

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Apendiksitis Akut

2.1.1 Pengertian

Apendiksitis adalah salah satu penyakit saluran pencernaan yang paling umum ditemukan dan yang paling sering memberikan keluhan abdomen yang akut (Wijaya, 2013).

Apendiksitis akut adalah nyeri atau rasa tidak enak di sekitar umbilicus berlangsung antara 1 sampai 2 hari. Dalam beberapa jam nyeri bergeser ke kuadran kanan bawah dengan disertai mual, anoreksia, dan muntah. (Lindseth, 2006).

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Embriologi appendiks berhubungan dengan caecum, tumbuh dari ujung inferiornya. Tonjolan appendiks pada neonatus berbentuk kerucut yang menonjol pada apek caecum sepanjang 4,5 cm. Pada orang dewasa panjang appendiks rata-rata 9 – 10 cm, terletak posteromedial caecum kira-kira 3 cm inferior valvula ileosekalis. Posisi appendiks bisa retrosekal, retroileal, subileal atau dipelvis, memberikan gambaran klinis yang tidak sama. Persarafan para simpatis berasal dari cabang nervus vagus yang mengikuti arteri mesenterika superior dari arteri appendikularis, sedangkan persarafan simpatis berasal dari nervus torakalis x, karena itu nyeri viseral pada appendiks bermula sekitar umbilikus. Perdarahan pada appendiks berasal dari arteri appendikularis yang merupakan arteri tanpa kolateral. Jika

arteri ini tersumbat, misalnya trombosis pada infeksi maka appendiks akan mengalami gangrene.

Appendiks menghasilkan lendir 1 – 2 ml perhari yang bersifat basa mengandung amilase, erepsin dan musin. Lendir itu secara normal dicurahkan ke dalam bumen dan selanjutnya mengalir ke caecum. Hambatan aliran lendir di muara appendiks berperan pada patofisiologi appendiks. Imunoglobulin sekretor yang dihasilkan oleh GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue) yang terdapat disepanjang saluran cerna termasuk appendiks, ialah Ig A. Imunglobulin itu sangat efektif sebagai perlindungan terhadap infeksi tapi pengangkatan appendiks tidak mempengaruhi sistem Imunoglobulin tubuh sebab jaringan limfe kecil sekali jika dibandingkan dengan jumlah disaluran cerna dan seluruh tubuh (Wijaya, 2012).

2.1.3 Etiologi

Apendiksitis akut dapat disebabkan oleh beberapa sebab terjadinya proses radang bakteri yang dicetuskan oleh beberapa faktor yang mempermudah terjadinya radang apendiks, diantaranya:

1. Faktor Sumbatan

Faktor obstruksi merupakan faktor terpenting terjadinya apendiksitis (90%) yang diikuti oleh infeksi. Sekitar 60% obstruksi disebabkan oleh hiperplasia jaringan lymphoid sub mukosa, 35% karena stasis fekal, 4% karena benda asing dan sebab lainnya 1% diantaranya sumbatan oleh parasit dan cacing.

2. Faktor Bakteri

Infeksi enterogen merupakan faktor pathogenesis primer pada apendiksitis akut. Adanya fekolith dalam lumen apendiks yang telah terinfeksi memperburuk dan memperberat infeksi, karena terjadi peningkatan stagnasi feses dalam lumen apendiks.

3. Kecenderungan Familiar

Hal ini dihubungkan dengan terdapatnya malformasi yang hereditas dari organ, apendiks yang terlalu panjang, vaskularisasi yang tidak baik dan letaknya yang mudah terjadi apendiksitis.

4. Faktor Ras dan Diet

Faktor ras berhubungan dengan kebiasaan dan pola makanan sehari-hari. Bangsa kulit putih yang dulunya makan rendah serat mempunyai resiko lebih tinggi dari Negara pola makannya banyak serat. Namun saat sekarang, terjadinya terbalik. Bangsa kulit putih telah merubah pola makan mereka ke pola makan tinggi serat. Justru negara berkembang yang dulunya memiliki tinggi serat kini beralih ke pola makan rendah serat, memiliki resiko apendiksitis yang lebih tinggi.

5. Faktor infeksi saluran pernafasan

Setelah mendapat penyakit saluran pernafasan akut terutama epidemi influenza dan pneumonitis, jumlah kasus apendiksitis ini meningkat. Tapi harus hati-hati karena penyakit infeksi saluran pernafasan dapat menimbulkan seperti gejala permulaan apendiksitis (Haryono, 2012).

