



KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ILEUS OBSTRUKTIF
DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
MAKASSAR

OLEH :

KURNIA CINORA TALUBUN (NS2214901083)
LESTARI SARAGIH (NS2214901086)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
TAHUN AKADEMIK 2022/2023



KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ILEUS OBSTRUKTIF
DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT* RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
MAKASSAR

OLEH :

KURNIA CINORA TALUBUN

(NS2214901083)

LESTARI SARAGIH

(NS2214901086)

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS MAKASSAR
TAHUN AKADEMIK 2022/2023

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini

1. Kurnia Cinora Talubun (NS2214901083)
2. Lestari Saragih (NS2214901086)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain. Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenarnya.

Makassar, 06 juni 2023 yang menyatakan



Kurnia Cinora Talubun



Lestari saragih

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruktif Di Ruang *intensive care unit* rumah sakit Bhayangkara Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggung jawabkan didepan penguji.

Diajukan oleh :

1. Kurnia Cinora Talubun (NS2214901083)
2. Lestari Saragih (NS2214901086)

Disetujui oleh

Pembimbing 1

Pembimbing 2

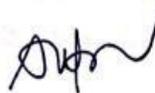


Yunita Carolina Satti, Ns., M. Kep
NIDN : 0904078805



Fransisco Irwandy, Ns., M. Kep
NIDN : 0910099002

Menyetujui
Wakil Bidang Akademik
STIK Stella Maris Makassar



Fransiska Anita E.R. Sa'pang, Sp. Kep. MB
NIDN : 0913098201

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah Akhir ini di ajukan oleh :

1. Kumia Cinora Talubun (NS2214901083)
2. Lestari Saragih (NS2214901086)

Program studi : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ileus Obstruktif Di Ruang *Intensive Care unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar*.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing I : Yunita Carolina Satti,Ns.,M.Kep
Pembimbing II : Fransisco Irwandy,Ns.,M.Kep
Penguji I : Mery Solon,Ns.,M.Kes
Penguji II : Meyke Rosdiana,Ns.,M.Kep

()
()
()
()

Ditetapkan di : STIK Stella Maris Makassar

Tanggal 06 Juni 2023

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus Abdu.S.Si.S.Kep.,Ns.M.Kes

NIDN : 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

1. Kurnia Cinora Talubun (NS2214901083)
2. Lestari Saragih (NS2214901086)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan manggali informasi/formatkan merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar – benarnya

Makassar, 06 juni 2023 yang menyatakan



Kurnia Cinora Talubun



Lestari Saragih

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruktif di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar”.

Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar Program Profesi Ners dan persyaratan untuk memperoleh gelar Ners di STIK Stella Maris Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan karya ilmiah akhir ini masih banyak kesalahan dan kekurangan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dan dapat memantu penulis untuk menyempurnakan karya ilmiah akhir ini. Untuk itu, pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terimakasih secara khusus kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan program Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar
2. Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp. Kep.MB, selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes, selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi, dan Keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes., selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar
5. Mery Sambo, Ns., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners STIK Stella Maris Makassar
6. Serlina Sandi, Ns., M.Kep., selaku Sekretaris Prodi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

7. Yunita Carolina Satti, Ns., M.Kep selaku pembimbing I dan Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan dengan penuh kesabaran memberikan bimbingan serta pengarahan kepada kedua penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.
8. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku penguji I dan Meyke Rosdiana, Ns., M.Kep selaku penguji II yang telah banyak memberi saran serta masukan demi menyempurnakan karya ilmiah akhir Kami.
9. Teristimewa kedua orang tua, keluarga, teman-teman dan sanak saudara yang selalu mendoakan, memberi dukungan, semangat, nasehat dan motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
10. Ny.S dan keluarga serta perawat yang bertugas di ruang ICU (*Intesive Care Unit*) yang telah memberi banyak informasi dan bersedia bekerjasama dengan penulis selama penyusunan karya ilmiah akhir.
11. Seluruh rekan-rekan Prodi Profesi Ners Angkatan 2022 yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dan yang telah bersedia untuk memberi saran maupun masukan selama penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan karya ilmiah akhir ini. Akhir kata, semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas semua kebaikan dari setiap pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, 6 Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG DALAM	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN KIA.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
Daftar Tabel.....	vi
Daftar Gambar.....	vii
Daftar Lampiran.....	viii
Daftar Istilah, lambang dan arti.....	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang.....	1
B. Tujuan penulisan.....	2
1. Tujuan Umum	
2. Tujuan Khusus	
C. Manfaat.....	3
3. Bagi Rumah Sakit	
4. Bagi Pasien	
5. Bagi Profesi Keperawatan	
6. Bagi Institut Pendidikan	
B. Metode penulisan.....	6
C. Sistimika penulisan.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medik	
1. Defenisi.....	7
2. Klasifikasi.....	7
3. Anatomi fisiologi.....	8
4. Etiologi.....	13
5. Manifestasi klinis.....	16
6. Patofisiologi.....	17
7. Pemeriksaan penunjang.....	19
8. Komplikasi.....	20
9. Penatalaksanaan.....	22
B. Konsep Dasar Keperawatan	
1. Pengkajian primer (B1-B6).....	22
2. Pengkajian sekunder.....	23

3. Diagnosa keperawatan	28
4. Perencanaan keperawatan	28
BAB III PENGAMATAN KASUS	
A. Pengkajian primer	33
B. Pengkajian sekunder.....	41
1. Analisa data	55
2. Diagnosis keperawatan	58
3. Intervensi keperawatan	59
4. Implementasi keperawatan	68
5. Evaluasi keperawatan	70
BAB IV PEMBAHASAN KASUS.	
A. Pembahasan	97
B. Pembahasan penerapan <i>Evidence Based Nursing</i>	101
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	114
B. Saran.....	116
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Usus.....	12
Gambar 2.2 Anatomi usus besar.....	13
Gambar 2.3 Sembilan regio <i>Abdomen</i>	15
Gambar 2.4 sembilan empat kuadran <i>Abdomen</i>	16

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsul

Lampiran 2 : Riwayat hidup

DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

EBN	: <i>Evidence based nursing</i>
DP	: <i>Discharge planning</i>
SP	: <i>Simple obstruction</i>
≥	: Lebih besar atau sama dengan
≥	: Lebih kecil atau sama dengan
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
GDS	: Gula darah sewaktu
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
NGT	: <i>Nasogastric tube</i>
BAB	: Buang air besar
BAK	: Buang air kecil
TD	: Tekanan darah
BNO	: <i>Blass Nier Overzitch</i>
%	: Persen
EKG	: Elektrokardiogram
TTV	: Tanda-tanda vital
DM	: Diabetes Melitus
BP	: Bronko pneumonia
°	: Derajat
OMZ	: Omeprazole
IV	: Intervena
GFR	: <i>Glomerulo filtration rate</i>

BAK : Buang air kecil
MAP : Mean arterial pressure
IMT : Indeks massa tubuh
RS : Rumah sakit
STIK : Sekolah tinggi ilmu kesehatan
S : Suhu
N : Nadi
P : Pernapasan
C : Celsius
WHC : Organisasi Kesehatan Dunia
KEM : Kementrian
E RI kesehatanrakyatindonesia
RSUI : Rumah sakit umum daerah
USG : Ultrasonografi
LLD : Lateral leaft decubitus
JVP : Jugularis Venous Pressure
CRT : Cardiac resynchronization ther
SPO₂ : Blood Oxygen Saturation

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perubahan gaya hidup telah memberi pengaruh pada transisi epidemiologi yaitu beban ganda penyakit dengan meningkatnya beberapa penyakit menular dan tidak menular, atau degeneratif. Salah satu penyakit tidak menular adalah penyakit saluran pencernaan. Ileus obstruktif termasuk salah satu penyakit saluran pencernaan yang cukup banyak ditemui di Rumah Sakit, ileus obstruktif menjadi salah satu bentuk kelainan pada tractus digestivus dan menjadi kegawatan dalam bedah abdominalis yang sering dijumpai akibat keadaan umum yang memburuk dalam waktu singkat, Hal ini dapat terjadi dikarenakan kelainan di dalam lumen usus, dinding usus, atau benda asing di luar usus yang menekan, serta kelainan vaskularisasi pada suatu segmen usus yang dapat menyebabkan nekrosis segmen usus, sehingga membutuhkan penanganan segera (Kemenkes RI, 2019).

Menurut Arief et al (2020) diagnosis Ileus obstruktif ditegakkan dengan riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan *Ultrasonography* (USG) dan foto polos abdomen 3 posisi yaitu *supine* (terlentang), *erect* (setengah duduk), *Lateral Left Decubitus* (LLD). Penelitian lain dilakukan oleh Qureshi et al (2020) di rumah sakit, menyimpulkan bahwa perlengketan merupakan yang paling umum menyebabkan obstruksi usus (Behman et al., 2019).

Menurut penelitian Fossum (2019) salah satu pengobatan untuk pasien dengan ileus obstruktif adalah laparotomi, di mana sayatan dibuat di dinding perut atau peritoneum. Laparotomi merupakan suatu prosedur tindakan medis berupa pembedahan mayor dengan melakukan penyayatan pada lapisan lapisandinding abdomen untuk mendapatkan

bagian organ yang mengalami masalah seperti obstruksi usus, pembedahan laparotomi dapat mengakibatkan berhentinya pergerakan intestinalementara, sehingga menyebabkan hilangnya atau berubahnya fungsi normal usus yang ditandai dengan perubahan suara peristaltik (Utami & Khoiriyah, 2020).

Berdasarkan *Guidelines for Management of Small Bowel Obstruction* tahun 2020 ileus obstruksi total yang disebabkan adhesi pascaoperasi tidak selalu harus dioperasi namun masih dapat diterapi secara non-operatif karena ternyata keberhasilan terapi non-operatif pada kasus tersebut cukup tinggi yaitu mencapai 31- 43%. Terapi ileus obstruksi biasanya melibatkan intervensi bedah. Penentuan waktu kritis serta tergantung atas jenis dan lama proses ileus obstruktif. Operasi dilakukan secepat yang layak dilakukan dengan memperhatikan keadaan keseluruhan pasien.

Berdasarkan permasalahan diatas penulis tertarik melakukan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan masalah ileus obstruktif.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis dapat memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah pada saluran pencernaan yaitu Ileus Obstruktif di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar selama 3 hari perawatan.

2. Tujuan Khusus

Penulis dapat memperoleh pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus Obstruktif yang mencakup:

- a. Melaksanakan pengkajian dan analisis data pada pasien dengan ileus obstruktif
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pasien dengan ileus obstruktif
- c. Menetapkan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan ileus obstruktif
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan ileus obstruktif dan tindakan keperawatan berdasarkan *evidence-based-nursing* (EBN)
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan ileus obstruktif.

C. Manfaat

1. Bagi Rumah Sakit

Membantu rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan ileus obstruktif, sebagai salah satu upaya dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan meminimalisir komplikasi dari penyakit saluran pencernaan khususnya ileus obstruktif serta memberigambaran mengenai angka kesakitan dan kematian pada pasien ileus obstruktif sehingga para tenaga kesehatan terutama perawat semakin meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien dengan ileus obstruktif.

2. Bagi Pasien

Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, pengobatan yang efektif dan melakukan perubahan pola hidup guna mencegah komplikasi atau berulangnya penyakit serta mendapatkan informasi mengenai penyebab, gejala, dan proses penanganan baik latihan maupun diet pada pasien dengan ileus obstruktif.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Membantu mahasiswa profesi keperawatan agar dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan ileus obstruktif melalui penerapan tindakan keperawatan berdasarkan *Evidence-Based-Nursing* (EBN) serta dapat membantu dalam melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya ilmiah akhir.

4. Bagi Institut Pendidikan

Sebagai sumber informasi dan referensi untuk penulis atau peneliti selanjutnya dan untuk menambah wawasan bagi mahasiswa tentang penyakit Ileus obstruktif.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penulisan karya ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif dalam bentuk studikasus yaitu:

1. Tinjauan Kepustakaan:

- a. Memperoleh data dengan menggunakan referensi yang ada kaitannya dengan masalah yang diangkat penulis
- b. Memperoleh data melalui internet. Melalui internet penulis memperoleh informasi terbaru mengenai penyakit ileusobstruktif.

2. Tinjauan Kasus

Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif, meliputi pengkajian, analisa data, penetapan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan. Data dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu:

- a. Wawancara dengan pasien, keluarga, perawat serta berbagai

pihak yang mengetahui keadaan pasien.

- b. Observasi, melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
- c. Pemeriksaan fisik, dengan melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.
- d. Dokumentasi, melakukan pencatatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

E. Sistematika Penulisan

Karya ilmiah akhir adalah salah satu tugas akhir dalam profesi keperawatan ners yang tersusun atas 5 bab dan terdiri dari : Bab I: pendahuluan bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan tujuan penulisan manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II: tinjauan pustaka bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan yaitu konsep dasar medis yang meliputi pengertian anatomi fisiologi, klasifikasi, etiologi, patofisiologi manifestasi klinik pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, dan komplikasi sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajia, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, *discharge planning* dan patoflodiagram. Bab III: pengamatan kasus menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta daftar obat dan pemeriksaan diagnostik pada pasien. Bab IV: meliputi pembahasan kasus dan pembahasan penerapan *Evidence-Based-Nursing* (EBN) yang didalamnya membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang

ditemukan di lapangan. Bab V: penutup, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

Ileus obstruktif adalah penyakit saluran cerna yang kompleks ketika lumen usus tersumbat sebagian atau seluruhnya, ini akan menyebabkan sakit perut, mual, muntah, konstipasi, sembelit, distensi abdomen, flatus dan mencegah pergerakan normal produk yang dicerna (Dewi, 2020).

Ileus obstruktif dapat diartikan juga sebagai suatu kondisi dimana isi lumen 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 menyebabkan nekrose segmen usus yang tertekan (Wahyudi et al., 2020).

Obstruksi usus adalah sumbatan total atau parsial yang menghalangi aliran normal melalui saluran pencernaan atau parsial yang menghalangi aliran normal melalui saluran pencernaan atau gangguan usus disepanjang usus. Ileus obstruktif atau disebut juga ileus mekanik adalah keadaan dimana isi lumen saluran cerna tidak bisa disalurkan ke distal atau anus karena adanya sumbatan atau hambatan mekanik yang disebabkan kelainan dalam lumen usus (Ida Ratna & Nurhidayati, 2019).

Dari definisi diatas, penulis dapat menarik kesimpulan bahwa ileus obstruktif merupakan sebuah masalah yang terjadi pada saluran pencernaan baik secara parsial (sebagian) maupun total (keseluruhan), dimana terjadi penyumbatan yang disebabkan kelainan pada usus, dinding usus, lumen usus, peritonium atau benda asing

yang menekan sehingga menyebabkan isi usus tidak dapat melewati lumen usus dikarenakan adanya sumbatan atau hambatan mekanik usus sehingga menyebabkan nekrosis segmen usus (Siswandi & Wilson, 2020).

2. Anatomi Fisiologi

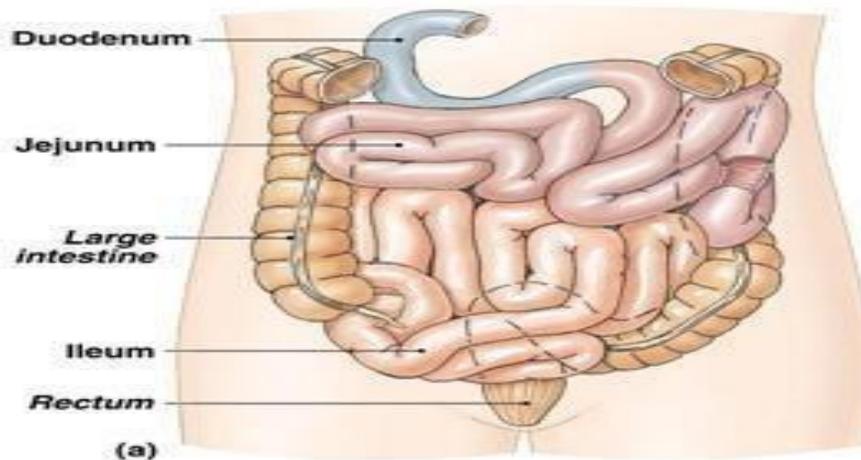
a. Anatomi

1) Usus Halus

Usus halus berbentuk tubular dengan perkiraan panjang 6 meter pada orang dewasa. Usus halus merupakan tempat untuk memproses makanan selanjutnya setelah dari lambung. Usus halus sendiri memiliki tiga bagian penting yaitu usus 12 jari (duodenum), usus kosong (jejunum), dan usus penyerapan (ileum). Ketiga bagian ini memiliki fungsi masing-masing yang sangat penting untuk proses penyerapan nutrisi makanan. Segmen duodenum yang paling proksimal, terletak pada retroperitoneum yang berbatasan langsung dengan kepala dan batas inferior dari tubuh pankreas. Duodenum dibatasi dari *pylorus* lambung dan berakhir pada *flexura duodenum jejunalis*, *pars superior duodenum* terletak di *interperitoneal* sedangkan semua bagian lain terletak di *retroperitoneal* sekunder. Jejunum dan ileum tidak dapat dibedakan secara makroskopis, 40% proksimal segmen *jejunoileal* diperkirakan sebagai jejunum dan 60% distal sebagai ileum (Untari, 2020).

Usus halus memiliki *plica circulares* yang dapat membantu membedakan usus halus dan usus besar. Lipatan ini juga menjadi lebih sedikit pada bagian distal dibandingkan dengan bagian proximal, bagian lain yang membedakan jejunum dengan

ileum adalah diameter yang lebih besar, dinding lebih tebal, mesenterium lebih sedikit lemak, dan vasa recta yang lebih pankreas. Pada ileum terdapat kumpulan besar folikel limfe yang khas (pada pars terminalis ilei) yang merupakan bagian dari jaringan limfoid mukosa. *Duodenum* memperoleh suplai darah dari *truncus coeliacus* dan *A. mesenterica superior*. *Jejunum* dan *ileum* yang berada pada *intraperitoneal* disuplai oleh *mesenterica superior*. Bermuara melalui *V.mesentericsuperior*. *Inervasi parasimpatis* dan *simpatis* dari usus halus masing-masing berasal dari *Nervus vagus* dan *Nervus splanchnicus*. (Untari, S., Susanti, M. M., Kodiyah, N., & Himawati, 2023).



