

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Appendisitis

2.1.1 Pengertian

Apendisitis merupakan peradangan yang terjadi pada lapisan mukosa dari apendiks vermiformis yang kemudian dapat menyebar ke bagian lainnya dari apendiks. Peradangan ini terjadi karena adanya sumbatan atau infeksi pada lumen apendiks. Apendisitis yang tidak segera ditangani dapat menyebabkan beberapa komplikasi seperti perforasi atau sepsis, bahkan dapat menyebabkan kematian (Smeltzer & Bare, 2018).

Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Apendisitis merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran kanan bawah dari rongga abdomen dan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer & Barre, 2018).

2.1.2 Etiologi

Apendisitis akut merupakan infeksi bakteri. Berbagai hal menjadi faktor penyebabnya. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, batu feses, tumor apendiks, dan cacing askaris dapat juga menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga menimbulkan apendisitis yaitu erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E. Histolytica* (Sjamsuhidajat, 2017).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Apendisitis akut sering tampil dengan gejala yang khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat. nyeri kuadran bawah terasa dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan (Wedjo, 2019). Pada apendiks yang terinflamasi, nyeri tekan dapat dirasakan pada kuadran kanan bawah pada titik Mc.Burney yang berada antara umbilikus dan spinalis iliaka superior anterior (Wedjo, 2019). Derajat nyeri tekan, spasme otot dan apakah terdapat konstipasi atau diare tidak tergantung pada beratnya infeksi dan lokasi apendiks (Wedjo, 2019).

Bila apendiks melingkar dibelakang sekum, nyeri dan nyeri tekan terasa didaerah lumbal. Bila ujungnya ada pada pelvis, tanda-tanda ini dapat diketahui hanya pada pemeriksaan rektal. Nyeri pada defekasi menunjukkan ujung apendiks berada dekat rektum. Nyeri pada saat berkemih menunjukkan bahwa ujung apendiks dekat dengan kandung kemih atau ureter. Adanya kekakuan pada bagian bawah otot rektus kanan dapat terjadi. Tanda rovsing dapat timbul dengan melakukan palpasi kuadran bawah kiri yang secara paradoksial menyebabkan nyeri yang terasa dikuadran kanan bawah. Apabila apendiks telah ruptur, nyeri menjadi menyebar (Wedjo, 2019).

Distensi abdomen terjadi akibat ileus paralitik dan kondisi pasien memburuk. Pada pasien lansia, tanda dan gejala apendisitis dapat sangat bervariasi. Tanda-tanda tersebut dapat sangat meragukan, menunjukkan obstruksi usus atau proses penyakit lainnya. Pasien mungkin tidak mengalami gejala sampai mengalami ruptur apendiks. Insidens perforasi pada apendiks

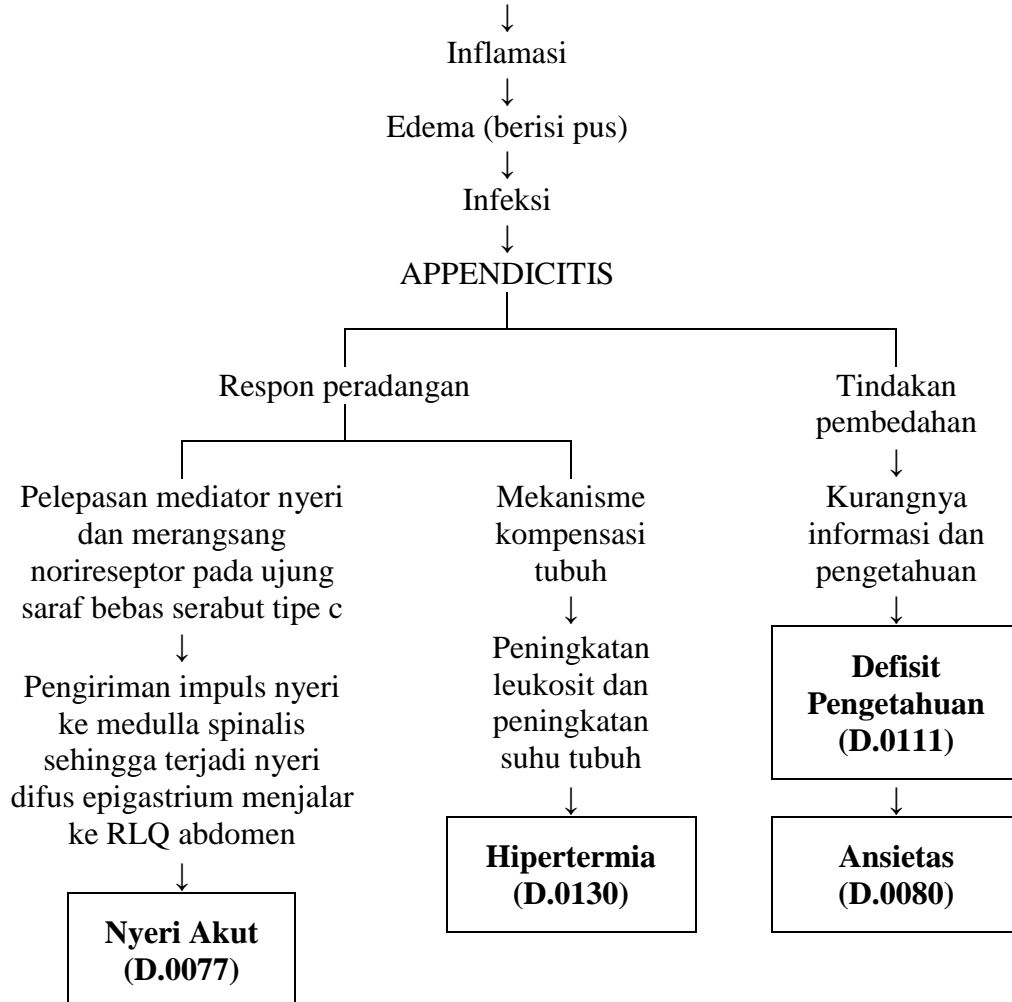
lebih tinggi pada lansia karena banyak dari pasien-pasien ini mencari bantuan perawatan kesehatan tidak secepat pasien-pasien yang lebih muda (Smeltzer, S. C & Barre, 2018).

2.1.4 Patofisiologis

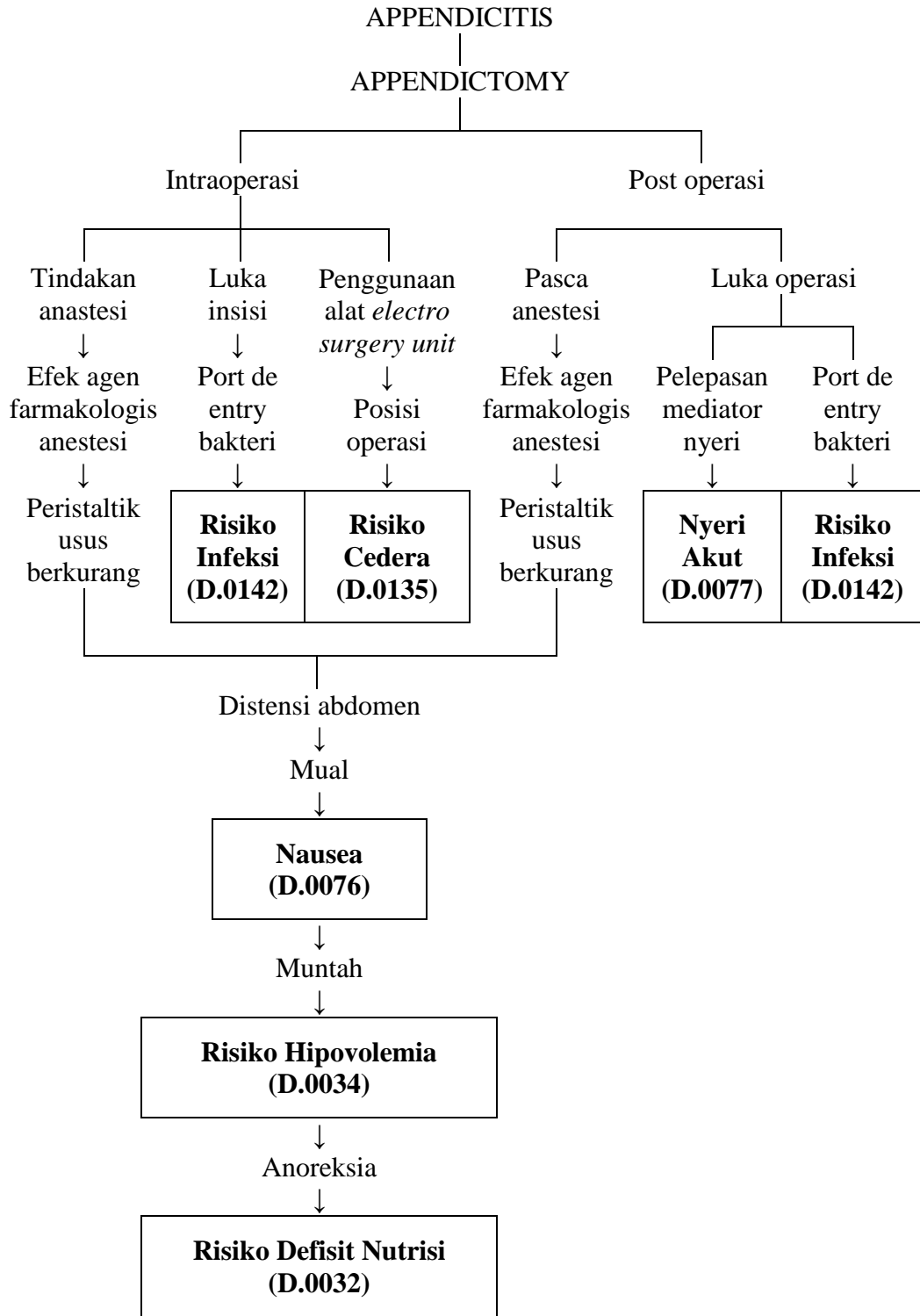
Apendisitis kemungkinan dimulai oleh obstruksi dari lumen yang disebabkan oleh feses yang terlibat atau fekalit. Sesuai dengan pengamatan epidemiologi bahwa apendisitis berhubungan dengan asupan makanan yang rendah serat. Pada stadium awal apendisitis, terlebih dahulu terjadi inflamasi mukosa. Inflamasi ini kemudian berlanjut ke submukosa dan melibatkan peritoneal. Cairan eksudat fibrinopurulent terbentuk pada permukaan serosa dan berlanjut ke beberapa permukaan peritoneal yang bersebelahan. Dalam stadium ini mukosa glandular yang nekrosis terkelupas ke dalam lumen yang menjadi distensi dengan pus. Akhirnya, arteri yang menyuplai apendiks menjadi bertrombosit dan apendiks yang kurang suplai darah menjadi nekrosis ke rongga peritoneal. Jika perforasi yang terjadi dibungkus oleh omentum, abses local akan terjadi (Mahendra, 2021).

