

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

An. A.R berusia 9 tahun, beragama Islam, suku Aceh, anak ke 2 dari bapak R dan Ibu S.F, masih sekolah di SDN 51 Ketapang kelas 3. Pasien masuk rumah sakit atas rujukan dari dokter praktik pada tanggal 4 Agustus 2025 jam 20.15 WIB dibawa oleh keluarga dengan keluhan nyeri hebat pada perut kanan bawah, demam dan disertai mual dan, muntah yang lumayan banyak, tidak nafsu makan, perut terasa penuh, saat di IGD dilakukan pemeriksaan TTV dengan TD 90/60 mmHg, RR 25x/menit, N 99 X/m, SPO2 100 %, suhu 38,5 °C.

2. Pengkajian Kesehatan

Pada tanggal 4 Agustus 2025 hari Senin pasien mengeluh nyeri di perut bagian kanan bawah. Kemudian An. A.R dibawa orang tuanya ke tempat praktek dokter, setelah dilakukan pemeriksaan An. A.R dirujuk ke IGD meuraxa untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Sebelumnya keluhan nyeri perut bagian bawah sebelah kanan sudah sering dikeluhkan An.A.R pada orang tuanya, akan tetapi setelah diberikan obat anti nyeri dan istirahat sakit perutnya hilang. berdasarkan surat rujukan dari dokter spesialis anak kemudian An.A.R dikonsulkan ke dokter spesialis Bedah Umum untuk dilakukan tindakan lebih lanjut. Setelah dilakukan Foto abdomen di dapatkan hasil bahwa An. A.R di diagnosa appendiksitis karena keluhan nyeri yang dirasakan An.A.R kontinue maka dilakukan tindakan appekdiktomi cyto malam itu juga. Operasi dilakukan pukul 23.00 wib dan selesai pukul 00.20 Wib .

Pola kognitif perceptual yang penulis uraikan yaitu PQIRST. P (*Provocate*) yang berarti penyebab atau stimulus-stimulus nyeri, Q (*Quality*) yang berarti kualitas nyeri yang dirasakan, R (*Region*) yang berarti lokasi nyeri, S (*Severe*) yang berarti tingkat keparahan nyeri, T (*Time*)

yang berarti kapan nyeri dimulai, durasi dan rangkaian nyeri (Prasetya, 2010). P (*provocate*) klien merasa nyeri pada perut kanan bawah pada tempat operasi. Klien mengatakan nyeri karena *post appendiktomi*, Q (*quality*) nyeri terasa seperti tertusuk benda tajam, R (*regional*) luka dibagian abdomen kanan bawah, S (*skala*) dengan skala nyeri 6, T (*Time*) nyeri muncul selama 3 - 5 menit setiap ada gerakan.

a. Pemeriksaan fisik (Head to toe).

Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh dengan metode *head to toe*, dimulai dari kepala hingga sistem muskuloskeletal. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai kondisi fisik pasien secara umum serta mendeteksi adanya kelainan atau gangguan kesehatan.

1) Pemeriksaan pada kepala dilakukan untuk mengetahui kondisi kulit kepala, keberadaan lesi, bekas luka, serta distribusi rambut. Secara inspeksi, diperhatikan ada atau tidaknya lesi, perubahan warna seperti kehitaman atau kecoklatan, edema, dan penyebaran rambut. Palpasi dilakukan untuk menilai elastisitas turgor kulit, tekstur kasar atau halus, serta suhu kulit apakah terasa dingin atau hangat. Pemeriksaan rambut bertujuan menilai warna, tekstur, percabangan, tingkat kebersihan, serta kerontokan rambut. Inspeksi menilai pemerataan rambut, kebersihan, dan ujung rambut bercabang, sedangkan palpasi dilakukan untuk menilai apakah rambut mudah rontok dan teksturnya kasar atau halus.