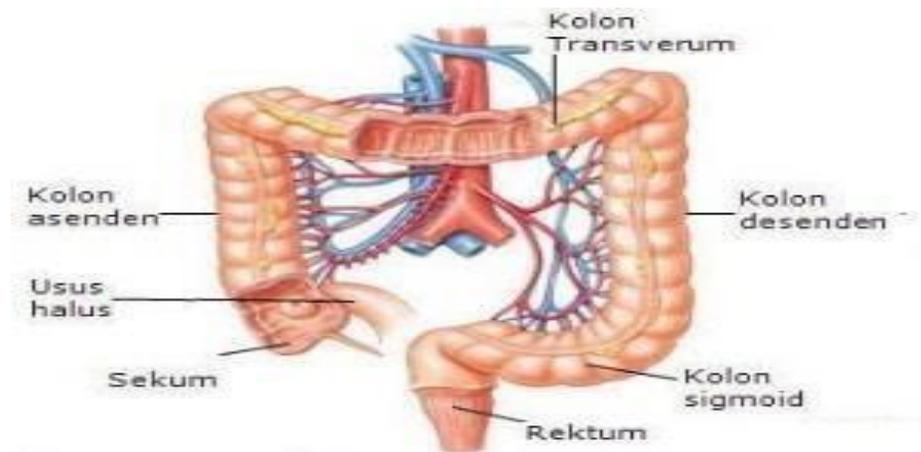
Gambar 2.1 Anatomi Usus Halus
(Reston, 2023)

2) Usus Besar

Usus besar memiliki panjang sekitar 1,5m dan dibagi secara anatomis ke dalam *caecum* dengan *appendix vermiformis*, *colon ascendens*, *colon transversum*, *colon descendens*, *colon sigmoideum*, *rectum*. *Caecum*, *appendix vermiformis*, *colon transversum*, dan *colon sigmoideum* terletak

intraperitoneal dan juga memiliki *mesenterium* sendiri (*caecum* dan *appendix vermiformis* dapat terletak *retroperitoneal* dan tidak memiliki *mesenterium*). *Colon ascendens*, *colon descendens* dan *pancreas* besar *rectum* adalah organ *retroperitoneal* sekunder, *rectum distale* dan *canalis analis* merupakan *subperitoneal*. *Flexura coli sinistra* terletak lebihcranial dibandingkan *flexura coli dextra*, karena posisi hepar terletak disebelah kanan (Rahman, 2023).

Usus besar memiliki perbedaan khas pankreas usus halus yaitu diameter yang lebih besar, disertai *taenia: taenia libera*, *taenia mesocolica*, dan *taenia omentalis*. Usus besar juga memiliki *haustra* dan *plica pancreas* yang merupakan sakulasi dinding usus, serta *appendices epiploicae* sebagai proyeksi lemak dari jaringan *adipose* tela *subserosa* (Rahman, 2023).



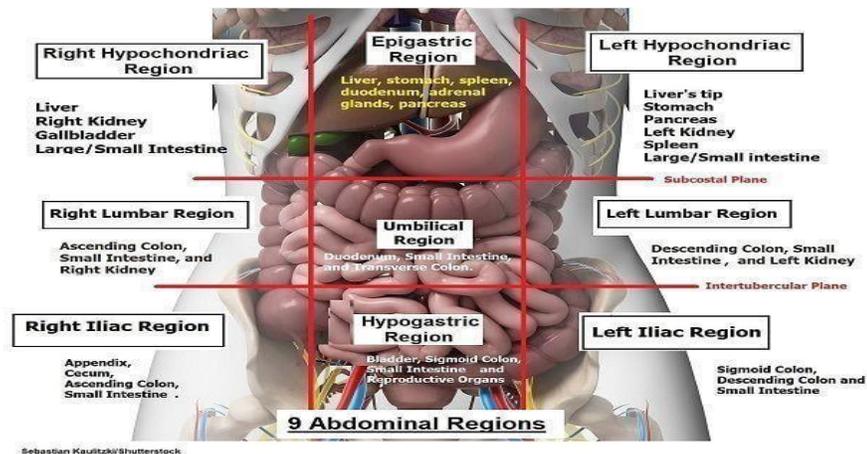
Gbr. Usus Besar Manusia dan bagiannya

Gambar 2.2 Anatomi Usus Besar

(Sumber : Rahman, 2023)

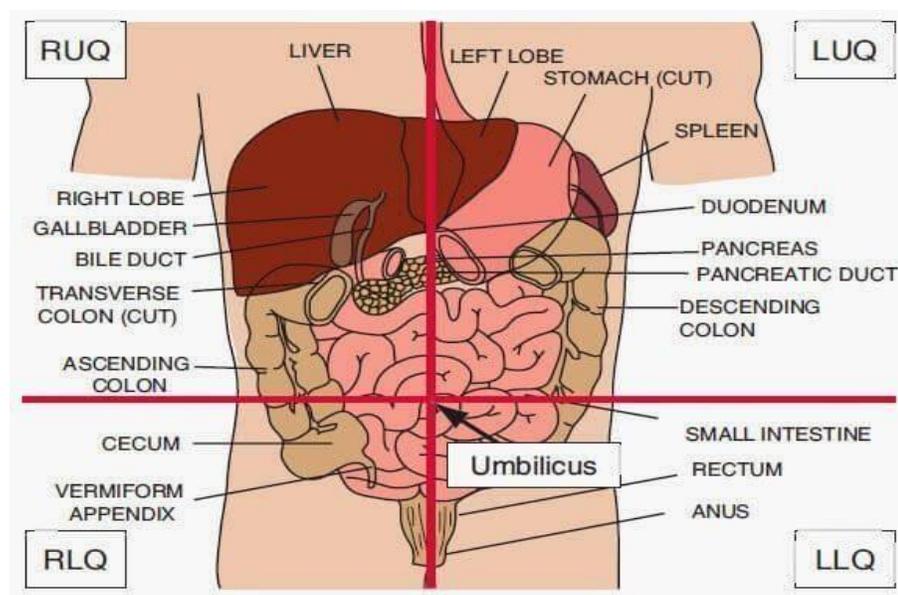
3) Letak 9 Regio dan 4 Kuadran Abdomen

Menurut Muhsinin, S. Z (2023), regio abdomen adalah istilah teoritis yang dapat membantu dokter melokalisasi, mengidentifikasi, dan mendiagnosis gejala pasien. Ada dua bentuk kategorisasi utama, yang pertama lebih sederhana karena membagi perut menjadi empat kuadran saja, sedangkan metode kedua membaginya menjadi pankreas segmen. Cara paling umum untuk membagi perut adalah menggunakan dua bidang pankreas dan dua bidang horizontal. Bidang pankreas adalah garis *midklavikula* kiri dan kanan yang berawal dari bagian tengah klavikula ke bawah lalu menuju ke bagian tengah pankreas *inguinalis*. Lalu, bidang horizontal pertama adalah bidang pankreas yang berada pada tingkat tepi bawah kartilago kosta ke-10. Sementara itu, bidang horizontal kedua adalah bidang *intertubercular*, yang melewati *tuberkel krista iliaka* dan badan *vertebra* lumbal kelima. Bidang-bidang ini membagi perut menjadi pankreas wilayah, yaitu :



Gambar 2.3 Sembilan *Regio Abdomen*
(Anggita, K. D & Daryaswanti, 2020)

Menurut Muhsinin & Kusumawardani (2023) abdomen juga terbagi menjadi 4 kuadran. Pembagian ini dibuat untuk menentukan letak spesifik organ yang bermasalah pada saat pemeriksaan fisik abdomen, melokalisir nyeri yang dirasakan oleh pasien dan membantu menegakkan sebuah diagnosis penyakit berdasarkan letak masalah pada abdomen.



Gambar 2.4 Sembilan Empat *Kuadran Abdomen*
(Muhsinin, S & Kusumawardani, 2023)

b. Fisiologi

Usus halus mempunyai dua fungsi utama : pencernaan dan absorpsi bahan-bahan nutrisi dan air. Proses pencernaan dimulai dalam mulut dan lambung oleh kerja ptialin, asam klorida, dan pepsin terhadap makanan masuk. Proses dilanjutkan di dalam duodenum terutama oleh kerja enzim-

enzim pankreas yang menghidrolisis karbohidrat, lemak, dan protein menjadi zat-zat yang lebih sederhana (Untari, 2020).

Sekresi empedu dari hati membantu proses pencernaan dengan mengemulsikan lemak sehingga memberikan permukaan lebih luas bagi kerja lipase pankreas. Proses pencernaan disempurnakan oleh sejumlah enzim dalam getah usus (sucus enterikus). Banyak di antara enzim-enzim ini terdapat pada brush border vili dan mencernakan zat-zat makanan sambil diabsorpsi. Isi usus digerakkan oleh peristaltik yang terdiri atas dua jenis gerakan, yaitu segmental dan peristaltik yang diatur oleh sistem saraf autonom dan hormon. Pergerakan segmental usus halus mencampur zat-zat yang dimakan dengan sekret pankreas, hepatobiliar, dan sekresi usus, dan pergerakan peristaltik mendorong isi dari salah satu ujung ke ujung lain dengan kecepatan yang sesuai untuk absorpsi optimal dan suplai kontinu isi lambung. Fungsi usus besar yang paling penting adalah mengabsorpsi air dan elektrolit, yang sudah hampir lengkap pada kolon bagian kanan. Kolon *sigmoid* berfungsi sebagai *reservoir* yang menampung massa feses yang sudah dehidrasi sampai defekasi dehidrasi sampai defekasi berlangsung berlangsung (Untari, 2020).

3. Etiologi

Berbagai etiologi potensial atau faktor dari obstruksi usus besar dan halus yang diklasifikasikan sebagai berikut :

a. Penyebab Intraluminal antara lain:

- 1) Benda asing yang tertelan. Meskipun demikian, pada umumnya suatu benda asing yang telah lolos melewati

lubang pylorus (dari lambung ke usus), tidak akan mengalami kesulitan untuk mencapai usus halus, kecuali adanya adesi setelah operasi.

- 2) Bolus makanan yang besar dapat menjadi penyebab, dengan material makanan yang sulit dicerna akan berdampak pada usus bagian bawah. Pada kasus ini kebanyakan pasien pada umumnya sudah mengalami operasi pada daerah lambung.

b. Penyebab intrinsik

Obstruksi yang terjadi sebagai akibat dari adanya lesi pada dinding usus halus., antara lain ;

- 1) Atresia dan striktur mungkin juga merupakan penyebab.
- 2) Penyakit *Chorn*. Obstruksi yang terjadi mungkin hilang timbul dan obstruksinya sebagian atau parsial.
- 3) Striktur mungkin akan menyebabkan terjadinya ulserasi yang juga apabila di induksi oleh pemberian tablet kalium, *nonsteroid anti-inflammatory* agen, dan terapi iradiasi yang digunakan untuk mengobati kanker kandung kemih.
- 4) Suatu hematoma yang terjadi diantara dinding usus, akibat trauma atau pasien yang mendapat pengobatan dengan antikoagulan yang berlebihan dari dosis yang dibutuhkan.
- 5) Tumor sekunder, khususnya colonic dan karsinoma lambung, kanker ovarium, dan melano maligna, adakalanya akan bersatu pada lumen usus halus.
- 6) Banyak polipoid mukosa atau lesi submukosamungkin akan membentuk kepala dari suatu *intussuscepsi*, yang

mana pada akhirnya akan menyebabkan ileus obstruktif.

c. Penyebab ekstrinsik antara lain ;

- 1) Adesi yang berhubungan dengan pembedahan abdomen atau peritonitis sering meningkatkan frekuensi ileus obstruktif. Adesi mudah lengket pada lumen usus dan menyebabkan luka yang berlokasi dimana-mana.
- 2) Kelainan intraperitoneal kongenital mungkin dapat mengakibatkan obstruksi.
- 3) Malrotasi kongenital mengakibatkan pendeknya mesenterik, dan keseluruhan usus dapat mengalami torsi atau volvulus, keadaan ini tidak hanya dapat menyebabkan obstruksi, tetapi mempercepat timbulnya iskemia dan kematian.
- 4) Hernia dapat menyebabkan obstruksi.

Menurut Chahyaningrum (2021) selain beberapa penyebab di atas, ada faktor pencetus terjadinya ileus, antara lain:

- 1) Memiliki riwayat kondisi yang sama atau pernah mengidap penyakit ileus sebelumnya
- 2) Mengalami ketidakseimbangan elektrolit, terutama kalium dan kalsium.
- 3) Pernah mengalami cedera atau trauma pada usus
- 4) Pernah menjalani pemeriksaan iradiasi pada perut atau area sekitarnya.
- 5) Terdapat penyakit komplikasi dari penyakit primer yang sudah kronis atau berlangsung lama
- 6) Penuaan juga secara alami memperlambat gerakan

usus. Orang lanjut usia lebih berisiko tinggi terkena kondisi ini, akibat penurunan fungsi organ, terutama karena mereka cenderung mengonsumsi obat-obatan yang dapat memperlambat pergerakan makanan melalui usus.

4. Manifestasi Klinis

Menurut Bradley & Wilson (2020) mengatakan manifestasi klinis ileus tergantung pada lokasi dan jenis obstruksi :

a. Manifestasi klinis pada obstruksi mekanik antara lain :

- 1) Sakit/nyeri abdomen karena adanya sumbatan pada usus
- 2) Muntah terjadi akibat adanya penumpukan sisa makanan di usus sehingga tekanan pada lambung meningkat mengakibatkan refluks. Muntah adalah suatu tanda awal pada obstruksi letak tinggi atau proksimal. Bagaimanapun, jika obstruksi berada di distal usus halus, muntah mungkin akan tertunda.
- 3) Konstipasi terjadi akibat menurunnya kerja usus sehingga sisa makanan menumpuk di dalam lumen usus dan sulit untuk dikeluarkan
- 4) Distensi abdomen terjadi akibat penumpukan sisa makanan yang tidak dikeluarkan menyebabkan abdomen semakin membesar
- 5) Tanda-tanda peritonitis yang mengarah kepada perforasi usus sebagai akibat iskemia dan tidak dapat dibedakan dengan peritonitis oleh penyebab lain misalnya perforasi intra abdominal

b. Manifestasi klinis obstruksi sederhana antara lain :

- 1) Nyeri cenderung menjadi kolik yang pada awalnya ringan, tetapi semakin lama semakin meningkat, baik dalam frekuensi atau derajat kesakitannya.
- 2) Hipovolemia dan kekurangan elektrolit dapat terjadi dengan cepat kecuali jika pasien mendapat cairan pengganti melalui pembuluh darah (intravena). Derajat tingkat dan distribusi distensi abdominal dapat mencerminkan tingkatan obstruksi. Pada obstruksi letak tinggi, distensi mungkin minimal. Hipovolemi yang terjadibukan hanya pada keadaan mual dan muntah tetapi pada pasien dengan keluhan diare yang tidak segera ditangani dapat menuru pada keadaan syok hipovolemia.
- 3) Kegagalan untuk defekasi dan flatus merupakan tanda yang penting untuk membedakan terjadinya obstruksikomplit atau parsial. Defekasi masih terjadi pada obstruksi letak tinggi karena perjalanan isi lumen di bawah daerah obstruksi. Diare yang terus menerus dapat juga menjadi tanda adanya obstruksi partia.
- 4) Auskultasi dapat membedakan obstruksi intestinal dengan ileus paralitik, yaitu pada obstruksi intestinal bising usus menjadi lebih keras, *high pitched*, dan hiperaktif, kecuali bila obstruksi berlangsung selama beberapa hari atau telah timbul komplikasi berupa iskemia, nekrosis, atau peritonitis. Saat nyeri menetap dan terus menerus kita harus mencurigai telah terjadi strangulasi dan infark.

5. Patofisiologi

Obstruksi terjadi karena adanya daya mekanik yang

bekerja atau mempengaruhi dinding usus sehingga terjadi penyempitan/penyumbatan lumen usus. Gangguan pasase lumen usus terganggu akan mengakibatkan pengumpulan isi lumen usus yang berupa gas dan cairan, pada bagian *proximal* tempat penyumbatan, yang menyebabkan pelebaran dinding usus (distensi). Hal ini menyebabkan rangsangan terjadinya hipersekresi kelenjar pencernaan.

Sumbatan ini menyebabkan gerakan usus yang meningkat (hiperperistaltik) sebagai usaha alamiah. Sebaliknya juga terjadi gerakan peristaltik menurun. Hal ini menyebabkan terjadi serangan kolik abdomen dan muntah-muntah. Pada obstruksi usus yang lanjut, peristaltik sudah hilang oleh karena dinding usus kehilangan daya kontraksinya. Motilitas normal pada usus dapat membersihkan lumen usus dari nutrient dan organism sehingga pada saat terjadi gangguan motilitas, maka akan terjadi stasis dan pertumbuhan bakteri yang berlebihan serta malabsorpsi. Jumlah bakteri yang berlebihan dapat menyebabkan kerusakan mukosa usus ringan dan pembentukan gas yang berlebihan. Dekonjugasi cairan empedu oleh bakteri mengganggu pembentukan micelle dan menyebabkan steatorea. Belum terdapat studi yang menjelaskan perubahan aliran cairan dan elektrolit pada ileus paralitik secara memuaskan, namun kemungkinan tidak begitu berbeda dengan normal. Volume gas dapat bertambah dan kemungkinan karena udara yang tertelan, di mana udara ini terdiri dari nitrogen yang kurang diabsorpsi usus sehingga mengakibatkan distensi usus dan mengakibatkan rasa tidak nyaman pada perut, selain itu dapat terjadi produksi oleh fermentasi bakteri yang semakin bertambah dengan asupan makanan. Konsekuensi sistemik yang dapat terjadi adalah

ketidakseimbangan asam basa, elektrolit dan cairan. Distensi ekstrem juga akan menyebabkan elevasi diafragma dengan ventilasi yang restriktif dan kejadian *atelectasis*, hal ini sering menimbulkan keluhan keram dan nyeri perut (Nisa, 2020).

Menurut Ardi (2021), obstruksi intestinal menimbulkan gejala dan komplikasi yang berbeda tergantung letak terjadinya obstruksi. Ketika obstruksi bersifat parsial atau sebagian, proses metabolisme mungkin masih bisa berlangsung, seperti peristaltik usus, flatus dan eliminasi fekal masih bisa terjadi. Hal ini terjadi karena area usus yang tidak mengalami obstruksi mengalami peningkatan peristaltik usus karena jarak pengosongan usus semakin pendek sehingga kerja usus semakin cepat, kemudian makanan yang dikonsumsi akan tertahan pada daerah obstruksi, tetapi karena peristaltik usus yang begitu cepat, mendorong cairan dan obat-obatan sehingga pasien bisa mengalami diare apabila tidak segera ditangani. Apabila diare disertai muntah yang terjadi tidak segera ditangani akan menyebabkan pasien dehidrasi dan kehilangan elektrolit, hal ini akan memicu keadaan yang lebih serius. Sebaliknya, konstipasi dapat terjadi apabila obstruksi bersifat total atau pada keadaan lain konstipasi terjadi karena adanya ileus parolitik (kelumpuhan) yang menyebabkan kerja usus dalam mengabsorpsi makanan menurun sehingga kemampuan intestinal dalam saat defekasi menurun. Hal ini menyebabkan frekuensi eliminasi fekal menurun.

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wahyudi (2020), pemeriksaan laboratorium tidak mempunyai ciri-ciri khusus. Pada urinalisa, berat jenis bisa

meningkat dan ketonuria yang menunjukkan adanya dehidrasi dan *asidosis metabolic*. Untuk menegakkan diagnosa secara radiologis pada ileus obstruktif dilakukan foto abdomen 3 posisi. Yang dapat ditemukan pada pemeriksaan fotoabdomen ini antara lain :

a. Ileus obstruksi letak tinggi :

- 1) Dilatasi di proximal sumbatan (sumbatan paling distal di *ileocecal junction*) dan kolaps usus di bagian distal sumbatan.
- 2) *Coil spring appearance*
- 3) *Herring bone Herring bone appearance*
- 4) Air fluid level yang pendek-pendek dan banyak (*stepladder sign*)

b. Ileus obstruksi letak rendah :

Gambaran penebalan usus besar yang juga distensi tampak pada tepi abdomen. Pada pemeriksaan dengan USG untuk obstruksi usus halus dan usus besar didapatkan gambaran : pada pemeriksaan simultan akan tampak bagian usus yang distensi dan bagian, usus yang kolap, cairan peritoneal bebas, tampak isi dari usus, *peristaltic* pendulating paradoksika, cairan pada lumen usus, edema dinding usus antara serosa dan mukosa, tampak gambaran massa tanpa peristaltik, terisi cairan dan usus yang berdilatasi (Wahyudi, 2020).

