

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Tindakan Operasi

2.1.1 Definisi Operasi

Prosedur operasi adalah intervensi medis yang bersifat traumatik dan seringkali berhubungan dengan pendarahan, nyeri, risiko morbiditas atau terkadang kematian (Bedaso and Ayalew, 2019). Operasi atau pembedahan merupakan suatu tindakan medis invasif yang dilakukan dengan membuat insisi atau sayatan pada bagian tubuh tertentu untuk memperoleh akses ke organ atau jaringan yang akan ditangani. Setelah prosedur pembedahan selesai dilakukan, jaringan atau organ yang telah diperbaiki akan dikembalikan ke posisi anatomisnya, kemudian luka operasi ditutup kembali melalui teknik penjahitan atau metode penutupan luka lainnya sesuai dengan indikasi klinis (Sjamsuhidayat & Jong, 2014) dalam Yudandi (2021). Pembedahan adalah pengalaman khusus yang melibatkan perubahan yang telah direncanakan pada tubuh seseorang atau pasien dan terdiri dari tiga tahap: pre operasi, intra operasi, dan pasca operasi (Kozier, 2011) dalam Yudandi (2021).

2.1.2 Klasifikasi Operasi

Pembedahan atau operasi dapat diklasifikasikan menjadi pembedahan mayor dan pembedahan minor berdasarkan tingkat kompleksitas prosedur, luas tindakan yang dilakukan, serta tingkat risiko yang ditimbulkan terhadap kondisi pasien. Klasifikasi tersebut menjadi

dasar dalam menentukan kebutuhan persiapan, pelaksanaan tindakan, serta perawatan pascaoperasi yang sesuai. (Kozier, 2020) dalam Arif et al (2022).

1. Pembedahan mayor merupakan prosedur bedah dengan tingkat kompleksitas dan risiko yang tinggi. Jenis pembedahan ini umumnya melibatkan tindakan yang luas, penggunaan anestesi umum, serta memerlukan waktu operasi yang relatif lama. Risiko tersebut termasuk risiko kehilangan darah dalam jumlah besar, keterlibatan organ penting, dan kemungkinan komplikasi pasca operasi. Transplantasi organ, bedah jantung terbuka, laparatomi dan pengangkatan ginjal adalah contoh operasi dengan risiko tinggi.
2. Bedah Minor Biopsi payudara, pengangkatan tonsil, dan pembedahan tumor kecil adalah contoh pembedahan minor, yang umumnya dilakukan pada pasien rawat jalan dan memiliki risiko kecil dan jarang menimbulkan komplikasi.

2.1.3 Indikasi Operasi

1. Tindakan operasi diindikasikan pada berbagai kondisi, antara lain :
 - 1) Diagnostik : seperti biopsi atau laparatomi eksplorasi
 - 2) Kuratif : seperti eksisi tumor atau pengangkatan appendiks yang mengalami inflamasi
 - 3) Reparatif : seperti pada perbaikan luka-luka multipel
 - 4) Rekontruksi/Kosmetik : termasuk prosedur seperti mammoplasty atau bedah plastik.

5) Palliatif : melakukan upaya untuk mengurangi rasa sakit atau memperbaiki kondisi tertentu, misalnya, memasang selang gastrostomy untuk mengatasi kesulitan menelan makanan

2. Tindakan operasi dilakukan dengan berbagai indikasi diantaranya adalah berdasarkan tingkat urgensi pembedahan, tindakan bedah dapat dikelompokkan ke dalam 5 tingkatan, yaitu (Brunner and suddarth, 2012) dalam Alfarisi (2021).

1) Kedaruratan/*Emergency*

Karena ada gangguan yang mengancam nyawa, pasien memerlukan perhatian segera. Seperti ketika ada indikasi perdarahan berat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, atau luka bakar yang sangat besar, operasi harus segera dilakukan

2) Urgen

Pasien memerlukan penanganan segera, namun tindakan pembedahan masih dapat direncanakan untuk dilakukan dalam kurun waktu 24-30 jam. Kondisi ini umumnya dijumpai pada kasus-kasus yang bersifat mendesak, seperti infeksi akut kandung empedu, nefrolitiasis, atau batu uretra, yang memerlukan intervensi bedah untuk mencegah perburukan kondisi klinis.

3) Diperlukan

Pembedahan dapat dilakukan dalam beberapa minggu atau bulan, misalnya untuk hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih atau gangguan tyroid atau katarak.

4) Elektif

Pasien harus dioperasi saat diperlukan karena mereka tidak terlalu berisiko jika tidak dilakukan. Misalnya, jika pasien memerlukan perbaikan bekas luka, hernia kecil, atau perbaikan pada bagian vagina, operasi ini harus dilakukan dan dijadwalkan

5) Pilihan

Pasien yang memutuskan akan menjalani operasi. Pilihan operasi ini adalah pribadi dan biasanya terkait dengan penampilan, seperti bedah kosmetik.

2.1.4 Resiko Komplikasi Operasi

Komplikasi yang sering terjadi setelah operasi melibatkan nyeri pada luka operasi, umumnya disertai dengan batuk-batuk. Beberapa pasien pasca operasi juga mungkin mengalami gangguan tidur dan risiko infeksi. Selain komplikasi yang berkaitan dengan luka operasi, pasien juga berisiko mengalami penurunan kapasitas paru yang dapat menyebabkan atelektasis. Kondisi ini umumnya terjadi akibat berkurangnya ekspansi paru, efek anestesi, dan penatalaksanaan komplikasi tersebut perlu dilakukan melalui berbagai tindakan preventif yang dipersiapkan sejak periode praoperatif, sehingga risiko terjadinya komplikasi pascaoperasi dapat diminimalkan dan proses pemulihan pasien berlangsung secara optimal.

1. Komplikasi awal yang paling umum dan sangat mungkin terjadi adalah rasa nyeri pada luka operasi. Setelah pembedahan selesai, sensasi nyeri akan mulai terasa ketika efek anestesi atau pembiusan mulai mereda

2. Masalah tidur sering dialami oleh hampir sebagian besar individu yang menjalani operasi jantung, seperti yang disampaikan oleh penelitian yang dilakukan oleh (Amarillah and Pramono, 2021). Oleh karena itu, dapat diantisipasi bahwa pasien yang menjalani operasi memiliki risiko mengalami gangguan tidur pasca operasi,
3. Infeksi pada luka operasi dapat timbul akibat berbagai faktor, termasuk nutrisi yang kurang memadai dan kurangnya kebersihan diri. Asupan nutrisi yang kaya protein sangat penting bagi proses penyembuhan luka, jika asupan tidak mencukupi, hal ini dapat menyebabkan penurunan kecepatan penyembuhan
4. Penurunan kapasitas paru, yang sering disebut sebagai atelektasis paru, dapat disebabkan oleh penggunaan peralatan bantu pernapasan.

2.2 Konsep Edukasi Aktivitas

2.2.1 Definisi Edukasi Aktivitas

Edukasi aktivitas merupakan salah satu bentuk intervensi keperawatan yang bertujuan memberikan pemahaman kepada pasien mengenai pentingnya aktivitas fisik dalam mempertahankan dan memulihkan fungsi tubuh secara optimal. Dalam konteks keperawatan, edukasi aktivitas tidak hanya sebatas penyampaian informasi, tetapi merupakan proses pembelajaran yang terstruktur agar pasien mampu memahami, menerima, dan melaksanakan aktivitas sesuai kondisi kesehatannya. Nursalam (2020) menyatakan bahwa edukasi keperawatan adalah proses sistematis yang dirancang untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan perilaku pasien dalam menjaga kesehatan secara

mandiri. Konsep ini menempatkan pasien sebagai subjek aktif yang terlibat langsung dalam proses pemulihan. Edukasi aktivitas diberikan berdasarkan kebutuhan individu dan kondisi klinis pasien sehingga bersifat personal dan adaptif. Pada pasien operasi elektif, edukasi aktivitas berperan penting dalam mempersiapkan kesiapan fisik maupun psikologis sebelum tindakan pembedahan dilakukan. Melalui edukasi yang tepat, pasien memperoleh gambaran jelas mengenai aktivitas yang aman dilakukan selama fase pemulihan. Oleh karena itu, edukasi aktivitas menjadi bagian integral dari asuhan keperawatan perioperatif.

Dalam praktik klinik, edukasi aktivitas dipahami sebagai proses transfer pengetahuan yang dilakukan secara komunikatif antara perawat dan pasien. Menurut Bastable (2022), edukasi kesehatan merupakan proses fasilitasi belajar yang memungkinkan pasien memperoleh kemampuan untuk membuat keputusan kesehatan secara mandiri. Proses ini menuntut kemampuan perawat dalam menyesuaikan metode pembelajaran dengan tingkat pendidikan, kesiapan emosional, serta kebutuhan pasien. Edukasi aktivitas tidak bersifat satu arah, melainkan melibatkan interaksi timbal balik antara pemberi edukasi dan penerima edukasi. Pada kondisi perioperatif, interaksi ini sangat penting untuk membangun kepercayaan pasien terhadap prosedur mobilisasi yang akan dilakukan. Pasien yang memahami tujuan edukasi cenderung menunjukkan respons kooperatif selama proses pemulihan. Pemahaman tersebut membentuk persepsi positif terhadap aktivitas fisik pascaoperasi.

Dengan demikian, edukasi aktivitas memiliki peran strategis dalam mendukung perubahan perilaku kesehatan pasien. Secara teoritis, edukasi aktivitas berakar pada teori self-care yang dikemukakan oleh Orem. Orem (2020) menjelaskan bahwa kemampuan individu dalam merawat dirinya bergantung pada kapasitas pengetahuan, motivasi, dan keterampilan yang dimiliki. Ketika pasien memperoleh edukasi yang memadai, kemampuan *self-care agency* akan meningkat sehingga individu mampu berpartisipasi aktif dalam proses pemulihan. Pada pasien operasi elektif, edukasi aktivitas membantu membangun kesiapan untuk melakukan mobilisasi dini secara mandiri dan aman. Perawat berfungsi sebagai fasilitator yang membantu pasien memahami manfaat aktivitas dalam mempercepat penyembuhan. Intervensi ini memperkuat kemandirian pasien selama perawatan di ruang rawat inap. Pemahaman tersebut juga membantu mengurangi kecemasan akibat ketidakpastian pascaoperasi. Oleh karena itu, edukasi aktivitas menjadi dasar teoritis yang kuat dalam penelitian ini.

2.2.2. Tujuan Edukasi Aktivitas

Tujuan utama edukasi aktivitas adalah meningkatkan pengetahuan pasien mengenai pentingnya aktivitas fisik dalam mempertahankan fungsi tubuh dan mempercepat pemulihan kesehatan. Menurut Nursalam (2020), tujuan edukasi keperawatan adalah membantu pasien mencapai perubahan perilaku kesehatan melalui peningkatan pemahaman yang terstruktur. Dalam konteks pasien perioperatif, edukasi aktivitas diarahkan untuk menyiapkan pasien memahami prosedur mobilisasi yang akan dilakukan pascaoperasi. Pengetahuan ini membantu pasien mengurangi ketakutan

terhadap gerakan yang sering dianggap dapat memperburuk kondisi luka operasi. Pemahaman yang baik akan menumbuhkan keyakinan bahwa mobilisasi merupakan bagian penting dari proses penyembuhan. Selain itu, edukasi aktivitas bertujuan membentuk persepsi positif terhadap aktivitas fisik sebagai kebutuhan terapeutik. Hal ini mendukung kepatuhan pasien dalam mengikuti instruksi mobilisasi dini. Dengan demikian, edukasi aktivitas berkontribusi terhadap peningkatan outcome keperawatan. Tujuan lain edukasi aktivitas adalah membangun kesiapan psikologis pasien menghadapi fase postoperatif.