2) Pemeriksaan kuku dilakukan untuk menilai warna, bentuk, panjang, serta pengisian kapiler. Inspeksi memperhatikan adanya perubahan warna seperti sianosis (kebiruan) atau kemerahan akibat peningkatan visibilitas hemoglobin, serta bentuk kuku seperti *clubbing* yang dapat terjadi pada kondisi hipoksia, misalnya pada kanker paru-paru. Palpasi dilakukan untuk menilai nyeri tekan dan waktu pengisian kapiler, yang pada pasien dengan hipoksia dapat berlangsung lebih lama, sekitar 5–15 detik.

3) Pemeriksaan wajah dan kepala bertujuan untuk menilai bentuk, fungsi, serta mendeteksi adanya cedera atau kelainan. Inspeksi dilakukan dengan mengamati simetri wajah

kanan dan kiri untuk mendeteksi adanya paresis atau kelumpuhan. Palpasi dilakukan untuk mencari adanya luka, tonjolan patologis, serta menilai respons nyeri dengan penekanan seperlunya.

4) Pemeriksaan mata bertujuan untuk menilai bentuk, fungsi, serta mendeteksi penyimpangan penglihatan. Inspeksi meliputi pengamatan kelopak mata, refleks kedip, kondisi konjungtiva dan sklera apakah terdapat kemerahan, konjungtivitis, atau ikterus yang dapat mengindikasikan gangguan hati. Pemeriksaan pupil dilakukan untuk menilai isokorisme, miosis, atau midriasis. Palpasi dilakukan dengan menekan ringan bola mata untuk menilai tekanan intraokular, di mana peningkatan tekanan dapat dirasakan lebih keras, seperti pada pasien glaukoma atau kerusakan saraf optik.

5) Pemeriksaan telinga mencakup telinga luar, saluran telinga, dan gendang telinga. Inspeksi dilakukan untuk menilai simetri, warna, ukuran, bentuk, kebersihan, serta adanya lesi. Palpasi dilakukan dengan menekan lobus telinga untuk menilai adanya nyeri serta meraba tulang rawan.

6) Pemeriksaan hidung bertujuan menilai bentuk dan fungsi hidung serta mendeteksi adanya peradangan atau sinusitis. Inspeksi meliputi pengamatan simetri hidung, tanda peradangan, dan adanya sekret. Palpasi dilakukan untuk menilai adanya nyeri tekan atau massa.

7) Pemeriksaan mulut dan faring dilakukan untuk menilai bentuk, kelainan, serta kebersihan rongga mulut. Inspeksi meliputi pengamatan bibir terhadap kelainan bawaan seperti bibir sumbing, warna, simetri, pembengkakan, kelembaban, serta adanya lesi. Selain itu, diperhatikan jumlah dan bentuk gigi, kondisi rongga mulut, warna plak, dan kebersihan gigi. Palpasi dilakukan dengan menekan daerah pipi untuk merasakan adanya massa, tumor, pembengkakan, atau nyeri.

8) Pemeriksaan leher bertujuan menilai struktur, integritas, organ terkait, serta sistem limfatik. Inspeksi dilakukan dengan mengamati bentuk leher, warna kulit, jaringan di

sekitarnya, pembesaran tiroid, serta simetri leher dari berbagai sudut. Palpasi dilakukan dengan meletakkan telapak tangan di leher sambil meminta pasien menelan untuk menilai kelenjar tiroid.

9) Pemeriksaan dada dilakukan untuk menilai simetri, frekuensi dan irama pernapasan, kelembutan, serta suara paru-paru. Inspeksi meliputi pengamatan adanya retraksi interkostal dan pergerakan dinding dada. Palpasi dilakukan untuk menilai kelembaban kulit dan adanya benjolan. Auskultasi dilakukan untuk mendengarkan bunyi napas vesikuler, adanya mengi, atau *crackles*.

