

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Pengertian Apendisitis

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau dilumbal cacing (apendiks) infeksi ini bisa mengakibatkan pembedahan bila infeksi bertambah parah usus buntu itu bisa pecah. Usus buntu awal usus besar atau sekum (cekum) usus buntu biasanya sekitar kelingking tangan dan terletak di perut kanan bawah, struktur seperti bagian usus lainnya namun lendirnya banyak mengandung kelenjar, yang senantiasa mengeluarkan lendir. (Nanda, 2012)

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

Usus buntu dalam bahasa latin disebut sebagai appendix vermiformis. Apendiks terletak di ujung sakrum kira-kira 2 cm di bawah anterior ileo sekum, bermuara di bagian posterior dan medial dari sekum. Pada pertemuan ketiga taenia yaitu: taenia anterior, medial dan posterior. Secara klinik appendiks terletak pada daerah Mc. Burney yaitu daerah 1/3 tengah garis yang menghubungkan sisi kanan dengan pusat. Posisi appendiks berada pada laterosekal yaitu di lateral kolon ascendens. Di daerah inguinal membelok ke arah di dinding abdomen (Harnawati, 2008). Walaupun lokasi appendiks selalu tetap, lokasi ujung umbi cacing bisa berbed bisa di retrocaecal atau di pinggang (pelvis) yang jelas tetap terletak di peritoneum.

Ukuran panjang apendiks rata-rata 6 – 9 cm. Lebar 0,3 – 0,7 cm. Isi 0,1 cc, cairan bersifat basa mengandung amilase dan musin. Pada kasus apendisitis, apendiks dapat terletak intraperitoneal atau retroperitoneal. Apendiks disarafi oleh saraf parasimpatis (berasal dari cabang nervus vagus) dan simpatis (berasal dari nervus thorakalis X). Hal ini mengakibatkan nyeri pada apendisitis berawal dari sekitar umbilicus (Nasution,2010).

Saat ini diketahui bahwa fungsi apendiks adalah sebagai organ imunologik dan secara aktif berperan dalam sekresi immunoglobulin (suatu kekebalan tubuh) dimana memiliki/berisi kelenjar limfoid. Apendiks menghasilkan suatu immunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue), yaitu Ig A. Immunoglobulin ini sangat efektif sebagai perlindungan terhadap infeksi, tetapi jumlah Ig A yang dihasilkan oleh apendiks sangat sedikit bila dibandingkan dengan jumlah Ig A yang dihasilkan oleh organ saluran cerna yang lain. Jadi pengangkatan apendiks tidak akan mempengaruhi sistem imun tubuh, khususnya saluran cerna (Nasution,2010).

2.1.3 Etiologi

Apendisitis, penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dari rongga abdomen, adalah penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat. Kira-kira 7 % dari populasi dan mengalami apendiksitis pada waktu yang bersamaan dalam hidup mereka , pria lebih sering dipengaruhi dari pada wanita, dan remaja lebih sering pada orang dewasa. Meskipun ini dapat terjadi pada usia berapapun, apendiks paling sering terjadi antara usia 10 dan 30 tahun, biasanya disebabkan lumen apendiks oleh hyperplasia folikel limfoid, benda asing striktur

karena fibrosis peradangan sebelumnya atau neoplasma. (Brunner dan Sudarth,2002)