7. Komplikasi

Menurut Smith & Kashyap (2021) komplikasi pada obstruksi usus yaitu :

- a. *Peritonitis septicemia* adalah suatu keadaan dimana terjadi peradangan pada selaput rongga perut (peritonium) yang disebabkan oleh terdapatnya bakteri dalam darah (bakteremia)
- b. Sepsis, infeksi akibat dari peritonitis, yang tidak tertangani dengan baik dan cepat
- c. Syok hipovolemia terjadi akibat terjadi dehidrasi dan kekurangan volume cairan hal ini dapat menyebabkan keadaan lebih serius salah satunya penurunan kesadaran
- d. Perforasi usus adalah suatu kondisi yang ditandaidengan terbentuknya suatu lubang usus yang menyebabkan kebocoran isi usus kedalam rongga perut, kebocoran ini dapat menyebabkan peritonitis
- e. Nekrosis usus adalah adanya kematian jaringan pada usus
- f. Abses adalah kondisi medis dimana terkumpulnya nanah didaerah anus oleh bakteri atau kelenjar yang tersumbat pada anus
- g. Sindrom usus pendek dengan malabsorpsi dan malnutrisi adalah suatu keadaan dimana tubuh sudah tidak bisa mengabsorpsi nutrisi karena pembedahan.

8. Penatalaksanaan

Menurut Taroh (2023). Penanganan ileus obstruksi untuk mengoreksi keseimbangan cairan, menghilangkan muntah dengan dekomresi bagian yang mengalami obstruksi untuk mencegah perforasi, mengoreksi peristaltik usus, konstipasi, sembelit, diare, kram perut selain itu juga beberapa tindakan medis seperti :

a) Farmakologis

Pemberian obat-obat antibiotik menjadi salah satu tindakan yang bertujuan untuk menghambat infeksi pada usus akibat adanya obstruksi, selain itu juga dapat diberikan antiemetik untuk mengurangi gejala mual dan muntah.

b) Non Farmakologis

Tindakan pembedahan sering diperlukan sebagai upaya untuk menghilangkan penyumbatan. Salah satu tindakan pembedahan adalah operasi laparotomi 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, pendarahan gastrointestinal, nyeri abdomen akut, nyeri abdomen kronik, dan bila ditemukan kondisi klien intra abdomen maka yang membutuhkan pembedahan darurat seperti peritonitis, ileus obstruksi dan perforasi, dan pasca operasi masalah yang muncul yaitu nyeri pada area post pembedahan laparotomi.

B. Konsep Dasar Keperawatan

Menurut Chahyaningrum (2021), data diperoleh melalui pengkajian primer yang terdiri dari B1 (*Breath/Pernapasan*), B2 (*Blood/Sirkulasi*), B3 (*Brain/Persarafan*), B4 (*Bladder/Perkemihan*), B5 (*Bowel/Pencernaan*) dan B6 (*Bone/Tulang*) dilengkapi dengan pengkajian sekunder dalam bentuk pengkajian 11 Pola Gordon, antara lain :

1. Pengkajian Primer (B1-B6)

a) B1 (*Breathing*)

Kaji adanya sumbatan jalan napas karena penumpukan cairan dan sputum akibat kehilangan reflek batuk, kaji adanya tanda-tanda lidah jatuh ke belakang, kaji adanya suara napas tambahan dengan cara melakukan auskultasi suara napas dan catat jumlah dan irama napas.

b) B2 (*Blood*)

Kaji adanya tanda-tanda peningkatan TIK (Tekanan Intra Kranial) yaitu peningkatan tekanan darah disertai peningkatan frekuensi nadi.

c) B3 (*Brain*)

Kaji adanya keluhan nyeri kepala hebat, periksa adanya pupil unilateral, observasi tingkat kesadaran, kaji status mental, tingkah laku, gaya bicara, ekspresi wajah dan aktivitas motorik, kaji fungsi intelektual, observasi adanya penurunan dalam ingatan dan memori baik jangka pendek maupun jangka panjang serta penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi, kaji kemampuan bahasa, kaji adanya disfasia baik secara reseptif maupun ekspresif, disartria dan apraksia, kaji lobus frontal, kaji adanya kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis seperti kesulitan dalam pemahanan, mudah lupa, kurang motivasi, frustrasi dan depresi.

d) B4 (*Bledder*)

Kaji adanya tanda-tanda inkontinesia urin akibat ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena adanya kerusakan kontrol motorik dan postural.

e) B5 (*Bowel*)

Kaji adanya kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual, muntah dan konstipasi

f) B6 (*Bone*)

Kaji adanya kelumpuhan atau kelemahan, kaji adanya dekubitus dan warna serta turgor kulit.

2. Pengkajian Sekunder

a. Identitas pasien

Terdiri dari nama, usia, jenis kelamin, agama, suku, pekerjaan dan status perkawinan.

b. Riwayat Kesehatan

Keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu dan riwayat penyakit keluarga

c. Pengkajian Pola Kesehatan (11 Pola Gordon)

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan kesehatan

Data subjektif: Persepsi pasien tentang mempertahankan kesehatannya, kebiasaan yang dapat mempengaruhi kebiasaannya, keluhan utama, riwayat keluhan utama, riwayat penyakit yang pernah dialami, faktor risiko dan faktor genetik

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Data subjektif: Pada pasien ileus obstruktif identiknya mengalami masalah pada pola nutrisi dan metabolik karena pasien sering datang dengan keluhan mual dan muntah akibat ileus yang terjadi pada usus.

Data objektif : Pasien sering mengalami penurunan nafsu makan, pasien sering tampak mengalami mual dan muntah sehingga pemberian nutrisi sering dilakukan melalui pemasangan NGT

3) Pola Eliminasi

Data subjektif : Pada pola eliminasi, hal yang paling sering dikeluhkan oleh pasien adalah masalah pada eliminasi fekal yaitu konstipasi atau sulit BAB. Sedangkan untuk eliminasi urin, jarang mengalami masalah.

Data objektif: Bentuk feses tampak padat dengan jumlah yang sedikit dan frekuensi BAB yang menurun sehingga harus diberikan terapi untuk melunakkan feses agar pasien mudah melakukan eliminasi fekal (BAB).

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Data subjektif: Kaji kebiasaan sehari-hari, kegiatan olahraga, aktivitas diwaktu senggang, keluhan pada pernapasan, keluhan pada jantung seperti berdebar-debar, nyeri dada, rasa lemah badan, letih, sulit bergerak atau berjalan, kram otot, tonus otot menurun.

Data objektif: Kaji postur tubuh, gaya jalan, aktivitas harian, anggota gerak yang cacat, takikardi dan takipneapada keadaan istirahat atau beraktivitas, letargi atau disorientasi, koma, penurunan kekuatan otot.

5) Pola Istirahat dan Tidur

Data subjektif: Pasien sering mengeluh sulit tidur akibat nyeri yang mengganggu dan jumlah jam tidur (siang dan malam) berkurang.

Data objektif: Kaji ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap, palpebra inferior berwarna gelap, letargi, terapi yang berkaitan dengan pola tidur dan istirahat.

6) Pola Persepsi dan Kognitif

Data subjektif: Pada pola persepsi dan kognitif pasien sering mengeluh nyeri pada abdomen. Keluhan nyeri tergantung pada lokasi terjadinya obstruksi, nyeri bisa terjadi pada kuadran kanan atas, kuadran kanan bawah, kuadran kiri atas, kuadran kiri bawah atau bahkan seluruh permukaan abdomen.

Data objektif: Pada pengkajian skala nyeri, pasien sering mengeluh skala nyeri berada pada angka 5-10 (sedang sampai berat).

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Data subjektif : Kaji konsep diri (identitas diri, ideal diri, harga diri, citra dan peran diri), kemampuan dalam pengambilan keputusan, pandangan pasien tentang dirinya, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi pasien.

Data objektif : Kaji rentang perhatian, kontak mata, postur tubuh, pemeriksaan fisik meliputi kelainan bawaan yang nyata, abdomen, dan kulit.

8) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

Data subjektif : Kaji peran dalam keluarga, masyarakat dan lingkungan (konflik atau perpisahan) adalah perasaan keterpisahan atau terisolir.

Data objektif : Kaji hubungan dalam berinteraksi dengan anggota keluarga atau orang lain (kooperatif).

9) Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data subjektif : Kaji adanya hubungan penyakit dengan masalah seksualitas dan gangguan fungsional

Data objektif : Kaji terapi yang berhubungan dengan pola reproduksi dan seksualitas

10) Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

Data subjektif : Kaji mekanisme koping yang digunakan, ungkapan pasien terhadap dirinya, penyesuaian diri terhadap stres.

Data objektif: Kaji adanya ansietas dan peka terhadap rangsangan.

11) Pola Sistem Nilai Kepercayaan

Data subjektif : Kaji ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritualitas yang diinginkan.

Data objektif : Kaji kegiatan ibadah dan doa sesuai keyakinan pasien.

3. Diagnosis Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis /fisik
- b. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal
- c. Diare berhubungan dengan malabsorpsi
- d. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairanaktif
- e. Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan

ketidakseimbangan cairan

4. Luaran dan Perencanaan Keperawatan

a. SDKI : Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera biologis

SLKI : Tingkat nyeri menurun

SIKI : Manajemen nyeri

1) Identifikasi lokasi karakteristik, durasi

frekuensi,kualitas,intensitas nyeri.

R/ mengidentifikasi faktor-faktor yang memperkuat nyeri.

2) Identifikasi skala nyeri.

R/ untuk mengetahui tingkat nyeri.

3) Identifikasi respon nyeri non verbal.

R/ untuk mengetahui tingkat nyeri.

4) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri(relaksasai nafas dalam).

R/ untuk mengurangi nyeri

5) Ajarkan teknik non farmakologi untuk menguranginyeri.

R/ agar pasien dan keluarga secara mandiri dapat meningkatkan nyeri yang di rasakan

6) Kolaborasi pemberian analgetik.

R/ analgesik bekerja pada pusat otak lebih tinggi untukmenurunkan persepsi nyeri.

b. SDKI : Konstipasi berhubungan dengan penurunan motlilitas gastrointestinal

SLKI : Eliminasi fekal membaik

SIKI : Manajemen konstipasi

1) Periksa karakteristik feses

R/ mengetahui konsistensi feses, bentuk dan warna feses

2) Identifikasi faktor risiko konstipasi

R/ mengetahui penyebab dan kemungkinan- kemungkinan yang menyebabkan terjadinya konstipasi

3) Anjurkan diet tinggi serat

R/ sayuran dan buah mengandung serat yang tinggi untuk memperlancar saluran pencernaan

4) Lakukan *masase abdomen* (jika perlu)

R/ membantu meningkatkan pergerakan peristaltik usus

5) Anjurkan peningkatan asupan cairan (jika tidak ada kontraindikasi)

R/ untuk membantu melunakkan feses dan membantu pergerakan usus

6) Kolaborasi penggunaan obat pencahar (jika perlu)

R/ cara kerja obat pencahar yaitu melunakkan feses dan meningkatkan keinginan defekasi

c. SDKI : Diare berhubungan dengan malabsorpsi

SLKI : Eliminasi fekal membaik

SIKI : Manajemen diare

1) Identifikasi penyebab diare

R/ untuk mengetahui pemicu terjadinya diare

2) Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja

R/ untuk mengetahui karakteristik feses

3) Monitor tanda dan gejala hypovolemia

R/ untuk mencegah terjadinya dehidrasi lebih lanjut

4) Berikan asupan cairan oral

R/ untuk mengurangi dehidrasi dan mengganti cairan yang keluar

5) Berikan asupan cairan intravena

R/ untuk mengganti cairan yang hilang dengan cepat

6) Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap

R/ untuk meningkatkan kerja usus dalam menyerap makanan secara bertahap

7) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas

R/ untuk membantu memperlambat kerja usus agar usus dapat menyerap makanan dan cairan dengan maksimal

d. SDKI : Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

SLKI : Status cairan membaik

SIKI : Manajemen hipovolemia

1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia

R/ untuk menilai terjadinya hipovolemia

2) Monitor intake dan output cairan

R/ untuk menghitung dan memastikan keseimbangan antara cairan yang keluar dan cairan yang masuk

3) Berikan asupan cairan oral R/ untuk mengurangi dehidrasi

4) Kolaborasi pemberian cairan intravena

R/ untuk mengganti cairan yang keluar dalam jumlah banyak mengganti cairan yang keluar dalam jumlah banyak

e. SDKI : Risiko Ketidakseimbangan elektrolit berhubungan

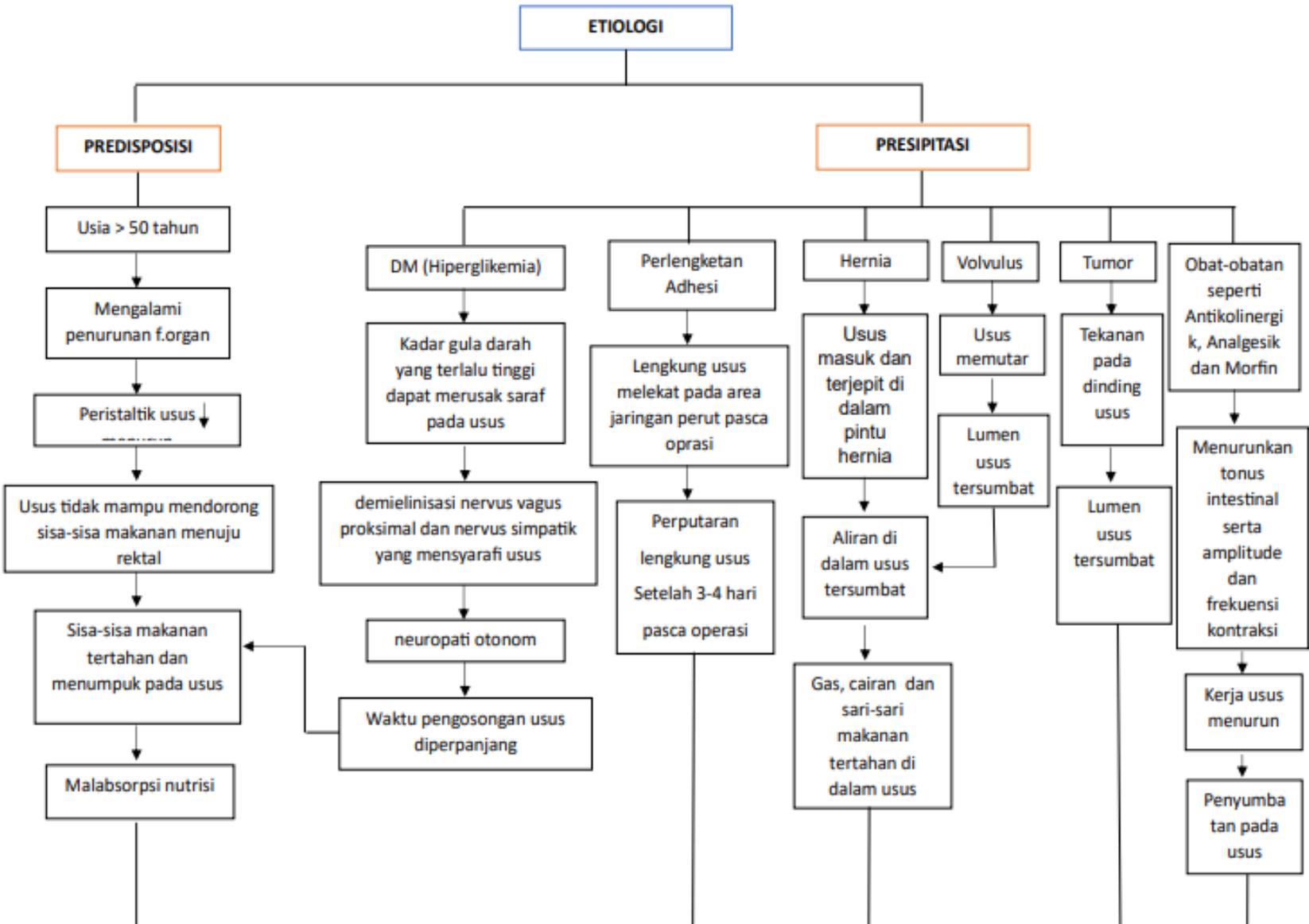
dengan ketidakseimbangan cairan

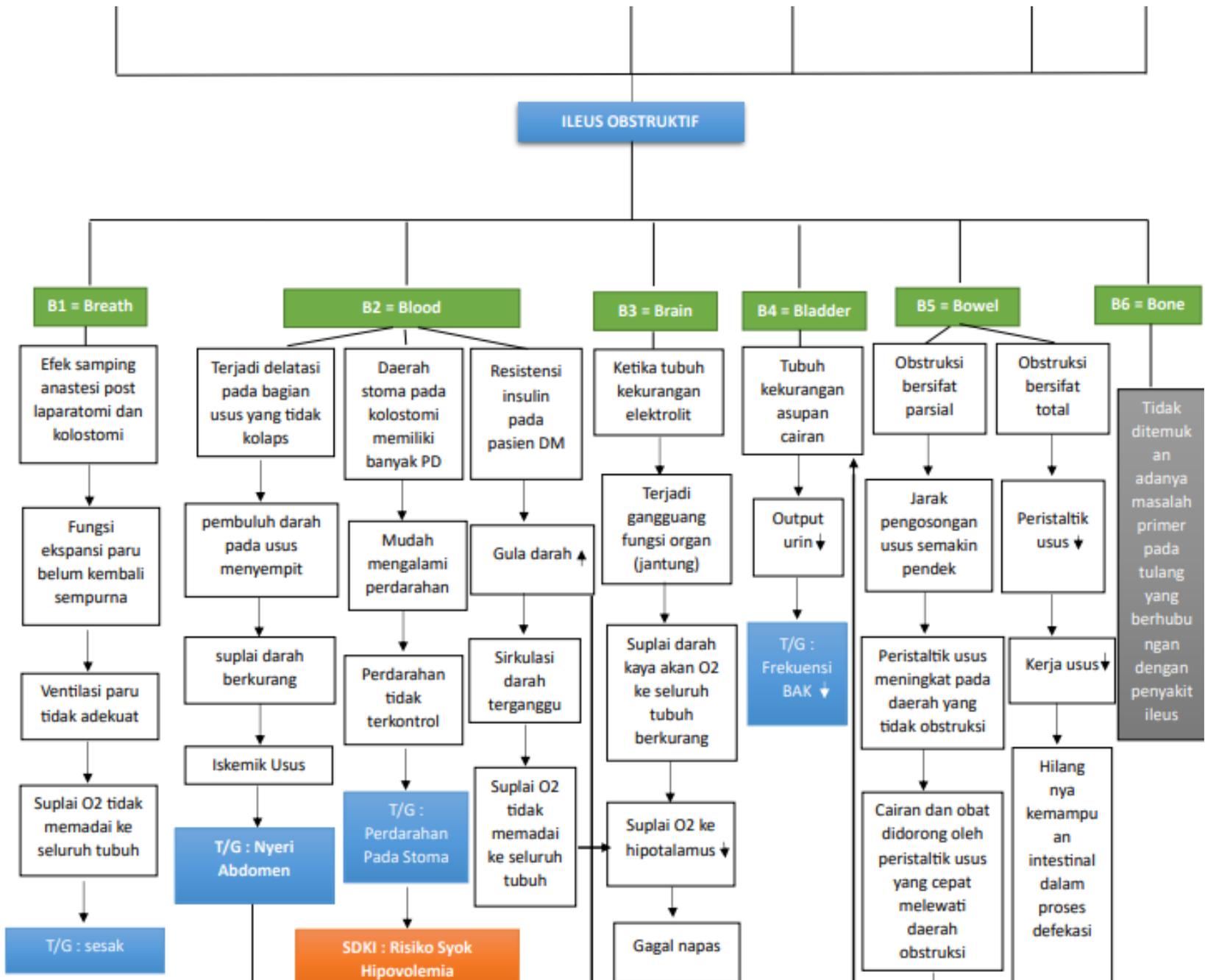
SLKI :Keseimbangan elektrolit meningkat

SIKI :Manajemen elektrolit

- 1) Identifikasi tanda dan gejala ketidakseimbangan kadar elektrolit
R/ untuk mengetahui keluhan apa saja yang dirasakan oleh pasien melalui tanda dan gejala yang muncul (muntah dan diare)
- 2) Monitor kadar elektrolit
R/ untuk mengetahui jumlah & kadar elektrolit dalam batas normal atau tidak agar bisa segera di beri penanganan lebih lanjut
- 3) Berikan cairan (jika perlu)
R/ untuk mengurangi rasa lemas dan menghindari terjadinya dehidrasi
- 4) Pasang akses intravena (jika perlu)
R/ untuk mengganti cairan dan elektrolit yang keluar melalui muntah dan diare.

PATHWAY ILEUS OBSTRUKTIF





ILEUS OBSTRUKTIF

B1 = Breath

Efek samping anestesi post laparotomi dan kolostomi

Fungsi ekspansi paru belum kembali sempurna

Ventilasi paru tidak adekuat

Suplai O2 tidak memadai ke seluruh tubuh

T/G : sesak

B2 = Blood

Terjadi dilatasi pada bagian usus yang tidak kolaps

pembuluh darah pada usus menyempit

suplai darah berkurang

Iskemik Usus

T/G : Nyeri Abdomen

Daerah stoma pada kolostomi memiliki banyak PD

Mudah mengalami perdarahan

Perdarahan tidak terkontrol

T/G : Perdarahan Pada Stoma

SDKI : Risiko Syok Hipovolemia

Resistensi insulin pada pasien DM

Gula darah ↑

Sirkulasi darah terganggu

Suplai O2 tidak memadai ke seluruh tubuh

B3 = Brain

Ketika tubuh kekurangan elektrolit

Terjadi gangguan fungsi organ (jantung)

Suplai darah kaya akan O2 ke seluruh tubuh berkurang

Suplai O2 ke hipotalamus ↓

Gagal napas

B4 = Bladder

Tubuh kekurangan asupan cairan

Output urin ↓

T/G : Frekuensi BAK ↓

B5 = Bowel

Obstruksi bersifat parsial

Jarak pengosongan usus semakin pendek

Peristaltik usus meningkat pada daerah yang tidak obstruksi

Cairan dan obat didorong oleh peristaltik usus yang cepat melewati daerah obstruksi

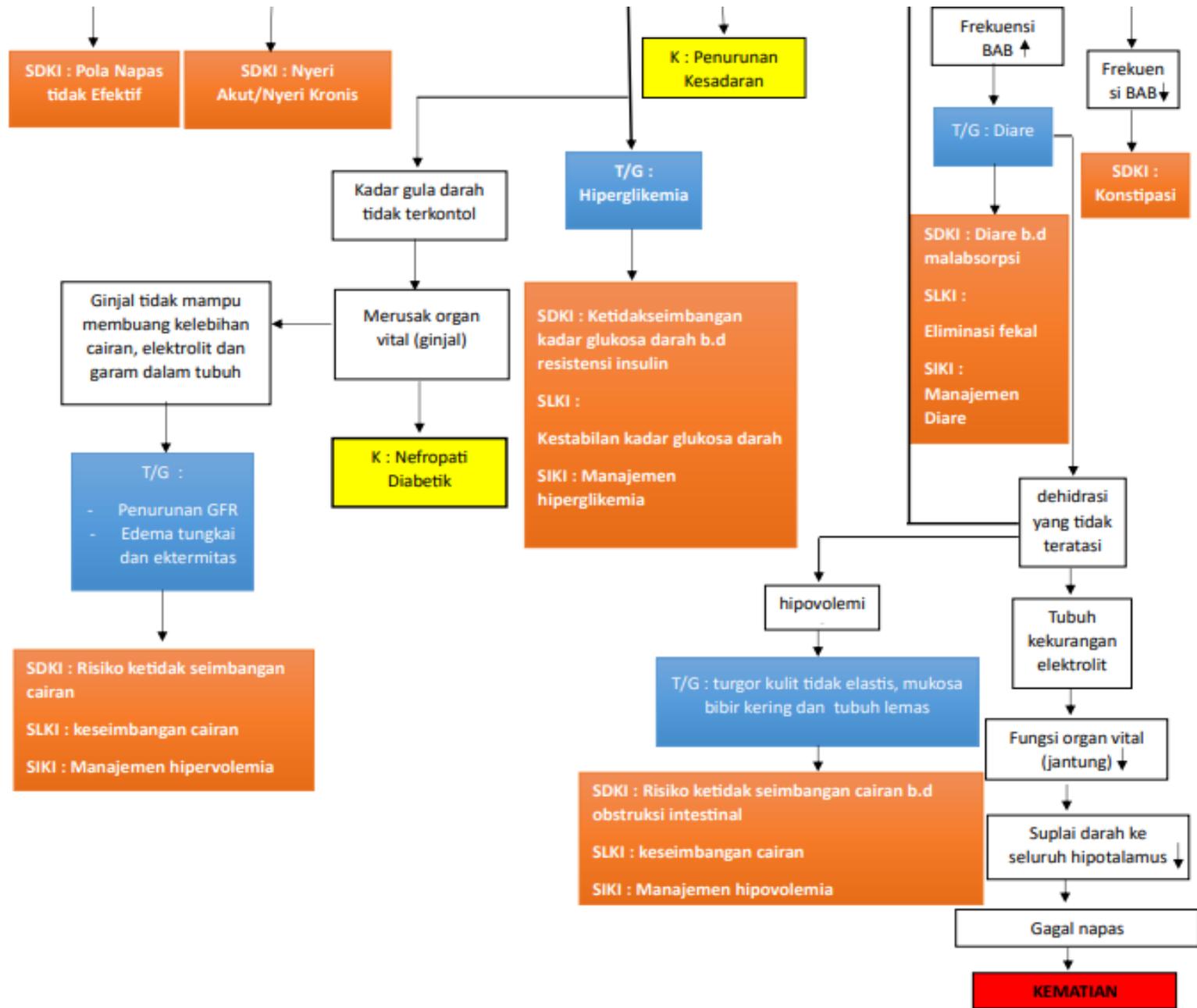
Obstruksi bersifat total

Peristaltik usus ↓

Kerja usus ↓

Hilangnya kemampuan intestinal dalam proses defekasi

Tidak ditemukan adanya masalah primer pada tulang yang berhubungan dengan penyakit ileus



BAB III

PENGAMATAN KASUS

Pasien atas nama Ny.S (53 tahun) masuk pada tanggal 26 April 2023 dengan keluhan BAB encer dan pasien merupakan rujukan dari RS.Lanto Parewang dengan diagnosis medis ileus *unsuspected* + DM tipe 2. Saat tiba di IGD hasil pengkajian didapatkan BAB encer >7 sebelum masuk RS, BAB encer berwarna kuning di popok. Setelah diobservasi di IGD, pasien dipindahkan ke ruang perawata. Setelah menjalani perawatan selama 6 hari, diare teratasi di hari ke6 tetapi sehari setelah itu, pada hari ke 7 perawatan pasien Kembali mengalami BAB encer dengan frekuensi >5 kali dengan jumlah yang sangat banyak di popok. Akibat BAB encer yang tidak teratasi, pasien mengalami dehidrasi hingga mengalami penurunan kesadaran kemudian dibawa ke ruang ICU. Saat di ruang ICU pasien datang dalam keadaan penurunan kesadaran (GCS 11), BAB encer berwarna kuning kecoklatan di popok, dengan peristaltik usu 38x / menit, pemeriksaan GDS 386 mg/dL. Tampak terpasang O2 nasal kanul 4 liter, kadar SpO2 : 100 % dan tampak terpasang NGT. Hasil observasi awal di ICU TD : 88/56 mmHg, N: 83x / menit, S : 36,8⁰C dan P : 15x / menit. Hasil pemeriksaan diagnostik BNO 3 posisi didapatkan kesan ileus obstruktif. Pasien juga tampak mengalami edema pada ektermitas dan tungkai (derajat II). Hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan Albumin :1,7 gr/dL (3,8-5,0), Creatinin :2,9 mg/dL (0,5-1,2), Clorida : 117mmol/L (98-106), dan HbA1C : 8,6% dan GFR : 17,70 mg/dL. Dari hasil pengkajian dan data di atas, penulis melihat beberapa masalah yang harus segera ditangani seperti risiko ketidakseimbangan cairan, diare, ketidakstabilan kadar glukosa darah dan masalah intoleransi aktivitas.

LAPORAN ANALISIS KHASUS
RUANG INTENSIVE CARE UNIT

Nama Mahasiswa : Kurnia & Lestari
 Tanggal : 02 Mei 2023
 Nama Pasien/Usia : Ny.S / 53 tahun
 Diagnosa Medis : Ileus Obstruktif (parsial) + DM tipe II

A. Pengkajin Primer

<i>Breath (B1)</i>	Pergerakan dada	Simetris
	Pemakaian otot bantu napas	Tidak ada
	Palpasi	- Vocal Fremitus : teraba getaran samakuat pada semua lapang paru - Nyeri Tekan : tidak ada - Krepitasi : tidak ada
	Perkusi	Sonor
	Suara napas	Ronchi (halus) dikedua lapang paru
	Batuk	Non produktif
	Sputum	Tidak ada
	Alat bantu napas	- Ada - Jenis :nasal kanul 4liter/menit
	Lain – lain	- SpO2 : 100 % - P : 15 x/menit
<i>Blood (B2)</i>	Suara jantung	S1 S2 S3 S4 Tunggal
	Irama jantung	Reguler
	CRT	< 3 detik
	JVP	Normal : 5 – 2 cmH2O
	CVP	Tidak ada

	Edema	<ul style="list-style-type: none"> - Ya - Lokasi : kedua tungkai dan tangankiri - Pitting edema : ada - Kedalaman : 3 – 5 mm (derajat II)
	EKG	Sinus rhytm
	Lain-lain	<ul style="list-style-type: none"> - GDS : 386 mg/dL - Tanda tandavital : TD : 88/ 56 mmHg N : 83 x/menit S : 36,8c P : 18 x/menit - MAP : 66 mmHg <p>Kesimpulan : perfusi ginjal tidak memadai</p>
<i>Brain (B3)</i>	Tingkat kesadaran	<ul style="list-style-type: none"> - Kualitatif : somnolen - Kuantitatif (GCS) E : 2 (membuka mata dengan rangsangan nyeri) V : 4 (pembicaraan kacau/tidak terarah) M : 5 (mampu melokalisir nyeri) <p>Jumlah : 11</p>
	Reaksi pupil :	<ul style="list-style-type: none"> - Anisokor - ada, diameter 3 cm - ada, diameter 2 cm
	Refleks fisiologis	<p>Ada :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refleks Biseps positif - Refleks Triceps positif - Refleks Patella positif - Refleks Acilles positif
	Refleks patologis	<p>Refleks Babinski :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki kiri negatif, kaki kanan negatif - Clubing jari- jari : Negatif - Varises tungkai : Negatif

	Meningeal sign	Tidak ada
	Lain-lain	Tidak ada
<i>Bladder (B4)</i>	Urin	- Jumlah : 350 cc/8 jam - Warna : Kuning keruh
	Kateter	- Ada (hari ke 1) - Jenis : silicon (no 25)
	Kesulitan BAK	- Tidak ada
	Lain-lain	- Tidak ada
<i>Bowel (B5)</i>	Mukosa bibir	Tampak Kering
	Lidah	Tampak Bersih
	Keadaan gigi	Tampak tidak lengkap bagian depan
	Nyeri telan	Tidak ada
	Distensi Abdomen	Tidak ada
	Peristaltik usus	- Meningkat - Nilai : 38x/menit
	Mual	Tidak ada
	Muntah	Tidak ada
	Hematememesis	Tidak ada
	Malena	Tidak ada
	Terpasang NGT	Ya - Warna : kecoklatan - Jumlah : ±50cc (pada selang NGT)

	Terpasang colostomy bag	Tidak
	Diare	Ya -Warna : Kuning, kecoklatan -Jumlah : 200 cc -Frekuensi : lebih dari 5 kali
	Konstipasi	Tidak ada
	Asites	Tidak ada
	Lain-lain	Hasil pemeriksaan BNO 3 Posisi : Ileus Obstruksi Parsial (regio iliaka kanan)
<i>Bone</i> (B6)	Turgor	Turgor kulit tidak elastis
	Perdarahan kulit	Tidak ada
	Icterus	Tidak ada
	Akral	Akral teraba hangat
Pergerakan sendi		Tidak dikaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
Fraktur		Tidak ada

B. Diagnosis Keperawatan (berdasarkan Data yang diperoleh saat pengkajian)

B1 : Tidak ada masalah keperawatan

B2 : Tidak ada masalah keperawatan

B3 : Tidak ada masalah keperawatan

B4 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

B5 :

- a) Risiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan obstruksi Intestinal
- b) Diare berhubungan dengan malabsorpsi

B6 : Tidak ada masalah keperawatan

C. Tindakan Keperawatan yang dilakukan (berdasarkan diagnosis)

1. Memonitor tanda – tanda vital/ 2 jam
2. Memonitor gula darah / 4 jam
3. Memonitor intake dan output/ 8 jam
4. Kolaborasi pemberian transfusi Albumin 25% (IV)
5. Kolaborasi pemberian Dextrose 40% 2 flakon (IV)
6. Kolaborasi pemberian Diapet caps 3x2 (Oral)
7. Kolaborasi pemberian foot elevasi 30°
8. Kolaborasi pemberian sansulin 10 unit (IV)
9. Kolaborasi pemberian humolog 4 unit (IV)
10. Kolaborasi pemberian ceftriaxone 1 gr/ 8 jam (IV)
11. Kolaborasi pemberian O₂, nasal kanul 4 liter/ menit
12. Kolaborasi pemberian cairan RL 500 ml (166 tpm)
13. Kolaborasi pemberian posisi meninggikan kepala tempat tidur 30°C

D. Evaluasi Hasil Tindakan (kondisi yang didapatkan setelah tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan)

No	Evaluasi	Perawat
1	<p>Resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit ditandai dengan obstruksi intestinal</p> <p>S : Keluarga pasien mengatakan kedua kaki pasien bengkak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak lemas b. Tampak mata cekung c. Tampak tugor kulit tidak elastis d. Tampak edema derajat II di kedua tungkai kaki, dan lengan tangan kanan e. Tanda-tanda vital :TD : 80/70 N : 82x/menit P : 18 x/menit S : 36,3 °C f. Tampak hasil pitting edema belum berkurang g. Tampak hasil albumin 1,7 mg/dL h. Tampak hasil GFR : 17,70 ml/menit/1,73 m² i. Tampak hasil creatinin : 2,9 mg/dL <p>A : Resiko ketidakseimbangan cairan masih beresiko terjadi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Intervensi manajemen hipovolemia dilanjutkan dengan modifikasi pemberian resusitasi cairan sebanyak 1/3 dari jumlah feses yang keluar b. Intervensi manajemen hipervolemia ditambahkan antara lain : 	

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan cairan intake dan output 2. Pemberian terapi <i>foot elevation</i> 30° 3. Pemberian Albumin 	
2	<p>Diare b/d dengan malabsorpsi</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan, pasien BAB encer sejak dari ruang perawatan sampai dipindahkan diICU b. pasien mengatakan nyeri pada perut skala 3 <ol style="list-style-type: none"> 1) P : nyeri Timbul pada saat BAB 2) Q :nyeri seperti ditusuk-tusuk 3) R :nyeri perut 4) S: skala 3 5) T : hilang timbul <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mata tampak cekung b. Tampak pasien meringis c. Mukosa bibir tampak kering d. Peristaltic usus : 38x/menit e. Pasien tampak BAB encer, lebih dari 6 kali sehari berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 1000cc/8 jam di popok f. Balance cairan = +225 ccc <p>A : masalah diare belum teratasi</p> <p>P : intervensi manajemen diare dilanjutkan</p>	
3	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa b/d Resistensi insulin</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki 	

	<p>riwayat penyakit diabetes sejak 3 tahun lalu</p> <p>b. Keluarga pasien mengatakan, ayah dari pasien juga memiliki Riwayat penyakit DM</p> <p>O :</p> <p>a. GDS : 384 mg/dL</p> <p>b. Pasien tampak lemas</p> <p>c. GCS : 11 (kuantitatif)</p> <p>d. Tampak mukosa bibir kering</p> <p>e. Jumlah urine : 350 cc/8 jam</p> <p>A : masalah ketidaktabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P : intervensi manajemen hiperglikemiadilanjutkan</p>	
4	<p>Intoleransi aktivitas b/d kelemahan</p> <p>S:</p> <p>a. Keluarga pasien mengatakan, pasien sulit menggerakkan kedua tungkai</p> <p>b. Keluarga mengatakan pasien tidak mampu beraktivitas</p> <p>O :</p> <p>a. Pasien tampak lemas</p> <p>b. Tampak aktivitas dan mobilisasi dibantu atauperawat.</p> <p>c. Tampak kekuatan otot menurun</p> <p>d. Tampak Perawatan diri dibantu oleh perawat</p> <p>A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P : Intervensi manajemen energi dilanjutkan</p>	

E. Pengkajian Sekunder (meliputi pengkajian riwayat keperawatan dan pengkajian *Head to Toe*)

Unit : ICU
Tanggal masuk : 02 Mei 2023
Tanggal pengkajian : 02 Mei 2023

A. IDENTIFIKASI

1. Pasien

Nama initial : Ny. S
Umur : 53 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama/ suku : Islam / Bugis
Warga negara : Indonesia
Bahasa yang digunakan : Indonesia
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat rumah : Jl. Latimojong

2. Penanggung Jawab

Nama : Ny. T
Umur : 27 tahun
Alamat : Jl. Latimojong
Hubungan dengan pasien : Anak

B. DATA MEDIK

Saat masuk : Ileus unspecified

Saat pengkajian : Ileus obstruktif (parsial) + Dm tipe II + pneumonia

C. KEADAAN UMUM

1. Keadaan saat sakit : Pasien tampak sakit berat

Alasan :

Tampak pasien terbaring lemah ditempat tidur, GCS 11 (somnolen), terpasang EKG monitor, tampak terpasang infus RL 166 tpm/ menit, tampak terpasang kateter, tampak terpasang oksigen nasal kanul 4 liter/menit , tampak terpasang selang NGT, hasil TTV : TD : 88/56 mmHg, N :83x/menit, P :18 x/menit, S : 36,8°C.

