**KARYA TULIS ILMIAH**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. F DENGAN ILEUS OBSTRUKSI PARSIAL DI RUANG RAWAT INAP BEDAH WANITA RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

**TAHUN 2017**



**OLEH :**

**ATIKA RAHAYU NINGSIH**

**NIM : 14103084015406**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**TAHUN 2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. F DENGAN ILEUS OBSTRUKSI PARSIAL DI RUANG RAWAT INAP BEDAH WANITA RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

**TAHUN 2017**

**LAPORAN STUDI KASUS**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan Pendidikan Prigram Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang**



**OLEH :**

**ATIKA RAHAYU NINGSIH**

**NIM : 14103084015406**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**TAHUN 2017**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang**

**Program Studi DIII Keperawatan**

**Karya Tulis Ilmiah, Juli 2017**

**ATIKA RAHAYU NINGSIH**

**14103084015406**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY. F DENGAN ILEUS OBSTRUKSI PARSIAL DI RUANG RAWAT INAP BEDAH WANITA RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI 2017**

V BAB+halaman 96+lampiran 3

**Abstrak**

Obstruksi usus adalah gangguan pada aliran normal atau suatu blok saluran usus yang menghambat pasase cairan, flatus dan makanan dapat secara mekanis atau fungsional yang segera memerlukan pertolongan atau tindakan. Insiden ileus obstruksi di RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017 dari bulan Januari sampai Juni jumlah kasus Ileus Obstruksi sebanyak 80 kasus. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien ileus obstruksi parsial. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Ny. F yaitu Klien mengatakan nyeri dirasakan disekitar abdomen, Klien mengatakan nyeri yang dirasakan klien seperti ditusuk-tusuk setiap ingin menggerakkan abdomennya, Klien mengatakan susah untuk tidur saat malam hari karena nyeri pada bagian abdomen, Klien mengatakan hanya tidur 4 jam dan sering terbangun karena sakit pada bagian perut, Klien mengatakan hidungnya terasa sakit karena terpasang NGT, Klien mengatakan keadaannya cemas karena terpasang infus di tangan kiri dan kanan, terpasang kateter, cemas dengan keadaannya sekarang ini karena takut penyakitnya tidak sembuh, Klien mengatakan selama dia masuk Rumah Sakit belum ada mandi, Klien mengatakan belum di izinkan ke kamar mandi karena keadaan yang belum memungkinkan. Hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Ny. F yaitu nyeri akut berhubungan dengan kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus, defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktifitas, ansietas berhubungan dengan status kesehatan. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Ileus obstruksi bisa menyerang semua kalangan masyarakat baik laki-laki maupun perempuan. Oleh karena itu disarankan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan asuhan keperawatan klien dengan ileus obstruksi parsial secara tepat dan benar.

**kata kunci : ileus obstruksi, flatus, ansietas**

**daftar pustaka : (2001-2015)**

***PRINTIS High School of Health Sciences***

***Diploma of nursing***

***Script Writing, July 2017***

***ATIKA RAHAYU NINGSIH***

***14103084015406***

***NURSING CARE IN CLIENT NY. F WITH ILEUS PARSIAL OBSTRUCTION IN THE INFANT ROOM WOMEN SURGERY RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI 2017***

***V CHAPTER + page 96 + attachment 3***

***Abstract***

*Intestinal obstruction is a disorder of the normal flow or a block of intestinal tract which inhibits fluid, flammable and food passages can be mechanically or functionally that require immediate relief or action. The incidence of obstructive ileus at Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Hospital in 2017 from January to June was 80 cases of Ileus Obstruction. The purpose of writing this report is to be able to perform nursing care on partial obstruction ileus clients. The results of case reports found data on Ny. F The client says the pain is felt around the abdomen, Client said the pain felt by the client as stabbed every want to move his abdomen, Client said difficult to sleep at night due to pain in the abdomen, Client said only sleep 4 hours and often woke up due to pain at Stomach, Client said his nose hurt because of installed NGT, Client said his condition is anxious because of infusion installed in left and right hand, mounted catheter, worried about his current situation for fear of his illness does not heal, Client said as long as he entered Hospital no bath, Clients say they have not been allowed into the bathroom because of the circumstances that have not been possible. The result of this study was obtained by nursing problem at Ny. F that is acute pain associated with secondary abdominal cramps to bowel wall distention, self-care deficit associated with activity intolerance, anxiety associated with health status. Based on the above nursing problem, the plan and conduct the nursing action and evaluation that refers to the objectives and criteria of the results. Ileus obstruction can attack all circles of society both men and women. It is therefore advisable to the institution of the hospital to perform client nursing care with partial and correct parental obstruction ileus.*

***Keywords : Nursing care, pain, self care deficit, anxiety***

***References : (2001-2015)***

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Ileus adalah gangguan/hambatan pasase isi usus yang merupakan tanda adanya osbtruksi usus akut yang segera membutuhkan pertolongan atau tindakan (Indrayani, 2013).

Ileus atau obstruksi usus adalah suatu gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran isi usus. Obstruksi usus dapat akut dengan kronik, partial atau total. Intetstinal obstruction terjadi ketika isi usus tidak dapat melewati saluran gastrointestinal (Nurarif & Kusuma,2015).

Ileus obstruktif adalah suatu penyumbatan mekanis pada usus dimana merupakan penyumbatan yang sama sekali menutup atau mengganggu jalannya isi usus (Sabara, 2007). Setiap tahunnya 1 dari 1000 penduduk dari segala usia didiagnosa ileus (Davidson, 2006).

Berdasarkan data statistik dibeberapa negara, salah satunya di Amerika Serikat, kasus ileus obstruktif diperkirakan memiliki insidensi sebesar 0,13%. Selain itu, laporan data dari Nepal tahun 2007 didapatkan jumlah penderita ileus obstruktif dan paralitik dari tahun 2005 -2006 adalah 1.053 kasus (5,32%), sedangkan data di Indonesia tahun 2004 tercatat sekitar 7.024 kasus ileus obstruktif yang dirawat inap.

Obstruksi usus sering ditemukan pada neonatus yakni sekitar 1 dari 1500 kelahiran hidup. Data dari Amerika Serikat diperkirakan 3000 dalam setahun bayi dilahirkan dengan disertai obstruksi usus. Di Indonesia jumlahnya tidak jauh berbeda dibandingkan dengan negara lain dan untuk seluruh dunia jumlahnya jauh melebihi 50.000 dalam setahun. Data dari rumah sakit di Cirebon tahun 2006 tercatat bahwa obstruksi usus merupakan peringkat ke 6 dari 10 penyebab kematian tertinggi pada anak usia 1 – 4 tahun dengan proporsi 3,34%, yakni sebanyak 3 kasus dari 88 kasus. Selain itu berdasarkan data dari Rumah Sakit Umum Daerah dr Pringadi Medan pada tahun 2007 – 2010 didapatkan kasus ileus obstruksi sebanyak 11,5% dari 111 kasus.

Etiologi dan pola obstruksi usus bervariasi di berbagai negara. Beberapa tahun ini, adhesi intraperitonial merupakan penyebab obstruksi usus yang paling sering, sedangkan di negara berkembang, hernia merupakan penyebab obstruksi usus yang paling banyak.3 Sumber data yang berasal dari 7 negara berikut didapatkan penyebab terbanyak obstruksi usus di negaranya yakni, Inggris 73% disebabkan oleh adhesi, Amerika Serikat 75% disebabkan oleh adhesi, India 50% disebabkan oleh hernia, Arab Saudi 57% disebabkan oleh Adhesi, Nigeria 65% disebabkan oleh hernia, Uganda 75% disebabkan oleh hernia, serta China 78% disebabkan oleh hernia.

Ileus obstruktif adalah sautu penyumbatan mekanis pada usus dimana merupakan penyumbatan yang sama sekali menututp atau mengganggu jalannya isis usus. Sekitar 20% pasien ke rumah sakit datang dengan keluhan akut abdomen oleh karena obstruksi pada saluran cerna, 80% obstruksi terjadi pada usus halus (Emedicine, 2009).

Sebagai makhluk biologis, manusia memerlukan makanan yang mengandung gizi untuk menunjang kebutuhan metabolisme, makanan tersebut sebelum diabsorbsi terlebih dahulu diproses disaluran cerna. Proses pencernaan berlangsung dengan baik apabila sistem pencernaan makanan ditubuh kita normal, apabila salah satu dari bagian sistem pencernaan kita mengalami gangguan, maka proses pencernaan makanan terhambat (Zwani, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian Novita Sari (2014) tentang Gambaran Ileus Obstruktif Di Ruang Rawat Ianap Bedah RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Periode Januari 2012 – Desember 2014. Hasil penelitian didapatkan berdasarkan gejala klinis, yaitu pada penyakit hirschsprung gejala yang paling sering muncul adalah tidak dapat BAB (obstipasi) yaitu 31 (91,2%), diikuti dengan distensi abdomen yaitu 30 (88,2%). Pada penyakit Adhesi gejala yang paling sering muncul adalah obstipasi 23 (85,2%), distensi abdomen 22 (81,5%). Pada Penyakit Atresia ani gejala yang paling banyak adalah distensi abdomen 25 (96,2%), dan obstipasi 24 (92,3%).

Berdasarkan data yang penulis dapatkan dari RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi jumlah kasus ileus obstruksi pada tahun 2016 tercatat sebanyak 320 kasus dengan rata-rata perbulannya sebanyak 26 kasus. Sedangkan pada tahun 2017 dari bulan Januari – Juni jumlah kasus Ileus Obstruksi sebanyak 80 kasus dengan rata-rata perbulannya sebanyak 13 kasus.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk membuat Laporan Ujian Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.F Dengan Ileus Obstruksi Parsial Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuaraikan di atas, maka penulis tertarik untuk membuat Laporan Studi Kasus dengan judul judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.F Dengan Ileus Obstruksi Parsial Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”.

* 1. **Tujuan**
		1. **Tujuan Umum**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi parsial penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat dan standar asuhan keperawatan yang berlaku di ruang bedah RSUD Dr.Achmad Mucthar Bukittinggi tahun 2017

* + 1. **Tujuan Khusus**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi parsial penulis dapat :

1. Memahami konsep dan asuhan keperawatan tentang Ileus Obstruksi
2. Mengidentifikasi pengkajian dan data yang menunjang masalah keperawatan pada klien serta keluarga dengan ileus obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
3. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
4. Merncanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
5. Melaksanakan atau dapat memberikan suhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
6. Mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien dengan Ileus Obstruksi obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
7. Melakasanakan pendokumentasian keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
	1. **Mamfaat Penulisan**
		1. **Bagi Penulis**

Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan Ileus Obstruksi parsial dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidkan program studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Perintis Padang.

* + 1. **Bagi Institusi Pendidikan**

Sebagai masukan bagi institusi pendidkan dalam proses belajar mengajar, khususnya tentang Karya Tulis Ilmiah Laporan Studi Kasus dan memberikan sumbangan pikiran yang kiranya dapat berguna sebgai informasi awal.

* + 1. **Bagi Institusi Rumah Sakit**

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan, perawat yang ada dirumah sakit untuk mengambil langkah-langkah kebijakan dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan klien dengan Ileus Obstruksi parsial.

**BAB II**

**TINJAUAN TEORITIS**

* 1. **Konsep Ileus Obstruksi**
		1. **Defenisi Ileus Obstruksi**

Obstruksi usus adalah gangguan pada aliran normal isi usus sepanjang traktus intstinal (Nettina, 2001). Obstruksi merupakan suatu pasase yang terjadi ketika ada gangguan yang menyebabkan terhambatnya aliran isi usus kedepan, tetapi peristaltiknya normal (Reeves, 2001).Obstruksi usus merupakan suatu blok saluran usus yang menghambat pasase cairan, flatus dan makanan dapat secara mekanis atau fungsional (Tucker, 1998). Ileus adalah gangguan pasase isi usus yang merupakan tanda adanya obstruksi usus akut yang segera memerlukan pertolongan atau tindakan (Darmawan, dkk, 2010).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan, obstruksi usus adalah gangguan pada aliran normal atau suatu blok saluran usus yang menghambat pasase cairan, flatus dan makanan dapat secara mekanis atau fungsional yang segera memerlukan pertolongan atau tindakan.

* + 1. **Anatomi Fisiologi**

****

 Gambar.2.1. Sistem saluran pencernaan (Hurd, 2007)

1. Usus Halus (usus kecil)

*Usus halus* atau *usus kecil* adalah bagian dari [saluran pencernaan](http://id.wikipedia.org/wiki/Saluran_pencernaan) yang terletak di antara [lambung](http://id.wikipedia.org/wiki/Lambung) dan [usus besar](http://id.wikipedia.org/wiki/Usus_besar). Dinding usus kaya akan pembuluh darah yang mengangkut zat-zat yang diserap ke hati melalui vena porta. Dinding usus melepaskan lendir (yang melumasi isi usus) dan air (yang membantu melarutkan pecahan-pecahan makanan yang dicerna). Dinding usus juga melepaskan sejumlah kecil enzim yang mencerna protein, gula dan lemak.

*Lapisan usus halus* :lapisan mukosa ( sebelah dalam ), lapisan otot melingkar ( M sirkuler ), lapisan otot memanjang ( M Longitidinal ) dan lapisan serosa ( Sebelah Luar )Usus halus terdiri dari tiga bagian yaitu usus dua belas jari (duodenum), usus kosong (jejunum), dan usus penyerapan (ileum).

1. Usus dua belas jari (Duodenum)

Panjangnya ± 25 cm, berbentuk sepatu kuda melengkung kekiri. Padabagian kanan duodenum terdapat selaput lendir yang nambulir disebut papila vateri. Ususdua belas jari atau duodenumadalah bagian dari [usus halus](http://id.wikipedia.org/wiki/Usus_halus) yang terletak setelah [lambung](http://id.wikipedia.org/wiki/Lambung) dan menghubungkannya ke [usus kosong](http://id.wikipedia.org/wiki/Usus_kosong) (jejunum). Bagian usus dua belas jari merupakan bagian terpendek dari usus halus, dimulai dari [bulbo duodenale](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Bulbo_duodenale&action=edit) dan berakhir di [ligamentum Treitz](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Ligamentum_Treitz&action=edit).