2.1.4 Patofisiologi Apendisitis

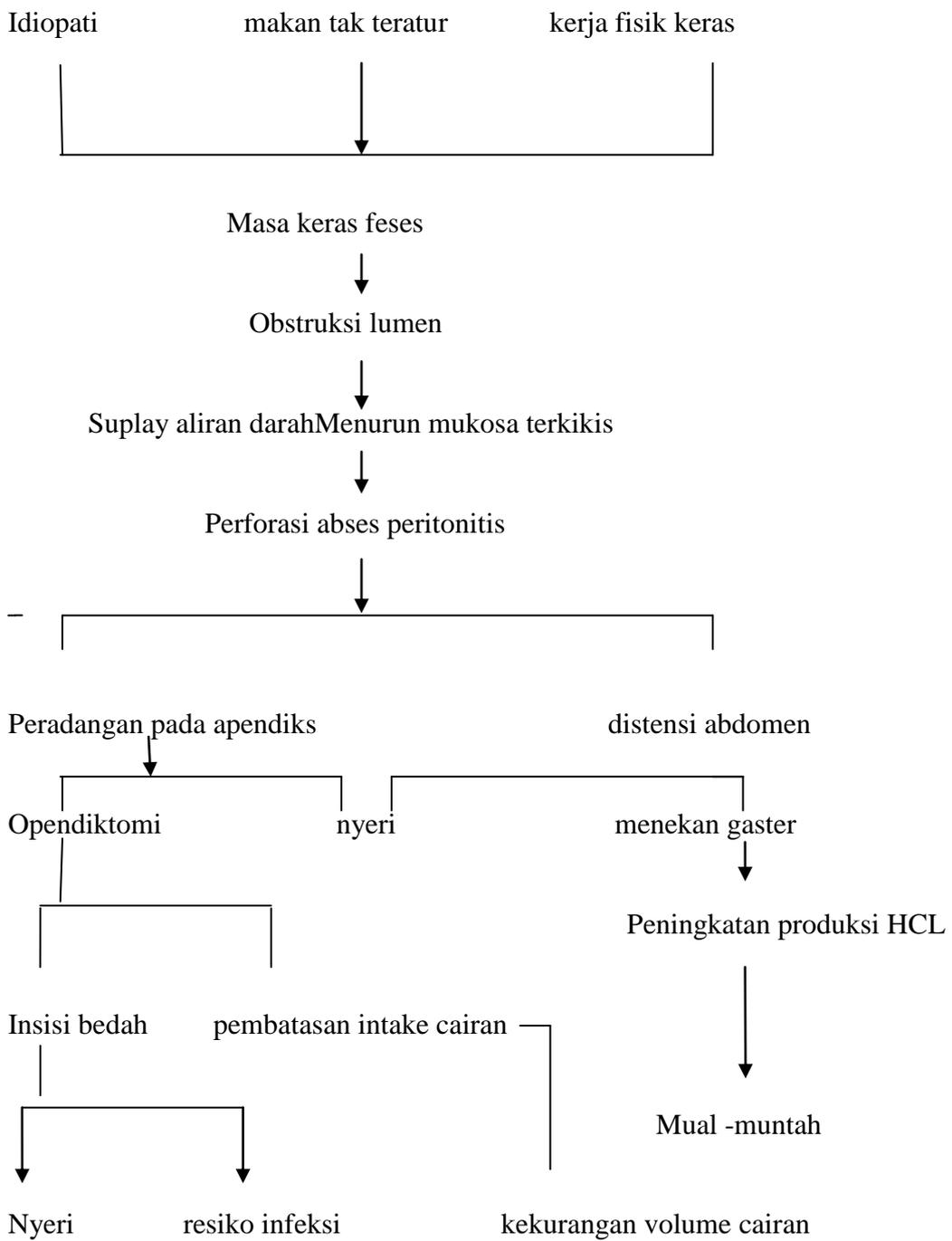
Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma.

Obstruksi tersebut menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium.

Bila sekresi mucus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut. Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangrene. Stadium ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapu itu pecah, akan terjadi apendisitis perforasi. Bila semua proses di atas berjalan lambat, usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrate apendikularis. Peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang.

Peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang. Pada anak-anak, karena omentum lebih pendek dan apendiks lebih panjang, dinding apendiks lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang memudahkan terjadinya perforasi. Sedangkan pada orang tua perforasi mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah.

WOC



(NANDA ,2012)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Nyeri kuadran bawah terasa dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah, dan hilangnya nafsu makan. Nyeri tekan local pada titik **McBurney** bila dilakukan tekanan. Nyeri tekan lepas (hasil atau intensifikasi dari nyeri bila tekanan dilepaskan) mungkin dijumpai. Derajat nyeri tekan, spasme otot, dan apakah terdapat konstipasi atau diare tidak bergantung pada beratnya infeksi dan lokasi apendiks. Bila apendiks melingkar dibelakang sekum nyeri dan nyeri tekan dapat terasa didaerah lumbar; bila ujungnya ada pada pelvis, tanda-tanda ini dapat diketahui hanya pada pemeriksaan rektal. Nyeri pada defikasi menunjukkan ujung apendiks berada dekat rectum; nyeri saat berkemih menunjukkan bahwa ujung apendiks dekat dengan kandung kemih atau ureter. Adanya kekakuan pada bagian bawah otot rektum kanan dapat terjadi.

Tanda rovsing dapat timbul dengan melakukan palpasi kuadran bawah kiri, yang secara paradoksial menyebabkan nyeri yang terasa di kuadran kanan bawah. Apabila apendiks telah ruptur, nyeri menjadi lebih menyebar; distensi abdomen terjadi akibat ileus paralitik dan kondisi pasien memburuk.

Pada pasien lansia, tanda dan gejala apendisitis dapat sangat bervariasi. Tanda-tanda tersebut sangat meragukan, menunjukkan obstruksi usus atau proses penyakit lainnya. Pasien mungkin tidak mengalami gejala sampai ia mengalami ruptur apendiks. Insidens perforasi pada apendiks lebih tinggi pada lansia karena banyak dari pasien-pasien ini mencari bantuan perawatan kesehatan tidak secepat pasien yang lebih muda.

2.1.6 Evaluasi Diagnostik.

Diagnosa didasarkan pada pemeriksaan fisik lengkap dan tes laboratorium dan sinar-x. Hitung darah lengkap dilakukan dan akan menunjukkan peningkatan jumlah darah putih. Jumlah leukosit mungkin lebih dari 10.000/mm³ dan pemeriksaan ultrasound dapat menunjukkan densitas kuadran kanan bawah atau kadar aliran udara lokalisasi.

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi utama apendisitis adalah perforasi apendiks yang dapat berkembang menjadi peritonitis atau abses insidens. Perforasi adalah 10% sampai 32%. Insidens lebih tinggi pada anak-anak kecil dan lansia. Perforasi secara umum terjadi 24 jam setelah awitan nyeri. Gejala mencakup demam dengan suhu 37,7° c atau lebih tinggi, penampilan toksik, dan nyeri atau nyeri tekan abdomen yang kontinu.

2.1.8 Penatalaksanaan

Pembedahan diidentifikasi bila diagnosa apendiks telah ditegakkan. Antibiotic dan cairan IV diberikan sampai pembedahan dilakukan. Analgesik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan. Apendektomi (pembedahan untuk mengangkat apendiks) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi. Apendektomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum atau spinal dengan insisi abdomen bawah atau dengan laparoskopi, yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif.

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis mengacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan, yaitu :

1.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi (Nikmatur, 2012).

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Nikmatur, 2012).

2.2.3 Perencanaan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012).

2.2.4 Pelaksanaan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012).

2.2.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012).

2.2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan metode yang digunakan untuk memecahkan masalah dalam upaya memperbaiki atau memelihara pasien sampai ke tahap optimal melalui suatu pendekatan yang sistematis untuk mengenal pasien demi memenuhi kebutuhannya.

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya.

Bentuk asuhan keperawatan ini sendiri merupakan suatu proses dalam praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik keperawatan

dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan. Praktek keperawatan juga merupakan tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan pasien dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggungjawabnya.

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Post Operasi Apendisititis

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

Meliputi nama, jenis kelamin, pendidikan , agama, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, alamat, suku, dan bangsa yang digunakan, nomor registrasi diagnosa medis.

2). Keluhan Utama

Keluhan utama yang di rasakan pasien adalah nyeri pada abdomen kanan bawah.

3). Riwayat Penyakit Sekarang

Bagaimana serangan itu timbul, lokasi, kualitas dan faktor yang mempengaruhi atau memperberat keluhan sehingga dibawa ke rumah sakit.

4). Riwayat Penyakit Dahulu

Yang perlu di kaji, pasien menderita penyakit apendiksitis sebelumnya dan penyakit yang pernah di derita oleh pasien.

5). Riwayat Penyakit Keluarga

Dalam pengkajian ini, dalam keluarga ada yang menderita penyakit apendiksitis atau tidak, ada penyakit menurun atau menular.