Menurut Roy (2021), individu yang memperoleh stimulus adaptif akan lebih mudah menyesuaikan diri terhadap perubahan lingkungan internal maupun eksternal. Edukasi aktivitas berfungsi sebagai stimulus adaptif yang membantu pasien mempersiapkan respons terhadap perubahan kondisi tubuh pascaoperasi. Ketika pasien mengetahui tahapan aktivitas yang aman, tingkat kecemasan akan menurun. Penurunan kecemasan ini mempermudah pasien menerima intervensi mobilisasi dini. Kesiapan psikologis juga mempercepat proses adaptasi terhadap keterbatasan sementara pascaoperasi. Hal ini memungkinkan pasien tetap termotivasi untuk aktif bergerak sesuai kemampuan. Oleh sebab itu, edukasi aktivitas memiliki tujuan penting dalam meningkatkan kesiapan emosional pasien. Selain aspek kognitif dan psikologis, edukasi aktivitas bertujuan meningkatkan kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari.

Menurut Potter et al. (2021), edukasi kesehatan yang efektif mendorong pasien menjadi lebih mandiri dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan. Pada pasien post operasi elektif, kemandirian ini terlihat dari kemampuan pasien melakukan perubahan posisi, duduk, berdiri, hingga berjalan sesuai toleransi tubuh. Perawat tidak hanya mengajarkan teknik aktivitas, tetapi juga menanamkan motivasi untuk melakukannya secara konsisten. Kemandirian yang terbentuk akan mengurangi ketergantungan pasien terhadap bantuan tenaga kesehatan maupun keluarga. Kondisi ini berdampak positif pada efisiensi pelayanan keperawatan. Dengan demikian, tujuan edukasi aktivitas tidak hanya sebatas pengetahuan, tetapi juga membentuk perilaku adaptif pasien.

2.2.3 Karakteristik Edukasi Aktivitas

Edukasi aktivitas memiliki karakteristik utama berupa keterstrukturannya dalam penyampaian informasi. Menurut Bastable (2022), edukasi kesehatan yang efektif harus disusun berdasarkan tujuan pembelajaran yang jelas, materi yang relevan, dan evaluasi hasil belajar yang terukur. Pada pasien perioperatif, edukasi aktivitas diberikan secara bertahap mulai dari penjelasan manfaat aktivitas hingga demonstrasi teknik mobilisasi. Struktur ini membantu pasien memahami informasi secara sistematis. Penyampaian edukasi yang terencana juga memudahkan perawat menyesuaikan materi dengan kondisi pasien. Informasi yang diberikan menjadi lebih mudah dipahami dan diterapkan. Hal ini meningkatkan efektivitas pembelajaran.

Dengan demikian, keteraturan menjadi ciri utama edukasi aktivitas. Karakteristik berikutnya adalah individualisasi. Nursalam (2020) menegaskan bahwa pendidikan kesehatan harus disesuaikan dengan kebutuhan spesifik pasien agar lebih bermakna. Pada pasien operasi elektif, kebutuhan edukasi aktivitas dipengaruhi oleh jenis operasi, usia, kemampuan fisik, serta kondisi psikologis. Perawat harus melakukan pengkajian terlebih dahulu sebelum menentukan pendekatan edukasi. Individualisasi memungkinkan materi yang diberikan lebih tepat sasaran. Pasien merasa edukasi relevan dengan kondisinya. Kondisi ini meningkatkan keterlibatan aktif selama proses belajar. Oleh sebab itu, edukasi aktivitas harus bersifat fleksibel. Karakteristik lainnya adalah interaktif dan partisipatif. Potter et al. (2021) menyatakan bahwa keberhasilan edukasi ditentukan oleh keterlibatan aktif pasien dalam proses pembelajaran. Pasien didorong untuk bertanya, mengungkapkan kekhawatiran, dan mempraktikkan teknik aktivitas yang diajarkan. Interaksi ini memperkuat pemahaman dan meningkatkan retensi informasi. Partisipasi aktif juga membantu perawat mengevaluasi sejauh mana pasien memahami materi. Ketika pasien merasa dilibatkan, motivasi untuk belajar akan meningkat. Hal ini membentuk hubungan terapeutik yang positif antara perawat dan pasien. Dengan demikian, edukasi aktivitas bersifat kolaboratif.

2.2.4 Ruang Lingkup Edukasi Aktivitas

Ruang lingkup edukasi aktivitas mencakup pemberian informasi mengenai manfaat aktivitas fisik dalam mempercepat pemulihan

pascaoperasi. Menurut Potter et al. (2021), pasien perlu memahami bahwa aktivitas fisik membantu memperbaiki sirkulasi darah, meningkatkan ventilasi paru, dan mencegah komplikasi akibat tirah baring. Informasi ini menjadi dasar bagi pasien untuk menerima mobilisasi dini. Pemahaman tersebut membangun persepsi bahwa aktivitas bukan ancaman bagi luka operasi. Edukasi juga mencakup penjelasan risiko bila aktivitas diabaikan. Dengan demikian, pasien memiliki alasan logis untuk bergerak. Hal ini memperkuat motivasi internal. Ruang lingkup ini menjadi fondasi edukasi aktivitas. Edukasi aktivitas juga meliputi demonstrasi teknik gerakan aman sesuai fase pemulihan pasien. Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2021), edukasi harus mencakup latihan rentang gerak, perubahan posisi, duduk, berdiri, dan ambulasi ringan. Demonstrasi membantu pasien memahami prosedur secara visual. Teknik ini meningkatkan keterampilan psikomotor pasien. Pasien lebih percaya diri melakukan aktivitas. Risiko kesalahan gerakan dapat diminimalkan. Proses ini meningkatkan keamanan pasien.

Oleh sebab itu, demonstrasi merupakan bagian penting edukasi aktivitas. Selain aspek teknis, edukasi aktivitas mencakup penguatan motivasi pasien. Roy (2021) menjelaskan bahwa motivasi merupakan komponen adaptasi yang memengaruhi respons individu terhadap perubahan kondisi kesehatan. Perawat perlu memberikan reinforcement positif agar pasien tetap bersemangat. Dukungan verbal meningkatkan keyakinan diri pasien. Motivasi ini membantu mempertahankan konsistensi aktivitas. Pasien merasa didukung selama proses pemulihan.

Hal ini mempercepat pencapaian kemandirian. Dengan demikian, ruang lingkup edukasi aktivitas sangat komprehensif.

2.3 Konsep Mobilisasi Dini

2.3.1 Definisi Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini merupakan salah satu intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien pascaoperasi untuk membantu mengembalikan fungsi fisik secara bertahap sesegera mungkin setelah kondisi pasien dinyatakan stabil. Konsep ini menekankan pentingnya pergerakan tubuh secara terencana untuk mencegah komplikasi akibat tirah baring berkepanjangan. Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2021), mobilisasi dini adalah tindakan keperawatan yang bertujuan meningkatkan kemampuan pasien dalam bergerak secara bertahap sesuai toleransi tubuh. Intervensi ini dilakukan dengan mempertimbangkan kondisi klinis, tingkat kesadaran, stabilitas hemodinamik, dan kesiapan psikologis pasien. Pada pasien operasi elektif, mobilisasi dini biasanya dimulai segera setelah efek anestesi berkurang dan tanda vital menunjukkan kestabilan. Pelaksanaan mobilisasi dini menjadi bagian integral dari asuhan keperawatan postoperatif. Tindakan ini membutuhkan koordinasi antara perawat, pasien, dan keluarga untuk mencapai hasil optimal.

Oleh karena itu, mobilisasi dini menjadi salah satu indikator penting keberhasilan pemulihan pascaoperasi. Dalam perspektif keperawatan medikal bedah, mobilisasi dini dipahami sebagai bentuk stimulasi aktivitas fisik yang bertujuan mempertahankan integritas fisiologis tubuh. Potter et al. (2021) menjelaskan bahwa mobilisasi dini

merupakan strategi terapeutik untuk meminimalkan dampak negatif imobilisasi terhadap sistem muskuloskeletal, kardiovaskular, respirasi, dan metabolik. Ketika pasien bergerak lebih awal, fungsi organ dapat dipertahankan dalam kondisi optimal. Aktivitas tersebut merangsang kontraksi otot yang membantu meningkatkan aliran darah perifer. Selain itu, mobilisasi memperbaiki ekspansi paru sehingga mencegah komplikasi respirasi. Proses ini mendukung percepatan adaptasi tubuh terhadap trauma pembedahan. Pelaksanaan mobilisasi dini dilakukan secara bertahap untuk menghindari stres fisiologis berlebihan. Dengan demikian, mobilisasi dini merupakan pendekatan rehabilitatif yang ilmiah dan terukur.

Secara teoritis, mobilisasi dini memiliki keterkaitan erat dengan teori adaptasi Roy. Roy (2021) menjelaskan bahwa manusia merupakan sistem adaptif yang terus-menerus merespons perubahan lingkungan internal dan eksternal. Setelah operasi, tubuh mengalami perubahan fisiologis yang menuntut mekanisme adaptasi agar keseimbangan dapat dipulihkan. Mobilisasi dini berfungsi sebagai stimulus adaptif yang merangsang sistem tubuh untuk kembali mencapai kondisi homeostasis. Ketika pasien bergerak, sistem muskuloskeletal dan sirkulasi darah teraktivasi secara fisiologis. Respons ini mempercepat proses kompensasi tubuh terhadap stres pembedahan. Adaptasi yang baik ditandai dengan peningkatan toleransi aktivitas secara progresif. Oleh sebab itu, mobilisasi dini merupakan implementasi nyata teori adaptasi dalam praktik keperawatan.

2.3.2 Tujuan Mobilisasi Dini

Tujuan utama mobilisasi dini adalah mengembalikan kemampuan fisik pasien secara bertahap agar fungsi tubuh kembali optimal setelah operasi. Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2021), mobilisasi dini bertujuan mempertahankan mobilitas, meningkatkan toleransi aktivitas, serta mencegah komplikasi akibat tirah baring. Pasien pascaoperasi umumnya mengalami kelemahan fisik sementara akibat efek anestesi dan trauma jaringan. Mobilisasi dini membantu mengatasi keterbatasan tersebut melalui stimulasi gerak yang sistematis. Aktivitas ini mendorong tubuh menyesuaikan diri terhadap perubahan kondisi pascaoperasi. Dengan adanya gerakan terkontrol, fungsi fisiologis tubuh dapat pulih lebih cepat. Tujuan ini selaras dengan upaya keperawatan dalam mempercepat proses rehabilitasi pasien.

Oleh karena itu, mobilisasi dini memiliki peran sentral dalam pemulihan fisik pasien. Selain aspek fisik, mobilisasi dini bertujuan meningkatkan kesiapan psikologis pasien menghadapi fase pemulihan. Nursalam (2020) menyatakan bahwa kesiapan psikologis memengaruhi kemampuan individu menerima perubahan kondisi kesehatan. Pasien yang tidak memahami pentingnya aktivitas sering menunjukkan kecemasan saat diminta bergerak pascaoperasi. Mobilisasi dini membantu pasien memperoleh pengalaman positif bahwa aktivitas dapat dilakukan dengan aman. Pengalaman ini meningkatkan rasa percaya diri dan mengurangi ketakutan terhadap nyeri. Ketika pasien merasa aman, motivasi untuk melanjutkan aktivitas meningkat. Kondisi tersebut mendukung

keterlibatan aktif pasien dalam proses pemulihan. Dengan demikian, mobilisasi dini juga memiliki tujuan psikososial yang signifikan.