2.1.5 Pathway

Infeksi akibat bakteri, virus, jamur, feses yang membatu, pola hidup tidak sehat, dan benda asing pada appendic



(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2016)



(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2016)

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada apendisitis menurut Smeltzer dan Bare (2018), yaitu :

1) Perforasi

Perforasi berupa massa yang terdiri dari kumpulan apendiks, sekum, dan letak usus halus. Perforasi terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan suhu $39,5^{\circ}\text{C}$ tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut dan leukositosis meningkat akibat perforasi dan pembentukan abses.

2) Peritonitis

Peritonitis yaitu infeksi pada sistem vena porta ditandai dengan panas tinggi 39°C – 40°C menggigil dan ikterus merupakan penyakit yang jarang.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Fisik

Menurut Saputro & Rosyidah (2018), pemeriksaan fisik apendisitis meliputi sebagai berikut :

- a. Inspeksi : akan tampak adanya pembengkakan (*swelling*) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (*distensi*)
- b. Palpasi : didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (*Blumberg sign*)
- c. Dengan tindakan tungkai bawah kanan dan paha ditekuk kuat/tungkai di angkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri di perut semakin parah (*proas sign*).

- d. Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
- e. Suhu dubur yang lebih tinggi dari suhu ketiak, lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.

2. Skor Alvarado

Saat ini telah banyak upaya yang dilakukan untuk dapat menegakkan diagnosis Apendisitis, salah satunya adalah dengan sistem skor Alvarado. Skor ini menggabungkan antara gejala, tanda, dan hasil laboratorium dari pasien suspek apendisitis. Dibawah ini merupakan kriteria penilaian dari skor Alvarado :

Tabel 2.1 Skor Alvarado

No	Temuan Klinis	Skor
1	Nyeri perut yang berpindah ke kuadran kanan bawah	1
2	Anoreksia	1
3	Mual dan muntah	1
4	Nyeri tekan pada kuadran kanan bawah	2
5	Nyeri lepas	1
6	Peningkatan suhu tubuh $>37,2^{\circ}\text{C}$	1
7	Leukositosis ($>10.000/\text{ml}$)	2
8	Neutrofilia ($>75\%$)	1
Total		10

Sumber : Brunner & Suddarth (2015)

Dari tabel diatas, jika skor Alvarado 6 menunjukkan risiko tinggi untuk terjadinya Apendisitis sehingga dapat segera dilakukan penatalaksanaan selanjutnya seperti apendiktomi (Brunner & Suddarth, 2015).

3. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium untuk Apendisitis terdiri dari pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan protein reaktif. Pada pemeriksaan darah lengkap yang dijadikan penanda untuk apendisitis akut adalah leukositosis dan neutrofilia. Peningkatan sel darah putih lebih dari 10.000/ml menandakan Apendisitis sederhana, sedangkan peningkatan lebih dari 18.000/ml menandakan Apendisitis dengan perforasi. Peningkatan C-reactive protein (CRP) biasanya terjadi pada Apendisitis yang gejalanya telah timbul lebih dari 12 jam. Dari kombinasi ketiga temuan tersebut dapat meningkatkan sensitifitas diagnosis untuk Apendisitis akut sebesar 97%- 100% (Wardhana, 2021).

4. USG

Alat pencitraan yang paling sering digunakan sebagai penunjang diagnosis Apendisitis adalah USG, walaupun akurasi lebih rendah dibanding CT-Scan dan MRI. Ultrasonografi menjadi pilihan utama karena penggunaannya yang mudah, murah, dan tidak invasif. Sayangnya tingkat akurasi USG sangat bergantung pada operator dan alat yang digunakan. Faktor lain yang mempengaruhi hasil USG adalah obesitas, gas dalam lengkungan usus di depan apendiks, jumlah cairan inflamasi di sekitar apendiks, dan posisi dari apendiks (Wardhana, 2021).

5. CT-Scan

Pemeriksaan *computed tomography* (CT-Scan) pada dasarnya merupakan pemeriksaan imaging yang paling diakui untuk membantu 11 penegakan diagnosis Apendisitis pada orang dewasa. Di Amerika CT-Scan

digunakan pada 86% pasien Apendisitis, dengan sensitifitas sebesar 92,3%. Namun bahaya radiasi dan keterbatasan sarana merupakan masalah dari penggunaan alat ini (Wardhana, 2021).

6. MRI

Penggunaan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) dapat mengurangi resiko dari radiasi, namun tujuan khusus dan spesifisitasnya dalam mendiagnosis akut abdomen masih dipertanyakan. Selain itu tidak semua rumah sakit di dunia memiliki sarana yang memadai untuk MRI, dan penggunaanya yang tidak bisa langsung merespon keadaan darurat menjadi kekurangan dari alat ini (Wardhana, 2021).

2.1.8 Penatalaksanaan

Pembedahan diindikasikan bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan. Antibiotik dan cairan IV diberikan serta pasien diminta untuk membatasi aktivitas fisik sampai pembedahan dilakukan. Analgetik dapat diberikan setelah diagnosis ditegakkan. Apendiktomi (pembedahan untuk mengangkat apendiks) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum umum atau spinal, secara terbuka ataupun dengan cara laparoscopi yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif. Bila apendiktomi terbuka, insisi Mc Burney banyak dipilih oleh para ahli bedah. Pada penderita yang *diagnosisnya* tidak jelas sebaiknya dilakukan observasi dulu. Pemeriksaan laboratorium dan ultrasonografi bisa dilakukan bila dalam observasi masih terdapat keraguan. Bila terdapat laparoskop, tindakan laparoscopi diagnostik pada kasus

meragukan dapat segera menentukan akan dilakukan operasi atau tidak (Smeltzer, S. C & Barre, 2018).

