

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi Ileus

Ileus adalah penurunan atau hilangnya fungsi usus akibat paralisis atau obstruksi mekanis yang dapat menyebabkan penumpukan atau penyumbatan zat makanan (Rasmilia Retno, 2013). Menurut Margaretha Novi Indrayani (2013) Ileus adalah gangguan atau hambatan isi usus yang merupakan tanda adanya obstruksi usus akut yang segera membutuhkan pertolongan atau tindakan. Ileus dibagi menjadi dua yaitu ileus obstruktif dan ileus paralitik. Ileus obstruktif atau disebut juga ileus mekanik adalah keadaan dimana isi lumen saluran cerna tidak bisa disalurkan ke distal atau anus karena adanya sumbatan atau hambatan mekanik yang disebabkan kelainan dalam lumen usus (Ida Ratna, *Nurhidayati*, 2015). MedLine Plus (2018) menyatakan Ileus obstruktif atau obstruksi usus adalah suatu gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran isi usus. Sedangkan ileus paralitik adalah obstruksi usus akibat kelumpuhan seluruh atau sebagian otot-otot usus yang menyebabkan berkurangnya atau tidak adanya peristaltik (Megan Griffiths, 2020).

Dapat disimpulkan bahwa ileus obstruktif merupakan penyumbatan pada usus yang disebabkan oleh hernia, adhesi atau pelengketan, tumor yang menyebabkan isi usus tidak dapat disalurkan ke distal.

2. Klasifikasi ileus obstruktif

a. Menurut sifat sumbatannya

Menurut sifat sumbatannya, ileus obstruktif dibagi atas 2 tingkatan :

- 1) Obstruksi biasa (*simple obstruction*) yaitu penyumbatan mekanis di dalam lumen usus tanpa gangguan pembuluh darah, antara lain karena atresia usus dan neoplasma
- 2) Obstruksi strangulasi yaitu penyumbatan di dalam lumen usus disertai oklusi pembuluh darah seperti hernia strangulasi, intususepsi, adhesi, dan volvulus

b. Menurut letak sumbatannya

Menurut letak sumbatannya, maka ileus obstruktif dibagi menjadi 2 :

- 1) Obstruksi tinggi, bila mengenai usus halus
- 2) Obstruksi rendah, bila mengenai usus besar (Pasaribu, 2012).

c. Menurut etiologinya

Menurut etiologinya, maka ileus obstruktif dibagi menjadi 3:

- 1) Lesi ekstrinsik (*ekstraluminal*) yaitu yang disebabkan oleh adhesi (*postoperative*), hernia (*inguinal, femoral, umbilical*), neoplasma (*karsinoma*), dan abses intraabdominal.
- 2) Lesi intrinsik yaitu di dalam dinding usus, biasanya terjadi karena kelainan kongenital (*malrotasi*), inflamasi (*Chron's disease, diverticulitis*), neoplasma, traumatik, dan intususepsi.
- 3) Obstruksi menutup (*intaluminal*) yaitu penyebabnya dapat berada di dalam usus, misalnya benda asing, batu empedu (Pasaribu, 2012)..

d. Menurut stadiumnya

Ileus obstruktif dapat dibedakan menjadi 3 berdasarkan stadiumnya, antara lain :

- 1) Obstruksi sebagian (partial obstruction) : obstruksi terjadi sebagian sehingga makanan masih bisa sedikit lewat, dapat flatus dan defekasi sedikit.
- 2) Obstruksi sederhana (simple obstruction) : obstruksi / sumbatan yang tidak disertai terjepitnya pembuluh darah (tidak disertai gangguan aliran darah).
- 3) Obstruksi strangulasi (strangulated obstruction) : obstruksi disertai dengan terjepitnya pembuluh darah sehingga terjadi iskemia yang akan berakhir dengan nekrosis atau gangren (Margaretha Novi Indrayani, 2013).