Tujuan lainnya adalah meningkatkan kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. Potter et al. (2021) menjelaskan bahwa mobilisasi dini mendorong pasien kembali menjalankan fungsi aktivitas secara mandiri. Kemandirian ini terlihat melalui kemampuan pasien duduk, berdiri, berjalan, dan melakukan perawatan diri secara bertahap. Semakin cepat pasien mencapai kemandirian, semakin singkat ketergantungan terhadap bantuan tenaga kesehatan. Hal ini berdampak positif terhadap efisiensi pelayanan keperawatan di ruang rawat inap. Kemandirian juga meningkatkan kualitas hidup pasien pascaoperasi. Keberhasilan ini menjadi indikator pencapaian luaran keperawatan yang optimal. Oleh sebab itu, tujuan mobilisasi dini bersifat holistik.

2.3.3 Karakteristik Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini memiliki karakteristik bertahap dan progresif sesuai kondisi klinis pasien. Menurut Potter et al. (2021), pelaksanaan mobilisasi dilakukan mulai dari latihan gerak pasif hingga ambulasi ringan. Tahapan ini disusun agar tubuh beradaptasi secara perlahan terhadap peningkatan aktivitas. Pada fase awal, pasien diajarkan mengubah posisi tubuh secara mandiri. Setelah toleransi meningkat, pasien dilatih duduk di tepi tempat tidur. Tahap berikutnya adalah berdiri dengan bantuan dan berjalan ringan. Setiap tahap dievaluasi berdasarkan respons fisiologis pasien. Karakteristik progresif ini menjamin keamanan intervensi. Karakteristik lain adalah individualisasi. Nursalam (2020)

menegaskan bahwa intervensi keperawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan spesifik pasien. Mobilisasi dini pada pasien pascaoperasi tidak dapat dilakukan secara seragam. Jenis operasi, usia, kondisi kesehatan, serta tingkat nyeri memengaruhi bentuk mobilisasi yang diberikan. Perawat perlu melakukan pengkajian sebelum menentukan tahapan mobilisasi. Pendekatan individual membuat intervensi lebih aman dan efektif. Pasien merasa lebih nyaman menjalani aktivitas sesuai kapasitasnya. Hal ini meningkatkan keberhasilan mobilisasi dini. Mobilisasi dini juga bersifat kolaboratif. Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2021) menekankan pentingnya kerja sama antara perawat, pasien, keluarga, dan tim medis. Pelaksanaan mobilisasi membutuhkan dukungan verbal maupun fisik agar pasien merasa aman. Kolaborasi ini meningkatkan motivasi pasien untuk bergerak. Keluarga berperan sebagai pendamping yang memberikan reinforcement positif. Perawat bertanggung jawab mengawasi keamanan aktivitas. Dokter memastikan kondisi medis pasien mendukung mobilisasi. Dengan demikian, mobilisasi dini merupakan intervensi multidisiplin.

2.3.4 Ruang Lingkup Mobilisasi Dini

Ruang lingkup mobilisasi dini mencakup aktivitas perubahan posisi tubuh. Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2021), tindakan ini meliputi miring kanan-kiri, elevasi kepala, dan latihan rentang gerak. Aktivitas ini bertujuan mencegah tekanan berkepanjangan pada jaringan tubuh. Gerakan sederhana ini memperbaiki sirkulasi darah lokal. Selain itu, aktivitas ini membantu mempertahankan elastisitas sendi. Pasien mulai

belajar mengontrol gerakan tubuhnya. Tahap ini menjadi fondasi mobilisasi lanjutan. Oleh sebab itu, perubahan posisi memiliki nilai terapeutik penting. Ruang lingkup berikutnya adalah ambulasi bertahap. Potter et al. (2021) menjelaskan bahwa ambulasi meliputi duduk, berdiri, dan berjalan ringan sesuai toleransi pasien. Aktivitas ini merangsang sistem muskuloskeletal bekerja secara aktif. Pergerakan tersebut mempercepat pemulihan kekuatan otot. Selain itu, ambulasi meningkatkan kapasitas paru dan sirkulasi darah. Aktivitas ini mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam. Pasien memperoleh pengalaman bergerak mandiri. Hal ini meningkatkan rasa percaya diri pasien. Ruang lingkup mobilisasi dini juga mencakup evaluasi respons pasien terhadap aktivitas. Nursalam (2020) menyatakan bahwa evaluasi diperlukan untuk menilai efektivitas intervensi. Parameter evaluasi meliputi tanda vital, tingkat nyeri, kekuatan otot, dan toleransi aktivitas. Evaluasi membantu menentukan progres mobilisasi selanjutnya. Respons negatif menjadi dasar modifikasi intervensi. Proses ini memastikan keselamatan pasien tetap terjaga. Evaluasi juga mendukung pencapaian luaran keperawatan. Dengan demikian, ruang lingkup mobilisasi dini bersifat komprehensif.

2.3.5 Jenis-Jenis Mobilisasi Dini

2.3.5.1 Range Of Motion (ROM)

Range of Motion (ROM) merupakan bentuk mobilisasi dini yang berfokus pada latihan pergerakan sendi untuk mempertahankan fleksibilitas, kekuatan otot, dan fungsi neuromuskular pasien pascaoperasi. Menurut Potter et al. (2021), latihan ROM adalah serangkaian gerakan

yang dilakukan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan gerak sendi secara fisiologis. Pada pasien post operasi, ROM menjadi intervensi awal yang penting karena dapat dilakukan meskipun pasien belum mampu melakukan ambulasi mandiri. Gerakan ROM dapat dilakukan secara pasif ketika pasien belum memiliki kemampuan menggerakkan ekstremitas secara mandiri. Ketika kondisi pasien mulai membaik, latihan dilanjutkan secara aktif agar kontraksi otot dapat dirangsang secara optimal. Pelaksanaan latihan ini bertujuan mencegah kekakuan sendi, atrofi otot, dan gangguan sirkulasi perifer akibat tirah baring. Selain itu, ROM membantu meningkatkan suplai oksigen ke jaringan tubuh sehingga mempercepat proses pemulihan fisiologis pasien. Oleh karena itu, latihan ROM merupakan dasar mobilisasi dini yang sangat penting dalam asuhan keperawatan perioperatif. Dalam praktik keperawatan, latihan ROM diberikan secara bertahap sesuai kondisi pasien dan toleransi terhadap aktivitas.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2021) menjelaskan bahwa latihan ini melibatkan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi, dan sirkumduksi pada sendi utama tubuh. Gerakan dilakukan secara perlahan dan terkontrol untuk mencegah nyeri atau cedera jaringan pascaoperasi. Perawat harus melakukan pengkajian terlebih dahulu terhadap kekuatan otot dan tingkat kenyamanan pasien sebelum memulai latihan. Evaluasi dilakukan secara berkala untuk melihat perkembangan toleransi aktivitas pasien. Ketika pasien mampu mengikuti instruksi secara aktif, latihan dapat ditingkatkan intensitasnya. Pelaksanaan ROM secara konsisten

membantu pasien mempertahankan fungsi fisik selama masa rawat inap. Dengan demikian, ROM menjadi intervensi preventif terhadap komplikasi imobilisasi.

Secara teoritis, ROM sejalan dengan teori adaptasi Roy yang menekankan pentingnya stimulasi terhadap sistem tubuh agar mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan kondisi kesehatan. Roy (2021) menyatakan bahwa respons adaptif tubuh terjadi melalui proses integrasi fisiologis terhadap stimulus internal maupun eksternal. Pada pasien pascaoperasi, ROM bertindak sebagai stimulus eksternal yang merangsang fungsi muskuloskeletal tetap aktif. Respons ini membantu mempertahankan keseimbangan tubuh selama fase pemulihan. Adaptasi fisiologis yang baik ditandai dengan meningkatnya toleransi gerak dan kemampuan aktivitas pasien. Latihan ROM juga memberikan pengalaman positif sehingga meningkatkan kepercayaan diri pasien terhadap aktivitas fisik. Hal ini penting dalam mempersiapkan pasien menuju tahap ambulasi yang lebih kompleks. Oleh sebab itu, ROM merupakan fondasi rehabilitasi dini yang berbasis teori adaptasi keperawatan.

2.3.5.2 Ambulasi Bertahap

Ambulasi bertahap merupakan bentuk mobilisasi dini yang dilakukan melalui latihan berpindah posisi hingga berjalan mandiri secara progresif sesuai kemampuan pasien. Menurut Nursalam (2020), ambulasi adalah kemampuan pasien untuk bergerak dari satu tempat ke tempat lain secara terkoordinasi guna mempertahankan fungsi fisik dan kemandirian. Pada pasien post operasi elektif, ambulasi bertahap dimulai setelah pasien menunjukkan stabilitas hemodinamik dan toleransi terhadap perubahan

posisi tubuh. Tahapan awal dilakukan dengan duduk di tepi tempat tidur untuk melatih keseimbangan. Selanjutnya pasien dilatih berdiri dengan bantuan perawat atau alat bantu. Ketika keseimbangan membaik, pasien mulai berjalan jarak pendek secara perlahan. Tahapan ini dilakukan secara progresif hingga pasien mampu melakukan ambulasi mandiri. Oleh karena itu, ambulasi bertahap merupakan puncak proses mobilisasi dini. Pelaksanaan ambulasi bertahap membutuhkan pengawasan ketat untuk menjamin keamanan pasien.

Potter et al. (2021) menjelaskan bahwa ambulasi harus mempertimbangkan tanda vital, tingkat nyeri, keseimbangan tubuh, dan respon pasien selama aktivitas. Perawat perlu memberikan instruksi jelas sebelum aktivitas dimulai. Pasien diajarkan teknik berdiri dan berjalan yang aman untuk mencegah jatuh. Selama ambulasi, respons seperti pusing, sesak napas, atau penurunan tekanan darah harus segera dievaluasi. Jika muncul tanda intoleransi aktivitas, ambulasi dihentikan sementara. Monitoring yang cermat memungkinkan mobilisasi tetap aman dan efektif. Dengan demikian, ambulasi bertahap membutuhkan kompetensi klinis perawat yang baik. Ambulasi bertahap memberikan manfaat besar terhadap pemulihan fisiologis pasien pascaoperasi.

Black dan Hawks (2022) menyatakan bahwa ambulasi meningkatkan aliran darah perifer, memperbaiki ventilasi paru, serta mempercepat fungsi gastrointestinal kembali normal. Aktivitas berjalan juga meningkatkan kekuatan otot ekstremitas bawah sehingga mendukung kemandirian pasien. Selain manfaat fisik, ambulasi meningkatkan rasa

percaya diri dan motivasi pasien untuk sembuh. Pengalaman berhasil berjalan setelah operasi memberikan dorongan psikologis positif. Hal ini mempercepat adaptasi pasien terhadap kondisi pascaoperasi. Ambulasi juga membantu memperpendek lama rawat inap melalui percepatan pemulihan fungsi tubuh. Oleh sebab itu, ambulasi bertahap menjadi komponen esensial dalam mobilisasi dini.

2.4 Konsep Mobilitas Fisik

2.4.1 Definisi Mobilitas Fisik

Keterbatasan kemampuan individu dalam melakukan gerakan fisik secara mandiri, terarah, dan terkoordinasi pada satu atau lebih ekstremitas (PPNI,2016).