2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan Nausea

2.2.1 Pengertian

Nausea (D.0076) merupakan perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah (SDKI, 2017)

2.2.2 Gejala dan Tanda

Menurut tanda dan gejala pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017), nausea memiliki gejala dan tanda mayor dan minor yaitu :

1. Gejala dan Tanda Mayor :
 - a) Subjektif
 - 1) Mengeluh mual
 - 2) Merasa ingin muntah
 - 3) Tidak berminat makan
 - b) Objektif (tidak tersedia)
2. Gejala dan Tanda Minor :
 - a) Subjektif
 - 1) Merasa asam di mulut
 - 2) Sensasi panas/dingin
 - 3) Sering menelan
 - b) Objektif
 - 1) Saliva meningkat
 - 2) Pucat

- 3) Diaphoresis
- 4) Takikardia
- 5) Pupil dilatasi

2.2.3 Faktor Penyebab

Faktor penyebab nausea berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017) yaitu :

1. Gangguan biokimiawi (mis. uremia, ketoasidosis diabetik)
2. Gangguan pada esofagus
3. Distensi lambung
4. Iritasi lambung
5. Gangguan pankreas
6. Peregangan kapsul limpa
7. Tumor terlokalisasi (mis. neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis tulang di dasar tengkorak)
8. Peningkatan tekanan intraabdominal (mis. keganasan intraabdomen)
9. Peningkatan tekanan intrakranial
10. Peningkatan tekanan intraorbital (mis. glaukoma)
11. Mabuk perjalanan
12. Kehamilan
13. Aroma tidak sedap
14. Rasa makanan/minuman yang tidak enak
15. Stimulus penglihatan tidak menyenangkan
16. Faktor psikologis (mis. kecemasan, ketakutan, stress)
17. Efek agen farmakologis

18. Efek toksin

Sedangkan kondisi klinis yang terkait dengan masalah keperawatan nausea antara lain :

1. Meningitis
2. Labirinitis
3. Uremia
4. Ketoasidosis diabetik
5. Ulkus peptikum
6. Penyakit esofagus
7. Tumor intraabdomen
8. Penyakit Meniere
9. Neuroma akustik
10. Tumor otak
11. Kanker
12. Glaukoma

2.2.4 Post Operative Nausea and Vomiting (PONV)

2.2.4.1 Definisi

Post Operative Nausea and Vomiting (PONV) merupakan salah satu komplikasi yang sering terjadi pada pasca general anestesi maupun spinal anestesi yang menjadi perhatian utama dan perlu penanganan yang efektif (Marssuni, 2022). *Post Operative Nausea And Vomiting (PONV)* terjadi dalam 24 jam pertama setelah dilakukan tindakan anestesi dan pembedahan. *Post Operative Nausea And Vomiting (PONV)* terdiri dari tiga gejala utama

yang timbul segera setelah tindakan anestesi dan pembedahan yang meliputi (Saraswati, 2020):

1. Nausea atau mual merupakan sensasi subjektif yang dirasakan pasien untuk muntah tanpa adanya gerakan eksklusif otot.
2. *Vomiting* atau muntah merupakan keluarnya isi lambung secara paksa melalui mulut karena terjadi kontraksi otot perut.
3. *Retching* merupakan suatu keinginan muntah yang tidak produktif dan terjadi kontraksi otot perut.

2.2.4.2 Klasifikasi

Miller RD mengelompokkan *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) sebagai berikut (Saraswati, 2020):

1. *Early Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) adalah mual dan muntah pasca operasi yang timbul pada 2 – 6 jam pasca pembedahan
2. *Late Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) adalah mual dan atau muntah pasca operasi yang timbul pada 6 – 24 jam pasca pembedahan, *late Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) biasanya terjadi diruang pulih sadar.
3. *Delayed Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) adalah mual dan atau muntah pasca operasi yang timbul setelah 24 jam pasca pembedahan.

2.2.4.3 Patofisiologis

Pierre & Whelan dalam Marssuni (2022) berpendapat bahwa fisiologi *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) sangat kompleks dan tidak mudah untuk dipahami. Struktur otak yang menjadi pemicu

terjadinya *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) yaitu: *Chemoreceptor Trigger Zone* (CTZ), yang terletak di ujung kaudal ventrikel keempat di area postrema, dan *Nucleus Tractus Solitarius* (NTS), yang terletak di area postrema dan pons bawah. CTZ menerima masukan dari aferen vagal di saluran pencernaan, dan juga dapat mendeteksi toksin emetogenik, metabolit, dan obat yang beredar dalam darah dan cairan serebrospinal karena kurangnya aliran darah ke otak. NTS memicu muntah dengan merangsang nukleus rostral, nukleus ambigu, kelompok pernapasan ventral, dan nukleus motorik dorsal vagus dengan sempurna (Marssuni, 2022).

Menurut Guyton & Hall (2019), muntah dapat dibedakan menjadi tiga fase, yaitu:

1. Fase pre ejeksi didominasi oleh adanya rasa mual yang berhubungan dengan perubahan otonomik dan gastrointestinal. Gejala awal terjadi pre ejeksi adalah saliva yang kental, berkeringat, pucat dan takikardi. Fase pre ejeksi ini bisa berakhir dalam hitungan menit, jam bahkan sampai beberapa hari menurut keadaan umum setiap pasien (Guyton & Hall, 2019).
2. Fase ejeksi terdiri dari retching dan muntah. *Retching* merupakan keadaan dimana terjadi gerakan inspiratori untuk melawan glotis yang menutup. Pada muntah kontraksi rektus abdominalis dan otot obliquus eksternal akan menyebabkan lambung mengeluarkan isinya. Sedangkan retching, muntah diikuti oleh peninggian diafragma dan gelombang tekanan positif pada thorak. Sfingter atas esofagus dan

esofagus relaksasi, otot abdomen dan diafragma berkontraksi, dan tekanan intrathorak dan intraabdomen meningkat sekitar 100 mmHg pasien (Guyton & Hall, 2019).

3. Fase post ejeksi dinyatakan dengan pemulihan dari kejadian muntah dan gejala sisa muntah. Muntah dapat muncul lagi disetiap keadaan dengan melalui fase pre ejeksi dan ejeksi lagi seperti semula pasien (Guyton & Hall, 2019).

2.2.4.4 Faktor Risiko

1. Faktor Risiko Pasien

a) Jenis kelamin

Prevalensi *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) jenis kelamin perempuan lebih rentan terjadi *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) dibanding dengan jenis kelamin laki-laki.

b) Usia

Prevalensi *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) pada usia lebih rentan pada anak-anak dimana dua kali lebih besar untuk terjadi *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) dibandingkan dewasa. Usia yang berisiko tinggi terjadi *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) yaitu usia < 50 tahun (Gan, TJ and Habib, AS, 2016).

c) Obesitas

Obesitas merupakan salah satu faktor risiko terjadinya *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV). BMI pasien >30 sangat rentan terjadi *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV). Hal ini disebabkan karena obat anestesi yang larut dalam lemak dapat berakumulasi pada

jaringan lemak dan dilepaskan dalam periode waktu yang lama sehingga menyebabkan terjadinya mual dan muntah (Mochtar, 2015).

- d) Riwayat *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) atau motion sickness

Pasien yang memiliki riwayat *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) atau motion sickness memiliki reflek yang baik dan mempunyai ambang rangsang yang rendah terhadap mual dan muntah (Saraswati, 2020).

- e) Status merokok

Pasien perokok merupakan faktor proteksi terhadap kejadian *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) karena tembakau pada rokok diduga dapat menginduksi enzim pada liver/hati yaitu CYP1A2 P450. Kejadian *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) lebih berisiko pada pasien yang merokok dibandingkan dengan pasien yang tidak merokok (Marssuni, 2022).

- f) Puasa pra operatife

Puasa pra operatif yang adekuat dapat menurunkan risiko *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) setelah tindakan pembedahan dan anestesi, sedangkan puasa yang berlebihan justru meningkatkan risiko *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV).

Puasa preanestesi merupakan kewajiban yang terintegrasi dalam tindakan preanestesi. *American Society of Anesthesiologists* (ASA) mendefinisikan puasa pra operasi merupakan suatu periode waktu yang ditentukan sebelum prosedur operasi dimana pasien tidak

diperbolehkan makan asupan oral baik cairan atau makanan padat. Anjuran puasa minimal 2 jam untuk cairan bening, 4 jam untuk ASI, dan 6 jam untuk makanan padat (Abebe et al., 2016). Kenyataan di lapangan banyak pasien puasa melebihi anjuran waktu.

2. Faktor Risiko Pembedahan

a. Lokasi pembedahan

Lokasi pembedahan merupakan salah satu faktor terjadinya *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV). Lokasi pembedahan yang memiliki risiko tinggi terjadi *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) pada area abdomen. Marquini, Pinheiro, et al., (2020) menyebutkan insiden mual dalam penelitian yang dilakukan sebanyak 18,9% (14/74) dan insiden muntah sebanyak 10,8% (8/74) pada bedah ginekologi.

b. Lama pembedahan

Durante operasi yang lama dapat meningkatkan paparan obat-obatan anestesi dalam tubuh sehingga memiliki risiko tinggi terjadi mual dan muntah pasca operasi. Prosedur pembedahan dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (Marssuni, 2022).

c. Nyeri

Mual dan muntah pasca operasi dapat disebabkan akibat pengosongan lambung pra anestesi dan respon nyeri pasca pembedahan dan anestesi yang tidak terkontrol (Marssuni, 2022).