Usus dua belas jari merupakan organ [retroperitoneal](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Retroperitoneal&action=edit), yang tidak terbungkus seluruhnya oleh selaput [peritoneum](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Peritoneum&action=edit). [pH](http://id.wikipedia.org/wiki/PH) usus dua belas jari yang normal berkisar pada derajat sembilan. Pada usus dua belas jari terdapat dua muara saluran yaitu dari [pankreas](http://id.wikipedia.org/wiki/Pankreas) dan [kantung empedu](http://id.wikipedia.org/wiki/Kantung_empedu). Nama *duodenum* berasal dari [bahasa Latin](http://id.wikipedia.org/wiki/Bahasa_Latin)*duodenum digitorum*, yang berarti dua belas jari.

Lambung melepaskan makanan ke dalam usus dua belas jari (duodenum), yang merupakan bagian pertama dari usus halus. Makanan masuk ke dalam duodenum melalui sfingter pilorus dalam jumlah yang bisa di cerna oleh usus halus. Jika penuh, duodenum akan megirimkan sinyal kepada lambung untuk berhenti mengalirkan makanan.

1. Usus Kosong (jejenum)

*Usus kosong* atau *jejunum* (terkadang sering ditulis yeyunum) adalah bagian kedua dari [usus halus](http://id.wikipedia.org/wiki/Usus_halus), di antara [usus dua belas jari](http://id.wikipedia.org/wiki/Usus_dua_belas_jari) (duodenum) dan [usus penyerapan](http://id.wikipedia.org/wiki/Usus_penyerapan) (ileum). Pada [manusia](http://id.wikipedia.org/wiki/Manusia) dewasa, panjang seluruh usus halus antara 2-8 [meter](http://id.wikipedia.org/wiki/Meter), 1-2 meter adalah bagian usus kosong. Usus kosong dan usus penyerapan digantungkan dalam tubuh dengan [mesenterium](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Mesenterium&action=edit).

Permukaan dalam usus kosong berupa membran mukus dan terdapat jonjot usus (vili), yang memperluas permukaan dari usus. Secara [histologis](http://id.wikipedia.org/wiki/Histologi) dapat dibedakan dengan usus dua belas jari, yakni berkurangnya [kelenjar Brunner](http://id.wikipedia.org/wiki/Kelenjar_Brunner). Secara hitologis pula dapat dibedakan dengan usus penyerapan, yakni sedikitnya [sel goblet](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Sel_goblet&action=edit) dan [plak Peyeri](http://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Plak_Peyeri&action=edit). Sedikit sulit untuk membedakan usus kosong dan usus penyerapan secara makroskopis. *Jejunum* diturunkan dari kata sifat *jejune* yang berarti "lapar" dalam bahasa Inggris modern. Arti aslinya berasal dari bahasa Laton, *jejunus*, yang berarti "kosong".Mukosa usus halus Permukaan epitel yang sangat halus melalui lipatan mukosa dan makro villi memudahkan penernaan dan absorpasi.

1. Usus Penyerapan (illeum)

Usus penyerapan atau ileum adalah bagian terakhir dari usus halus. Pada sistem pencernaan manusia, ) ini memiliki panjang sekitar 2-4 m dan terletak setelah duodenum dan jejunum, dan dilanjutkan oleh usus buntu. Ileum memiliki pH antara 7 dan 8 (netral atau sedikit basa) dan berfungsi menyerap vitamin B12 dan garam-garam empedu.

Fungsi usus halus :

1. Menerima zat-zat makanan yang sudah dicerna untuk diserap melalui kapiler-kapiler darah dan saluran-saluran limfe.
2. Menyerap protein dalam bentuk asam amino.
3. Karbonhidrat diserap dalam bentuk monosakarida didalam usus halus.
4. Usus besar (Kolon)

Panjangnya ±1 meter, Lebar 5-6 cm . Usus besar atau kolon dalam anatomi adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum. Usus besar terdiri :

1. Kolon asenden

Terletak di abdomen sebelah kanan, membujur ke atas dari ileum sampai ke hati, panjangnya ± 13 cm

1. Kolon transversum

Membujur dari kolon asenden sampai ke kolon desenden dengan panjang ± 28 cm

1. Kolon desenden

Terletak dirongga abdomen disebelah kiri membujur dari anus ke bawah dengan panjangnya ± 25 cm

1. Kolon sigmoid

Terletak dalam rongga pelvis sebelah kiri yang membentuk huruf "S" ujung bawah berhubungan dengan rektum

Banyaknya bakteri yang terdapat di dalam usus besar berfungsi mencerna beberapa bahan yang membantu penyerapan zat-zat gizi. Bakteri di dalam usus besar juga berfungsi membuat zat-zat penting, seperti Vitamin K. Bakteri ini penting untuk fungsi normal dari usus. Beberapa penyakit serta antibiotik bisa menyebabkan gangguan pada bakteri-bakteri di dalam usus besar. Akibatnya terjadi iritasi yang bisa menyebabkan dikeluarkannya lendir dan air dan terjadilah diare.

1. Usus Buntu

Usus buntu atau sekum (Bahasa Latin: Caecus, “buta”) dalam istilah anatomi adalah suatu kantung yang berhubung pada usus penyerapan serta bagian kolon menanjak dari usus besar. Organ ini ditemukan pada mamalia, burung, dan beberapa jenis reptil. Sebagian besar herbivora memiliki sekum yang besar, sedangkan karnivora ekslusif memiliki sekum yang kecil, yang sebagian atau seluruhnya digantikan oleh umbai cacing (Syaifuddin, 2006).

1. Anus

Anus adalah bagian dari saluran pencernaan yang menghubungkan rektum dengan dunia luar. (Drs. Syaifuddin).

* + 1. **Etiologi**

Walaupun predisposisi ileus biasanya terjadi akibat pascabedah abdomen, tetapi ada faktor predisposisi lain yang mendukung peningkatan resiko terjadinya ileus, di antaranya (Behm, 2003) sebagai berikut :

1. Sepsis
2. Obat-batan (misalnya: opoid, antasid, coumarin, amitriptyline, chlorpromazine).
3. Ganguan elektrolit dan metabolik (misalnya hipokalamia, hipomagnesemia, hipernatremia, anemia, atau hoposmolalitas).
4. Infark miokard.
5. Pneumonia
6. Trauma (misalnya: patah tulang iga, cidera spina).
7. Bilier dan ginjal kolik.
8. Cidera kepala dan prosedur bedah saraf.
9. Inflamasi intraabdomen dan peritonitis.
10. Hematoma retroperitoneal.
	* 1. **Klasifikasi**

**Menurut sifat sumbatannya**

Menurut sifat sumbatannya, ileus obstruksi dibagi atas 2 tingkatan, yaitu :

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 (Pasaribu, 2012).

**Menurut letak sumbatannya**

Menurut letak sumbatannya, maka ileus dibagi menjadi 2, yaitu :

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

**Menurut etiologinya**

Menurut etiologinya, maka ileus obstruksi dibagi menjadi 3, yaitu :

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

**Menurut stadiumnya**

Ileus obstruksi dapat dibedakan menjadi 3 berdasarkan stadiumnya, yaitu :

1. Obstruksi sebagian (partisl obstruction) : obstruksi terjadi sebagiaan sehingga makanan masih bisa sedikit lewat, dapat flatus dan defekasi sedikit.
2. Obstruksi sederhana (simple obstruction) : obstruksi/sumbatan yang tidak disertai terjepinya pembuluh darah (tidak disertai gangguan aliran darah).
3. Obstruksi strangulasi (strangulted obstruction) : obstruksi disertai dengan terjepitnya pembuluh darah sehingga terjadi iskemia yang akan berakhir dengan nekrosis atau gangren (Indrayani, 2013).
	* 1. **Faktor Resiko**

Faktor risiko yang paling berperan terhadap terjadinya obstruksi usus halus akibat adhesi adalah teknik operasi dan luasnya jaringan peritonium yang mengalami kerusakan. Teknik operasi laparaskopi dan operasi terbuka mempunyai peranan yang penting terhadap morbiditas adhesi. Pada penelitian retrospektif 446.331 kasus operasi abdomen didapatkan data kejadian adhesi 7,1% pada operasi cholesistekstomi terbuka dibandingkan 0.2% dengan teknik laparaskopi. Pada total histerektomi didapatkan 15,6% kejadian adhesi dibandingkan 0.0% pada prosedur laparaskopi. Kejadian adhesi tidak bermakna pada tindakan operasi appendektomi, baik secara terbuka ataupun laparaskopi. (Dubuisson, 2010; Swank,2003; Kamel,2010).

Faktor risiko lainnya adalah usia lebih muda dari 60 tahun, peritonitis, tindakan operasi emergensi, luka tusuk, luka tembak, tindakan laparatomi dalam lima tahun belakang, mempunyai risiko yang lebih besar untuk mengalami adhesi.(Di Saverio, 2013).

Hampir seluruhnya ileus obstruksi karena adhesi pasca operasi terjadi pada usus halus dan jarang sekali terjadi pada usus besar. Diperkirakan setiap tahunnya kasus ileus obstruksi yang disebabkan adhesi pascaoperasi ± 1 % dari seluruh kasus rawat inap, 3% dari kasus emergensi, dan 4% dari seluruh kasus laparotomi eksplorasi. Ileus obstruksi yang disebabkan adhesi juga menyebabkan gangguan produktivitas dan membutuhkan biaya yang tidak sedikit untuk operasi adhesiolisis. Penelitian Ray tahun 1998 di Amerika Serikat memperlihatkan adhesiolisis menghabiskan 1.3 milyar US dollar setiap tahunnya.(Di Saverio, 2013).

Penelitian retrospektif Menzies dan Ellis tahun 1990 terhadap 80 kasus ileus obstruksi karena adhesi pascaoperasi terjadi paling sering (57%) dalam waktu 1 tahun setelah tindakan operasi yang pertama, diikuti 21.25% terjadi dalam waktu 1-5 tahun, 21.25% terjadi dalam waktu lebih dari 10 tahun dan paling sedikit terjadi dalam waktu 1 bulan sebanyak 0.5%.

Penelitian ini juga menyebutkan 75% dari seluruh pasien yang mengalami ileus obstruksi karena adhesi pascaoperasi tersebut awalnya menjalani pembedahan di daerah abdomen dibawah kolon transverum, diantaranya apendektomi, kolektomi, dan operasi ginekologis.(Ikechebelu,2010).

* + 1. **Patofisiologi**

Ileus non mekanis dapat disebabkan oleh manipulasi organ abdomen , peritonitis, sepsis, dll, sedang ileus mekanis disebabkan oleh perlengketan neoplasma, hernia, benda asing, volvulus. Adanya penyebab tersebut dapat mengakibatkan passage usus terganggu sehingga akumulasi gas dan cairan dalam lumen usus. Adanya akumulasi isi usus dapat meneyebabkan gangguan absorbsi H2O dan elektrolit pada lumen usus yang mengakibatkan kehilangan H2O dan natrium. Selanjutnya akan terjadi penurunan volume cairan ekstraseluler sehingga terjadi syok hypovolemik, penurunan curah jantung, penurunan perfusi jaringan , hipotensi dan asidosis metabolik.

Akumulasi cairan juga mengakibatkan distensi dinding usus sehingga timbul nyeri, kram dan kolik. Distensi dinding usus juga dapat menekan kandung kemih sehingga terjadi retensi urine. Retensi juga dapat menekan diafragma sehingga ventilasi paru terganggu dan menyebabkan sulit bernapas. Selain itu distensi juga dapat menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Selanjutnya terjadi iskemik dinding usus, kemudian terjadi nekrosis, rupture dan perforasi, sehingga terjadi pelepasan bakteri dan toksin dari usus yang nekrotik ke dalam peritoneum dan sirkulasi sistem. Pelepasan bakteri dan toksin ke peritoneum akan menyebabkan peritonitis septikemia.

Akumulasi gas dan cairan dalam lumen usus juga dapat menyebabkan terjadinya obstruksi komplet sehingga gelombang perstaltik dapat berbalik arah dan menyebabkan isi usus terdorong ke mulut . keadaan ini akan menimbulkan muntah-muntah yang akan yang akan menyebabkan dehidrasi. Muntah-muntah yang berlebihan dapat menyebakan kehilangan ionhidrogen dan kalium dari lambung serta penurunan klorida dan kalium dalam darah.

Berdasarkan penjelasan diatas masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, pola napas tidak efektif, retensi urine, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, resiko kekurangan volume cairan.

WOC

* + 1. **Manifestasi Klinis**

Gejala utama dari ileus obstruksi antara lain nyeri kolik abdomen, mual, muntah, perut distensi dan tidak bisa buang air besar (obstipasi). Mual muntah umumnya terjadi pada obstruksi letak tinggi. Bila lokasi obstruksi di bagian distal maka gejala yang dominant adalah nyeri abdomen. Distensi abdomen terjadi bila obstruksi terus berlanjut dan bagian proksimal usus menjadi sangat dilatasi.



Gambar 2.2.Manifestasi klinis Ileus Obstruksi

* + 1. **Komplikasi**
1. Peritonitis septicemia adalah suatu keadaan dimana terjadi peradangan pada selaput rongga perut (peritonium) yang disebabkan oleh terdapatnya bakteri dalam darah (bakterimia).
2. Syok hypovolemia terjadi akibat terjadi dehidrasi dan kekurangan volume cairan.
3. Perforasiusus adalah suatu kondisi yang ditandai dengan terbentuknya suatu lubang usus yang menyebabkan kebococran isi usus kedalam rongga perut, Kebococran ini dapat meneybabkan peritonitis.
4. Nekrosisusus adalah adanya kematian jaringan pada usus.
5. Sepsis adalah infeksi berat di dalam darah karena adanaya bakteri.
6. Abses adalah kondisi medis dimana terkumpulnya nanah didaerah anus oleh bakteri atau kelenjar yang tersumbat pada anus.
7. Sindroma usus pendek dengan malabsorbsi dan malnutrisi adalah suatu keadaan dimana tubuh sudah tidak bisa mengabsorbsi nutrisi karena pembedahan.
8. Gangguan elektrolit. Trefluk muntah dapat terjadi akibat distensi abdomen. Muntah mengakibatkan kehilangan ion hidrogen dan kalium dari lambung, serta menimbulkan penurunan klorida dan kalium dalam darah (Dermawan, dkk.2010.).
	* 1. **Pemeriksaan Penunjang**
9. Labotarorium

Data laboratorium tidak dapat membantu diagnostik tetapi dapat membantu dalam menentukan kondisi dari pasien dan memandu resusitasi. Pemeriksaan darah lengkap dan hitung jenis, disertai elektrolit darah, kadar ureum dan kreatinin serta urinalisis harus dilakukan untuk menilai status hidrasi dan menyingkirkan sepsis.

Jumlah leukosit dapat memberikan gambaran tentang kondisi usus. Pada usus halus yang tidak mengalami komplikasi jumlah leukosit akan tetap normal atau sedikit meningkat, namun jumlah leukosit yang mengalami peningkatan (>15.000) atau jumlah leukosit yang sangat sedikit (<4000) merupakan suatu kondisi yang harus diwaspadai oleh klinisi akan adanya iskemik pada usus. Jumlah leukosit yang sangat tinggi lebih dari 18.000 telah terbukti mempunyai korelasi adanya usus yang telah mengalami ganggrenous. (Moran,2007).

Namun hasil yang berbeda didapatkan dari penelitian yang dilakukan oleh Tanaka pada tahun 2011 dengan melihat beberapa parameter laboratorium pemeriksaan darah yaitu laktat, leukosit, amylase, dan C-reaktif protein untuk mendeteksi terjadinya strangulasi usus akibat sumbatan usus halus. Dari penelitian ini didapatkan bahwa satu-satunya parameter pemeriksaan laboratorium yang bermakna terhadap viabilitas usus adalah pemeriksaan laktat dalam darah. (Tanaka,2011).

1. Foto polos abdomen

Dilatasi usus halus disertai dengan air-fluid level, dapat negatif pada obstruksi usus bagian proksimal. Pada foto supine kita dapat memastikan obstruksi usus halus jika didapati gambaran dilatasi usus berada dibagian central foto, adanya plica sirkularis, tidak terdapat udara pada kolon, dan adanya multiple air fluid level pada foto upright/LLD. Adanya gambaran udara bebas pada foto upright menandakan suatu perforasi.

1. USG abdomen

USG abdomen dapat dilakukan pada pasien dengan kecurigaan obstruksi usus halus. USG dapat mendeteksi adannya air-fluid level, dilatasi usus proksimal sampai kolapsnya usus bagian distal. Pada beberapa penelitian, disebutkan bahwa USG lebih superior dibandingkan plain foto abdomen dalam mendeteksi obstruksi usus halus. Namun USG amatlah operator dependent, sehingga keahlian dan pengalaman amat menentukan dalam diagnostik.

1. Pemerikan CT-Scan

Dikerjakan secara klinis dan foto polos abdomen dicurigai adanya strangulasi. CT-Scan akan mempertunjukkan secara lebih teliti adanya kelainan pada dinding usus (ostruksi komplet, abses, keganasan), kelainan mesenterikus, dan peritoneum. Pada pemeriksaan ini dapat diketahui derajat dan lokasi dari obstruksi.

1. Pemeriksaan Radiologi

Untuk menegakkan diagnosa secara radiologis pada ileus obstruktif dilakukan foto abdomen 3 posisi. Yang dapat ditemukan pada pemeriksaan foto abdomen ini antara lain :

1. Ileus obstruksi letak tinggi :
2. Dilatasi di proximal sumbatan (sumbatan paling distal di ileocecal junction) dankolaps usus di bagian distal sumbatan.
3. Coil spring appearance
4. Herring bone appearance
5. Air fluid level yang pendek-pendek dan banyak (step ladder sign)
6. Ileus obstruksi letak rendah :
7. Gambaran sama seperti ileus obstruksi letak tinggi
8. Gambaran penebalan usus besar yang juga distensi tampak pada tepi abdomen
9. Air fluid level yang panjang-panjang di kolon. Sedangkan pada ileus paralitik gambaran radiologi ditemukan dilatasi usus yang menyeluruhdari gaster sampai rectum.

Gambaran radiologis ileus obstruktif dibandingkan dengan ileus paralitik:

 

Gambar 2.2. Ileus Obstruktif . Tampakcoil spring dan herring bone appearance



Gambar 2.3. Ileus Paralitik. Tampakdilatasi usus keseluruhan

1. Pemeriksaan Angiografi

Angiografi mesenteric superior telah digunakan untuk mendiagnosis adanya herniasi internal, intususepsi, volvulus, malrotation, dan adhesi (Inayah,lin.2004).

* + 1. **Penatalaksanaan Medik**
1. Monitor :
2. Keseimbangan cairan dan elektrolit : mengoreksi defisit atau kelebihan cairan dan mengganti dengan cairan intravena.
3. Tanda-tanda vital : ada kenaikan, berarti ada kemungkinan strangulasi atau peritonitis.
4. Pasang kateter urin untuk menghitung balance cairan. Bila urine output berkurang, waspadai syok.
5. Cairan lambung : ukur dan catat warnanya.
6. Darm contour
7. Suara usus
8. Dekompresi atas dan bawah :
9. Dekompresi dengan NGT, penderita dipuasakan.
10. Lavement
11. Memperbaiki ventilasi :
12. Posisi Fowler sehingga expansi diafragma luas.
13. Menganjurkan penderita bernafas melalui hidung dan tidak menelan udara karena akan menambah distensi
14. Menganjurkan bernafas dalam.
15. Obat-obatan :
16. Antibiotik broadspectrum untuk bakteri anaerob dan aerob.
17. Analgesik apabila nyeri.
18. Tindakan bedah bila :
19. Strangulasi
20. Obstruksi lengkap
21. Hernia inkarserata
22. Tidak ada perbaikan pada pengobatan konservatif

Obstruksi intestinal merupakan alasan yang umum untuk dilakukan tindakan bedah. Terapi awal yang dilakukan adalah terapi konservatif, dan dilakukan tindakan laparotomi jika pada terapi konservatif tidak berhasil. Tindakan laparotomi saat ini mulai diganti dengan tindakan bedah seminimal mungkin. Penelitian yang dilakukan oleh Franklin yang dimulai pada bulan Mei tahun 1991 sampai 2001 pada 167 pasien dengan menggunakan laparoskopi untuk diagnosis dan terapi untuk obstruksi saluran cerna, didapatkan hasil bahwa laparoskopi berhasil mendiagnosis letak obstruksi pada semua pasien. Laparoskopi juga berhasil melakukan terapi pada 154 pasien (92,2%) tanpa laparotomi. Komplikasi pada saat operasi dan pasca operasi menurun (18.6%). Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa penanganan obstruksi saluran cerna dengan menggunakan laparoskopi lebih aman dan efektif tidak hanya untuk menegakkan diagnosis juga untuk terapi pada pasien. (Franklin, et all.2003).

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan**
		1. **Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. (Nursalam, 2011)

1. Identitas

Nama, umur (umunya terjadi pada semua umur, terutama pada dewasa laki-laki dan perempuan), alamat,jenis kelamin, agama, suku bangsa, pekerjaan, status perkawinan, gaya hidup.

1. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan klien pada saat dikaji. Pada umumnya akan ditemukan klien merasakan nyeri pada abdomennya biasanya terus menerus, demam, nyeri tekan lepas, abdomennya tegang dan kaku.

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya klien mengeluhkan anoreksia dan malaise, demam, takikardia, diaforesis, pucat, kekauan abdomen kegagalan untuk mengeluarkan feses atau flatus secara rektal, peningkatan bisisng usus (awal obstruksi), penurunan bisisng usus selanjutnya, retensi perkemihan, dan leukositosis.

Mengungkapkan hal-hal yang menyebabkan klien mencari pertolongan dikaji dengan menggunakan pendekatan PQRST :

**P :** Apa yang menyebabkan timbulnya keluahan.

**Q :** Bagaimana keluhan dirasakan oleh klien oleh klien, apakah hilang timbul atau terus-menerus (menetap).

**R :** Di daerah mana gejala dirasakan

**S :** Seberapa keparahan yang dirasakan klien dengan memakai skala neumeric 1-10.

**T :** Kapan keluhan timbul, sekaligus faktor yang memperberat dan memperingan keluhan.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Perlu dikaji apakah klien pernah dioperasi sebelumnya, apakah ada riwayat tumor, kanker.

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan klien.

1. Activity Daily Life

 Nutrisi : Nutrisi terganggu karena adanya mual dan muntah.

Eliminasi : Klien mengalami konstipasi dan tidak bisa flatus karena peristaltik usus menurun atau berhenti.

Istirahat : Tidak bisa tidur karena nyeri hebat, kembung dan muntah.

Aktivitas : Badan lemah dan klien dianjurkan untuk istirahat dengan tirah baring sehingga terjadi keterbatasan aktivitas.

Personal Hygiene : klien tidak mampu merawat dirinya.

Psikologis : Pasien gelisah dan cemas dengan penyakitnya.

1. Pemeriksaan Fisik
2. Keadaan umum

Lemah, kesadaran menurun sampai syok hipovolemia suhu meningkat(39o C), pernapasan meningkat(24x/mnt), nadi meningkat(110x/mnt) tekanan darah(130/90 mmHg)

1. Pemeriksaan fisik ROS (Review Of System)
2. Sistem kardiovaskular: tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada oedema, tekanan darah 130/90 mmHg, BJ I dan BJ II terdengar normal
3. Sistem respirasi: pernapasan meningkat 24x/mnt, bentuk dada normal, dada simetris, sonor (kanan kiri), tidak ada wheezing dan tidak ada ronchi
4. Sistem hematologi: terjadi peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.
5. Sistem perkemihan: produksi urin menurun BAK < 500 cc
6. Sistem muskuloskeletal: badan lemah, tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri
7. Sistem integumen: tidak ada oedema, turgor kulit menurun, tidak ada sianosis, pucat
8. Sistem gastrointestinal: tampak mengembang atau buncit, teraba keras, adanya nyeri tekan, hipertimpani, bising usus > 12x/mnt, distensi abdomen.
	* 1. **Diagnosa Keperawatan**
9. Nyeri akut berhubungan dengan kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus
10. Retensi urinarius berhubungan dengan obstruksi jalan keluar kandung kemih sekunder terhadap tekanan pada kandung kemih
11. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah
12. Pola nafas tak efektif berhubungan dengan penurunan O2 sekunder terhadap tekanan pada diafragma
13. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan sekunder akibat muntah
	* 1. **Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **NOC** | **NIC** | **Aktivitas** |
| 1.  | Nyeri akut berhubungan dengan kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri klien berkurang atau hilang dengan kriteria hasil :1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Tanda vital dalam rentang normal
 | **Pain Management** | 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon klien
5. Evaaluasi pengalam nyeri masa lampau
6. Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lamapu
7. Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
9. Kurangi faktor presipitasi nyeri
10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi dan inter personal)
11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dala, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin
13. Kolaborasi dalam pemberian analgetik
14. Tingkatkan istirahat
15. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
16. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
 |
|  |  |  | **Analgesic administration** | 1. Tentukan lokasi, karekteriktik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
3. Cek riwayat klien
4. Pilih analgetik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu
5. Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri
6. Tentukan analgetik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
7. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali
8. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
9. Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala (efek samping)
 |
| 2 | Retensi urinarius berhubungan dengan obstruksi jalan keluar kandung kemih sekunder terhadap tekanan pada kandung kemih | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien terbebas dari retensi urinaria dengan kriteria hasil :1. Kandung kemih kosong secara penuh
2. Tidak ada residu urine >100-200 CC
3. Bebas dari ISK
4. Tidak ada spasme bladder
5. Balance cairan seimbang
 | **Urunary Retention Care** | 1. Monitor intake dan output
2. Monitor pwnggunaan obat antikolonergik
3. Monitor derajat distensi bladder
4. Intruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine
5. Sediakan privacy untuk eliminasi
6. Stimulasi reflek bladder dengan kompres dingin pada abdomen
7. Kateterisasi jika perlu
8. Monitor tanda dan gejala ISK (panas, hematuria, perubahan bau, dan konsistensi urine)
 |
| 3 | Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah   | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 3x24 jam kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil :1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi
5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
 | **Nutrition Management****Nutrition Monitoring** | 1. Kaji adanya alergi makanan
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien
3. Anjurkan klien untuk meningkatkan intake
4. Anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
5. Berikan substansi gula
6. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
7. Ajarkan klien bagaimana cara membuat catatan makanan harian
8. Berikan infoemasi tentang kebutuhan nutrisi klien
9. Kaji kemampuan klien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
 |
|  |  |  | **Nutrition Monitoring**  | 1. BB pasien dalam batas normal
2. Monitor adanya penurunan berat badan
3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
4. Monitor lingkungan selama makan
5. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi
6. Monitor turgor kulit
7. Monitor mual dan muntah
8. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht
9. Monitor kalori dan intake nutrisi
10. Catar adanya edema, hipermik, hipertonik papila lidah dan cavitas oral
11. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet
 |
| 4 | Pola nafas tak efektif berhubungan dengan penurunan O2 sekunder terhadap tekanan pada diafragma | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pola napas klien efektif dengan kriteria hasil :1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal
3. Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)
 | **Airway Management** | 1. Buka jalan nafas, guanakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan
4. Pasang mayo bila perlu
5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu
6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
8. Lakukan suction pada mayo
9. Berikan bronkodilator bila perlu
10. Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab
11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.
12. Monitor respirasi dan status O2
 |
|  |  |  | **Terapi Oksigen**  | 1. Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea
2. Pertahankan jalan nafas yang paten
3. Atur peralatan oksigenasi
4. Monitor aliran oksigen
5. Pertahankan posisi pasien
6. Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi
7. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi
 |
|  |  |  | **Vital Sign Monitoring**  | 1. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR
2. Catat adanya fluktuasi tekanan darah
3. Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri
4. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan
5. Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas
6. Monitor kualitas dari nadi
7. Monitor frekuensi dan irama pernapasan
8. Monitor suara paru
9. Monitor pola pernapasan abnormal
10. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit
11. Monitor sianosis perifer
12. Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)
13. Identifikasi penyebab dari perubahan vital sign
 |
| 5. | Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan sekunder akibat muntah | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 3x24 jam klien terbebas dari resiko kekurangan volume cairan dengan kriteria hasil :1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal
2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
3. Tidak ada tanda tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan
 | **Fluid management** | 1. Timbang popok/pembalut jika diperlukan
2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
3. Monitor status hidrasi ( kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan
4. Monitor vital sign
5. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian
6. Lakukan terapi IV
7. Monitor status nutrisi
8. Berikan cairan
9. Berikan cairan IV pada suhu ruangan
10. Dorong masukan oral
11. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output
12. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan
13. Tawarkan snack ( jus buah, buah segar )
14. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk
15. Atur kemungkinan tranfusi
16. Persiapan untuk tranfusi
 |

* + 1. **Implementasi**

Setelah rencana keperawtan disusun, selanjutnya menerapkan rencana keperawatan dalam suatu tindakan keperawatan dalam bentuk nyata agar hasil yang diharapkan dapat tercapai, sehingga terjalin interaksi yang baik anatara perawat, klien dan keluarga.

Implemetntasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan : melaksanakan intervensi/aktivitasyang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencan perawatan klien.

Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana keperawatan berikutnya.

* + 1. **Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yaitu menilai efektifitas rencana yang telah dibuat, strategi dan pelaksanaan dalam asuhan keperawatan serta menentukan perkembangan dan kemampuan pasien dalam mencapai sasaran yang telah diharapkan.

Tahapan evaluasi menentukan kemajuan pasien terhadap pencapaian hasil yang diinginkan dan respons pasien terhadap dan keefektifian intervensi keperawatan kemudian mengganti rencana perawatan jika diperlukan. Tahap akhir dari proses keperawatan jika diperlukan. Tahap akhir dari proses keperawatan perawat mengevaluasi kemampuan pasien ke arah pencapaian hasil.

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

* 1. **PENGKAJIAN**
		1. **Identitas Klien**

Nama / initial : Ny. F No. MR:474520

Umur : 47 tahun Ruang Rawat : Bedah

Jenis kelamin : Perempuan Tgl Masuk RS :17 Juni 2017

Status : Menikah Tgl Pengkajian:19 Juni 2017

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Pendidikan : SD

Alamat : Jl. Perwira Lubuk Sikarah, Kota Solok

Suku Bangsa : Minang-Indonesia

**Penanggung Jawab**

Nama : Ny. R

Umur : 28 tahun

Hub. Keluarga : Anak

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

* + 1. **Alasan Masuk**

klien masuk kiriman atau rujukan dari Rumah Sakit Adnan wd payakumbuh melalui IGD dengan keluhan klien mengatakan perutnya sakit sejak 13 hari yang lalu, terasa nyeri di perut. Klien mengatakan tidak ada kentut, Klien mengatakan perutnya kembung, tidak ada BAB sejak 10 hari yang lalu. Klien juga mengatakan mual muntah (+), kepala pusing.

* + 1. **Riwayat Kesehatan**
1. Riwayat kesehatan sekarang

Saat di lakukan pengkajian pada tanggal 19 juni 2017 pukul 09:00 wib klien mengatakan nyeri pada abdomen, skala nyeri 5 dengan penilaian PQRST yaitu :

P (provokatif): Klien mengatakan timbul nyeri karena klien tidak ada BAB.

Q (quality): klien mengatakan nyeri terasa ditusuk-tusuk setiap ingin menggerakkan perutnya

R (radiation): Klien mengatakan nyeri disekitar abdomen

S (severity): klien meringis, skala nyeri 5, nyeri yang dirasakan klien di sertai nafas dan nadi cepat, klien mengatakan merasa tidak nyaman apabila nyeri datang

T (time): klien mengatakan nyeri yang dirasakan klien hilang timbul, nyeri dirasakan saat klien bergerak

Klien mengatakan susah untuk tidur saat malam hari karena nyeri pada bagian abdomen, klien hanya tidur 4 jam dan sering terbangun karena sakit pada bagian perut, Skala nyeri 5.Klien mengatakan hidungnya terasa sakit karena terpasang NGT, klien mengatakan keadaannya cemas karena terpasang infus di tangan kiri dan kanan, terpasang kateter, cemas dengan keadaannya sekarang ini karena takut penyakitnya tidak sembuh. klien mengatakan selama dia masuk Rumah Sakit belum ada mandi,klien mengatakanbelum di izinkan oleh dokter ke kamar mandi karena keadaan yang belum memungkinkan.

1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan dahulu pernah menderita penyakit magh. Klien mengatakan tidak ada menderita penyakit seperti ini sebelumnya, klien mengatakan dahulu tidak ada mengalami BAB berdarah dan berlendir , klien mengatakan tidak pernah operasi pada abdomen sebelumnya, tidak ada riwayat penyakit hipertensi

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang sama dengan klien. Klien hanya mengatakan ada riwayat penyakit magh yang diderita oleh ibu dan adek laki-laki. klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit Jantung, tidak ada riwayat penyakit hipertensi

Genogram

X

X

 Kett :

X

 : Meninggal

: Perempuan

 : Laki – laki

 : Tinggal Serumah

 : klien

* + 1. **Pemeriksaan fisik**

Kesadaran Umum : Sedang

Kesadaran : Composmentis

GCS : 15 M=6 V=5 E=4

BB / TB : 55 kg / 155 cm

Tanda Vital :

TD : 110 / 70 mmHg

Nafas : 20 x/i

Nadi : 80 x/i

Suhu : 37,3 c

1. Kepala
* Rambut

Rambut klien tampak kotor, berminyak, tidak ada ketombe, rambut tidak beruban, rambut klien tampak di ikat, dan rambut klien tampak tidak rapi

* Mata

Mata terlihat simetris kiri dan kanan, penglihatan klien baik, palpebra tidak oedema, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, reflek cahaya ( +/+ )

* Telinga

Telinga tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran disekitar telinga, tidak ada oedem, tidak ada perdarahan di sekitar telinga, tidak ada secret

* Hidung

Lubang hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada lecetan d area hidung, tidak ada perdarahan , lubang hidung terlihat sedikit kotor, penciuman masih bagus atau normal, klien terpasang NGT

* Mulut dan Gigi

Rongga mulut kotor, mukosa bibir kering, gigi klien lengkap, lidah klien kotor, tonsil tidak ada peradangan

1. Leher

Inspeksi : simetris kiri dan kanan, warna kulit sawo mata

Palpasi : Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid

1. Thorak
* Paru – paru

Ins: Dada terlihat simetris kiri dan kanan, pergerakan dada normal, frekuensi nafas 21x/i, tidak ada terlihat bekas operasi, di sekitar dada, tidak ada luka atau lecetan

Pl : Tidak ada pembengkakan pada sekitar dada, pergerakan dada sama ketika klien mengucapkan 77, getaran dinidng dada sama

Pk : terdengar bunyi sonor pada kedua lapang paru

Aus: bunyi nafas vesikuler / normal

Whezing (-), Ronchi (-)

* Jantung

Ins : iktus cordis tidak terlihat,tidak terdapat sianosis

Pl : iktus cordis teraba di ICS 4 linea medio clavicularis sinistra

Pk : terdengar bunyi redup pada batas jantung

 Batas jantung kanan atas : ICS II linea para sternalis dextra

Batas jantung kanan bawah : ICS IV linea para sternalis dextra

Batas jantung kiri atas : ICS II linea para sternalis sinistra

Batas jantung kiri bawah : ICS IV Medio Clavicularis sinistra

Aus: Bunyi jantung I : lup

 Bunyi jantung II : dup

 Murmur (-)

1. Abdomen

Ins: Perut tampak membuncit karena tidak ada BAB, tidak ada bekas operasi

Aus : Bising usus klien dengan ileus obstruksi parsial tidak ada

Pl: Terdapat nyeri tekan, skala nyeri 5

Pk : Terdengar bunyi Tympani pada anterior bawah kiri

1. Punggung

Punggung klien kotor, turgor kulit lembab, tidak ada pembengkakan disekitar punggung klien, tidak ada bekas operasi, tidak ada lecetan

1. Genitalia

Tidak ada kelainan, Klien tampak terpasang kateter

1. Integumen

Turgor kulit kering, warna kulit sawo matang, tidak ada jejas, tidak ada oedema, tidak ada luka, tidak ada luka bakar, capilary refil : 3 detik

1. Esktremitas

Kekuatan otot

Tangan kanan Tangan kiri

 5555 5555

 Kaki kanan Kaki kiri

 5555 5555

Ekstremitas Atas : Tidak ada oedama pada tangan kanan dan kiri klien, turgor kulit klien kering, kuku klien pendek, terpasang infus RL dikedua tangan klien

Ekstremitas Bawah : Tidak ada oedema pada kedua kaki klien, kuku kaki klien pendek, turgor kulit klien kering, ada lecetan pada punggung kaki klien sebelah kiri

* + 1. **Data biologis**

 **Tabel 3.1 Data biologis**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Aktivitas** | **Sehat** | **Sakit** |
| 1.  | **MakanandanMinuman / Nutrisi****Makan*** Menu
* Porsi
* MakananKesukaan
* Pantangan
* Keluhan

**Minum*** Jumlah
* MinumanKesukaan
* Pantangan
 | Nasiputih, Mie instan1 PorsiSamba lado, pucukubi, nasiputihTidakadaTidakada8 GelasAir putih, susu, tekmanisTidakada | Pasien dipuasakan Tidak adaBelum bolehmemakanmakananbiasaTidak adaTerpasang NGT2 gelas/hariTidak ada Tidakada |
| 2.  | **Eliminasi****Buang Air Besar*** Frekuensi
* Warna
* Bau
* Konsistensi
* Kesulitan

**Buang Air Kecil*** Frekuensi
* Warna
* Bau
* Konsistensi
* Kesulitan
 | 2x sehariKuningKhas LunakTidak ada4x sehariKekuninganPesing Cair Tidak Ada  | Tidak ada Tidak adaTidak adaTidak adaTidak adaMenggunakankateter ( 150 cc ) dalam waktu 7jam ( 01:00 – 09:00)KuningpesingCair Terpasang kateter  |
| 3.  | **Istirahat&Tidur*** Waktutidur
* Lama tidur
* Hal yang mempermudahtidur
* Kesulitantidur
 | Siang, malamSiang 2 jam, malam6 jamTidakadaTidakada | Siang, malamSiang 1 jam, malam 4 jamTidakadaNyeri di perut |
| 4.  | **Personal Hygiene*** Mandi
* Cucirambut
* Gosokgigi
* Potong kuku
 | 2x sehari2x sehari 2x sehari 2x sebulan | Klien hanya di lap dengan keluargaTidak ada Tidak ada Tidakadakarenakuku masihpendek |

* + 1. **Riwayat Alergi**

Klien mengatakan tidak ada mempunyai alergi obat – obatan maupun alergi terhadap makanan

* + 1. **Data Psikologis**

karena klien mengatakan cemas dengan penyakitnya, klien tampak cemas , klien tampak meringis. pertahanan diri klien baik, klien menghadapi penyakitnya dengan sabar

* + 1. **Data Sosial Ekonomi**

Pola komunikasi klien terhadap perawat dan orang disekitarnya sopan dan baik, disaat klien sakit sekarang orang yang paling berharga dan dapat memberikan rasa nyaman adalah suami dan anaknya. Hubungan klien dengan keluarga dan tetangga berjalan dengan baik tidak ada bertengkaran satu sama lainnya. Klien terdiri dari keluarga yang sederhana, Klien berobat menggunakan BPJS

* + 1. **Data Spritual**

Sebelum klien masuk rumah sakit, klien selalu sholat lima waktu sehari semalam, klien yakin kepada ALLAH SWT bahwa penyakitnya akan sembuh, klien hanya banyak berdoan kepada tuhan yang maha esa.

* + 1. **Data Penunjang**

Tanggal 19 juni 2017

* Pemeriksaan kimia klinik
* Kalium: 3.47 mEg/dl ( 3.5 – 5.5 mEg/dl )
* Natrium : 142.2 mEg/dl ( 135 – 147 mEg/dl )
* Khlorida : 109.9 mEg/dl ( 100 – 106 mEg/dl )
* Pemeriksaan Laboratorium
* HGB : 14.4 [ g/dl ] P 13.0 – 16.0

 W 12.0 – 14.0

* RBC : 4.81 [ 10^6/Ul ] P 4.5 – 5.5

 W 4.0 – 5.0

* HCT : 39.9 [ % ] P 40.0 – 48.0

 W 37.0 – 43.0

* MCV : 83.0 – [ fL ]
* MCH : 29.9 [ pg ]
* MCHC : 36.1 [g/dL ]
* RDW-SD : 34.6 – [ fL]
* RDW-CV : 11.6 [%]
* WBC : 8.20 [ 10^3/ Ul ] 5.0-10.0
	+ 1. **Data Pengobatan**
* Obat non parenteral
* Foren enema 1x 133 ml

Fungsi :

* 1. Meringankan gangguan konstipasi (susah buang air besar) akut yang datang sewaktu-waktu
	2. Sebagai pencahar sebelum pemeriksaan rektal
	3. Pembersihan usus besar sebelum menjalani kolonoskopi dan endoskopik
	4. Perawatan sesudah operasi atau untuk mengurangi kepadatan tinja atau impaksi barium
* Obat parenteral
* Ceftriaxone 2 x 200 mg

Fungsi : Obat antibiotik dengan fungsi untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri

* OMZ (Omeprazole) 2 x 20 mg

Fungsi : sebagai obat penghambat sekresi asam lambung sebagaimana dijelaskan di atas, maka fungsi OMZ :

* + 1. Pengobatan jangka pendek pada penderita tukak doudenal
		2. Pengobatan jangka pendek pada penderita tukak lambung
		3. Pengobatan penderita tukak lambung dan tukak duodenum yang tidak responsif terhadap pemberian obat-obat antagonis reseptor H2 contohnya cimetidine, ranitidine
* cetorolac 2 x 2 ml

Fungsi : digunakan untuk meredakan pembengkakan nyeri,demam, dan peradangan

* Cairan intra vena
* RL 20tts/i dalam waktu 8jam
* Nacl 3 % ( 700 ) dalam 24 jam
	+ 1. **Data focus**
1. Data Subjektif
2. Klien mengatakan susah untuk tidur saat malam hari karena nyeri pada bagian abdomen
3. Klien mengatakan hanya tidur 4 jam dan sering terbangun karena sakit pada bagian perut
4. Klien mengatakan hidungnya terasa sakit karena terpasang NGT
5. Klien mengatakan keadaannya cemas karena terpasang infus di tangan kiri dan kanan, terpasang kateter, cemas dengan keadaannya sekarang ini karena takut penyakitnya tidak sembuh
6. Klien mengatakan selama dia masuk Rumah Sakit belum ada mandi
7. Klien mengatakan belum di izinkan ke kamar mandi karena keadaan yang belum memungkinkan
8. Data Obyektif
9. Klien tampak gelisah
10. Klien tampak meringis
11. Klien tampak memegang perutnya karena sakit
12. Klien tampak memegang hidungnya karena sakit
13. Klien tampak cemas, nadi : 110 x/i pernafasan : 25x/i
14. Klien terpasang NGT
15. Klien tampak letih
16. Klien tampak kotor
17. Rambut klien tampak berminyak
18. Rambut klien kusut
19. Badan klien bau
20. Klien tampak tidak segar
21. TTV 19 juni 2017