Data Mayor dan Data Minor

Tanda dan gejala gangguan mobilitas fisik adalah :

Tanda dan Gejala Mayor

Subjektif :

1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

1. Kekuatan otot menurun
 2. Rentang gerak (ROM) menurun
-

Tanda dan Gejala Minor

Subjektif :

1. Nyeri saat bergerak
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak

Objektif

1. Sendi kaku
2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Gerakan terbatas
4. Fisik lemah

Tanda dan Gejala Gangguan Mobilitas Fisik

Faktor penyebab gangguan mobilitas fisik menurut (SDKI,2016)

1. Kerusakan integritas struktur tulang
2. Perubahan metabolisme
3. Ketidakbugaran fisik
4. Penurunan kendali otot
5. Penurunan massa otot
6. Keterlambatan perkembangan
7. Kekakuan sendi
8. Kontraktur
9. Malnutrisi
10. Gangguan muskuloskeletal
11. Gangguan neuromuskular
12. Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
13. Efek agen farmakologis
14. Program pembatasan gerak
15. Nyeri
16. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
17. Kecemasan
18. Gangguan kognitif
19. Keengganan melakukan pergerakan
20. Gangguan sensori -persepsi

2.4.4 Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Operasi

Gangguan mobilitas fisik pada pasien operasi merupakan kondisi keterbatasan gerak akibat perubahan fisiologis pasca tindakan pembedahan. Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2021) mendefinisikan gangguan mobilitas fisik sebagai keterbatasan kemampuan melakukan gerakan tubuh secara mandiri. Pada pasien pascaoperasi, kondisi ini sering muncul akibat nyeri, kelemahan otot, dan efek residual anestesi. Gangguan mobilitas dapat terlihat dari ketidakmampuan pasien berpindah posisi. Pasien juga sering membutuhkan bantuan untuk duduk atau berjalan. Kondisi ini menurunkan kemampuan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, gangguan mobilitas memerlukan intervensi segera. Secara fisiologis, trauma pembedahan memicu respons inflamasi yang memengaruhi fungsi otot dan toleransi aktivitas. Black dan Hawks (2022) menjelaskan bahwa stres pembedahan meningkatkan metabolisme tubuh sehingga energi lebih banyak digunakan untuk proses penyembuhan. Kondisi ini menyebabkan pasien mudah lelah saat bergerak. Nyeri insisi juga membatasi rentang gerak tubuh. Efek anestesi dapat menurunkan koordinasi neuromuskular sementara waktu. Semua kondisi ini menyebabkan pasien enggan bergerak. Jika tidak diatasi, gangguan mobilitas akan menetap lebih lama. Dengan demikian, pemahaman terhadap penyebab gangguan sangat penting.

Gangguan mobilitas juga berdampak psikologis bagi pasien. Nursalam (2020) menyebutkan bahwa keterbatasan aktivitas menimbulkan rasa tidak berdaya. Pasien merasa kehilangan kontrol terhadap tubuhnya.

Kondisi ini dapat memicu kecemasan dan stres. Akibatnya, motivasi untuk bergerak semakin menurun. Siklus ini dapat memperlambat pemulihan pasien. Oleh karena itu, intervensi keperawatan harus mencakup dukungan psikologis. Pendekatan ini mempercepat adaptasi pasien terhadap kondisi pascaoperasi.

2.4.5 Dampak Penurunan Mobilitas Fisik

Penurunan mobilitas fisik berdampak pada sistem muskuloskeletal melalui atrofi otot dan kekakuan sendi. Potter et al. (2021) menjelaskan bahwa imobilisasi menyebabkan penurunan massa otot secara cepat. Kondisi ini menurunkan kekuatan gerak pasien. Selain itu, fleksibilitas sendi menurun akibat kurangnya aktivitas. Kekakuan ini menyebabkan nyeri saat bergerak. Akibatnya pasien semakin enggan beraktivitas. Kondisi ini memperburuk penurunan mobilitas.

Oleh sebab itu, mobilisasi dini sangat diperlukan. Dampak lain terlihat pada sistem respirasi dan kardiovaskular. Black dan Hawks (2022) menyatakan bahwa tirah baring berkepanjangan meningkatkan risiko atelektasis dan trombosis vena dalam. Penurunan ventilasi paru menyebabkan retensi sekret. Kondisi ini meningkatkan risiko infeksi. Sirkulasi darah yang melambat memicu pembentukan trombus. Risiko ini membahayakan keselamatan pasien.

Mobilisasi diperlukan untuk mempertahankan fungsi organ. Dengan demikian, dampak sistemik penurunan mobilitas sangat serius. Secara psikososial, penurunan mobilitas menurunkan rasa percaya diri dan kemandirian pasien. Nursalam (2020) menjelaskan bahwa ketergantungan

berkepanjangan menurunkan kualitas hidup pasien. Pasien merasa kehilangan kemampuan menjalankan aktivitas normal. Kondisi ini memicu stres emosional. Motivasi pemulihan menjadi menurun. Dukungan edukasi sangat diperlukan. Perawat membantu pasien membangun keyakinan diri kembali. Oleh karena itu, intervensi peningkatan mobilitas memiliki makna holistik.

2.5 Konsep Operasi Laparatomy

2.5.1 Definisi Laparatomy

Laparotomi merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan dengan membuat insisi pada dinding abdomen untuk memperoleh akses ke rongga peritoneum dan organ-organ intraabdomen. (El-Hady, 2020) Laparotomi merupakan operasi yang dilakukan untuk membuka bagian abdomen, laparotomi merupakan suatu bentuk pembedahan mayor dengan, dengan melakukan pengayatan pada lapisan lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Laparotomi dilakukan pada kasus seperti apendicitis hernia inguinalis, kanker lambung, kanker kolon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolesistitis dan peritonitis. Laparotomi adalah pembedahan perut, membuka perut dengan operasi. (Mumtaz, 2020) Pelayanan. post operasi laparotomi adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien pasien yang telah menjalani operasi perut.

2.5.2 Indikasi Laparatomy

Indikasi tindakan laparotomi meliputi berbagai kondisi yang memerlukan eksplorasi atau penanganan bedah pada rongga abdomen.

Beberapa indikasi tersebut antara lain trauma abdomen, baik trauma tumpul maupun trauma tajam. Ruptur hepar, peritonitis, perdarahan saluran cerna, obstruksi usus halus maupun besar, serta adanya massa intraabdomen yang memerlukan evaluasi atau tindakan pembedahan. (Pooria dkk 2020).

1. Apendisitis

Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks vermiformis (usus buntu) yang umumnya disebabkan oleh obstruksi lumen apendiks yang diikuti oleh proses infeksi. Kondisi ini menyebabkan terjadinya inflamasi, edema, dan peningkatan tekanan intraluminal yang apabila tidak segera ditangani dapat berkembang menjadi nekrosis hingga perforasi (Pooria dkk 2020).

2. Sectio Caesarea

Sectio Caesarea merupakan prosedur persalinan operatif yang dilakukan dengan melahirkan janin melalui insisi pada dinding abdomen dan dinding uterus, dengan kondisi uterus masih utuh serta berat janin umumnya lebih dari 500 gram. Sectio caesarea klasik dilakukan melalui insisi vertikal pada korpus uteri dengan panjang 10 cm, sedangkan sectio caesarea segmen bawah (ismika) dilakukan melalui insisi melintang pada segmen bawah uterus dengan panjang sekitar 10 cm. Saat ini, teknik sectio caesarea segmen bawah lebih sering digunakan karena dikaitkan dengan risiko perdarahan, infeksi, dan ruptur uteri pada kehamilan berikutnya yang lebih rendah dibandingkan dengan teknik klasik (Benson dkk, 2017).

3. Peritonitis

Peritonitis merupakan peradangan pada peritonium, yaitu membran serosa tipis yang melapisi dinding rongga abdomen dan permukaan organ-organ intraabdomen. Peritonium memiliki vaskularisasi serta sistem limfatik yang kaya sehingga proses inflamasi dapat berkembang dengan cepat apabila terjadi infeksi. Peritonitis umumnya disebabkan oleh infeksi mikroorganisme yang berasal dari saluran gastrointestinal, seperti perforasi akibat apendisitis akut, demam tifoid, ulkus peptikum perforasi, maupun perforasi tumor saluran cerna (Benson dkk, 2017).

4. Kanker kolon

Kanker kolon dan rektum merupakan keganasan yang sebagian besar (95%) berasal dari jenis adenokarsinoma, yaitu tumor ganas yang berkembang dari sel epitel mukosa usus besar. Proses terjadinya kanker umumnya diawali oleh pembentukan polip adenomatosa yang bersifat jinak, kemudian mengalami transformasi menjadi ganas. Selanjutnya, sel kanker dapat menginvasi dan merusak jaringan normal di sekitarnya serta menyebar ke struktur anatomis di sekitarnya. Gejala paling menonjol adalah perubahan kebiasaan defekasi. Pasase darah dalam feses adalah gejala paling umum kedua. Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan dan kelelahan. Pembedahan adalah tindakan

primer untuk kebanyakan kanker kolon dan rektal. Pembedahan dapat bersifat kuratif atau paliatif. Kanker yang terbatas pada satu sisi dapat diangkat dengan kolonoskop. Kolostomi laparoskopik dengan pohektomi, suatu prosedur yang baru dikembangkan untuk meminimalkan luasnya pembedahan pada beberapa kasus. Laparoskop digunakan sebagai pedoman dalam membuat keputusan di kolon (Benson dkk, 2017).

5. Abscess Hepar

Abses merupakan kumpulan pus (nanah) yang terlokalisasi di dalam suatu rongga akibat proses infeksi dan destruksi jaringan. Abses hepar merupakan terbentuknya rongga berisi pus pada jaringan hati yang disebabkan oleh infeksi mikroorganisme. Penyebab tersering abses hepar adalah bakteri Gram negatif dengan *Escherichia Coli* (E.Coli) sebagai salah satu bakteri yang paling sering diisolasi. Komplikasi abses hepat yang paling sering terjadi adalah ruptur abses, dengan angka kejadian berkisar antara 5-15,6%. Ruptur tersebut dapat menyebabkan perforasi ke berbagai organ atau rongga tubuh, seperti rongga pleura, paru-paru perikardium, usus, rongga intraperitoneal, maupun kulit. Selain itu, pada beberapa kasus dapat terjadi superinfeksi, terutama setelah tindakan aspirasi atau drainase abses, yang berpotensi memperburuk kondisi klinis pasien (Benson dkk, 2017).

6. Ileus Obstruktif

Obstruksi usus merupakan kondisi yang ditandai dengan adanya hambatan terhadap aliran isi usus menuju bagian distal saluran cerna. Obstruksi dapat bersifat mekanis, yaitu disebabkan oleh adanya sumbatan fisik pada lumen usus, maupun bersifat fungsional yang dikenal sebagai ileus. Ileus merupakan gangguan motilitas usus yang mengakibatkan terhentinya pergerakan isi usus tanpa adanya sumbatan mekanis. Kondisi ini dapat disebabkan oleh penurunan atau hilangnya aktivitas peristaltik usus akibat penggunaan obat-obatan tertentu, gangguan metabolik, maupun penyakit sistemik, seperti gagal ginjal yang disertai uremia, sehingga menyebabkan paralisis usus. Penyebab lain adalah adanya sumbatan/hambatan lumen usus akibat pelekatan atau massa tumor. Akan terjadi peningkatan peristaltic usus sebagai usaha untuk mengatasi hambatan (Benson dkk, 2017).