2.1.4 Patofisiologi

Penyebab utama appendisitis adalah obstruksi penyumbatan yang dapat disebabkan oleh hiperplasia dari folikel limfoid merupakan penyebab terbanyak, adanya fekalit dalam lumen appendiks. Adanya benda asing seperti cacing, stiktura karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, sebab lain misalnya keganasan (karsinoma karsinoid).

Obstruksi appendiks itu menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa terbungkus, makin lama mukus yang terbungkus makin banyak dan menekan dinding appendiks oedem serta merangsang tunika serosa dan peritonium viseral. Oleh karena itu persarafan appendiks sama dengan usus yaitu torakal X maka rangsangan itu dirasakan sebagai rasa sakit disekitar umblikus.

Mukus yang terkumpul itu lalu terinfeksi oleh bakteri menjadi nanah, kemudian timbul gangguan aliran vena, sedangkan arteri belum terganggu, peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritonium parietal setempat, sehingga menimbulkan rasa sakit dikanan bawah, keadaan ini disebut dengan appendisitis supuratif akut.

Bila kemudian aliran arteri terganggu maka timbul alergen dan ini disebut dengan appendisitis gangrenosa. Bila dinding appendiks yang telah akut itu pecah, dinamakan appendisitis perforasi. Bila omentum usus yang berdekatan dapat mengelilingi appendiks yang meradang atau perforasi akan timbul suatu masa lokal, keadaan ini disebut sebagai appendisitis abses. Pada anak – anak karena omentum masih pendek dan tipis, appendiks yang relatif lebih panjang, dinding appendiks yang lebih tipis dan daya tahan

tubuh yang masih kurang, demikian juga pada orang tua karena telah ada gangguan pembuluh darah, maka perforasi terjadi lebih cepat. Bila appendisitis infiltrat ini menyembuh dan kemudian gejalanya hilang timbul dikemudian hari maka terjadi appendisitis kronis (Manjoer, 2003).

2.1.5 Pemeriksaan

a. Pemeriksaan Fisik

1. Status Kesehatan umum

Kesadaran biasanya kompos mentis, ekspresi wajah menahan sakit tanpa sakit ada tidaknya kelemahan.

2. Integumen

Ada tidaknya oedem, sianosis, pucat, pemerahan luka pembedahan pada abdomen sebelah kanan bawah .

3. Kepala dan Leher

Ekspresi wajah kesakitan pada konjungtiva lihat apakah ada warna pucat.

4. Torax dan Paru

Apakah bentuknya simetris, ada tidaknya sumbatan jalan nafas, gerakan cuping hidung maupun alat Bantu nafas frekwensi pernafasan biasanya normal (16 – 20 kali permenit).Apakah ada ronchi, whezing, stridor.

5. Abdomen

Pada post operasi biasanya sering terjadi ada tidaknya pristaltik pada usus ditandai dengan distensi abdomen, tidak flatus dan mual, apakah bisa kencing spontan atau retensi urine, distensi supra pubis,

periksa apakah produksi urine cukup, keadaan urine apakah jernih, keruh atau hematuri jika dipasang kateter periksa apakah mengalir lancar, tidak ada pembuntuan serta terfiksasi dengan baik.

6. Ekstremitas

Apakah ada keterbatasan dalam aktivitas karena adanya nyeri yang hebat, juga apakah ada kelumpuhan atau kekakuan.

2.1.6 Manifestasi klinik:

Tanda awal : nyeri mulai di epigastrium/region umbilikus disertai mual dan anoreksia.

- a. Nyeri pindah ke kanan bawah (yang akan menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk) dan menunjukkan tanda rangsangan peritoneum lokal : nyeri tekan, nyeri lepas.
- b. Nyeri pada kuadran kanan bawah saat kuadran kiri bawah ditekan.
- c. Nyeri kanan bawah bila tekanan disebelah kiri dilepas.
- d. Nyeri kanan bawah bila peritoneum bergerak seperti napas dalam, berjalan, batuk, mencedan.
- e. Nafsu makan menurun
- f. Demam yang tidak terlalu tinggi.
- g. Biasanya terdapat konstipasi, tapi kadang-kadang terjadi diare.

(Wijaya, 2012).

2.1.7 Komplikasi

1. Abses

Abses merupakan peradangan appendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mula-mula

berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi bila appendiks gangrene atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum.