2. Tanda-tanda Vital

a. Kesadaran Kualitatif (somnolen)

b. Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

Respon motorik 2

Respon verbal 4

Respon mata 5

Jumlah 11

c. Tekanan Darah : 88/56 mmHg

MAP : 66 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadai

d. Suhu : 36,8°C

e. Pernapasan : 15x/menit

Irama : Teratur

Jenis : Dada

f. Nadi : 83x/menit

3. Pengukuran

a. Lingkar lengan atas: 18 cm

- b. Tinggi badan : 155 cm
- c. Berat badan : 50 kg
- d. IMT : 20,5 (normal)

D. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

a. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan kesehatan merupakan anugerah dari Tuhan, dan ketika sehat kita dapat melakukan segala aktivitas dengan baik dan lancar, pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit DM selama kurang lebih 3 tahun, hanya saja pasien tidak pernah memeriksa kesehatan gula darahnya ke pelayanan kesehatan, pasien juga mengatakan tidak pernah melakukan diet makanan untuk menjaga kesehatannya, pasien sering mengkonsumsi makanan yang berlemak, pasien juga mengatakan tidak pernah menjaga pola makan yang baik dan sehat, pasien mengatakan ketika sakit ia biasanya membeli obat sendiri di warung terdekat.

b. Riwayat penyakit saat ini

1) Keluhan utama : penurunan kesadaran

2) Riwayat Keluhan Utama :

Pasien masuk ke IGD pada tanggal 26 april 2023 dengan keluhan BAB encer dan pasien merupakan rujukan dari RS.Lanto Parewang yang dirawat dengan diagnosis ileus unspecified + DM tipe II. Saat diantar ke IGD, pasien sempat BAB encer lebih dari 7 kali, BAB encer berwarna kuning kecolatan kurang lebih 200 cc

Hasil pemeriksaan GDS didapatkan hasil 600mg/dL dan hasil pemeriksaan lab darah didapatkan hasil Hb : 5,2 mg/dL . Setelah pasien di observasi dan ditindaki pemasangan infus, RL 500 ml/ 40 tpm, dan pemberian obat Ceftriaxone 1 gr/12 jam, katarolac 5 ml/8 jam, Metronidazole 0,5 gr/12 jam, serta pemeriksaan labotarium dan thorax selama kurang lebih 6 jam pasien dipindahkan ke ruangan perawatan. Selama menjalani perawatan kurang lebih 6 hari di ruang perawatan BAB encer teratasi akan tetapi 1 hari kemudian pada tanggal 28 april 2023 pasien kembali mengalami BAB encer lebih dari 5 kali sehari ,berwarna kuning kurang lebih 350 cc di popok, mendapatkan terapi obat cefriaxone 1 gr/12 jam, omeprazole/ 12 jam, GDS hasil 380mg/dL dan dilakukan pemasangan NGT, dan kateter,dikarenakan pasien lemas dan mengalami penurunan kesadaran sehingga pada tanggal 02 Mei 2023, pasien dibawa ke ruang ICU, pada saat pengkajian di ICU GDS hasil 386 mg/dL, hasil Tanda-tanda vital : TD:88/56 mmHg, N:83x/menit, S:36,8°C,MAP:66 mmHg, pasien datang dalam keadaan penurunan kesadaran dan BAB encer, kurang lebih 250cc berwarna kuning kecoklatan dipopok sehingga perlu mendapatkan penanganan lebih lanjut.

3) Riwayat Penyakit Terdahulu :

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit DM yang dialami lebih dari 3 tahun lalu,

keluarga pasien mengatakan pasien juga pernah dirawat karena sakit karena DHF pada tahun 2016.

4) Riwayat Penyakit Keluarga :

Keluarga pasien mengatakan, Ibu dari pasien juga mengalami penyakit DM sejak 2002.

5) Pemeriksaan Fisik

a. Kebersihan rambut :

Rambut tampak lurus, tampak beruban dan teraba kasar

b. Kebersihan kulit :

Kulit kepala tampak bersih, tampak tidak ada ketombe, tampak tidak ada lesi dan tidak teraba benjolan atau pembengkakan

c. Kebersihan rongga mulut :

Rongga mulut tampak kotor, tampak menggunakan gigi palsu dan lidah tampak berwarna putih

d. Kebersihan genitalia :

Area genitalia tampak kotor, tampak ada cairan keputihan dan labia mayora tampak kemerahan

e. Kebersihan anus :

Area anus tampak kemerahan dan tampak lembab

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

a. Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki pola hidup yang kurang baik, pasien tidak melakukan diet DM yang dianjurkan, pasien masih sering mengonsumsi makanan manis, goreng-gorengan dan masih sering konsumsi kopi.

b. Keadaan Saat Sakit

Keluarga pasien mengatakan, saat di ruang perawatan, pasien makan sebanyak 3 kali dalam sehari dengan menu bubur, sayur, telur dan tempe tahu. Saat masuk ruang ICU, diet DM yang diberikan, membatasi gula pasir, gula merah, lemak jenuh, dan memkomsumsi sumber protein seperti, tempe, kacang-kacangan, daging ayam tanpa kulit yang di kelola menjadi bubur saring, dengan kalori 1.237 Kkal dalam sehari, pasien dipasangkan NGT, dengan porsi makanan bubur saring 3x100 cc dalam sehari.

Observasi : tampak pasien terpasang NGT, cairan lambung berwarna kuning kecoklatan

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan rambut : rambut tampak bersih
- 2) Hidrasi kulit : hidrasi kulit kembali >3 detik
- 3) Palpebra/conjungtiva: tampak tidak ada edema/tidak anemis
- 4) Sklera : tampak tidak ikterik
- 5) Hidung : tampak septum berada ditengah tampak tidak ada lesi
- 6) Rongga mulut : tampak tidak ada sariawan
- 7) Gigi : tampak bersih tampak gigi bagian tdk lengkap
- 8) Lidah : tampak bersih
- 9) Paring : tampak tidak ada peradangan

10) Kelenjar getah bening : teraba tidak ada pembesaran

11) Kelenjar parotis : tampak tidak ada pembesaran

12) Abdomen

- a) Inspeksi : Abdomen tampak datar
- b) Auskultasi : Peristaltik usus 38x/menit
- c) Palpasi : Teraba tidak ada benjolan
- d) Perkusi : Terdengar timpani

13) Kulit

- a) Edema : Positif
- b) Ikterik : Negatif
- c) Tanda-tanda radang : Negatif

2. Pola Eliminasi

a. Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan, BAB lancar 1-2 kali sehari dan BAK lancar 4-5 kali sehari. Keluarga pasien mengatakan, tidak mengetahui secara spesifik karakteristik dari eliminasi pasien.

b. Keadaan Saat Sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien mengalami diare sejak tanggal 19 April kemudian sempat dirawat di RS. Lanto kemudian dirujuk ke RS. Bhayangkara karena diare tidak berhenti. Saat di ruang perawatan, pasien masih mengalami diare dengan karakteristik encer berair, kuning kecoklatan dan BAB >5 kali sehari sehingga pasien dianjurkan memakai pempers. Sedangkan eliminasi urin, masih sama seperti sebelum sakit dengan karakteristik kuning keruh kurang lebih 250 cc.

c. Observasi

- Tampak terpasang kateter
- Tampak urin yang keluar 350 cc/ 8 jam
- Tampak pasien BAB encer 200 cc di popok, berwarna kuning

d. Pemeriksaan fisik

- 1) Peristaltik usus : 38 x/menit (regio iliaka kanan)
- 2) Palpasi kandung kemih: Kosong
- 3) Nyeri ketuk ginjal : Negatif
- 4) Mulut uretra : Tampak kotor dan kemerahan
- 5) Anus
 - a) Peradangan : Tampak tidak ada peradangan
 - b) Hemoroid : Tidak ada
 - c) Fistula : Tidak ada

3. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan, aktivitas pasien adalah sebagai seorang ibu rumah tangga yang menjalankan pekerjaan rumah seperti memasak, mencuci, menyetrika dan lain-lain. Keluarga pasien mengatakan, pasien sangat jarang berolahraga.

b. Keadaan Saat Sakit

Keluarga pasien mengatakan semenjak sakit, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat seperti makan, minum, mandi, dan BAB/BAK.

c. Observasi

Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur

d. Pemeriksaan fisik

1) Aktivitas harian

a) Makan	4
b) Mandi	4
c) Pakaian	4
d) Kerapihan	4
e) Buang air besar	2
f) Buang air kecil	2
g) Mobilisasi ditempat tidur	3

Keterangan

0 : Mandiri

1 : Bantuan

2 : Bantuan dengan alat

3 : Bantuan alat dan orang

4 : Bantuan penuh

2) Poster tubuh : tidak ada kelainan pada tulang belakang

3) Gaya jalan : tidak dikaji, pasien bedrest

4) Anggota gerak yang cacat : tidak ada

5) Fiksasi/ trakeostomi : tidak ada

6) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

Berbaring : 88/56 mmHg

Duduk : Tidak di kaji

Berdiri : Tidak dikaji

b) HR : 83x/menit

c) Kulit : Teraba kering

- d) Basah : Negatif
- e) Mukosa bibir : Tampak kering
- f) Thorax dan pernapasan
 - Bentuk thorax : Tampak simetris
 - Sianosis : Tidak ada
 - Stidor : Tidak ada

Palpasi vocal premitus : Vocal premitus kanan dan kiri teraba sama kuat

Krepitasi : tidak teraba krepitasi

Auskultasi

Suara napas : terdengar bunyi vesikuler

Suara napas tambahan : tidak ada suara napas tambahan

g) Jantung

a) Inspeksi

Tampak ictus cordis pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

b) Palpasi

Ictus cordis teraba pada ICS 5 linea midclavicularis sinistra

c) Perkusi

Batas atas : ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah: ICS 4 linea midclavicularis Sinistra

Batas kiri : ICS 5 linea sternalis dextra

Batas kanan : ICS 5 linea midclavicularis Sinistra

d) Auskultasi

Bunyi jantung II A :

Tunggal pada ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung IIP :

Tunggal pada 2,3 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung IT :

Tunggal pada ICS 5 midclavicularis sinistra

h) Lengan dan tungkai

Atrofi otot : Tidak ada

Rentang gerak : Bebas

Kaku sendi : tidak ada

Nyeri sendi : Tidak ada

Fraktur : Tidak ada

Parase : Tidak ada

Uji kekutan otot :

Kanan	kiri
2	2
1	1

Keterangan

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekutan kurang di banding sisi lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu
melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gravitasi tapi dengan
sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0: Tidak ada kontraksi otot

4. Pola Istirahat dan Tidur

a. Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit istirahat dan tidur pasien tercukupi. Pasien biasanya tidur dari jam 6 sampai 8 jam.

b. Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien semenjak masuk RS, pasien sangat jarang tidur, tetapi semenjak masuk ruang ICU, pasien selalu ingin tidur dengan alasan merasa mengantuk terus menerus disertai sakit kepala.

c. Observasi

- Ekspresi wajah : Negatif
- Banyak menguap : Negatif
- Palpebra inferior berwarna gelap: Negatif

5. Pola Presepsi dan Kognitif

a. Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak mengalami gangguan pendengaran atau gangguan penglihatan. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan.

b. Keadaan Saat Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengalami gangguan maupun penglihatan dan pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan, pasien mengatakan terasa nyeri pada perut tidak signifikan. P : Nyeri pada saat BAB, Q : Terasa seperti tersusuk-tusuk, R : Perut, S :

Skala nyeri 3 dan T : Hilang timbul.

c. Observasi

- 1) Kontak mata : Kontak mata kurang
- 2) Rentang perhatian : Perhatian kurang
- 3) Suara dan bicara : Kurang jelas

6. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

a. Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan peran sebagai Ibu rumah tangga.

b. Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien tidak dapat melakukan perannya sebagai Ibu rumah tangga karena penyakit yang dideritanya.

7. Pola Reproduksi dan Seksualitas

a. Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan, pasien tidak memiliki keluhan gangguan organ reproduksi dan pasien mengatakan ia memiliki 3 orang anak.

b. Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak gangguan atau masalah pada organ reproduksi

8. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stress

a. Keadaan Sejak Sakit

Keluarga mengatakan bila pasien mengalami masalah, pasien mampu mengontrol diri dan selalu bercerita serta berdiskusi

dengan suaminya.

b. Keadaan Sejak Sakit.

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit merasa khawatir dengan kondisinya saat ini.

9. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

a. Keadaan Sebelum Sakit

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit, pasien dapat melakukan ibadahnya dengan teratur.

b. Keadaan Sejak Sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit, pasien tidak bisa beribadah karena pasien merasa lemas untuk beraktivitas.

E. Pemeriksaan Penunjang

a) Thorax : BP + Elevasi dicyroigna dextra

b) CT-Scan Abd : Nefokalsinosis bilateral

Pemeriksaan BNO 3 posisi : ileus obstruktif (parsial)

c) Laboratorium :

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	Keterangan
KIMIA DARAH				
- Gula darah sewaktu	634	mg/dL	100-140 3,8-5,0	Meningkat Menurun
- Albumin	1,7	gr/dL	10-50	Meningkat
- Ureum	95	mg/dL	0,5-1,2	Meningkat
- Creatinin	2,9	mg/dL	5-40	Normal
- SPOGT	17	u/L	5-41	Normal
- SPGT	23	u/L	4.00-10.00	Meningkat
- WBC	14.52	10 ³ /uL	37.0-54.0	Menurun
- HCT	30,4	%		
EIEKTROLIT				
- Natrium (Na)	144	mmol/L	136-145	Normal
- Kalium (k)	3,4	mmo/L	3,5-5,1	Normal
- Clorida (CL)	117	mmo/L	98-106	Meningkat

ANALISA DATA

Nama pasien/ umur : NY.S / 53 tahun

Ruangan : ICU

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Data subjektif : Tidak ada</p> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas 2. Mukosa bibir tampak kering 3. Tampak tugor kulit tidak elatis 4. GSC : 11 (somnolen) 5. CRT < 3 detik 6. Tanda- tanda vital : <ol style="list-style-type: none"> a) TD : 88\56 mmHg b) N: 83 x/menit c) P: 15 x/menit d) S : 36,8 °C 7. MAP : 66 mmhg 	<p>Resiko ketidakseimbangan cairan</p>	<p>Obstruksi intestinal</p>
<p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluargapatient mengatakan saat di ruang perawatan, pasien masih mengalami BAB encer dengan kuning kecoklatan dan BAB lebih dari 5x sehari <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas 2. Mukosa bibir tampak kering 3. Tampak BAB encer berair, berwarna kuning kecoklatan dipopok, BAB encer lebih dari 5x sehari 4. N : 83 x/menit 5. Jumlah feses kurang 	<p>Diare</p>	<p>Malabsorpsi</p>

<p>lebih 250 cc pada pempers</p> <p>6. Peristaltic usus : 38x/menit(cepat)</p> <p>7. BNO 3 posisi : ileus obstruktif (parsial)</p> <p>8. WBC : $14.52 \times 10^3/uL$ (4.00-10.00)</p>		
<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit DM sejak 3 tahun lalu 2. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang mengontrol gula darahnya dan tidak patuh dalam pengobatan 3. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang menjaga pola makan 4. Keluarga pasien mengatakan bahwa, Ibu dari pasien mempunyai riwayat penyakit gula <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak mengalami penurunan kesadaran 2. GCS : 11 (somnolen) 3. Hasil pemeriksaan GDS : 336mg/dL HbA1c : 8,6% 	<p>Resistensi Insulin</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa</p>
<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu keluarga 2. Keluarga pasien mengatakan kedua kaki pasien sulit untuk digerakkan karena pasien mengalami kelemahan pada tungkai 	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi aktivitas</p>

<p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran, GSC 11 (somnia) 2. Pasien tampak lemah dan tidak mampu beraktivitas 3. Kedua kaki pasien tampak sulit untuk digerakkan 4. Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat 5. Tanda-tanda vital : TD : 88/56 mmHg, N : 83x/menit, P: 18x/menit, S : 36,8 °C 6. Albumin :1,7 gr/dL (3,8-5.0) 		
--	--	--

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Kode	Diagnosa keperawatan
D.0037	Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan obstruksi intestinal
D.0020	Diare berhubungan dengan malabsorpsi
D.0027	Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin
D.0056	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

INTERVENSI KEPERAWATAN

SDKI	SLKI	SIKI
<p>Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan obstruksi intestinal dibuktikan dengan : (D.0036)</p> <p>Data subjektif : Tidak ada</p> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas 2. Mukosa bibir tampak kering 3. Tampak tugor kulit tidak elastis 4. Tanda-tanda vital : <ul style="list-style-type: none"> – TD: 88\56 mmHg – N : 83 x/menit – P : 15 x/menit – S : 36,8 °c – MAP : 66 mmHg 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3X8 jam maka diharapkan status cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan cukup meningkat 2. Haluaran urin meningkat 3. Kelembaban membrane mukosa meningkat 4. Edema menurun 5. Dehidrasi menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Tekanan nadi membaik 8. Tugor kulit membaik 	<p>A. Manajemen cairan (1.03098)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Monitor status hidrasi (frekuensi nadi,kekuatan nadi,kelembapan mukosa,tugor kulit,tekanan darah) – Monitor hasil pemeriksaan labotarium – Minitor status hemodinamik (MAP) <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Catat intake – output – Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan – Berikan cairan intervena, jika perlu <p>B. Manajemen Hipovolemia (I.03114)</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia 2. Monitor intake dan output cairan <p><i>Tarapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan asupan cairan oral <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan

		cairan oral <i>Kalaborasi</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kalaborasi pemberian cairan intervena RL 500 cc/166 tpm 2. Kalaborasi pemberian cairan koloid albumin (vip-albumin 3x1 tablet , trasfusi 25 %/100 cc)
<p>Diare berhubungan dengan Malabsorpsi dibuktikan dengan : (D.0020)</p> <p>Data subjektif :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan saat di ruang perawatan, pasien masih mengalami BAB encer dengan kuning kecoklatan dan BAB lebih dari 5x sehari</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas 2. Mukosa bibir tampak kering 3. Tampak BAB encer berair, berwarna kuning kecoklatan, BAB encer lebih dari 5x sehari 4. Nadi :83 x/menit 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka eliminasi fekal membaik, denhan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses mingkat 2. Nyeri abdomen menurun 3. Konsistensi feses membaik 4. Frekuensi defekasi membaik 5. Peristaltik usus membaik 	<p>A. Manajemen diare (1.03101)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab diare 2. Identifikasi riwayat pemberian makanan 3. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 4. Monitor tanda dan gejala hipovolemia <p>Tarapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan lengkap elektrolit 2. Ambil sampel feses untuk kulkur jika perlu <p>Edukasi</p> <p>Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap via NGT</p> <p>Kalaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat

<p>5. Jumlah feses kurang lebih 250cc pada pempers</p> <p>6. Peristaltic usus : 38x/menit (cepat)</p> <p>7. BNO 3 posisi : ileus obstruktif (parsial)</p> <p>8. WBC $14.5210^3/uL$ (4.00-10.00)</p>		<p>antibiotik</p> <p>2. Kolaborasi pemberian obat antimotilitas dan obat penguas feses diabet (3x1) Tablet</p> <p>B.Manajemen perawatan diri BAB/BAK Observasi • Indifikasi kebiasaan BAB/ BAK sesuai usia</p>
<p>Ketidak stabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin dibuktikan dengan : (D.0027)</p> <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit DM sejak 3 tahun lalu 2. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang mengontrol gula darahnya 3. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x8 jam diharapkan Kestabilan Kadar Glukosa Darah membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran meningkat 2. Mengantuk menurun 3. Lelah/lesu menurun 4. Mulut kering menurun 5. Kadar glukosa dalam darah membaik 	<p>Manajemen Hiperglikemia Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kadar glukosa darah 2. Monitor tanda dan gejala 3. hiperglikemia (poliuria, polifagia, malaise,kabur, sakit kepala) 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostati, dan frekuensi nadi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan monitor kadar glukosa