2.5.3 Klasifikasi Laparotomy

Terdapat 4 cara pembedahan laparotomi menurut (Oktaviani dkk, 2017):

1. Mid-line incision merupakan teknik insisi yang paling sering digunakan dalam prosedur pembedahan karena memiliki beberapa keunggulan, antara lain menyebabkan perdarahan yang relatif minimal, memberikan akses eksplorasi yang lebih luas, serta memungkinkan proses pembukaan dan penutupan luka operasi dilakukan dengan lebih cepat. Selain itu, teknik ini tidak memotong ligamen maupun saraf sehingga dapat meminimalkan kerusakan struktur anatomi. Meskipun demikian, midline incision memiliki kelemahan berupa peningkatan

risiko terjadinya hernia insisional. Teknik insisi ini diindikasikan untuk tindakan eksplorasi pada organ abdomen, seperti lambung, pankreas dan hepar, serta pada area di bawah umbilikus untuk prosedur eksplorasi ginekologis, kolon rektosigmoid, dan organ-organ di dalam rongga pelvis.

2. Paramedian merupakan teknik insisi yang dibuat sekitar 2,5 cm di lateral garis tengah dengan panjang kurang lebih 12,5 cm. berdasarkan lokasinya, insisi ini dibedakan menjadi insisi paramedian kanan dan insisi paramedian kiri. Teknik ini diindikasikan untuk berbagai prosedur pembedahan, antara lain operasi pada lambung, eksplorasi pankreas, tindakan pada organ-organ pelvis, pembedahan usus bagian bawah, serta splenektomi.
3. Transverse upper abdomen incision merupakan teknik insisi yang dilakukan secara melintang pada bagian atas abdomen untuk memberikan akses yang optimal terhadap organ-organ di regio abdomen atas. Jenis insisi ini umumnya diindikasikan pada prosedur pembedahan, seperti kolesistotomi dan splenektomi.
4. Transverse lower abdomen incision Yaitu; insisi melintang dibagian bawah 4cm diatas anterior spiniliaka, misalnya pada operasi apendectomy. Latihan-latihan fisik seperti latihan napas dalam, batuk efektif, menggerakkan otot kaki, menggerakkan otot bokong, latihan alih baring dan turun dari tempat tidur. semuanya dilakukan hari ke-2 post operasi.

2.6 Evidence Based Nursing

Evidence Based Nursing merupakan pendekatan dalam praktik keperawatan yang mengintegrasikan bukti ilmiah terbaik, keahlian klinis perawat, dan kebutuhan pasien dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan hasil kesehatan pasien (Saharman, et al, 2023). Berikut ini merupakan EBN yang mendukung Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Penerapan Edukasi Aktivitas dan Mobilisasi Dini dalam Meningkatkan Kemampuan Mobilitas Fisik pada Pasien Post Operasi Laparatomy”

No	Judul Artikel	Peneliti	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
1.	<i>Pengaruh Penyuluhan Manfaat Mobilisasi Dini terhadap Pelaksanaan Mobilisasi Dini pada Pasien Pasca Pembedahan Laparatomi</i>	Reni Anggraeni (2018)	Experimental Study	Penyuluhan meningkatkan pelaksanaan mobilisasi dini secara signifikan (p=0,001). Edukasi terbukti meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan pasien dalam melakukan mobilisasi dini.
2.	<i>Pelaksanaan Mobilisasi Dini Berpengaruh terhadap Proses Penyembuhan Luka Pasien Post</i>	Muhammad Arif, Yuhelmi, Dia Resti Dewi Nanda Demur	Quasi Experimental One Group Pretest-Posttest	Mobilisasi dini berpengaruh signifikan terhadap penyembuhan luka pasien post laparotomi

	<i>Laparatomi</i>	(2021)		(p=0,000).	
3.	<i>Pengaruh Pemberian Mobilisasi Dini terhadap Pemulihan Peristaltik Usus pada Pasien Post Operasi Laparatomi di RS Grandmed Lubuk Pakam</i>	Sari Desi Quasi Esta Ulina Experimental Sitepu dkk. (2021)		Mobilisasi dini mempercepat pemulihan peristaltik usus sehingga mendukung peningkatan aktivitas fisik pasien.	
4.	<i>Penerapan Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Peristaltik Usus pada Asuhan Keperawatan Pasien dengan Post Op Laparatomi</i>	Dikki Saputra, Merlisa Kesuma Intani, Wulida Litaqia, Ricky Prawira (2024)	Studi Kasus Asuhan Keperawatan	Mobilisasi dini membantu mempercepat fungsi gastrointestinal dan mempercepat pemulihan pasca operasi.	
5.	<i>Literatur Review: Efektivitas Mobilisasi Dini untuk Menurunkan Skala Nyeri Post Laparatomi</i>	Nina Indria Wati & Fahrur Nur Rosyid (2024)	Literature Review	Mobilisasi dini efektif menurunkan nyeri post laparotomi sehingga pasien lebih mampu melakukan aktivitas dan bergerak mandiri.	
6.	<i>Efektivitas</i>	Diah Endah	Literature	Mobilisasi dini	

	<i>Mobilisasi Dini terhadap Penyembuhan Luka Pasien Post Operasi Abdomen: Literature Review</i>	Pramesti & Fahrur Nur Rosyid (2025)	Review	mempercepat penyembuhan luka dan meningkatkan pemulihan pasien pasca operasi abdomen.
7.	<i>The Benefits of Early Mobilization on Post-Abdominal Surgery: A Review of Literature</i>	Juita, Sri Yona, Riri Maria (2023)	Literature Review	Mobilisasi dini memberikan manfaat pada pemulihan fisik, pencegahan komplikasi, dan peningkatan fungsi tubuh pasca bedah abdomen.
8.	<i>Gambaran Perilaku Mobilisasi Dini Pasien Post Operative Laparatomy di RSUD Bangli</i>	Ni Ketut Suarningsih, I Gusti Ngurah Made Kusuma Negara, I Kadek Nuryanto (2021)	Deskriptif	Menunjukkan pentingnya perilaku mobilisasi dini sebagai upaya pencegahan komplikasi dan percepatan pemulihan pasien.
9.	<i>Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pelaksanaan Mobilisasi Dini pada Pasien Post Operasi Laparatomi di RSUD Abdul</i>	Beby Rohil Hotiva, Reni Tri Subekti, Fitra Pringgayuda (2025)	Analitik Korelasional	Dukungan keluarga berhubungan dengan keberhasilan pelaksanaan mobilisasi dini

<i>Moeloek</i>			sehingga meningkatkan kepatuhan pasien untuk bergerak.
10.	<i>Edukasi Mobilisasi Dini Post Operasi untuk Mengurangi Rasa Nyeri dan Mempercepat Proses Penyembuhan</i>	Hapipah, Istianah, Ernawati, Baik Heni Rispawati, Heny Marlina Riskawaty (2024)	Pengabdian Masyarakat (Pre-Post Edukasi) Edukasi kesehatan meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang pentingnya mobilisasi dini untuk mempercepat pemulihan.

2.7 Konsep Asuhan Keperawatan

2.7.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan yang bertujuan memperoleh informasi secara lengkap, akurat, dan sistematis mengenai kondisi kesehatan pasien. Data yang diperoleh menjadi dasar dalam mengidentifikasi masalah keperawatan, menetapkan diagnosis keperawatan, menyusun rencana tindakan, melaksanakan intervensi, serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan. Oleh karena itu, kualitas data yang dikumpulkan akan sangat menentukan keberhasilan proses keperawatan (Budiono, 2016).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dalam mengumpulkan, memverifikasi, dan mendokumentasikan data kesehatan klien sebagai

dasar penegakan diagnosis keperawatan. Pengumpulan data dilakukan secara komprehensif dengan mempertimbangkan aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan budaya pasien.

2.7.1.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut SDKI, pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data secara sistematis untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien, masalah kesehatan, serta respons pasien terhadap penyakit dan terapi yang dijalani. Pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah yang disesuaikan dengan format milik Supono (2026) meliputi sebagai berikut:

1) Identifikasi Klien

Pengkajian dilakukan untuk memperoleh identitas pasien secara lengkap yang meliputi nama, jenis kelamin, umur, status perkawinan, pekerjaan, agama, pendidikan terakhir, alamat, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosis medis, dan diagnosis keperawatan. Data tersebut diperlukan untuk mengetahui karakteristik pasien yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan, kemampuan menerima informasi, serta kepatuhan terhadap pengobatan dan perawatan.

2) Riwayat Kesehatan Klien

a. Keluhan Utama

Keluhan utama pada pasien dengan cholelithiasis (batu empedu) yang paling sering ditemukan adalah nyeri kolik bilier, yaitu nyeri pada

kuadran kanan atas abdomen atau daerah epigastrium yang biasanya muncul setelah mengonsumsi makanan yang mengandung lemak tinggi dan dapat menjalar ke bahu kanan atau punggung. Nyeri ini berlangsung selama 30 menit hingga beberapa jam akibat obstruksi sementara duktus sistikus oleh batu empedu. Selain nyeri, pasien juga dapat mengalami mual, muntah, rasa kembung, serta intoleransi terhadap makanan berlemak. Pada kasus yang mengalami komplikasi, seperti kolesistitis akut atau koledokolitiasis, dapat muncul demam, menggigil, dan ikterus akibat sumbatan pada saluran empedu.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat Penyakit Sekarang dikaji dengan menggali keluhan utama yang dirasakan pasien, meliputi nyeri pada kuadran kanan atas abdomen atau epigastrium yang biasanya muncul setelah mengonsumsi makanan berlemak, dengan karakter nyeri kolik yang dapat menjalar ke bahu kanan atau punggung. Perawat juga perlu mengkaji waktu mulai munculnya nyeri, durasi, frekuensi, faktor yang memperberat atau mengurangi keluhan, serta gejala penyerta seperti mual, muntah, perut kembung, demam, dan ikterus. Pengkajian riwayat penyakit sekarang bertujuan untuk mengetahui perkembangan penyakit, tingkat keparahan gejala, serta adanya komplikasi yang mungkin terjadi akibat sumbatan batu empedu pada saluran bilier. Manifestasi klinis yang sering ditemukan pada pasien kolelitiasis adalah nyeri perut kanan atas atau epigastrium terutama setelah mengonsumsi makanan berlemak yang dapat disertai mual, muntah,

dan demam apabila telah terjadi proses inflamasi pada kandung empedu.

c. Riwayat Penyakit Terdahulu

Dalam pengkajian riwayat penyakit terdahulu pada pasien dengan cholelitis, perawat perlu menggali adanya riwayat penyakit yang dapat meningkatkan risiko terbentuknya batu empedu, seperti obesitas, dislipidemia, diabetes melitus, penyakit hati, serta riwayat gangguan saluran empedu. Selain itu, perlu dikaji riwayat operasi abdomen sebelumnya, penggunaan obat-obatan tertentu seperti estrogen atau kontrasepsi hormonal, kebiasaan konsumsi makanan tinggi lemak, serta adanya riwayat keluarga yang menderita kolelitis. Pengkajian juga mencakup riwayat keluhan serupa sebelumnya, seperti nyeri pada kuadran kanan atas abdomen, mual, muntah, atau gangguan pencernaan setelah mengonsumsi makanan berlemak. Data riwayat penyakit terdahulu tersebut penting untuk membantu menentukan faktor predisposisi, tingkat keparahan penyakit, serta perencanaan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien cholelitis.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Dalam konsep asuhan keperawatan pasien dengan cholelitis, pengkajian riwayat kesehatan keluarga penting dilakukan untuk mengidentifikasi adanya faktor genetik atau keturunan yang dapat meningkatkan risiko terbentuknya batu empedu. Perawat perlu melakukan pengkajian mengenai riwayat penyakit pada anggota

keluarga inti, seperti orang tua atau saudara kandung, yang pernah menderita penyakit batu empedu, menjalani kolesistektomi, atau memiliki riwayat gangguan saluran empedu. Adanya riwayat keluarga merupakan salah satu faktor risiko yang dikenal dalam kejadian kolelitiasis dan termasuk dalam konsep *family history* pada faktor risiko “6F” (Fat, Female, Forty, Fair, Fertile, Family history). Informasi ini membantu perawat dalam mengidentifikasi faktor predisposisi pasien, menentukan tingkat risiko, serta memberikan edukasi mengenai modifikasi gaya hidup dan pencegahan komplikasi yang mungkin terjadi.