3. Etiologi

Penyebab terjadinya ileus obstruksi pada usus halus menurut Margaretha Novi Indrayani (2013) antara lain

a. Hernia inkarserata :

Hernia inkarserata timbul karena usus yang masuk ke dalam kantung hernia terjepit oleh cincin hernia sehingga timbul gejala obstruksi (penyempitan) dan strangulasi usus (sumbatan usus menyebabkan terhentinya aliran darah ke usus).

b. Non hernia inkarserata, antara lain :

1) Adhesi atau perlekatan usus

Adhesi bisa disebabkan oleh riwayat operasi intra abdominal sebelumnya atau proses inflamasi intra abdominal. Dapat berupa perlekatan mungkin dalam bentuk tunggal maupun multiple, bisa setempat atau luas.

2) Askariasis

Cacing askaris hidup di usus halus bagian yeyunum, biasanya jumlahnya puluhan hingga ratusan ekor. Obstruksi bisa terjadi di mana-mana di usus halus, tetapi biasanya di ileum terminal yang merupakan tempat lumen paling sempit.

Obstruksi umumnya disebabkan oleh suatu gumpalan padat terdiri atas sisa makanan dan puluhan ekor cacing yang mati atau hampir mati akibat pemberian obat cacing. Segmen usus yang penuh dengan cacing berisiko tinggi untuk mengalami volvulus, strangulasi, dan perforasi.

3) Volvulus

Merupakan suatu keadaan di mana terjadi pemuntiran usus yang abnormal dari segmen usus sepanjang aksis usus sendiri, maupun pemuntiran terhadap aksis sehingga pasase (gangguan perjalanan makanan) terganggu. Pada usus halus agak jarang ditemukan kasusnya. Kebanyakan volvulus didapat di bagian ileum.

4) Tumor

Tumor usus halus agak jarang menyebabkan obstruksi Usus, kecuali jika ia menimbulkan invaginasi . Hal ini terutama disebabkan oleh kumpulan metastasis (penyebaran kanker) di peritoneum atau di mesenterium yang menekan usus.

5) Batu empedu yang masuk ke ileus.

Inflamasi yang berat dari kantong empedu menyebabkan fistul (koneksi abnormal antara pembuluh darah, usus, organ, atau struktur lainnya) dari saluran empedu ke duodenum atau usus halus yang menyebabkan batu empedu masuk ke raktus gastrointestinal.

4. Tanda gejala ileus obstruktif

a. Mekanik sederhana – usus halus atas

Kolik (kram) pada abdomen pertengahan sampai ke atas, distensi, muntah, peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen.

b. Mekanik sederhana – usus halus bawah

Kolik (kram) signifikan midabdomen, distensi berat, bising usus meningkat, nyeri tekan abdomen.

c. Mekanik sederhana – kolon

Kram (abdomen tengah sampai bawah), distensi yang muncul terakhir, kemudian terjadi muntah (fekulen), peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen.

d. Obstruksi mekanik parsial

Gejalanya kram nyeri abdomen, distensi ringan.

e. Strangulasi

Gejala berkembang dengan cepat: nyeri hebat, terus menerus dan terlokalisir, distensi sedang, muntah persisten, biasanya bising usus menurun dan nyeri tekan terlokalisir hebat. Feses atau vomitus menjadi berwarna gelap atau berdarah (Margaretha Novi Indrayani, 2013).

5. Penatalaksanaan ileus obstruktif

Penderita penyumbatan usus harus di rawat dirumah sakit (Kusuma dan Nurarif, 2015). Penatalaksanaan pasien dengan ileus obstruktif adalah:

a. Persiapan

Pipa lambung harus dipasang untuk mengurangi muntah, mencegah aspirasi dan mengurangi distensi abdomen (dekompresi). Pasien dipuasakan, kemudian dilakukan juga resusitasi cairan dan elektrolit untuk perbaikan keadaan umum. Setelah keadaan optimum tercapai barulah dilakukan laparatomi. Pada obstruksi parsial atau karsinomatosis abdomen dengan pemantauan dan konservatif

b. Operasi

Operasi dapat dilakukan bila sudah tercapai rehidrasi dan organ-organ vital berfungsi secara memuaskan. Tetapi yang paling sering dilakukan adalah pembedahan sesegera mungkin. Tindakan bedah dilakukan bila :