<p>menjaga pola makan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Keluarga pasien mengatakan bahwa, Ibu dari pasien mempunyai riwayat penyakit gula 5. Pasien mengatakan rasa mengantuk terus menerus <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak mengalami penurunan kesadaran 2. Tampak mukosa bibir kering 3. GCS : 11 (sommolen) 4. Hasil pemeriksaan 5. GDS : 336mg/dL 6. HbA1c : 8,6% 		<p>darah secara mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ajarkan penggunaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian insulin Apidra 10 unit
<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan :</p> <p>(D.0056)</p> <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu keluarga 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3X7 jam maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meningkat 2. Kekuatan tubuh atas dan bawah meningkat 	<p>A. Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p>

<p>2. Keluarga pasien mengatakan kedua kaki pasien sulit untuk digerakkan karena pasien mengalami kelemahan pada tungkai</p> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah dan tidak mampu beraktivitas 2. Kedua kaki pasien tampak sulit untuk digerakkan <p>Tampak aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat</p>	<p>3. Keluhan lelah menurun</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3X7 jam maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat <p>Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kemampuan(BAB/BAK) meningkat 4. Melakukan perawatan diri cukup meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang nyaman 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi dengan pemberian diet makanan sayur, tempe, kacang-kacangan, ayam tanpa kulit, 1.237 Kkal <p>B. Dukungan perawatan diri (1.11348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Siapkan keperluan pribadi 2. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.
--	---	---

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama / umur : NY.S/ 53 tahun

Ruangan/ kamar : ICU

Hari/tanggal	DP	waktu	Implementasi	Perawat
Selasa a02 Mei 2023	I	14.00	Memberikan asupan cairan Hasil : RL 500cc	Lestari
	III	15.00	Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia Hasil : turgor kulit teraba kering, tidak elastis, mukosa bibir tampak kering dan mata tampak cekung	Lestari
	I	15.10	Memonitor ttv Hasil : - TD : 88/58 mmHg - MAP : 65 mmHg - HR : 83x/menit - RR : 14x/menit - Suhu: 36,8°C - GCS : 11 (somnolen)	Kurnia
		15.20	Memonitor warna, volume, frekuensi, dankonsistensi tinja Hasil : Feses tampak BAB encer, berampas, berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 300cc di popok	Lestari
	III	15.35	Melakukan perawatan BAB Hasil : Mengganti popok, membersihkan memakai tisu basah	

	I	15.40	Memberikan asupan cairan Hasil : RL 500cc 166 tpm	Lestari
	III	16.00	Memonitor kadar glukosa darah/ 4 jam Hasil : GDS : 386 mg/dL	Kurnia
	II	16.00	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Diapet/ via NGT 1 tablet	Kurnia
	I	16.06	Memberikan asupan cairan Hasil : Memberikan Dex 5% 500 cc/NGT	
		16.10	Memonitor ttv Hasil : - TD : 88/56 mmHg - HR : 76x/menit - RR : 15x/menit - Suhu: 36,8°C	Lestari
	III	17.00	Mengidentifikasi kemungkinan penyebabhiperglikemia Hasil : Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat penyakit diabetes sejak 3tahun lalu	Kurnia
	I	17.00	Memonitor ttv Hasil : TD : 84/56 mmHg N : 83x/menit P : 15x/menit S: 36,8oC	Kurnia

	I	20.15	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Hasil pemeriksaan lab : Hb = 10 mg/dL Leukosit = 14,52 uL HCT = 30,4 Creatinin = 2,9 mg/dL 	
	IV	20.25	<p>Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Hasil : Tampak pasien mengalami udem pada kedua tungkai</p>	Kurnia
	II	20.25	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil : Tampak BAB encer, berampas dan berwarna kuning kecoklatan sejumlah 400cc dipopok</p>	Lestari
	IV	20.30	<p>Menganjurkan tirah baring dan menganjurkan mika miki tiap 2-4 jam.</p> <p>Hasil : Pasien tampak lemas dan tidak mampu beraktivitas sendiri.</p>	Kurnia
	I	20.40	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Intake : Cairan IV : 1000cc / 8 jam NGT Dex 5% : 550 cc / 8 jam NGT susu peptisol : 100cc / 8 jam Total = 1.650 2) Output : Urine : 350 cc / 8 jam Feses : 1000cc / 8 jam Total = 1.350 3) IWL : 75 Balance : 1.650 - 1.350 - 75 = + 225 cc 	Lestari
		20.50		

EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ tanggal	No	Evaluasi SOAP	Perawat
Selasa 02 mei 2023	1	<p>Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan obstruksi intestinal</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan, kedua kaki pasien bengkak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Tampak mukosa bibir kering - Tampak turgor kulit tidak elatis - Tampak edema derajat II di kedua tungkai kaki, dan lengan tangan kanan - Tanda-tanda vital : TD : 80/70 N : 82x/menit P : 18 x/menit S : 36,3°C - Tampak hasil albumin 1,7 mg/dL - Tampak hasil GFR : 17,70 ml/menit/1,73 m² - Tampak hasil creatinin : 2,9 mg/dL <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko ketidakseimbangan cairan masih beresiko terjadi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen cairan dan manajemen hipovolemia dilanjutkan dengan modifikasi pemberian resusitasi cairan sebanyak 1/3 dari jumlah feses yang keluar. - Manajemen hipervolemia untuk mengatasi edema ekstraselular di antara lain : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan cairan intake dan output. 2. Pemberian terapi <i>foot elevation</i> 30° 	Kurnia
Selasa 02 mei 2023	2	<p>Diare b/d dengan Malabsorpsi</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan BAB encer belum berhenti - Pasien mengatakan nyeri perut <p>P : nyeri pada saat BAB</p> <p>Q: terasa seperti tertusuk -tusuk</p> <p>R : perut</p> <p>S: skala nyeri 3</p>	Lestari

		<p>T: hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Mukosa bibir tampak kering - Tugor kulit tidak elastis - N : 82x/menit - Peristaltic usus : 38x/menit - Pasien tampak BAB encer, berwarna kuning lebih dari 5 kali, kecoklatan dengan jumlah 1000cc/8 jam di popok - WBC : 14.52 $10^3/uL$ (4.00-10.00) - Balance cairan : + 225 cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah diare belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen diare di lanjutkan 	
Selasa 02 mei 2023	3	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa b/d Resistensi insulin</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat penyakit diabetes sejak 3 tahun lalu - Keluarga pasien mengatakan, ayah dari pasien juga memiliki Riwayat penyakit DM <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Tampak mukosa bibir kering - GDS : 384mg/dL - GCS : 11 (sompnolen) <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen hiperglikemia dilanjutkan 	
Selasa 02 mei 2023	4	<p>Intoleransi aktivitas b/d kelemahan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan, pasien sulitmenggerakkan kedua tungkai <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Tampak aktivitas dan mobilisasi dibantu atau perawat. - Tampak kekuatan otot kaki nilai 1 dimana tampak kotraksi otot, ada sedikit gerakan 	Kurnia

	<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen energi dilanjutkan 	
--	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama / umur : NY.S/ 53 tahun

Ruangan/ kamar : ICU

Tanggal/hari	DP	Waktu	Implementasi keperawatan	Perawat
Rabu 03 Mei	I	21.45	Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Hasil : BAB encer, berampas, berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 450cc dipopok	Kurnia Lestari
	IV	21.50	Membantu perawatan BAB Hasil : Mengganti dengan popok yang baru, membersihkan memakai tisu basa	Kurnia
	I	22.00	Memberikan posisi meningkatkan kepala tempat tidur 30° – 40° Hasil : Tampak pasien nyaman dengan posisi sem Fowler 30° – 40°	Kurnia
	I	22.20	Memberikan asupan cairan Hasil : Loading cairan 1/3 dari jumlah faes RL 500 cc/50 tpm	Lestari
	I	22.50	Kolaborasi pemberian obat Hasil : Diapet/NGT (50cc)	Kurnia

	III		23.00	<p>Memonitor ttv</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 100 / 55 mmHg - N : 111x/menit - S : 36,7°C - P : 20x/menit - MAP : 70 mmHg - GCS : 11 (somnolen) 	Lestari
	I		23.00	<p>Memberikan Terapi foot eleevation 30°</p> <p>Hasil :</p> <p>Tampak pasien nyaman di</p> <p>Memberikan terapi posisi 30° dimana posisi kaki ditinggikan, diberi tahanan bantal untuk mengurangi edema</p>	Lestari
	II		00.00	<p>Memonitor ttv</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 110/60 mmHg - N : 90x/menit - S : 36,6°C - P : 19x/menit 	Lestari
	III		01.00	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil :</p> <p>BAB encer, berampas, berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 250cc dipopok</p>	Kurnia
	I		01.10	<p>Kolaborasi pemberian</p> <p>Hasil :</p> <p>Loading cairan 1/3 dari jumlah fases RL 65 ml/ 50 tpm</p>	Kurnia
	I		02.00	<p>Kolaborasi pemberian obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curcuma 3x1 oral - Dexasanta 3x1 oral - Citicolin 250/12 jam/ IV - Ranitidin /12 jam/ IV - Ceftriaxone 1gr/ 8 jam /IV - Santagesik / 8 jam /IV 	Kurnia

	II	03.00	Memonitor ttv Hasil : - TD : 106/67 mmHg - N : 93x/menit - S :36,4°C - P 20x/menit	Lestari
	I	03.05	Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Hasil : BAB encer, berampas, berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 200cc dipopok	Kurnia
	I	04.00	Kolaborasi pemberian cairan Hasil : - Loading cairan RL 66cc (166 tpm) - Pemberian cairan oral 100cc	Kurnia
		05.00	Memonitor or ttv Hasil : - TD : 112/70 mmHg - N : 96x/menit - S :36,4°C - P 20x/menit	Lestari
	II	05.45	Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Hasil : BAB encer, berampas, berwarna kuning kehijauan dengan jumlah 300cc dipopok	Lestari
	III	06.00	Kolaborasi pemberian cairan Hasil : Loading cairan RL 100cc (50 tpm)	Lestari
	III	06.10	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : 489mg/Dl	Kurnia
	II	07.00	Memberikan injeksi insulin Hasil : Insulin apidra 10unit Pemberian nutrisi parenteral Hasil : Peptisol 100cc/oral	

	II	07.00	Memonitor ttv Hasil : - TD : 112/70 mmHg - N : 80x/menit - S :36,4°C	Kurnia
	I	07.00	- P 20x/menit Melakukan pemberian terapi cairan Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja	Lestari
	IV	07.00	Hasil : BAB encer, berampas, berwarna kuning kehijauan dengan jumlah 200cc dipopok	Lestari
	III	07.05	Kolaborasi pemberian cairan Hasil :	
	III		Loading cairan RL 66cc (166 tpm)	Lestari
	I	07.07	Memonitor kembali kadar glukosa darah Hasil : 306 mg/Dl	Kurnia
			Memonitor intake dan output cairan Hasil : 1. Intake :	Kurnia
	I		- Cairan infus : 500 cc/ 24 jam (150/8 jam) - Loading cairan 1/3 - dari jumlah feses : 797/ 8 Jam - Obat oral : 50 / 8 jam - Obat injeksi : Chiticolin : 250 cc Ranitidin 2 cc Ceftriaxone : 10 cc Santagesik : 2 cc Insulin Aprida : 10 unit - Susu : 100 cc/ 8 jam	Kurnia
				Lestari

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama pasien : NY.S

Ruangan : ICU

Hari/tanggal	No	Evaluasi SOAP	Perawat
Rabu 03 Mei 21.45	1	<p>Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan obstruksi intestinal</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan, kedua kaki pasien bengkak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien lemas - Tampak mukosa bibir cukup meningkat - Tampak turgor kulit cukup membaik - Tampak edema derajat II di kedua tungkai kaki, dan lengan tangan kanan - Tanda-tanda vital : TD : 112/70 N : 80x/menit P : 20x/menit S : 36,4°C - Tampak hasil albumin 1,7 mg/dL - Tampak hasil GFR : 17,70 ml/menit/1,73 m² - Tampak hasil creatinin : 2,9 mg/dL <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko ketidakseimbangan cairan masih beresiko terajadi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen cairan dan manajemen hipovolemia dilanjutkan dengan modifikasi pemberian resusitasi cairan sebanyak 1/3 dari jumlah feses yang keluar. - Manajemen hipervolemia untuk mengatasi edema ekstraselular di antara lain : 1. Pemantauan cairan intake dan ouput. 2. Pemberian terapi <i>foot elevesion</i> 30° 	Lestari
	2	<p>Diare b/d malabsorpsi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasie mengatakan pasien 	Lestari

		<p>Lemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan, BAB encer terus menerus <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Mukosa bibir tampak kering - Tugor kulit tidak elastis - N : 80 x/menit - Peristaltic usus : 38 x/menit - BAB encer, berampas, berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 1400cc/ 8 jam - Balance cairan : - 654 cc <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah diare belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi diare di lanjutkan 	
	3	<p>Ketidak stabilan kadar glukosa b/d Resistensi kadar glukosa</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat penyakit diabetes sejak 3 tahun lalu - Keluarga pasien mengatakan, ayah dari pasien juga memiliki Riwayat penyakit DM <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien lemas - Tampak mukosa bibir kering - Hasil GDS :306 mg/dL - GCS : 11 (sominolen) <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen hiperglikemia dilanjutkan 	Kurnia
	4	<p>Intoleransi aktivitas b/d kelemahanS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan, pasien sering mengeluh sakit kepala dan badan terasa sangat lemas 	Kurnia

		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak lemas dan tidak mampu beraktivitas sendiri.- Tampak aktivitas pasien dibantu oleh perawat- Tampak kekuatan otot kaki nilai 1 dimana tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervensi manajemen energi dilanjutkan	
--	--	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama / umur : NY.S/ 53 tahun
 Ruangan/ kamar : ICU

Hari/tanggal	DP	Waktu	Implementasi	Perawat
Kamis 04 Mei 2023	I	21.00	Pemberian Asupan cairan Hasil : RL 500 ml/ 24 (tpm)	Lestari
	I	21.10	Memberikan terapi <i>foot elevasion</i> 30° Hasil : Tampak pasien nyaman dengan terapi foot elevasion 30° unruk mengurangi edema	Kurnia
	III	21.15	Kalaborasi pemberian terapi obat Hasil : Sansulin 10 unit /cc	Lestari
	I	21.30	Memonitor ttv Hasil : – TD : 70/60 mmHg – N : 101x/menit – S : 36,5°C – P : 19x/menit MAP : 63 mmHg GCS : 3 (koma)	Lestari
	I	22.00	Mengidentifikasi penyebab hipervolemia Hasil : Rendah albumin 1,7 mg/dL	kurnia
	I	22.10	Kalaborasi pemberian obat Hasil: post transfusi Albumin 25% 100 cc	Kurnia
	II	22.40	Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Hasil : BAB encer,berampas,berwarna kuning kecoklatan, jumlah 300 cc	Lestari

	III	22.50	Memberikan asupan cairan Hasil : Loading cairan 1/3 dari jumlah fases RL 100 CC/50 Tpm	Kurnia
	I	23.00	Kalaborasi pemberian terapi obat Hasil : - Omz 40 gr/12 jam/iv - Ceftriaxone 1 gr/12 jam/ Memonitor ttv Hasil : TD : 100/60 mmHgN : 101x/menit S : 36,5°C P : 19x/menit	Kurnia Lestari
	I	23.05	Pemberian asupan cairan Hasil : RI 500 ml 24 tpm / 8 jam	Lestari
		00.00	Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Hasil : BAB encer, berampas, berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 100cc dipopok	Kurnia
	III	00.10	Memberikan asupan cairan Hasil : Loading cairan 1/3 dari jumlah fases RI 40 cc/50 tpm	Kurnia

	III	03.30	<p>Memonitor ttv</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 90/60 mmHg - N : 87x/menit - S : 36,5°C - P : 15x/menit 	Kurnia
	II	03.35	<p>Memonitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja</p> <p>Hasil :</p> <p>BAB encer, berampas, berwarna kuning kecoklatan dengan jumlah 400 cc dipopok</p>	Lestari
	I	04.00	<p>Memberikan asupan cairan</p> <p>Hasil :</p> <p>Loading cairan 1/3 dari jumlah feses RI 500 ml/ 166 tpm</p>	Kurnia
			<p>Memonitor albumin</p> <p>Hasil : 1,9 mg/dL</p>	Lestari
	I	04.10	<p>Memonitor kadar glukosa darah</p> <p>Hasil :</p> <p>GDS : 43 mg/dL</p>	Kurnia
	III	05.30	<p>Pemberian terapi insulin</p> <p>Hasil :</p> <p>Humalog 4 unit sc</p>	Lestari
	I	06.00	<p>Memberikan asupan cairan</p> <p>Hasil :</p> <p>Bubur saring 100cc (oral)</p> <p>Kalaborasi pemberian terapi obat</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diapet caps 3x2 oral - Alb caps 3x2 oral 	Kurnia

	II	06.15	<p>Kolaborasi pemberian obat</p> <p>Hasil : dextrose 40% sebanyak 2 flakon</p>	Lestari
	III	06.25	<p>Memonitor ttv</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 90/70 mmHg - N : 101x/menit - S : 36,5°C - P : 16x/menit 	Kurnia
	I	06.50	<p>Memonitor Kembali GDS</p> <p>Hasil : 47 mg/dL</p>	
	I	06.50	<p>Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Hasil :</p> <p>1. Intake :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cairan infus : 500 cc/8 jam) - Loading 1/3 dari - jumlah feses : 640/ 8 Jam 	Lestari
	II	07.00	<ul style="list-style-type: none"> - Obat oral : 50 / 8 jam - Obat injeksi : Sansulin : 10 unit/ cc - Trasfusi albumin : 100 cc - Ceftriaxone : 10 cc Humolog : 4 cc 	Kurnia
		07.00	<ul style="list-style-type: none"> - Dextrose 40 % 2 flakon : 50 cc - Bubur saring : 100 cc/ 8 jam - Total : 1.404 / 8 jam <p>2. Output :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urine : 400/ 8 jam - Fases : 800/ 8 Jam - Total : 1.200 / 8 jam - IWL : 12x50: 8 = 75 = 1.404 - 1.200 - 75 = +129c 	Lestari

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : NY.S

Ruangan : ICU

Hari/tanggal	N O	Evaluasi SOAP	Perawat
Kamis 04 Mei 2023	1	<p>Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai obstruksi intestinal</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien kedua kaki nya bengkak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak sadar - Tampak mukosa bibir cukup meningkat - Tampak turgor kulit cukup membaik - Tampak edema derajat II di kedua tungkai kaki, dan lengan tangan kanan - Tanda-tanda vital : TD : 90/70 N : 101x/menit P : 19x/menit S : 36,5°C - Tampak hasil albumin 1,9 mg/dL - Tampak hasil GFR:17,70 ml/menit/1,73 m² - Tampak hasil creatinin : 2,9 mg/dL <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko ketidakseimbangan cairan masih beresiko terjadi 	Kurnia

		<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen cairan dan manajemen hipovolemia dilanjutkan dengan modifikasi pemberian resusitasi cairan sebanyak 1/3 dari jumlah feses yang keluar. - Manajemen hipervolemia untuk mengatasi edema ekstraselular di antara lain : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan cairan intake dan output. 2. Pemberian terapi <i>foot elevation</i> 30° 	
Kamis 04 Mei 2023	2	<p>Diare b/d malabsorpsi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien masih sering BAB encer - Keluarga pasien mengatakan, pasien sempat mengeluh nyeri pada perut <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak sadar - Mukosa bibir tampak kering - Turgor kulit tidak elastis - N :101 x/menit - Peristaltic usus : 38x/menit - Pasien tampak BAB encer, berwarna kuning dengan jumlah 800 cc di popok - Balance cairan : + 129 cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah diare belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi manajemen diare dilanjutkan 	Lestari