3) Pola Aktivitas Sehari-Hari

a. Pola Istirahat dan Tidur

Pengkajian pola istirahat dan tidur pada pasien dengan cholelitiasis dilakukan dengan mengidentifikasi waktu tidur dan bangun, lama serta kualitas tidur, dan adanya gangguan tidur. Pada pasien cholelitiasis, gangguan tidur umumnya disebabkan oleh nyeri pada abdomen kanan atas, mual, rasa tidak nyaman, serta kecemasan akibat penyakit yang dialami. Selain itu, perlu dikaji faktor yang membantu pasien tidur dan faktor yang menyebabkan pasien sering terbangun sehingga dapat ditentukan intervensi yang sesuai untuk meningkatkan kualitas istirahat pasien.

b. Pola Eliminasi

Pengkajian pola eliminasi pada pasien dengan cholelitiasis dilakukan dengan mengidentifikasi frekuensi, warna, konsistensi,

dan jumlah feses serta urin yang dikeluarkan. Perawat mengkaji adanya perubahan pola defekasi seperti konstipasi atau feses berwarna pucat (akolik), serta perubahan warna urin menjadi lebih gelap akibat gangguan aliran empedu dan peningkatan bilirubin. Selain itu, dikaji adanya keluhan nyeri saat eliminasi, distensi abdomen, mual, atau muntah yang dapat memengaruhi pola eliminasi pasien. Data ini penting untuk mendeteksi adanya obstruksi saluran empedu maupun komplikasi yang menyertai cholelitis.

c. Pola Makan dan Minum

Pengkajian pola makan dan minum dilakukan dengan mengidentifikasi frekuensi makan, jenis makanan yang dikonsumsi, nafsu makan, jumlah asupan cairan, serta adanya keluhan mual, muntah, atau intoleransi terhadap makanan berlemak. Pada pasien dengan cholelitis, perlu dikaji kebiasaan mengonsumsi makanan tinggi lemak, gorengan, dan kolesterol karena dapat memicu nyeri kolik bilier serta memperberat gangguan kandung empedu. Selain itu, dikaji pula perubahan berat badan, status nutrisi, dan kecukupan asupan cairan untuk mendukung kebutuhan metabolisme pasien.

d. Kebersihan Diri (Personal Hygiene)

Pengkajian kebersihan diri (personal hygiene) pada pasien dengan cholelitis dilakukan dengan mengidentifikasi kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, menyikat

gigi, mencuci rambut, mengganti pakaian, dan menjaga kebersihan tubuh secara mandiri. Selain itu, dikaji kondisi kulit, kebersihan mulut, kuku, dan rambut, serta adanya hambatan dalam melakukan kebersihan diri akibat nyeri abdomen, mual, kelemahan, atau keterbatasan mobilitas yang sering dialami pasien cholelitiasis. Pengkajian ini bertujuan untuk menentukan tingkat kemandirian pasien dan kebutuhan bantuan dalam memenuhi kebersihan diri selama masa perawatan.

e. Pola Aktivitas dan Latihan

Pengkajian pola aktivitas dan latihan pada pasien dengan cholelitiasis dilakukan dengan mengidentifikasi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, tingkat kemandirian, toleransi terhadap aktivitas, serta adanya keluhan yang membatasi pergerakan seperti nyeri pada kuadran kanan atas abdomen, mual, dan kelelahan. Selain itu, dikaji frekuensi aktivitas fisik, kemampuan berjalan, berpindah posisi, serta respons tubuh terhadap aktivitas, seperti peningkatan nyeri atau sesak. Pada pasien cholelitiasis, nyeri dan ketidaknyamanan sering menyebabkan penurunan mobilitas dan aktivitas fisik sehingga dapat menghambat pemenuhan kebutuhan sehari-hari dan proses pemulihan pasien.

4) Data Psikososial

a. Pola Komunikasi

Pengkajian pola komunikasi meliputi kemampuan berbicara, memahami informasi, serta hambatan komunikasi yang dialami

pasien. Pada pasien Cholelitis tidak ditemukan masalah pada pola komunikasi.

b. Orang yang Paling Dekat dengan Klien

Dikaji individu yang paling dekat dengan pasien dan menjadi sumber dukungan emosional selama menjalani pengobatan.

c. Rekreasi, Hobi, dan Pemanfaatan Waktu Senggang

Pengkajian dilakukan untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai pasien, yang dapat dimanfaatkan sebagai salah satu mekanisme koping dalam membantu pasien beradaptasi dan mengurangi stres selama menjalani perawatan.

d. Dampak Dirawat di Rumah Sakit

Pada pasien dengan cholelitis yang menjalani perawatan di rumah sakit, hospitalisasi dapat menimbulkan dampak fisik dan psikologis, seperti kecemasan, ketakutan terhadap prosedur medis, gangguan tidur, serta ketidaknyamanan akibat nyeri yang dialami. Oleh karena itu, asuhan keperawatan difokuskan pada pengkajian tingkat nyeri dan kecemasan, pemberian dukungan emosional, edukasi mengenai penyakit dan tindakan yang akan dilakukan, serta menciptakan hubungan terapeutik agar pasien merasa aman dan nyaman selama perawatan. Intervensi keperawatan yang tepat dapat membantu mengurangi stres hospitalisasi dan meningkatkan kualitas pemulihan pasien

e. Hubungan dengan Orang Lain

Pada pasien cholelitiasis perlu dikaji karena nyeri, ketidaknyamanan, serta kecemasan akibat penyakit dan tindakan operasi dapat memengaruhi interaksi sosial pasien. Pasien mungkin menjadi lebih pasif, mudah iritabel, atau membatasi komunikasi dengan keluarga dan lingkungan sekitarnya. Oleh karena itu, perawat berperan memberikan dukungan emosional, memfasilitasi keterlibatan keluarga dalam perawatan, serta mendorong komunikasi yang efektif agar pasien memperoleh dukungan sosial yang optimal selama proses penyembuhan.

f. Keluarga yang dapat dihubungi

Dalam konsep asuhan keperawatan keluarga pada pasien cholelitiasis, keluarga yang dapat dihubungi berperan sebagai sumber dukungan utama dalam perawatan pasien, meliputi pengambilan keputusan, pemantauan kondisi pasien, membantu pemenuhan kebutuhan nutrisi rendah lemak, memastikan kepatuhan pengobatan, serta mengenali tanda bahaya seperti nyeri hebat, demam, atau ikterus. Perawat perlu mengidentifikasi anggota keluarga yang bertanggung jawab dan mudah dihubungi untuk memudahkan koordinasi, edukasi kesehatan, serta tindak lanjut perawatan di rumah. Keterlibatan keluarga yang baik dapat meningkatkan keberhasilan perawatan dan membantu pasien beradaptasi dengan kondisi penyakitnya

5) Data Spiritual

a. Ketaatan Beribadah

Pada pasien dengan cholelitis, aspek ketaatan beribadah termasuk dalam kebutuhan spiritual yang perlu dikaji dan dipenuhi dalam asuhan keperawatan. Perawat dapat menilai kemampuan pasien dalam menjalankan ibadah sesuai keyakinannya, hambatan yang dialami akibat nyeri atau keterbatasan fisik, serta memberikan dukungan dengan memfasilitasi pelaksanaan ibadah, menciptakan lingkungan yang nyaman, dan memberikan motivasi spiritual. Pemenuhan kebutuhan spiritual dan ketaatan beribadah dapat meningkatkan ketenangan, harapan, serta membantu proses penyembuhan pasien secara holistik.

b. Keyakinan Terhadap Sehat dan Sakit

Pada pasien dengan cholelitis, keyakinan terhadap sehat dan sakit perlu dikaji untuk mengetahui persepsi pasien mengenai penyebab penyakit, tingkat keparahan, serta upaya yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan. Beberapa pasien dapat meyakini bahwa nyeri akibat batu empedu hanya merupakan gangguan pencernaan biasa sehingga menunda pemeriksaan dan pengobatan. Oleh karena itu, perawat perlu mengidentifikasi keyakinan pasien dan memberikan edukasi mengenai penyebab, gejala, komplikasi, serta pentingnya kepatuhan terhadap terapi agar pasien memiliki perilaku kesehatan yang lebih baik.

c. Keyakinan terhadap Kesembuhan

Pada pasien dengan cholelitis, keyakinan terhadap kesembuhan merupakan bagian dari aspek spiritual yang perlu dikaji dan didukung dalam asuhan keperawatan. Perawat dapat membantu pasien mempertahankan harapan, motivasi, serta keyakinan positif terhadap proses pengobatan melalui komunikasi terapeutik, pemberian edukasi, dan fasilitasi kebutuhan spiritual sesuai kepercayaan pasien. Pemenuhan kebutuhan spiritual terbukti dapat mendukung proses penyembuhan, mengurangi kecemasan, serta meningkatkan kemampuan pasien dalam menghadapi penyakit dan pengobatan yang dijalani. Oleh karena itu, intervensi keperawatan tidak hanya berfokus pada masalah fisik akibat cholelitis, tetapi juga pada dukungan psikologis dan spiritual pasien agar tercapai kondisi kesehatan yang optimal.

