

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Appendiktomi

1. Definisi Appendiktomi

Appendiktomi adalah salah satu prosedur pembedahan perut yang paling sering dilakukan, berupa pengangkatan apendiks yang mengalami peradangan atau infeksi. Tindakan ini harus segera dilakukan karena apendisitis tergolong sebagai kondisi gawat darurat dalam bidang bedah. (Sjamsuhidajat dan de Jong, 2017)

Appendiktomi merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat *apendiks vermiformis* yang mengalami infeksi atau peradangan. Prosedur ini merupakan terapi definitif bagi pasien dengan apendisitis dan perlu dilakukan segera guna mencegah terjadinya komplikasi serius, seperti perforasi, peritonitis, maupun pembentukan abses (Wainsani & Khoiriyah, 2020).

Jadi apendiktomi merupakan tindakan pembedahan yang bertujuan untuk mengangkat *apendiks vermiformis* yang mengalami peradangan atau infeksi. Prosedur ini merupakan terapi definitif pada kasus apendisitis dan harus dilakukan segera karena termasuk dalam kegawatdaruratan bedah yang jika terlambat ditangani, dapat menimbulkan komplikasi serius seperti perforasi, peritonitis, dan abses intraabdomen.

2. Etiologi

Apendiktomi dilakukan sebagai tindakan bedah akibat adanya apendisitis (radang usus buntu). Oleh karena itu, etiologi apendiktomi mengacu pada penyebab apendisitis, yang memerlukan tindakan pembedahan. Penyebab tindakan apendiktomi adalah sebagai berikut :

- a. Adanya peradangan pada apendiks.

Peradangan ini, jika tidak segera ditangani, dapat berkembang menjadi infeksi dan berisiko menimbulkan perforasi.

- b. Sumbatan pada lumen apendiks.
- c. Hyperplasia jaringan limfoid, fekalit, tumor apendiks, dan infeksi cacing *Ascaris* juga dapat menyebabkan obstruksi.
- d. Kerusakan atau erosi mukosa apendiks akibat parasit seperti *Entamoeba histolytica* (Eqlima Elfira, 2021).

3. Manifestasi Klinis/ Indikasi apendiktomi

Tanda & gejala apendisitis yang memerlukan apendiktomi segera, nyeri perut berpindah (migrasi nyeri). Nyeri awal di periumbilikus lalu berpindah ke kuadran kanan bawah (titik *McBurney*). (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2020).

Menurut Mansjoer (2012), manifestasi klinik apendisitis yang perlu dilakuakn pembedahan yaitu:

- a. Apendisitis Supuratif (*Suppurative Appendicitis*)
 - 1) Proses inflamasi sudah lebih dalam, mengenai lapisan submukosa dan muskular.
 - 2) Apendiks berisi pus (nanah) dan tampak lebih bengkak.

- 3) Gejala: nyeri bertambah hebat, demam lebih tinggi, leukositosis jelas.

b. Apendisitis Gangrenosa (*Gangrenous Appendicitis*)

- 1) Terjadi nekrosis (kematian jaringan) pada sebagian atau seluruh dinding apendiks.
- 2) Warna apendiks kehitaman atau kehijauan akibat gangguan vaskularisasi.
- 3) Gejala: nyeri bisa mendadak berkurang karena saraf ikut nekrosis, berbahaya karena bisa mengarah ke perforasi.

c. Apendisitis Perforata (*Perforated Appendicitis*)

- 1) Dinding apendiks pecah (ruptur) sehingga isi lumen keluar ke rongga peritoneum.
- 2) Menyebabkan peritonitis difus atau abses intra-abdomen.
- 3) Manifestasi: nyeri abdomen yang sangat hebat, peritonitis, demam tinggi, kondisi umum pasien menurun.

Manifestasi klinis pasien post apendiktomi umumnya ditandai dengan nyeri akut pada area insisi, terutama di kuadran kanan bawah, yang dapat meningkat saat pasien melakukan aktivitas seperti batuk atau berjalan. Selain itu, mual, muntah, dan penurunan nafsu makan sering muncul sebagai akibat dari efek anestesi dan manipulasi intraabdominal selama prosedur operasi. Gangguan eliminasi seperti konstipasi dapat terjadi, meskipun pada beberapa kasus dapat dijumpai diare. Pasien juga dapat mengalami demam ringan, rasa tidak nyaman (*malaise*), dan kelelahan yang

jika tidak ditangani dengan baik dapat menghambat proses pemulihan (Mansjoer, 2012).