<p>Kamis04 Mei 2023</p>	<p>3</p>	<p>Ketidaakstabilan kadar glukosa b</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat penyakit diabetes sejak 3 tahun lalu - Keluarga pasien mengatakan, ayah dari pasien juga memiliki Riwayat penyakit DM <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak sadar - Tampak mukosa bibir kering - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - GCS 3 (koma) - Hasil GDS : 47 mg/dL <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi Ketidaakstabilan kadar glukosa dilanjutkan 	<p>Kurnia</p>
---------------------------------	----------	--	---------------

DAFTAR OBAT

A. Vip-Albumin

1. Nama obat : Vip Albumin
2. Klasifikasi/ golongan obat : Herbal
3. Dosis umum : 3x1 (2 kapsul)
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja fungsi obat : meningkatkan daya tubuh
7. Alasan pemberian obat pada bersangkutan: albumin rendah
8. Kontra indikasi :-
9. Efek samping : Belum ada efek samping

B. Diapet

1. Nama obat : Diapet
 2. Klasifikasi/ golongan obat : Herbal
 3. Dosis umum : Sehari 2X sehari
 4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 X sehari(selang 1 jam)
 5. Cara pemberian obat : Oral
 6. Mekanisme kerja fungsi obat :
- Kerja fungsi obat mengurangi frekuensi buang air besar
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Diare akut

C. Vip-Albumin

1. Nama obat : Vip Albumin
2. Klasifikasi/ golongan obat : Herbal
3. Dosis umum : 3x1 (2 kapsul)
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja fungsi obat : meningkatkan daya tubuh
7. Alasan pemberian obat pada bersangkutan: albumin rendah
8. Kontra indikasi :-
9. Efek samping : Belum ada efek samping

D. Diapet

1. Nama obat : Diapet
2. Klasifikasi/ golongan obat : Herbal
3. Dosis umum : Sehari 2X sehari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 X sehari(selang 1 jam)
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja fungsi obat :
Kerja fungsi obat mengurangi frekuensi buang air besar
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Diare akut
8. Kontra indikasi : Hipersensitif
9. Efek samping : Sembelit

E. Sansulin

1. Nama obat : Sansulin
2. Klasifikasi/ golongan obat : Antidiabetik
3. Dosis umum : Bersifat individual
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3 ml
5. Cara pemberian obat : IV
6. Mekanisme kerja fungsi obat : Meningkatkan pembuangan glukosa perifer dan mengatur metabolisme karbohidrat
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : DM
8. Kontra indikasi :
Tidak boleh digunakan oleh pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap kandungan obat sansulin Log-G
9. Efek samping :
 - Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan sansulin, gula darah rendah (Hipoglikemia)
 - Gangguan penglihatan sementara
 - Lipodistrofi
 - Terbentuknya antibody insulin

F. Vip-Albumin

1. Nama obat : Vip Albumin
2. Klasifikasi/ golongan obat : Herbal
3. Dosis umum : 3x1 (2 kapsul)

4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja fungsi obat : Meningkatkan daya tubuh
7. Alasan pemberian obat pada bersangkutan: albumin rendah
8. Kontra indikasi :-
9. Efek samping : Belum ada efek samping

G. Diapet

1. Nama obat : Diapet
2. Klasifikasi/ golongan obat : Herbal
3. Dosis umum : Sehari 2X sehari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 X sehari(selang 1 jam)
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja fungsi obat :
Kerja fungsi obat mengurangi frekuensi buang air besar
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Diare akut
8. Kontra indikasi : Hipersensitif
9. Efek samping : Sembelit

H. Vip-Albumin

1. Nama obat : Vip Albumin
2. Klasifikasi/ golongan obat : Herbal

3. Dosis umum : 3x1 (2 kapsul)
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja fungsi obat : Meningkatkan daya tubuh
7. Alasan pemberian obat pada bersangkutan: albumin rendah
8. Kontra indikasi :-
9. Efek samping : Belum ada efek samping

I. Diapet

1. Nama obat : Diapet
2. Klasifikasi/ golongan obat : Herbal
3. Dosis umum : Sehari 2X sehari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2 X sehari(selang 1 jam)
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja fungsi obat :
Kerja fungsi obat mengurangi frekuensi buang air besar
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Diare akut
8. Kontra indikasi : Hipersensitif
9. Efek samping : Sembelit

J. Sansulin

1. Nama obat : Sansulin

2. Klasifikasi/ golongan obat : Antidiabetik
3. Dosis umum : Bersifat individual
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3 ml
5. Cara pemberian obat : IV
6. Mekanisme kerja fungsi obat : Meningkatkan pembuangan glukosa perifer dan mengatur metabolisme karbohidrat
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : DM
8. Kontra indikasi : Tidak boleh digunakan oleh pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap kandungan obat sansulin Log-G
9. Efek samping :
 - Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan sansulin, gula darah rendah (Hipoglikemia)
 - Gangguan penglihatan sementara
 - Lipodistrofi
 - Terbentuknya antibody insulin

K. B.Comp

1. Nama obat : B-comp
2. Klasifikasi/ golongan obat : Vitamin
3. Dosis umum : 1-2 tablet sehari
4. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 2x1 sehari
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja fungsi obat : Mencegah dan mengobati

kekurangan vitamin b

7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
Mensuplai kebutuhan vit b
8. Efek samping : Belum ada efek samping memelikia alergi terhadap kandungan obat sansulin Log-G
9. Efek samping :
 - Efek samping yang mungkin terjadi selama penggunaan sansulin, gula darah rendah (Hipoglikemia)
 - Gangguan penglihatan sementara
 - Lipodistrofi
 - Terbentuknya antibody insulin

L. B.Comp

1. Nama obat : B-comp
2. Klasifikasi/ golongan obat : Vitamin
3. Dosis umum : 1-2 tablet sehari
4. Dosis untuk pasien yag bersangkutan : 2x1 sehari
5. Cara pemberian obat : Oral
6. Mekanisme kerja fungsi obat : Mencegah dan mengobati kekurangan vitamin b
7. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan
Mensuplai kebutuhan vit b
8. Efek samping : Belum ada efek samping

M. Ceftriaxone

1. Nama obat : Ceftriaxone
2. Klasifikasi/ golongan obat : Antibiotik
3. Dosis umum : Berbeda beda sesuai dengan kebutuhan
4. Cara pemberian obat : IV

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

A. Pembahasan Kasus

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori yang diperoleh secara teoritis dengan kasus nyata dari penerapan asuhan keperawatan pada Ny. "S" usia 53 tahun dengan kasus Ileus Obstruktif (parsial) di ruang *Intensive Care Unit* Rumah Sakit Bhayangkara Makassar pada tanggal 02 Mei 2023 hingga 04 Mei 2023.

Dalam proses keperawatan perlu menggunakan metode ilmiah sebagai pedoman dalam melakukan asuhan keperawatan untuk membantu perawat dalam melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan guna mencapai tujuan keperawatan yaitu meningkatkan, mempertahankan kesehatan atau membuat pasien mencapai kematian dengan tenang pada pasien terminal, serta memungkinkan pasien atau keluarga dapat mengatur kesehatannya sendiri menjadi lebih baik.

Proses keperawatan pada lima tahap mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, analisa data, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan hingga evaluasi keperawatan, dimana tahap-tahap ini secara bersama-sama membentuk lingkaran pemikiran dan tindakan yang kontinu, yang mengulangi kembali kontak dengan pasien. Tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dimana penulis terapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan padapatient dengan Ileus Obstruktif (parsial). Dalam pelaksanaannya, penulis memperoleh data dari pasien, keluarga, perawat,

catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien Ny. "S" usia 53 tahun. Pasien masuk ke IGD pada tanggal 26 april 2023 dengan keluhan BAB encer dan pasien merupakan rujukan dari RS.Lanto Parewang yang dirawat dengan diagnosis ileus unsuspected + DM tipe II. Saat diantar ke IGD, pasien sempat BAB encer lebih dari 7x, BAB encer berwarna kuning kecolatan kurang lebih 200 cc Hasil pemeriksaan GDS di IGD RS.Bhayangkara didapatkan hasil 600mg/dL dan hasil pemeriksaan lab darah didapatkan hasil Hb : 5,2 mg/dL. Setelah pasien di observasi selama kurang lebih 6 jam pasien dipindahkan ke ruangan perawatan. Selama menjalani perawatan kurang lebih 6 hari di ruang perawatan, BAB encer teratasi pada perawatan hari ke 5, akan tetapi 1 hari kemudian pasien kembali mengalami BAB encer lebih dari 5 kali, berwarna kuning kurang lebih 350 cc hingga pasien lemas dan mengalami penurunan kesadaran sehingga pada tanggal 02 Mei 2023, pasien dibawa ke ruang ICU untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

Saat masuk di ruang ICU, pasien dalam keadaan penurunan kesadaran dengan GCS 11 (somnolen), tampak terpasang O2 Nasal Kanul 4L, tampak terpadang NGT dan tampak BAB encer, kurang lebih 250 cc berwarna kuning kecoklatan di popok. Dari hasil observasi didapatkan TD :88/56 mmHg, N: 83x / menit, S : 36,8⁰C dan P: 15x / menit. Selain itu, hasil pemeriksaan fisik abdomen terdengar peristaltik usus 38x / menit pada regio iliaca kanan. Hasil pemeriksaan CT Scan Abdomen ditemukan adanya nefrokalsinosis bilateral, pemeriksaan BNO 3 posisi ditemukan ileus obstruksi pada regio iliaca kanan, hasil Foto Thoraks ditemukan kesan pneumonia, hasil rekaman EKG interpretasi sinus rythm, hasil pemeriksaan

laboratorium didapatkan Albumin :1,7gr / dL (3,8-5,0), Creatinin :2,9mg / dL (0,5-1,2), Clorida : 117mmol /L (98-106), dan HbA1C : 8,6%. Terapi yang diberikan adalah cairan RL 500 cc, insulin (Apidra) 4 unit dan diabet 400mg / NGT.

Pada tinjauan teoritis, tanda dan gejala yang muncul pada pasien ileus sesuai dengan letak dan tingkat keparahan ileus. Keluhan yang dialami pasien-pasien dengan ileus obstruktif parsial (sebagian) yaitu perut kembung, retensi feses dan flatus, keram abdomen, nyeri abdomen bahkan mual dan muntah atau bahkan diare.

Dari hasil pengkajian yang penulis dapatkan yaitu, pasien tidak mengalami distensi abdomen, tidak mengalami mual maupun muntah. Keluhan yang pasien alami yaitu BAB encer >5 kali sehari dengan peristaltik usus 38x / menit. Hal ini terjadi karena lokasi obstruksi yang bersifat parsial atau sebagian saja dari usus sehingga jarak pengosongan usus semakin cepat di area yang tidak obstruksi, pada akhirnya peristaltik usus di area yang tidak obstruktif semakin meningkat, hal ini mengakibatkan semua cairan yang masuk ke usus, didorong oleh peristaltik usus yang cepat, sehingga yang tertahan pada area obstruksi hanyalah makanan dan sari-sari makanan, sedangkan cairan masih tetap lolos melewati area obstruksi sampai ke rektum. Obstruksi intestinal menimbulkan gejala dan komplikasi yang berbeda tergantung letak terjadinya obstruksi (Ardi, 2021).

Ketika obstruksi bersifat parsial atau sebagian, proses metabolisme mungkin masih bisa berlangsung, seperti peristaltik usus, flatus dan eliminasi fekal masih bisa terjadi. Akibat frekuensi BAB encer yang tidak menurun dan tidak terkontrol, menyebabkan pasien lemas karena mengalami kekurangan volume cairan hingga mengalami penurunan

kesadaran (Ardi, 2021).

Selain itu gejala yang berbeda dengan teori ialah muncul pasien juga mengalami edema pada kedua tungkai, dengan *pitting* kedalaman *pitting* edema derajat II, hal ini terjadi akibat komplikasi dari penyakit diabetes yang dialami oleh pasien, dimana kadar gula darah yang terlalu tinggi menyebabkan kerusakan dan penurunan fungsi organ-organ vital salah satunya ginjal. Hal ini didukung dengan hasil CT Scan Abdomen didapatkan kesan nefrokalsinosis bilateral. Penulis juga beropini bahwa edema yang terjadi pada pasien diakibatkan rendahnya kadar albumin yang terjadi akibat komplikasi dari penyakit diabetes melitus. Dimana ketika kadar glukosa darah yang terlalu tinggi dan tidak terkontrol dalam jangka waktu lama akan menimbulkan masalah pada organ vital seperti jantung, ginjal, pankreas dan lain-lain. Opini penulis dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fandinata (2019), yang berpendapat bahwa temuan mikroalbumin merupakan indikasi adanya disfungsi endotel yang ditemukan pada penderita diabetes mellitus tipe 2. Pendapat ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Berelaku (2019), bahwa temuan mikroalbumin pada penderita diabetes mellitus mengindikasikan adanya komplikasi kerusakan ginjal.

Berdasarkan data di atas, ileus obstruktif bisa terjadi karena beberapa hal seperti adanya penyumbatan akibat benda asing, efek samping prosedur pembedahan abdomen sebelumnya atau karena komplikasi dari penyakit primer yang sudah kronis (DM). Melihat dari data dan kondisi, pasien, ileus yang dialami oleh pasien merupakan komplikasi dari penyakit Diabetes Melitus yang telah lama dialami pasien. Seperti pada tinjauan teoritis bahwa salah satu penyebab ileus obstruktif adalah komplikasi dari penyakit primer kronis salah satunya

Diabetes Melitus, dimana pasien Ny.S sudah menderita penyakit DM lebih dari 3 tahun sehingga salah satu komplikasi yang dialami oleh pasien berupa masalah pada organ *gastrointestinal*. Hal ini terjadi karena tingginya kadar gula darah yang tidak terkontrol sehingga menyebabkan terjadinya kerusakan pada saraf otonom (neuropati otonom) yang ada di usus dan menyebabkan kerja usus menurun. ketika kerja usus menurun maka makanan tidak dapat dicerna dengan maksimal di udud, drhingga menyebabkan penyumbatan yang sifatnya parsial maupun total tergantung lokasi penyumbatan.

2. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan data dari pengkajian, penulis mengangkat 4 diagnosis keperawatan pada Ny.“S” yaitu :

a. Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan obstruksi intestinal

Penulis mengangkat diagnosis ini karena penulis mendapat data yang mendukung dimana keluarga pasien mengatakan saat di ruang perawatan, pasien masih mengalami BAB encer dengan kuning kecoklatan dan BAB >5x sehari. Pada saat pengkajian didapatkan

BAB encer berwarna kuning kecoklatan sebanyak 250 cc pada popok dan peristaltik usus terdengar 38x/menit. Selain itu, penulis juga menemukan adanya edema pada kedua tungkai pasien akibat hipervolemia yang terjadi setelah pemberian cairan untuk mengganti cairan output didukung dengan adanya kerusakan pada ginjal dengan perhitungan GFR 17,70mg / dL dan juga penurunan kadar albumin yang berfungsi untuk mengikat semua cairan yang masuk ke dalam tubuh sehingga semua cairan beralih ke ekstermitas dan tungkai.

b. Diare berhubungan dengan Malabsorpsi

Penulis mengangkat diagnosis ini karena mendapat data berupa pasien tampak lemas, mukosa bibir tampak kering, tampak BAB encer berwarna kuning kecoklatan, BAB encer lebih dari 5 kali sehari, jumlah feses kurang lebih 250 cc di popok, peristaltic usus : 38x / menit (cepat) dan hasil BNO 3 posisi ditemukan kesan ileus obstruktif (parsial). Dimana obstruksi yang terjadi hanya pada sebagian usus, sehingga lokasi yang tidak mengalami obstruksi mengalami peningkatan peristaltik karena jarak pengosongan usus semakin pendek sehingga cairan yang masuk melalui selang NGT bisa lolos kedalam lokasi obstruksi, terapi sari-sari makanan tertahan pada area obstruksi, hal inilah yang menyebabkan pasien mengalami diare.

c. Ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan resistensi insulin

Penulis mengangkat diagnosis ini karena penulis mendapat data yang mendukung dimana keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki Riwayat penyakit DM lebih dari 3 tahun lalu yang diturunkan dari orang tuapatient, keluarga pasien mengatakan pasien jarang mengontrol gula darah dan tidak mematuhi diet untuk pasien DM. Saat pengkajian didapatkan hasil GDS : 336mg / dL dan hasil pemeriksaan HbA1c : 8,6%. Ketidakstabilan kadar gula darah juga menjadi salah satu faktor yang dapat menyebabkan terjadinya ileus, dimana akibat tingginya kadar gula darah dapat melumpuhkan saraf pada otot saluran pencernaan sehingga pergerakan usus melambat dan menyebabkan terjadinya obstruksi atau penyumbatan. Selain itu, usia >50 tahun juga menjadi salah satu faktor pencetus terjadinya ileus obstruktif karena semakin bertambah usia, manusia akan

mengalami penurunan fungsi organ permasuk usus dimana, peristaltik usus mulai melemah dan kemampuan usus dalam menyerap makanan mulai menurun sehingga pasien mudah mengalami gangguan pencernaan.

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Penulis mengangkat diagnosis ini karena penulis mendapat data yang mendukung dimana keluarga pasien mengatakan selama sakit aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat, keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan kedua tungkai. Dari hasil observasi ditemukan tampak udem pada kedua tungkai dengan kedalaman 3mm dan derajat pitting edema adalah derajat 2, pasien tampak lemas dan mengalami penurunan kesadaran sehingga uji kekuatan otot tidak dapat dilakukan.

3. Perencanaan Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnosis keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang ditemukan. Perencanaan yang disusun oleh penulis berdasarkan diagnosis keperawatan yaitu :

a. Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan obstruksi intestinal

Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : Observasi (periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan), Terapeutik (hitung kebutuhan cairan, berikan asupan cairan oral), Edukasi (Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral), Kolaborasi (Kolaborasi pemberian cairan intervena ,cairan isotonis, hipotonis, dan koloid, kolaborasi pemberian cairan koloid (mis, albumin, *plasmanate*). Selain itu, untuk mengurangi terjadinya edema

akibat hipervolemia, penulis melakukan intervensi lain berupa manajemen hipervolemia yang berfokus pada penanganan edema antara lain : Observasi (Periksa tanda dan gejala hipervolemia), Terapeutik (tinggikan kepala tempat tidur 30-40°), Kolaborasi (kolaborasi pemberian diuretik). Disamping itu, penulis juga melakukan tindakan mandiri keperawatan untuk menurunkan derajat edema dengan memberikan terapi foot elevasi 30⁰ menggunakan bantal selama 3-4 jam dan dilakukan sebanyak 2-3 kali sehari. Tindakan ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Wulan Maulia Riska *tentang Effect of the combination on ankle pump excersiceand 30⁰ foot elevation on foot edema in CKD patiens*. Pada penelitian tersebut didapatkan hasil bahwa pemberian terapi elevasi kaki 30⁰ terbukti dapat membantu menurunkan derajat edema apabila dilakukan dengan rutin karena dapat membantu sirkulasi perifer agar tidak menumpuk di area distal dan menyebabkan aliran darah cenderung menuju perifer.

b. Diare berhubungan dengan malabsorpsi

Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : Observasi (Identifikasi penyebab diare, indentifikasi riwayat pemberian makanan, monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, monitor tanda dan gejala hipovolemia , monitor ulserasi dan iritasi kulit daerah perenial), Terapeutik (berikan asupan cairan oral, berikan cairan intervena , ambil sampel darah untuk pemeriksaan lengkap elektrolit , ambil sampel feses untuk kulkur jika perlu), Edukasi (anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap), Kolaborasi (kolaborasi pemberian obat antimolilitas (mis loperamide, difenoksilat, kalaborasi pemberian antispasmodic / spasmoliti)

yaitu obat diabet oral 3x1 via NGT.