6) Pemeriksaan Fisik

a. Kesan Umum atau Keadaan Umum

Pada pasien dengan cholelitis, keadaan umum dapat tampak lemah, gelisah, dan menunjukkan ekspresi menahan nyeri terutama saat terjadi kolik bilier. Pasien sering mengeluhkan nyeri pada kuadran kanan atas abdomen yang dapat disertai mual dan muntah sehingga aktivitas sehari-hari menjadi terganggu. Pada kasus yang telah mengalami komplikasi seperti kolesistitis, pasien dapat tampak demam dan kondisi umum dapat menurun.

b. Tanda-tanda Vital

Perawat perlu memantau tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, dan suhu tubuh. Pasien dengan nyeri kolik bilier sering menunjukkan peningkatan tekanan darah dan nadi akibat respons nyeri, sedangkan peningkatan suhu tubuh dapat mengindikasikan adanya infeksi atau kolesistitis akut. Pemantauan tanda-tanda vital secara berkala membantu perawat dalam mengevaluasi perkembangan kondisi pasien dan efektivitas intervensi keperawatan yang diberikan.

c. Pemeriksaan Kepala dan Leher

a) Kepala

Dikaji bentuk kepala, ukuran kepala, simetris atau tidak, kondisi ubun-ubun (bila relevan), adanya nyeri tekan, benjolan, atau lesi pada kulit kepala.

b) Rambut

Dikaji penyebaran rambut, ketebalan rambut, warna rambut, kebersihan, bau, tekstur, dan kerontokan rambut.

c) Wajah

Dikaji warna kulit wajah, kesimetrisan wajah, ekspresi wajah, edema, kelumpuhan saraf wajah, dan adanya nyeri

d. Pemeriksaan Mata

Dikaji kelengkapan dan kesimetrisan mata, kondisi palpebra, konjungtiva, sklera, pupil, kornea, iris, ketajaman penglihatan, dan tekanan bola mata.

e. Pemeriksaan Hidung

Dikaji bentuk tulang hidung, posisi septum nasi, kebersihan lubang hidung, adanya sekret, polip, obstruksi, maupun epistaksis.

f. Pemeriksaan Telinga

Dikaji bentuk telinga, ukuran telinga, elastisitas daun telinga, kondisi liang telinga, adanya sekret, nyeri, dan ketajaman pendengaran.

g. Pemeriksaan Mulut dan Faring

Dikaji keadaan bibir, mukosa mulut, gusi, gigi, lidah, tonsil, faring, bau mulut, dan kemampuan menelan.

h. Pemeriksaan Leher

Dikaji posisi trakea, pembesaran kelenjar tiroid, kualitas suara, pembesaran kelenjar limfe servikal, vena jugularis, dan denyut arteri karotis.

i. Pemeriksaan Integumen (Kulit)

Pengkajian integumen meliputi kebersihan kulit, suhu kulit, warna kulit, turgor kulit, tekstur kulit, kelembapan, integritas kulit, dan adanya lesi atau luka. Pada pasien dengan cholelitisias dapat ditemukan perubahan warna kulit dan sklera menjadi kuning (ikterus) akibat peningkatan kadar bilirubin

karena obstruksi saluran empedu. Selain itu, pasien yang mengalami mual dan muntah dapat menunjukkan turgor kulit menurun, membran mukosa kering, dan kulit tampak kurang lembap sebagai tanda dehidrasi. Pada beberapa kasus juga dapat ditemukan pruritus (gatal) dan bekas garukan pada kulit akibat penumpukan garam empedu.

j. Pemeriksaan Payudara dan Ketiak

Pemeriksaan payudara dan ketiak meliputi inspeksi dan palpasi payudara untuk menilai ukuran, bentuk, simetri, warna kulit, adanya benjolan, nyeri tekan, retraksi puting, atau pengeluaran cairan dari puting. Pemeriksaan ketiak dilakukan untuk mengidentifikasi adanya pembesaran kelenjar getah bening, nyeri, atau massa abnormal. Pada pasien dengan cholelitisias umumnya tidak ditemukan kelainan spesifik pada payudara dan ketiak, sehingga hasil pemeriksaan biasanya dalam batas normal.

k. Pemeriksaan Thoraks dan Dada

Inspeksi thoraks meliputi pengamatan bentuk dan simetri dada, pola serta frekuensi pernapasan, kedalaman napas, penggunaan otot bantu pernapasan, dan adanya retraksi dinding dada. Pada pasien dengan cholelitisias, bentuk dan simetri thoraks umumnya normal. Namun, saat mengalami nyeri abdomen akut, pasien dapat tampak bernapas lebih dangkal

(hipoventilasi) dan membatasi pergerakan dada untuk mengurangi rasa nyeri. Frekuensi pernapasan juga dapat meningkat sebagai respons terhadap nyeri.

l. Pemeriksaan Paru

Pemeriksaan paru meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk menilai fungsi pernapasan. Pada inspeksi dikaji bentuk dan simetri dada, pola, frekuensi, serta kedalaman napas. Palpasi dilakukan untuk menilai ekspansi dada dan fremitus taktil. Perkusi dilakukan untuk menentukan resonansi lapang paru, sedangkan auskultasi bertujuan mendengarkan suara napas normal maupun suara napas tambahan. Pada pasien dengan cholelitiasis umumnya hasil pemeriksaan paru dalam batas normal, namun saat nyeri hebat pasien dapat menunjukkan napas dangkal dan peningkatan frekuensi pernapasan akibat respons terhadap nyeri.

m. Pemeriksaan Jantung

Pemeriksaan jantung meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk menilai fungsi kardiovaskular. Pengkajian dilakukan terhadap frekuensi dan irama denyut jantung, bunyi jantung (S1 dan S2), serta adanya bunyi tambahan atau murmur. Selain itu, dinilai juga perfusi perifer melalui pengukuran tekanan darah, nadi, dan pengisian kapiler (*capillary refill time*). Pada pasien dengan cholelitiasis umumnya tidak ditemukan kelainan jantung yang spesifik,

namun frekuensi denyut jantung dapat meningkat (takikardia) sebagai respons terhadap nyeri, demam, atau dehidrasi yang menyertai kondisi pasien.

n. Pemeriksaan Abdomen

a) Inspeksi

Inspeksi abdomen meliputi pengamatan bentuk, simetri, kontur abdomen, warna kulit, adanya distensi, lesi, bekas luka operasi, massa yang tampak, serta pergerakan dinding abdomen. Pada pasien dengan cholelitiasis, abdomen umumnya tampak simetris, namun dapat ditemukan ekspresi menahan nyeri dan keterbatasan pergerakan abdomen saat bernapas akibat nyeri pada kuadran kanan atas. Pada beberapa kasus dapat terlihat distensi abdomen ringan akibat gangguan pencernaan atau kembung. Selain itu, dapat ditemukan ikterus pada kulit bila terjadi obstruksi saluran empedu.

b) Auskultasi

Auskultasi abdomen dilakukan untuk menilai frekuensi, intensitas, dan karakteristik bising usus pada keempat kuadran abdomen. Pada pasien dengan cholelitiasis, bising usus umumnya dalam batas normal (normoaktif), yaitu sekitar 5–30 kali per menit. Namun, pada pasien yang mengalami nyeri hebat, mual, muntah, atau komplikasi seperti peradangan kandung empedu, bising usus dapat menurun (hipoaktif) akibat penurunan motilitas gastrointestinal.

c) Palpasi

Palpasi abdomen dilakukan untuk menilai adanya nyeri tekan, kekakuan otot, massa, pembesaran organ, dan kelainan lainnya pada abdomen. Pada pasien dengan cholelitiasis umumnya ditemukan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen, terutama di area kandung empedu. Dapat ditemukan tanda Murphy positif, yaitu pasien merasa nyeri dan menghentikan inspirasi saat dilakukan palpasi pada kuadran kanan atas. Pada beberapa kasus yang disertai inflamasi, dapat ditemukan spasme atau defans muskular di area yang nyeri.

d) Perkusi

Perkusi abdomen dilakukan untuk menilai distribusi udara, cairan, dan massa dalam rongga abdomen. Pada pasien dengan cholelitiasis umumnya terdengar bunyi timpani pada sebagian besar area abdomen akibat adanya gas dalam usus. Namun, pada kuadran kanan atas dapat ditemukan nyeri saat perkusi (perkusi nyeri) akibat peradangan atau iritasi pada kandung empedu. Perkusi juga membantu mengidentifikasi adanya distensi abdomen atau pembesaran organ bila terjadi komplikasi.

o. Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sekitarnya

Pemeriksaan genital dan daerah sekitarnya meliputi inspeksi kebersihan, warna kulit, integritas kulit, adanya lesi, edema, sekret, perdarahan, atau kelainan lainnya pada area genital dan

perineum. Pada pasien dengan cholelitis umumnya tidak ditemukan kelainan spesifik pada genital dan daerah sekitarnya, sehingga hasil pemeriksaan biasanya dalam batas normal dengan kebersihan dan integritas kulit yang baik. Namun, pada pasien yang mengalami dehidrasi akibat mual dan muntah dapat ditemukan membran mukosa yang tampak lebih kering.

p. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Pemeriksaan muskuloskeletal meliputi pengkajian kekuatan otot, tonus otot, rentang gerak (*range of motion*), postur tubuh, koordinasi gerakan, serta adanya nyeri atau keterbatasan aktivitas. Pada pasien dengan cholelitis umumnya tidak ditemukan kelainan muskuloskeletal yang spesifik. Namun, akibat nyeri pada kuadran kanan atas abdomen, pasien dapat tampak membatasi pergerakan tubuh, mempertahankan posisi tertentu untuk mengurangi nyeri, serta mengalami penurunan aktivitas dan kelemahan akibat mual, muntah, atau penurunan asupan nutrisi.

q. Pemeriksaan Neurologis

Meliputi tingkat kesadaran menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS), fungsi motorik, fungsi sensorik, refleksi fisiologis, refleksi patologis, koordinasi gerakan, dan tanda-tanda iritasi meningeal.

r. Pemeriksaan Status Mental

Pemeriksaan status mental meliputi penilaian tingkat kesadaran, orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang, kemampuan berkomunikasi, proses pikir, suasana perasaan (*mood*), serta respons emosional pasien. Pada pasien dengan cholelitis umumnya tingkat kesadaran *compos mentis* dan orientasi baik. Namun, pasien dapat tampak gelisah, cemas, atau sulit berkonsentrasi akibat nyeri abdomen yang dirasakan. Pada kondisi yang lebih berat atau disertai komplikasi, perubahan status mental dapat terjadi akibat gangguan metabolik, infeksi, atau dehidrasi.

s. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien cholelitis meliputi pemeriksaan laboratorium dan radiologi. Pemeriksaan laboratorium dapat menunjukkan peningkatan bilirubin, enzim hati (SGOT/AST, SGPT/ALT, ALP), dan leukosit apabila terjadi obstruksi atau infeksi. Pemeriksaan radiologi yang paling sering digunakan adalah USG abdomen, yang merupakan metode utama untuk mendeteksi adanya batu empedu, penebalan dinding kandung empedu, dan pelebaran saluran empedu. Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan sesuai indikasi adalah CT scan abdomen, MRCP (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography), ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography), serta pemeriksaan

fungsi hati untuk menilai komplikasi atau keterlibatan saluran empedu.

t. Penatalaksanaan dan Terapi

Penatalaksanaan dan terapi pada pasien cholelitisias disesuaikan dengan gejala dan tingkat keparahan penyakit. Pada pasien tanpa gejala (*asimtomatik*), umumnya dilakukan observasi dan edukasi mengenai pola makan rendah lemak. Pada pasien dengan nyeri, dapat diberikan terapi farmakologis berupa analgesik, antispasmodik, antiemetik untuk mengatasi mual dan muntah, serta antibiotik bila terdapat tanda infeksi. Terapi definitif yang paling efektif adalah kolesistektomi (pengangkatan kandung empedu), terutama pada pasien dengan cholelitisias simptomatik atau yang mengalami komplikasi. Selain itu, dianjurkan pengaturan diet rendah lemak, pemenuhan kebutuhan cairan, serta pemantauan kondisi klinis dan hasil pemeriksaan penunjang untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

2.7.2 Analisa Data

Analisa data merupakan tahapan setelah proses pengkajian keperawatan yang bertujuan untuk mengolah, mengelompokkan, menginterpretasikan, dan memvalidasi data yang telah diperoleh dari pasien. Data yang dikumpulkan melalui anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, serta hasil pemeriksaan penunjang dianalisis untuk mengidentifikasi respons pasien terhadap masalah kesehatan yang dialami

sehingga dapat dirumuskan diagnosis keperawatan secara tepat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), analisa data dilakukan dengan cara mengelompokkan data subjektif dan data objektif berdasarkan pola respons manusia, kemudian membandingkan data tersebut dengan standar atau kondisi normal. Selanjutnya, perawat mengidentifikasi kesenjangan antara kondisi aktual pasien dengan kondisi yang diharapkan untuk menentukan masalah keperawatan yang sesuai.