6). Pola Persepsi dan Fungsi

a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Dalam hal ini yang perlu dikaji adalah tanggapan pasien mengenai kesehatan, dan kalau sakit dibawa kemana, pemakaian obat-obatan dari toko atau apotek sesuai dengan resep dokter, adakah perubahan penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan sehingga dapat menimbulkan masalah perawatan diri.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Sesudah operasi biasanya pasien mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi karena merasa mual dan muntah.

c. Pola aktivitas

Rasa nyeri sesudah operasi menyebabkan pasien membatasi gerakannya agar tidak menambah rasa sakit.

d. Pola tidur dan istirahat

Sesudah dilakukan tindakan operasi pasien akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan tidur karena rasa nyeri yang timbul dan karena ketakutan atau khawatir dan cemas mengenai penyakitnya dan kegagalan operasi.

e. Pola persepsi dan kognitif

Dalam hal ini seberapa jauh pasien mengetahui penyakitnya dan kesehatannya.

f. Pola persepsi diri

Biasanya pasien cemas, takut, dan khawatir dengan apa yang akan dijalani dan keberhasilan dari operasi itu.

g. Pola penanggulangan stress

Bagaimana pasien mengatasi suatu masalah yang dihadapinya dan dengan bantuan siapa saja pasien mengatasi masalah yang sedang diatasi tersebut.

h. Pola eliminasi miksi dan defakasi

Sesudah operasi pasien dengan apendisitis tidak mengalami gangguan buang air kecil tetapi buang air besar biasanya mengalami konstipasi atau tidak dapat flatus.

i. Pola reproduksi dan seksual

Dalam pengkajian ini apakah pasien sudah menikah, anaknya berapa dan anak keberapa dari jumlah yang ada.

j. Pola hubungan dan peran

Pengkajian meliputi status pasien di rumah sebagai apa dan kalau sakit bagaimana perannya. Dan bagaimana hubungannya dengan tetangga baik di rumah maupun di rumah sakit.

k. Pola keyakinan diri

Dalam hal ini apakah pasien sudah menjalankan ibadahnya dengan baik dan bagaimana ibadahnya saat mengalami sakit.

7). Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Biasanya pasien mengeluh nyeri perut kanan bawah, pasien gelisah dan cemas.

b. Kepala dan Leher

Kepala :

Kesimetrisan muka dan tengkorak, warna dan distribusi rambut kulit kepala, keadaan rambut dan kulit kepala bersih, tidak ada pembengkakan atau benjolan.

Leher :

Tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tiroid, tidak ada struma, tidak ada pembengkakan, dan tidak ada jaringan parut.

c. Mata

Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, selera tidak icterus.

d. Telinga, Hidung, Mulut, dan Tenggorokan

Telinga bentuk simetris, tidak terdapat serumen, tidak terdapat gangguan pendengaran.

Hidung tidak terdapat polip, tidak ada pembengkakan atau radang.

Mulut tidak stomatitis, tidak terdapat karies, bibir tidak sumbing.

Tenggorokan tidak terdapat faringitis, tidak bengkok.

e. Sistem Respirasi

Pernapasan pasien berapa kali dalam satu menit, apa ada retraksi otot-otot bantu pernafasan, adakah suara tambahan rounchi atau wheezing.

f. Sistem Genitourinaria

Pasien biasanya gangguan air kecil, tidak hematuri, tidak nyaei saat buang air kecil, tidak bengkak, tidak hemoroid, tidak terdapat jaringan abnormal/tumor, tidak retensi urine.

g. Gastrointestinal

Dalam hal ini yang perlu dikaji adalah penerimaan pasien, karena pasien mengalami mual, muntah, dan pada waktu buang air besar akan mengalami konstipasi, bising usus menurun. Dan juga didapatkan rangsangan peritoneum dengan pusat daerah Mc Burney pada abdomen lain Rebound phenomen, Rovsing sign, Psoas sign, Obturator sign.

h. Sistem Musculoskeletal

Adanya keterbatasan aktivitas akibat nyeri yang timbul dan tidak mengalami gangguan estemitasi atas maupun bawah.

i. Sistem Persarafan

a) Motorik

Pada pergerakan terjadi pengurangan aktivitas karena sakitnya (nyeri).

b) Sensorik

Pada penglihatan tidak terjadi penurunan tajam penglihatan.

8) Riwayat Psikologis

Dalam hal ini yang perlu dikaji adalah tanggapan pasien mengenai penyakitnya sesudah dilakukan operasi dan bagaimana hubungan

pasien dengan orang lain serta keyakinan dan semangat pasien untuk sembuh.

9) Data Penunjang

Data penunjang yang perlu diambil adalah jumlah dari leukosit dan terapinya, data ini nantinya akan memperkuat suatu diagnose.

2. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. (Nanda, 2012)

- 1). Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.
- 2). Potensial terjadinya infeksi berhubungan dengan invasi kuman pada luka operasi.
- 3). Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan pasien tentang prosedur tindakan post operasi.
- 4). Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi atau cairan berhubungan dengan peristaltic usus belum sempurna.
- 5). Keterbatasan aktifitas berhubungan dengan luka adanya post operasi.

2.3.3 Perencanaan

Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan yang meliputi tujuan perawatan, penetapan, pemecahan masalah, dan menentukan tujuan perencanaan untuk mengatasi masalah pasien.

Diagnosa Keperawatan 1

Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan yang ditandai dengan adanya luka operasi pada perut kanan bawah, sulit tidur, tidak berani mengubah posisi.

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan harapkan rasa nyaman meningkat sehingga nyeri berkurang atau hilang.

Kriteria Hasil

Menyatakan nyeri hilang, menunjukkan tindakan santai, mampu berpartisipasi dalam aktivitas / tidur / istirahat dengan tepat, menunjukkan penggunaan keterampilan relaksasi dan aktivitas terapeutik sesuai indikasi untuk situasi individual.

Intervensi

- a). Observasi dan catat lokasi nyeri, intensitas, faktor penyebab nyeri bertambah dan reaksi pasien terhadap nyeri baik verbal maupun non verbal.
- b). Jelaskan pada pasien penyebab nyeri.
- c). Alihkan pada perhatian pasien pada hal-hal positif.
- d). Jelaskan dan beri contoh untuk melaksanakan relaksasi.
- e). Jelaskan tujuan mobilisasi dini dan pengaruhnya terhadap penyembuhan.
- f). Observasi tanda-tanda vital selama melakukan aktifitas.

g). Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik.

Rasional

- a) Nyeri karena pembedahan dapat terjadi setelah fase pergerakan, kembung dan muntah.
- b) Penjelasan yang adekuat akan membuat pasien kooperatif sehingga mampu beradaptasi dengan keadaannya.
- c) Dengan mengalihkan perhatian berarti membagi konsentrasi atau persepsi sehingga nyeri tidak terlalu dirasakan.
- d) Relaksasi akan mengurangi ketegangan otot dan nyeri.
- e) Dengan mengerti tujuan secara jelas akan mendorong pasien kooperatif terhadap tindakan.
- f) Deteksi dini terhadap kelainan yang akan terjadi.
- g) Sebagai deteksi untuk program selanjutnya.
- h) Melaksanakan fungsi dependen perawat.

Diagnosa Keperawatan 2

Potensial terjadinya infeksi berhubungan dengan infasi kuman pada luka operasi.

Tujuan

Selama dalam perawatan tidak didapatkan tanda infeksi sampai pasien pulang dengan kriteria : tidak didapatkan tanda infeksi seperti rubor, color, calor, dolor, dan fungsio laesa.

Intervensi

- a) Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan.
- b) Monitor tanda-tanda vital catat kenaikan suhu tubuh.
- c) Periksa keadaan luka, penyembuhan, adanya perasaan nyeri.

- d) Rawat luka dengan teknik aseptik dan anti perban luka setiap hari.
- e) Penggunaan alat untuk satu pasien dan kebersihan individu serta lingkungan diperhatikan.
- f) Jelaskan secara sederhana tentang tanda infeksi.

Rasional

- a) Untuk mencegah infeksi nosokomial.
- b) Kenaikan suhu tubuh menandakan tanda-tanda infeksi.
- c) Perkembangan infeksi akan memperlambat penyembuhan.
- d) Melindungi pasien dari kontaminasi kuman, daerah yang basah merupakan media perkembangan kuman.
- e) Mengurangi infeksi nosokomial
- f) Melibatkan pasien dalam usaha deteksi dini terhadap infeksi.