- c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia.

Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : Observasi (identifikasi penyebab diare, indentifikasi riwayat pemberian makanan, monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja, monitor tanda dan gejala hipovolemia, monitor ulserasi dan iritasi kulit daerah perennial), Terapeutik (berikan asupan cairan oral, berikan cairan intervena, ambil sampel darah untuk pemeriksaan lengkap elektrolit, ambil sampel feses untuk kultur (jika perlu), Edukasi (anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap), Kolaborasi (Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis loperamide, difenoksilat kolaborasi pemberian antispasmodic/spasmoliti).

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain Observasi (Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan monitor kelelahan fisik dan emosional monitor pola dan jam tidur monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas), Terapeutik (Sediakan lingkungan yang nyaman, lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, Edukasi (anjurkan tirah baring, anjurkan aktivitas secara bertahap, anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan), Terapi (kolaborasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan asupan makanan).

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacu pada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehingga tujuan dapat tercapai. Pelaksanaan

keperawatan dilakukan selama 3 hari pada tanggal 02 Mei – 04 Mei 2023 pada pasien berdasarkan intervensi yang telah disusun. Pada tahap pelaksanaan ini perawat bekerjasama dengan pasien, keluarga, perawat ruangan dan tenaga medis lainnya. Sebelum melakukan tindakan keperawatan, terlebih dahulu menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga. Dari keluhan yang ditemukan pada pasien, pada masalah risiko ketidakseimbangan cairan semua intervensi telah dilakukan, masalah diare semua intervensi telah dilakukan, ketidakstabilan kadar glukosa darah semua intervensi telah dilakukan, begitu juga dengan diagnosis intoleransi aktivitas semua intervensi telah dilakukan. Pada hari pertama, pelaksanaan intervensi keperawatan berfokus pada penanganan masalah hipovolemia yang dialami oleh pasien akibat BAB encer, setelah masuk perawatan hari ke dua penyelesaian masalah berfokus pada penanganan hipervolemia (edema) dengan pemberian foot elevation 30^o dan pemberian albumin. Pelaksanaan intervensi di hari kedua berfokus pada penanganan hipervolemia karena setelah dilakukan resusitasi cairan untuk menangani masalah hipovolemia di hari pertama, tampak kedua tungkai semakin membengkak yang disebabkan beberapa hal seperti terjadinya masalah pada ginjal dengan hasil CT-Scan Abdomen ditemukan kesan Nefrokalsinosis Bilateral, hasil perhitungan GFR 17,70 gr/dL dan hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan adanya penurunan kadar albumin yaitu 1,7 gr/dL. Sehingga resusitasi cairan dihari kedua dibatasi dengan cara, pemberian cairan RL hanya 1/3 dari jumlah feses yang keluar setiap kali pasien BAB encer.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Pada tahap ini penulis mengevaluasi pelaksanaan keperawatan yang diberikan pada pasien.

1. Diagnosis I : Risiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan Obstruksi Intestinal

Evaluasi : Masalah risiko ketidakseimbangan cairan belum teratasi karena tanda gejala dehidrasi belum berkurang, kadar albumin belum meningkat dan edema tungkai berkurang

2. Diagnosis II : Diare berhubungan dengan malabsorpsi

Evaluasi: Masalah diare belum teratasi karena pasien masih BAB encer >5 kali sehari dengan jumlah 800-1000 cc/8 jam

3. Diagnosis III : Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin

Evaluasi : Masalah ini juga belum teratasi karena kadar glukosa darah pasien belum stabil, hasil pemeriksaan GDS/24 jam menunjukkan hasil yang tidak konsisten. Hasil GDS dihari pertama perawatan yaitu 386 mg/dL kemudian hasil pemeriksaan GDS terakhir yaitu 47 mg/dL.

4. Diagnosis III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Evaluasi : masalah ini belum teratasi karena pasien belum

mampu melakukan aktivitas secara mandiri, pasien belum mampu menggerakkan kedua tungkai dan kedua tungkai masih tampak edema.

B. Pembahasan Penerapan EBN (*Evidence-Based Nursing*)

1. Judul EBN

Effect of the combination on ankle pump excersiceand 30° foot elevation on foot edema in CKD patiens

2. Diagnosis keperawatan

Risiko ketidak seimbangan cairan berhubungan dengan obstruksi intestinal

3. Luaran yang diharapkan

Diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriterua hasil : edema menurun

4. Intervensi prioritas mengacu pada EBN

Periksa tanda dan gejala hipervolemia (edema). Pada saat implementasi, penulis menemukan adanya edema pada kedua tungkai sehingga penulis melakukan pemberian posisi elevasi kaki 30°

5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN

a. Pengertian tindakan

Peninggian posisi kaki 30° pada pasien edema adalah salah satu dari proses intervensu keperawatan yang dapat dilakukan perawat untuk mengurangi edema (pembengkakan) pada kaki. Dengan peniggian kaki, maka melawan tarik gravitasi, sehingga meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan mencegah timbulnyastatis vena (Noor, 2023).

b. Tujuan

Peninggian posisi kaki 30° derajat bertujuan agar sirkulasi perifer tidak menumpuk di area distal ulkus dan menyebabkan

aliran darah akan cenderung menuju perifer terutama kaki yang mengalami fraktur, dan juga untuk mengurangi edema pada kaki.

6. Analisis Picot

a. Judul Jurnal

Efektifitas Latihan kaki terhadap diameter edema Manawan (2021).

1) *Problem*

Masalah penelitian :

Edema tungkai sering dianggap sebagai tanda dan gejala awal beratnya *Chronic kidney disease* (CKD). Edema menunjukkan adanya volume cairan jaringan berlebih atau volume cairan ekstra seluler. Evaluasi edema dengan pitting edema meninggalkan bekas permanen pada kulit.

Tujuan :

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas latihan pompa kaki terhadap diameter edema pada pasien dengan edema tungkai.

2) *Intervension*

Tindakan yang dilakukan pertama yaitu melakukan terapi senam pompa pergelangan kaki dimana merupakan salah satu upaya untuk mengurangi edema dan latihan kaki 30⁰ dalam menurunkan edema tungkai dengan pengukuran diameter edema pada pasien dengan *pitting* edema.

3) *Comparation*

Intervensi atau pemberian terapi non-farmakologis lain yang dapat dilakukan untuk membantu mencegah dan menangani edema adalah melakukan kompres air

hangat pada daerah yan mengalami edema.

4) *Outcome*

Hasil implementasi yang telah dilakukan berdasarkan *ankle pumping exercise* atau Latihan elevasi kaki berpengaruh terhadap penurunan diameter edema pada pasien dengan edema tungkai bawah.

5) *Time*

Tindakan yang dilakukan pertama yaitu melakukan terapi senam pompa pergelangan kaki dimana merupakan salah satu upaya untuk mengurangi edema dan latihan kaki 30⁰ dalam menurunkan edema tungkai dengan pengukuran diameter edema pada pasien dengan *pitting* edema.

b. Judul Jurnal

Effect of the combination on ankle pump excersice and 30⁰ foot elevation on foot edema in CKD patiens.

1) *Problem*

Masalah penelitian :

Keadaan ginjal yang mengalami penurunan fungsi tidak mampu untuk membuang produk sisa melalui pembuangan urin dapat mengakibatkan terganggunya fungsi endokrin, cairan, elektrolit, metabolik serta asam basa yang salah satu dari akibat tersebut adalah terjadinya edema.

Tujuan :

Tujuan dari penelitian ini untuk melihat pengaruh kombinasi *ankle pump exercise* dan elevasi kaki 30° terhadap edema pada pasien CKD di Rumah Sakit Islam

Sultan Agung Semarang.

2) *Intervension*

Posisi elevasi kaki dimana meninggikan posisi kaki 30 derajat bertujuan untuk mengurangi edema pada kaki dan untuk membantu sirkulasi perifer agar tidak menumpuk di area distal dan menyebabkan aliran darah cenderung menuju perifer

3) *Comparation*

Intervensi atau pemberian terapi non-farmakologis lain yang dapat dilakukan untuk membantu mencegah dan menangani edema adalah membatasi asupan cairan.

4) *Outcome*

Hasil dari uji yang telah diselesaikan untuk menentukan apakah ada atau tidak pengaruh dari terapi kombinasi *ankle pump exercise* dan elevasi kaki terhadap edema membuktikan terdapat pengaruh kombinasi *ankle pump exercise* terhadap derajat edema pada pasien CKD.

5) *Time*

Pada penelitian ini, tidak mencantumkan lama waktu yang dibutuhkan untuk melakukan *ankle pump exercise* dan elevasi kaki.

c. Judul Jurnal

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien GGK (Gagal Ginjal Kronik) dalam pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit.

1) *Problem*

Masalah penelitian :

Ketidakpatuhan klien dalam pembatasan cairan dan elektrolit mengakibatkan kerugian jangka panjang yaitu kerusakan kardiovaskuler, gagal jantung, hipertensi dan

edema paru serta kerugian jangka pendek yaitu edema tungkai, edema ekstermitas, nyeri tulang dan sesak napas.

Tujuan : Untuk mengurangi kejadian edema tungkai dan ekstermitas pada pasien dengan GGK (Gagal Ginjal Kronik) melalui pembatasan cairan dan pemberian intervensi mandiri keperawatan berupa elevasi kaki.

2) *Intervension*

Menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas horizontal (meninggikan kaki) secara bergantian dan hindari pengilangan kaki. Hal ini didukung oleh penelitian Siregar (2010 dalam Setyaningrum 2016) yang menyatakan bahwa peninggian posisi kaki 30 derajat di atas tempat tidur untuk mengurangi edema kaki.

3) *Comparison*

Intervensi atau pemberian terapi non-farmakologis lain yang dapat dilakukan untuk membantu mencegah dan menangani edema adalah membatasi asupan cairan dengan alternatif lain seperti mengunyah es batu untuk mengurangi intensitas haus.

4) *Outcome*

Setelah dilakukan perawatan selama 4 hari, pasien menunjukkan penurunan kelebihan volume cairan interstisial, dimana pitting edema pada kaki berkurang.

5) *Time*

Pada penelitian ini, tidak mencantumkan lama waktu yang dibutuhkan untuk melakukan elevasi kaki

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. "S" umur 53 tahun dengan ileus obstruktif, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian : dari hasil yang didapatkan pada Ny.S (53 tahun), faktor yang mendukung terjadinya ileus obstruktif adalah komplikasi dari penyakit primer kronis yang dialami oleh pasien yaitu Diabetes Melitus serta pengaruh usia dimana pada lansia pasti mengalami penurunan fungsi tubuh salah satunya usus mengalami penurunan fungsi dalam mengabsorpsi makanan.
2. Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Ny "S" dengan ileus obstruktif yaitu risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan obstruksi intestinal diare berhubungan dengan malabsorpsi dan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.
3. Intervensi keperawatan yang telah di susun penulis yaitu : manajemen hipovolemia dan manajemen hipervolemia untuk mengatasi masalah risiko ketidakseimbangan cairan, manajemen diare untuk mengatasi masalah diare, manajemen hiperglikemia untuk mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah, manajemen energi dan dukungan perawatan diri untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas.
4. Implementasi keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari yang dibantu oleh sesama mahasiswa dan perawat, implementasi terlaksana dengan baik sesuai dengan perencanaan keperawatan yang telah disusun

5. Evaluasi keperawatan : dari hasil evaluasi ke empat diagnosis keperawatan belum teratasi sehingga intervensi tetap dilanjutkan oleh perawat ruangan dan mahasiswa.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis ingin memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit

Dengan semakin meningkatnya angka kematian yang disebabkan penyakit ileus obstruktif maka penulis mengharapkan agar rumah sakit lebih meningkatkan kualitas pelayanan terutama dalam melakukan pengawasan ketat dalam pengkajian peristaltik usus terutama pasien dengan keluhan seperti pada kasus yang dibahas, selain itu pasien-pasien post op juga membutuhkan pemantauan peristaltik usus yang cukup ketat untuk memastikan fungsi usus kembali normal setelah pemakaian obat bius.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Peneliti mengharapkan agar pasien dan keluarga mampu melakukan penanganan dan perawatan mandisi di rumah pada pasien dengan ileus.

3. Bagi Mahasiswa

Diharapkan lebih meningkatkan pengetahuan, keterampilan atau praktek khususnya dalam bidang keperawatan dan mengikuti perkembangan terbaru dalam bidang keperawatan. Penulis berharap, asuhan keperawatan ini dapat dijadikan referensi untuk penulis selanjutnya dalam mengelola asuhan keperawatan pada pasien dengan ileus obstruktif.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan agar institusi terus meningkatkan mutu Pendidikan dengan menyediakan buku-buku dan memperbanyak referensi-referensi yang berkaitan masalah gastrointestinal

khususnya masalah ileus obstruktif sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan kemajuan teknologi agar mahasiswa dapat semakin memperluas wawasannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Angel, M. A. L., Romero, H. V., Irving, L. H, Jennifer, Z. L, Silvia, O. B. A., Christopher, F. R. J, & Muratalla, K. S. R. Intestinal obstruction secondary to intestinal intussusception in an adult, case report and review of the literature. 2019; 5 (2): 16- 18. DOI: <http://dx.doi.org/10.2 0431/2455-572X, 502004>.
- Anggita, K. D., Daryaswanti, P. I., Maghfiroh, I. L., Hidayati, N., Martini, D. E., & Syah, A. Y. (2023). Keperawatan medikal bedah. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ardi, J. (2021). asuhan keperawatan perioperatif pada pasien peritonitis dengan tindakan laparotomi di instalasi bedah sentral RSUP.dr.H.Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2021 (Doctoral dissertation, Poltekkes Tanjungkarang).
- Arief, M., Wirka, I. M., & Setyawati, T. (2020). Ileus obstruktif : Case report. *Jurnal medical profession (Medpro)*, 2(1), 41-44.
- Azura, A. J. (2023). Obstruksi intestinal akibat infeksi ascaris lumbricoides. *Medical profession journal of Lampung*, 13(1), 141-145.
- Chahyaningrum, T. (2012). Asuhan keperawatan pada Tn.S dengan laparotomi pada ileus obstruksi di instalasi bedah sentral RSUD Dr Moewardi Surakarta (doctoral dissertation, universitas muhammadiyah Surakarta).
- Dewi, K. F. P. (2020). Karakteristik ileus obstruktif di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo makassar tahun 2018 (doctoral dissertation, Universitas Hasanuddin).
- Fuadhi, S. A., & Raharjo, A. (2021). Ileus obstruksi et causa karsinoma caecum dan karsinoma rectosigmoid (Karsinoma colorectal sinkronus). *Syntax literate; Jurnal ilmiah indonesia*, 6(5), 2478-2483.
- Muhsinin, S. Z., & Kusumawardani, D. (2023). *Buku ajar keperawatan medikal bedah I*. Media Sains Indonesia.
- Nisa, S. A. (2020). Perbedaan karakteristik partial bowel obstruction dan total bowel obstruction pada pasien ileus di RSUD DR Soegiri Lamongan tahun 2015- 2019 (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surabaya).

- Nofiana Citra, N. C. (2018). Asuhan keperawatan pada Ny. R dengan post laparotomi dengan indikasi ileus obstruksi di ruangan bedah ambun suri lantai RSUD Dr. Ach, ad Mochtar Bukittinggi (Doctoral dissertation, STIKes PERINTIS PADANG).
- Noor, M. A., Riska, W. M., Suyanto, S., & Wahyuningsih, I. S. (2023). Pengaruh kombinasi ankle pump exercise dan elevasi kaki 30° terhadap edema kaki pada pasien ckd. *Jurnal keperawatan sisthana*, 8(1), 25-36.
- Nurfadilah, M. (2022). Asuhan keperawatan pada pasien post operasi ileus obstruktif dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi di ruang bedah rsud banten (Doctoral dissertation, universitas sultan ageng tirtayasa).
- Rahman, L. N. (2023). Ileus obstruksi akibat volvulus sigmoid: Case report. *Medika Tadulako: Jurnal ilmiah kedokteran fakultas kedokteran dan ilmu kesehatan*, 8(1), 1-5.
- Reston, U., Suatha, I. K., Heryani, L. G. S. S., & Setiasih, N. L. E. (2023). Gambaran struktur dan morfometri usus halus pada umur berbeda. *Buletin veteriner udayana volume*, 15(1), 95-105.
- Santi, T. D., & Candra, A. (2023). *Buku ajar fisiologi manusia* (Vol. 1). CV. Mitra Cendekia Media.
- Sembiring, S. Anestesi pada kasus ileus obstruksi dengan teknik rapid sequence intubation (RSI).
- Suparmo, S., & Hasibuan, M. T. D. (2021). Hubungan kepatuhan pembatasan cairan terhadap terjadinya edema post hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik di rumah sakit aminah kota tangerang. *Indonesian trust health journal*, 4(2), 522- 528.
- Taroh, M. (2023). Penatalaksanaan pemeriksaan radiologi pada kasus obstruksi ileus. *Cerdika: Jurnal ilmiah indonesia*, 3(5), 448-457.
- Untari, S., Susanti, M. M., Kodyah, N., & Himawati, L. (2020). *Buku ajar anatomi dan fisiologi*. Penerbit NEM.
- Wahyudi, A., Siswandi, A., Purwaningrum, R., & Dewi, B. C. (2020). Angka kejadian ileus obstruktif pada pemeriksaan BNO 3 posisi di RSUD Abdul Moeloek. *Jurnal ilmiah kesehatan Sandi Husada*, 9(1), 145-151.

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Lestari Saragih
Tempat/Tanggal lahir : Bandar Lampung, 21 Juni 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Balam

2. Identitas orang Tua

Ayah/Ibu : Darfin Saragih /Desy Kokali
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Perumahan BTN, blok A. no.9 Timika

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Cinta kasih, Manado : Tahun 2003 - 2004
SD Negeri 05 pagi, Jakarta : Tahun 2004 - 2010
SMP Jayakarta, Jakarta : Tahun 2010 - 2013
SMK Pembangunan Jaya, Jakarta: Tahun 2013 - 2016
Akademi Keperawatan Timika : Tahun 2017 - 2021
STIK Stella Maris Makassar : Tahun 2022 - 2023

RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama : Kurnia Cinora Talubun
Tempat/Tanggal lahir : Timika, 31 Oktober 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Datu Musseng

2. Identitas orang Tua

Ayah/Ibu : Mores Talubun/Rita Konyanan
Agama : Kristen Protestan
Pekerjaan : Wiraswasta/Guru PNS
Alamat : Jl. Elang Timika - Papua Tengah

3. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK YPK Ebenhaezer, Timika : 2004 - 2006
SD YPK Ebenhaezer, Timika : 2006 - 2012
SMP YPK Ebenhaezer, Timika : 2012 - 2015
SMK NEGERI 3 Mimika : 2015 - 2018
STIK Stella Maris Makassar : 2010 - 2022