- 1) Strangulasi
- 2) Obstruksi lengkap
- 3) Hernia inkarserata
- 4) Tidak ada perbaikan dengan pengobatan konservatif (dengan pemasangan NGT, infus, oksigen dan kateter) (Kusuma dan Nurarif, 2015)

c. Pasca bedah

Pengobatan pasca bedah sangat penting terutama dalam hal cairan dan elektrolit. Kita harus mencegah terjadinya gagal ginjal dan harus memberikan kalori yang cukup. Perlu diingat bahwa pasca bedah usus pasien masih dalam keadaan paralitik (Kusuma dan Nurarif, 2015).

6. Pemeriksaan penunjang

- a. HB (hemoglobin), PCV (volume sel yang ditempati sel darah merah) : meningkat akibat dehidrasi
- b. Leukosit : normal atau sedikit meningkat ureum + elektrolit, ureum meningkat, Na⁺ dan Cl⁻ rendah.
- c. Rontgen toraks : diafragma meninggi akibat distensi abdomen
 - 1) Usus halus (lengkung sentral, distribusi nonanatomis, bayangan valvula connives melintasi seluruh lebar usus) atau obstruksi besar (distribusi perifer/bayangan haustra tidak terlihat di seluruh lebar usus)

- 2) Mencari penyebab (pola khas dari volvulus, hernia, dll)
- d. Enema kontras tunggal (pemeriksaan radiografi menggunakan suspensi barium sulfat sebagai media kontras pada usus besar) : untuk melihat tempat dan penyebab.
- e. CT Scan pada usus halus : mencari tempat dan penyebab, sigmoidoskopi untuk menunjukkan tempat obstruksi (Pasaribu, 2012)

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan

1. Pengertian

Hipotermia adalah suatu keadaan suhu tubuh berada di bawah rentang normal tubuh (PPNI, 2018a).

2. Data mayor dan minor

Menurut PPNI (2018) data mayor dan minor diagnosa keperawatan hipotermia adalah :

- a. Data mayor
 - 1) Subjektif : Tidak tersedia
 - 2) Objektif :
 - a) Kulit teraba dingin
 - b) Menggigil
 - c) Suhu tubuh dibawah nilai normal
- b. Data minor
 - 1) Subjektif : -
 - 2) Objektif :
 - a) Akrosianosis
 - b) Bradikardi

- c) Dasar kuku sianotik
- d) Hipoglikemia
- e) Hipoksia
- f) Pengisian kapiler >3 detik
- g) Konsumsi oksigen meningkat
- h) Ventilasi menurun
- i) Piloereksi
- j) Takikardia
- k) Vasokonstriksi perifer
- l) Kutis memorata (pada neonatus)

3. Faktor penyebab

Menurut PPNI (2018) faktor penyebab masalah keperawatan hipotermia adalah:

- a. Kerusakan hipotalamus
- b. Konsumsi alkohol
- c. Berat badan ekstrem
- d. Kekurangan lemak subkutan
- e. Terpapar suhu lingkungan rendah
- f. Malnutrisi
- g. Pemakaian pakaian tipis
- h. Penurunan laju metabolisme
- i. Tidak beraktivitas
- j. Transfer panas (mis. Konduksi, konveksi, evaporasi, radiasi)
- k. Trauma

- l. Proses penuaan
- m. Efek agen farmakologis
- n. Kurang terpapar informasi terhadap pencegahan hipotermia

4. Penatalaksanaan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018b)

tindakan yang dilakukan dalam menangani masalah hipotermia yaitu:

- a. Manajemen Hipotermia
 - 1) Observasi:
 - a) Monitor suhu tubuh
 - b) Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
 - c) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (mis. *Hipotermia ringan*: takipnea, disatria, menggigil, hipertensi, diuresis; *Hipotermia sedang*: aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, reflex menurun; *hipotermia berat*: oliguria, reflex menghilang, edema paru, asam-basa abnormal)
 - 2) Terapeutik:
 - a) Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan)
 - b) Ganti pakaian dan/linen yang basah
 - c) Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut menutup kepala, pakaian tebal)
 - d) Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis selimut hangat)
 - e) Lakukan penghangatan aktif internal (mis. Infus cairan hangat)
 - 3) Edukasi:
 - a) Anjurkan makan/minum hangat