2.7.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap kondisi kesehatan maupun proses kehidupan, baik yang bersifat aktual maupun risiko. Diagnosis keperawatan disusun berdasarkan hasil pengkajian yang komprehensif dan menjadi dasar dalam pemilihan serta perencanaan intervensi keperawatan yang tepat untuk mencapai luaran atau hasil keperawatan yang diharapkan (Ummah, 2020). Menurut (Ummah, 2020), diagnosis keperawatan terbagi menjadi :

1. **Diagnosis aktual** Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang menyebabkan timbulnya masalah kesehatan pada saat dilakukan pengkajian. Penetapan diagnosis ini didasarkan pada adanya tanda dan gejala yang dapat diidentifikasi serta divalidasi melalui data subjektif dan data objektif. Diagnosis keperawatan aktual dapat ditegakkan apabila tanda

dan gejala mayor ditemukan, yang dapat didukung oleh keberadaan tanda dan gejala minor sesuai dengan kriteria diagnosis yang berlaku.

2. **Diagnosis resiko** Diagnosis ini menggambarkan respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang berpotensi menyebabkan timbulnya masalah kesehatan di kemudian hari. Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan adanya faktor-faktor risiko yang dapat meningkatkan kerentanan pasien terhadap suatu masalah kesehatan. Pada diagnosis keperawatan risiko tidak ditemukan tanda dan gejala mayor maupun minor karena masalah kesehatan belum terjadi, namun pasien memiliki faktor risiko yang memerlukan intervensi keperawatan untuk mencegah terjadinya masalah tersebut.
3. **Diagnosis promosi kesehatan** diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan, kesiapan, dan motivasi pasien untuk meningkatkan status kesehatannya ke tingkat yang lebih optimal. Diagnosis ini ditegakkan ketika pasien menunjukkan potensi dan komitmen untuk mengadopsi perilaku hidup sehat atau meningkatkan pengelolaan kesehatannya, meskipun tidak sedang mengalami masalah kesehatan yang memerlukan penanganan khusus.

Berdasarkan standar diagnosis keperawatan indonesia (SDKI., 2016) diagnosa pada pasien pasca operasi Laparatomy adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D. 0077)
- b. Resiko infeksi dibuktikan dengan Efek prosedur invasif (D. 0142)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D. 0054)

- d. Resiko Ketidakseimbangan cairan ditandai dengan prosedur pembedahan mayor (D. 0036)

2.7.4 Intervensi Keperawatan

1. Prioritas Diagnosis Keperawatan merupakan langkah awal dalam penyusunan interensi keperawatan adalah menetapkan diagnosis keperawatann yang menjadi prioritas berdasarkan hasil pengkajian pasien. Penentuan prioritas diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi masalah yang memerlukan penanganan segera sesuai dengan tingkat kegawatan, tingkat kepentingan, dan kebutuhan pasien. Dengan demikian, intervensi keperawatan dapat disusun secara sistematis, terarah dan sesuai dengan prioritas masalah yang harus diselesaikan terlebih dahulu guna mencapai luaran keperawatan yang optimal. (Mashudi, 2021).
2. Rencana Tindakan Keperawatan Berikut adalah luaran dan intevensi menurut Standar luaran keperawatan indonesia (SLKI, 2018) dan Standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI, 2018).

Luaran	Intervensi
Nyeri Akut (D.0077)	Manajemen Nyeri (I.08238)
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x24 Jam tingkat nyeri menurun (L.08066), dengan kriteria hasil:	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri

1. Keluhan nyeri menurun	3. Identifikasi respon nyeri non verbal
2. Meringis menurun	4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
3. Sikap protektif menurun	5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
4. Gelisah menurun	6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
5. Kesulitan tidur menurun	7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
6. Frekuensi nadi membaik	8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
	9. Monitor efek samping penggunaan Analgetic
	Terapeutik
	10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
	11. Kontrol lingkungan yang

memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

12.Fasilitasi istirahat dan tidur

12. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

13. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

14. Jelaskan strategi meredakan nyeri

15. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

16. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat

17. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

18. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Setelah dilakukan intervensi **Observasi**

keperawatan selama 4x24 Jam 1. Identifikasi adanya nyeri atau mobilitas fisik meningkat (L.05042), keluhan fisik lainnya

dengan kriteria hasil: 2. Identifikasi toleransi fisik

1. Pergerakan meningkat	ekstremitas	melakukan pergerakan
2. Kekuatan otot meningkat		3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
3. Rentang gerak (ROM) meningkat		4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
4. Nyeri menurun		
5. Kaku sendi menurun		
6. Gerakan tidak terkoordinasi menurun		Terapeutik
7. Gerakan terbatas menurun		5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
8. Kelemahan fisik menurun		6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
		7. Berikan terapi Range of Motion untuk meningkatkan mobilitas fisik dan meningkatkan kekuatan otot
		8. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
		Edukasi
		9. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
		10. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
		11. Ajarkan mobilisasi sederhana yang

	harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
--	---

Keseimbangan Cairan (L.05020)

Manajemen cairan (I. 03098)

Setelah dilakukan tindakan **Observasi:**

keperawatn selama 4x24 jam diharapkan Keseimbangan cairan meningkat (L. 05020) dnegan kriteria hasil:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Asupan cairan cukup meningkat | 1. Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) |
| 2. Keluaran urin cukup meningkat | 2. Monitor berat badan harian |
| 3. Kelembaban mukosa cukup meningkat | 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis |
| 4. Edema Cukup menurun | 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis: hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine BUN) |
| 5. Dehidrasi cukup menurun | 5. Monitor status hemodinamik (mis: MAP, CVP, PAP, PCWP, jika tersedia) |
| 6. Asites cukup menurun | |
| 7. Tekanan darah cukup membaik | |
| 8. Denyut nadi radial cukup membaik | |

Terapeutik

- | | |
|---|---|
| 9. Tekanan arteri rata-rata cukup membaik | 6. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam |
| 10. Membrane mukoas cukup membaik | 7. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan |
-

11. Mata cekung cukup membaik	8. Berikan cairan intravena, jika perlu
12. Turgor kulit cukup membaik	Kolaborasi
13. Berat badan cukup membaik	9. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu
Risiko Infeksi (D.0142)	Pencegahan Infeksi (I.14539)
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x24 Jam tingkat infeksi menurun (L.14137), dengan kriteria hasil:	Observasi:
1. Demam menurun	1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
2. Kemerahan menurun	Terapeutik :
3. Nyeri menurun	2. Batasi jumlah pengunjung
4. Bengkak menurun	3. Berikan perawatan kulit pada area edema
5. Kadar sel darah putih membaik	4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
	5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
	Edukasi
	6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
	7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
	8. Ajarkan etika batuk
	9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi

12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

2.7.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat dalam proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan sebagai tindak lanjut dari intervensi keperawatan yang telah disusun berdasarkan kebutuhan dan kondisi pasien. Tahap ini bertujuan untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan secara sistematis guna membantu pasien mencapai luaran yang telah ditetapkan. Pelaksanaan implementasi keperawatan diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan, mencegah terjadinya komplikasi atau penyakit, mempercepat proses pemulihan, serta memfasilitasi kemampuan coping pasien. Selain itu, implementasi keperawatan juga mendorong keterlibatan aktif pasien dalam setiap tindakan keperawatan sesuai dengan kemampuan dan kesediannya, sehingga tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai secara optimal. (Polopadang & Hidayah, 2019).

2.7.6 Evaluasi Keperawatan

Menurut Ummah (2020), tahap evaluasi merupakan tahap terakhir proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai tingkat keberhasilan

pencapaian tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan. Pada tahap ini, perawat dituntut untuk melakukan penilaian secara sistematis terhadap respon pasien setelah diberikan intervensi keperawatan, menentukan tingkat ketercapaian tujuan yang telah dirumuskan, serta menganalisis hubungan antara tindakan keperawatan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

1. Evaluasi dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

a. Evaluasi Proses (Formatif)

- Evaluasi yang dilakukan setiap tindakan keperawatan selesai dilaksanakan.
- Berorientasi pada faktor penyebab yang mendasari masalah keperawatan.
- Dilaksanakan secara berkesinambungan hingga tujuan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan dapat tercapai sesuai dengan kriteria hasil.

b. Evaluasi Hasil (Sumatif)

- Evaluasi dilaksanakan pada akhir proses asuhan keperawatan secara menyeluruh untuk menilai ketercapaian tujuan dan hasil yang telah ditetapkan.
- Berorientasi pada masalah keperawatan yang telah diidentifikasi sebagai dasar penilaian ketercapaian tujuan asuhan keperawatan.

- Menjelaskan keberhasilan/ ketidakberhasilan pencapaian tujuan asuhan keperawatan berdasarkan kriteria hasil yang telah ditetapkan.
- Menyajikan rekapitulasi serta kesimpulan mengenai perkembangan status kesehatan pasien berdasarkan kerangka waktu evaluasi yang telah ditetapkan.

2. Komponen Evaluasi

Komponen evaluasi yang digunakan adalah SOAP/SOAPIE/SOAPIER untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien.

S : Data Subjektif

Perawat mendokumentasikan keluhan yang masih dirasakan oleh pasien setelah pelaksanaan tindakan keperawatan sebagai bagian dari evaluasi terhadap respon pasien terhadap intervensi yang telah diberikan.

O : Data Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh berdasarkan hasil pengukuran, pemeriksaan, dan observasi langsung yang dilakukan oleh perawat terhadap kondisi pasien setelah pelaksanaan tindakan keperawatan. Data ini digunakan untuk menilai perubahan kondisi pasien secara objektif sebagai respons terhadap intervensi yang telah diberikan.

A : Analisis

Analisis merupakan proses interpretasi terhadap data subjektif dan data objektif yang telah dikumpulkan untuk menentukan kondisi atau respons pasien terhadap intervensi keperawatan. Hasil analisis digunakan untuk mengidentifikasi apakah masalah atau diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan masih ada, telah teratasi atau mengalami perubahan. Selain itu, analisis juga dapat mengidentifikasi munculnya masalah atau diagnosis pasien yang didukung oleh data subjektif dan data objektif yang diperoleh.

P : Planning

Perencanaan tindak lanjut merupakan tahap penyusunan rencana keperawatan berdasarkan hasil evaluasi terhadap respon pasien. Pada tahap ini, perawat menentukan apakah intervensi keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya perlu dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. Sementara itu, intervensi yang dinilai belum memberikan hasil yang optimal dapat dimodifikasi melalui penyesuaian metode, frekuensi, atau jenis tindakan, maupun dengan menambahkan alternatif intervensi yang lebih tepat untuk meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan dan mempercepat proses pemulihan pasien.

3. Penentuan Hasil Evaluasi

a. Masalah teratasi

Tujuan asuhan keperawatan dinyatakan tercapai apabila seluruh indikator yang tercantum dalam kriteria hasil telah terpenuhi. Kondisi ini.

b. Masalah teratasi sebagian

Tujuan asuhan keperawatan dinyatakan tercapai sebagian apabila hanya sebagian indikator dalam kriteria hasil telah terpenuhi, sehingga diperlukan kelanjutan atau penyesuaian intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang optimal.

c. Masalah belum teratasi

Tujuan asuhan keperawatan dinyatakan tidak tercapai apabila sebagian kecil atau seluruh indikator dalam kriteria hasil belum terpenuhi. Kondisi tersebut mengindikasikan bahwa intervensi keperawatan belum efektif atau terdapat perubahan status kesehatan pasien yang menyebabkan munculnya masalah atau diagnosis keperawatan baru, sehingga diperlukan pengkajian ulang dan modifikasi rencana asuhan keperawatan.