Diagnosa Keperawatan 3

Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan pasien tentang prosedur tindakan post operasi yang ditandai dengan pasien mengungkapkan masalahnya, ekspresi wajah cemas, waktu bicara meremas-remas tangan.

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan secara verbal pasien mengetahui tentang penyakitnya dengan kriteria :

- a) memahami prosedur dan tindakan yang dilakukan.
- b) berpartisipasi dalam pengobatan.

Intervensi

- a) Jelaskan secara sederhana tentang proses penyembuhan penyakitnya.
- b) Diskusikan hal yang berhubungan dengan proses penyembuhan.

- c) Aktivitas sejak dini sesuai dengan perkembangan yang diperbolehkan dan seimbang dengan waktu istirahat.
- d) Jelaskan tindakan keperawatan yang akan diberikan.

Rasional

- a) Dengan penjelasan, pasien akan memahami tentang penyembuhan penyakitnya, sehingga dapat menerima dan beradaptasi dengan baik.
- b) Memberikan pengertian tentang proses penyembuhan dan kembalinya fungsi
- c) Mencegah komplikasi, pencernaan.melancarkan sirkulasi darah dan menormalkan fungsi organ untuk mempercepat penyembuhan.
- d) Dengan penjelasan yang benar akan menambah keyakinan pasien.

Diagnosa Keperawatan 4

Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi/cairan berhubungan dengan peristaltik usus belum sempurna yang ditandai dengan penurunan nafsu makan, mual, muntah, puasa, bising usus lemah, rasa haus dan bibir kering.

Tujuan

Kebutuhan nutrisi tercapai dengan kriteria :

- a) berat badan tetap normal.
- b) turgor kulit baik.
- c) bibir tidak kering.
- d) pasien tidak merasa kehausan.

Intervensi

- a) Kolaborasi dengan tim medis kapan pasien boleh makan dan minum.
- b) Kaji kembali faktor yang dapat mempengaruhi pasien untuk penyerapan sari makanan seperti muntah.

- c) Palpasi abdomen, auskultasi perut, observasi adanya flatus.
- d) Atur dan monitor cairan infuse, catat input/output.
- e) Identifikasi kebiasaan makan pasien dan diskusikan bersama pasien alternative yang akan diambil.
- f) Konsultasikan dengan ahli gizi/ tim kesehatan lain tentang makanan pasien sesuai dengan prosedur.

Rasional

- a) Kurangnya intake makanan menyebabkan terjadinya gangguan keseimbangan cairan.
- b) Menentukan tindakan yang tepat/sesuai.
- c) Menentukan peristaltic usus 5-15x per menit.
- d) Meningkatkan kooperatif pasien dan keluarga.
- e) Evaluasi dan menetapkan kebutuhan makanan.

Diagnosa keperawatan 5

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan adanya luka post operasi yang ditandai dengan pasien tampak menyeringai kesakitan pada saat merubah posisi.

Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien dapat melakukan aktivitas sesuai dengan yang dianjurkan dengan kriteria :

- a) Pasien mampu mobilisasi dini.
- b) Wajah tidak menyeringai.

Intervensi

- a) Jelaskan tujuan mobilisasi dini dan pengaruhnya terhadap penyembuhan.
- b) Ajarkan pasien untuk melakukan mobilisasi dan aktivitas sesuai anjuran.

- c) Bentuk pasien untuk melakukan mobilisasi 2 jam sekali sesuai program.
- d) Observasi tanda-tanda vital selama program selanjutnya.melakukan aktivitas.
- e) Pantau sejauh mana pasien bisa melakukan aktivitas.

Rasional

- a) Pasien lebih kooperatif terhadap perawatan.
- b) Melakukan aktivitas yang sesuai dapat mempercepat penyembuhan.
- c) Menambah keyakinan pasien sehingga aktif melakukannya secara mandiri.
- d) Deteksi dini terhadap kelainan yang mungkin terjadi.
- e) Sebagai deteksi untuk program selanjutnya.

2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah di rencanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk kesehatan yang lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama seperti dokter atau petugas kesehatan lain.(Mitayani,2011)

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (nikmatur,2012).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Merupakan hasil perkembangan ibu dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai (Mitayani, 2011). Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan

tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012).