C. Konsep Asuhan Keperawatan Hipotermia Pada Pasien Post Operasi Laparatomi

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan suatu dari komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Arif Muttaqin, 2020). Pengkajian di kamar operasi meliputi pengkajian pre operatif, intraoperative dan post operatif.

a. Pre Operatif

Pengkajian pasien pada fase pre operatif secara umum dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien sehingga perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien (Arif Muttaqin, 2020).

1) Pengkajian Umum

Pada pengkajian pasien di unit rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan secara komprehensif di mana seluruh hal yang berhubungan dengan pembedahan pasien perlu dilakukan secara seksama.

a) Identitas pasien : pengkajian ini diperlukan agar tidak terjadi duplikasi nama pasien. Umur pasien sangat penting untuk diketahui guna melihat kondisi pada berbagai jenis pembedahan. Selain itu juga diperlukan untuk memperkuat identitas pasien.

b) Jenis pekerjaan dan asuransi kesehatan : diperlukan sebagai persiapan finansial yang sangat bergantung pada kemampuan pasien dan kebijakan rumah sakit tempat pasien akan menjalani proses pembedahan

c) Persiapan umum : persiapan *informed consent* dilakukan sebelum dilaksanakannya tindakan

2) Riwayat kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan pasien di rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan perawat melalui Teknik wawancara untuk mengumpulkan riwayat yang diperlukan sesuai dengan klasifikasi pembedahan

a) Riwayat alergi : perawat harus mewaspadaai adanya alergi terhadap berbagai obat yang mungkin diberikan selama fase intraoperatif

b) Kebiasaan merokok, alcohol, narkoba : pasien perokok memiliki risiko yang lebih besar mengalami komplikasi paru-paru pasca operasi, kebiasaan mengonsumsi alcohol mengakibatkan reaksi yang merugikan terhadap obat anestesi, pasien yang mempunyai riwayat pemakaian narkoba perlu diwaspadai atas kemungkinan besar untuk terjangkit HIV dan hepatitis

c) Pengkajian nyeri : pengkajian nyeri yang benar memungkinkan perawat perioperative untuk menentukan status nyeri pasien. Pengkajian nyeri menggunakan pendekatan P (Problem), Q (Quality), R (Region), S (Scale), T (Time).

3) Pengkajian psikososiospiritual

a) Kecemasan praoperatif : bagian terpenting dari pengkajian kecemasan perioperative adalah untuk menggali peran orangterdekat, baik dari keluarga atau sahabat pasien. Adanya sumber dukungan orang terdekat akan menurunkan kecemasan

- b) Perasaan : pasien yang merasa takut biasanya akan sering bertanya, tampak tidak nyaman jika ada orang asing memasuki ruangan, atau secara aktif mencari dukungan dari teman dan keluarga
- c) Konsep diri : pasien dengan konsep diri positif lebih mampu menerima operasi yang dialaminya dengan tepat
- d) Citra diri : perawat mengkaji perubahan citra tubuh yang pasien anggap terjadi akibat operasi. Reaksi individu berbeda-beda bergantung pada konsep diri dan tingkat harga dirinya
- e) Sumber coping : perawat perioperative mengkaji adanya dukungan yang dapat diberikan oleh anggota keluarga atau teman pasien.
- f) Kepercayaan spiritual : kepercayaan spiritual memainkan peranan penting dalam menghadapi ketakutan dan ansietas
- g) Pengetahuan, persepsi, pemahaman : dengan mengidentifikasi pengetahuan, persepsi, pemahaman, pasien dapat membantu perawat merencanakan penyuluhan dan tindakan untuk mempersiapkan kondisi emosional pasien.
- f) *Informed consent* : suatu izin tertulis yang dibuat secara sadar dan sukarela oleh pasien sebelum suatu pembedahan dilakukan