3. Faktor Risiko Anestesi

a. Obat general anestesi

Penggunaan agen inhalasi pada pasien dengan general anestesi merupakan penyebab utama mual dan muntah pada dua jam pertama pasca operasi (Saraswati, 2020).

b. Regional anestesi

Terjadinya mual dan muntah pasca operasi pada pasien yang menggunakan spinal anestesi disebabkan karena berbagai faktor, meliputi: hipotensi, aditif intratekal, blok yang tidak adekuat, atau blok tinggi yang menyebabkan peningkatan peristaltik usus, tarikan nervus dan pleksus khususnya nervus vagus (Morgan et al., 2022).

2.2.4.5 Dampak

Post Operative Nausea And Vomiting (PONV) dapat menimbulkan komplikasi medik dan efek psikologis yang menyebabkan terhambatnya proses terapi secara keseluruhan sehingga dapat menurunkan tingkat kesembuhan pasien pasca operasi dan memperpanjang waktu rawat pasien di rumah sakit. Salah satu efek psikologis yang muncul akibat *Post Operative Nausea And Vomiting* (PONV) adalah stress. Stress merupakan ketegangan emosional atau fisik yang dirasakan pasien berasal dari setiap peristiwa atau pikiran yang membuat pasien merasa frustrasi, marah, atau gugup (Arisdiani Triana, 2019).

2.2.4.6 Pengukuran PONV

Respon kejadian mual dan muntah pasca operasi dapat dilakukan dengan menggunakan *The Rhodes Index Nausea, Vomiting and Retching* (RINVR) yang dinilai menggunakan sistem skoring yaitu (Roosyidah, 2020) :

- 0 = tidak mual–muntah.
 1–8 = mual-muntah ringan.
 9-16 = mual-muntah sedang.
 17-24 = mual-muntah berat.
 25-32 = mual-muntah buruk.

Tabel 2.2 Instrument Rhodes *Index Nausea, Vomiting & Retching* (RINVR)

No	Pernyataan	Skala				
		0	1	2	3	4
1	Pasien mengalami muntah sebanyak....kali	Tidak muntah	1-2 kali	3-4 kali	5-6 kali	7x/lebih
2	Akibat retching, pasien mengalami penderitaan yang...	Tidak mengalami	Ringan	Sedang	Berat	Parah
3	Akibat muntah, pasien mengalami penderitaan yang..	Tidak mengalami	Ringan	Sedang	Berat	Parah
4	Pasien merasa mual atau sakit diperut selama....	Tidak mengalami	≤ 1 jam	2-3 jam	4-6 jam	≥ 6 jam
5	Akibat mual mual, pasien mengalami penderitaan yang...	Tidak mengalami	Ringan	Sedang	Berat	Parah
6	Setiap muntah, pasien mengeluarkan muntahan sebanyak....gelas	Tidak mengeluarkan apa apa	Sedikit (hampir ½ gelas)	Sedang (1/2-2 gelas)	Banyak (2-3 gelas)	Sangat banyak (3gelas/ lebih)
7	Pasien merasa mual atau sakit perut sebanyak...kali	Tidak	1-2 kali	3-4 kali	5-6 kali	7x/lebih
8	Pasien mengalami muntah berat tanpa mengeluarkan apa apa, sebanyak....kali	Tidak mengalami	1-2 kali	3-4 kali	5-6 kali	7x/lebih

Sumber : (Roosyidah, 2020)

2.2.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan nausea dapat dilakukan dengan dua cara yaitu secara farmakologi dengan obat antiemetic dan non farmakologi (Rihiantoro et al, 2018). Obat antiemetik untuk pencegahan dan penanganan mual muntah adalah antagonis reseptor serotonin (5-HT), diantaranya ondansetron.

Alternatif lain untuk menangani nausea dapat menggunakan terapi non farmakologi atau komplementer dengan alasan karena dalam pelaksanaannya relatif mudah dan juga tidak menimbulkan efek samping (Rihiantoro et al, 2018). Beberapa teknik non farmakologis yang dapat dijadikan *evidence based nursing* untuk mengatasi nausea antara lain pemerian aroma terapi, mengunyah permen karet, mobilisasi dini, kompres hangat, dan terapi pemberian madu ataupun jahe hangat.

Sedangkan dalam keperawatan terdapat beberapa intervensi yang dapat dilakukan untuk menangani masalah keperawatan nausea (SDKI, 2017), yaitu manajemen mual, manajemen muntah, dukungan hipnosis diri, edukasi efek samping obat, edukasi kemoterapi, edukasi manajemen nyeri, edukasi perawatan kehamilan, edukasi teknik napas, manajemen efek samping obat, manajemen kemoterapi, manajemen nyeri, manajemen stress, pemberian obat, pemberian obat intravena, pemberian obat oral, terapi akupresur, terapi akupuntur, dan terapi relaksasi.

2.3 Konsep Mengunyah Permen Karet

2.3.1 Definisi Mengunyah

Mengunyah atau mastikasi adalah proses penggilingan makanan dari partikel besar menjadi partikel kecil secara mekanis dengan menggunakan gigi geligi. Pemecahan ini berguna untuk meningkatkan luas permukaan makanan agar makanan bisa bercampur dengan saliva, cairan rongga mulut, dan enzim pencernaan rongga mulut (Hamzah et al., 2019).

2.3.2 Mengunyah Permen Karet

Mengunyah permen karet adalah suatu treatment yang dipercaya memberikan hasil dalam menstimulasi usus halus untuk kembali bekerja normal kembali pasca pembedahan. Mengunyah permen karet adalah suatu proses seperti makan, dimana ada massa di dalam mulut, ada proses mengunyah. Adanya mekanisme *Vagal Cholinergic* (Parasimpatis) menstimulasi saluran pencernaan, hal ini sama dengan proses makan secara oral, namun secara teori, proses ini lebih jarang menimbulkan respon muntah pada pasien dan mencegah terjadinya aspirasi (Basri & Sulistyawati, 2018).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Bhatti et al., (2021) mengatakan bahwa mengunyah permen karet pasca operasi laparotomi untuk penutupan stoma didapatkan hasil pengurangan yang signifikan dalam durasi ileus pascaoperasi dan lama total perawatan di rumah sakit Didapati waktu rata-rata munculnya bising usus berkurang signifikan pada kelompok permen karet (13,9 + 5,9 jam) dibandingkan kelompok tanpa permen karet (22,8 + 6,5 jam). Waktu rata-rata mengeluarkan flatus pada kelompok permen karet signifikan lebih pendek (18,36 + 8,43 jam) sedangkan waktu rata-rata kelompok tanpa permen karet (41,16 + 6,14 jam) (Bhatti et al., 2021).

Mengunyah permen karet dapat menstimulasi abdomen serta sekresi dari getah lambung dan usus yang akan menyebabkan keinginan orang tersebut untuk makan dan minum sehingga dapat meningkatkan peristaltik usus pasien sehingga dapat mempercepat proses pemulihan ileus pasca operasi (Ledari et al., 2016).

2.3.3 Lama Waktu Mengunyah

Rentang lama waktu mengunyah yang digunakan penelitian-penelitian sebelumnya yaitu antara lima menit sampai dengan satu jam post operasi dengan intensitas berbeda-beda sesuai dengan pertimbangan dari peneliti (Damayanti S & May Syara, 2018). Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahmadina et al., (2023) didapatkan bahwa pada kelompok perlakuan mengunyah permen karet pada saat post test peristaltik usus meningkat.

2.3.4 Jenis Permen Karet

Ledari et al, pada penelitiannya tahun 2016 tentang mengunyah permen karet bebas gula seperti Xylitol, Manitol, Sorbitol ini dapat meningkatkan peristaltik usus dan mengurangi ileus pasca operasi seksio sesarea. Dalam penelitiannya didapatkan hasil yang menunjukkan bahwa motilitas gastrointestinal setelah operasi seksio sesaria dapat ditingkatkan dengan mengunyah permen karet. Intervensi mengunyah permen karet ini merupakan metode atau cara yang aman, tepat, berguna, murah, dan tentunya baik untuk pasien-pasien yang baru saja menjalani operasi abdomen (Ledari et al., 2016).

2.4 Konsep Mobilisasi Dini

2.4.1 Definisi

Mobilisasi adalah kebutuhan dasar manusia yang diperlukan oleh individu untuk melakukan aktifitas sehari-hari berupa pergerakan sendi, sikap dan gaya berjalan guna untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dan mempertahankan kesehatannya (Potter & Perry, 2020).

2.4.2 Tujuan

Tujuan mobilisasi adalah mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernapasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK), mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal memenuhi kebutuhan gerak harian, dan memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi dan berkomunikasi. Tujuan mobilisasi dini adalah menurunkan kejadian komplikasi thrombosis vena, emboli paru, pneumonia dan retensi urin serta meningkatkan kepuasan pasien dan mengurangi *long of stay* (LOS) lama hari rawat pasien (Mubarak, 2015).

