

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. C DENGAN
POST LAPARATOMI INDIKASI ILEUS OBRUKTIF HARI
KE-3 DI BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Achmad Ulul Azmi

NIM. 40901900001

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. C DENGAN
POST LAPARATOMI INDIKASI ILEUS OBRUKTIF HARI
KE-3 DI BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis ilmiah



Disusun Oleh :

Achmad Ulul Azmi

NIM. 40901900001

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

2022

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 27 Agustus 2022



HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. C DENGAN POST LAPARATOMI
INDIKASI ILEUS OBRUKTIF HARI KE-3 DI BAITUSSALAM 1 RSI
SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Achmad Ulul Azmi

NIM : 40901900001

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan
dihadapkan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III
Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 2 Juni 2022

Semarang, 2 Juni 2022

Pembimbing

UNISSULA
جامعة سلطان أبوبنوع الإسلامية

(Ns. M. Arifin Noor, M.Kep. Sp.Kep MB)

NIDN. 06-2708-8403

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 23 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 23 Agustus 2022

Penguji I

Dr.Ns.Dwi Retno S.M.Kep.,Sp.KMB

NIDN. 06-0203-7603



Penguji II

Ns.Suyanto,M.Kep.,Sp.KMB

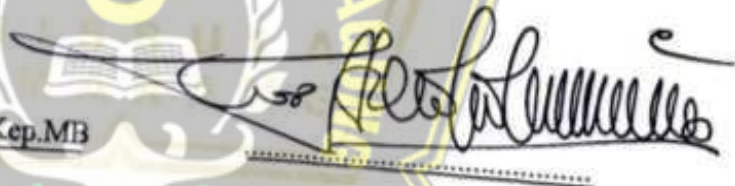
NIDN. 06-2006-8504



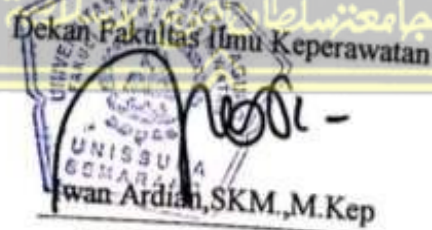
Penguji III

Ns. M Arifin Noor,M.Kep.,Sp.Kep.MB

NIDN. 06-2708-8403



Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN.06-2208-7403

HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT. Kita memuji-Nya dan meminta pertolongan, permohonan, pengampunan, serta petunjuk kepada-Nya. Senantiasa kita berlindung kepada Allah agar terhindar dari kejahatan kita serta keburukan amal kita. Semoga doa, shalawat tercurah pada junjungan dan suara tauladan kita Nabi Muhammad SAW. Keluarga dan sahabat serta siapa saja yang mendapat petunjuk hingga hari kiamat. Amin.

Persembahkan karya tulis ilmiah ini dan rasa terima kasih saya ucapkan kepada :

1. **Bapak dan Ibu saya** kuberikan ucap terima kasih sebanyak-banyaknya karena doa, kerja keras, dan pengorbanan yang tiada henti engkau berikan kepada saya. Semoga hasil dan perjuangan saya selama ini dapat membuahkan hasil dan bisa membanggakan kalian.
2. **Kakak-kakak saya**, untukmu kuberikan ucap terima kasih sudah membantu serta menuntun saya selama ini. Terima kasih telah mendidik dan memberikan arah kepada saya serta mendorong saya sehingga saya bisa melewati hidup. Terima kasih telah memberikan saya pengalaman tentang perjuangan hidup.
3. **Untuk sahabat saya**, untukmu terima kasih sudah memberikan saya motivasi serta ucap semangat untuk tetap menjalankan hidup serta menemani perjuangan saya selama ini. Terima kasih untuk waktu yang selalu engkau berikan kepada saya untuk saling bertukar cerita dan selalu memberikan dukungan serta semangat kepada saya.
4. **Untuk teman-teman seangkatanku** terima kasih atas semangat yang kalian berikan kepada saya. Terima kasih atas waktu luang yang kalian berikan untuk saling bertukar cerita disaat susah maupun senang. Semoga cita-cita kita dapat terwujud dan bisa menjadi orang yang berguna bagi Nusa dan Bangsa Negara. Amin

MOTTO

Usaha dan Keberanian tidak akan cukup tanpa adanya tujuan dan perencanaan yang matang

“Berpikaralah Positif, tidak peduli seberapa keras kehidupan”

-Ali Bin Abi Tholib-



KATA PENGANTAR

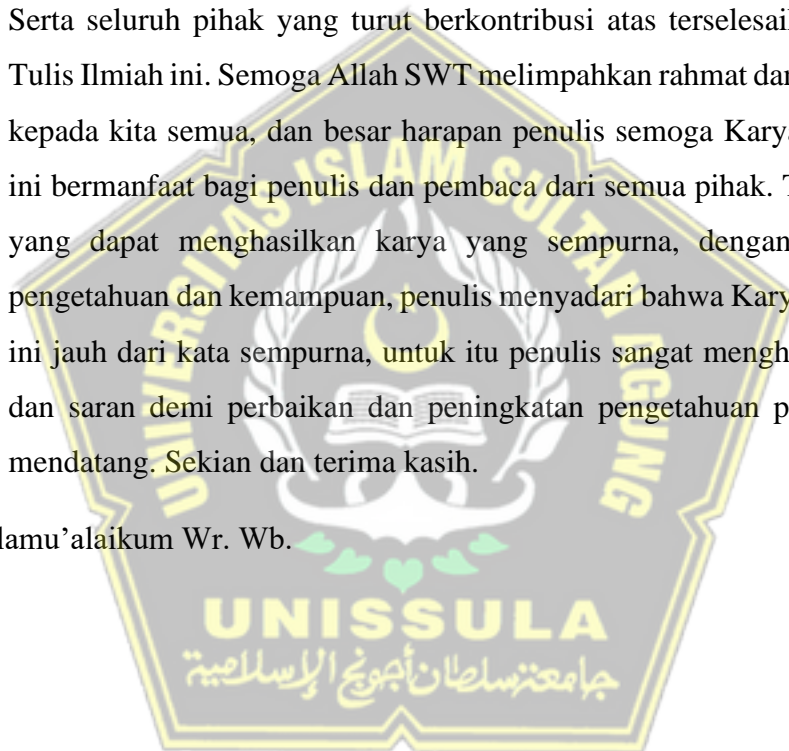
Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillahirobbil'alamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. C DENGAN POST LAPARATOMI INDIKASI ILEUS OBRUKTIF HARI KE-3 DI BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG ”** Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan jenjang pendidikan Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, dan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak yang telah mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, yang terhormat :

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, S.KM., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku Kaprodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. M. Arifin Noor, M.Kep, Sp.Kep MB selaku dosen pembimbing yang selalu membimbing penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak dan Ibu dosen serta staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selalu membantu penulisan dalam aktivitas akademik.
6. Bapak dan Ibu CI pembimbing di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang selalu telah membimbing penulis dalam pengambilan kasus Karya Tulis Ilmiah.

7. Kedua orang tua yang tercinta dengan segala cinta dan kasih sayang serta pengorbanannya, mendidik, memotivasi, serta memberikan do'a yang tiada hentinya, dan telah mendukung dengan material maupun non material.
8. Seluruh keluarga yang saya cintai, terima kasih atas dukungan, semangat, dan do'a-nya selama ini.
9. Kepada sahabat, teman-teman sejawat dan seperjuangan, terima kasih atas segala bantuan kalian semoga kebersamaan kita selama 3 tahun ini menjadi momen yang tidak akan pernah terlupakan sampai akhir.
10. Serta seluruh pihak yang turut berkontribusi atas terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, dan besar harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca dari semua pihak. Tiada manusia yang dapat menghasilkan karya yang sempurna, dengan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kata sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan peningkatan pengetahuan penulis dimasa mendatang. Sekian dan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.



DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Manfaat.....	4
BAB II KAJIAN PUSTAKA	5
A. KONSEP DASAR PENYAKIT	5
1. Pengertian	5
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi.....	7
4. Manifestasi Klinis	8
5. Pemeriksaan Diagnostik	9
6. Komplikasi	10
7. Penatalaksanaan Medis	10
B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN	12
1. Pengkajian Keperawatan.....	12
2. Diagnosa Keperawatan	13
3. Intervensi Keperawatan.....	16

C. PATHWAYS.....	19
BAB III RESUME ASUHAN KEPERAWATAN.....	20
A. Pengkajian Keperawatan	20
B. Pola Kesehatan Fungsional	21
C. Pemeriksaan Fisik (<i>Head To Toe</i>)	25
D. Data Penunjang	25
E. Analisa Data.....	27
F. Intervensi Keperawatan	28
G. Implementasi Keperawatan	29
H. Evaluasi Keperawatan.....	31
BAB IV PEMBAHASAN.....	35
A. Pengkajian Keperawatan	35
B. Asuhan Keperawatan	36
C. Diagnosa Keperawatan Yang Berpotensi Muncul.....	41
BAB V PENUTUP.....	42
A. Kesimpulan	42
B. Saran	43
DAFTAR PUSTAKA	44
Lampiran	Error! Bookmark not defined.

UNISSULA
جامعنا سلطان أبجوج الإسلامية

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Laboratorium	26
--	----



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Ileus obstruktif merupakan kondisi dimana isi lumen saluran cerna tidak dapat disalurkan ke distal menuju anus karena ada hambatan mekanik. Hambatan tersebut dapat mengakibatkan kelainan dalam lumen usus, dinding usus atau luar usus yang dapat menekan segmen usus atau kelainan vaskularisasi. Hal tersebut dapat menyebabkan nekrose segmen usus yang tertekan (Wahyudi et al., 2020)

Ileus Obstruktif adalah salah satu kegawatan di bidang disgestive yang sering ditemui. Ileus obstruktif dapat disebabkan karena adanya daya mekanik yang berpengaruh terhadap dinding usus yang dapat menyebabkan penyumbatan lumen usus, akibatnya ada penumpukan isi lumen usus berupa gas dan cairan. Akibat dari obstruksi usus dapat memunculkan gejala seperti dehidrasi berat, nyeri perut, mual/muntah, konstipasi, dan dapat menyebabkan gangguan pada keseimbangan elektrolit. (Arief et al., 2020)

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2008 mengatakan bahwa penyakit saluran pencernaan menempati 10 besar yang mengakibatkan kematian di seluruh dunia. Dengan Indonesia menempati urutan ke 107 dalam kematian yang disebabkan penyakit cerna (World Health Organization, 2008). Ditahun 2007 Malaysia menepatkan penyakit saluran pencernaan ke dalam urutan ke -7 dengan jumlah kasus 1809 kasus. (Nisa et al., 2021). Sedangkan di Indonesia penyakit saluran pencernaan yang dapat menyebabkan kematian menempati urutan ke-3 berdasarkan data dari (DEPKES RI, 2011) terdapat 6.590 kasus kematian di tahun 2007. Terdapat 6.825 kasus kematian di tahun 2008. Menurut (Wahyudi et al., 2020) usia yang mengalami hal tersebut yaitu pada usia >65 tahun sebanyak 30%. Ileus obstruktif terjadi sering terjadi pada laki-laki sebanyak 63,7%.