4) Pemeriksaan fisik

Ada berbagai pendekatan yang digunakan dalam melakukan pemeriksaan fisik, mulai dari pendekatan *head to toe* hingga pendekatan *per system*. Perawat dapat menyesuaikan konsep pendekatan pemeriksaan fisik dengan kebijakan prosedur yang digunakan institusi tempat ia bekerja. Pada pelaksanaannya, pemeriksaan yang dilakukan bisa mencakup sebagian atau seluruh system, bergantung pada banyaknya waktu yang tersedia dan kondisi preoperatif pasien.

Fokus pemeriksaan yang akan dilakukan adalah melakukan klarifikasi dari hasil temuan saat melakukan anamnesis riwayat kesehatan pasien dengan system tubuh yang akan dipengaruhi atau memengaruhi respons pembedahan.

5) Pemeriksaan diagnostik

Sebelum pasien menjalani pembedahan, dokter bedah akan meminta pasien untuk menjalani pemeriksaan diagnostic guna memeriksa adanya kondisi yang tidak normal. Perawat bertanggung jawab mempersiapkan dalam klien untuk menjalani pemeriksaan diagnostic dan mengatur agar pasien menjalani pemeriksaan yang lengkap. Perawat juga harus mengkaji kembali hasil pemeriksaan diagnostic yang perlu diketahui dokter untuk membantu merencanakan terapi yang tepat.

b. Intra Operatif

Pengkajian intraoperatif secara ringkas mengkaji hal-hal yang berhubungan dengan pembedahan . Diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi (Arif Muttaqin, 2020). Hal-hal yang dikaji selama dilaksanakannya operasi bagi pasien yang diberi anaestesi total adalah yang bersifat fisik saja, sedangkan pada pasien yang diberi anaestesi local ditambah dengan pengkajian psikososial. Secara garis besar yang perlu dikaji adalah :

- 1) Pengkajian mental, bila pasien diberi anastesi lokal dan pasien masih sadar / terjaga maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan kepadanya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas/takut menghadapi prosedur tersebut.

- 2) Pengkajian fisik, tanda-tanda vital (bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut kepada ahli bedah).
- 3) Transfusi dan infuse, monitor flabot sudah habis apa belum.
- 4) Pengeluaran urin, normalnya pasien akan mengeluarkan urin sebanyak 1 cc/kg BB/jam.

c. Post Operatif

Pengkajian pascaanastesi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. Pengkajian di ruang pemulihan berfokus pada jiwa pasien (Arif Muttaqin, 2020).

- 1) Status respirasi, meliputi : kebersihan jalan nafas, kedalaman pernafasaan, kecepatan dan sifat pernafasan dan bunyi nafas.
- 2) Status sirkulasi, meliputi : nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.
- 3) Status neurologis, meliputi tingkat kesadaran.
- 4) Balutan, meliputi : keadaan drain dan terdapat pipa yang harus disambung dengan sistem drainage.
- 5) Kenyamanan, meliputi : terdapat nyeri, mual dan muntah
- 6) Keselamatan, meliputi : diperlukan penghalang samping tempat tidur, kabel panggil yang mudah dijangkau dan alat pemantau dipasang dan dapat berfungsi.
- 7) Perawatan, meliputi : cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan.
- 8) Sistem drainage : bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainage.

9) Nyeri, meliputi : waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat /memperingan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan hasil akhir dari pengkajian yang dirumuskan atas dasar interpretasi data yang tersedia. diagnosis keperawatan dapat dikomunikasikan kepada rekan sejawat atau tenaga kesehatan lainnya, dimana perawatan yang diberikan perawat kepada pasien berfokus pada kebutuhan individual pasien. Sebuah diagnosis keperawatan dapat berupa masalah kesehatan yang bersifat aktual yang secara klinis jelas dan potensial dimana factor-faktor resiko dapat mengancam kesehatan pasien secara umum (Dinarti *dkk.*, 2013).