4. Patofisiologi

Patofisiologi Appendisitis diawali oleh terjadinya obstruksi atau penyumbatan pada lumen apendiks. Obstruksi tersebut dapat disebabkan oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, striktur akibat fibrosis dari peradangan sebelumnya, benda asing, erosi mukosa, maupun neoplasma. Fungsi apendiks sendiri belum diketahui secara pasti, namun penelitian terbaru menunjukkan bahwa apendiks memiliki peran penting dalam sistem imun dan menjaga keseimbangan mikrobiota usus. Menurut Md Shahjalal Sagor dkk. (2025), apendiks berfungsi sebagai *reservoir* atau *safe house* bakteri baik yang membantu memulihkan flora usus setelah infeksi, diare, maupun penggunaan antibiotik. Selain itu, jaringan limfoid pada apendiks juga berperan dalam mempertahankan respons imun tubuh.

Terjadinya obstruksi lumen apendiks menyebabkan sekresi mukus terus meningkat, sedangkan dinding apendiks memiliki keterbatasan elastisitas untuk menampung peningkatan volume tersebut. Akibatnya, tekanan intraluminal meningkat dan menghambat aliran vena serta limfe. Hambatan aliran tersebut menyebabkan edema, kongesti vaskuler, dan iskemia pada dinding apendiks. Kondisi iskemia memicu proliferasi bakteri sehingga proses inflamasi semakin berat dan menyebabkan nekrosis jaringan. Pada tahap awal, ulserasi mukosa dan invasi bakteri menimbulkan appendicitis fokal yang biasanya ditandai dengan nyeri epigastrium atau

nyeri di sekitar umbilikus akibat stimulasi serabut saraf viseral pada saluran gastrointestinal.

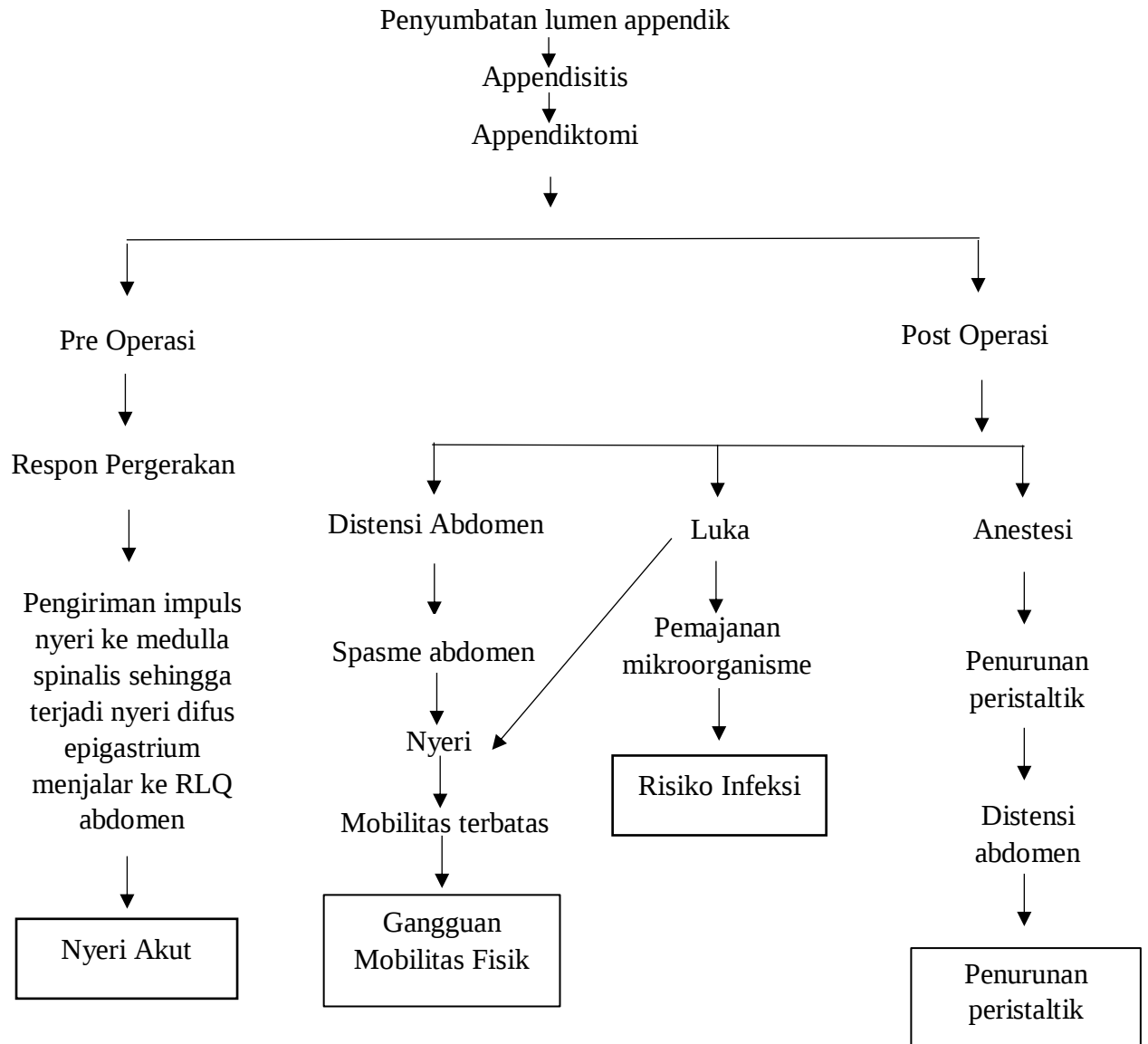
Apabila sekresi mukus terus berlangsung dan tekanan intraluminal semakin meningkat, maka obstruksi vena menjadi lebih berat sehingga edema bertambah dan bakteri dapat menembus dinding apendiks. Proses inflamasi kemudian menyebar hingga ke peritoneum parietal lokal dan menyebabkan nyeri berpindah ke abdomen kanan bawah pada titik McBurney. Kondisi ini dikenal sebagai appendicitis supuratif akut. Pada fase ini pasien biasanya mulai mengalami gejala seperti mual, muntah, anoreksia, demam ringan, serta peningkatan leukosit sebagai respons inflamasi tubuh.