Ileus obstruktif dapat disebabkan karena adanya adhesi intraperitoneal dan hernia, Negara-negara dengan penyebab obstruksi usus terbanyak yaitu

Inggris sebanyak 73% disebabkan karena adhesi, Amerika Serikat sebanyak 75% disebabkan karena adhesi, India sebanyak 50% disebabkan karena hernia, Arab Saudi sebanyak 57% disebabkan karena adhesi, Nigeria sebanyak 65% disebabkan karena hernia, Tiongkok sebanyak 78% disebabkan karena hernia, serta Uganda sebanyak 75% disebabkan karena hernia. Di Indonesia pada tahun 2004 kasus ileus obstruktif tanpa hernia terdapat 7.024 kasus sedangkan dengan kasus ileus paralitik sebanyak 7.059 kasus. (Nisa et al., 2021; Sari, 2015). Sementara kasus ileus obstruktif di Semarang terdapat 29 kasus ditahun 2016, 14 kasus ditahun 2017, 24 kasus ditahun 2018, dan 40 kasus ditahun 2019 (Iqbal Fahlevi et al., 2020).

Kasus ileus obstruktif dapat diketahui dengan adanya pemeriksaan radiologi berupa pemeriksaan abdomen 3 posisi yaitu *supine* (terlentang), *erect* (setengah duduk), LLD (*lateral left Decubitus*) atau tidur miring (Risaharti et al., 2020). Penatalaksanaan Ileus Obstruktif salah satunya yaitu tindakan operasi laparatomi. Laparatomi adalah salah satu tindakan medis prosedur pembedahan mayor yang dilakukan dengan menyayat lapisan abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang terjadi masalah. Prosedur pembedahan ini bertujuan untuk mengambil atau memotong bagian usus yang mengalami penyumbatan akibat dari adanya daya yang dari daya mekanik didalam usus. Akibat dari luka sayatan pada abdomen yang sering muncul adalah nyeri pada abdomen. Nyeri berat mencapai 75% dari penderita yang mempunyai pengamalan dari kurang baiknya pengelolaan nyeri yang tidak adekuat (Rahmayati et al., 2018). Karena adanya nyeri pada abdomen akibat dari luka operasi maka mengalami LGS (Lingkup Gerak Sendi) dan *Functional limitation* yang meliputi ketidakmapuan berdiri, berjalan dan *disability* (keterbatasan beraktivitas). Sehingga dibutuhkan waktu perawatan yang lebih lama. Oleh karena itu dibutuhkan penanganan yang baik dalam mengatasi efek yang ditimbulkan pasca operasi seperti pemenuhan status nutrisi, manajemen nyeri, manajemen luka, latihan aktifitas, dan edukasi tentang resiko adanya infeksi (Yulisetyaningrum et al., 2021)

Peran perawat dalam penanganan pasien *post* laparotomi indikasi ileus obstruktif berbentuk dua tahap yaitu periode pemulihan segera dan periode pemulihan berkelanjutan. Normalnya pemulihan ini dilakukan satu sampai dua jam setelah dilakukan operasi dengan tujuan untuk mempercepat penyembuhan dari efek yang ditimbulkan akibat operasi. Pemantauan berkelanjutan dilakukan yaitu memantau kondisi pasien berupa pemantauan tingkat nyeri, kondisi luka, posisi tempat tidur, penggantian cairan, rehabilitasi, aktivitasnya, dan nutrisinya. Nyeri yang timbul akibat dari operasi maka seorang perawat dapat memberikan terapi non farmakologi seperti tarik nafas dalam, mengompres, dan menggunakan aroma terapi yang bertujuan untuk menurunkan intensitas nyeri *post op* laparotomi (Dictara et al., 2018; Rahmayati et al., 2018). Selain itu efek yang lain berupa adanya resiko infeksi yang terjadi akibat sayatan pada abdomen. Hal itu menjadi tantangan bagi seorang perawat untuk menghindari resiko tersebut. Pembersihan luka sebagai upaya untuk menekan terjadinya resiko tersebut, tidak hanya itu seorang perawat harus memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga untuk menjaga luka agar tetap bersih dan memantau faktor-faktor resiko infeksi tersebut (Ningrum et al., 2017).

Penulis sangat tertarik dengan kasus diatas, sehingga penulis ingin menjadikan kasus diatas sebagai karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. C Dengan Post Laparotomi Indikasi Ileus Obstruktif Di Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menjelaskan tentang asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Post Laparotomi Indikasi Ileus Obstruktif.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan konsep medis (penyakit) Ileus Obstruktif
- b. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan Ileus Obstruktif.

c. Menganalisis kasus dengan teori.

C. Manfaat

1. Bagi Institusi Pendidikan

Penulisan ini dapat digunakan sebagai sarana dalam informasi pendidikan guna mengembangkan dan meningkatkan mutu pendidikan dimasa akan datang sebagai lahan untuk mencetak perawat yang kompeten.

2. Bagi Profesi Kesehatan

Meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien terutama pada kasus *post op* laparatomi indikasi Ileus Obstruktif dapat lebih bermutu.

3. Bagi Lahan Praktik

Dengan laporan ini menjadi salah satu masukan positif bagi Rumah Sakit untuk memodifikasi standar asuhan keperawatan dalam mengatasi klien *post op* laparatomi.

4. Bagi Masyarakat

Laporan ini dapat memberikan informasi yang berkaitan dengan penyakit Ileus Obstruktif

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR PENYAKIT

1. Pengertian

Ileus adalah kelumpuhan (oklusi) usus yang menyebabkan penyumbatan isi usus sehingga terjadi akumulasi di bagian proksimal akibatnya terdapat peningkatan tekan intra luminal, disfungsi mikrosirkulasi dinding usus, dan gangguan penghalang mukosa (Vilz et al., 2017).

Ileus obstruktif adalah penyakit yang terjadi akibat adanya penyumbatan isi usus akibat adanya obstruksi intraluminal dari tekanan pada dinding usus sehingga otot usus tidak dapat mendorong isi sepanjang usus (Smeltzer & Bare, 2016).

Jadi dapat disimpulkan bahwa ileus adalah okulasi usus yang terjadi akibat obstruksi intraluminal dari tekanan dinding usus yang mengakibatkan penumpukan isi lumen pada bagian proksimal sehingga tidak dapat dikeluarkan.

2. Etiologi

Menurut Indrayani (2013) penyebab terjadinya ileus obstruksi pada usus halus antara lain :

1) Hernia inkarserata

Hernia inkarserata adalah kondisi ketika usus terjebak (masuk) dan terjepit di dalam pintu hernia sehingga dapat memicu gejala seperti nyeri hebat, mual, muntah dan sulit buang air besar.

2) Non hernia inkarserata, dibagi beberapa macam antara lain:

a) Adhesi atau perlekata usus

Kondisi dimana pita fibrosis dari jaringan ikat menempel pada usus dapat berbentuk tunggal ataupun multiple, bisa setempat

luas. Ileus yang disebabkan oleh adhesi biasanya tidak disertai dengan strangulasi.

b) Invaginasi

Invaginasi atau intususpesi adalah suatu kondisi dimana sebagian usus masuk ke dalam usus berikutnya. Kondisi ini umumnya berupa intususpesi ileosekal yang masuk ke kolon ascendens dan dapat memungkinkan sampai keluar dari rektum. Hal ini mengakibatkan adanya nekrosis iskemik pada bagian usus yang masuk tersebut dengan komplikasi perforasi dan peritonitis.

c) Askariasis

Adalah suatu infeksi yang disebabkan oleh cacing askari (cacing gelang) yang hidup di usus halus bagian yeyunum dengan jumlah puluhan hingga ratusan. Obstruksi yang disebabkan hal ini biasanya di ileum terminal yang merupakan bagian sempit lumen, kemudian cacing-cacing tersebut membentuk suatu gumpalan yang bercampur dengan sisa makanan. Segmen usus yang dipenuhi dengan cacing dapat berisiko tinggi untuk mengalami volvulus, strangulasi, dan perforasi.

d) Volvulus

Suatu keadaan yang terjadi pemuntiran usus yang abnormal dari segmen usus sepanjang aksis longitudinal usus sendiri, maupun pemuntiran terhadap aksis sehingga pasase. Kondisi ini jarang ditemukan, kebanyakan volvulus didapatkan di bagian ileum.

e) Tumor

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

f) Batu empedu yang masuk ke ileus

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

3. Patofisiologi

Dalam patofisiologi dari ileus dapat menyebabkan akumulasi cairan dan gas pada peningkatan tekanan intra luminal, disfungsi mikrosirkulasi dinding usus, dan gangguan penghalang mukosa sehingga menyebabkan perpindahan cairan, peritonitis transmigrasi dan hipovolemia (Vilz et al., 2017). Obstruksi usus terjadi karena adanya lumen usus yang tersumbat yang dapat menjadi perkembangan bakteri dan mengakibatkan akumulasi pada gas dan cairan. Jika akumulasi terjadi di daerah dista, maka akan mengakibatkan peningkatan kemampuan suatu zat untuk meloloskan sejumlah partikel pada kapiler yang dapat menembusnya dan esktravasasi serta elektrolit yang dapat menimbulkan tetensi cairan pada usus dan rongga peritoneum. Akibatnya terjadi penurunan sirkulasi dan volume darah , sedangkan dibagian proksimal mengakibatkan kolebs pada usus yang dapat mengakibatkan distensi pada abdomen (Price & Wilson, 2012).

Hal tersebut dapat menjadikan iskemi dan nekrotik pada usus karena terjadi kegagalan oksigenasi pada dinding usus akibat aliran darah ke usus menurun adanya penekanan. Ketika usus mengalami nekrotik karena perforasi yang disebabkan oleh adanya pelepasan bakteri dan racun serta peningkatan permeabilitas kapiler yang menyebabkan sepsis dan peritonitis. Distensi pada abdomen juga mengakibatkan penurunan pada fungsi usus dan peningkatan sekresi sehingga menimbulkan intra lumen pada abdomen tertimbun maka akan kehilangan cairan dab elektrolit. Kehilangan banyak cairan dan elektrolit dapat mengakibatkan penurunan curah jantung sehingga

menyebabkan syok hipovolemik sehingga darah yang dipompakan tidak dapat memenuhi kebutuhan seluruh tubuh sehingga terjadi gangguan perfusi jaringan pada otak. Penurunan perfusi dalam sel menyebabkan terjadinya metabolisme anaerob yang menyebabkan asidosis metabolik dan meningkatkan asam laktat (Price & Wilson, 2012).

Apabila terjadi pada ginjal, maka akan merangsang pertukaran natrium dan hydrogen di tubulus proksimal dan pelepasan aldosteron, merangsang sekresi hidrogen di nefron bagian distal sehingga terjadi peningkatan reabsorpsi HCO_3^- dan penurunan kemampuan ginjal untuk membuang HCO_3^- . Hal ini akan menyebabkan terjadinya alkalosis metabolik (Price & Wilson, 2012).

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Price & Wilson, 2012) gejala pada obstruksi usus halus antara lain :

- a. Peradangan pada abdomen
- b. Muntah, frekuensi muntah beragam sesuai dengan letak obstruksinya. Jika terletak bagian diatas maka muntah akan lebih sering muntah dibandingkan dengan obstruksi yang terjadi pada ileum atau usus besar.
- c. Nyeri, gejala ini muncul biasanya menyerupai kejang dan dipertengahan abdomen (terutama di daerah paraumbilikaslis)
- d. Konstipasi sering terjadi pada obstruksi di usus besar, tetapi flatus dan feses mungkin dapat dikeluarkan pada permulaan obstruksi usus halus.