TD : 130 / 70 mmHg N : 110 x/i

Suhu : 37,3 c RR : 22x/i

1. Skala nyeri 5

Dengan penilaian PQRST :

P = provokatif (penyebab)

 Nyeri klien timbul karena klien tidak ada BAB

Q = Quality (kualitas)

Nyeri yang dirasakan klien seperti ditusuk-tusuk setiap ingin menggerakkan abdomennya

R = Radiation (penyebab)

 Nyeri dirasakan disekitar abdomen

S = Severity (tanda dan gejala)

Klien meringis, skala nyeri 5, nyeri dirasakan klien disertai nafas dan nadi agak cepat, klien merasa tidak nyaman

 T = time (waktu timbulnya)

Nyeri dirasakan klien hilang timbul, nyeri dirasakan saat klien bergerak

* + 1. **Analisa data**

**Tabel 3.2 Analisa data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | DATA | MASALAH | ETIOLOGI |
| 1 | DS :* Klien mengatakan susah untuk tidur saat malam hari karena nyeri pada bagian abdomen
* Klien mengatakan hanya tidur 4 jam dan sering terbangun karena sakit pada bagian perut
* Klien mengatakan hidungnya terasa sakit karena terpasang NGT

DO :* Klien tampak meringis
* Klien tampak memegang perutnya karena sakit
* Skala nyeri 5

Dengan penilaian PQRST :P= provokatif (penyebab)Nyeri klien timbul karena klien tidak ada BAB Q= Quality (kualitas)Nyeri yang dirasakan klien seperti ditusuk-tusuk setiap ingin menggerakkan abdomennyaR=Radiation (penyebab)Nyeri dirasakan disekitar abdomen S= Severity (tanda dan gejala) Klien meringis, skala nyeri 5, nyeri dirasakan klien disertai nafas dan nadi agak cepat, klien merasa tidak nyamanT=time (waktu timbulnya)Nyeri dirasakan klien hilang timbul, nyeri dirasakan saat klien bergerak* TTV

TD : 130 / 70 mmHgnadi : 110 x/i pernafasan : 25x/i | Nyeri | kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus |
| 2.  | DS :* Klien mengatakan selama dia masuk Rumah Sakit belum ada mandi
* Klien mengatakan belum di izinkan ke kamar mandi karena keadaan yang belum memungkinkan

DO :* Badan klien tampak kotor
* Badan klien bau
* Rambut klien tampak kusut
* Rambut klien berminyak
* Klien tampak belum mandi
 | Defisit perawatan diri | Intoleransi aktifitas  |
| 3.  | DS :* Klien mengatakan cemas karena terpasang infus di tangan kiri dan kanan, terpasang kateter,
* Klien mengatakan cemas dengan keadaannya sekarang ini karena takut penyakitnya tidak sembuh

DO :* Klien tampak gelisah
* Klien tampak cemas
* Klien tampak terpasang NGT, infus dikedua tangan, dan terpasang kateter
* TTV

TD : 130 / 70 mmHgNafas : 25 x/iNadi : 110 x/iSuhu : 37,3 c | Ansietas  | Status kesehatan  |

* 1. **DIAGNOSA KEPERAWATAN**
1. Nyeri akut b/d kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus
2. Defisit perawatan diri b/d intoleransi aktivitas
3. Ansietas b/d Status kesehatan

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan Asuhan Keperawatan pada Ny.F dengan Ileus Obstruksi Parsial di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 di dapatkan pembahasan sebagai berikut :

* 1. **Pengkajian**

Berdasarkan tinjauan teoritis tentang pengkajian pada pasien Ileus Obstruksi sesuai dengan tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus pada pengkajian Ny.F yang berumur 47 Tahun dengan Ileus Obstruksi Parsial. Pasien mengalami perutnya sakit sejak 13 hari yang lalu, terasa nyeri di perut, klien gelisah dan meringgis apabila nyeri/ sakit datang, klien mengatakan nyeri yang dirasakan klien hilang timbul, susah untuk tidur saat malam hari karena nyeri pada bagian abdomen, klien hanya tidur 4 jam dan sering terbangun karena sakit pada bagian perut, Skala nyeri 5. Klien mengatakan tidak ada kentut, Klien mengatakan perutnya kembung, tidak ada BAB sejak 10 hari yang lalu. Klien juga mengatakan mual muntah (+), kepala pusing.

Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan Obstruksi merupakan suatu pasase yang terjadi ketika ada gangguan yang menyebabkan terhambatnya aliran isi usus kedepan, tetapi peristaltiknya normal (Reeves, 2001).

Tanda dan gejala pasien yang menderita ileus obstruksi gejala utama antara lain nyeri kolik abdomen, mual, muntah, perut distensi dan tidak bisa buang air besar (obstipasi). Mual muntah umumnya terjadi pada obstruksi letak tinggi. Bila lokasi obstruksi di bagian distal maka gejala yang dominant adalah nyeri abdomen. Distensi abdomen terjadi bila obstruksi terus berlanjut dan bagian proksimal usus menjadi sangat dilatasi.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Dalam teori dengan kasus Ileus Obstruksi ditemukan diagnosa keperawatan yaitu Nyeri b/d kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus.

Hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.F dengan Ileus Obstruksi adalah

1. Nyeri berhubungan dengan kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus
2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas
3. Ansietas b/d Status kesehatan.

Menurut asumsi penulis ada perbedaan yang spesifik antara teori dengan kasus. Sehingga dapat disimpulkan diagnosa keperawatan yang tidak ada diteori ditemukan didalam kasus Ileus Obstruksi pada Ny.F.

Sedangkan pada tinjauan teoritis ada 5 masalah keperawatan, yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus
2. Retensi urinarius berhubungan dengan obstruksi jalan keluar kandung kemih sekunder terhadap tekanan pada kandung kemih
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah
4. Pola nafas tak efektif berhubungan dengan penurunan O2 sekunder terhadap tekanan pada diafragma
5. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan sekunder akibat muntah

Dari hasil pengkajian didapatkan perbedaan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus, dimana ada 4 masalah keperawatan yang ada didalam tinjauan teoritis tidak ada muncul didalam tinjauan kasus, yaitu :

1. Retensi urinarius berhubungan dengan obstruksi jalan keluar kandung kemih sekunder terhadap tekanan pada kandung kemih
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah
3. Pola nafas tak efektif berhubungan dengan penurunan O2 sekunder terhadap tekanan pada diafragma
4. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan sekunder akibat muntah.

Hal ini disebabkan karena tidak adanya data-data dari keluahan pasien yang mendukung untuk menegakkan masalah keperawatan yang ada didalam tinjauan teoritis ke dalam tinjauan kasus.Namun ada dua masalah keperawatan yang tidak ada didalam tinjauan teoritis, tapi ada didalam tinjauan kasus, yaitu :

1. Defisit perawatan diri b/d intoleransi aktivitas
2. Ansietas b/d Status kesehatan

Hal ini disebabkan karena adanya data-data yang mendukung dari keluhan pasien untuk menegakan masalah keperawatan yang muncul didalam tinjauan kasus pasien ileus obstruksi, namun tidak ada muncul didalam tinjauan teoritis.

* 1. **Rencana Asuhan Keperawatan**

Dalam penyusunan rencana keperawatan penulis menggunakan rencana keperawatan berdasarkan standar NIC-NOC NANDA. Dalam kasus rencana keperawatan yang muncul diantaranya adalah :

Untuk diagnosa Nyeri b/d kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus dilakukan intervensi Pain Management dan Analgesic Administration yang berdasarkan pada tinjauan teoritis ada 11 rencana keperawatan, yaitu :

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
5. Kurangi faktor presipitasi nyeri
6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dala, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin
8. Kolaborasi dalam pemberian analgetik
9. Tingkatkan istirahat
10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali

Sedangkan menurut tinjauan kasus ada 11 rencana keperawatan yang dilaksanakan, yaitu :

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
5. Kurangi faktor presipitasi nyeri
6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dala, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin
8. Kolaborasi dalam pemberian analgetik
9. Tingkatkan istirahat
10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.

Dari hasil perbandingan antara rencana tindakan menurut tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus sesuai antara teori dengan kasus ileus obstruksi.

Untuk diagnosa Defisit perawatan diri b.d intoleransi aktivitas intervensi yang dilakukan ada 6 rencana keperawatan yang tidak ada didalam tinjauan teoritis, namun ada muncul didalam tinjauan kasus, yaitu :

1. Kaji kemampuan untuk melakukan alat bantu
2. Kaji membrane mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari
3. Kaji kondisi kulit saat mandi
4. Kaji adanya perubahan kemampuan fungsi
5. Bantu perawatan diri : mandi/hygine
6. Beri dukungan klien mandi dalam melakukan mandi dan hygine.

Untuk diagnosa Ansietas b.d Status kesehatan aktivitas intervensi yang dilakukan ada 6 rencana keperawatan yang tidak ada didalam tinjauan teoritis, namun ada muncul didalam tinjauan kasus, yaitu :

1. Beri bimbingan antisipatif kepada klien
2. Bantu klien mengurangi stress
3. Berikan dukungan emosional
4. Monitor vital sign
5. Kolaborasi dalam pemberian terapi obat
6. Ajarkan klien teknik relaksasi
	1. **Implementasi**

Implementasi keperawatan yang dilakukan juga sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dan sesuai dengan kondisi Ny.F. Diagnosa keperawatan Nyeri akut b.d kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus dan implementasi yang dilakukan, yaitu :

1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
2. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
3. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
4. Mengurangi faktor presipitasi nyeri
5. Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
6. Mengjarkan tentang teknik relaksasi
* Tarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan, pertahankan bahu tetap rileks, dada bagian atas tidak bergerak, dan biarkan rongga perut bergerak naik
* Keluarkan udara secara perlahan melalui mulut, dengan menguncupkan bibir
* Lakukan 3-4 kali
* Pada tarikan nafas ke-4, keluarkan nafas secara maksimal
* Tarik nafas secara maksimal, tahan sampai 3-5 detik
* Keluarkan udara secara perlahan melalui mulut dengan menguncupkan bibir
* Ulangi 5-10 kali, lakukan sehari 3-4 kali
1. Berkolaborasi dalam pemberian analgetik

 Ditemukan : OMZ 2x20 mg/hari

1. Tingkatkan istirahat
2. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
3. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik

Untuk diagnosa Defisit perawatan diri b.d intoleransi aktivitas dan implementasi yang telah dilakukan, yaitu :

1. Mengobservasi kemampuan klien untuk melakukan alat bantu
2. Mengobservasi membrane mukosa oral dan kebersihan tubuh
3. Mengobservasi kondisi kulit saat mandi
4. Mengobservasi adanya perubahan kemampuan fungsi
5. Membantu perawatan diri : mandi/hygine klien
6. Memberikan dukungan klien untuk mandi mandi / hygine

Untuk diagnosa Ansietas b.d Status kesehatan dan implementasi yang telah dilakukan, yaitu :

1. Memberikan bimbingan antisipatif cemas kepada klien dengan cara :
* Komunikasi dengan orang sekitar
* Istirahat ( tidur )
* Berfikiran positif
1. Membantu klien mengurangi stress
2. Memberikan dukungan emosional
	1. **Evaluasi**

Setelah dilakukan implementasi selama 3x8 jam dari hari Senin (19 Juni 2017) sampai hari Rabu (21 Juni 2017), didapatkan hasil bahwa Ny.F mengalami kemajuan dimana Ny.F merasakan nyeri sudah berkurang dengan skala nteri 4, Ny.F sudah bisa mandi secara mandiri dan Ny.F sudah tidak cemas lagi dengan kondisinya.

**BAB V**

**PENUTUP**

* 1. **Kesimpulan**

Obstruksi usus adalah gangguan pada aliran normal isi usus sepanjang traktus intstinal (Nettina, 2001). Obstruksi merupakan suatu pasase yang terjadi ketika ada gangguan yang menyebabkan terhambatnya aliran isi usus kedepan, tetapi peristaltiknya normal (Reeves, 2001).Obstruksi usus merupakan suatu blok saluran usus yang menghambat pasase cairan, flatus dan makanan dapat secara mekanis atau fungsional (Tucker, 1998). Ileus adalah gangguan pasase isi usus yang merupakan tanda adanya obstruksi usus akut yang segera memerlukan pertolongan atau tindakan (Darmawan, dkk, 2010).

Dari uraian diatas penulis dapat mengambil kesimpulan :

1. Konsep dan asuhan keperawatan tentang Ileus Obstruksi seperti pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi dan WOC, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan komplikasi. Dapat di pahami dengan baik oleh penulis maupum pembaca
2. Pengkajian asuhan keperawatan pada klien Ny.F dengan ileus obstruksi parsial diruang rawat inap bedah wanita RSUD Dr. Achmad Mocthar Bukittinggi tahun 2017 dapat dilakukan dengan baik dan tidak mengalami kesulitan dalam mengumpulkan data.
3. Pada diagnosa asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 dapat dirumuskan 3 diagnosa pada tinjauan kasus
4. Pada perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus.
5. Pada implementasi asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 hampir semua dapat dilakukan, namun ada beberapa rencana tindakan yang penulis tidak lakukan tetapi dilakukan oleh perawat ruangan tersebut
6. Evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien dengan Ileus Obstruksi obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 dapat dilakukan dari 3 diagnosa dan semua masalah teratasi sebagian.
	1. **Saran**
7. Bagi Penulis

Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan Ileus Obstruksi parsial dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidkan program studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Perintis Padang.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan bagi institusi pendidkan dalam proses belajar mengajar, khususnya tentang Karya Tulis Ilmiah Laporan Studi Kasus dan memberikan sumbangan pikiran yang kiranya dapat berguna sebgai informasi awal.