10) Pemeriksaan perut bertujuan menilai bentuk dan pergerakan abdomen, mendengarkan bunyi peristaltik usus, serta menilai respons nyeri dan kelembutan organ perut. Inspeksi meliputi pengamatan bentuk umum perut, warna kulit, adanya retraksi, tonjolan, asimetri, dan tanda asites. Palpasi dilakukan untuk menilai adanya massa dan nyeri tekan. Auskultasi dilakukan untuk mendengarkan bunyi usus normal yang berkisar antara 10 hingga 12 kali per menit.

11) Pemeriksaan sistem muskuloskeletal bertujuan menilai mobilitas, kekuatan otot, serta adanya gangguan pada area tertentu. Inspeksi dilakukan untuk menilai ukuran otot serta adanya atrofi atau hipertrofi. Kekuatan otot dinilai dengan memberikan tahanan pada ekstremitas atas maupun bawah.

b. Pemeriksaan diagnostic

1) Ultrasonografi adalah diagnostik untuk apendistis akut.

2) Foto polos abdomen dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.

3) Pemeriksaan darah rutin untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.

4) Pemeriksaan Laboratorium

- a) Darah: Ditemukan leukosit 10.000 – 18.0000 μ /ml.
- b) Urine: Ditemukan sejumlah kecil leukosit dan eritrosit.

B. Diagnosa Keperawatan

Ada 5 diagnosa keperawatan yang bisa diangkat pada kasus post op apendiktomi yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan pencederah fisik (prosedur operasi) (SDKI. D.007) An. A.R tampak meringis saat bergerak, gelisah, sulit tidur, nadi meningkat, nafsu makan menurun.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif ; resiko infeksi pada luka operasi dapat terjadi apabila kebersihan luka tidak dijaga dengan baik (SDKI. D.0142)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kenggan melakukan pergerakan (SDKI. D. 0054)

An. A.R enggan bergerak disebabkan nyeri pada bekas operasi pada saat dia melakukan pergerakan. An. A.R mengatakan takut lukanya terbuka sehingga kaku dalam melakukan pergerakan, sehingga terlihat cemas yang berlebihan.
4. Gangguan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilisasi (SDKI D.0129)
5. Hipertermi berhubungan dengan respon inflamasi pasca bedah (SDKI D. 0130)

Dalam kasus ini penulis hanya mengangkat 1 diagnosa saja yaitu : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keenggan melakukan pergerakan. An. A.R terlihat enggan bergerak disebabkan nyeri pada bekas operasi pada saat dia melakukan pergerakan. An. A.R mengatakan dia takut lukanya akan terbuka jika bergerak sehingga An. A.R kaku dalam melakukan pergerakan dan terlihat cemas yang berlebihan. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI 2017). Gejala dan tanda Mayor dan minor (TIM POKJA DPP PPNI, 2017 SDKI) meliputi :

mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah. Sedangkan Batasan karakteristik hambatan mobilitas fisik menurut (Herman, 2012) yaitu perilaku meliputi : kesulitan membolak-balik posisi, keterbatasan rentang gerak sendi, keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik kasar.

Penulis mencantumkan diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk melakukan pergerakan dengan alasan mengacu pada pengkajian yaitu data subyektif pasien mengatakan tidak mau bergerak atau miring kiri kanan dan duduk karena takut jahitan robek dan takut rasa sakit bertambah, Pasien mengatakan sakit pada saat di tekan dan bergerak, pasien mengatakan ia hanya berbaring di atas tempat tidur dan belum bisa bergerak dan beraktifitas, orang tua pasien mengatakan semua aktifitas anaknya selalu dibantu seperti makan, toileting, berpakaian, mandi, mobilisasi di tempat tidur dan pasien belum bisa miring kiri kanan dan duduk serta belum bisa berjalan, semua aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat di atas tempat tidur. Pasien mengatakan ingin tidur saja, belum bisa beraktifitas, Pasien mengatakan sakitnya hilang muncul seperti ditusuk-tusuk dengan durasi 3-5 menit. Pasien mengatakan sakitnya seperti ditusuk-tusuk, sakit sedang skala nyeri 6 data obyektif meliputi Kesadaran composmentis di dapatkan kerusakan integritas kulit post operasi hari ke – 1 terdapat jahitan di daerah perut kuadran kanan bawah, terdapat darah pada jahitan. Ekspresi wajah pasien Nampak meringis kesakitan, Sakit sedang, skala nyeri 6, nyeri tekan pada luka operasi di abdomen kanan bawah, Nampak luka tertutup verban, tidak ada rembesan, klien belum bisa miring kiri kanan dan duduk, Semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat di atas tempat tidur, Pola aktivitas dan latihan sangat tergantung dan tidak dapat melakukannya secara mandiri dan membutuhkan pengawasan dan bantuan alat (3), Enggan

untuk bergerak karena takut sakit pada luka operasi, Pasien nampak hanya berbaring di tempat tidur saja tanpa miring kiri kanan atau duduk.

Hasil pengkajian menunjukkan kekuatan otot ekstremitas pasien dalam kondisi baik (5/5) pada seluruh anggota gerak. Tanda-tanda vital pasien berada dalam batas yang dapat ditoleransi, yaitu tekanan darah 90/60 mmHg, nadi 81 kali/menit, suhu tubuh 36,5°C, frekuensi napas 22 kali/menit, dan SpO₂ 98%.

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh, penulis menetapkan diagnosa keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan. Penetapan diagnosa ini didasarkan pada kesesuaian antara data pengkajian yang ditemukan di lapangan dengan landasan teori, sehingga diagnosa tersebut dinilai tepat untuk diangkat sebagai diagnosa utama.

Penulis menetapkan gangguan mobilitas fisik sebagai prioritas diagnosa dengan mengacu pada teori kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow, yang menyatakan bahwa kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan dasar utama. Kebutuhan fisiologis tersebut meliputi kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan nutrisi, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas, pengaturan suhu tubuh, serta kebutuhan seksual. Dalam hal ini, kebutuhan aktivitas pasien mengalami gangguan akibat keengganan bergerak yang dipicu oleh nyeri pasca operasi.

Selama proses pengkajian, penulis tidak mengalami hambatan yang berarti, karena pasien bersikap kooperatif dalam memberikan informasi yang dibutuhkan. Selain itu, dukungan keluarga sangat baik, ditunjukkan dengan keterbukaan keluarga dalam menyampaikan keluhan serta kondisi pasien secara jujur dan lengkap, sehingga sangat membantu penulis dalam mengumpulkan data yang akurat dan menyeluruh.

C. Rencana Keperawatan

Pada kasus An.A.R. penulis melakukan rencana tindakan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil yang diharapkan pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun (SLKI TIM POKJA PPNI 2017).

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi, yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan secara bertahap serta mencegah komplikasi akibat imobilisasi.

Perawat melakukan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain yang dirasakan pasien sebagai acuan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan serta untuk mengetahui skala nyeri dan keluhan yang dialami pasien. Selain itu, perawat mengidentifikasi toleransi fisik pasien saat melakukan mobilisasi guna mengetahui kemampuan pasien dalam melaksanakan aktivitas serta meminimalkan risiko jatuh.

Sebelum mobilisasi dilakukan, perawat memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah untuk mencegah terjadinya hipotensi ortostatik. Selama pasien melakukan pergerakan, perawat juga memantau kondisi umum pasien sebagai panduan dalam menilai perkembangan dan respon pasien terhadap mobilisasi.

Perawat memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menggunakan alat bantu, seperti pagar tempat tidur, untuk membantu pasien bergerak dengan aman serta mencegah risiko cedera. Perawat juga menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien agar meningkatkan pengetahuan dan pemahaman, sehingga pasien lebih kooperatif dalam melakukan pergerakan.

Keluarga pasien dilibatkan secara aktif dalam membantu meningkatkan pergerakan pasien, karena dukungan keluarga berperan penting dalam mempercepat proses penyembuhan. Pasien dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini, dimulai dari mobilisasi sederhana, guna melancarkan peredaran darah dan mempercepat penyembuhan luka operasi. Selain itu, perawat

mengajarkan mobilisasi sederhana yang dapat dilakukan pasien, seperti duduk di tempat tidur dan duduk di sisi tempat tidur. Dengan melakukan mobilisasi sederhana secara bertahap, pasien diharapkan dapat meningkatkan kemampuan pergerakan sehingga proses penyembuhan berlangsung lebih optimal (Tim Pokja PPNI SIKI, 2017).

D. Implementasi Keperawatan

Pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan, tindakan keperawatan yang dilakukan adalah dukungan mobilisasi melalui penerapan mobilisasi dini, meliputi latihan rentang gerak (Range of Motion/ROM) serta perubahan posisi miring kanan dan miring kiri. Tindakan ini bertujuan untuk mengembalikan fungsi otot, meningkatkan kekuatan otot, serta mencegah komplikasi akibat imobilisasi.

Latihan rentang gerak merupakan gerakan maksimal yang dapat dilakukan oleh suatu sendi melalui salah satu dari tiga bidang gerak tubuh, yaitu sagital, frontal, dan transversal. Latihan mobilisasi bertujuan untuk membuat pasien dapat berkonsentrasi atau memfokuskan pikiran pada gerakan yang dilakukan dibandingkan dengan rasa nyeri yang dialami (Potter & Perry, 2017). Latihan ROM dilakukan pada setiap persendian dengan gerakan yang aman dan tidak membahayakan kondisi pasien. ROM dapat dilakukan secara pasif maupun aktif. ROM pasif adalah latihan di mana perawat menggerakkan persendian pasien sesuai dengan rentang geraknya, sedangkan ROM aktif dilakukan oleh pasien sendiri tanpa bantuan perawat maupun alat bantu. Perbedaan antara ROM pasif dan aktif terletak pada ada atau tidaknya bantuan dari perawat selama pelaksanaan latihan (Asmadi, 2018).

Sebagai care giver, perawat juga melakukan perawatan luka. Hasil observasi luka pada hari ke-2 sebelum mobilisasi menunjukkan adanya eksudat minimal dengan warna kehijauan, jenis pus tidak berbau, eritema di sekitar jahitan, edema ringan, tidak terdapat hematoma, serta

nyeri pada luka dan kulit sekitar luka terutama saat bergerak dan saat luka dibersihkan. Setelah dilakukan mobilisasi dini, kondisi luka menunjukkan perbaikan yang signifikan, yaitu jaringan lunak mulai menyatu, tidak ada perdarahan, edema menurun, tidak terdapat eksudat, serta nyeri menurun dengan skala nyeri 2.

Pada hari ke-3 setelah tindakan mobilisasi dini, luka tampak mengering dengan baik, mulai tertutup oleh jaringan baru, tidak terdapat kemerahan di sekitar area luka, tidak ada perdarahan, dan tidak ditemukan tanda-tanda infeksi. Skala nyeri menurun dari skala 6 sebelum mobilisasi menjadi skala 1.

Mobilisasi dini dilakukan dengan latihan ROM aktif selama ± 2 jam dalam satu hari perawatan, dengan melibatkan keluarga pasien. Hal ini sejalan dengan Smeltzer dan Bare (2008) yang menyatakan bahwa latihan ROM dapat dilakukan 4–5 kali sehari dengan durasi ± 10 menit setiap sesi. Keterlibatan keluarga diharapkan dapat meningkatkan motivasi dan keberhasilan tindakan keperawatan.

Mobilisasi dini bertujuan untuk mengurangi komplikasi pasca bedah seperti atelektasis dan pneumonia hipostatik, mempercepat fungsi eliminasi, mengurangi nyeri pasca operasi, serta meningkatkan peristaltik usus (Oswari, 2005). Selain itu, mobilisasi dini dapat meningkatkan ventilasi, mencegah stasis darah dengan meningkatkan sirkulasi ekstremitas, serta mempercepat proses penyembuhan luka abdomen (Suzanne, 2005).

Tujuan utama pelaksanaan mobilisasi dini pada An. A.R dengan post apendiktomi adalah untuk mempercepat pemulihan luka pasca pembedahan. Adanya hubungan antara mobilisasi dini dengan percepatan proses penyembuhan luka post operasi apendiktomi (Anas, Kadrianti dkk)

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan dengan melibatkan klien serta tenaga kesehatan lainnya. Jika tujuan tercapai, maka klien dapat keluar dari siklus proses keperawatan. Sebaliknya, jika tujuan belum tercapai, maka dilakukan pengkajian ulang (reassessment) dan penyesuaian rencana keperawatan (Dermawan, 2012).

1. Evaluasi hari Selasa 5 Agustus 2025 di dapatkan bahwa A.n A mengatakan belum dapat melakukan mobilisasi secara mandiri karena takut nyeri pada luka operasi. Tampak keterbatasan rentang gerak, nyeri saat bergerak skala 4, aktivitas masih dibantu keluarga dan perawat, klien belum mampu miring kiri-kanan dan duduk secara mandiri, skala aktivitas 3, kekuatan otot 5, keadaan umum baik. Artinya masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, sehingga perawat melanjutkan intervensi dengan cara mengkaji kemampuan pasien dan anjurkan mobilisasi berupa ROM aktif, miring kanan, miring kiri, serta latihan duduk.
2. Evaluasi Hari Rabu 06 Agustus 2025, An. A.R mengatakan sudah dapat melakukan mobilisasi secara mandiri namun masih merasa nyeri saat berjalan terlalu lama. An. A.R sudah mampu berpindah dari tempat tidur ke kursi, berjalan di dalam ruangan dan ke kamar mandi dengan sedikit bantuan, skala nyeri 3, keadaan umum baik, sebagian aktivitas masih dibantu keluarga, klien mampu miring kiri-kanan, duduk, dan berjalan, skala aktivitas 2, kekuatan otot 5. Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi dengan baik. Intervensi dilanjutkan dengan tetap menganjurkan ROM aktif, perubahan posisi miring kanan-kiri, dan latihan duduk.

3. Evaluasi Hari Kamis, 7 Agustus 2025 Pukul 14.00 (SOAP). Hari ke 3 post op An.A.R mengatakan sudah mampu melakukan mobilisasi secara mandiri dan tidak lagi takut nyeri pada luka operasi. An. A.R tampak mampu mobilisasi atau bergeser secara bebas dan mandiri, nyeri menurun skala 1, keadaan umum baik, walaupun sebagian aktivitas masih dibantu keluarga (makan), klien mampu miring kiri-kanan, duduk, dan berjalan, skala aktivitas 0, skala mobilisasi dini 5, kekuatan otot 5. Luka mengering dengan baik, mulai tertutup jaringan baru, tidak tampak kemerahan, perdarahan, maupun tanda infeksi. Hasil evaluasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi. Intervensi dipertahankan dan pasien diperbolehkan pulang.

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa pemberian mobilisasi dini berpengaruh terhadap percepatan proses penyembuhan luka pada pasien post apendiktomi. Hal ini sejalan dengan penelitian Inayati (2006) yang menyatakan adanya pengaruh mobilisasi dini terhadap waktu kesembuhan luka fase proliferasi dengan nilai $p = 0,009$. Selain itu, mobilisasi dini juga terbukti mempercepat pemulihan peristaltik usus pasca pembedahan (Akhrita, 2011).

Berdasarkan hasil evaluasi, pasien An. A.R menunjukkan peningkatan kemampuan mobilisasi secara mandiri, kondisi luka membaik tanpa tanda infeksi, serta penurunan nyeri yang signifikan. Dengan demikian, mobilisasi dini terbukti efektif dalam mempercepat pemulihan pasca apendiktomi.