Menurut (Bradley & Winston, 2020) gejala pada ileus obstruktif adalah pembengkakan perut (distensi), perut penuh, gas, sakit perut (nyeri abdomen dan kram), sembelit (konstipasi), diare, ketidakmampuan untuk mengeluarkan gas, dan muntah

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendapatkan bukti adanya mekanik ileus, khususnya untuk mendengarkan bising usus yang intensif. Kerusakan usus akan dapat menyebabkan kelumpuhan tanpa aktivitas peristaltik. Gambaran ini bisa menjadi tidak spesifik jika ileus berada di fase lanjut, maka dari itu dibutuhkan pemeriksaan lebih lanjut antara lain:

a. Tes laboratorium

Bertujuan untuk mengetahui apakah ada gangguan cairan, elektrolit, dan asam basa. Tidak ada tes laboratorium secara khusus untuk penilaian ileus obstruktif dengan iskemia usus yang menyertainya. Tes ini hanya berkonsentrasi pada prokalsitonin yang tampak dengan nilai diatas 0,57 ng/mL memprediksi iskemia usus dengan probabilitas 83% sedangkan nilai bawah 0,57 ng/mL dengan mengesampingkan probabilitas 91%. Selain itu juga dibutuhkan tes analisis gas darah, dan fungsi ginjal (apakah ada kemungkinan menunjukkan gagal ginjal akibat perpindahan cairan) (Vilz et al., 2017).

b. Ultrasonografi (USG) abdomen

Ultrasonografi menjadi sarana yang berguna untuk mendeteksi cairan bebas atau hernia inkarserata, hal ini kurang penting dalam mengevaluasi ileus, karena utilitas terhalangi udara di dalam perut yang membuncit (Vilz et al., 2017).

c. Foto polos abdomen

Foto polos atau pemeriksaan radiologi bertujuan untuk melihat letak dan bagaimana kondisi kelainan pada abdomen salah satunya ileus obstruktif. Foto polos sangat direkomendasikan karena dengan hal itu maka posisi usus yang mengalami gangguan dapat diketahui. Foto polos dapat dilakukan dengan 3 posisi *Antero Posterior* (AP/ berdiri/ terlentang), *Antero Posterior Semi Erect*

(setengah duduk), dan *Left lateral decubitus* (LLD/ tidur miring) (Habiba, 2021).

d. *CT Scan (Computed Tomography Scan)*

Digunakan untuk menentukan diagnosa dari obstruksi strangulasi dan mengetahui penyebab dari abdominal akut lain, jika ada temuan radiologi lain yang tidak jelas. Selain itu juga digunakan untuk membedakan penyebab ileus obstruktif usus halus yaitu penyebab ekstrinsik (seperti hernia dan adhesi). Obstruksi pada CT scan ditandai dengan diameter usus sekitar 2,5 cm di bagian proksimal menjadi bagian yang kolaps dengan diameter kurang dari 1 cm (Pasaribu, 2012)

6. Komplikasi

Menurut (Smith & Kashyap, 2021) komplikasi pada obstruksi usus yaitu abses intra abdominal (kumpulan nanah), sepsis, infeksi akibat dari peritonitis yang tidak ditangani dengan cepat, dehiscence luka, pneumonia aspirasi dari proses muntah, sindrom usus pendek karena ada absorb toksin dalam rongga peritoneum sehingga terjadi infeksi yang hebat di intra abdomen, perforasi usus dikarenakan oleh terlalu lama usus mengalami obstruksi, kegagalan pernafasan, kebocoran anastomosis, gagal ginjal, kematian

7. Penatalaksanaan Medis

Penanganan ileus obstruksi koreksi keseimbangan elektrolit dan cairan, menghilangkan peregangan dan muntah dengan dekompresi. Selain itu juga ada beberapa tindakan medis seperti:

a. Resusitasi

Dalam hal ini yang perlu diperhatikan adalah pengawasan terhadap tanda-tanda vital, dehidrasi, dan syok. Kondisi pasien dengan ileus obstruktif yang mengalami dehidrasi dan gangguan elektrolit perlu

diberikan cairan intravena seperti ringer laktat. Selain pemberian cairan intravena juga diperlukan pemasangan *Nasogastrictube* yang bertujuan untuk mengosongkan lambung, mencegah adanya aspirasi pulmonum (Smeltzer & Bare, 2016)

b. Farmakologi

Pemberian obat-obat antibiotik menjadi salah satu tindakan yang bertujuan untuk menghambat infeksi pada usus akibat adanya obstruksi, selain itu juga diperlukan pemberian antiemetik untuk mengurangi gejala mual dan muntah pemberian laksatif sebagai obat untuk mengatasi konstipasi. (Smeltzer & Bare, 2016)

c. Pembedahan

Tindakan pembedahan sering diperlukan sebagai upaya untuk menghilangkan penyumbatan. Salah satu tindakan pembedahan adalah operasi laparatomi. Laparatomi adalah suatu prosedur tindakan medis berupa pembedahan mayor dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah seperti obstruksi usus. Hal ini dilakukan dengan pasien yang mengalami trauma pada abdomen perdarahan gastrointestinal, nyeri abdomen akut, nyeri abdomen kronik, dan bila ditemukan kondisi klinis intra abdomen maka yang membutuhkan pembedahan darurat seperti peritonitis, ileus obstruksi dan perforasi (Tanio et al., 2018; R. N. Utami & Khoiriyah, 2020). Pasca operasi masalah yang muncul yaitu nyeri pada area post pembedahan laparatomi. Nyeri pada pasien post pembedahan pada abdomen termasuk dalam kategori nyeri permulaan cepat dan berlangsung dalam waktu singkat dengan skala berat akibat dari kerusakan integumen kulit. Maka dengan itu diperlukan manajemen nyeri yang baik salah satunya berupa terapi *hand massage* yang mampu menghasilkan relaksasi yang berdampak positif terhadap pengurangan nyeri (Silpia et al., 2021)

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan salah satu upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap di pasien untuk menentukan masalah apa yang terjadi pada tubuhnya (Doenges et al., 2019).

a. Identitas

Pengkajian identitas baik pada klien maupun penanggung jawab berupa nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, tanggal dan jam masuk.

b. Keluhan utama

Keluhan yang paling dirasakan saat dilakukan pengkajian awal. Pada kasus ini umumnya klien akan merasakan nyeri pada abdomen secara terus menerus tegang dan kaku, mual muntah dan demam.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian yang berkaitan dengan kasus ini umumnya dilakukan dengan pendekatan PQRST :

P : paliatif/profokatif yaitu yang meningkatkan atau mengurangi nyeri

Q : Kualitas/Kuantitas yaitu frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri

R : Regio/tempat yakni lokasi sumber dan penyebarannya

S : Skala yaitu derajat nyeri dengan menggunakan rentang nilai

T : Time yaitu kapan keluhan dirasakan dan lamanya keluhan

d. Riwayat kesehatan dahulu

Dilakukan untuk mengetahui apakah klien pernah mengalami penyakit sistem pencernaan atau pernah operasi sistem pencernaan.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah dalam anggota keluarga tersebut ada yang mengalami penyakit sama dengan klien

f. Pola keseharian

Pola nutrisi (konsumsi makanan dan minum keseharian yang dapat mempengaruhi penyakit tersebut), pola aktivitas (pekerjaan sehari yang dilakukan oleh klien), pola eliminasi (keluhan terjadinya konstipasi atau tidak, warna, frekuensi, tekstur).

g. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum klien meliputi tingkat kesadaran, penampilan secara umum, ekspresi wajah saat dilakukan pengkajian, dan tanda-tanda vital. Pada abdomen saat dilakukan inspeksi terlihat membuncit karena adanya kelebihan cairan pada usus akibat adanya penyumbatan lumen usus. Kolik abdomen dapat terlihat sebagai gerakan usus atau kejang usus. Setelah dilakukan pembedahan akan ditemukan luka sayatan dan terdapat bekas jahitan. Palpasi pada abdomen teraba keras, adanya nyeri tekan akibat dari tumpukan dan pembengkakan atau massa yang abnormal, distensi abdomen. Selain adanya nyeri tekan pada penumpukan isi lumen juga terdapat nyeri tekan pasca pembedahan. Perkusi adanya hipertimpani, pada gejala permulaan obstruksi adalah adanya perubahan kebiasaan buang air besar berupa obstipasi dan kembung disertai kolik diperut bagian bawah. Saat dilakukan auskultasi maka terdengar bising usus lebih dari 12x per menit, hiperperistaltis terdengar jelas dan tinggi secara berkala yang akan disertai mual dan muntah (Setiati et al., 2013).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI PPNI (2018) diagnosa keperawatan adalah hasil akhir dari pengkajian yang merupakan pernyataan atau penilaian perawat terhadap masalah yang muncul akibat dari respon pasien. Dari studi kasus di atas maka diagnosa keperawatan yang mungkin muncul yaitu :

a. Nyeri akut (D.0077)

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebabnya yaitu agen pencendera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencendera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan), agen , amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gejala dan tanda mayor subjektif berupa mengeluh nyeri. Sedangkan Gejala dan tanda mayor objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Gejala dan tanda minor subjektif yaitu (tidak tersedia). Sedangkan Gejala dan tanda mayor objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu , menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi klinis yang dapat terkait yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom koroner akut, glaukoma.

b. Resiko Infeksi (D.0142)

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Adapun faktor resiko yaitu penyakit kronis (misal diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh

primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat.

Kondisi klinis yang terkait adalah aids, luka bakar, penyakit paru obstruktif kronis, diabetes melitus, tindakan invasif, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW), kanker gagal ginjal, imunosupresi, *lymphedema*, leukositopenia, gangguan fungsi hati.

c. Konstipasi (D.0049)

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) konstipasi adalah penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.

Penyebab Fisiologis konstipasi adalah penurunan mobilitas gastrointestinal, ketidakadekuatan pertumbuhan gigi, ketidakcukupan diet, ketidakcukupan asupan serat, ketidakcukupan asupan cairan, aganglionik (mis. penyakit hirsprung), kelemahan otot abdomen. Penyebab Psikologis adalah kebingungan, depresi, gangguan emosional. Penyebab Situasional adalah perubahan kebiasaan makan (mis. jenis makanan, jadwal makan), ketidakadekuatan toileting, aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan, penyalahgunaan laksatif, efek agen farmakologis, ketidakteraturan kebiasaan defekasi, kebiasaan menahan dorongan defekasi, perubahan lingkungan.

Gejala dan tanda mayor subjektif adalah defekasi kurang dari 2 kali seminggu dan pengeluaran feses lama dan sulit. Gejala dan tanda mayor objektif adalah feses keras dan peristaltik usus menurun.

Gejala dan tanda minor subjektif mencejan saat defekasi. Gejala dan tanda mayor objektif distensi abdomen, kelemahan umum, teraba massa pada rektal.

3. Intervensi Keperawatan

a. Nyeri akut

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan nyeri akut yaitu tingkat nyeri (L.08066), diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi nyeri akut yaitu manajemen nyeri (I.08238).

- 1) Observasi: (a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, (b) Identifikasi skala nyeri, (c) Identifikasi respons nyeri non verbal, (d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, (e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, (f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, (g) Monitor efek samping penggunaan analgesik.
- 2) Terapeutik: (a) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, (b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, (c) Fasilitasi istirahat dan tidur, (d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
- 3) Edukasi: (a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, (b) Jelaskan strategi meredakan nyeri, (c) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

- 4) Kolaborasi: (a) Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.
- b. Resiko infeksi

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan resiko infeksi yaitu tingkat infeksi (L.14137), diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, periode menggigil menurun.