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan, perawat yang ada dirumah sakit untuk mengambil langkah-langkah kebijakan dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan klien dengan Ileus Obstruksi parsial.

* 1. **INTERVENSI KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **NOC** | **NIC** |
| 1.  | Nyeri akut berhubungan dengan kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri klien berkurang atau hilang dengan kriteria hasil :1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Tanda vital dalam rentang normal
 | 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
5. Kurangi faktor presipitasi nyeri
6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dala, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin
8. Kolaborasi dalam pemberian analgetik
9. Tingkatkan istirahat
10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
 |
| 2 | Defisit perawatan diri b.d intoleransi aktivitas | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 masalah defisit perawatan diri klien dapat teratasi denganKriteria hasil :Menunjukkan perawatan diri : aktivitas sehari-hari | 1. Kaji kemampuan untuk melakukan alat bantu
2. Kaji membrane mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari
3. Kaji kondisi kulit saat mandi
4. Kaji adanya perubahan kemampuan fungsi
5. Bantu perawatan diri : mandi/hygine
6. Beri dukungan klien mandi dalam melakukan mandi dan hygine.
 |
| 3 | Ansietas b.d Status kesehatan | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah ansietas klien dapat teratasi dengan Kriteria hasil:1. Klien tidak cemas

Klien merasa nyaman kembali dengan kondisinya | 1. Beri bimbingan antisipatif kepada klien
2. Bantu klien mengurangi stress
3. Berikan dukungan emosional
4. Monitor vital sign
5. Kolaborasi dalam pemberian terapi obat
6. Ajarkan klien teknik relaksasi
 |

**T**

* 1. **IMPLEMENTASI DAN EVALUASI**

**Table 3.4 Catatan Perkembangan ( inplementasi dan evaluasi)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari / Tanggal** | **Diagnosa keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **jam** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| **1** | Senin , 19 juni 2017 | Nyeri akut b.d kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus | 08:45 wib09:02 wib  | * 1. Melakukan observasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
	2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
	3. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
	4. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
	5. Mengurangi faktor presipitasi nyeri
	6. Mengjarkan tentang teknik relaksasi
* Tarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan, pertahankan bahu tetap rileks, dada bagian atas tidak bergerak, dan biarkan rongga perut bergerak naik
* Keluarkan udara secara perlahan melalui mulut, dengan menguncupkan bibir
* Pada tarikan nafas ke-4, keluarkan nafas secara maksimal
* Tarik nafas secara maksimal, tahan sampai 3-5 detik
* Keluarkan udara secara perlahan melalui mulut dengan menguncupkan bibir
* Ulangi 5-10 kali, lakukan sehari 3-4 kali
	1. pemberian analgetik yaitu cetorolax 2x2ml, OMZ 2x20 mg/hari
	2. Tingkatkan istirahat
	3. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
	4. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
 | 11:45 wib | **S:** * klien mengatakan masih nyeri pada bagian abdomen.
* Klien mengatakan nyeri kadang hilang timbul
* Klien mengatakan mulai paham cara teknik relaksasi nafas dalam yang di ajarkan
* **O:**
* Klien tampak meringis
* Klien tampak memegang perutnya karena sakit
* Klien sudah diberikan obat analgetik
* Klien tampak mendengarkan anjuran yang diberikan
* Skala nyeri 5
* TTV :

TD : 130 / 70 mmHgSuhu : 37,3 c**A:**Masalah nyeri akut belum teratasi **P :**Intervensi 1- 11 dilanjutkan |  |
| 2 |  | Defisit perawatan diri b.d intoleransi aktivitas | 10:08 wib | 1. Mengobservasi membrane mukosa oral dan kebersihan tubuh
2. Mengobservasi kondisi kulit saat mandi
3. Mengobservasi adanya perubahan kemampuan fungsi
4. Membantu perawatan diri : mandi/hygine klien
5. Memberikan dukungan klien untuk mandi mandi / hygine.
 | 12:05 wib  | **S :*** klien mengatakan sedikit nyaman
* klien mengatakan segar setelah mandi

**O :*** klien tampak bersih
* klien tampak segar
* kulit klien lembab
* rambut klien rapi

**A :**Masalah defisit perawatan diri teratasi **P :*** Intervensi di hentikan
* Klien mandi dibantu oleh keluarga
* Berikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya perawatan diri
 |  |
| 3 |  | Ansietas b.d Status kesehatan | 11:10 wib11:35 wib  | 1. Memberikan bimbingan antisipatif cemas kepada klien dengan cara :
* Komunikasi dengan keluarga
* Istirahat ( tidur )
* Berfikiran positif
1. Membantu klien mengurangi stress
* Melakukan sholat
* Mengeluarkan unek-unek yang dipendam
* Berfikiran positif
1. Memberikan dukungan emosional
* Berikan klien nasehat
* Membatasi kunjungan klien
* Suruh klien berdzikir
 | 12:49 wib  | **S :*** Klien mengatakan sudah mulai mengetahui cara antisipasi cemas
* Klien mengatakan cemas berkurang

**O :*** Klien tampak masih cemas
* Klien mengerti cara mengurangi stres
* Klien sudah mengerti apa yang diajarkan
* TTV :

TD : 130 mmHgN : 98 x/iRR : 24 x/i**A :**Masalah ansietas belum teratasi**P :*** Intervensi 1-3 dilanjutkan
* Memberikan bimbingan antisipatif kepada klien
* Membantu klien mengurangi stress
* Memberikan dukungan emosional
 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari / Tanggal** | **Diagnosa keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **jam** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| **1** | Selasa , 20 juni 2017 | Nyeri akut b.d proses perjalanan penyakit | 08:45 wib09:00 wib11:05 wib | * + 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
		2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
		3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
		4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
		5. Kurangi faktor presipitasi nyeri
		6. Ajarkan tentang teknik relaksasi
* Tarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan, pertahankan bahu tetap rileks, dada bagian atas tidak bergerak, dan biarkan rongga perut bergerak naik
* Keluarkan udara secara perlahan melalui mulut, dengan menguncupkan bibir
* Lakukan 3-4 kali
* Pada tarikan nafas ke-4, keluarkan nafas secara maksimal
* Tarik nafas secara maksimal, tahan sampai 3-5 detik
* Keluarkan udara secara perlahan melalui mulut dengan menguncupkan bibir
* Ulangi 5-10 kali, lakukan sehari 3-4 kali
	+ 1. Memberikan analgetik

OMZ 2x20 mg/hari* + 1. Meningkatkan istirahat
		2. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
		3. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
 | 12:00 wib | **S:** * Klien mengatakan nyerinya meningkat
* Klien mengatakan takut menggerakkan perutnya
* Klien mengatakan tidak ada melakukan teknik relaksasi
* **O:**
* Klien tampak meringis
* Klien tampak membatasi pergerakannya
* Klien tampak memegang perutnya
* Skala nyeri 5
* TTV :

TD : 110 / 60 mmHgNadi : 108 x /iRR : 24 x/i **A:**Masalah nyeri akut belum teratasi **P :**Intervensi 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 dilanjutkan |  |
| 2 |  | Ansietas b.d Status kesehatan | 12:25 wib | * 1. Memberikan bimbingan antisipatif cemas kepada klien dengan cara :
* Komunikasi dengan orang sekitar
* Istirahat ( tidur )
* Berfikiran positif
	1. Membantu klien mengurangi stress
	2. Memberikan dukungan emosional
 | 12:45 wib | **S :*** Klien mengatakan tidak cemas lagi dengan penyakitnya
* Klien mengatakan ada melakukan teknik relaksasi ketika cemas

**O :*** Klien tampak tenang
* Ketika cemas klien tampak melakukan teknik relaksasi
* TTV :

TD : 110/ 80 mmHgN : 78 x/iRR : 20x/i**A :** Masalah ansietas teratasi**P :**Intervensi dihentikan  Pasien mandiri melakukan teknik relaksasi |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari / Tanggal** | **Diagnosa keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **jam** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| **1** | Rabu , 21 juni 2017 | Nyeri akut b.d proses perjalanan penyakit | 09:00 wib09:46 wib11:39 wib  | * + - 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
			2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
			3. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
			4. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
			5. Mengurangi faktor presipitasi nyeri
			6. Mengjarkan tentang teknik relaksasi
* Tarik nafas dalam melalui hidung secara perlahan, pertahankan bahu tetap rileks, dada bagian atas tidak bergerak, dan biarkan rongga perut bergerak naik
* Keluarkan udara secara perlahan melalui mulut, dengan menguncupkan bibir
* Lakukan 3-4 kali
* Pada tarikan nafas ke-4, keluarkan nafas secara maksimal
* Tarik nafas secara maksimal, tahan sampai 3-5 detik
* Keluarkan udara secara perlahan melalui mulut dengan menguncupkan bibir
* Ulangi 5-10 kali, lakukan sehari 3-4 kali
	+ - 1. Memberian analgetik

OMZ 2x20 mg/hari* + - 1. Meningkatkan istirahat
			2. Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
			3. Memonitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik
 | 12:03 wib | **S:** * Klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang
* Klien mengatakan masih takut menggerakkan perutnya
* Klien mengatakan ada melakukan teknik relaksasi ketika nyeri timbul
* **O:**
* Klien tampak meringis
* Klien tampak membatasi pergerakannya
* Skala nyeri 4
* TTV :

TD : 110 / 80 mmHgNadi : 80 x /iRR : 20 x/i **A:**Masalah nyeri akut belum teratasi **P :**Intervensi 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 dilanjutkan |  |

**MANUSKRIP**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY.F DENGAN ILEUS**

**OBSTRUKSI PARSIAL DI RUANG RAWAT INAP BEDAH WANITA**

 **RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

**TAHUN 2017**

****

**Atika Rahayu Ningsih**

**Email : atika\_rn@yahoo.com**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

**TAHUN 2017**

**PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang

Ileus adalah gangguan/hambatan pasase isi usus yang merupakan tanda adanya osbtruksi usus akut yang segera membutuhkan pertolongan atau tindakan (Indrayani, 2013).

Ileus obstruktif adalah suatu penyumbatan mekanis pada usus dimana merupakan penyumbatan yang sama sekali menutup atau mengganggu jalannya isi usus (Sabara, 2007). Setiap tahunnya 1 dari 1000 penduduk dari segala usia didiagnosa ileus (Davidson, 2006).

Berdasarkan data statistik dibeberapa negara, salah satunya di Amerika Serikat, kasus ileus obstruktif diperkirakan memiliki insidensi sebesar 0,13%. Selain itu, laporan data dari Nepal tahun 2007 didapatkan jumlah penderita ileus obstruktif dan paralitik dari tahun 2005 -2006 adalah 1.053 kasus (5,32%), sedangkan data di Indonesia tahun 2004 tercatat sekitar 7.024 kasus ileus obstruktif yang dirawat inap.

* 1. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuaraikan di atas, maka penulis tertarik untuk membuat Laporan Studi Kasus dengan judul judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.F Dengan Ileus Obstruksi Parsial Di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017”

* 1. Tujuan
		1. Tujuan Umum

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi parsial penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat dan standar asuhan keperawatan yang berlaku di ruang bedah RSUD Dr.Achmad Mucthar Bukittinggi tahun 2017

* + 1. Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi parsial penulis dapat :

1. Memahami konsep dan asuhan keperawatan tentang Ileus Obstruksi
2. Mengidentifikasi pengkajian dan data yang menunjang masalah keperawatan pada klien serta keluarga dengan ileus obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
3. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
4. Merncanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
5. Melaksanakan atau dapat memberikan suhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
6. Mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien dengan Ileus Obstruksi obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017
7. Melakasanakan pendokumentasian keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

**TINJAUAN PUSTAKA PENDAHULUAN**

* 1. Defenisi Ileus Obstruksi

Obstruksi merupakan suatu pasase yang terjadi ketika ada gangguan yang menyebabkan terhambatnya aliran isi usus kedepan, tetapi peristaltiknya normal (Reeves, 2001).Obstruksi usus merupakan suatu blok saluran usus yang menghambat pasase cairan, flatus dan makanan dapat secara mekanis atau fungsional (Tucker, 1998).

* 1. Etiologi

Walaupun predisposisi ileus biasanya terjadi akibat pascabedah abdomen, tetapi ada faktor predisposisi lain yang mendukung peningkatan resiko terjadinya ileus, di antaranya (Behm, 2003) sebagai berikut :

1. Sepsis
2. Obat-batan (misalnya: opoid, antasid, coumarin, amitriptyline, chlorpromazine).
3. Ganguan elektrolit dan metabolik (misalnya hipokalamia, hipomagnesemia, hipernatremia, anemia, atau hoposmolalitas).
4. Infark miokard.
5. Pneumonia
6. Trauma (misalnya: patah tulang iga, cidera spina).
7. Bilier dan ginjal kolik.
8. Cidera kepala dan prosedur bedah saraf.
9. Inflamasi intraabdomen dan peritonitis.
10. Hematoma retroperitoneal.

.2.3 Manifestasi klinis

Gejala utama dari ileus obstruksi antara lain nyeri kolik abdomen, mual, muntah, perut distensi dan tidak bisa buang air besar (obstipasi). Mual muntah umumnya terjadi pada obstruksi letak tinggi. Bila lokasi obstruksi di bagian distal maka gejala yang dominant adalah nyeri abdomen. Distensi abdomen terjadi bila obstruksi terus berlanjut dan bagian proksimal usus menjadi sangat dilatasi.

2.4 Patofisiologi

Ileus non mekanis dapat disebabkan oleh manipulasi organ abdomen , peritonitis, sepsis, dll, sedang ileus mekanis disebabkan oleh perlengketan neoplasma, hernia, benda asing, volvulus. Adanya penyebab tersebut dapat mengakibatkan passage usus terganggu sehingga akumulasi gas dan cairan dalam lumen usus. Adanya akumulasi isi usus dapat meneyebabkan gangguan absorbsi H2O dan elektrolit pada lumen usus yang mengakibatkan kehilangan H2O dan natrium. Selanjutnya akan terjadi penurunan volume cairan ekstraseluler sehingga terjadi syok hypovolemik, penurunan curah jantung, penurunan perfusi jaringan , hipotensi dan asidosis metabolik.