Jika proses inflamasi terus berlanjut tanpa penanganan, gangguan aliran darah arteri akan menyebabkan infark pada dinding apendiks sehingga jaringan mengalami nekrosis atau gangren yang disebut appendicitis gangrenosa. Dinding apendiks yang semakin rapuh dapat mengalami ruptur atau perforasi sehingga isi apendiks keluar ke rongga peritoneum dan menyebabkan peritonitis. Perforasi apendiks merupakan komplikasi serius yang dapat menimbulkan infeksi intraabdomen, abses, hingga sepsis apabila tidak segera ditangani. Selama proses inflamasi berlangsung, omentum dan usus di sekitar apendiks akan bergerak menutupi area yang mengalami infeksi sebagai mekanisme pertahanan tubuh untuk membatasi penyebaran inflamasi. Kondisi ini dapat membentuk massa lokal yang disebut infiltrat appendikularis yang dapat berkembang menjadi abses

atau mengalami penyembuhan spontan tergantung kondisi pasien dan penanganan yang diberikan.

Penatalaksanaan utama pada appendicitis adalah appendiktomi, yaitu tindakan pembedahan untuk mengangkat apendiks guna mencegah komplikasi lebih lanjut. Tindakan ini dapat dilakukan melalui metode pembedahan terbuka maupun laparoskopi. Meskipun efektif mengatasi sumber infeksi, tindakan pembedahan dapat menyebabkan trauma jaringan yang menimbulkan nyeri, keterbatasan mobilitas, serta kecemasan pada pasien. Pada fase preoperasi, pasien umumnya mengalami nyeri akut akibat proses inflamasi sehingga pengelolaan nyeri menjadi prioritas utama. Sedangkan pada fase post operasi, pasien berpotensi mengalami berbagai masalah keperawatan seperti nyeri akut, distensi abdomen yang menyebabkan spasme dan membatasi mobilitas, risiko infeksi luka operasi, penurunan peristaltik usus akibat efek anestesi, serta risiko gangguan mobilitas fisik. Oleh karena itu, perawat memiliki peran penting dalam melakukan pemantauan kondisi pasien, pemberian intervensi keperawatan yang tepat, serta edukasi kepada pasien dan keluarga agar proses pemulihan post appendiktomi dapat berjalan optimal (Mansjoer, 2018; Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2020).

5. Pathways



Gambar 2.1. Pathway (Sumber : Pranata, A. E. P., & Prabowo, E. 2017)

6. Penatalaksanaan

Menurut Yosep & Rustina (2021) dan Smeltzer & Bare (2020), penatalaksanaan medis pada pasien dengan post apendiktomi yang akan menjalani apendiktomi meliputi beberapa tahapan berikut:

a. Stabilisasi Kondisi Pasien

- 1) Pemantauan tanda-tanda vital: suhu, nadi, tekanan darah, pernapasan.
- 2) Pemeriksaan laboratorium: darah lengkap (leukosit ↑), elektrolit, urinalisis.
- 3) Pemeriksaan radiologis: USG abdomen atau CT-scan untuk memastikan diagnosis.

b. Terapi Awal Pra-Operasi

- 1) Puasakan pasien (NPO) sejak diagnosis ditegakkan.
- 2) Pemasangan infus: pemberian cairan intravena untuk mencegah dehidrasi.
- 3) Pemberian antibiotik *broad-spectrum intravena* (contoh: *cefotaxime* atau *metronidazole*) untuk mengurangi risiko infeksi sebelum operasi.
- 4) Obat pereda nyeri (analgesik) sesuai indikasi dan evaluasi dokter.
- 5) Monitoring ketat terhadap tanda-tanda perforasi atau peritonitis.

c. Tindakan Operatif (Apendiktomi)

- 1) Apendiktomi terbuka (laparotomi)

- a) Dilakukan dengan insisi pada abdomen kanan bawah (titik *McBurney*), umumnya pada kasus perforasi atau bila laparoskopi tidak memungkinkan.

2) Apendiktomi laparoskopi

- a) Teknik minimal invasif, dengan sayatan kecil dan bantuan kamera. Pemulihan lebih cepat, nyeri lebih ringan, dan komplikasi lebih sedikit.

d. Perawatan post Operasi

1) Mobilisasi dini setelah efek anestesi hilang.

Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap setelah kondisi pasien stabil untuk meningkatkan sirkulasi darah, mencegah komplikasi, dan mempercepat pemulihan. Menurut Stiller K. (2023), mobilisasi dini membantu meningkatkan fungsi fisik pasien pasca operasi.

2) Pemantauan luka operasi untuk mencegah infeksi.

Pemantauan luka dilakukan untuk mengidentifikasi tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau cairan pada luka operasi. Menurut *World Health Organization* (2023), observasi luka secara rutin penting untuk mencegah infeksi luka operasi.

3) Pemberian antibiotik lanjutan sesuai indikasi.

Antibiotik diberikan sesuai kondisi pasien untuk mencegah atau mengatasi infeksi pasca operasi. Menurut *Centers for Disease Control and Prevention* (2023), penggunaan antibiotik

harus sesuai indikasi medis agar efektif dan mencegah resistensi.

- 4) Diet bertahap dimulai dengan cair bening → lunak → biasa.

Diet diberikan secara bertahap sesuai toleransi pasien untuk membantu pemulihan fungsi saluran cerna. Menurut *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (2021), nutrisi dini membantu mempercepat pemulihan pasca operasi.

- 5) Edukasi pasien dan keluarga terkait perawatan luka, kontrol ulang, dan tanda komplikasi.

Edukasi diberikan terkait perawatan luka, kontrol ulang, obat, dan tanda komplikasi agar pasien dapat melakukan perawatan mandiri dengan baik di rumah. Menurut *American College of Surgeons* (2022), edukasi pasca operasi membantu mencegah komplikasi dan meningkatkan keberhasilan pemulihan.

A. Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

1. Definisi Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. (PPNI, 2017)

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik, tetapi tidak sampai pada tingkat imobilitas total, yang berhubungan dengan ketidakmampuan untuk secara sengaja atau bebas bergerak dari satu posisi ke posisi lain (NANDA, 2021)

Jadi gangguan mobilitas fisik adalah kondisi keterbatasan dalam melakukan gerakan tubuh, baik sebagian maupun seluruhnya, yang menghambat kemampuan individu untuk berpindah posisi atau menggerakkan ekstremitas secara mandiri. Kondisi ini tidak mencapai tingkat imobilitas total, namun tetap memerlukan perhatian dan intervensi keperawatan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan bergerak.