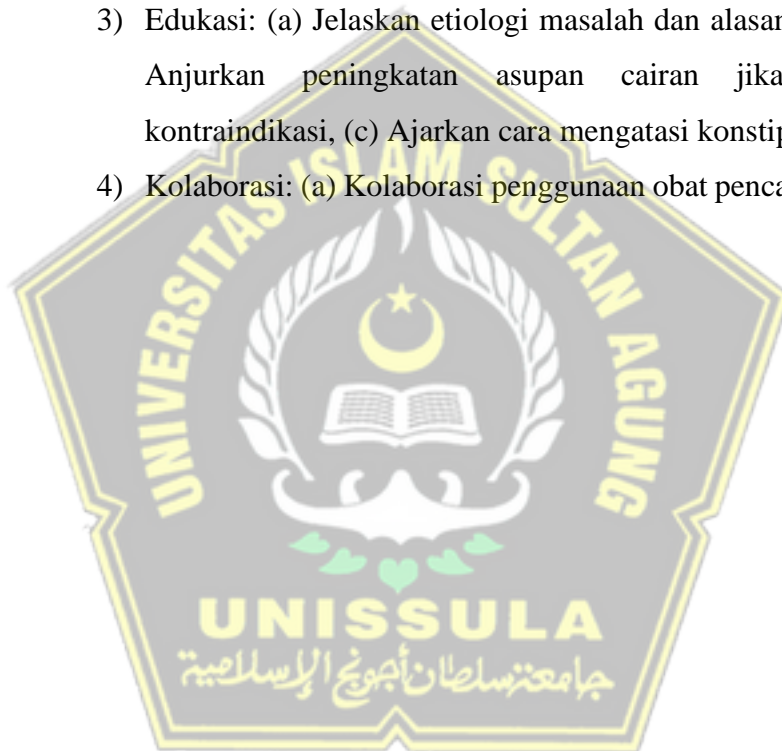
Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi resiko infeksi yaitu pencegahan infeksi (I.14539).

- 1) Observasi: (a) Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik.
 - 2) Terapeutik: (a) Batasi jumlah pengunjung, (b) Berikan perawatan kulit pada daerah edema, (c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, (d) Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.
 - 3) Edukasi: (a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi, (b) Ajarkan cara memeriksa luka, (c) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, (d) Anjurkan meningkatkan asupan cairan.
 - 4) Kolaborasi: (a) Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.
- c. Konstipasi

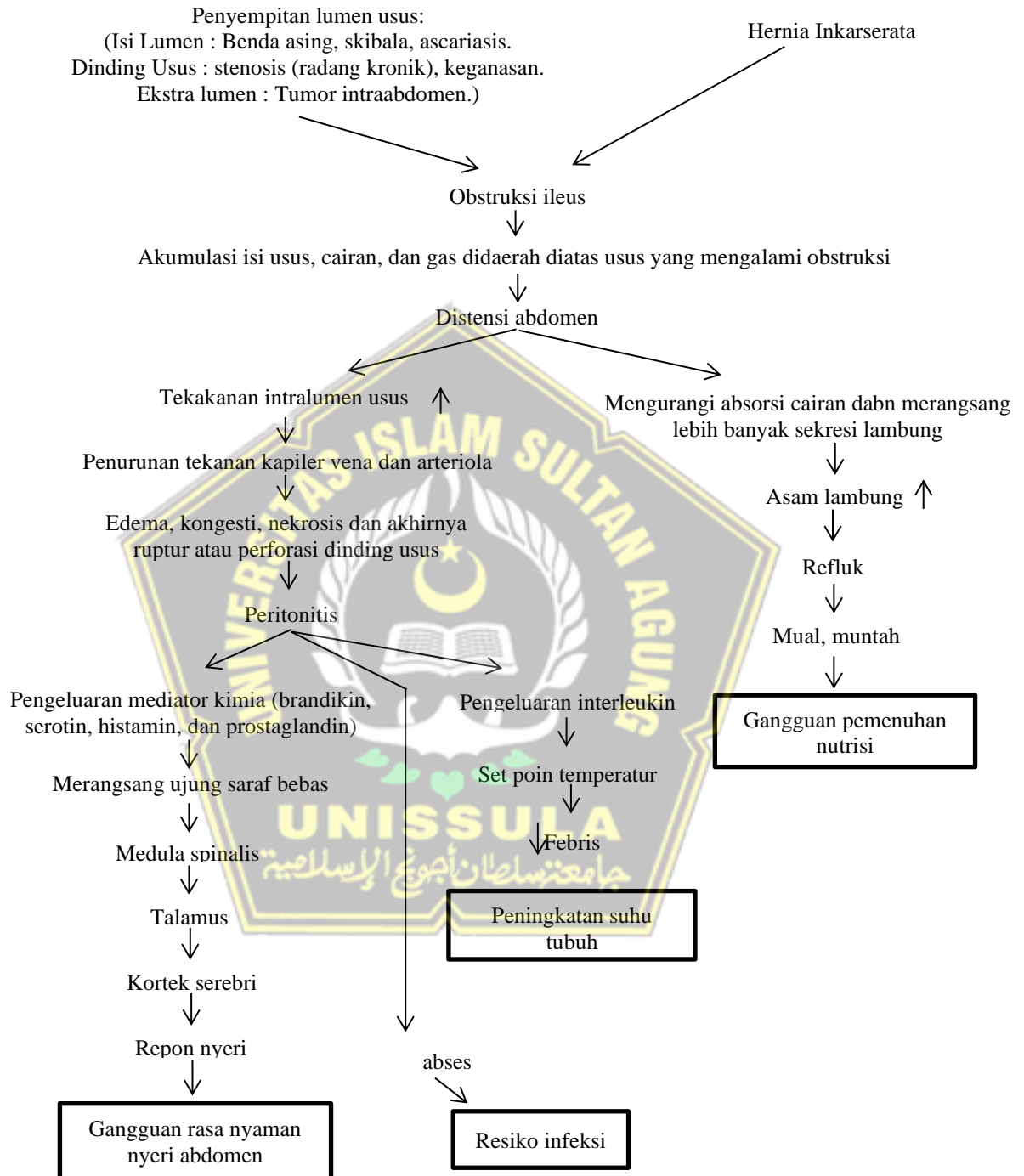
Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) menyatakan konstipasi adalah eliminasi fekal (L.04033), diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil kontrol pengeluaran feses meningkat, keluhan defekasi lama dan sulit menurun, mengejan saat defekasi menurun, distensi abdomen menurun, terasa massa pada rektal menurun, urgency menurun, nyeri abdomen menurun, kram abdomen menurun, konsistensi feses membaik, frekuensi defekasi membaik, peristaltik usus membaik.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) menyatakan bahwa intervensi konstipasi yaitu manajemen konstipasi (I.04155).

- 1) Observasi: (a) Periksa tanda dan gejala, (b) Periksa pergerakan usus, karakteristik feses, (c) Identifikasi faktor resiko konstipasi
- 2) Terapeutik: (a) Anjurkan diet tinggi serat, (b) Lakukan masase abdomen, jika perlu, (c) Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu (d) Berikan edema atau inigasi, jika perlu.
- 3) Edukasi: (a) Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan, (b) Anjurkan peningkatan asupan cairan jika tidak ada kontraindikasi, (c) Ajarkan cara mengatasi konstipasi impaksi
- 4) Kolaborasi: (a) Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu



C. PATHWAYS



Sumber : (Pasaribu, 2012)(Price & Wilson, 2012)

BAB III

RESUME ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Umum

Pasien atas nama Tn. C, laki-laki berusia 60 tahun beragama islam dengan pendidikan terakhir SD bekerja sebagai buruh tani yang bersuku Jawa dan berbangsa Indonesia bertempat tinggal di Pekalongan, dengan diagnosa post laparatomi indikasi ileus obstruktif hari ketiga, pasien dirawat di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung, pasien masuk pada tanggal 10 Januari 2022 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Januari 2022.

Penanggung jawab atas nama Tn. R, laki-laki berusia 38 tahun beragama Islam yang bersuku Jawa dan berbangsa Indonesia dengan pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai pekerja swasta bertempat tinggal di Pekalongan, status anak kandung.

2. Status kesehatan saat ini

Pasien mengeluh nyeri perut. Alasan pasien masuk rumah sakit adalah Pasien mengatakan nyeri perut sudah 3 hari karena tidak bisa BAB dan kentut kemudian diperiksa ke RSUD Bendan Pekalongan dan dirawat selama 2 hari kemudian dirujuk ke RS Sultan agung Semarang pada tanggal 11 Januari kemudian dioperasi di tanggal 11 Januari kemudian kembali ke icu untuk melakukan perawatan intensif dan di tanggal 12 Januari kembali ke ruangan Baitussalam 1. Faktor pemberat dari nyeri pasien selain dari nyeri akibat dari tidak bias BAB yaitu nyeri perut akibat luka dibagian luka operasi sudah 3 hari secara terus-menerus dan terkadang hilang timbul, untuk mengatasi nyeri nya biasanya biasanya pasien meminta perawat memberikan obat anti nyeri dan keluhan yang paling berat yaitu ketika berpindah posisi.

3. Riwayat kesehatan lalu

Pasien mengatakan nyeri di bagian benjolan perut kemudian diperiksa dan mendapatkan diagnosa medis hernia sejak 2 tahun yang lalu kemudian berobat di RSUD Bendan dan mendapatkan terapi, upaya yang dilakukan sendiri terkadang dikompres es kemudian hilang dan muncul lagi, terdapat riwayat *diabetes melitus* (DM) juga. Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan dan tidak ada alergi serta untuk imunisasi pasien mengatakan tidak pernah. Tahun 2019 pasien pernah dirawat di RSUD Bendan dan 2 hari yang lalu kemudian masuk lagi ke RSUD Bendan sebelum masuk ke RS Sultan Agung.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien adalah anak laki-laki dari pasangan Tn. X dan Ny. X yang menikah dengan Ny. x dikaruniai 4 anak anak pertama sampai anak ketiga sudah menikah dan tinggal terpisah dengan pasien. Anak terakhir yaitu Tn. R dan menikah dengan Ny.A serta tinggal satu rumah dengan pasien dan dikaruniai 1 orang anak sekarang mondok di Demak. Keluarga pasien tidak ada yang sakit dan tidak ada yang pernah mengalami sakit yang sama dengan pasien

5. Riwayat kesehatan lingkungan

Pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, dekat dengan sawah, jalan beraspal, selokan lancar tidak ada sumbatan, tidak ada tanjakan dan turunan, jauh dari kemungkinan bahaya.

B. Pola Kesehatan Fungsional

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan sebelum sakit sudah tahu tentang sakit hernia dan memiliki DM serta 1 bulan sekali kontrol ke dokter tetapi tidak rutin, ketika perutnya sakit terkadang diusap-usap tetapi jika sudah tidak tahan akan dibawa ke rumah sakit atau pusat pelayanan kesehatan kan terdekat. Pasien mengatakan setelah dirawat pasien sudah tahu tentang sakitnya kambuh dikarenakan terdapat riwayat terdahulu dan tahu kalau

ada penyumbatan usus dari anaknya yang sudah di edukasi oleh dokter. Pasien memiliki harapan untuk cepat sembuh dan tidak ingin kambuh pagi dan bakal nurut dengan edukasi dokter dan perawat untuk menyembuhkan sakitnya.

2. Pola nutrisi dan metabolik

Pola makan pasien mengatakan sebelum sakit makan 2 kali sehari dengan sambal dan jarang sekali makan dengan berkuah, untuk makanan kesukaan yaitu tahu dan tempe tidak ada pantangan makan, tidak pernah diet dan mengkonsumsi obat-obatan penambah nafsu makan. Pasien memiliki keyakinan dalam makan yaitu jika panas jangan dimakan, tidak ada keluhan anoreksia, tidak mengalami penurunan berat badan selama 6 bulan terakhir. Pasien mengatakan saat sakit: pasien mengatakan ketika sakit Sebelum dilakukan operasi makan 1 kali sehari dan sedikit karena perutnya merasa nyeri setelah dilakukan operasi pasien hanya diberi susu melalui NGT. Tidak ada keluhan anoreksia, tidak ada keluhan muntah tetapi terdapat keluhan mual, tidak ada demam, tidak ada kesulitan dalam menelan atau mengunyah BB : 50 kg.