2. Perforasi

Insiden perforasi 10-23%, rata-rata 20%, paling sering terjadi pada usia muda sekali atau terlalu tua, perforasi timbul 93% pada anak-anak di bawah 2 tahun antara 40-75% kasus usia di atas 60 tahun ke atas. Perforasi jarang timbul dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi insiden meningkat tajam sesudah 24 jam.

3. Peritonitis

adalah trombofobitis septik pada sistem vena porta ditandai dengan panas tinggi, menggigil dan ikterus.

- a. Tromboflebitis supuratif dari sistem portal, jarang terjadi tetapi merupakan komplikasi yang letal
- b. Abses subfrenikus dan fokal sepsis intraabdominal lain.
- c. Obstruksi intestinal juga dapat terjadi akibat perlengketan (Wijaya, 2012)

2.1.8 Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan pasien dengan apendiksiti akut meliputi terapi medis dan terapi bedah. Terapi medis terutama diberikan pada pasien yang tidak mempunyai akses ke pelayanan bedah, dimana pada pasien diberikan antibiotik. Namun sebuah penelitian prospektif menemukan bahwa dapat terjadi apendikitis rekuren dalam beberapa bulan kemudian pada pasien

yang diberi terapi medis saja. Selain itu terapi medis juga berguna pada pasien apendiksitis yang mempunyai resiko operasi yang tinggi.

Penatalaksanaan apekdiksitis

1. Sebelum operasi

a. Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendiksitis seringkali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilakukan, pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan, laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai apeniksitis ataupun peritonitis lainnya, pemeriksaan abdomen dan rectal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodic, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

b. Antibiotik

Apendiksitis tanpa komplikasi biasanya tidak perlu diberikan antibiotic, kecuali apendiksitis ganggrenosa atau apendiksitis perforasi. Penundaan tindakan bedah sambil memberikan antibiotic dapat mengakibatkan abses atau perforasi.

1. Operasi

a. apendektomi

b. apendiks dibuang, jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika.

c. Abses apendik diobati dengan antibiotika IV, biasanya mungkin mengecil, atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari.

d. Pasca Operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernapasan, angkat sonde lambung bila pasien sudah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah, baringkan pasien dalam posisi fowler. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu pasien dipuaskan, bila tindakan operasinya lebih besar, misalnya pada perforasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2 x 30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk di luar kamar. Hari ke tujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperoleh pulang. (Haryono, 2012).

2.1.9 Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

Terdiri dari pemeriksaan darah lengkap dan c-reactive protein

2. Radiologi

Pemeriksaan radiology akan sangat berguna pada kasus atipikal.

Pada 55% kasus apendiksitis stadium awal akan ditemukan gambaran foto polos abdomen yang abnormal, gambaran yang

lebih spesifik adanya masa jaringan lunak diperut kanan bawah dan mengandung gelembung-gelembung udara.

3. Pemeriksaan Penunjang Lainnya
 - a. Pada copy fluorossekum dan ileum terminasi tampak irritable.
 - b. Pemeriksaan colok dubur: menyebabkan nyeri bila di daerah infeksi, bila dicapai dengan jari telunjuk.
 - c. Uji psoas dan uji obturator

2.1.10 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada penderita apendiksitis akut meliputi penanggulangan konservatif dan operasi.

1. Penanggulangan konservatif

Penanggulangan konservatif terutama diberikan pada penderita yang tidak mempunyai akses ke pelayanan bedah berupa pemberian antibiotik. Pemberian antibiotik berguna untuk mencegah infeksi.

2. Operasi

Bila diagnose sudah tepat dan jelas ditemukan apendiksitis akut maka tindakan yang dilakukan adalah operasi membuang apendiksitis (appendektomi).

3. Pencegahan tersier

Tujuan utama dari pencegahan tersier adlah mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat seperti komplikasi intra-abdomen.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 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 klien 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 sejauhmana 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 respon klien selama dan sesudah

pelaksanaan tindakan,sertamenilai data yang baru (Nikmatur, 2012).