2.4.3 Manfaat

Mobilisasi dini memiliki manfaat pada sistem tubuh. Manfaat dan pengaruh mobilisasi dini menurut (Potter & Perry, 2020) :

1. Sistem Kardiovaskuler

Mobilisasi dini dapat meningkatkan curah jantung dan memperbaiki kontraksi miokardial dan bisa menguatkan otot jantung. Menurunkan tekanan darah istirahat dan memperbaiki aliran balik vena.

2. Sistem Respiratori

Pada sistem respiratori mobilisasi dini dapat meningkatkan frekuensi dan kedalaman pernafasan diikuti oleh laju istirahat kembali lebih cepat, meningkatkan ventilasi alveolar, menurunkan kerja pernapasan, dan meningkatkan pengembangan diafragma.

3. Sistem Metabolik

Mobilisasi dini dapat meningkatkan laju metabolisme basal, meningkatkan penggunaan glukosa dan asam lemak, meningkatkan pemecah trigliserida, meningkatkan motilitas lambung, dan meningkatkan produksi panas tubuh.

4. Sistem Muskuloskeletal

Pada sistem muskuloskeletal mobilisasi dini dapat memperbaiki tonus otot, meningkatkan mobilisasi sendi, memperbaiki toleransi otot untuk latihan, memungkinkan meningkatkan massa otot, dan mengurangi kehilangan tulang.

5. Toleransi Aktivitas

Mobilisasi dini dapat meningkatkan toleransi dan mengurangi kelemahan.

6. Faktor Psikososial

Efek mobilisasi dini pada faktor psikososial dapat meningkatkan toleransi terhadap stress, melaporkan “perasaan baik” dan melaporkan pengurangan penyakit. Mubarak (2015) menjelaskan bahwa manfaat mobilisasi dini sebagai berikut:

- a. Meningkatkan kecepatan dan kedalaman nafas
 - 1) Mencegah atelektase dan pneumonia hipostasis
 - 2) Meningkatkan kesadaran mental dampak dari peningkatan oksigen ke otak
- b. Meningkatkan sirkulasi peredaran darah
 - 1) Nutrisi untuk penyembuhan mudah didapat pada daerah luka
 - 2) Dapat mencegah thrombophlebitis

- 3) Meningkatkan kelancaran fungsi ginjal
- 4) Mengurangi rasa nyeri
- c. Meningkatkan berkemih untuk mencegah retensi urin
- d. Meningkatkan metabolisme
 - 1) Mencegah berkurangnya tonus otot
 - 2) Mengembalikan keseimbangan nitrogen
- e. Meningkatkan peristaltik usus
 - 1) Memudahkan terjadinya flatus
 - 2) Mencegah distensi abdominal dan nyeri
 - 3) Mencegah konstipasi
 - 4) Mencegah ileus paralitik

2.4.4 Jenis Mobilisasi Dini

Hidayat et al (2014) membagi mobilisasi menjadi dua bagian yaitu:

1. Mobilisasi penuh adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat menjalankan peran sehari-hari serta melakukan interaksi sosial. Saraf motorik volunter dan sensorik merupakan fungsi mobilitas penuh yang mengontrol seluruh tubuh seseorang.
2. Mobilisasi sebagian adalah kemampuan seseorang untuk bergerak tetapi ada batasan gerak sehingga tidak dapat bergerak bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf sensorik dan motorik di area tubuhnya. Mobilisasi sebagian dibagi menjadi dua yaitu :

- a. Mobilitas sebagian temporer adalah kemampuan individu untuk bergerak secara terbatas yang bersifat sementara. Hal ini dapat disebabkan oleh trauma reversible pada sistem muskuloskeletal.
- b. Mobilitas sebagian permanen adalah kemampuan individu untuk bergerak secara terbatas yang bersifat menetap. Hal ini disebabkan oleh rusaknya sistem syaraf yang reversible.

2.4.5 Tahapan Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini bisa dilakukan sejak 2 jam setelah operasi, setelah pasien sadar atau anggota gerak tubuh pasien dapat digerakkan kembali setelah pembiusan. Tahap-tahap mobilisasi dini menurut Hidayat et al (2014) meliputi :

1. Level 1 : pada 6-24 jam pertama post pembedahan, pasien diajarkan diajarkan latihan gerak (ROM), dilanjutkan dengan perubahan posisi di tempat tidur yaitu miring kanan dan kiri, kemudian meninggikan kepala mulai dari 15° sampai 90°.
2. Level 2 : pada 24 jam kedua post pembedahan, pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk di tepi tempat tidur.
3. Level 3 : Pada 24 jam ketiga post pembedahan, pasien dianjurkan untuk berdiri di samping tempat tidur dan diajarkan untuk berjalan di samping tempat tidur.
4. Level 4: Tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri.

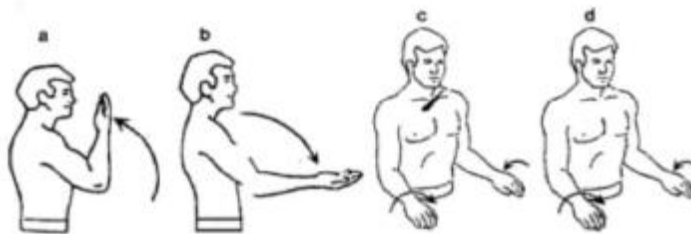
2.4.6 Gerakan Mobilisasi Dini

Terdapat beberapa macam gerakan mobilisasi dini yang dapat diberikan untuk mengembalikan rentang gerak aktivitas kembali normal lagi pada pasien post operasi antara lain fleksi, ekstensi, hiperekstensi, supinasi, pronasi, rotasi, abduksi, adduksi, serta rotasi (Rezky et al., 2019).

1. Ekstremitas atas

a. Gerakan lengan:

- i. Fleksi: Angkat lengan secara perlahan dari sisi tubuh ke arah depan lalu ditekuk mengarah ke atas kepala.
- ii. Ekstensi: Gerakkan kembali lengan dari atas kepala ke arah sisi tubuh.
- iii. Supinasi: Posisikan telapak tangan mengarah ke atas.
- iv. Pronasi: Gerakkan lengan hingga telapak tangan menghadap ke bawah.



Gambar 2.1 Gerakan Lengan (Roosyidah, 2020).

b. Gerakan siku:

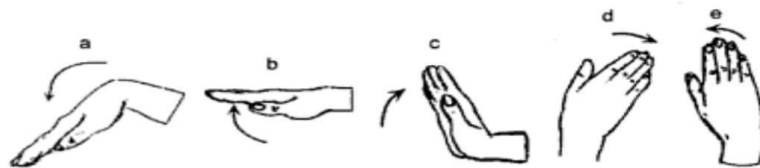
- 1) Fleksi: Angkat tangan sejajar bahu lalu gerakkan lengan bawah mendekati bahu dengan cara membengkokkan siku sampai telapak tangan menyentuh bahu.
- 2) Ekstensi: Gerakkan kembali lengan sampai lurus dan tidak bengkok pada siku.



Gambar 2.2 Gerakan Siku (Roosyidah, 2020).

c. Gerakan jari tangan:

- 1) Fleksi: Lakukan gerakan mengepal.
- 2) Ekstensi: Luruskan jari-jari tangan.
- 3) Hiperekstensi: Arahkan jari-jari ke arah belakang sejauh mungkin.
- 4) Abduksi: Renggangkan jari-jari tangan bergerak saling menjauhi.
- 5) Adduksi: Gerakkan kembali jari-jari tangan bergerak saling berdekatan.



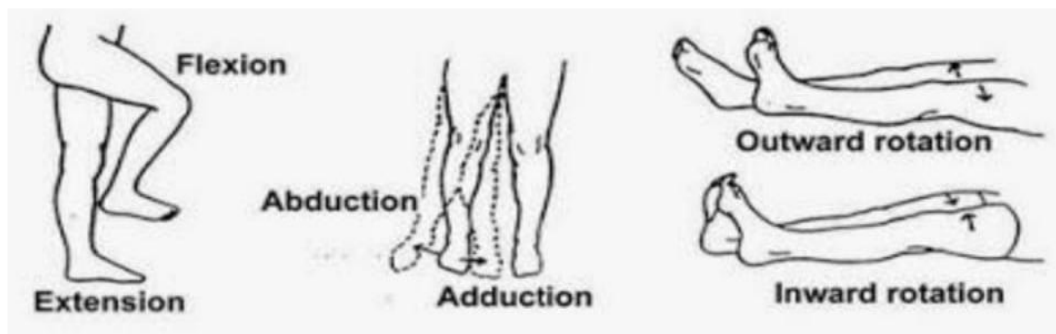
Gambar 2.3 Gerakan Jari Tangan (Roosyidah, 2020).