2. Gejala dan Tanda

Tabel 2.1. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun

Tabel 2.2. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Nyeri saat bergerak	1. Sendi kaku
2. Enggan melakukan pergerakan	2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Merasa cemas saat bergerak	3. Gerakan terbatas
	4. Fisik lemah

Tabel 2.3 Skala Kekuatan Otot

Grade	Deskripsi
0	Tidak ada kontraksi otot sama sekali.
1	Ada kontraksi otot, namun tidak menghasilkan Gerakan sendi.
2	Gerakan sendi terjadi, namun hanya jika gravitasi dihilangkan.
3	Gerakan aktif melawan gravitasi tanpa resistensi tambahan.
4	Gerakan aktif melawan gravitasi disertai resistensi ringan atau sedang.
5	Kekuatan otot normal, mampu melawan gravitasi dan resistensi penuh.

(Sumber : Conroy et al., 2023; Naqvi et al., 2025)

3. Faktor yang berhubungan

- | | |
|---|---|
| a. Kerusakan integritas struktur tulang | l. Gangguan neuromuskuler |
| b. Perubahan metabolisme | m. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia |
| c. Ketidakbugaran fisik | n. Efek agen farmakologis |
| d. Penurunan kendali otot | o. Program pembatasan gerak |
| e. Penurunan massa otot | p. Nyeri |
| f. Penurunan kekuatan otot | q. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik |
| g. Keterlambatan perkembangan | r. Kecemasan |
| h. Kekakuan sendi | s. Gangguan kognitif |
| i. Kontraktur | t. Keengganan melakukan pergerakan |
| j. Malnutrisi | u. Gangguan sensoripersepsi |
| k. Gangguan muskuloskeletal | |

4. Luaran Keperawatan Berdasarkan SLKI

Luaran pada diagnose keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat berupa luaran utama maupun luaran tambahan, yang meliputi :

Luaran Utama	Luaran Tambahan
Mobilitas Fisik (L.05042)	a. Berat Badan (L.03018) b. Fungsi Sensori (L.06048) c. Keseimbangan (L.05039) d. Konsevasi Energi (L.05040) e. Koordinasi Pergerakan (L.05041) f. Motivasi (L.09080) g. Pergerakan Sendi (L.05044)

-
- h. Status Neurologis (L.06053)
 - i. Status Nutrisi (L.03030)
 - j. Toleransi Aktivitas (L.05047)
-

Tabel 2.4 Luaran Keperawatan Berdasarkan SLKI

Luaran yang digunakan dalam penelitian ini adalah mobilitas fisik (L.0504) yaitu kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dengan ekspektasi : meningkat. Adapun kriteria hasil mobilitas fisik meningkat diuraikan pada table 2.5 berikut:

Pergerakan ekstremitas	1	2	3	4	5
Kekuatan otot	1	2	3	4	5
Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5
Ket: 1 : Menurun, 2 : Cukup Menurun 3 : Sedang, 4 : Cukup Meningkat 5 : Meningkat					
Nyeri	1	2	3	4	5
Cemas	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerakan tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan fisik	1	2	3	4	5
Ket: 1 : Meningkat, 2 : Cukup Meningkat 3 : Sedang, 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun					

Tabel 2.5 Kriteria Hasil

5. Intervensi Keperawatan Berdasarkan SIKI

Tindakan yang dapat dilakukan pada diagnose keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat berupa intervensi utama maupun intervensi pendukung, yang meliputi:

a. Intervensi Utama:

- 1) Dukungan Ambulasi
- 2) Dukungan Mobilisasi

b. Intervensi Pendukung:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1) Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan | 19) Manajemen Sensasi Perifer |
| 2) Dukungan Perawatan Diri | 20) Pemantauan Neurologis |
| 3) Dukungan Perawatan Diri BAB/BAK | 21) Pemberian Obat |
| 4) Dukungan Perawatan Diri Berpakaian | 22) Pemberian Obat Intravena |
| 5) Dukungan Perawatan Diri Makan atau Minum | 23) Pembidaian |
| 6) Dukungan Perawatan Diri Mandi | 24) Pencegahan Jatuh |
| 7) Edukasi Latihan Fisik | 25) Pencegahan Luka Tekan |
| 8) Edukasi Teknik Ambulasi | 26) Pengaturan Posisi |
| 9) Edukasi Teknik Transfer | 27) Pengekangan Fisik |
| 10) Konsultasi via Telepon | 28) Perawatan Kaki |
| 11) Latihan Otogenik | 29) Perawatan Sirkulasi |
| 12) Manajemen Energi | 30) Perawatan Tirah Baring |
| 13) Manajemen Lingkungan | 31) Perawatan Traksi |
| 14) Manajemen Mood | 32) Promosi Berat Badan |
| 15) Manajemen Nutrisi | 33) Promosi Kepatuhan Program Latihan |
| 16) Manajemen Nyeri | 34) Promosi Latihan Fisik |
| 17) Manajemen Medikasi | 35) Teknik Latihan Penguatan Otot |
| 18) Manajemen Program Latihan | 36) Teknik Latihan Penguatan Sendi |
| | 37) Terapi Aktivitas |
| | 38) Terapi Pemijatan |
| | 39) Terapi Relaksasi Otot Progresif |

Intervensi keperawatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah dukungan mobilisasi karena sesuai dengan kondisi pasien post appendiktomi yang mengalami keterbatasan gerak akibat nyeri dan efek anestesi. Dukungan mobilisasi dipilih karena memiliki cakupan yang lebih luas dibandingkan dukungan ambulasi. Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2018), dukungan mobilisasi adalah tindakan untuk memfasilitasi pasien dalam meningkatkan aktivitas pergerakan fisik, sedangkan dukungan ambulasi lebih berfokus pada aktivitas berpindah atau berjalan.

Pada pasien post appendiktomi, mobilisasi dilakukan secara bertahap mulai dari latihan gerak ekstremitas, perubahan posisi, duduk,

berdiri, hingga berjalan sehingga lebih sesuai dengan kebutuhan pasien dalam proses pemulihan setelah operasi.

B. Konsep Tindakan Dukungan Mobilisasi

1. Pengertian Tindakan Mobilisasi Dini

Menurut PPNI (2018) dukungan mobilisasi adalah memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik. Sedangkan menurut Frida Satya Dinata, Anik Inayati, Sapti Ayubbana (2024) mobilisasi dini terdiri latihan duduk, berdiri, dan berjalan ringan yang dilakukan 6–8 jam post operasi apendiktomi, dilanjutkan setiap hari selama 3 hari, masing-masing sesi 10–45 menit, untuk menurunkan skala nyeri.

Mobilisasi dini adalah upaya menggerakkan pasien secara bertahap mulai 6–10 jam post operasi dengan aktivitas duduk, berdiri, dan berjalan ringan, dilanjutkan hari-hari berikutnya untuk mempercepat penyembuhan luka dan meningkatkan mobilitas. (Ratih Pebrianti, 2024)

Mobilisasi dini adalah latihan fisik post operasi apendiktomi yang diberikan dalam 5 sesi: 6 jam, 16 jam, 24 jam, hari ke-2, dan hari ke-3 post operasi, untuk menurunkan intensitas nyeri secara bertahap. (Raka Pradana dkk. 2024)

Jadi mobilisasi dini adalah latihan yang terdiri latihan duduk, berdiri, dan berjalan ringan yang dilakukan mulai ± 6 jam post operasi, hingga hari ke-3 post operasi apendiktomi dengan lama latihan 10–45 menit.

2. Alat dan Bahan

Berdasarkan seluruh artikel, alat dan bahan yang digunakan memiliki pola yang hampir sama, yaitu:

- a. Tempat tidur pasien (bed) dengan pengaman/rails.
- b. Kursi/tepi tempat tidur untuk latihan duduk.
- c. Alat bantu jalan (bila diperlukan) seperti walker atau tongkat.
- d. Infus stand (jika pasien masih terpasang cairan intravena).

3. Indikasi

Mobilisasi dini dilakukan pada pasien yang memenuhi kriteria berikut:

- a. Pasien post operasi dengan kondisi hemodinamik stabil
 - 1) Tekanan darah, nadi, dan saturasi oksigen dalam batas normal.
 - 2) Tidak ada tanda-tanda syok atau perdarahan aktif.
- b. Jenis operasi yang memungkinkan mobilisasi awal
 - 1) Post operasi apendiktomi (terbanyak dari artikel kita).
 - 2) Post operasi laparotomi.
 - 3) Post operasi fraktur ekstremitas bawah (setelah stabil).
 - 4) Post tindakan kateterisasi jantung.
- c. Kesadaran baik : pasien sadar penuh (compos mentis) dan mampu mengikuti instruksi.
- d. Tidak ada kontraindikasi mobilisasi
 - 1) Tidak sedang mengalami nyeri tak tertahankan.