Pola minum pasien mengatakan sebelum sakit minum kurang lebih 2 liter dan suka air putih jarang minum kopi teh ataupun lainnya tidak pernah minum alkohol , tetapi suka manis. Pasien mengatakan saat dirawat minum kurang lebih 60 cc sekitar 3 gelas air mineral terpasang infus sehari 1000 ML dan diit susu 3x200 mL.

3. Pola eliminasi

Eliminasi fases pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1 x sehari dalam waktu pagi dengan frekuensi padat, coklat, dan berbau khas. Pasien mengatakan setelah sakit BAB 3 kali sehari dengan konsentrasi, padat, kuning berbau khas dan kecil-kecil.

Pola BAK pasien mengatakan sebelum sakit BAK normal tiga kali sehari lancar tidak ada keluhan, tidak ada nyeri. Saat sakit pasien terpasang kateter DC per hari kurang lebih 1500 cc.

4. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit bekerja sebagai buruh tani setiap pagi biasanya bersepeda berkeliling desa kemudian menuju ke sawah untuk bekerja. Dalam aktivitas sehari-hari tidak ada keluhan dalam pergerakan tubuh dalam perawatan diri yang dilakukan secara mandiri, tidak ada keluhan dalam air akan tetapi ketika nyeri tidak bisa melakukan apa-apa titik sesak nafas dan mudah kelelahan tidak ada keluhan. dibagian luka operasi sudah 3 hari secara terus-menerus dan terkadang hilang timbul, untuk mengatasi nyeri nya biasanya biasanya pasien meminta perawat memberikan obat anti nyeri dan keluhan yang paling berat yaitu ketika berpindah posisi. Pasien mengatakan saat sakit dibagian luka operasi sudah 3 hari secara terus-menerus dan terkadang hilang timbul, untuk mengatasi nyeri nya biasanya biasanya pasien meminta perawat memberikan obat anti nyeri dan keluhan yang paling berat yaitu ketika berpindah posisi untuk kegiatan sehari-hari diatas bed dan hanya berpindah-pindah posisi, tidak boleh turun karena masih ada operasi, terdapat keluhan pergerakan tubuh apalagi kalau geser nyeri pada abdomen karena ada luka operasi, terdapat keluhan sesak nafas terpasang kanul oksigen dan nafas cepat titik 3 kali sehari tidak mudah lelah, perawatan diri dibantu oleh keluarga.

5. Pola istirahat dan

Pasien mengatakan sebelum sakit tidur jam 9 malam dan tengah malam bangun untuk buang air kecil kemudian terbangun sebelum subuh untuk melakukan ibadah salat tidak ada keluhan istirahat. Pasien mengatakan saat sakit tidur sekitar jam 8 terkadang juga nyeri di malam hari dan bangun subuh terkadang ada kesulitan dalam tidur ketika nyeri kambuh.

6. Pola kognitif-perseptual sensori

Pasien mengatakan sebelum sakit mampu melihat dan mendengar dengan baik, merasa senang kau mampu mengingat dengan baik, dapat berbicara cara dan memahami pembicaraan dengan baik. Tidak ada disorientasi. Pasien mengatakan saat sakit mampu melihat dan

mendengar dengan baik, mampu mengingat, berbicara dan memahami pembicaraan dengan baik, merasa nyeri di bagian perut dengan data P: nyeri pada luka operasi, Q: *cenut-cenut*, R: perut kiri, S: 5, T: terus menerus.

7. Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mengatakan tugasnya sebagai kepala keluarga dan bapak serta kakek. pasien mensyukuri tubuhnya walaupun dikasih sakit tetapi masih ada keluarga yang tetap memberikan semangat agar cepat sembuh tidak malu ataupun minder dalam kondisi sekarang. Ingin tetap bahagia bersama anak, cucu dan istri walaupun secara sederhana.

8. Pola mekanisme koping

Pasien mengatakan jika ada masalah atau mengambil keputusan selalu melibatkan anggota keluarga bermusyawarah terlebih dahulu, keluarga yang sering dilibatkan adalah istri, jika mengambil keputusan yang bersifat kecil-kecil seringnya sendiri. Menurut pasien pelayanan di RS Sultan agung nyaman dan maksimal.

9. Pola reproduksi-seksual

Pasien mengatakan memahami fungsi seksual dan tidak ada gangguan seksual, menstruasi (-), kehamilan (-), pap smear (-).

10. Pola peran-berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan dapat berbicara dan memahami pembicaraan dengan orang lain dengan baik orang yang sering diajak diskusi yaitu istri dan anak tidak ada disorientasi..

11. Pola nilai dan kepercayaan

Pasien sakit sholat lima waktu dengan baik dan berdiri tidak ada keyakinan yang bertentangan dengan kesehatan, tidak ada pantangan atau nilai keyakinan yang kebudayaan.

C. Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe*)

Kesadaran diri *compos mentis*, lemas, sedikit pucat, meringis. Tanda-tanda vital suhu tubuh 36,7 °C, tekanan darah 116/72mmHg , respirasi 21x/menit, nadi 72x/menit, skala nyeri 5.

Kepala mesocephal, rambut berwarna hitam ada ubannya, bersih, tidak ada lesi, tidak ada ketombe. Mata simetris, bisa melihat dengan baik, pupil isokor, tidak ada anemis di konjungtiva. Hidung simetris, tidak ada polip, bersih, terpasang NGT. Telinga simetris, bersih, tidak ada lesi, bisa mendengar dengan baik. Mulut dan tenggorokan bersih mulut kering, gusi dan gigi tidak ada pendarahan terdapat gigi ompong, tidak ada pembesaran kelenjar typhoid, warna gigi kuning gusi coklat.

Jantung inspeksi: simetris, ictus kordos tidak terlihat, palpasi: ictus kordos terasa, tidak ada nyeri tekan, perkusi: bunyi pekak, auskultasi: terdengar bunyi lup dup. Paru-paru inspeksi: simetris kanan dan kiri, palpasi: tidak ada pembengkakan rata kanan dan kiri, perkusi: terdengar bunyi sonor, auskultasi: bunyi nafas normal tidak ada whezing dan tidak ada rhonki. Abdomen inspeksi: ada balutan luka post laparatomi hari ketiga dengan jahitan berjumlah 11, palpasi: ada nyeri tekan dan distensi perkusi: sonor, auskultasi: terdengar bising usus. Genetalia bersih terpasang kateter. Ekstremitas atas bersih, simetris, tidak ada lesi tidak ada kelemahan otot kuku pendek dan bersih warna sawo matang, ekstremitas bawah bersih, simetris kanan kiri, tidak ada lesi dan kelemahan otot, pendek dan bersih, warna sawo matang, capillary refill baik, kurang dari 2 detik, kemampuan fungsi semua ekstremitas mampu menggerakkan tangan dan kaki secara mandiri tidak ada hambatan dan tidak ada kelainan fungsi terpasang infus tidak ada pembengkakan di area tersebut. Kulit bersih, sawo matang, tugor baik, ada jahitan di area abdomen kiri berjumlah 11 jahitan.

D. Data Penunjang

1. Pemeriksaan penunjang

Tanggal 9 Januari 2022 pukul 12.13 WIB dilakukan pemeriksaan radiologi dengan hasil Foto thorak : korteks membesar, pulmo tak tampak kelainan. Foto abdomen 2 posisi : gambaran ileus obstruktif, tak tampak pneumoperitoneum.

Tanggal 11 Januari 2022 pukul 15.10 WIB dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Darah Rutin I				
Hemoglobin	14.3	13.2-17.3	g/dL	
Hematocrit	40.7	33.0-45.0	%	
Leukosit	7.08	3.80-10.60	ribu/ μ L	
Trombosit	L 113	150-440	ribu/μL	
Golongan darah/RH	B/Positif			
PPT				
PT	H 13.0	9.3-11.4	detik	Duplo
PT (control)	10.7	9.3-12.7	detik	
APTT				
APTT	H 29.3	21.8-28.4	detik	Duplo
APTT (control)	26.8	21.2-28.6	detik	
Kimia klinis				
Glukosa darah sewaktu	H 283	75-110	mg/dL	
Ureum	H 72	10-50	mg/dL	
Creatin	1.23	0.7-1.30	mg/dL	
Elektrolit (Na, K, Cl)				
Natrium (Na)	L 126.0	135-147	mmol/L	Duplo
Kalium (K)	3.90	3.5-5.0	mmol/L	
Klorida (Cl)	102.0	95-105	mmol/L	
Imunologi				
HBsAG	0.01	Non reaktif <0.05 Reaktif \geq 0.05	IU/mL	Metode CLIA
Hematologi				
INR				
INR	H 1.20	0.59-1.10		
INR (control)	0.97	0.85-1.27		

2. Diit

Pasien mendapatkan diit susu 3x200mL NGT buka tutup

3. Terapi

Pasien mendapatkan terapi obat cetoperazon 2x1 gram (iv), metoclopramide 2x1 ampul (iv), tramadol K/P, metformin 3x500 mg (oral), paracetamol 2x1 gram (iv), insulin 8 unit (iv)

E. Analisa Data

Tanggal 12 Januari 2022 pukul 08.30 WIB didapatkan data fokus subjektif pasien mengatakan nyeri pada perut di area luka operasi. Kemudian data objektif pasien terlihat meringis, gelisah, terdapat nyeri tekan di abdomen, bersikap protektif, tekanan darah (TD) 116/70 mmHg, respirasi (RR) 21 x/menit, suhu 36,7°C, nadi (N) 78 x/menit, P: nyeri abdomen luka operasi, Q: *cenut-cenut*, perih, S: 5, R: abdomen, T: terus menerus. Berdasarkan data tersebut maka penulis mengangkat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik (prosedur operasi).

Tanggal 12 Januari 2022 pukul 08.35 WIB didapatkan data fokus subjektif pasien mengatakan sudah di operasi di abdomen, pasien mengatakan perih pada abdomen atau perut nya. Kemudian data objektif nya terdapat luka post laparotomi, luka 11 jahitan di abdomen, kondisi luka bersih kemerahan, tidak ada pulsanya, sedikit. Berdasarkan data tersebut maka penulis mengangkat diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

Tanggal 12 Januari 2022 pukul 8.40 WIB didapatkan data fokus sebagai berikut, data subjektif pasien mengatakan ada riwayat DM, pasien mengatakan suka minum yang manis-manis. Kemudian data objektif pasien terlihat lemah dan lesu didapatkan gula darah sewaktu 233 mm/dL, berat badan 50 kg titik berdasarkan data tersebut maka penulis mengangkat diagnosa ketidakseimbangan gula dalam darah berhubungan dengan kadar gula dalam darah tinggi.

F. Intervensi Keperawatan

Tanggal 12 Januari 2022 pukul 08:40 WIB, intervensi keperawatan berdasarkan masing-masing diagnosa yang muncul antara lain sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dengan tujuan dan kriteria hasil sebagai berikut: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan gelisah menurun. Intervensi yang direncanakan sebagai berikut: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis teknik tarik napas dalam, kolaborasi pemberian analgesik.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif dengan tujuan dan kriteria hasil sebagai berikut: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut: kemerahan menurun dan bengkak menurun. Intervensi keperawatan yang direncanakan sebagai berikut: monitor tanda dan gejala infeksi, lokasi, dan sistemik, berikan perawatan kulit pada area edema, ganti balutan sejumlah eksudat dan drainase, kolaborasi pemberian antibiotik.