2. Ekstremitas bawah

a. Gerakan pinggul:

- 1) Fleksi: Arahkan kaki ke depan dan angkat tungkai lurus secara perlahan.
- 2) Ekstensi: Turunkan kembali tungkai sejajar seperti posisi semula.
- 3) Abduksi: Arahkan tungkai lurus menjauhi sisi tubuh ke arah samping.
- 4) Adduksi: Arahkan tungkai dari samping tubuh mendekati sisi tubuh, lakukan hingga kaki dapat menyilang.

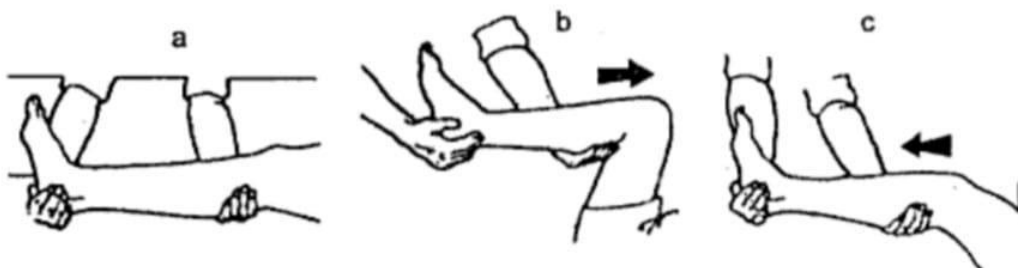
- 5) Rotasi internal: Posisikan kaki lurus, lalu perlahan gerakkan tungkai berputar ke arah dalam.
- 6) Rotasi eksternal: Arahkan kembali tungkai ke posisi semula hingga posisi kaki lurus kedepan.



Gambar 2.4 Gerakan Pinggul (Roosyidah, 2020).

b. Gerakan lutut:

- 1) Fleksi: Bengkokkan lutut dengan cara mengarahkan tumit sampai menyentuh paha bagian belakang.
- 2) Ekstensi: Luruskan kembali lutut hingga telapak kaki menyentuh tempat tidur.

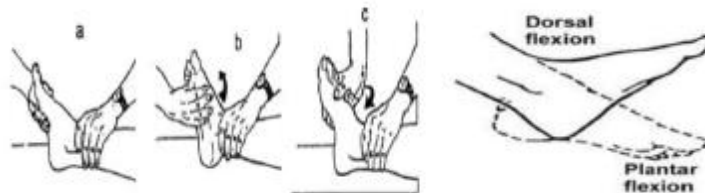


Gambar 2.5 Gerakan Lutut (Roosyidah, 2020).

c. Gerakan pergelangan kaki

- 1) Inversi: Lakukan gerakan memutar pada kaki dengan mengarahkan telapak kaki ke arah dalam.

- 2) Eversi: Lakukan gerakan memutar pada kaki dengan mengarahkan telapak kaki ke arah luar.
- 3) Dorsofleksi: Gerakan pergelangan kaki jari kaki mengarah ke atas.
- 4) Plantarfleksi: Gerakan pergelangan kaki jari kaki mengarah ke bawah.



Gambar 2.6 Gerakan Pergelangan Kaki (Roosyidah, 2020).

d. Gerakan jari kaki:

- 1) Fleksi: Arahkan jari-jari kaki ke arah bawah.
 - 2) Extensi: Luruskan kembali jari-jari kaki.
 - 3) Abduksi: Renggangkan jari-jari kaki bergerak saling menjauhi.
 - 4) Adduksi: Gerakkan kembali jari-jari kaki bergerak saling berdekatan
- (Rezky et al., 2019).



Gambar 2.7 Gerakan Jari Kaki (Roosyidah, 2020)

2.5 Konsep Kompres Hangat

2.5.1 Definisi

Perry & Potter (2020) kompres hangat adalah sepotong balutan kasa yang dilembabkan dengan cairan hangat yang telah diprogramkan. Panas dapat meningkatkan vasodilatasi dan evaporasi panas dari permukaan kulit.

Menurut Romliyadi (2021) kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada pasien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukannya.

2.5.2 Tujuan

Tujuan dari kompres hangat adalah pelunakan jaringan fibrosa, membuat otot tubuh lebih rileks, menurunkan rasa nyeri, dan memperlancar pasokan aliran darah dan memberikan ketenangan pada klien. Kompres hangat yang digunakan berfungsi untuk melebarkan pembuluh darah, menstimulasi sirkulasi darah, dan mengurangi kekakuan (Perry & Potter, 2020).

Pemberian kompres hangat pada tubuh memiliki beberapa manfaat atau tujuan. Manfaat diberikannya kompres hangat adalah sebagai berikut (Nur, 2022):

1. Respon fisiologi pada vasodilatasi memberikan keuntungan yaitu untuk meningkatkan aliran darah kebagian tubuh yang mengalami cedera, meningkatkan pengiriman nutrisi dan pembuangan zat sisa, mengurangi kongesti vena di dalam jaringan yang mengalami cedera.
2. Pada viskositas darah menurun, sehingga meningkatkan pengiriman leukosit dan antibiotik ke daerah luka.
3. Ketegangan otot menurun, menyebabkan meningkatnya relaksasi otot dan mengurangi nyeri akibat spasme atau kekakuan.
4. Metabolisme jaringan meningkat, menyebabkan meningkatnya aliran darah dan memberikan rasa hangat lokal.
5. Permeabilitas kapiler meningkat yang menyebabkan meningkatnya

pergerakan zat sisa dan nutrisi.

6. Meningkatkan fungsi peristaltik usus pada pasien post operasi dengan menggunakan anastesi umum atau general anastesi.

2.5.3 Fisiologi Kompres Hangat

Smeltzer & Bare (2018), mengemukakan bahwa energi panas yang hilang atau masuk ke dalam tubuh melalui kulit dengan empat cara, yaitu konduksi, konveksi, dan evaporasi

b. Konduksi

Konduksi adalah perpindahan panas akibat paparan langsung kulit dengan benda-benda yang ada di sekitar tubuh. Biasanya proses kehilangan panas dengan mekanisme konduksi sangat kecil. Sentuhan dengan benda umumnya memberi dampak kehilangan suhu yang kecil karena dua mekanisme, yaitu kecenderungan tubuh untuk terpapar langsung dengan benda relatif jauh lebih kecil dari pada paparan dengan udara, dan sifat isolator benda menyebabkan proses perpindahan panas tidak dapat terjadi secara efektif terus-menerus Smeltzer & Bare (2018).

c. Konveksi

Konveksi merupakan perpindahan panas berdasarkan gerakan fluida dalam hal ini adalah udara, artinya panas tubuh dapat dihilangkan bergantung pada aliran udara yang melintasi tubuh manusia. Konveksi adalah transfer dari energi panas oleh arus udara maupun air. Saat tubuh kehilangan panas melalui konduksi dengan udara sekitar yang lebih dingin, udara yang bersentuhan dengan kulit menjadi hangat. Karena udara panas lebih ringan dibandingkan udara dingin, udara panas

berpindah ketika udara dingin bergerak ke kulit untuk menggantikan udara panas. Pergerakan udara ini disebut arus konveksi membantu membawa panas dari tubuh. Kombinasi dari proses konveksi dan konduksi guna membawa pergi panas dari tubuh dibantu oleh pergerakan paksa udara melintasi permukaan tubuh, seperti kipas angin, angin, pergerakan tubuh saat menaiki sepeda dan lain-lain Smeltzer & Bare (2018).

d. Evaporasi

Evaporasi (penguapan air dari kulit) dapat memfasilitasi perpindahan panas tubuh. Setiap satu gram air yang mengalami evaporasi akan menyebabkan kehilangan panas tubuh sebesar 0,58 kilokalori. Pada kondisi individu tidak berkeringat, mekanisme evaporasi berlangsung sekitar 450-600 ml/hari. Hal ini menyebabkan kehilangan panas terus menerus dengan kecepatan 12-16 kalori per jam. Evaporasi ini tidak dapat dikendalikan karena evaporasi terjadi akibat difusi molekul air secara terus-menerus melalui kulit dan sistem pernafasan Smeltzer & Bare (2018).

2.5.4 Indikasi

Tindakan kompres hangat dapat diberikan pada pasien dengan berbagai indikasi. Menurut Nur (2022), indikasi pemberian kompres hangat yaitu:

1. Perut yang kembung.
2. Peristaltik usus menurun pada pasien post operasi dengan menggunakan general anestesi.

3. Pasien dengan suhu tubuh yang tinggi.
4. Pasien saat mengalami peradangan sendi.
5. Pasien dengan kekejangan otot kaki, tangan dan lain-lain.
6. Pasien yang mengalami inflamasi atau peradangan
7. Pasien yang mengalami hematoma atau abses.

2.5.5 Kontraindikasi

Kontraindikasi pemberian kompres hangat menurut Koziar et al (2016), yaitu:

1. Dua puluh empat jam pertama setelah cedera traumatic, karena panas akan meningkatkan perdarahan dan pembengkakan
2. Perdarahan aktif, karena panas menyebabkan vasodilatasi dan meningkatkan perdarahan
3. Edema non inflamasi, karena panas dapat meningkatkan permeabilitas kapiler dan edema
4. Tumor ganas terlokalisasi, karena panas akan mempercepat metabolisme sel, pertumbuhan sel dan meningkatkan sirkulasi, panas dapat mempercepat metastase (tumor sekunder)
5. Gangguan kulit yang menyebabkan kemerahan atau lepuh, karena panas dapat membakar atau menyebabkan kerusakan kulit lebih jauh.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (Undang - Undang RI, 2019). Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik

keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan dan dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik dan berdasarkan pada kebutuhan objek klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Togubu, 2019). Asuhan keperawatan terdiri dari 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

2.6.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Olfah & Ghofur, 2016). Dalam pengkajian meliputi teknik pengumpulan data :

1. Identitas pasien dan penanggung jawab (Brunner & Suddarth, 2015)

- a. Identitas pasien

Identitas pasien terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, diagnosis medis, tanggal masuk rumah sakit dan tanggal pengkajian.

Identitas penanggung jawab terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan pasien.

2. Riwayat kesehatan pasien

a. Keluhan utama masuk rumah sakit (MRS)

Keluhan utama diambil dari data subjektif atau objektif yang paling menonjol yang dialami oleh pasien. Pasien pasca operasi sering mengalami nyeri lebih dari 5 (skala 0-10), tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur yang merupakan efek dari insisi pada luka pasca operasi. Disertai mual, muntah dan badan terasa lemas (Brunner & Suddarth, 2015).

b. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang adalah pengembangan dari keluhan utama. Biasanya pasien dengan pasca laparatomi mengeluh nyeri pada bagian luka operasi dan mual. Nyeri pada umumnya terjadi 6 jam setelah operasi, dan efek dari obat anestesi akan menimbulkan mual muntah, mual muntah akan berhenti ketika efek anestesi habis, efek anestesi akan berhenti setelah 1x24 jam tergantung dengan dosis dan waktu pemulihan setiap individu (Syahfarman et al, 2022).

c. Riwayat kesehatan masa lalu

Pada kesehatan masa lalu ini dikaji tentang faktor resiko penyebab masalah kesehatan sekarang serta jenis penyakit seperti trauma abdomen, ruptur hepar, peritonitis, perdarahan saluran pencernaan (internal bleeding), sumbatan pada usus halus dan besar dan kesehatan masa lalu.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga ini dikaji apakah keluarga memiliki penyakit seperti peritonitis yang sama atau memiliki penyakit keturunan. (Brunner & Suddarth, 2015).

3. Riwayat pola kebiasaan sehari-hari

a. Kebutuhan oksigenasi

Kaji pasien apakah mengalami keluhan batuk, sputum, bisa atau tidak batuk efektif, sesak napas, nyeri dada dan penggunaan oksigen. (Brunner & Suddarth, 2015).

b. Kebutuhan nutrisi dan cairan

Kaji mengenai keluhan mual, muntah, penyebab mual, ada peningkatan saliva tidak, sensasi ingin muntah, rasa mual, muntah, kebiasaan makan dan minum pasien, bagaimana kebiasaan makan, apakah dijumpai perubahan nafsu makan akibat penyakit, sensasi menelan, rasa asam dimulut, pucat, alergi yang diderita, pemasangan alat bantu makan, minum (jenis, jumlah dalam sehari) (Padila, 2018).

c. Kebutuhan eliminasi

Kaji dari konsistensi, banyaknya, warna, baunya, urin, serta apakah ada gangguan eliminasi atau tidak dan juga terpasangan alat bantu eliminasi tidak.

d. Kebutuhan tidur dan istirahat

Pola tidur dan istirahat akan sedikit menurun, pasien akan gelisah/sulit tidur karena nyeri dan mual yang dirasakan pasien.

e. Kebutuhan aktivitas

Dalam aktivitas pasien jelas akan terganggu karena keterbatasan aktivitas yang disebabkan nyeri dan mual.

f. Kebutuhan rasa nyaman

Kaji pasien dengan mengetahui apakah penyebab nyeri, kualitas nyeri, daerah penyebaran nyeri, skala nyeri dan waktu nyeri yang di rasakan.

Dalam rasa nyaman pasien biasanya akan mengalami gangguan akibat nyeri dan mual.

g. Kebutuhan personal hygiene

Personal hygiene kurang terpenuhi karena keterbatasan dalam melakukan aktivitas (Brunner & Suddarth, 2015)

4. Pemeriksaan fisik

a. Penampilan umum

Penampilan umum pasien pasca operasi biasanya tampak lemah, gelisah dan meringis (Doengoes, 2018).

b. Pemeriksaan fisik persistem (LeMone, 2016).

1) Sistem pernapasan

Kaji apakah pasien mengalami pneumonia dan atelektasis atau tidak.

Kaji juga kepatenan jalan napas, kedalaman, frekuensi, karakter pernapasan, sifat dan bunyi napas merupakan hal yang harus dikaji pada pasien dengan pasca operasi. Pernapasan cepat dan pendek sering terjadi akibat nyeri (Syahfarman, 2022).

2) Sistem kardiovaskuler

Pada pasien pasca operasi biasanya ditemukan tanda-tanda syok seperti takikardi, berkeringat, pucat, hipotensi dan penurunan suhu

tubuh. Kemudian kaji juga apakah pasien mengalami hemoragi, trombosis vena dalam, atau embolisme paru (Syahfarman, 2022).

3) Sistem hematologi

Pasien tampak pucat

4) Sistem syaraf pusat

Tidak ada keluhan sakit kepala, tingkat kesadaran apatis, GCS, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial dan tidak ada gangguan sistem persyarafan (Syahfarman, 2022).

5) Sistem integumen

Mengetahui warna kulit abdomen, ditemukan luka akibat pembedahan di area abdomen. Karakteristik luka meliputi panjang, lebar luka, jumlah jahitan, warna dasar luka, tekstur luka, ada tidaknya perdarahan atau pus (nanah), umur lama luka, ada tidaknya terpasang drainase, letak drainase, ada tidaknya edema, bising usus, bunyi abdomen dan ada tidaknya peradangan (Syahfarman, 2022).

6) Sistem perkemihan

Kaji apakah ada distensi kandung kemih, kaji karakteristik urine jumlah, warna urine, bau, terpasang alat bantu perkemihan atau tidak (kateter) ada tidak gangguan perkemihan (Syahfarman, 2022).

7) Sistem muskuloskeletal

Kelemahan dan kesulitan ambulasi terjadi akibat nyeri pada abdomen dan efek samping dari anastesi yang sering terjadi adalah kekakuan otot pasca operasi. Hal ini dapat berlangsung selama

beberapa jam dan biasanya diatasi dengan resep antibiotik (Syahfarman, 2022).

8) Sistem pencernaan

Pemeriksaan keadaan mulut, adanya produksi saliva yang berlebih, keinginan muntah, ada tidak nyeri tekan di perut, bising usus menurun, tekstur feses, memastikan ada tidaknya konstipasi, ada tidak pembesaran hepar, abdomen saat diperkusi timpani biasanya karena perut kosong akibat puasa (Padila, 2018).

5. Pengkajian mual (SDKI, 2017)

- a. Apakah yang menyebabkan mual? efek anestesi pasca operasi
- b. Seberapa banyak produksi air liur yang dirasakan? sangat banyak/
banyak/ cukup banyak
- c. Apakah ada sensasi ingin muntah? ada sensasi ingin muntah
- d. Apakah ada rasa ingin mual? ada rasa ingin mual
- e. Bagaimana perasaannya saat ini ada tidak sensasi panas dingin?
Berapa kali mual dalam 1 hari? ada sensasi panas dingin >10 kali
dalam sehari.
- f. Apakah diaporresis (berkeringat) secara berlebihan? Ada keringat
berlebih
- g. Apakah ada nafsu makan? Dan berapa porsi menghabiskan makan?
Kurang nafsu makan karena mual yang dirasakan
- h. Apakah ada sensasi sering menelan? Ada sensasi sering menelan
- i. Apakah ada asam di mulut? Ada rasa asam pada mulut
- j. Warna kulit wajah tampak pucat.

2.6.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) diagnosis keperawatan diklasifikasikan kedalam 5 katagori yaitu fisiologis, psikologis, perilaku, relasional, dan lingkungan (PPNI, 2017). Sedangkan diagnosis keperawatan terdiri dari diagnosis positif dan negatif, diagnosis positif meliputi diagnosis keperawatan promosi kesehatan, dan diagnosis negatif terdiri dari diagnosis keperawatan aktual dan risiko (PPNI, 2017). Diagnosis yang mungkin muncul pada pasien appendicitis dengan appendectomy antara lain :

1. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (appendicitis) dan agen pencedera fisik (appendectomy)
2. Hipertermi (D.0130) berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)
3. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi
4. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan krisis situasional
5. Nausea (D.0076) berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi)

6. Risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan kerusakan integritas kulit dan efek prosedur invasif
7. Risiko cedera (D.0135) berhubungan dengan ketidakamanan selama pembedahan
8. Risiko hipovolemia (D.0134) berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif
9. Risiko defisit nutrisi (D.0132) berhubungan dengan faktor psikologis (anoreksia)

2.6.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas (Tim Pokja DPP SIKI PPNI, 2018). Tindakan dalam pemberian intervensi keperawatan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaboratif (Tim Pokja DPP SIKI PPNI, 2018). Dalam menentukan intervensi keperawatan, perawat perlu mempertimbangkan beberapa faktor seperti karakteristik diagnosis keperawatan, luaran (*outcome*) keperawatan yang diharapkan, kemampuan pelaksanaan intervensi keperawatan, kemampuan perawat, penerimaan pasien, dan hasil penelitian (Tim Pokja DPP SIKI PPNI, 2018). Intervensi keperawatan untuk appendicitis dengan appendectomy adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Nyeri Akut (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Frekuensi napas membaik 6. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 9. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 10. Fasilitasi istirahat dan tidur 11. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 13. Jelaskan strategi meredakan nyeri 14. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	Hipertermi (D.0130)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan suhu tubuh tetap berada pada rentang normal dengan kriteria hasil (L.14134)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor keluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Sediakan lingkungan yang dingin

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		2. Suhu tubuh membaik 3. Suhu kulit membaik 4. Takikardi menurun 5. Tekanan darah membaik	7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 9. Berikan cairan oral 10. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 11. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 12. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
3	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil (L.12111) 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Perilaku sesuai pengetahuan 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan meningkat 4. Perilaku membaik 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik: 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
4	Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil (L.09093): 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat	Reduksi Ansietas (I.09134) Observasi: 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik: 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		kondisi yang dihadapi meurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik	6. Pahami situasi yang membuat ansietas 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi 10. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 11. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 12. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 13. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 14. Latih teknik relaksasi
5	Nausea (D.0076)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil (L.08065) - Nafsu makan meningkat - Keluhan mual menurun - Perasaan ingin muntah menurun - Perasaan asam di mulut menurun - Sensasi panas menurun - Sensasi dingin menurun - Frekuensi menelan menurun - Diaphoresis menurun - Jumlah saliva menurun - Pucat membaik	Manajemen Mual (I.03117) Observasi 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis. bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) 3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 4. Identifikasi factor penyebab mual (mis. pengobatan dan procedure) 5. Identifikasi antiemetic untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) 6. Monitor mual (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 7. Monitor asupan nutrisi dan kalori Terapeutik: 8. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		<p>- Takikardi membaik (Tim Pokja DPP SLKI PPNI, 2018)</p>	<p>9. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis.kecemasan, ketakutan, kelelahan)</p> <p>10. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</p> <p>11. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>12. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>13. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>14. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</p> <p>15. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. Biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>16. Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu</p> <p>Manajemen Muntah (I.03118)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik muntah (mis. Warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi dan durasi) 2. Periksa volume muntah 3. Identifikasi riwayat diet (mis,makanan yang disukai, tidak disukai, dan budaya) 4. Identifikasi factor penyebab muntah (mis.pengobatan dan prosedur) 5. Identifikasi kerusakan esophagus dan faring posterior jika muntah terlalu lama 6. Monitor efek manajemen muntah secara menyeluruh 7. Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit <p>Terapeutik</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>8. Kontrol factor lingkungan penyebab muntah (mis.bau tak sedap, suara dan stimulus visual yang tidak menyenangkan)</p> <p>9. Kurangi dan hilangkan keadaan penyebab muntah (mis.kecemasan, ketakutan)</p> <p>10. Atur posisi untuk mencegah aspirasi</p> <p>11. Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>12. Bersihkan mulut dan hidung</p> <p>13. Berikan dukungan fisik saat muntah (mis.membantu mambungkuk atau menundukkan kepala)</p> <p>14. Berikan kenyamanan selama muntah (mis.kompres dingin di dahi atau sediakan pakaian kering dan bersih)</p> <p>15. Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah</p> <p>Edukasi</p> <p>16. Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah</p> <p>17. Anjurkan memperbanyak istirahat</p> <p>18. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah (mis. Biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur</p> <p>Kolaborasi</p> <p>19. Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu</p>
6	Risiko Infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil (L.14137) : 1. Kemerahan menurun 2. Bengkak menurun	Pengontrolan Infeksi Intraoperatif (I.14552) Observasi 1. Identifikasi pasien yang mengalami penyakit infeksi menular 2. Periksa sirkulasi udara di kamar operasi, sesuai protokol 3. Periksa alat-alat atau instrumen yang akan disterilisasi bersih dari kotoran (mis darah atau cairan tubuh lainnya, bebas dari karat, ketajaman)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		3. Demam menurun 4. Nyeri menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	4. Periksa kelayakan alat steril yang akan digunakan untuk pembedahan (mis. Tanggal sterilisasi/ tanggal kadaluarsa, kelayakan pembungkusan instrumen) 5. Periksa kelayakan sistem laminar airflow ventilator 6. Periksa kelayakan panel oksigen dan peralatan penunjang lainnya Terapeutik 7. Terapkan kewaspadaan umum di kamar operasi (mis. Cuci tangan aseptik, gunakan alat pelindung diri seperti masker, sarung tangan, pelindung wajah, pelindung mata, apron, sepatu boot, sesuai model transmisi mikroorganisme) 8. Pertahankan suhu tubuh dalam rentang normal 9. Desinfeksi kulit dengan chlorhexidiine 2% atau povidone iodine 10. Berikan profilaksis antibiotik sesuai indikasi 11. Gunakan baju, laken, alas, drape, dan pelindung luka disposable 12. Gunakan hepafilter pada area khusus (mis. Kamar operasi) 13. Hindari penggunaan lampu UV untuk mensterilisasi ruangan bedah 14. Berikan tanda khusus untuk pasien-pasien dengan penyakit menular Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi: 1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada daerah edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara memeriksa luka 8. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian imunisasi, Jika perlu
7	Risiko Cedera (D.0135)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keparahan dan cedera yang diamati atau dilaporkan menurun dengan kriteria hasil (L.14136) 1. Kejadian cedera menurun 2. Luka/lecet menurun 3. Perdarahan menurun 4. Fraktur menurun	Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.14513) Observasi: 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan 2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan Terapeutik: 3. Hilangkan bahaya keselamatan, Jika memungkinkan 4. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan risiko 5. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. Pegangan tangan) 6. Gunakan perangkat pelindung (mis. Rel samping, pintu terkunci, pagar) Edukasi 7. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan
8	Risiko Hipovolemia (D.0134)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil (L.03028) 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik 5. Pengeluaran cairan aktif menurun	Manajemen Hipovolemia (I.03116) Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa, kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan posisi modified trendelenburg 5. Berikan asupan cairan oral Edukasi 6. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			7. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian cairan IV isotons (mis. Nacl, RL) 9. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, Nacl 0,4%) 10. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate) 11. Kolaborasi pemberian produk darah
9	Risiko Defisit Nutrisi (D.0132)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil (L.03030) 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Frekuensi makan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Bising usus membaik	Manajemen Nutrisi (L.03119) Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan Terapeutik: 6. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 8. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 9. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 10. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 11. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

2.6.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik, sehingga menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2020). Implementasi adalah

tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Potter & Perry, 2020).

Implementasi keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018), namun dalam pelaksanaan implementasi akan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

2.6.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan tahapan yang menentukan apakah tujuan dapat tercapai sesuai yang ditetapkan dalam tujuan direncanakan perawatan (Oktoriana & Krishna, 2019). Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah dilakukan dengan membandingkan antara hasil yang diperoleh dengan kriteria evaluasi yang sudah disusun sejauh mana hasil akhir dapat dicapai dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Umumnya bentuk evaluasi yang dilakukan dengan format SOAP (Chafifah, 2023).

Pada keperawatan terdapat 2 jenis evaluasi yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif atau evaluasi proses adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi formatif harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi formatif harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah

ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi formatif terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan form evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan, contoh : membantu pasien duduk semifowler, pasien dapat duduk selama 30 menit tanpa pusing (Simak & Renteng, 2021).

Sedangkan evaluasi sumatif atau evaluasi hasil adalah rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Ditulis pada catatan perkembangan. Fokus evaluasi sumatif adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna (Simak & Renteng, 2021).