2.2.5 Evaluasi

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

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan pada Apendiksitis Akut

2.3.1 Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, tanggal atau jam masuk rumah sakit, nomor register, diagnosa, nama orang tua, alamat, umur pendidikan, pekerjaan, pekerjaan orang tua, agama dan suku bangsa.

b. Riwayat penyakit sekarang

Klien dengan post appendiktomy mempunyai keluhan utama nyeri yang disebabkan insisi abdomen.

c. Riwayat penyakit dahulu

Meliputi penyakit apa yang pernah diderita oleh klien seperti hipertensi, operasi abdomen yang lalu, apakah klien pernah masuk rumah sakit, obat-obatan yang pernah digunakan apakah mempunyai riwayat alergi dan imunisasi apa yang pernah diderita.

d. Riwayat penyakit keluarga

Adalah keluarga yang pernah menderita penyakit diabetes mellitus, hipertensi, gangguan jiwa atau penyakit kronis lainnya upaya yang dilakukan dan bagaimana genogramnya .

e. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Adakah kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olah raga (lama frekwensinya), bagaimana status ekonomi keluarga kebiasaan merokok dalam mempengaruhi lamanya penyembuhan luka.

2. Pola Tidur dan Istirahat

Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien.

3. Pola aktifitas

Aktifitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri luka operasi, aktifitas biasanya terbatas karena harus bedrest berapa waktu lamanya setelah pembedahan.

4. Pola hubungan dan peran

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat.

penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

5. Pola sensorik dan kognitif

Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan, pearingan serta pendengaran, kemampuan berfikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu dan tempat.

6. Pola penanggulangan stress

Kebiasaan klien yang digunakan dalam mengatasi masalah.

7. Pola tata nilai dan kepercayaan

Bagaimana keyakinan klien pada agamanya dan bagaimana cara klien mendekati diri dengan Tuhan selama sakit.

f. Pemeriksaan Fisik

1. Status Kesehatan umum

Kesadaran biasanya kompos mentis, ekspresi wajah menahan sakit tanpa sakit ada tidaknya kelemahan.

2. Integumen

Ada tidaknya oedem, sianosis, pucat, pemerahan luka pembedahan pada abdomen sebelah kanan bawah.

3. Kepala dan Leher

Ekspresi wajah kesakitan pada konjungtiva lihat apakah ada warna pucat.

4. Torax dan Paru

Apakah bentuknya simetris, ada tidaknya sumbatan jalan nafas, gerakan cuping hidung maupun alat bantu nafas frekwensi pernafasan biasanya normal (16 – 20 kali permenit). Apakah ada ronchi, wheezing, stridor.

5. Abdomen

Pada post operasi biasanya sering terjadi ada tidaknya pristaltik pada usus ditandai dengan distensi abdomen, tidak flatus dan mual, apakah bisa kencing spontan atau retensi urine, distensi supra pubis, periksa apakah produksi urine cukup, keadaan urine apakah jernih, keruh atau hematuri jika dipasang kateter periksa apakah mengalir lancar, tidak ada pembuntuan serta terfiksasi dengan baik.

6. Ekstremitas

Apakah ada keterbatasan dalam aktivitas karena adanya nyeri yang hebat, juga apakah ada kelumpuhan atau kekakuan.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan.

Tahap akhir dari pengkajian adalah diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisa data yang diperoleh dari pengkajian data. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penderita post appendiksitis Akut :

1. Nyeri berhubungan dengan luka insisi post operasi
2. Resiko infeksi berhubungan dengan insisi post pembedahan
3. Kurang pengetahuan tentang kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya luka post operasi I bagian perut kanan bawah
5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi (nanda nic noc 2012)

2.3.3 Intervensi dan Rasional

a. Diagnosa Keperawatan 1

Nyeri berhubungan dengan luka insisi post operasi

a. Tujuan :

Nyeri berkurang dalam waktu kurang dari 24 jam

b. Kriteria Hasil:

Klien mengatakan nyeri berkurang, tidak takut melakukan mobilisasi, klien dapat istirahat dengan cukup.

Skala nyeri sedang.

c. Intervensi dan Rasional

- a. Kaji karakteristik nyeri
- b. Beri penjelasan pada klien tentang sebab dan akibat nyeri.
- c. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi.
- d. Bantu klien menentukan posisi yang nyaman bagi klien.
- e. Rawat luka secara teratur dan aseptik.
- f. Berikan he pada pasien
- g. Kolaborasi untuk pemberian analgesik

Rasional :

- a. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri
- b. Penjelasan yang benar membuat klien mengerti sehingga dapat diajak bekerja sama.
- c. Dapat mengurangi ketegangan atau mengalihkan perhatian klien agar dapat mengurangi rasa nyeri.

- d. Penderita sendiri yang merasakan posisi yang lebih menyenangkan sehingga mengurangi rasa nyeri.
- e. Perawatan luka yang teratur dan aseptik dapat menghindari sekecil mungkin invasi kuman pada luka operasi.
- f. Untuk menambah pengetahuan pasien dan keluarga serta agar pasien kooperatif terhadap tindakan yang akan dilakukan
- g. Analgesik dapat mengurangi rasa nyeri.