Akumulasi cairan juga mengakibatkan distensi dinding usus sehingga timbul nyeri, kram dan kolik. Distensi dinding usus juga dapat menekan kandung kemih sehingga terjadi retensi urine. Retensi juga dapat menekan diafragma sehingga ventilasi paru terganggu dan menyebabkan sulit bernapas. Selain itu distensi juga dapat menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Selanjutnya terjadi iskemik dinding usus, kemudian terjadi nekrosis, rupture dan perforasi, sehingga terjadi pelepasan bakteri dan toksin dari usus yang nekrotik ke dalam peritoneum dan sirkulasi sistem. Pelepasan bakteri dan toksin ke peritoneum akan menyebabkan peritonitis septikemia.

2.5 Pemeriksaan penunjang

1. Labotarorium
2. Foto polos abdomen
3. USG abdomen
4. Pemerikan CT-Scan
5. Pemeriksaan Radiologi

2.6 Penatalaksanaan

1. Monitor :
2. Keseimbangan cairan dan elektrolit : mengoreksi defisit atau kelebihan cairan dan mengganti dengan cairan intravena.
3. Tanda-tanda vital : ada kenaikan, berarti ada kemungkinan strangulasi atau peritonitis.
4. Pasang kateter urin untuk menghitung balance cairan. Bila urine output berkurang, waspadai syok.
5. Cairan lambung : ukur dan catat warnanya.
6. Darm contour
7. Suara usus
8. Dekompresi atas dan bawah :
9. Dekompresi dengan NGT, penderita dipuasakan.
10. Lavement
11. Memperbaiki ventilasi :
12. Posisi Fowler sehingga expansi diafragma luas.
13. Menganjurkan penderita bernafas melalui hidung dan tidak menelan udara karena akan menambah distensi
14. Menganjurkan bernafas dalam.
15. Obat-obatan :
16. Antibiotik broadspectrum untuk bakteri anaerob dan aerob.
17. Analgesik apabila nyeri.
18. Tindakan bedah bila :
19. Strangulasi
20. Obstruksi lengkap
21. Hernia inkarserata
22. Tidak ada perbaikan pada pengobatan konservatif

2.7 Komplikasi

1. Peritonitis septicemia adalah suatu keadaan dimana terjadi peradangan pada selaput rongga perut (peritonium) yang disebabkan oleh terdapatnya bakteri dalam darah (bakterimia).
2. Syok hypovolemia terjadi akibat terjadi dehidrasi dan kekurangan volume cairan.
3. Perforasiusus adalah suatu kondisi yang ditandai dengan terbentuknya suatu lubang usus yang menyebabkan kebococran isi usus kedalam rongga perut, Kebococran ini dapat meneybabkan peritonitis.
4. Nekrosisusus adalah adanya kematian jaringan pada usus.
5. Sepsis adalah infeksi berat di dalam darah karena adanaya bakteri.
6. Abses adalah kondisi medis dimana terkumpulnya nanah didaerah anus oleh bakteri atau kelenjar yang tersumbat pada anus.
7. Sindroma usus pendek dengan malabsorbsi dan malnutrisi adalah suatu keadaan dimana tubuh sudah tidak bisa mengabsorbsi nutrisi karena pembedahan.
8. Gangguan elektrolit. Trefluk muntah dapat terjadi akibat distensi abdomen. Muntah mengakibatkan kehilangan ion hidrogen dan kalium dari lambung, serta menimbulkan penurunan klorida dan kalium dalam darah (Dermawan, dkk.2010.).
	1. Asuhan Keperawatan

Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. (Nursalam, 2011).

Diagnosa yang akan muncul

Menurut buku NANDA tahun 2015-2017 dianosa keperawatan yang sering muncul pada klien ileus obstruksi adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus
2. Retensi urinarius berhubungan dengan obstruksi jalan keluar kandung kemih sekunder terhadap tekanan pada kandung kemih
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah
4. Pola nafas tak efektif berhubungan dengan penurunan O2 sekunder terhadap tekanan pada diafragma
5. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan sekunder akibat muntah

Rencana asuhan keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasikan dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah & Walid, 2012).

Implementasi keperawatan

Implemetntasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan : melaksanakan intervensi/aktivitasyang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencan perawatan klien.

Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yaitu menilai efektifitas rencana yang telah dibuat, strategi dan pelaksanaan dalam asuhan keperawatan serta menentukan perkembangan dan kemampuan pasien dalam mencapai sasaran yang telah diharapkan.

**TINJAUAN KASUS**

* 1. PENGKAJIAN
		1. Identitas Klien

Nama / initial : Ny. F

No. MR:474520

Umur : 47 tahun

Ruang Rawat : Bedah

Jenis kelamin : Perempuan

Tgl Masuk RS :17 Juni 2017

Status : Menikah

Tgl Pengkajian:19 Juni 2017

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Pendidikan : SD

Alamat : Jl. Perwira Lubuk Sikarah, Kota Solok

Suku Bangsa : Minang-Indonesia

Penanggung Jawab

Nama : Ny. R

Umur : 28 tahun

Hub. Keluarga : Anak

Pekerjaan : IRT

* + 1. Alasan Masuk

klien masuk kiriman atau rujukan dari Rumah Sakit Adnan wd payakumbuh melalui IGD dengan keluhan klien mengatakan perutnya sakit sejak 13 hari yang lalu, terasa nyeri di perut. Klien mengatakan tidak ada kentut, Klien mengatakan perutnya kembung, tidak ada BAB sejak 10 hari yang lalu. Klien juga mengatakan mual muntah (+), kepala pusing.

* + 1. Riwayat Kesehatan
1. Riwayat kesehatan sekarang

Saat di lakukan pengkajian pada tanggal 19 juni 2017 pukul 09:00 wib klien mengatakan nyeri pada abdomen, skala nyeri 5 dengan penilaian PQRST yaitu :

P (provokatif): Klien mengatakan timbul nyeri karena klien tidak ada BAB.

Q (quality): klien mengatakan nyeri terasa ditusuk-tusuk setiap ingin menggerakkan perutnya

R (radiation): Klien mengatakan nyeri disekitar abdomen

S (severity): klien meringis, skala nyeri 5, nyeri yang dirasakan klien di sertai nafas dan nadi cepat, klien mengatakan merasa tidak nyaman apabila nyeri datang

T (time): klien mengatakan nyeri yang dirasakan klien hilang timbul, nyeri dirasakan saat klien bergerak

Klien mengatakan susah untuk tidur saat malam hari karena nyeri pada bagian abdomen, klien hanya tidur 4 jam dan sering terbangun karena sakit pada bagian perut, Skala nyeri 5.Klien mengatakan hidungnya terasa sakit karena terpasang NGT, klien mengatakan keadaannya cemas karena terpasang infus di tangan kiri dan kanan, terpasang kateter, cemas dengan keadaannya sekarang ini karena takut penyakitnya tidak sembuh. klien mengatakan selama dia masuk Rumah Sakit belum ada mandi,klien mengatakanbelum di izinkan oleh dokter ke kamar mandi karena keadaan yang belum memungkinkan.

1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan dahulu pernah menderita penyakit magh. Klien mengatakan tidak ada menderita penyakit seperti ini sebelumnya, klien mengatakan dahulu tidak ada mengalami BAB berdarah dan berlendir , klien mengatakan tidak pernah operasi pada abdomen sebelumnya, tidak ada riwayat penyakit hipertensi

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang sama dengan klien. Klien hanya mengatakan ada riwayat penyakit magh yang diderita oleh ibu dan adek laki-laki. klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit Jantung, tidak ada riwayat penyakit hipertensi

* + 1. Pemeriksaan fisik

Kesadaran Umum : Sedang

Kesadaran : Composmentis

GCS : 15 M=6 V=5 E=4

BB / TB : 55 kg / 155 cm

Tanda Vital :

TD : 110 / 70 mmHg

Nafas : 20 x/i

Nadi : 80 x/i

Suhu : 37,3 c

Head to toe

* Fokus pengkajian

 Abdomen

Ins: Perut tampak membuncit karena tidak ada BAB, tidak ada bekas operasi

Aus : Bising usus klien dengan ileus obstruksi parsial tidak ada

Pl: Terdapat nyeri tekan, skala nyeri 5

Pk : Terdengar bunyi Tympani pada anterior bawah kiri

* + 1. Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak ada mempunyai alergi obat – obatan maupun alergi terhadap makanan

* + 1. Data Psikologis

karena klien mengatakan cemas dengan penyakitnya, klien tampak cemas , klien tampak meringis. pertahanan diri klien baik, klien menghadapi penyakitnya dengan sabar

* + 1. Data Sosial Ekonomi

Pola komunikasi klien terhadap perawat dan orang disekitarnya sopan dan baik, disaat klien sakit sekarang orang yang paling berharga dan dapat memberikan rasa nyaman adalah suami dan anaknya. Hubungan klien dengan keluarga dan tetangga berjalan dengan baik tidak ada bertengkaran satu sama lainnya. Klien terdiri dari keluarga yang sederhana, Klien berobat menggunakan BPJS

* + 1. Data Spritual

Sebelum klien masuk rumah sakit, klien selalu sholat lima waktu sehari semalam, klien yakin kepada ALLAH SWT bahwa penyakitnya akan sembuh, klien hanya banyak berdoan kepada tuhan yang maha esa.

* + 1. Data Penunjang

Tanggal 19 juni 2017

* Pemeriksaan kimia klinik
* Kalium: 3.47 mEg/dl ( 3.5 – 5.5 mEg/dl )
* Natrium : 142.2 mEg/dl ( 135 – 147 mEg/dl )
* Khlorida : 109.9 mEg/dl ( 100 – 106 mEg/dl )
* Pemeriksaan Laboratorium
* HGB : 14.4 [ g/dl ] P 13.0 – 16.0

 W 12.0 – 14.0

* RBC : 4.81 [ 10^6/Ul ]
* HCT : 39.9 [ % ]
* MCV : 83.0 – [ fL ]
* MCH : 29.9 [ pg ]
* MCHC : 36.1 [g/dL ]
* RDW-SD : 34.6 – [ fL]
* RDW-CV : 11.6 [%]
* WBC : 8.20 [ 10^3/ Ul ]
	+ 1. Data Pengobatan
* Foren enema 1x 133 ml
* Ceftriaxone 2 x 200 mg
* cetorolac 2 x 2 ml
* RL 20tts/i dalam waktu 8jam
* Nacl 3 % ( 700 ) dalam 24 jam
	+ 1. Data focus
1. Data Subjektif
2. Klien mengatakan susah untuk tidur saat malam hari karena nyeri pada bagian abdomen
3. Klien mengatakan hanya tidur 4 jam dan sering terbangun karena sakit pada bagian perut
4. Klien mengatakan hidungnya terasa sakit karena terpasang NGT
5. Klien mengatakan keadaannya cemas karena terpasang infus di tangan kiri dan kanan, terpasang kateter, cemas dengan keadaannya sekarang ini karena takut penyakitnya tidak sembuh
6. Klien mengatakan selama dia masuk Rumah Sakit belum ada mandi
7. Klien mengatakan belum di izinkan ke kamar mandi karena keadaan yang belum memungkinkan
8. Data Obyektif
9. Klien tampak gelisah
10. Klien tampak meringis
11. Klien tampak memegang perutnya karena sakit
12. Klien tampak memegang hidungnya karena sakit
13. Klien tampak cemas, nadi : 110 x/i pernafasan : 25x/i
14. Klien terpasang NGT
15. Klien tampak letih
16. Klien tampak kotor
17. Rambut klien tampak berminyak
18. Rambut klien kusut
19. Badan klien bau
20. Klien tampak tidak segar
21. TTV 19 juni 2017

TD : 130 / 70 mmHg

N : 110 x/i

Suhu : 37,3 c RR : 22x/i

1. Skala nyeri 5

Dengan penilaian PQRST :

P = provokatif (penyebab)

 Nyeri klien timbul karena klien tidak ada BAB

Q = Quality (kualitas)

Nyeri yang dirasakan klien seperti ditusuk-tusuk setiap ingin menggerakkan abdomennya

R = Radiation (penyebab)

 Nyeri dirasakan disekitar abdomen

S = Severity (tanda dan gejala)

Klien meringis, skala nyeri 5, nyeri dirasakan klien disertai nafas dan nadi agak cepat, klien merasa tidak nyaman

 T = time (waktu timbulnya)

Nyeri dirasakan klien hilang timbul, nyeri dirasakan saat klien bergerak

* 1. Diagnosa keperawatan
1. Nyeri akut b/d kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus
2. Defisit perawatan diri b/d intoleransi aktivitas
3. Ansietas b/d Status kesehatan
	1. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan selama 3x24 jam

* 1. Implementasi keperawatan dan evaluasi

Implementasi dilakukan selama 3 hari dan penulis tidak mengalami kesulitan karena klien kooperatif. Dan masalah dapat teratasi dengan baik.

**PEMBAHASAN**

Asuhan Keperawatan pada Ny.F dengan Ileus Obstruksi Parsial di Ruang Rawat Inap Bedah RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 di dapatkan pembahasan sebagai berikut :

* 1. Pengkajian

Berdasarkan tinjauan teoritis tentang pengkajian pada pasien Ileus Obstruksi sesuai dengan tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus pada pengkajian Ny.F yang berumur 47 Tahun dengan Ileus Obstruksi Parsial. Pasien mengalami perutnya sakit sejak 13 hari yang lalu, terasa nyeri di perut, klien gelisah dan meringgis apabila nyeri/ sakit datang, klien mengatakan nyeri yang dirasakan klien hilang timbul, susah untuk tidur saat malam hari karena nyeri pada bagian abdomen, klien hanya tidur 4 jam dan sering terbangun karena sakit pada bagian perut, Skala nyeri 5. Klien mengatakan tidak ada kentut, Klien mengatakan perutnya kembung, tidak ada BAB sejak 10 hari yang lalu. Klien juga mengatakan mual muntah (+), kepala pusing.

Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan Obstruksi merupakan suatu pasase yang terjadi ketika ada gangguan yang menyebabkan terhambatnya aliran isi usus kedepan, tetapi peristaltiknya normal (Reeves, 2001).

Tanda dan gejala pasien yang menderita ileus obstruksi gejala utama antara lain nyeri kolik abdomen, mual, muntah, perut distensi dan tidak bisa buang air besar (obstipasi). Mual muntah umumnya terjadi pada obstruksi letak tinggi. Bila lokasi obstruksi di bagian distal maka gejala yang dominant adalah nyeri abdomen. Distensi abdomen terjadi bila obstruksi terus berlanjut dan bagian proksimal usus menjadi sangat dilatasi.

* 1. Diagnosa Keperawatan

Dalam teori dengan kasus Ileus Obstruksi ditemukan diagnosa keperawatan yaitu Nyeri b/d kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus.

Hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.F dengan Ileus Obstruksi adalah

1. Nyeri berhubungan dengan kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus
2. Defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas
3. Ansietas b/d Status kesehatan.

Menurut asumsi penulis ada perbedaan yang spesifik antara teori dengan kasus. Sehingga dapat disimpulkan diagnosa keperawatan yang tidak ada diteori ditemukan didalam kasus Ileus Obstruksi pada Ny.F.

Sedangkan pada tinjauan teoritis ada 5 masalah keperawatan, yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus
2. Retensi urinarius berhubungan dengan obstruksi jalan keluar kandung kemih sekunder terhadap tekanan pada kandung kemih
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah
4. Pola nafas tak efektif berhubungan dengan penurunan O2 sekunder terhadap tekanan pada diafragma
5. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan sekunder akibat muntah

Dari hasil pengkajian didapatkan perbedaan antara tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus, dimana ada 4 masalah keperawatan yang ada didalam tinjauan teoritis tidak ada muncul didalam tinjauan kasus, yaitu :

1. Retensi urinarius berhubungan dengan obstruksi jalan keluar kandung kemih sekunder terhadap tekanan pada kandung kemih
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah
3. Pola nafas tak efektif berhubungan dengan penurunan O2 sekunder terhadap tekanan pada diafragma
4. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan sekunder akibat muntah.

Hal ini disebabkan karena tidak adanya data-data dari keluahan pasien yang mendukung untuk menegakkan masalah keperawatan yang ada didalam tinjauan teoritis ke dalam tinjauan kasus.Namun ada dua masalah keperawatan yang tidak ada didalam tinjauan teoritis, tapi ada didalam tinjauan kasus, yaitu :

1. Defisit perawatan diri b/d intoleransi aktivitas
2. Ansietas b/d Status kesehatan

Hal ini disebabkan karena adanya data-data yang mendukung dari keluhan pasien untuk menegakan masalah keperawatan yang muncul didalam tinjauan kasus pasien ileus obstruksi, namun tidak ada muncul didalam tinjauan teoritis.

* 1. Rencana Asuhan Keperawatan

Dalam penyusunan rencana keperawatan penulis menggunakan rencana keperawatan berdasarkan standar NIC-NOC NANDA. Dalam kasus rencana keperawatan yang muncul diantaranya adalah :

Untuk diagnosa Nyeri b/d kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus dilakukan intervensi Pain Management dan Analgesic Administration yang berdasarkan pada tinjauan teoritis ada 11 rencana keperawatan, yaitu :

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
5. Kurangi faktor presipitasi nyeri
6. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dala, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin
7. Kolaborasi dalam pemberian analgetik
8. Tingkatkan istirahat
9. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
10. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali

Sedangkan menurut tinjauan kasus ada 11 rencana keperawatan yang dilaksanakan, yaitu :

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
5. Kurangi faktor presipitasi nyeri
6. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dala, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin
7. Kolaborasi dalam pemberian analgetik
8. Tingkatkan istirahat
9. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
10. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.

Dari hasil perbandingan antara rencana tindakan menurut tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus sesuai antara teori dengan kasus ileus obstruksi.

Untuk diagnosa Defisit perawatan diri b.d intoleransi aktivitas intervensi yang dilakukan ada 6 rencana keperawatan yang tidak ada didalam tinjauan teoritis, namun ada muncul didalam tinjauan kasus, yaitu :

1. Kaji kemampuan untuk melakukan alat bantu
2. Kaji membrane mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari
3. Kaji kondisi kulit saat mandi
4. Kaji adanya perubahan kemampuan fungsi
5. Bantu perawatan diri : mandi/hygine
6. Beri dukungan klien mandi dalam melakukan mandi dan hygine.

Untuk diagnosa Ansietas b.d Status kesehatan aktivitas intervensi yang dilakukan ada 6 rencana keperawatan yang tidak ada didalam tinjauan teoritis, namun ada muncul didalam tinjauan kasus, yaitu :

1. Beri bimbingan antisipatif kepada klien
2. Bantu klien mengurangi stress
3. Berikan dukungan emosional
4. Monitor vital sign
5. Kolaborasi dalam pemberian terapi obat
6. Ajarkan klien teknik relaksasi
	1. Implementasi

Implementasi keperawatan yang dilakukan juga sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dan sesuai dengan kondisi Ny.F. Diagnosa keperawatan Nyeri akut b.d kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus dan implementasi yang dilakukan, yaitu :

1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
2. Membantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
3. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
4. Mengurangi faktor presipitasi nyeri
5. Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
6. Mengjarkan tentang teknik relaksasi
7. Berkolaborasi dalam pemberian analgetik

 Ditemukan : OMZ 2x20 mg/hari

1. Tingkatkan istirahat
2. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
3. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik

Untuk diagnosa Defisit perawatan diri b.d intoleransi aktivitas dan implementasi yang telah dilakukan, yaitu :

1. Mengobservasi kemampuan klien untuk melakukan alat bantu
2. Mengobservasi membrane mukosa oral dan kebersihan tubuh
3. Mengobservasi kondisi kulit saat mandi
4. Mengobservasi adanya perubahan kemampuan fungsi
5. Membantu perawatan diri : mandi/hygine klien
6. Memberikan dukungan klien untuk mandi mandi / hygine

Untuk diagnosa Ansietas b.d Status kesehatan dan implementasi yang telah dilakukan, yaitu :

1. Memberikan bimbingan antisipatif cemas kepada klien dengan cara :
* Komunikasi dengan orang sekitar
* Istirahat ( tidur )
* Berfikiran positif
1. Membantu klien mengurangi stress
2. Memberikan dukungan emosional
	1. Evaluasi

Setelah dilakukan implementasi selama 3x8 jam dari hari Senin (19 Juni 2017) sampai hari Rabu (21 Juni 2017), didapatkan hasil bahwa Ny.F mengalami kemajuan dimana Ny.F merasakan nyeri sudah berkurang dengan skala nteri 4, Ny.F sudah bisa mandi secara mandiri dan Ny.F sudah tidak cemas lagi dengan kondisinya.

**KESIMPULAN DAN SARAN**

* 1. Kesimpulan

Obstruksi merupakan suatu pasase yang terjadi ketika ada gangguan yang menyebabkan terhambatnya aliran isi usus kedepan, tetapi peristaltiknya normal (Reeves, 2001).Obstruksi usus merupakan suatu blok saluran usus yang menghambat pasase cairan, flatus dan makanan dapat secara mekanis atau fungsional (Tucker, 1998). Ileus adalah gangguan pasase isi usus yang merupakan tanda adanya obstruksi usus akut yang segera memerlukan pertolongan atau tindakan (Darmawan, dkk, 2010).

Dari uraian diatas penulis dapat mengambil kesimpulan :

* + - 1. Konsep dan asuhan keperawatan tentang Ileus Obstruksi seperti pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi dan WOC, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan komplikasi. Dapat di pahami dengan baik oleh penulis maupum pembaca
			2. Pengkajian asuhan keperawatan pada klien Ny.F dengan ileus obstruksi parsial diruang rawat inap bedah wanita RSUD Dr. Achmad Mocthar Bukittinggi tahun 2017 dapat dilakukan dengan baik dan tidak mengalami kesulitan dalam mengumpulkan data.
			3. Pada diagnosa asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 dapat dirumuskan 3 diagnosa pada tinjauan kasus
			4. Pada perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 semua perencanaan dapat diterapkan pada tinjauan kasus.
			5. Pada implementasi asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruksi obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 hampir semua dapat dilakukan, namun ada beberapa rencana tindakan yang penulis tidak lakukan tetapi dilakukan oleh perawat ruangan tersebut
			6. Evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien dengan Ileus Obstruksi obstruksi parsial di ruang rawat inap Bedah Wanita RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017 dapat dilakukan dari 3 diagnosa dan semua masalah teratasi sebagian.
	1. Saran
1. Bagi Penulis

Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien dengan Ileus Obstruksi parsial dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidkan program studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Perintis Padang.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan bagi institusi pendidkan dalam proses belajar mengajar, khususnya tentang Karya Tulis Ilmiah Laporan Studi Kasus dan memberikan sumbangan pikiran yang kiranya dapat berguna sebgai informasi awal.

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan, perawat yang ada dirumah sakit untuk mengambil langkah-langkah kebijakan dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan klien dengan Ileus Obstruksi parsial.

**DAFTAR PUSTAKA**

Al-Salem AH, Oquaish M. Adhesive intestinal obstruction in infants and children: the place of conservative treatment. ISRN Surg. 2011;1–4.

Behm, B. Dan stollman N. Postoperative ileus: etiologi dan interventions. Clin *Gastroenterol Hepatol.* 1(2): 71-80/maret 2003

Debas HT. Gastrointestinal surgery: pathophysiology and management. New York: SpringerVerlag; 2004 : 239 – 54.

Franklin Jr, et all. Laparoscopic Diagnosis and Treatment of Intestinal Obstruction.  Texas Endosurgery Institute, 2003

Indrayani MN. Diagnosis dan tatalaksana ileus obstruksi [Internet]. e-Jurnal Medika Udayana. 2013

Liakakos T, Thomakos N, Fine P, Dervenis C, Young R. Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology, and clinical significance. Recent advances in prevention and management. Dig Surg [Internet]. 2001 [cited 2015 Mach 20];18(4):260–73. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pu bmed/11528133](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pu%20bmed/11528133).

Pasaribu N. Karakteristik penderita ileus obstruktif yang dirawat inap di RSUD dr. Pirngadi Medan tahun 2007-2010 [skripsi]. Medan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatra Utara; 2012.

Obaid KJ. Intestinal obstruction: etiology, correlation between pre- JOM FK Volume 2 No. 2 Oktober 2015 18 operative and operative diagnosis. . Int J Public Health. 2011; 41–9.

Shalkow J. Pediatric small-bowel obstruction [on the Internet]. Medscape. 2014 [updated 2014 Oct 14 ; cited 2014 Nov 7]. Available from: http://emedicine.medscape.com/art icle/930411-overview#showall

Sadler, T. Langman’s Medical embryology. 9th ed. Baltimore : Lipincott Williams and Wilkins; 2004 : 285-318 24.

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY. F DENGAN ILEUS OBSTRUKSI PARSIAL DIRUANG RAWAT INAP BEDAH WANITA RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

**ATIKA RAHAYU NINGSIH, NS.VERA SESRIANTY,M.KEP**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**Program Studi D III Keperawatan**

**Email :** **atika\_rn@yahoo.com**

**Abstrak**

Obstruksi usus adalah gangguan pada aliran normal atau suatu blok saluran usus yang menghambat pasase cairan, flatus dan makanan dapat secara mekanis atau fungsional yang segera memerlukan pertolongan atau tindakan. Insiden ileus obstruksi di RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2017 dari bulan Januari sampai Juni jumlah kasus Ileus Obstruksi sebanyak 80 kasus. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien ileus obstruksi parsial. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Ny. F yaitu Klien mengatakan nyeri dirasakan disekitar abdomen, Klien mengatakan nyeri yang dirasakan klien seperti ditusuk-tusuk setiap ingin menggerakkan abdomennya, Klien mengatakan susah untuk tidur saat malam hari karena nyeri pada bagian abdomen, Klien mengatakan hanya tidur 4 jam dan sering terbangun karena sakit pada bagian perut, Klien mengatakan hidungnya terasa sakit karena terpasang NGT, Klien mengatakan keadaannya cemas karena terpasang infus di tangan kiri dan kanan, terpasang kateter, cemas dengan keadaannya sekarang ini karena takut penyakitnya tidak sembuh, Klien mengatakan selama dia masuk Rumah Sakit belum ada mandi, Klien mengatakan belum di izinkan ke kamar mandi karena keadaan yang belum memungkinkan. Hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah keperawatan pada Ny. F yaitu nyeri akut berhubungan dengan kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus, defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktifitas, ansietas berhubungan dengan status kesehatan. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Ileus obstruksi bisa menyerang semua kalangan masyarakat baik laki-laki maupun perempuan. Oleh karena itu disarankan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan asuhan keperawatan klien dengan ileus obstruksi parsial secara tepat dan benar.

**kata kunci : ileus obstruksi, flatus, ansietas**

**daftar pustaka : (2001-2015)**

***NURSING CARE IN CLIENT NY. F WITH ILEUS PARSIAL OBSTRUCTION IN THE INFANT ROOM WOMEN SURGERY RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI 2017***

**ATIKA RAHAYU NINGSIH, NS.VERA SESRIANTY,M.KEP**

***PERINTIS SCHOOL OF HEALTH SCIENCES***

***Diploma of nursing***

**Email :** **atika\_rn@yahoo.com**

**Abstract**

Intestinal obstruction is a disorder of the normal flow or a block of intestinal tract which inhibits fluid, flammable and food passages can be mechanically or functionally that require immediate relief or action. The incidence of obstructive ileus at Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Hospital in 2017 from January to June was 80 cases of Ileus Obstruction. The purpose of writing this report is to be able to perform nursing care on partial obstruction ileus clients. The results of case reports found data on Ny. F The client says the pain is felt around the abdomen, Client said the pain felt by the client as stabbed every want to move his abdomen, Client said difficult to sleep at night due to pain in the abdomen, Client said only sleep 4 hours and often woke up due to pain at Stomach, Client said his nose hurt because of installed NGT, Client said his condition is anxious because of infusion installed in left and right hand, mounted catheter, worried about his current situation for fear of his illness does not heal, Client said as long as he entered Hospital no bath, Clients say they have not been allowed into the bathroom because of the circumstances that have not been possible. The result of this study was obtained by nursing problem at Ny. F that is acute pain associated with secondary abdominal cramps to bowel wall distention, self-care deficit associated with activity intolerance, anxiety associated with health status. Based on the above nursing problem, the plan and conduct the nursing action and evaluation that refers to the objectives and criteria of the results. Ileus obstruction can attack all circles of society both men and women. It is therefore advisable to the institution of the hospital to perform client nursing care with partial and correct parental obstruction ileus.

***Keywords : Nursing care, pain self care deficit, anxiety***

***References : (2001-2015)***