Nyeri
- 6) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- 7) Kecemasan
- 8) Keengganan melakukan pergerakan

Gejala dan Tanda Mayor

- 1) Subjektif
 - a. Enggan melakukan pergerakan

- b. Nyeri saat bergerak
 - c. Merasa cemas saat bergerak
- 2) Objektif
- a. Sendi kaku
 - b. Gerakan tidak terkoordinasi
 - c. Gerakan terbatas
 - d. Fisik lemah

Gejala dan Tanda Minor

- 1) Subjektif
- a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.
- 2) Objektif
- a. Kekuatan otot menurun.
 - b. Rentang gerak (ROM) menurun (SDKI, 2016)

kondisi klinis terkait

- 1) Stroke
- 2) Cedera medula spinalis
- 3) Trauma (SDKI, 2016)

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Table 2.1 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

Diagnosa Keperawatan(SDKI, 2016):	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI, 2018):	Intervensi (SIKI, 2018):
Gangguanmobilitas fisikberhubungan dengan efek agen farmakologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil:	1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Identifikasi toleransi fisik

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat. 2. Kekuatan otot meningkat. 3. Rentang gerak (ROM) meningkat. 4. Nyeri menurun. 5. Kecemasan menurun. 6. Kekakuan sendi menurun. 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun. 8. Gerakan terbatas menurun. 9. Kelemahan fisik cukup menurun. 	<p>melakukan pergerakan</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>2. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal pagar tempat tidur) b. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>3. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
--	--	--

		<p>b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>c. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</p>
--	--	--

Sumber: (Tim pokja SLKI & SIKI DPP PPNI, 2018)

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012)

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011)

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya (Setiadi, 2012)

Kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan serta tercapainya tujuan, dengan menggunakan SOAP:

- a) S: ungkapan perasaan atau keluhan pasien secara subjektif
- b) O: keadaan pasien secara objektif melalui identifikasi perawat
- c) A: analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif
- d) P: perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis