

Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Apendektomi Dengan Masalah Mobilisasi Fisik Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

by Nur Ilana Rahmawati

Submission date: 20-Jul-2020 03:57PM (UTC+0700)

Submission ID: 1359879282

File name: nur_ilana_deal.docx (164.56K)

Word count: 9387

Character count: 59152

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Appendicitis adalah peradangan pada appendix vermiformis dan ini adalah penyebab paling umum dari perut akut. Sedangkan apendiks adalah perpanjangan dari sekum yang panjangnya 10 cm dan ujung apendiks terletak di berbagai lokasi, terutama di belakang sekum Muttaqin, (2018).

Ada berbagai risiko yang mempengaruhi kejadian radang usus buntu. Faktor risiko pertama adalah jenis kelamin. Pria memiliki faktor risiko lebih tinggi untuk mengembangkan apendisitis daripada wanita di usia produktif. Ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk berbagai beban kerja dan kegiatan yang dilakukan oleh pria dan wanita. Pria cenderung bekerja di luar rumah dan menghabiskan lebih banyak waktu di luar rumah sehingga ini membutuhkan lebih banyak energi dan juga stres karena stres kerja yang mereka tanggung juga dan ini mempengaruhi kesehatan. Sedangkan pada remaja faktor utama yang muncul adalah dalam diet. Remaja lebih sering mengonsumsi makanan yang kurang serat. Ini karena asupan makanan yang mengandung lebih sedikit serat dapat menyebabkan sembelit dalam sistem pencernaan manusia dan pada akhirnya memiliki kesempatan untuk menyebabkan penyumbatan pada lampiran sehingga dapat menyebabkan peradangan pada bagian itu.

Stacroe, (2017) berpendapat bahwa apendiksitis akut adalah salah satu penyebab penyakit perut akut dan ini merupakan indikasi untuk operasi perut darurat. Jumlah acara apendiksitis di dunia mencapai 3442 juta kasus setiap tahun .

salah satu faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka akibat pengangkatan usus buntu adalah kurangnya atau tidak adanya mobilisasi dini. Mobilisasi adalah faktor utama dalam mempercepat pemulihan dan mencegah komplikasi pasca bedah seperti pemulihan gerakan tubuh dan gerakan independen. Mobilisasi sangat penting dalam mempercepat hari perawatan dan mengurangi risiko istirahat berkepanjangan seperti luka tekanan, kekakuan di semua bagian tubuh atau ketegangan pada otot di seluruh tubuh, gangguan sirkulasi darah, pernapasan, dan peristaltik serta gangguan saluran kemih Carpenio, (2017).

Statistik di Amerika telah mencatat bahwa ada 30-35 juta kasus radang usus buntu setiap tahun. 10% dari populasi di Amerika memiliki apendektomi (operasi untuk mengangkat usus buntu). Prevalensi radang usus buntu di Asia pada tahun 2019 tercatat sebesar 4,8% dari total populasi. Sedangkan di Indonesia menurut hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), radang usus buntu menempati urutan tertinggi dan hasilnya mencapai 591.819 orang pada 2019. Berdasarkan data di Rumah Sakit Daerah Bangil Pasuruan pada 2019 jumlah pasien dengan radang usus buntu akut adalah 55 orang.

Irga, (2017) menyimpulkan cara menghasilkan peradangan usus. Tetapi ada banyak faktor yang menyebabkan bakteri ini. Termasuk obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Lampiran untuk obstruksi lumen biasanya disebabkan oleh akumulasi fecalites mengeras, hiperplasia, jaringan limfoid, penyakit cacing parasit, benda asing dalam tubuh, kanker primer dan striktur. Namun penyebab paling umum dari obstruksi lumen apendic adalah vamping dan hiperplasia jaringan limfoid. Apendisitis akut dapat disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun, apendiks menghasilkan 1 sampai 2 ml pendarat per hari yang biasanya dituangkan

ke dalam lumen dan kemudian didistribusiakan ke sekum. Menghentikan aliran lendir ke dalam penempatan untuk mengembalikan patogenesis. Selain hiperpatik limfatik, tumor usus buntu dan cacing askaris juga dapat menyebabkan penyumbatan di Kusuma, (2013).

Sejalan dengan opini Ludeman, (2015) terapi yang akan sering dilakukan pada pasien dengan apendisitis adalah pembedahan. Sesuai dengan pendapat (Ludeman, 2015). Pasien terpilih, istirahat di posisi unggas, diberi antibiotik dan diberi makanan yang tidak mendapat peristaltik, jika ada perforasi diberikan drain di perut kanan bawah (Soewito, 2017). Apendiks ini menyerang usus besar. Namun, jika ini dilakukan terlalu dini dengan teknik yang salah, mobilisasi dapat mengembalikan proses luka menjadi tidak efektif. Mobilisasi awal yang sukses tidak hanya menyelesaikan proses pemulihan pada luka pasca operasi tetapi juga dapat mengembalikan peristaltik usus pada pasien pasca operasi Akhirta, (2017). Ini telah dibuktikan oleh Wiyono di Akhirta (2016) dalam penelitiannya tentang pemulihan peristaltik usus pada pasien pasca operasi. Hasil penelitiannya mengatakan bahwa mobilisasi ini sangat diperlukan bagi pasien pasca operasi untuk membantu mempercepat periode pemulihan usus dan mempercepat penyembuhan luka pasien.

1.2 Batasan Masalah

Dalam studi kasus ini hanya membahas asuhan keperawatan untuk pasien yang mendiskusikan post appendectomy dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati di Rumah Sakit Bangil Pasuruan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana dengan asuhan keperawatan untuk pasien yang menderita radang usus buntu (appendectomy) dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati di Rumah Sakit Bangil Pasuruan.

1.4 Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan kepada klien yang telah menjalani operasi pasca apendisitis dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan penelitian dengan pasien yang telah menjalani pasca operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati di Rumah Sakit Bangil Pasuruan.
- b. Mampu merumuskan diagnosis keperawatan dengan pasien yang telah menjalani operasi pasca apendisitis dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati di Rumah Sakit Bangil Pasuruan.
- c. Dapat membuat rencana dengan pasien yang meningkatkan masalah pasca apendisitis dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati Rumah Sakit Bangil Pasuruan.
- d. Mampu membuat pasien yang menangani radang usus buntu setelah operasi dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati Rumah Sakit Bangil Pasuruan.

e. Mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pasien yang menjalankan operasi pasca apendisitis dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati Rumah Sakit Bangil Pasuruan.

1.5 Manfaat Penelitian

a. Manfaat Teoritis

Mampu meningkatkan pengetahuan dalam menyelesaikan masalah mobilisasi fisik pada klien yang mengalami post appendectomy dengan masalah mobilisasi fisik.

b. Manfaat Praktis

Makalah ilmiah ini dapat digunakan dalam melakukan asuhan keperawatan untuk klien yang mengalami post appendectomy dengan masalah mobilisasi fisik dengan karakteristik pasien yang berbeda dari pengalaman sebelumnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Apendiktomi

2.1.1 Definisi

Smeltzer, (2015) mengemukakan apendiks adalah ujung kecil seperti jari yang panjangnya sekitar 10 cm (4 inci), melekat pada sekum tepat di bawah katup ileosekal. Tetap berpegang pada makanan dan mengosongkan diri mereka secara teratur ke dalam sekum karena pengosongan tidak efektif, dan terutama rentan terhadap infeksi (radang usus buntu).

Kusuma, (2013) berpendapat apendiktomi, radang usus buntu adalah peradangan karena radang usus buntu atau radang usus buntu. Dalam lampiran sebenarnya adalah sekum. Infeksi ini dapat menyebabkan peradangan akut yang memerlukan perawatan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya.

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

1. Anatomi.

a. Usus kecil terletak di daerah umbilikus dan di angkat oleh usus besar, bagian dari usus kecil:

1. Duodenum.

Juga disebut usus 12 jari, panjang sekitar 25 cm, dan bentuk sepatu kuda melengkung dilingkungan ini adalah pankreas.

2. Jejunum dan ileum.

Memiliki panjang sekitar 6 cm, dua perlima teratas adalah (jejenum) dengan panjang 2-3 cm, dan ileum dengan panjang 4-5 cm. Lengkungan jejenum dan ileum melekat pada dinding perut posterior dengan media lipatan peritonium berbentuk kipas yang dikenal sebagai mesenterium.

b. Usus Besar.

1. Seicum.

Di bawah seicum ini adalah lampiran vermiform terbentuk seperti cacing sehingga disebut cacing panjang 6 cm.

2. Kolon Asenden.

Panjang 13 cm terletak di bawah perut kanan yang membentang dari ileum ke dasar jantung.

3. Radang Usus Buntu (Usus Kecil).

Bagian dari usus besar yang muncul seperti corong dari ujung seicum, dan memiliki jalan keluar yang sempit tapi mungkin yang dapat dilewati oleh beberapa isi usus.

4. Transfer Kolon.

Panjang 38 cm yang memanjang dari usus ke usus di bawah perut kanan adalah kelenturan hati dan kelenturan limpa hati.

5. Kolon Desenden.

Panjang 25 cm, terletak di bawah abdomen kiri, memanjang dari atas ke bawah fleksura lien ke depan ileum kiri yang terhubung ke kolon sigmoid.

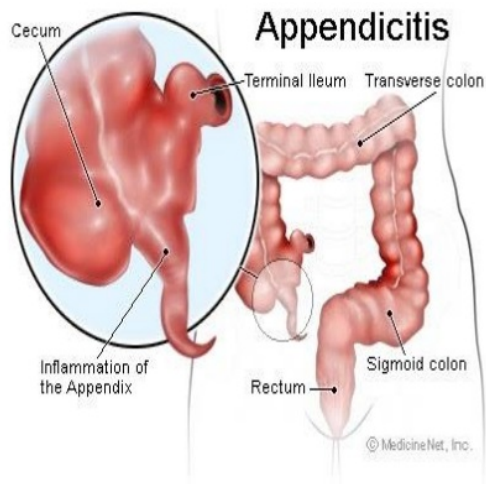
6. Kolon Sigmoid.

Adalah kelanjutan dari kemiringan yang menurun di rongga panggul kiri, dan bentuk huruf S yang ujung bawahnya terhubung ke rektum.

7. Dubur.

Terletak di bawah kolon sigmoid yang menghubungkan instestinum utama dengan anus. Terletak di rongga panggul di depan os. Sekrum dan os. Koksigis.

Gambar 2.1 Anatomi dari lampiran vermiform



2.1.3 Etiologi

Irga, (2017) menyimpulkan terjadinya apendiksitis akut umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Tetapi ada banyak faktor pemicu yang terjadi pada penyakit ini. Termasuk obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Lampiran untuk obstruksi lumen biasanya disebabkan oleh akumulasi fecalite mengeras, hiperplasia, jaringan limfoid, penyakit cacing, parasit, benda asing dalam tubuh, kanker primer dan penyempitan. Namun, penyebab paling umum dari obstruksi lumen appendic adalah vamping dan hiperplasia jaringan limfoid.

Kusuma, (2013) menyimpulkan terjadinya apendiksitis akut umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun, apendiks menghasilkan 1-2 ml pendarat per hari yang biasanya dituangkan ke dalam lumen dan kemudian dibawa ke sekum. Aliran mukosa obstruktif pada apendiks tampaknya berperan dalam patogenesis. Selain getah bening, tumor usus buntu dan cacing askaris juga dapat menyebabkan penyumbatan.

2.1.4 Patofisiologi

Apendiksitis ini biasanya disebabkan oleh obstruksi lumen apendiks oleh fimfoid hiperplasia, fecalite, adanya benda asing, penyempitan karena fibrosis karena peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi menyebabkan lendir dalam produksi mukosa yang terdegradasi. Semakin lama semakin banyak lendir, tetapi elastisitas dinding usus buntu memiliki keterbatasan sehingga hal ini menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Peningkatan tekanan ini akan menghambat aliran getah bening yang menyebabkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Ini terjadi ketika apendiksitis fokal akut terjadi yang ditandai dengan nyeri epigastrik. Jika sekresi lendir terus berlanjut, dan tekanan akan terus

meningkat. Ini akan menyebabkan obstruksi vena, peningkatan edema, dan keberadaan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang muncul secara luas dan mempengaruhi peritonium lokal akan menyebabkan rasa sakit di daerah kanan bawah. Kondisi ini juga disebut apendisitis supuraktif akut. Jika aliran di arteri tersumbat, akan terjadi infarksi dinding perlekatan yang diambil oleh gangren. Stadium ini disebut gangren appendixitis. Jika dinding rapuh rusak, apendiks akan terjadi perforasi. Jika proses di atas lambat, omentum dan usus yang ditransfer akan bergerak menuju usus buntu sampai massa lokal yang disebut infiltrat appendicular muncul. Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah apendiksitis, jika tidak ada tindakan segera diambil maka radang usus buntu dapat menjadi abses atau dapat dihilangkan Mansjoer, (2018).

2.1.6 Manifestasi Klinis

Apendiktomi adalah pengangkatan usus buntu yang meradang Doenges, (2000), apendiksitis ini juga memiliki kombinasi yang sangat unit, seperti mual, muntah, dan nyeri hebat di perut kanan bawah. Rasa sakit ini bisa datang tiba-tiba di bagian atas atau melalui pusar, kemudian mual dan berhenti terjadi. Setelah beberapa jam, mualnya hilang dan rasa sakit bergerak ke perut kanan bawah. Jika dokter berhasil dalam bidang ini dilepaskan, rasa sakitnya bisa menjadi lebih tajam. Demam bisa mencapai 37,8-37,8°Celsius.

2.1.7 Pengelolaan

Pembedahan diindikasikan jika diagnosis apendiksitis telah ditetapkan. Antibiotik dan cairan intravena (IV) akan diberikan sampai operasi ini dilakukan. Analgesik dapat diberikan setelah diagnosis ditegakkan.

Smeltzer, (2010) menguraikan apendiktomi (pembedahan untuk menghilangkan radang usus buntu) akan dilakukan sesegera mungkin untuk mengurangi risiko perforasi. Apendisitis dapat dilakukan dengan anestesi umum atau spinal dengan sayatan perut bagian bawah atau dengan laparoskopi, yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif.

2.1.8 Komplikasi

Smeltzer, (2010) menerangkan komplikasi utama pada apendiksitis adalah sepsis yang dapat berkembang menjadi : perforasi, peritonitis dan abses. 24 jam setelah rasa sakit. 37,5-38,5°celcius atau dapat juga terjadi pada penampilan yang lebih tinggi dan lebih baik, peningkatan kegembiraan, dinding perut dinding kuadran kanan bawah dengan pilihan peritonitis umum atau abses ileus lokal, demam, melaise dan leukositosis.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Alat diagnostik yang paling menentukan untuk enteritis regional adalah pemeriksaan barium pada saluran pencernaan bagian atas yang menunjukkan tanda-tanda x-ray klasik pada ileum terminal yang menunjukkan segmen usus yang menyempit. Barium enema juga dapat menunjukkan ulserasi dan batu bulat serta keberadaan firaun dan fistula. Peningkatan CT dapat menunjukkan penebalan dinding usus dan saluran fistula.

Memeriksa proktosigmoidoskopi biasanya akan dilakukan terlebih dahulu untuk menentukan apakah daerah rektosigmoid meradang. Penerimaan tinja juga dan mungkin positif untuk daerah samar dan steatorrhoea (kelebihan lemak di tinja).

Smaltzer, (2010) menjabarkan hitung darah lengkap dilakukan untuk menilai hematorit dan kaderin hemoglobin (yang biasanya menurun) dan jumlah sel darah putih (yang dapat meningkat) laju sedimentasi biasanya akan meningkat lebih banyak. Kadar albumin dan protein dapat menurun, mengindikasikan kekurangan gizi.

2.2 Konsep Dasar Mobilisasi

2.2.1 Definisi

Potter & Perry, (2012) menyimpulkan mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, yang dilakukan secara mandiri, dan secara teratur memenuhi kebutuhan kebebasan dan ompbilisasi yang sehat yang mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak bebas.

Mubarak & Chayatin, (2010) berpendapat mobilisasi adalah bantuan seseorang untuk bergerak dengan bebas, mudah dan teratur yang cocok untuk kebutuhan hidup sehat yang dibutuhkan oleh setiap orang untuk bergerak. Kehilangan kemampuan untuk bergerak karena memerlukan perawatan untuk mempraktikkan mobilisasi teratur. mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian, meningkatkan kesehatan, meningkatkan proses penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri, harga diri dan citra tubuh.

2.2.2 Macam-macam Mobilisasi

Hidayah, (2009) berpendapat jenis mobilisasi dibedakan berdasarkan kemampuan gerakan yang dilakukan oleh seseorang yaitu:

1. Mobilisasi penuh adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga mereka dapat melakukan interaksi sosial dan dapat menjalankan peran dalam kehidupan sehari-hari mereka. Mobilisasi penuh ini adalah fungsi dari saraf motorik dan sensorik untuk dapat mengendalikan semua area tubuh seseorang.
2. Mobilisasi parsial dapat melibatkan seseorang untuk bergerak dengan batas-batas yang jelas dan tidak dapat bergerak dengan kebebasan karena menggunakan saraf motorik dan sensorik di area tubuh.

2.2.3 Tujuan Mobilisasi Dini

Suzanne, (2010) berpendapat mobilisasi dini bertujuan untuk mengurangi komplikasi pasca-bedah, terutama atelektasis dan pneumonia hipostatik, mempercepat terjadinya buang air besar dan buang air kecil dengan adanya rasa sakit pasca operasi. Mobilisasi dilakukan untuk meningkatkan ventilasi, mencegah

statis darah dengan meningkatkan kecepatan sirkulasi di ekstremitas dan kecepatan pemulihan pada cedera perut.

2.2.4 Range of Motion (ROM)

Asmadi, (2010) mengemukakan latihan rawan gerak ini dilakukan pada setiap sendi dengan melakukan gerakan yang tidak mengakhiri latihan ROM juga dapat dilakukan secara aktif dan pasif. Pelatihan ROM aktif adalah latihan dimana perawat akan memilih gerakan bersama pada pasien sesuai dengan kerentangannya. Sedangkan latihan ROM aktif adalah ROM yang dapat dilakukan oleh pasien sendiri tanpa bantuan perawat dan alat bantu. Operasi pasif dan latihan ROM aktif adalah ROM yang dapat dilakukan oleh pasien sendiri tanpa bantuan perawat dan alat bantu. Perbedaan antara latihan ROM pasif dan aktif tergantung pada ada atau tidak adanya bantuan yang diberikan oleh perawat kepada pasien dalam melakukan ROM.

2.3 Asuhan Keperawatan Dalam Memenuhi Kebutuhan Mobilisasi Fisik

2.3.1 Penilaian Keperawatan

Hidayat, (2009) berpendapat bahwa penilaian masalah pemenuhan kebutuhan mobilitas adalah sebagai berikut:

1. Identitas: termasuk nama, usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, tanggal atau waktu masuk rumah sakit, nomor rekam medik, diagnosis, nama orang tua, usia orang tua, pendidikan terakhir orang tua, agama dan etnis atau bangsa.

2. Riwayat penyakit sekarang: studi riwayat pasien saat ini mencakup alasan untuk pasien yang menyebabkan keluhan atau gangguan dalam mobilisasi seperti nyeri, kelemahan otot, kelelahan, mobilitas, gangguan mobilitas, dan lamanya gangguan mobilitas.
 3. Riwayat medis masa lalu: termasuk penyakit apa yang diderita klien seperti hipertensi, operasi perut masa lalu, apakah klien telah dirawat di rumah sakit, obat-obatan yang telah digunakan, apakah ia memiliki riwayat alergi dan imunisasi apa yang telah ia terima.
 4. Sejarah keluarga: adalah keluarga yang menderita diabetes mellitus, hipertensi, gangguan mental atau penyakit kronis lainnya, upaya yang dilakukan dan bagaimana genogramnya.
5. Pola Fungsi Kesehatan:
- a. Pola persepsi dan manajemen hidup sehat: adakah kebiasaan merokok, penggunaan narkoba, alkohol dan kebiasaan olahraga (pernah), bagaimana dengan kebiasaan ekonomi merokok.
 - b. Pola tidur dan istirahat: insisi bedah dapat menyebabkan rasa sakit yang parah yang dapat mengganggu pola tidur klien.
 - c. Pola aktivitas: kegiatan tergantung pada kondisi dan malas atau kesulitan bergerak karena perasaan operasi luka, kegiatan biasanya terbatas karena mereka harus beristirahat selama beberapa waktu setelah operasi.
 - d. Pola dan peran hubungan: dengan mobilitas terbatas pasien mungkin tidak dapat memainkan peran yang baik dalam keluarga dan masyarakat. Penderita mengatasi emosi yang tidak stabil.

- e. Pola sensorik dan kognitif: ada atau tidak adanya perbedaan sensorik dalam rasa sakit, penglihatan, peraba dan pendengaran, kemampuan untuk berfikir tentang masa lalu, berorientasi pada orang tua, waktu dan tempat.
- f. Pola manajemen stres: kebiasaan klien digunakan saat memecahkan masalah.
- g. Nilai-nilai dan pola kepercayaan: bagaimana klien mempercayai agama dan bagaimana klien lebih dekat dengan Tuhan selama penyakit klien.

6. Pemeriksaan fisik dari kepala hingga ujung kaki (Head to toe).

Pemeriksaan fisik:	Tujuan pemeriksaan:
Kepala:	Dapat membantu untuk mengetahui tentang kulit dan untuk mengetahui tentang lesi atau bekas luka. Inspeksi: melihat ada tidaknya lesi, warna kehitaman atau kekiklatan, edema dan distribusi rambut kulit. Palpasi: setujui dan tentukan apakah turgor kulit elastis atau tidak, tekstur kasar atau halus, dingin atau hangat.
Rambut:	Tujuannya adalah untuk mengetahui warna, tekstur dan percabangan rambut dan untuk mengetahui kerontokan rambut dan mudah kotor. Inspeksi: rambut tersebar merata atau tidak, kotor atau tidak, ujung bercabang. Palpasi: mudah rontok atau tidak, tekstur kasar atau halus.
Kuku:	Cara menentukan isi kuku, warna dan panjangnya dan untuk mengetahui isi ulang kapiler.

	<p>Inspeksi: note blue: syanosis, red: peningkatan visibilitas Hb, bentuk: clubbing karena hipoksia pada kanker paru-paru.</p> <p>Palpasi: perhatikan nyeri tekan dan jumlah kapiler terisi dalam beberapa detik (pada pasien dengan hipoksia lambat 5-15 detik).</p>
Kepala atau wajah:	<p>Tujuannya adalah untuk menentukan bentuk dan fungsi kepala dan untuk mengetahui cedera dan kelainan di kepala.</p> <p>Inspeksi: lihat simetri wajah jika wajah kanan dan kiri, ini menunjukkan ada parase atau kelumpuhan.</p> <p>Palpasi: cari luka, tonjolan patologis dan respons nyeri dengan menekan kepala seperlunya.</p>
Mata:	<p>Pilihannya adalah menentukan bentuk dan fungsi mata dan juga untuk penyimpangan atau pengelihatannya.</p> <p>Inspeksi: apakah kelopak mata hadir atau tidak, reflek kedip, konjungtiva dan sklera baik atau tidak: merah atau konjungtivitis, ikterus atau konversi hiperbilirubin atau kelainan pada hati, pupil: isokorisme, miosis atau medriasis.</p> <p>Palpasi: tekan sedikit untuk mendukung IOP (tekanan intraokuler) jika ada peningkatan akan terasa parah (pasien glaukoma atau kerusakan pada tabung optik).</p>
Telinga:	<p>Untuk telinga bagian atas, saluran telinga, gendang telinga.</p> <p>Inspeksi: dekorasi simetris, warna, ukuran bentuk, kebresihan, lesi.</p>

	<p>Palpasi: tekan lobus telinga jika ada respons nyeri, rasakan pemeriksaan tulang rawan.</p>
Hidung:	<p>Tujuannya adalah untuk menentukan bentuk dan fungsi hidung serta mengenali peradangan atau sinusitis.</p> <p>Inspeksi: apakah hidungnya simetris, adakah peradangan, adakah rahasia?</p> <p>Palpasi: apakah ada nyeri tekan massa.</p>
Mulut dan faring:	<p>Tujuannya adalah untuk menentukan bentuk dan kelainan pada mulut dan untuk mengetahui keberhasilan mulut.</p> <p>Inspeksi: amati bibir jika ada kelainan bawaan (bibir sumbing) warna, simetri, pembengkakan, kelembaban, lesi, amati jumlah dan bentuk gigi, rongga, warna plak dan kebersihan gigi.</p> <p>Palpasi: tahan dan tekan daerah pipi lalu rasakan massa atau tumor, bengkak dan nyeri.</p>
Leher:	<p>Untuk menentukan struktur dan integritas, untuk menentukan bentuk dan organ terkait dan membaca sistem limfatik.</p> <p>Inspeksi: amati bentuk, warna kulit, jaringan lambung, amati pembengkakan tiroid, amati simetri leher dari depan ke belakang dan samping.</p> <p>Palpasi: letakkan telapak tangan di leher klien, beri tahu pasien untuk mengambil dan merasakan tiroid.</p>
Dada:	<p>Simetri, frekuensi, irama pernapasan, kelembutan dan</p>

	<p>mendengarkan suara paru-paru.</p> <p>Inspeksi: amati retraksi interkostal, amati gerakan paru.</p> <p>Palpasi: apakah ada kelembaban, apakah ada benjolan.</p> <p>Auskultasi: untuk mempelajari bunyi napas veskuler, mengi atau crecles.</p>
Perut:	<p>Tujuannya adalah untuk menentukan bentuk dan pergerakan lambung, mendengarkan bunyi peristaltik usus dan untuk menentukan respon kelembutan pada organ perut.</p> <p>Inspeksi: amati bentuk umum lambung, warna kulit, adanya retraction, tonjolan, adanya asimetri, adanya asites.</p> <p>Palpasi: respons massa dan kelembutan.</p> <p>Auskultasi: bunyi usus normal 10 hingga 12 kali per menit.</p>
Muskuloskeletal:	<p>Tujuannya adalah untuk menentukan mobilitasi kekuatan otot dan gangguan di area tertentu.</p> <p>Inspeksi: mengenai ukuran dan keberadaan atrofi dan hipertrofi, amati kekuatan otot dengan memberikan pengekangan pada tungkai atas atau bawah.</p>

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Herdman, (2012) berpendapat diagnosis keperawatan yang muncul pada klien dengan appendisitis pasca operasi merupakan hambatan untuk mobilisasi fisik.

Definisi: gerakan fisik atau fisik yang salah atau lebih mandiri dan terarah.

Keterbatasan karakteristik:	Faktor terkait:
-----------------------------	-----------------

<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi waktu reaksi 2. Kesulitan memutar posisi tubuh 3. Dispnea setelah beraktivitas 4. Ubah cara kerjanya 5. Kemampuan terbatas untuk melakukan keterampilan motorik kasar. 6. Terbatasnya pergerakan sendi rentan 7. Gerak lambat 8. Gerak yang tidak terkoordinasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Toleransi aktivitas 2. Kegelisahan 3. Konstruktor 4. Kekuatan otot menurun 5. Ketidaknyamanan 6. Rasa sakit 7. Program pembatasan gerak.
--	---

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Nurrarif & Kusuma, (2015) menerangkan berdasarkan diagnosis keperawatan dari gangguan mobillisasi fisik, intervensi dari diagnosis keperawatan yang mungkin timbul adalah: hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, terapi restriktif.

Tabel 2.1 intervensi keperawatan dan intervensi diagnosis keperawatan 2018-2020

Diagnosis keperawatan:	Kriteria hasil:	Intervensi:
Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, terapi restriktif. Data subjektif: laporkan secara	Klafikasi hasil keperawatan: Setelah 3x24 jam tindakan keperawatan diharapkan dapat meningkatkan mobilitas sesuai kemampuan, mampu memobilisasi di tempat tidur, mampu melakukan aktivitas.	Klasifikasi pesanan keperawatan: Kegiatan keperawatan: Menilai tanda-tanda vital dan tingkat mobilisasi

lisan. Data objektif: 1. Klien meningkatkan aktivitas fisik 2. Klien memahami tujuan dan meningkatkan mobilitas fisik 3. Klien mampu mengekspresikan kekuatan dan kemampuan bergerak secara verbal	Indikator: 1. Klien meningkatkan aktivitas fisik 2. Klien memahami tujuan dan meningkatkan mobilitas fisik 3. Klien mampu mengekspresikan kekuatan dan kemampuan bergerak secara verbal	Skala pencapaian: 5 5 5	Independen: 1. Mengetahui tingkat kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas 2. Meningkatkan mobilisasi secara bertahap 3. Instruksikan klien untuk kembali tidur jika ketika duduk terasa sakit 4. Hindari perbaikan Kolaborasi: 1. Mendorong klien untuk mengubah posisi setiap 2 jam 2. mengurangi timbulnya komplikasi kulit dan pernapasan (dikubitus pneumonia) 3. Membantu pasien melakukan mobilisasi dini di tempat tidur 4. Meningkatkan sirkulasi darah muskuloskeletal, mempertahankan kekuatan otot, mempertahankan gerakan sendi, mencegah
	Skala pencapaian: 1. Tidak mandiri 2. Di bantu oleh orang dan alat 3. Di bantu oleh orang-orang 4. Alat 5. Sepenuhnya independen		

		konstraktur atau atrofil
--	--	-----------------------------

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Prabowo,(2014) menjabarkan bahwa implementasi tindakan keperawatan akan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum mengambil tindakan yang disepakati, perawat perlu memvalidasi bahwa rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakanyang telah diambil sebagai respons terhadap respons pasien akan didaftarkan.

Tindakan keperawatan yang di ambil selama perawatan di rumah sakit ini mendorong klien untuk mengubah posisi tidur mereka yang nyaman setiap 2 jam sekali, mendorong klien untuk bekerja secara mandiri, misalnya pelatihan untuk minum mengambil makanan tanpa melibatkan keluarga dalam kegiatan klien.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Direja, (2012) berpendapat evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek asuhan keperawatan pada pasien. Evaluasi dapat dibagi menjadi dua, yaitu: proses atau evaluasi formatif dilakukan setiap kali setelah mengambil tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respons pasien dan tujuan spesifik dan umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP, sebagai berikut:

S: Meminta persetujuan pasien untuk tindakan keperawatan yang telah dilakukan dapat dilakukan dengan meminta pasien secara langsung.

O: Respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diterapkan. Dapat diambil dengan meningkat.

A: Analisis ulang data subjektif. Data subyektif dan data objektif untuk memasukkan masalah tetap ada atau masalah baru muncul atau ada data yang menggantikan masalah yang ada.

P: Hasil analisis pencernaan atau tindak lanjut pada respons pasien yang terdiri dari tindak lanjut dan tindak lanjut oleh perawat.

Rencana tindakan selanjutnya dapat:

1. Paket perbaikan secara default
2. Rencana untuk menyelesaikan masalah tetap ada, semua tindakan diambil tetapi hasilnya belum memuaskan.
3. Rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru yang ditolak dengan masalah yang ada dan diagnosa lama dibatalkan
4. Rencana atau diagnosis yang lengkap harus disetujui dan di perlukan adalah pemeliharaan kebutuhan baru.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Notoatmodjo, (2012) mendeskripsikan bahwa studi kasus adalah desain penelitian yang mencakup satu unit. Satu unit di sini yang berarti satu klien, grup, komunitas, atau asosiasi. Unit di mana kasus dianalisis diselesaikan dengan benar dalam kasus situasi itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhinya, peristiwa spesifik yang akan terjadi terkait dengan kasus tertentu. Meskipun dalam studi kasus ini peneliti akan menggunakan dua klien yang akan di terima sesuai dengan keluhan dan diberikan asuhan keperawatan sesuai dengan diagnosis klien.

3.2 Batasan Masalah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, penelitian benar-benar perlu diberikan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini:

a. Asuhan keperawatan.

Ali, (2017) menyimpulkan asuhan keperawatan adalah proses atau seangkaian kegiatan praktik keperawatan yang terjadi untuk klien berbagai pengaturan perawatan kesehatan yang implementasinya didasarkan pada aturan profesi keperawatan dan merupakan inti dari praktik keperawatan.

b. Appendectomy.

Wibisono, (2014) berpendapat apendektomi adalah peradangan pada apendiks vermiformis, apendisitis akut tergantung pada obstruksi apendiks

lumen yang disebabkan oleh fecalite atau appendicolite, hiperplasia limfoid, seperti parasit, neoplasma atau penyempitan akibat fibrosis seperti yang disebutkan sebelumnya.

3.3 Peserta

Nursalam, (2017) mengemukakan peserta adalah sejumlah orang yang berpartisipasi dalam kegiatan. Subjek yang digunakan dalam penelitian ini adalah dua pasien:

- a. pasien dengan post appendectomy dengan masalah mobilisasi fisik
- b. seorang pasien di rawat di ruang melati Rumah Sakit Bangil
- c. pasien berusia 10 tahun hingga 45 tahun
- d. pasien yang bersedia menjadi subjek penelitian
- e. pasien di rawat di MRS (di rawat di rumah sakit) dan di rawat selama minimal 3 hari

3.4 Tempat dan Waktu Penelitian

Studi ini akan dilaksanakan di ruang Melati Rumah Sakit Bangil Pasuruan. Dan akan dilaksanakan di bulan Februari hingga April tahun 2020.

3.5 Pengumpulan Data

Untuk mendapatkan data sesuai dengan masalah dalam penelitian ini, maka perlu memiliki teknik pengumpulan data, termasuk teknik:

- a. Wawancara (riwayat identitas pasien, keluhan utama, riwayat keluarga saat ini, sumber data keluarga dari keluarga pasien dan penawar lainnya)
- b. Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan inspeksi, palpasi, perkusi, pendekatan auskultasi) pada sistem tubuh pasien
- c. Studi dokumentasi (hasil pemeriksaan diagnostik dan data terkait lainnya)

3.6 Uji Validasi Data

Uji validasi data dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validasi tinggi. Selain integritas peneliti (karena peneliti akan menjadi instrumen utama) :

- a. uji validasi data dilakukan dengan memperpanjang pengamatan atau tindakan
- b. sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama, yaitu pasien, perawat, dan keluarga pasien terkait dengan masalah yang akan diteliti

3.7 Analisis Data

Notoadmojo, (2012) berpendapat analisis data akan dilakukan mulai dari saat penelitian berada di lapangan, saat data dikumpulkan hingga semua data dikumpulkan. Analisis data dilakukan dengan mengungkap fakta, kemudian akan dibandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya akan diekspresikan dalam opini. Teknik analisis yang akan digunakan oleh pengamat dan peneliti yang dihasilkan data untuk interpretasi lebih lanjut oleh peneliti membandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk berkontribusi pada konversi. Urutan dalam analisis adalah:

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, studi dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan atau implementasi, dan evaluasi.

2. Mereduksi data

Data pada hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan akan dijadikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian akan dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan. Data obyektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan pada nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

3.8 Etika Penelitian

Nursalam, (2014) berpendapat etika yang mendasari persiapan studi kasus muncul dari:

- a. Informed consent (persetujuan untuk menjadi responden) dimana subjek harus mendapatkan informasi lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilakukan, memiliki hak untuk disetujui untuk menjadi responden. Informed consent juga perlu diumumkan tentang data yang diperoleh hanya akan digunakan untuk pengembangan pengetahuan.
- b. Anonymity (tanpa nama) dimana subjek memiliki hak untuk meminta agar data yang diberikan harus dirahasiakan. Kerahasiaan responden dijamin dengan mengaburkan identitas responden atau anonimitas.
- c. Kerahasiaan atau Confidentiality yang diberikan kepada responden dijamin oleh para peneliti.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN DISKUSI

4.1 Hasil Penelitian

4.1.2 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Penelitian ini yang akan dilakukan di ruang melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan, yang bertempat di daerah Jl. Raya Raci Bangil, Balungbendo, Masangan, Bangil, Pasuruan. Ruang melati ini dengan kapasitas 98 tempat tidur dengan 14 dokter spesialis, 49 tenaga medis dan 2 tenaga non medis (cleaning service).

4.1.2 Penilaian (Pengkajian)

1. Identitas pasien post apendiktomi di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Table 4.1 Identitas pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Data Pasien:	Pasien I:	Pasien II:
Nama:	Ny.M	Ny.K
Usia:	34 tahun	32 tahaun
Agama:	Islam	Islam
Pendidikan terakhir:	SLTA	SLTA
Profesi:	Ibu RumahTangga (IRT)	Ibu Rumah Tangga (IRT)
Status pernikahan:	Menikah	Menikah
Alamat:	Desa Raci, Bangil Pasuruan	Bangil Kab.Pasuruan
Suku:	Jawa	Jawa
Tanggal MRS:	21 Februari 2020	22 Februari 2020

Tanggal penilaian:	21 Februari 2020	22 februari 2020
Waktu penilaian:	21.45	11.45
Nomor Rekam Medik:	00306XXX	00316XXX
Diagnosis yang masuk:	Apendiktomi	Appendicitis

Sumber: data primer, (2020)

2. Riwayat medis

Table 4.2 Identitas pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Riwayat penyakit:	Pasien I:	Pasien II:
Keluhan utamanya:	Pasien mengatakan bahwa tubuhnya terasa kaku, otot-otonya kaku dan sulit untuk bergerak ke samping.	Pasien mengatakan bahwa dia tidak bisa bergerak setelah tersadar dari operasi, pasien merasakan tubuhnya kaku dan merasakan masih merasakan mual-mual.
Riwayat penyakit sekarang:	Pasien awal merasakan sakit di perut kanan dari 16 februari 2020 dan diperiksa di paramedis lokal pada sore hari, selama 3 hari pasien tidak berubah dan pada 20 februari 2020 pasien dibawa ke RS	Pasien mengatakan itumelukai semua bagian perut pada 21 februari 2020 di malam hari. Mual, muntah terus menerus. Dan pada 22 februari 2020 di sore hari, pasien pergi ke dokter praktek dan pasien disarankan ke ruang gawat

	Masyitoh dan di 21 februari 2020 pukul 11.00 pasien dirujuk ke unit gawat darurat Rumah Sakit Daerah Bangil. Pasien memiliki alergi obat, yaitu paracetamol, antalgin, suntik insulin, vitamin B1, dan ketorolak.	darurat di Rumah Sakit Bangil.
Riwayat medis masa lalu:	Pasien yang menderita diabetes mellitus.	Pasien tidak memiliki penyakit bawaan.
Sejarah keluarga:	Pasien menerangkan ibu pasien menderita diabet mellitus.	Kata pasien tidak ada penyakit serviks.
Riwayat penyakit psikososial:	Pasien berkata mencoba bersabar dengan penyakitnya dan berharap penyakitnya dapat disembuhkan segera.	Pasien mengatakan bahwa pasien menerima dengan tulus dan sabar untuk percobaan yang diberikan oleh Tuhan dan berharap kesembuhan akan segera sembuh.

3. Pola kesehatan (pendekatan gordon atau pendekatan sistem)

Table 4.3 Pola kesehatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pola kesehatan:	Pasien I:	Pasien II:
Pola manajemen kesehatan:	Pasien mengatakan bahwa ketika sakit dia sering memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan Rumah Sakit Islam Masyitoh.	Kata si pasien ketika merasa tidak enak badan, pasien segera memeriksakannya ke dokter yang berlatih di dekat rumahnya.
Pola nutrisi:	Ketika pasien di rumah, pasien mengatakan untuk makan 3 kali perhari dengan menu nasi, lauk pauk seadanya, minum sekitar 1500 ml air perhari, pasien suka minum kopi. Ketika pasien berada di rumah sakit pada saat penilaian keluarga, pasien mengatakan nafsu makan berkurang 2 kali per hari setengah porsi. minum 500 ml air per hari, menu makan: bubur halus.	Kompilasi pasien di rumah klien mengatakan nafsu makan baik, makan 2 kali perhari dengan lauk dan tidak terlalu banyak sayuran, minum sekitar 1500 ml air perhari. Kompilasi pasien di rumah sakit, pasien mengatakan nafsu makanan berkurang, sekitar 5-6 sendok makan 500 ml perhari. Menu gizi: bubur halus

Pola eliminasi:	<p>Kompilasi pasien di rumah, pasien mendapat Buang Air Kecil 6 kali sehari. Volumanya normal dan Buang Air Besar 1 kali kejadian kuning kecoklatan dengan konsistensi padat sering sembelit.</p> <p>Kompilasi pasien di rumah sakit pasien terpasang selang kencing, mengatakan dia belum buang air besar.</p>	<p>Kompilasi pasien di rumah, pasien mengatakan Buang Air Kecil 5 kali perhari berwarna kuning cerah. Volume normal dan Buang Air Kecil 1 kali kejadian kuning kecoklatan dengan konsistensi lunak sering sembelit.</p> <p>Kompilasi pasien di rumah sakit pasien terpasang selang kencing, tidak buang air besar.</p>
Pola istirahat atau tidur:	<p>Di rumah pasien mengatakan setiap hari tidur siang 1 jam dan tidur 7 jam malam.</p> <p>Di rumah sakit, pasien mengatakan sulit tidur.</p>	<p>Di rumah pasien mengatakan setiap hari tidur 2 jam dan 7 jam tidur malam.</p> <p>Di rumah sakit, pasien mengatakan dia merasa tidak bisa tidur dengan nyaman.</p>
Pola aktivitas:	<p>Ketika pasien di rumah pasien mengatakan untuk melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri.</p> <p>ketika pasien di rumah sakit, pasien mengatakan semua</p>	<p>Ketika pasien di rumah pasien mengatakan dia dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri.</p> <p>Ketika klien di rumah sakit kata pasien untuk dibantu oleh</p>

	kegiatan mereka dibantu oleh keluarga.	keluarga.
Data spiritual dan psikososial:	Di rumah pasien selalu beribadah secara teratur dan aktif berpartisipasi dalam kegiatan keagamaan di masyarakat Ketika di rumah sakit pasien berkata bahwa sholat 5 kali dan jarang berdoa karena mobilitas yang terbatas	Di rumah pasien selalu beribadah secara teratur Ketika di rumah sakit pasien mengatakan tidak beribadah

Sumber: data primer, (2020)

4. Pemeriksaan Fisik Head to toe atau Pendekatan Sistem

Table 4.4 Head to toe atau pendekatan sistem pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Tanda-tanda vita:	Pasien I: ny.M	Pasien II: ny.K
Keadaan umum:	Lemah	Lemah
Kesadaran:	Composmentis	Composmentis
Glasgow coma scale:	456	456
Tekanan darah:	130/90 mmHg	130/80 mmHg
Suhu:	36.6° celcius	36.8° celcius
Heart rite:	80 kali permenit	80 kali permenit
Respirasi:	24 kali permenit	20 kali permenit

Head to toe:

Pemeriksaan:	Pasien I: ny.M	Pasien II: ny.K
Kepala dan kulit kepala:	Inspeksi: terlihat kotor (+) Palpasi: tidak ada benjolan (-)	Inspeksi: terlihat kotor (+) Palpasi: tidak ada benjolan (-)
Rambut:	Inspeksi: hitam sering jatuh tipe rambut keriting	Inspeksi: hitam sering jatuh tipe rambut lurus
Wajah:	Inspeksi: Bekas luka tidak ada (-) oval simetris Palpasi: tidak ada sakit tekanan (-)	Inspeksi: oval simetris bekas luka tidak ada (-) Palpasi: sakit tekan tidak ada (+)
Mata:	Inspeksi: fungsi visual simetris keduanya sklera konjungtiva pupil merah muda pupil putih	Inspeksi: fungsi visual simetris dari kedua konjungtiva sklera merah muda
Hidung:	Inspeksi: fungsi penciuman baik simetris tidak ada secret (-)	Inspeksi: simetris fungsi penciuman baik secret tidak ada (-)
Mulut:	Inspeksi: kering (+) mulutnya berbau Palpasi: sakit tekanan (-)	Inspeksi: tampak kering (+) bau mulut Palpasi: (-) sakit saat ditekan
Telinga:	Inspeksi: pendengarannya berfungsi normal tampak	Inspeksi: normal pendengarannya terlohat

	terlihat bersih	bersih telingnya
Leher:	Inspeksi: tidak terdapat pembesaran getah bening dan thyroid palpasi: (-) sakit dalam tekanan	Inspeksi: (-) tidak ada pembesaran getah bening Palpasi: tidak terasa sakit jika di tekan
Dada:	Inspeksi: simetris bentuk dada pola pernafasan teratur tidak ada tarikan pada otot nafas Palpasi: (-) sakit tekanan Perkusi: suara ke dua parasonor Auskultasi: suara normal vesicular	Inspeksi: bentuknya simetris tidak terdapat tarikan pada otot nafas pola nafasnya normal Palpasi: terasa sakit tekan tidak ada Perkusi: suara ke dua parasonor Auskultasi: normal suaranya vesicular
Perut:	Inspeksi: (-) tidak adanya bekas luka perut simetris Palpasi: (+) rasa sakit tekanan tidak ada pembesaran hati Perkusi: timpani Auskultasi: bising usus 12 kali per menit	Inspeksi tidak terdapat bekas luka simetris perutnya Palpasi: adanya sakit jika di tekan tidak ada pembesaran hati Auskultasi: bising usus 10 kali per menit

Ekstermitas:	Inspeksi: tidak terdapat gangguan pada otot kekuatan ototnya	Inspeksi: tidak adanya gangguan terhadap ototnya kekuatan otot
	$\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$	$\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$
	Terasa hangat akralnya tidak tampak ada odema	Akranya terasa hangat tidak adanya pembengkakan

Sumber: data primer, (2020)

5. Hasil Bacaan Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostik

Table 4.5 Hasil bacaan pemeriksaan laboratorim dan diagnostik pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien I: ny.M

Laboratorium:	Foto ronsen:	Pemeriksaan USG:
Terlampirkan.	Tidak ada kelainan spesifik yang terlihat. Bayangan Ontras memasuki rongga lampiran rongga normal.	Ada lampiran pada odema di bagian Mc.burney.

Pasien I: ny.M

Jenis Pemeriksaan:	Hasil Pemeriksaan:	Nilai Normal:
HEMATOLOGI: Faal Hemostasis APTT Pasien	29,40	27,4 - 39,3

Protrombin Time Pasien	12,10	12 – 16,5
INR	0,84	
Darah Lengkap:		
Leukosit(WBC)	11,22	4,5 - 11
Neutrofil	5,9	1,5 – 8,5
Limfosit	4,28	1,1 – 5,0
Monosit	0,63	0,14 – 0,66
Esinofil	0,228	0 – 0,33
Basofil	0,15	0 – 0,11
Neutrofil%	52,9	35 - 66
Limfosit%	38,1	24 - 44
Monosit%	5,59	3 - 6
Esinofil%	2,0	0 - 3
Basofil%	1,4	0 - 1
Eritrosit(RBC)	4,924	4 – 5,2
Hemoglobin(HGB)	14,44	12 - 16
Hematokrit(HCT)	41,4	33 - 51
MCV	84,09	80 - 100
MCH	29,33	26 - 34
MCHC	34,87	32 - 36
RDW	11,64	11,5 – 13-1
PLT	287	150 - 450
MPV	7,812	6,90 – 10,6
KIMIA KLINIK:		
Gula Darah		
Glukosa Darah Sewaktu	308	<200

Pasien II: ny.K

Laboratorium:	Foto ronsen:	Pemeriksaan USG:
Terlampirkan.	Tidak ada kelainan spesifik yang terlihat. Bayangan kontras memasuki rongga lampiran rongga normal.	Ada lampiran pada odema di bagian Mc.burney.

Pasien II: ny.K

Jenis Pemeriksaan:	Hasil Pemeriksaan:	Nilai Normal:
HEMATOLOGI:		
Faal Hemostasis		
APTT Pasien	29,43	27,4 - 39,3
Protrombin Time Pasien	12,15	12 - 16,5
INR	0,84	
Darah Lengkap:		
Leukosit(WBC)	11,20	4,5 - 11
Neutrofil	5,6	1,5 - 8,5
Limfosit	4,30	1,1 - 5,0
Monosit	0,61	0,14 - 0,66
Esinofil	0,225	0 - 0,33
Basofil	0,13	0 - 0,11
Neutrofil%	53,2	35 - 66
Limfosit%	38,3	24 - 44
Monosit%	5,54	3 - 6
Esinofil%	2,2	0 - 3
Basofil%	1,2	0 - 1
Eritrosit(RBC)	4,931	4 - 5,2
Hemoglobin(HGB)	14,46	12 - 16
Hematokrit(HCT)	41,5	33 - 51
MCV	84,11	80 - 100
MCH	29,36	26 - 34
MCHC	34,89	32 - 36
RDW	11,67	11,5 - 13-1
PLT	295	150 - 450
MPV	7,822	6,90 - 10,6
KIMIA KLINIK:		
Gula Darah		
Glukosa Darah Sewaktu	298	<200

6. Terapi

Pasien I: Terapi yang didapatkan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Terapi: Cairan infus: Ranger laktat: 20 tetes per menit.

Injeksi: caftriaxsone 2dd1 gr.

Gentidine 2dd50mg.

Pasien I: Terapi yang didapatkan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Terapi: Cairan infus: Ranger laktat: 20 tetes per menit.

Santagesik 3dd1gr.

Kotorolak 2dd30mg.

Gentidine 2dd50mg.

4.1.3 Analisis Data

Table 4.6 Analisis data pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien I: ny.M

Keterangan:	Etiologi:	Masalah:
Data subjektif: Pasien berkata tubuh terasa kaku dan kaku bergerak ke samping.	Faktor Presipitasi	Mobilitas fisik
Data obyektif:	Reseptor Nyeri	hambatan
Keadaan umum: lemah	Persepsi Nyeri	mobilitas fisik
Kesadaran: composmentis	Nyeri	berhubungan
Glasgow coma scale: 456	Mobilitas fisik hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri terapi	restristif
Tekanan darah: 130/90mmHg	fisik berhubungan dengan nyeri terapi	
Suhu: 36.6°celciuse	restristif	
Heart rite: 80 kali per menit		

Respirasi: 24 kali per menit		
1.Tampak khawatir dan gugup		
2.Nafsu makan minumnya sedikit berkurang		

Pasien II: ny.K

Keterangan:	Etiologi:	Masalah:
Data subyektif: Pasien menjelaskan bahwa dia tidak bisa bergerak setelah tersadar dari operasi pasien merasakan tubuhnya kaku dan merasakan sakit semuanya pasien merasakan mual	Faktor Presipitasi Reseptor Nyeri Persepsi Nyeri Nyeri Mobilitas fisik hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri terapi restristik	Mobilitas fisik hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri terapi restristik
Data objektif: Keadaan umum: lemah Kesadaran: composmentis Glasgow coma scale: 456 Tekanan darah: 130/80mmHg Suhu: 36.8°celciuse Heart rite: 80 kali per menit Respirasi: 20 kali per menit 1.Tampak khawatir dan gelisah		

4.1.4 Diagnosis Keperawatan Yang Muncul

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri terapi restristikif.

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Table 4.7 Intervensi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Diagnosis keperawatan:	Kriteria hasil:	Intervensi:								
<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri terapi restriktif.</p> <p>Data subjektif: laporkan secara lisan.</p> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Klien meningkatkan aktivitas fisik 5. Klien memahami tujuan dan meningkatkan mobilitas fisik 6. Klien mampu mengekspresikan kekuatan dan kemampuan bergerak secara verbal 	<p>Klasifikasi hasil keperawatan:</p> <p>Setelah 3x24 jam tindakan keperawatan diharapkan dapat meningkatkan mobilitas sesuai kemampuan, mampu memobilisasi di tempat tidur, mampu melakukan aktivitas.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator:</th> <th>Skala pencapaian:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4. Klien meningkatkan aktivitas fisik</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5. Klien memahami tujuan dan meningkatkan mobilitas fisik</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6. Klien mampu mengekspresikan kekuatan dan kemampuan bergerak secara verbal</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator:	Skala pencapaian:	4. Klien meningkatkan aktivitas fisik	5	5. Klien memahami tujuan dan meningkatkan mobilitas fisik	5	6. Klien mampu mengekspresikan kekuatan dan kemampuan bergerak secara verbal	5	<p>Klasifikasi pesanan keperawatan:</p> <p>Kegiatan keperawatan: Menilai tanda-tanda vital dan tingkat mobilisasi</p> <p>Independen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tingkat kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas 2. Meningkatkan mobilisasi secara bertahap 3. Instruksikan klien untuk kembali tidur jika ketika duduk terasa sakit 4. Hindari perbaikan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Mendorong klien untuk mengubah posisi setiap 2 jam 6. mengurangi timbulnya komplikasi
Indikator:	Skala pencapaian:									
4. Klien meningkatkan aktivitas fisik	5									
5. Klien memahami tujuan dan meningkatkan mobilitas fisik	5									
6. Klien mampu mengekspresikan kekuatan dan kemampuan bergerak secara verbal	5									

	Skala pencapaian: 6. Tidak mandiri 7. Di bantu oleh orang dan alat 8. Di bantu oleh orang-orang 9. Alat 10. Sepenuhnya independen	kulit dan pernapasan (dikubitus pneumonia) 7. Membantu pasien melakukan mobilisasi dini di tempat tidur 8. Meningkatkan sirkulasi darah muskuloskeletal, mempertahankan kekuatan otot, mempertahankan gerakan sendi, mencegah kontraktur atau atrofili
--	--	--

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Table 4.8 Implementasi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien I: ny.M

Hari dan tanggal:	Jam:	Implementasi:	Tanda tangan:
Jumat: 21 Februari 2020	21.45 22.02	Diawali dengan perkenalan atau membina hubungan saling percaya untuk memberi dan mendapatkan informasi kesehatan kepada pasien. Mengamati tanda-tanda vital: Keadaan umum: lemah Kesadaran: composmentis	

		Glasgow coma scale: 456 Tekanan darah: 130/90 mmHg Suhu: 36.6° celciuse Heart rate: 80 kali permenit Pernapasan:24 kali permenit	
	22.20	Ajarilah keluarga dan pasien tentang latihan ROM yang lambat tapi sering.	
	22.25	Membantu pasien memobilisasi pasien setiap 2 jam.	
	22.30	Mendorong pasien untuk mengenakan pakaian longgar atau berdaster agar lebih bebas dan membantunya dalam berposisi yang tepat untuk beristirahat kembali.	

Table 4.9 Implementasi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien II: ny.K

Hari dan tanggal:	Jam:	Implementasi:	Tanda tangan:
Sabtu: 22 Februari 2020	11.45	Dimulai dengan memperkenalkan diri atau membangun hubungan saling percaya untuk memberi dan	

		mendapatkan informasi kesehatan kepada pasien.	
	11.55	Mendorong pasien untuk mengenakan pakaian longgar agar merasa nyaman.	
	12.02	Ajari keluarganya dan juga pasien tentang pelatihan mobilisasi yang lambat tapi sering	
	12.16	Memobilisasi pasien setiap 2 jam.	
	12.22	Bantu pasien posisi dengan nyaman	
	12.25	Amati gizi atau diit pasien	
	12.35	Mengamati tanda-tanda vital: Keadaan umum: lemah Kesadaran: composmentis Glasgow coma scale: 456 Tekanan darah: 130/80 mmHg Suhu: 36.8° celcius Heart rate: 80 kali permenit Pernapasan:20 kali permenit	

Table 4.10 Implementasi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien I: ny.M

Hari dan tanggal:	Jam:	Implementasi:	Tanda tangan:
Sabtu: 22 Februari 2020	05.45	Bantu memobilisasi pasien setiap 2 jam.	
	06.06	Ajarilah keluarganya dan juga pasien tentang pelatihan mobilisasi yang lambat tapi sering	
	06.16	Mendorong pasien untuk makan sedikit tetapi sering	
	06.18	Sarankan lebih baik makan dengan yang halus atau lunak	
	06.20	Mendorong pasien untuk mengenakan pakaian longgar agar merasa nyaman.	
	06.22	Membenai posisinya pasien hingga merasakan kenyamanan untuk beristirahat.	
	06.26	Mengamati tanda-tanda vital: Keadaan umum: lemah Kesadaran: composmentis Glasgow coma scale: 456 Tekanan darah: 120/80 mmHg	

		Suhu: 36.1° celcius Heart rate: 80 kali permenit Pernapasan: 20 kali permenit	
--	--	---	--

Table 4.11 Implementasi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien II: ny.K

Hari dan tanggal:	Jam:	Implementasi:	Tanda tangan:
Minggu: 23 Februari 2020	08.45	Bantu untuk melakukan memobilisasi pasien setiap 2 jam.	
	09.05	Anjurkan untuk memungkinkan pasien untuk mempertahankan tubuh yang sehat dan mengenakan pakaian yang disarankan (longgar atau berdaster).	
	09.08	Membantu pasien dalam posisi yang nyaman untuk gerakan lambat.	
	09.12	Mengamati tanda-tanda vital: Keadaan umum: lemah Kesadaran: composmentis Glasgow coma scale: 456 Tekanan darah: 130/70 mmHg Suhu: 36.5° celcius	

		Heart rate: 80 kali permenit Pernapasan: 22 kali permenit	
--	--	--	--

Table 4.12 Implementasi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien I: ny.M

Hari dan tanggal:	Jam:	Implementasi:	Tanda tangan:
Minggu: 23 Februari 2020	09.05	Memobilisasikan pasien setiap 2 jam.	
	09.12	Dorong keluarga dan pasien untuk lebih meningkatkan latihan binaraga	
	09.18	Memonitor pergerakan pasien	
	09.30	Mengamati tanda-tanda vital: Keadaan umum: lemah Kesadaran: composmentis Glasgow coma scale: 456 Tekanan darah: 130/80 mmHg Suhu: 36.2° celcius Heart rate: 80 kali permenit Pernapasan: 24 kali permenit	

Table 4.13 Implementasi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien II: ny.K

Hari dan tanggal:	Jam:	Implementasi:	Tanda tangan:
Senin: 24 Februari 2020	09.38	Memobilisasikan pasien setiap 2 jam.	
	09.55	Dorong keluarga dan pasien untuk lebih meningkatkan latihan binaraga atau mobilisasi.	
	10.02	Memonitor pergerakan pasien	
	10.05	Mengamati tanda-tanda vital: Keadaan umum: lemah Kesadaran: composmentis Glasgow coma scale: 456 Tekanan darah: 130/80 mmHg Suhu: 36.2° celcius Heart rate: 80 kali permenit Pernapasan: 24 kali permenit	

4.1.7 Evaluasi Keperawatan.

Table 4.14 Evaluasi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien I: ny.M

Hari dan tanggal:	Jam:	Evaluasi:	Tanda tangan:
Jumat: 21 Februari 2020	22.50	S: Pasien berkata tubuhnya terasa kaku, otot pegal dan otot terasa kaku ketika dibuat bergerak dan tubuh masih lemah.	

	<p>O: Mengamati tanda-tanda vital:</p> <p>Keadaan umum: lemah</p> <p>Kesadaran: composmentis</p> <p>Glasgow coma scale: 456</p> <p>Tekanan darah: 130/80mmHg</p> <p>Suhu: 36.2°celciuse</p> <p>Heart rite: 80 kali per menit</p> <p>Pernapasan:24 kali per menit</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien mengalami kesulitan bergerak terlentang dan lain-lain.2. Pasien mengeluh bahwa tubuhnya terasa lemah3. Pasien tidak bisa duduk sendiri. <p>A: Kasus yang belum terselesaikan.</p> <p>P: Intervensi berlanjut</p> <ol style="list-style-type: none">a. Pelatihan mobilisasi sedikit namun pastib. Memobilisasikan pasien setiap 2 jam.	
--	---	--

Table 4.15 Evaluasi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien II: ny.K

Hari dan tanggal:	Jam:	Evaluasi:	Tanda tangan:
<p>Jumat: 21 Februari 2020</p>	<p>22.50</p>	<p>S: Pasien berkata bahwa dia mengalami tubuh yang kaku untuk menggerakkan tubuh pasien yang tidak bisa bergerak sendiri</p> <p>O: Mengamati tanda-tanda vital:</p> <p>Keadaan umum: lemah</p> <p>Kesadaran: composmentis</p> <p>Glasgow coma scale: 456</p> <p>Tekanan darah: 130/80mmHg</p> <p>Suhu: 36.8° celciuse</p> <p>Heart rite: 80 kali per menit</p> <p>Pernapasan: 20 kali per menit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien ini terlihat lemah di tubuhnya 2. Pasien ini mengalami kesulitan bergerak di punggungnya dll. <p>A: Kasus yang belum terselesaikan.</p> <p>P: Intervensi berlanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pelatihan mobilisasi 	

		sedikit namun pasti b. Memobilisasikan pasien setiap 2 jam.	
--	--	---	--

Table 4.16 Evaluasi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien I: ny.M

Hari dan tanggal:	Jam:	Evaluasi:	Tanda tangan:
Sabtu: 22 Februari 2020	08.00	<p>S: Pasien berkata bahwa dia merasa sedikit baik.</p> <p>O: Mengamati tanda-tanda vital:</p> <p>Keadaan umum: cukup</p> <p>Kesadaran: composmentis</p> <p>Glasgow coma scale: 456</p> <p>Tekanan darah: 130/80mmHg</p> <p>Suhu: 36.8°celciuse</p> <p>Heart rite: 80 kali per menit</p> <p>Pernapasan: 20 kali per menit</p> <p>A: Kasus yang belum terselesaikan.</p> <p>P: Intervensi berlanjut</p> <p>a. Dorong pasien untuk mengubah posisi sekali setiap 2 jam</p> <p>b. Meningkatkan sirkulasi</p>	

		dara otot dari gerakan itu sendiri mencegah struktur atrofil	
--	--	--	--

Table 4.17 Evaluasi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien II: ny.K

Hari dan tanggal:	Jam:	Evaluasi:	Tanda tangan:
Minggu: 23 Februari 2020	11.00	<p>S: Pasien berkata rasa sakitnya berkurang, pasien tampak memiringkan tubuhnya dan dapat duduk mandiri.</p> <p>O: Mengamati tanda-tanda vital:</p> <p>Keadaan umum: cukup</p> <p>Kesadaran: composmentis</p> <p>Glasgow coma scale: 456</p> <p>Tekanan darah: 130/80 mmHg</p> <p>Suhu: 36.8° celcius</p> <p>Heart rite: 80 kali permenit</p> <p>Pernapasan: 20 kali permenit</p> <p>a. Pasien dapat bergerak untuk menyandarkan tubuhnya untuk duduk mandiri.</p> <p>A: Kasus yang belum terselesaikan.</p>	

		<p>P: Intervensi berlanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dorong pasien untuk mengubah posisi setiap 2 jam. 2. Meningkatkan sirkulasi darah muskuloskeletal mempertahankan nada otomatis mempertahankan gerakan sendi mencegah konstruksi atau atrofi 	
--	--	--	--

Table 4.18 Evaluasi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien I: ny.M

Hari dan tanggal:	Jam:	Evaluasi:	Tanda tangan:
Minggu: 23 Februari 2020	10.05	<p>S: Pasien berkata bahwa dia telah membaik dan dapat bergerak mandiri</p> <p>O: Mengamati tanda-tanda vital:</p> <p>Keadaan umum: baik</p> <p>Kesadaran: composmentis</p> <p>Glasgow coma scale: 4/5</p> <p>Tekanan darah: 130/70 mmHg</p> <p>Suhu: 36.2° celcius</p>	

		Heart rate: 80 kali permenit Pernapasan: 24 kali permenit a. Pasien tampaknya dapat bergerak sendiri tanpa bantuan. A: Kasus berhasil diselesaikan P: Intervensi berhenti dan pasien keluar rumah sakit.	
--	--	--	--

Table 4.19 Evaluasi keperawatan pasien setelah operasi usus buntu dengan masalah mobilisasi fisik di ruang melati RSUD Bangil Pasuruan.

Pasien II: ny.K

Hari dan tanggal:	Jam:	Evaluasi:	Tanda tangan:
Senin: 24 Februari 2020	11.00	S: Pasien berkata bahwa dia dapat bekerja secara normal dan dapat bekerja secara mandiri O: Mengamati tanda-tanda vital: Keadaan umum: baik Kesadaran: composmentis Glasgow coma scale: 456 Tekanan darah: 130/70 mmHg Suhu: 36.2° celcius Heart rate: 80 kali permenit Pernapasan: 24 kali permenit	

		<p>a. Pasien tampaknya sempat membuat gerakan independen</p> <p>A: Kasus berhasil diselesaikan</p> <p>P: Intervensi berhenti dan pasien keluar rumah sakit.</p>	
--	--	---	--

4.1. Diskusi Hasil Penelitian

Dalam diskusi ini, penulis menjelaskan kesenjangan antara praktik dan teori yang dilakukan di Rumah Sakit Distrik Bangil. Diskusi ini dimaksudkan untuk mengambil peluang atau menyelesaikan masalah dari niat yang dimilikinya sehingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut terhadap penerapan asuhan keperawatan sebagai berikut:

4.2.1 Penilaian

Data subyektif dalam review kasus dilihat dari penilaian anata II pasien ditemukan keluhan yang tidak sama yang dialami oleh pasien I untuk merasakan sakit di perut kanan. Sedangkan pasien II merasakan sakit di semua bagian perut.

Irga, (2017) menyimpulkan cara menghasilkan peradangan usus. Tetapi ada banyak faktor yang menyebabkan penyakit ini. Termasuk penyumbatan lumen apendiks dari apendiks ke obstruksi lumen biasanya disebabkan oleh akumulasi fekalitas yang mengeras, hiperplasia, jaringan limfatik, penyakit cacing parasit, benda dalam tubuh, primer dan penyempitan. Namun, penyebab paling umum dari obstruksi lumen adalah vamping dan hiperplasia jaringan limfopid. Apendisitis akut dapat disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun apendiks menghasilkan 1 hingga 2 ml pendarat per hari yang biasanya dituangkan ke dalam lumen dan kemudian didistribusikan ke seicum. Menghentikan aliran lendir ke dalam penempatan untuk mengembalikan patogenesis. Selain hiperpatik limfatik, tumor usus buntu dan cacing askaris juga dapat menyebabkan penyumbatan di Kusuma, (2013).

Dalam studi kasus ini para peneliti menemukan kesamaan dalam keluhan utama yang keduanya mengeluh bahwa mereka tidak bisa bergerak setelah menyelesaikan operasi. Dari semua keluhan yang dirasakan oleh kedua pasien adalah bahwa gejala post appendectomy disebabkan oleh infeksi bakteri. Dan dengan gerakan ketebatasan yang disebabkan oleh apendisitis pascaoperasi. Jasi para peneliti menarik kesimpulan bahwa antara fakta twor ada kesamaan.

Capenio, (2017) menjelaskan bahwa salah satu faktor yang memperngaruhi proses pemuihan karena pengangkatan usus buntu adalah preferensi atau tidak adanya mobilisasi dini. Mobilisasi adalah faktor utama dalam memperbaiki dan mencegah komplikasi pasca-bedah. Roper, (2016) menjelaskan

bahwa mobilisasi harus dilakukan secara teratur dan selesai diikuti dengan latihan Ranger of Motion (ROM) yang aktif dan pasif. Herman, (2015) menjelaskan tentang penyumbatan luka oleh beberapa faktor, yaitu nutrisi untuk perawatan luka yang tepat. Kerusakan pada integrasi akan kembali normal jika nutrisi tubuh terpenuhi dan perawatan luka steril dilakukan.

4.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis kedua pasien sesuai dengan dokumentasi observasi yang menyebabkan masalah pasien, yaitu post appendectomy dengan masalah mobilisasi fisik.

Mobilisasi fisik yang memberdayakan seseorang dapat membuat gerakan dengan mudah dan mudah memiliki tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup. Berkurangnya kemampuan untuk bergerak dapat bergantung pada hal ini yang membutuhkan pemenuhan keperawatan. Mobilisasi sangat penting untuk meningkatkan kemandirian seseorang, meningkatkan perlambatan kesehatan pada tahap nyeri degeneratif utama untuk aktualisasi diri, harga diri dan citra tubuh.

Para peneliti percaya bahwa kasus-kasus seperti ini atau mobilisasi fisik adalah salah satu penyebab keterikatan pasca operasi anda atau setelah menjalani operasi lain. Dan juga adanya proses operasi ini menghasilkan pembentukan otot di seluruh tubuhnya dan juga dapat mempengaruhi keterbatasan gerakan atau mobilisasi fisik.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Dimana kegiatan keperawatan akan dilakukan untuk kedua pasien yang didiagnosis dengan jenis yang sama. Dimana tujuan kriteria hasil akan dilakukan. Klafikasi hasil keperawatan: Setelah 3x24 jam tindakan keperawatan diharapkan dapat meningkatkan mobilitas sesuai kemampuan, mampu memobilisasi di tempat tidur, mampu melakukan aktivitas. Klasifikasi pesanan keperawatan: Kegiatan keperawatan: Menilai tanda-tanda vital dan tingkat mobilisasi. Independen: Mengetahui tingkat kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas, meningkatkan mobilisasi secara bertahap, instruksikan klien untuk kembali tidur jika ketika duduk terasa sakit, dan hindari perbaikan. Kolaborasi: Mendorong klien untuk mengubah posisi setiap 2 jam, mengurangi timbulnya komplikasi kulit dan pernapasan (dikubitus pneumonia), membantu pasien melakukan mobilisasi dini di tempat tidur, meningkatkan sirkulasi darah muskuloskeletal, mempertahankan kekuatan otot, mempertahankan gerakan sendi, mencegah kontraktur atau atrofil.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Prabowo, (2014) menjabarkan bahwa implementasi tindakan keperawatan akan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan. Sebelum mengambil tindakan yang disepakati, perawat perlu memvalidasi bahwa rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan oleh pasien saat ini. Semua tindakanyang telah diambil sebagai respons terhadap respons pasien akan didaftarkan.

Tindakan keperawatan yang di ambil selama perawatan di rumah sakit ini mendorong klien untuk mengubah posisi tidur mereka yang nyaman setiap 2 jam sekali, mendorong klien untuk bekerja secara mandiri, misalnya pelatihan untuk minum mengambil makanan tanpa melibatkan keluarga dalam kegiatan klien.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pasien I, ny.M di hari pertama: Pasien berkata tubuhnya terasa kaku, otot pegal dan otot terasa kaku ketika dibuat bergerak dan tubuh masih lemah. Keadaan umum: lemah, kesadaran: composmentis, Glasgow Coma Scale:456, tekanan darah: 130/90 mmHg, suhu: 36.6° celcius, Heart rite: 80 kali permenit pernafasan: 24 kali permenit, Pasien mengalami kesulitan bergerak terlentang dan lain-lain. Pasien mengeluh bahwa tubuhnya terasa lemah. Pasien tidak bisa duduk sendiri.

Pasien II, ny.M di hari pertama: Pasien berkata bahwa dia mengalami tubuh yang kaku untuk menggerakkan tubuh pasien yang tidak bisa bergerak sendiri. Kesadaran umum: lemah, kesadaran: composmentis, Glaslgow Coma Scale: 456, tekanan darah: 130/80 mmHg, Suhu: 36.8° celcius, Heart rite: 80 kali permenit, pernafasan: 24 kali.permenit, Pasien ini terlihat lemah di tubuhnya. Pasien ini mengalami kesulitan bergerak di punggungnya dll.

Pasien I, ny.M di hari kedua: Pasien berkata bahwa dia merasa sedikit baik. Keadaan umum: cukup, kesadaran: composmentis, Glasgow Coma Scale: 456, tekanan darah: 120/80 mmHg, suhu: 36.0° celcius, Heart rite: 80 kali permenit, pernafasan: 20 kali per menit.

Pasien II, ny.M di hari kedua: Pasien berkata rasa sakitnya berkurang, pasien tampak memiringkan tubuhnya dan dapat duduk mandiri. Keadaan umum: cukup. Kesadaran: composmentis. Glasgow Coma Scale: 456. Tekanan Darah: 130/70

mmHg, Suhu: 36.5° celcius, Heart rate: 80 kali permenit, pernafasan: 22 kali permenit. Pasien dapat bergerak untuk menyandarkan tubuhnya untuk duduk mandiri.

Pasien I, ny.M di hari ketiga: Pasien berkata bahwa dia telah membaik dan dapat bergerak mandiri. Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, Glasgow Coma Scale: 456, tekanan darah: 130/70 mmHg, suhu: 36.2° celcius, heart rate: 80 kali permenit, pernafasan: 20 kali permenit. Pasien tampaknya dapat bergerak sendiri tanpa bantuan.

Pasien I ny.K di.hari ketiga: Pasien berkata bahwa dia dapat bekerja secara normal dan dapat bekerja secara mandiri. Keadaan umum: Baik, kesadaran: composmentis, Glasow Coma Scale: 456, Tekanan darah: 130/70 mmHg, suhu: 36.2° celcius, herat rate: 80 kali permenit, pernafasan: 20 kali permenit. Pasien tampaknya sempat membuat gerakan independen.

Keberadaan yang tidak disengaja dari kegiatan yang sedang berlangsung yang melibatkan tim medis pasien. Mengontrol untuk belajar mengembangkan posisi di mana ada bantuan khusus seperti meminta kegigihan dalam merawat rasa dukungan untuk dukungannya, kurangnya efektifias dalam intervensi dilakkan pada Limisdar, (1990) di Padillah, (2012).

Peneliti menyimpulkan bahwa penderita I dan II telah dapat memiliki perkembangan yang sama juga, perkembangan lebih lanjut akan didokumentasikan.

Menurut peneliti pada catatan perkembangan klien I dan klien II sudah mengalami banyak kemajuan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dapat disimpulkan dengan mengumpulkan data yang telah diperoleh yaitu:

1. Studi pasien I dan II di mana sedang menderita radang usus buntu setelah kedua pasien tampaknya tidak memahami kursus dan proses penyembuhan dalam masalah mobilisasi fisik dan pasien I dan II tidak memiliki pemahaman tentang proses penyembuhan dan proses untuk berurusan dengan fisik mobilisasi.
2. Dignosis yang muncul pada pasien I dan II adalah masalah mobilisasi fisik yang terjadi dengan langkah operasi yang memiliki berbagai tanda rasa sakit akibat cedera setelah operasi. Dan mereka yang telah memperbarui mobilisasi terkait prosedur bedah akan ditandai beberapa kali termasuk gejala atau perawatan luka yang sebelumnya dikeluarkan dari operasi dan adanya gergaji terbatas pada saat itu.
3. Intervensi untuk pasien dengan masalah mobilisasi fisik termasuk meninjau tanda-tanda vital yang menilai tingkat mobilisasi dan kolaborasi diri.
4. Implementasi sesuai dengan desain pasien yang menjalani post appendectomy untuk kedua pasien yang menjalani mobilisasi fisik.
5. Evaluasi untuk klien mengalami batas pergerakan fisik di mana saat ini kedua pasien dapat bergerak sendiri tanpa bantuan apapun.

5.2 Saran

1. Untuk pasien dan keluarga mereka.

Keluarga diharapkan menguasai praktik untuk terus melatih mereka setiap 2 jam setelah rutin ini dilakukan untuk mendapatkan hasil yang optimal. Dan memahami dengan cara bagaimana mempraktikkan gerakan dalam tubuhnya untuk mempercepat kemampuan untuk menggerakkan tubuhnya dan bergerak secara mandiri dan tanpa keluhan dalam kesulitan bergerak.

2. Untuk institusi.

Berharap bahwa penelitian apa pun dapat menjadi contoh dan sumber pengetahuan, terutama dalam ruang lingkup masalah mobilisasi fisik.

3. Untuk peneliti selanjutnya.

Dapat memberikan asuhan keperawatan berikutnya dengan penggunaan waktu terbaik sehingga ia dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhrita. (2011). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Pemulihan Kandung Kemih Pasca Pembedahan Anastesi Spinal. Jurnal.
- Asmadi.(2010). Konsep Dasar Keperawatan.Jakarta : EGC
- Carpenito. (2017). Buku Saku Diagnosa Keperawatan. Alih Bahasa Yasmi Asih, Edisi ke -10. Jakarta : EGC.
- Dermawan, D., & Rahayuningsih, T. (2014). Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Hidayat, Alimul. (2009). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia.Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat.2014. *MetodePenelitianKeperawatandanTehnikAnalisa Data*.Jakarta :SalembaMedika.
- Mansjoer, Arif et al. 2016.*Kapita Selekta Kedokteran*.Medika Aesculapius, FKUI: Jakarta.
- Mansjoer, Arif et al. 2018.*Kapita Selekta Kedokteran*.Medika Aesculapius, FKUI: Jakarta.
- Mubarak, W.I. & Chayatin Nurul.(2010). Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik. Jakarta: penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Muttaqin, A., & Sari, K. (2018). Gangguan Gastrointestinal: Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: Salemba Medika
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Nurarif & Kusuma, 2013.*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Jilid 1*. Jakarta: EGC.
- Nursalam, 2014.*Metode Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis, Edisi 3*. Jakarta. Salemba Medika.
- Potter danperry. 2012. *BukuAjar Fundamental Keperawatan. Edisi 7*Jakarta : EGC.
- Prabowo,Eko. (2014).*Konsep danAplikasi Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.

- Roper, N. (2016). Prinsip-Prinsip Keperawatan. Yogyakarta : Yayasan Essentia Medika.
- Suzanne, C. (2010). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.
- Sjamsuhidayat.2011. *AsuhanKeperawatanMedikalBedah*.Jakarta :SalembaMedika.
- Smeltzer, 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah edisi 8 volume 2*. Jakarta: EGC.
- Soewito, B.(2017).Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Pasien Pre Operasi Apendisitis Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah Kota Lubuklinggau.Jurnal Keperawatan Volume 5, Nomor 2.
- Stacrose.2017.Angka Kejadian Appendicitis.diakses dari: <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/136/jtptunimus-gdl-trimuflikih-67531-babi.pdf> Hidayat, Alimul. 2012. *Pengantar Kebutuhan dasar manusia aplikasi konsep dan proses keperawatan*. Jakarta. Salemba Medika.
- Wilkinson, M. Judith. (2012). *Nursing Diagnosa Handbook With NIC Interquestions and NOC Outcomec*. 7. Ed. Jakarta : EGC

Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Apendiktomi Dengan Masalah Mobilisasi Fisik Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

ORIGINALITY REPORT

23%

SIMILARITY INDEX

21%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

11%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

4%

★ **de.scribd.com**

Internet Source

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off