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses keidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Metode penulisan diagnosis ini dilakukan pada diagnosis aktual terdiri atas masalah, penyebab dan tanda atau gejala. Diagnosis keperawatan yang ditegaskan dalam asuhan keperawatan pada post operasi laparatomi adalah hipotermia yang merupakan suatu keadaan suhu tubuh dibawah rentang normal, dengan faktor penyebab yaitu suhu ruangan yang rendah (PPNI, 2018a).

3. Intervensi keperawatan

Proses perencanaan meliputi perumusan tujuan dan menentukan intervensi-intervensi yang tepat. Proses ini dimulai dengan membuat daftar semua masalah pasien dan mencari masukan dari pasien atau keluarganya tentang penentuan tujuan akhir yang dapat diterima dan dapat dicapai secara rasional. Pernyataan tujuan akhir harus dinyatakan dalam bentuk pernyataan yang dapat

diukur, yang secara objektif menunjukkan perkembangan terhadap pemecahan masalah yang ditemukan (Dinarti, *dkk.*, 2013).

a. Tujuan dan kriteria hasil

Tujuan dan kriteria hasil dari diagnosa keperawatan hipotermia dengan mengambil luaran keperawatan termoregulasi menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2018c) adalah :

- 1) Menggigil menurun (menggigil atau gemetaran pada pasien tidak terlalu keras)
- 2) Pucat menurun (warna bibir dan wajah tidak pucat)
- 3) Suhu tubuh membaik ($36,5^{\circ}\text{c}$ - $37,5^{\circ}\text{c}$)

b. Intervensi

Intervensi yang dapat dirumuskan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia menurut (PPNI, 2018b) yaitu :

Manajemen Hipotermia

1) Observasi:

- a. Monitor suhu tubuh
- b. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- c. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (mis. *Hipotermia ringan*, takipnea, disartria, menggigil, hipertensi, diuresis; *Hipotermia sedang*: aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, reflex menurun; *hipotermia berat*: oliguria, reflex menghilang, edema paru, asam-basa abnormal)

2) Terapeutik:

- a) Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan)
 - b) Ganti pakaian dan/linen yang basah
 - c) Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut menutup kepala, pakaian tebal)
 - d) Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis, selimut hangat)
 - e) Lakukan penghangatan aktif internal (mis. Infus cairan hangat)
- 3) Edukasi:
- a) Anjurkan makan/minum hangat

4. Implementasi keperawatan

Pada tahap ini, perawat harus melakukan tindakan keperawatan yang ada dalam rencana keperawatan. Tindakan dan respon pasien tersebut langsung dicatat dalam format tindakan keperawatan. Dalam format implementasi keperawatan yang harus didokumentasikan adalah tanggal dilakukannya tindakan, waktu, nomor diagnosis, implementasi dan respon, paraf dan nama terang perawat (Dinarti, *dkk.*, 2013). Adapun implementasi yang dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan yaitu:

- a. Memoonitor suhu tubuh
- b. Mengidentifikasi penyebab hipotermia
- c. Memonitor tanda dan gejala akibat hipotermia
- d. Menyediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, inkobator
- e. Mengganti pakaian dan/linen yang basah
- f. Melakukan penghangatan pasif (mis. Selimut menutup kepala, pakaian tebal)
- g. Melakukan penghangatan aktif eksternal (mis. selimut hangat)
- h. Lakukan penghangatan aktif internal (mis. Infus cairan hangat)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosis keperawatan meliputi data subjektif (S), data objektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini juga disebut evaluasi proses. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi formatif atau pernyataan formatif atau biasa juga dikenal sebagai evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan dan yang kedua yaitu intervensi sumatif atau evaluasi hasil, yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diinginkan (Dinarti, *dkk.*, 2013). Adapun hasil yang diharapkan yaitu:

- a. Menggigil menurun (menggigil atau gemetaran pada pasien tidak terlalu keras)
- b. Pucat menurun (warna bibir dan wajah tidak pucat)
- c. Suhu tubuh membaik ($36,5^{\circ}\text{c}$ - $37,5^{\circ}\text{c}$).