2. Diagnosa Keperawatan 2

Resiko infeksi berhubungan dengan insisi post pembedahan

a. Tujuan :

Infeksi pada luka operasi tidak terjadi

b. Kriteria Hasil :

Tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor-dubor) luka bersih dan kering

c. Intervensi dan Rasional

- a. Beri penjelasan pada klien tentang pentingnya perawatan luka dan tanda - tanda atau gejala infeksi.
- b. Rawat luka secara teratur dan aseptik.
- c. Jaga luka agar tetap bersih dan kering.
- d. Jaga kebersihan klien dan lingkungannya.
- e. Observasi tanda – tanda vital.
- f. Kolaborasi dengan dokter untuk antibiotik yang sesuai.

Rasional :

- a. Penderita akan mengerti pentingnya perawatan luka dan segera melapor bila ada tanda – tanda infeksi.
- b. Perawatan luka yang teratur dan aseptik dapat menghindari sekecil mungkin invasi kuman pada luka operasi.
- c. Media yang lembab dan basah merupakan media yang baik untuk pertumbuhan kuman.
- d. Mengetahui sedini mungkin tanda – tanda infeksi pada luka operasi.
- e. Mengetahui sedini mungkin tanda – tanda infeksi secepatnya mengatasi .

3. Diagnosa Keperawatan 3

Kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi.

a. Tujuan :

Klien akan memahami manfaat perawatan post operasi dan pengobatan

b. Kriteria Hasil :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pengetahuan bertambah

c. Intervensi dan Rasional :

- a. Menyatakan pemahaman proses penyakit dan pengobatan
- b. Berpartisipasi dalam program pengobatan

Rasional :

- a. Jelaskan pada klien tentang latihan-latihan yang akan digunakan setelah operasi
- b. Menganjurkan aktifitas yang progresif dan sabar menghadapi periode istirahat setelah operasi
- c. Diskusikan kebersihan insisi yang meliputi pergantian verband, pembatasan mandi.

4. Diagnos keperawatan 4

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan adanya luka post operasi di bagian perut kanan bawah

a. Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan mampu melakukan aktifitas sehari-hari

b. Kriteria hasil :

- 1) Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, rr.
- 2) Mampu melakukan aktifitas sehari-hari
- 3) Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan alat

c. Intervensi dan Rasional

- a. Observasi skala aktifitas klien
- b. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktifitas yang mampu dilakukan
- c. Anjurkan klien meminta tolong kepada keluarga atau perawat apabila klien membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhannya
- d. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang

- e. Kolaborasi dengan tim tenaga rehabilitasi medis dalam merencanakan program terapi yang tepat

Rasional:

- a. Untuk menentukan tingkat ketidakmampuan klien dalam beraktifitas
- b. Untuk menentukan aktifitas yang mampu dilakukan klien
- c. Memberikan bantuan sesuai dengan kebutuhan beraktifitasnya
- d. Jadwal latihan dibuat untuk mendisiplinkan pasien
- e. Terapi yang tepat akan mempercepat pemulihan

5. Diagnosa Keperawatan 5

Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi

a. Tujuan :

Dalam waktu 3x24jam kebutuhan tidur pasien terpenuhi

b. Kriteria hasil :

- 1) Supaya pasien dan keluarga kooperatif dalam pemberian tindakan keperawatan
- 2) Tidak terdapat lingkaran hitam di daerah mata
- 3) Pasien dapat tidur 8-9jam/hari
- 4) Pasien dapat tidur tanpa gangguan

c. Intervensi dan Rasional

- a. Ciptakan lingkungan yang nyaman
- b. Observasi TTV dan keadaan fisik pasien
- c. Beri informasi kepada pasien tentang pentingnya pola tidur yang normal 8-9jam/hari

- d. Tingkatkan kenyamanan tidur

Rasional:

- a. Menciptakan lingkungan yang tenang
- b. Agar mengetahui perkembangan pasien
- c. Membantu pemenuhan kebutuhan tidur pasien
- d. Agar mengurangi nyeri

2.3.4 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Nikmatur, 2012)

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan criteria 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)

S : data subyektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O : data obyektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A : analisis

Interpretasi dari data subyektif dan data obyektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datarnya dalam data subyektif dan obyektif.

P : planning

Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya