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan kadar gula dalam darah tinggi dengan tujuan & kriteria hasil setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar gula darah meningkat dengan kriteria hasil: kadar glukosa dalam darah membaik dan mengantuk menurun. Intervensi keperawatan yang direncanakan sebagai berikut: identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, anjurkan pengobatan diabetes, kolaborasi pemberian insulin.

G. Implementasi Keperawatan

Rencana keperawatan yang sudah ditetapkan sesuai dengan prioritas diagnosa masalah implementasi yang akan dilakukan pada tanggal 12-14 Januari 2022. Implementasi yang dilakukan yaitu:

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik implementasi dilakukan pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 09:00 WIB yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri dengan respon data subjektif pasien mengatakan nyeri pada luka operasi perih seperti tertusuk-tusuk seacra terus menerus. Respon data objektif pasien terlihat meringis, P: nyeri luka op laparatomi, Q: seperti tertusuk-tusuk, perih, R: perut kiri, T: terus-menerus. Pukul 09:04 WIB, mengidentifikasi skala nyeri dengan respon data subjektif pasien mengatakan skala nyeri 5 dan respon data objektif pasien terlihat meringis, gelisah, dan bersikap protektif. Pukul 09:05 WIB, memberikan teknik non farmakologis tarik napas dalam dengan respon data subjektif pasien mengatakan setelah dilakukan teknik non farmakologis merasa sedikit nyaman dan respon data objektif pasien terlihat sedikit nyaman, meringis sedikit menurun. Pukul 09.30 WIB memberikan analgesic dengan respon data objektif paracetamol 1 gr, tramadol, dan metoclopramide 1A.

Tanggal 13 Januari 2022 implementasi dilakukan pada pukul 08.00 WIB mengidentifikasi skala nyeri dengan respon data subjektif pasien mengatakan nyeri masih di skala 4 dan respon data objektif terlihat sedikit meringis dan gelisah. Pukul 08.05 WIB memberikan teknik non farmakologis tarik napas dalam dengan respon data subjektif pasien mengatakan siap melakukan teknik napas dalam yang sudah di praktekan dan respon data objektif pasien terlihat mempraktekkan teknik tarik napas dalam. Pukul 08.12 WIB memberikan analgesic dengan respon data objektif paracetamol 1 gr, tramadol, metoclopramide 1 A.

Tanggal 14 Januari 2022 implementasi pada pukul 08.10 WIB mengidentifikasi skala nyeri dengan respon data subjektif pasien mengatakan masih sedikit nyeri skala 2 dan respon data objektif terlihat

skala 2 dan masih sedikit meringis . Pukul 08.12 WIB memberikan teknik non farmakologis tarik napas dalam dengan respon data subjektif pasien mengatakan siap melakukan teknik napas dalam dan respon data objektif pasien terlihat mempraktekkan teknik tarik napas dalam. Pukul 08.37 WIB memberikan analgesic dengan respon data objektif paracetamol 1 gr, tramadol, metoclopramide.

Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif dilakukan implementasi keperawatan pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 09.10 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi lokasi sistematis dengan respon data subjektif pasien mengatakan sudah di operasi diperutnya dan respon data objektif terdapat luka post laparotomi dengan 11 jahitan dan kondisi luka bersih terdapat kemerahan dan sedikit bengkak. Pukul 09.15 WIB mengganti balutan sejumlah eksudat dan drainase. Dengan respon data objektif kondisi luka bersih, tidak ada pus, kondisi balutan bersih. Pukul 09.20 WIB memberikan perawatan kulit pada area edema dengan respon data objektif kulit bengkak dan merah, dibersihkan dengan NaCl dan kembali di tutup. Pukul 09.31 WIB memberikan antibiotic dengan respon data objektif diberikan cetoperazone 1 gr.

Tanggal 13 Januari 2022 dilakukan implementasi keperawatan pada pukul 08.26 WIB memberikan antibiotic dengan data objektif diberikan cetoperazone 1 gr.

Tanggal 14 Januari 2022 dilakukan implementasi keperawatan pada pukul 08.15 WIB mengganti balutan sejumlah eksudat dan drainase. Dengan respon data objektif kondisi luka bersih, tidak ada pus, kondisi balutan bersih. Pukul 08.25 WIB memberikan perawatan kulit pada area edema dalam respon data subjektif pasien mengatakan sudah tidak perih respon data objektif kulit tidak bengkak kemerahan mulai pudar, tidak ada pus. Pukul 08.39 WIB memberikan antibiotic dengan respon data objektif diberikan cetoperazone 1 gr.

Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan kadar gula dalam darah tinggi dilakukan implementasi keperawatan Pada tanggal 12

Januari 2022 pukul 09.25 WIB mengidentifikasi penyebab hiperglikemia dengan respon data subjektif pasien mengatakan ada riwayat DM dan sering mengkonsumsi minum manis dan respon data objektif pasien terlihat mengantuk, terlihat lelah dan lesu, berat badan 50 kg. pada pukul 09.27 WIB memonitor kadar glukosa darah dengan respon data objektif nilai GDS 233 mm/dl. Pukul 09.29 WIB memberikan insulin dengan respon dara objektif pemberian insulin dengan 8 unit dan metformin 500 mg.

Tanggal 13 Januari 2022 dilakukan implementasi keperawatan pada pukul 08.15 WIB memonitor glukosa darah dengan respon data objektif nilai GDS 193 mm/dl. Pukul 08.12 WIB memberikan insulin dengan data objektif diberikan insulin 8 unit, metformin 500 mg. Pukul 08.15 WIB menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga dengan respon data subjektif pasien mengatakan mulai hari ini akan mengurangi minum yang manis-manis. Dengan respon data objektif terlihat kooperatif dan bersungguh-sungguh mengikuti anjuran. Pukul 08.40 WIB menganjurkan pengobatan diabetes (injeksi insulin) dengan respon data subjektif pasien siap mengikuti anjuran insulin sesuai arahan, dosis, aturan dari dokter, dengan respon data objektif pasien terlihat kooperatif.

Tanggal 14 Januari 2022 dilakukan implementasi keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar gula darah. Pukul 08.35 WIB memonitor glukosa darah dengan respon data objektif pasien terlihat lebih segar dan nilai GDS 106 mm/dl. Pukul 08.36 WIB memberikan insulin dengan data objektif diberikan insulin 8 unit, metformin 500 mg.

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tindakan yang dilakan guna mengukur respon pasien atas tindakan yang sudah diberikan. Evaluasi diberikan setiap hari selama pengelolaan yaitu dari tanggal 12 sampai 14 Januari 2022, evaluasinya yaitu:

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 14.10 WIB didapatkan hasil evaluasi yaitu data

subjektif: pasien mengatakan masih nyeri diluka operasi skala 4, data objektif: pasien terlihat meringis, gelisah, dan bersikap protektif, TD: 129/78 mmHg, RR: 22x /menit, S: 36,5 °C, N: 75x /menit, analisis: masalah belum teratasi, planing: lanjutkan intervensi mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologis teknik tarik napas dalam, memberikan analgesik.

Tanggal 13 Januari 2022 pukul 14.10 WIB didapatkan hasil evaluasi yaitu data subjektif: pasien mengatakan masih nyeri diperut tetapi sedikit berkurang menjadi skala 3, data objektif: pasien terlihat meringis, sedikit gelisah TD: 117/74 mmHg, RR: 22x /menit, S: 36,2 °C, N: 80x /menit, analisis: masalah belum teratasi, planing: lanjutkan intervensi mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologis teknik tarik napas dalam, memberikan analgesik.

Tanggal 14 Januari 2022 pukul 14.10 WIB didapatkan hasil evaluasi yaitu data subjektif: pasien mengatakan masih sedikit nyeri dengan skala 1, data objektif: pasien terlihat sudah tidak meringis, skala 1, TD: 130/80 mmHg, RR: 20x /menit, S: 36,3 °C, N: 68x /menit, analisis: masalah teratasi sebagian, planing: lanjutkan intervensi mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologis teknik tarik napas dalam, memberikan analgesik.

Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 14.15 WIB didapatkan hasil evaluasi yaitu data subjektif: pasien mengatakan perih pada luka operasi skala 4, data objektif: luka masih terlihat merah, dan masih sedikit bengkak, kondisi luka bersih tidak ada pus TD: 129/78 mmHg, RR: 22x /menit, S: 36,5 °C, N: 75x /menit, analisis: masalah belum teratasi, planing: lanjutkan intervensi memberikan perawatan kulit pada area edema, mengganti balutan sejumlah eksudat dan drainase, memberikan antibiotik.

Tanggal 13 Januari 2022 pukul 14.15 WIB didapatkan hasil evaluasi yaitu data subjektif: pasien mengatakan masih perih pada luka operasi, data objektif: masih terdapat balutan di abdomen, TD: 117/74 mmHg, RR: 22x

/menit, S: 36,2 °C, N: 80x /menit, analisis: masalah belum teratasi, planing: lanjutkan intervensi memberikan perawatan kulit pada area edema, mengganti balutan sejumlah eksudat dan drainase, memberikan antibiotik.

Tanggal 14 Januari 2022 pukul 14.15 WIB didapatkan hasil evaluasi yaitu data subjektif: pasien mengatakan tidak merasa perih lagi, data objektif: pasien terlihat balutan bersih, kondisi luka baik kemerahan mulai pudar, sudah tidak bengkak, TD: 130/80 mmHg, RR: 20x /menit, S: 36,3 °C, N: 68x /menit, analisis: masalah teratasi sebagian, planing: lanjutkan intervensi memberikan perawatan kulit pada area edema, mengganti balutan sejumlah eksudat dan drainase, memberikan antibiotik.

Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan kadar gula dalam darah tinggi, pada tanggal 12 Januari 2022 pukul 14.20 WIB hasil evaluasi data subjektif: pasien mengatakan merasa mengantuk, data objektif: pasien terlihat lelah dan mengantuk, GDS 233 mm/dL, TD: 129/78 mmHg, RR: 22x /menit, S: 36,5 °C, N: 75x /menit, analisis: masalah belum teratasi, planing: lanjutkan intervensi memonitor kadar glukosa darah, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, menganjurkan pengobatan diabetes, pemberian insulin..

Tanggal 13 Januari 2022 pukul 14.20 WIB didapatkan hasil evaluasi data subjektif: pasien mengatakan mulai mengurangi minum yang manis-manis, data objektif: pasien masih terlihat sedikit lelah dan lesu, GDS 193 mm/dL, TD: 117/74 mmHg, RR: 22x /menit, S: 36,2 °C, N: 80x /menit, analisis: masalah belum teratasi, planing: lanjutkan intervensi memonitor kadar glukosa darah, pemberian insulin.

Tanggal 14 Januari 2022 pukul 14.20 WIB didapatkan hasil evaluasi dari yaitu data subjektif: pasien mengatakan akan menjaga pola makan agar gulanya turun, data objektif: pasien terlihat lebih ceria, GDS 103 mm/dL, TD: 130/80 mmHg, RR: 20x /menit, S: 36,3 °C, N: 68x /menit, analisis: masalah teratasi sebagian, planing: lanjutkan intervensi memonitor kadar glukosa darah, pemberian insulin.



BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas tentang asuhan keperawatan pada Tn. C dengan *post* laparotomi indikasi ileus obstruktif di ruang baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang yang dikelola selama 3 hari yaitu tanggal 12 Januari sampai 14 Januari 2022, dengan memperhatikan tahapan-tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam memberikan asuhan keperawatan yang berupa pengumpulan data dari beberapa sumber data untuk mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara anamnesis, observasi, dan pemeriksaan fisik (Budiono, 2016).

Pengumpulan data dalam penyusunan asuhan keperawatan penulis menggunakan metode pengkajian berupa wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik terhadap Tn. C dengan *post* laparotomi indikasi ileus obstruktif. Pengkajian yang dilakukan penulis pada tanggal 12 Januari 2022 didapatkan data terdapat keluhan nyeri pada perut, terdapat luka operasi laparotomi dengan 11 jahitan, dan didapatkan dalam pengkajian GDS yang cukup tinggi yaitu 233 mm/dL tidak mengalami kendala atau hambatan baik dari pasien dan penanggung jawab sangat kooperatif. Salah satu pengkajian yang dilakukan oleh penulis yaitu pengkajian PQRST. Menurut Muttaqin (2009) pengkajian dengan metode PQRST (*Provoking, Quality of pain, Region, Severity, Time*) digunakan untuk pengkajian nyeri agar lebih spesifik bagaimana karakteristik, tempat, skala, penyebab dan waktu kapan terjadinya nyeri.

B. Asuhan Keperawatan

Berdasarkan pengkajian keperawatan, penulis menemukan 3 diagnosa yang kemudian akan dilakukan intervensi dan diakhiri oleh evaluasi. Diagnosa tersebut yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis yang dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada abdomen, terlihat gelisah, meringis, terdapat nyeri tekan di abdomen, dan bersikap protektif.

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2018) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau fungsional, biasanya terjadi dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan sampai berat yang biasanya berlangsung kurang dari 3 bulan.

Diagnosa pertama yaitu nyeri akut, penulis mengangkat diagnosa dikarenakan terdapat data subjek yaitu pasien mengeluh nyeri pada abdomen. Sedangkan didapatkan data objektif yaitu pasien terlihat gelisah, meringis, terdapat nyeri tekan di abdomen, dan bersifat protektif. Selain itu dilakukan pengkajian PQRST dengan data P: nyeri abdomen luka operasi, Q: *cenut-cenut*, perih, S: 5, R: abdomen, T: terus menerus. Menurut teori Capenito (2001) yang membedakan diagnosa menjadi 5 kategori yaitu: aktual, resiko, kemungkinan, diagnosa keperawatan *wellnes*, diagnosa keperawatan *syndrome*. Berdasarkan data tersebut maka diagnosa nyeri akut dapat ditegakkan dan menjadi diagnosa prioritas karena diagnosa nyeri akut masuk dalam diagnosa aktual.

Salah satu hal yang akan terjadi pada pasien pasca pembedahan yaitu nyeri akut pada luka operasi yang timbul karena adanya proses insisi kulit menyebabkan hipersensitivitas pada saraf pusat (Sjamsuhidajat & De Jong, 2016). Nyeri akut secara serius dapat mengancam kesembuhan pasien berupa penghambatan mobilitas, rehabilitasi, dan hospitalisasi jadi lebih lama. Hal tersebut jika tidak diatasi secara optimal akan menghambat penyembuhan dari luka operasi yang kemudian dapat

berdampak memunculkan masalah kesehatan lainnya (Rahmayati et al., 2018). Sebelum melakukan intervensi maka penulis akan menetapkan kriteria hasil sesuai pada buku Standar Luanan Keperawatan Indonesia (2019) dengan kriteria hasil yang ditetapkan penulis yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, dan gelisah menurun. Menurut Smeltzer & Bare (2016) cara untuk menurunkan intensitas nyeri yaitu dengan menggunakan teknik baik secara non farmakologi maupun farmakologi. Penatalaksanaan secara farmakologi biasanya dilaksanakan dengan menggunakan obat analgesik, sedangkan teknik non farmakologi dengan menggunakan relaksasi, distraksi, TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), *massage* (pijatan) (Mayasari, 2016).

Tindakan untuk mengatasi masalah keperawatan pada nyeri akut khususnya pada pasien pasca pembedahan dengan kondisi gelisah meringis, dan bersikap protektif maka penulis mengacu pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) intervensi yang diberikan yaitu melakukan manajemen nyeri. Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis yaitu identifikasi lokasi karakteristik, lokasi, frekuensi, quality, durasi nyeri dan skala nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri teknik tarik nafas dalam, dan kolaborasi dalam pemberian terapi analgesik. Teknik non farmakologi yang digunakan oleh yaitu dengan menggunakan teknik tarik nafas dalam. Tujuan tarik napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveolus, mempertahankan pertukaran gas, mencegah atelektasis paru, dan menurunkan stres fisik dan emosional yang dapat menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan. Mekanisme yang dilakukan untuk menurunkan nyeri yaitu dengan mengorelasikan otot-otot skelet yang menyebabkan spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin, menyebabkan vasodilasi pembuluh darah dan meningkatkan aliran darah ke area di mana spasme dan iskemia terjadi. Teknik ini mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen, endorfin dan enkefalin (S. Utami, 2016).

Evaluasi yang didapatkan penulis selama pengelolaan selama 3 hari dengan melaksanakan tindakan dan kriteria hasil yang ditetapkan. Hari pertama tingkat skala nyeri masih cukup tinggi yaitu berada diskala 4, lalu pada hari terakhir tingkat nyeri cukup turun menjadi 1 dengan kondisi pasien sudah tidak meringis, gelisah, dan bersikap protektif.

Kekurangan penulis dalam diagnosa ini yaitu kurang menyebutkan teknik terapi non farmakologis apa yang harus digunakan. Seharusnya penulis menyebutkan teknik non farmakologis relaksasi tarik nafas dalam sebagai salah satu implementasi dari diagnosa nyeri akut.

2. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Menurut SDKI (2018) resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Penulis mengambil diagnosa tersebut dikarenakan dalam pengkajian ditemukan data subjektif pasien mengeluh nyeri, data objektif terdapat luka *post op* laparotomi berjumlah 11 jahitan, kondisi luka kemerahan dan bersih, sedikit bengkak dan tidak ada pus, dengan data-data tersebut maka diagnosa resiko infeksi dapat ditegakkan.

Laparotomi adalah salah satu jenis operasi bedah mayor pada abdomen (Sjamsuhidajat & De Jong, 2016). Sayatan yang terjadi pada operasi laparotomi akan menimbulkan luka dengan ukuran besar sehingga membutuhkan waktu yang cukup lama dan perawatan berkelanjutan. Keterlambatan penyembuhan luka dapat berpotensi adanya infeksi akibat ketidaksembuhan granulasi berakibat terhadap memproduksinya enzim yang rusak dan kemudian merusak jaringan dan jahitan di sekitarnya. Infeksi pada luka operasi ditandai dengan adanya pus, inflamasi, bengkak, dan nyeri serta kemerahan (Ningrum et al., 2017). Berdasarkan potensi tersebut maka dibutuhkan perawatan secara cepat dan tepat dengan tetap memperhatikan prinsip steril. Maka dengan hal tersebut penulis menetapkan kriteria hasil yang ditetapkan penulis sebagai upaya untuk mencegah adanya infeksi yaitu kemerahan menurun dan bengkak menurun.

Intervensi yang dilakukan penulis untuk mengatasi masalah resiko adalah dengan melakukan pencegahan infeksi. Intervensi yang dilakukan adalah monitor tanda dan gejala infeksi, lokasi, dan sistemik. Memberikan perawatan luka salah satu bentuk untuk mempercepat penyembuhan luka operasi yang berupa merikan perawatan kulit pada area edema dengan melakukan desinfektan secara efektif. Selain itu juga diperlukan pengganti balutan dilakukan sebagai upaya untuk menjaga kebersihan luka agar resiko infeksi operasi dapat ditekan atau dikurangi (R. A. Utami, 2019). Pemberian antibiotik (untuk mengatasi atau menghambat pertumbuhan bakteri yang menyebabkan infeksi pada luka).

Evaluasi yang dilakukan penulis selama 3 hari dengan kriteria hasil dan tindakan yang sudah dilakukan yaitu kondisi luka bersih, bengkak pada area luka sudah tidak ada kemerahan, dan mengeluh perih sudah menurun tetapi masih ada balutan, sehingga penulis memutuskan untuk tetap melanjutkan intervensi.

Kekurangan penulis dalam menganalisa data yaitu kurang menyebutkan hasil lab leukosit. Hal ini dapat digunakan sebagai salah satu indikator pertumbuhan bakteri yang dapat mengakibatkan munculnya resiko infeksi pada luka *post op*.

3. Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan kadar gula dalam darah tinggi dibuktikan dengan pasien mengaku ada riwayat Diabetes Melitus (DM), suka mengonsumsi yang manis, pasien terlihat lelah, lesu dan didapatkan GDS 233 mm/dL.

Menurut SDKI 2018 ketidakstabilan kadar gula dalam darah merupakan variasi kadar gula naik atau turun dari rentang normal. Penulis dalam melakukan pengkajian didapatkan sejumlah data yaitu data subjektif pasien mengaku ada riwayat DM dan suka meminum yang manis-masih, sementara data objektif didapatkan pasien terlihat lelah dan mengantuk, lesu dan dalam pemeriksaan GDS didapatkan nilai glukosa dalam darah sejumlah 233 mm/dL. Maka dengan data tersebut

diagnosa ketiga yaitu ketidakstabilan kadar gula darah dapat ditegakkan sebagai diagnosa ketiga.

Tingginya dalam pemeriksaan gula darah sewaktu ditandai oleh hiperglikemia akibat dari efek pada sekresi insulin. Faktor resiko dari DM yang sering yaitu gaya hidup yang tidak terkontrol, selain itu faktor riwayat kesehatan masa lalu juga dapat berpengaruh (Setyoadi et al., 2018). Seperti ditemukan pada kasus pasien mengaku jika ada riwayat DM sudah 2 tahun yang lalu, dan juga mengaku kalau kesehariannya suka mengonsumsi makanan dan minuman yang manis maka penulis menetapkan kriteria hasil berupa kadar glukosa dalam darah membaik dan mengantuk menurun dengan harapan kestabilan kadar gula dalam darah membaik. Untuk mendukung kriteria hasil tersebut maka penulis melakukan intervensi keperawatan salah satunya yaitu monitor kadar glukosa darah untuk mengontrol kestabilan kadar gula sewaktu misalnya ada penambahan atau pengurangan akan tetap terkontrol di nilai normal.

Selain itu juga dilakukan terapi pemberian insulin setiap saat dengan tujuan untuk meniru pola sekresi insulin endogen pada individu normal dan mengendalikan kadar gula darah. Pemberian insulin dilakukan oleh dokter dengan mempertimbangkan durasi kerja yaitu insulin dengan durasi kerja pendek (4 sampai 6 jam digunakan untuk mengontrol kadar glukosa darah post-prandial dan pada hiperglikemia), durasi kerja menengah (6 sampai 12 jam digunakan untuk mengontrol kadar glukosa darah basal (semalaman, saat puasa, dan di antara waktu makan), dan durasi kerja panjang (12 sampai 24 jam digunakan untuk mengendalikan kadar glukosa darah basal (semalaman, saat puasa, dan di antara waktu makan) (Lukito, 2020). Pasien mendapatkan terapi insulin sejumlah 8 unit atas rekomendasi dari dokter.

Evaluasi dalam diagnosa ketiga ini juga dilakukan selam 3 hari dengan kadar gula darah menurun dan pasien memulai mengurangi kebiasaan yang suka mengonsumsi yang manis-manis. Pasien juga terlihat lebih segar dari sebelumnya.

C. Diagnosa Keperawatan Yang Berpotensi Muncul

Selain diagnosa yang sudah ditegakkan pada Tn. C penulis juga membahas diagnosa yang muncul dari masalah yang dialami oleh pasien tetapi tidak ditegakkan penulis antara lain :

1. Konstipasi berhubungan dengan penurunan mobilisasi gastrointestinal

Konstipasi adalah penurunan defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak (SDKI PPNI, 2018) pengkajian yang didapatkan oleh penulis pasien mengatakan kesulitan BAB sudah 3 hari belum keluar, sekali BAB bertekstur padat dan berwarna kuning dan kesulitan dalam kentut. Sesuai dengan teori dalam manifestasi klinis ileus obstruktif salah satunya yaitu konstipasi akibat adanya penyumbatan dari lumen usus. Dengan didapatkan data tersebut maka penulis tidak menegakkan diagnosa karena keterbatasan dalam pemenuhan data.

2. Risiko defisit nutrisi dibuktikan dengan pasien mengaku makan hanya 1 kali dan sedikit

Risiko defisit nutrisi adalah kondisi dimana seseorang mengalami asupan nutrisi yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (SDKI PPNI, 2018). Pengkajian yang dilakukan penulis didapatkan pasien terpasang *Nasogastric Tube* (NGT) dan setiap hari mendapatkan sonde susu 3x100 mL, pasien juga setiap hari makan dan minum dengan melalui NGT, pasien juga mengeluh mual tetapi tidak ada muntah. Pasien juga mengaku tidak ada keluhan anoreksia dan tidak ada keluhan dalam mengunyah dan menelan. Berat badan pasien juga mengaku tidak ada penurunan dalam 6 bulan terakhir. Selain itu juga penulis tidak mengkaji secara detail status nutrisi terutama pada pengkajian IMT, dengan data-data tersebut maka diagnosa risiko defisit nutrisi tidak dapat ditegakkan oleh penulis.

BAB V

PENUTUP

Asuhan keperawatan di kelola selama 3 hari pada Tn. C dengan Post Laparatomi indikasi Ileus Obstruktif di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang pada tanggal 12-14 Januari 2022.

A. Kesimpulan

1. Konsep Medis (Penyakit)

Ileus obstruktif merupakan salah satu penyakit yang terjadi karena ada penyumbatan isi lumen usus yang mengakibatkan terganggunya proses feses. Penyebab dari ileus obstruktif ada 2 hal yaitu hernia inkarserata (usus terjebak atau masuk dan terjepit) dan non hernia inkarserata yang ditandai adanya nyeri pada abdomen. Tindakan medis yang diambil yaitu pembedahan sebagai upaya untuk mengambil ileus obstruksi tersebut.

2. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan yang dilakukan penulis mulai dari pengkajian, analisis data, intervensi, implementasi dan evaluasi. Dengan mendapatkan data berupa keluhan nyeri pada abdomen, terdapat luka jahitan dan mendapatkan hasil pemeriksaan gula yang tinggi. Sehingga penulis mengambil diagnosa 3 yaitu nyeri akut, resiko infeksi, dan ketidakstabilan kadar gula darah, dengan diagnosa utama yaitu nyeri akut. Tindakan yang dilakukan berfokus pada diagnosa utama yaitu pengurangan nyeri baik dilakukan secara farmakologi dan dilakukan dengan cara teknik nafas dalam. Evaluasi yang didapatkan dengan tetap melanjutkan intervensi.

3. Analisis Kasus

Masalah yang terjadi pada pasien pasca pembedahan adalah nyeri akut sesuai dengan teori penyelesaian nyeri akut dapat di atasi dengan non farmakologi dan farmakologi. Selain itu juga didapatkan masalah risiko infeksi yang dapat ditangani salah satunya dengan perawatan luka.

Terapi insulin di lakukan untuk mengontrol kadar GDS agar tetap dalam nilai normal.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dengan adanya penulisan ini dapat menjadi sarana untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa yang berkaitan dengan kasus ileus obstruktif.

2. Bagi perawat

Diharapkan bagi perawat agar tetap mempertahankan asuhan keperawatan yang telah sesuai dengan standar dan prosedur yang telah ditetapkan terutama pada kasus *post op* laparatomi indikasi ileus obstruktif.

3. Bagi masyarakat

Diharapkan dengan adanya penulisan ini dapat menjadi sarana informasi dan edukasi yang berkaitan dengan ileus obstruktif

4. Bagi rumah sakit

Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan diharapkan dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu dalam penanganan kasus *post op* laparatomi indikasi ileus obstruktif sebagai upaya meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Arief, M., Made Wirka, I., & Setyawati, T. (2020). Ileus Obstruktif: Case Report. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 2(1), 41–44.
- Bradley, J., & Winston, M. (2020). Intestinal obstruction and Ileus. *MedlinePlus*. <https://medlineplus.gov/ency/article/000260.htm>
- Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Capenito, L. J. (2001). *Diagnosa Keperawatan. Edisi Keenam* (6th ed.). EGC.
- DEPKES RI. (2011). Pusat Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2010. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. <http://www.depkes.go.id>
- Dictara, A. A., Angraini, D. I., & Musyabiq, S. (2018). Efektivitas Pemberian Nutrisi Adekuat dalam Penyembuhan Luka Pasca Laparotomi Effectiveness of Adequate Nutrition in Wound Healing Post Laparotomy. *Majority*, 7(71), 249–256.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). Nursing Care Plans. In *Usa* (10th ed.).
- Habiba, U. (2021). *Prosedur Pemeriksaan Radiografi Abdomen Proyeksi Lld Pada Kasus Ileus Obstruktif Di Instalasi Radiologi IGD RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau*. https://repository.stikesawalbrospekanbaru.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/43/18002038_UMMU_HABIBA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Indrayani, M. N. (2013). Diagnosis Dan Tata Laksana Ileus Obstruktif. *SMF Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*, 1–21.
- Iqbal Fahlevi, Z., Musta'in, M., & Kholid, A. (2020). Pengelolaan Nyeri Akut Pada Tn.S Dengan Post Laparotomi Indikasi Ileus Obstruktif Di Ruang Cempaka Rsud Ungaran. *Jurnal Keperawatan*. <http://repository2.unw.ac.id/id/eprint/1183>
- Lukito, J. I. (2020). Tinjauan atas Terapi Insulin. *Ckd-288*, 47(9), 525–529.
- Mayasari, C. D. (2016). The Importance of Understanding Non-Pharmacological Pain Management for a Nurse. *Jurnal Wawasan Kesehatan*, 1(1), 35–42.
- Muttaqin, A. (2009). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem kardiovaskuler*. Salemba Medika.

- Ningrum, T. P., Mediani, H. S., & H.P, C. I. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Wound Dehiscence pada Pasien Post Laparatomi. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 5(2). <https://doi.org/10.24198/jkp.v5i2.455>
- Nisa, S. A., Finansah, Y. W., Marlina, U., & Rochman, S. (2021). Differences Characteristics of Partial Bowel Obstruction and Total Bowel Obstruction in Ileus Patients at Dr. Soegiri Lamongan Hospital. *MAGNA MEDICA Berkala Ilmiah Kedokteran Dan Kesehatan*, 8(1), 29. <https://doi.org/10.26714/magnamed.8.1.2021.29-34>
- Pasaribu, N. (2012). Karakteristik Penderita Ileus Obstruktif yang Dirawat Inap di RSUD Dr. Pirngadi Medan tahun 2007-2010. *Universitas Sumatra Utara*.
- Price, S. A., & Wilson, I. M. (2012). Pendahuluan Patologi Umum: Mekanisme Penyakit. In *Patofisiologi Konsep Klinik Proses - proses penyakit. Edisi 6 Volume 1* (6th ed.). EGC.
- Rahmayati, E., Hardiansyah, R., & Nurhayati, N. (2018). Pengaruh Aromaterapi Lemon terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Post Operasi Laparatomi. *Jurnal Kesehatan*, 9(3), 427. <https://doi.org/10.26630/jk.v9i3.1138>
- Risaharti, Siahaan, S., & Mono Erdiva, R. (2020). Gambaran Nilai Densitas Radiografi dengan klinis ileus obstruksi dan perforasi pada pemeriksaan Abdomen 3 (tiga) posisi di Instalasi Radiologi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Tahun 2019. *Aceh Medika*, 4(2), 80–89. www.jurnal.abulyatama.ac.id/acehmedika
- Sari, N. (2015). *Gambaran Ileus Obstruktif pada Anak di RSUD Arifon Achmad Provinsi Riau*. 2(2), 1–19.
- Setiati, S., Nafrialdi, Alwi, I., Syam, A. F., & Simadibrata, M. (2013). *Anamnesis & Pemeriksaan Fisik Komperhensif*. InternaPublishing.
- Setyoadi, S., Kristianto, H., & Afifah, S. N. (2018). Influence of Nutrition Education with Calendar Method in Diabetic Patients' Blood Glucose. *NurseLine Journal*, 3(2), 72. <https://doi.org/10.19184/nlj.v3i2.6627>
- Silpia, W., Nurhayati, N., & Febriawati, H. (2021). the Effectiveness of Hand Massage Therapy in Reducing Pain Intensity Among Patients With Post-Laparotomy Surgery. *Jurnal Vokasi Keperawatan (JVK)*, 4(1), 212–218. <https://doi.org/10.33369/jvk.v1i4.15859>
- Sjamsuhidajat, R., & De Jong, W. (2016). *Buku Ajar Ilmu Bedah* (4th ed.). EGC.

- Smeltzer, S. C. O., & Bare, B. G. (2016). Brunner & Sudarth's Canadian Textbook of Medical-Surgical Nursing. In *Brunner & Sudarth's Canadian Textbook of Medical-Surgical Nursing* (12th ed.). Wolters Kluwer.
- Smith, D., & Kashyap, S. (2021). Bowel Obstruction. *STATPEARLAS*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441975/>
- Tanio, P. N., Lalenoh, D. C., & Laihad, M. L. (2018). Profil Pasien Pasca Laparotomi di ICU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari 2015 sampai Desember 2017. *E-CliniC*, 6(2), 80–83. <https://doi.org/10.35790/ecl.6.2.2018.22122>
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. (1st ed.). DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. (1st ed.). DPP PPNI.
- Utami, R. A. (2019). Studi Deskriptif Perawatan Luka Pasien Dengan Infeksi Post Op Laparotomi Di Kabupaten Sumedang. *Jurnal Kesehatan Holistic*, 3(1), 46–61. <https://doi.org/10.33377/jkh.v3i1.45>
- Utami, R. N., & Khoiriyah, K. (2020). Penurunan Skala Nyeri Akut Post Laparotomi Menggunakan Aromaterapi Lemon. *Ners Muda*, 1(1), 23. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5489>
- Utami, S. (2016). Efektifitas relaksasi napas dalam dan distraksi dengan latihan 5 jari terhadap nyeri post laparotomi. *Universitas Riau*, 4(1), 1–13.
- Vilz, T. O., Stoffels, B., Strassburg, C., Schild, H. H., & Kalff, J. C. (2017). Ileus in Adults. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(29-30), 508–518. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0508>
- Wahyudi, A., Siswandi, A., Purwaningrum, R., & Dewi, B. C. (2020). Obstructive Ileus Incidence Rate in Examination of BNO 3 Position in Abdul Moeloek Hospital. *Jiksh*, 11(1), 145–151. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.233>
- World Health Organization. (2008). *Cause of death in 2008*. <http://www.who.int>
- Yulisetyaningrum, Prihatiningsih, E., Suwanto, T., & Budiani, S. (2021). Hubungan Mobilisasi Dini Dengan kesembuhan luka Pada Pasien Pasca Laparotomy Di RSUD dr. Loekmonohadi Kudus. *The 13th University Research Colloquium*, 2013, 269.