- 2) Tidak ada pemasangan alat medis yang membatasi gerak (misal drain besar yang belum diizinkan untuk mobilisasi).
- 3) Tidak ada gangguan keseimbangan berat.

e. Tujuan mobilisasi

- 1) Mencegah komplikasi akibat tirah baring lama (dekubitus, trombosis, pneumonia).
- 2) Mempercepat pemulihan fungsi tubuh.
- 3) Mengurangi nyeri dan memperbaiki sirkulasi.
- 4) Meningkatkan kemandirian aktivitas pasien.

4. Kelebihan Tindakan Dukungan Mobilisasi dalam Penyelesaian

Masalah

a. Mengurangi nyeri post operasi

Mobilisasi dini terbukti dapat menurunkan intensitas nyeri karena pergerakan tubuh membantu melancarkan sirkulasi darah, mencegah kekakuan otot, dan menstimulasi pelepasan endorfin alami tubuh (Rustianawati, 2023; Dinata, Inayati, & Ayubbana, 2024).

b. Mencegah Komplikasi Akibat Tirah Baring

Dengan pasien lebih cepat bergerak, risiko komplikasi seperti atelektasis, pneumonia, trombosis vena dalam, dan konstipasi dapat diminimalisir (Potter et al., 2020; Smeltzer et al., 2020).

c. Mempercepat Proses Penyembuhan Luka

Pergerakan yang terkontrol meningkatkan aliran darah ke area operasi sehingga mempercepat proses penyembuhan luka (Ratih Pebrianti, 2024).

d. Meningkatkan Kemampuan Mobilisasi dan Kemandirian Pasien

Pasien yang melakukan mobilisasi dini lebih cepat kembali mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti duduk, berdiri, dan berjalan (Dwi Nurlina, 2024).

e. Mempercepat Pemulihan Fungsi Organ

Mobilisasi dini membantu mempercepat pemulihan fungsi gastrointestinal (mencegah ileus paralitik) serta meningkatkan kapasitas pernapasan (Yosep & Rustina, 2021).

f. Meningkatkan Psikologis Pasien

Pasien merasa lebih percaya diri, termotivasi, dan optimis terhadap proses penyembuhan karena keterlibatannya aktif dalam perawatan (PPNI, 2017).

5. Format Observasi

Tabel 2.6 SPO Mobilisasi Dini Pada Pasien Post Apendiktomi

SPO	Tindakan
Tahap Orientasi	1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 3. Siapkan alat yang diperlukan: a. Sarung tangan bersih, jika perlu b. Bantal
Tahap Kerja	4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 5. Pasang sarung tangan, jika perlu 6. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik

	7. Identifikasi toleransi fisik dalam melakukan mobilisasi
	8. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
	9. Pada 6-12 jam post operasi appendiktomi ajarkan pasien meregangkan tangan dan kaki menggunakan ROM dan miring kanan kiri selama 10-45 menit
	10. Pada 12-24 jam post operasi appendiktomi ajarkan pasien duduk dengan posisi semi <i>fowler</i> 30°–45° selama 10-15 menit, kemudian di tingkatkan menjadi posisi <i>fowler</i> 60°–90° selama 10-45 menit sesuai toleransi pasien
	11. Pada 24-36 jam post operasi appendiktomi, ajarkan pasien duduk di sisi tempat tidur dengan kaki menggantung selama 10-15 menit
	12. Pada 36-48 jam post operasi appendiktomi ajarkan pasien di bantu berdiri selama 10–45 menit.
	13. Pada 48-72 jam post operasi appendiktomi, ajarkan pasien berjalan ringan selama 10–45 menit dengan pengawasan.
	14. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
	15. Libatkan keluarga dalam membantu pasien untuk melakukan mobilisasi
Tahap Evaluasi	16. Lepaskan sarung tangan, jika menggunakan
	17. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
	18. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien

(Sumber : PPNI, 2017)