

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perioperatif

1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasive (Muttaqin, 2009).

Keperawatan perioperative adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien (Muttaqin, 2009).

2. Fase Pre Operatif

Dimulai Ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah diakhiri Ketika pasien dikirim kemeja operasi. Lingkup aktifitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditatanan klinik ataupun rumah, wawancara preoperatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan (Muttaqin, 2009).

Asuhan keperawatan preoperatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif dibagian rawat inap, poliklinik, bagian bedag sehari (one day care) Atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah. Kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien yaitu:

1) Rumah sakit

Melakukan pengkajian perioperatif awal, merencanakan metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam wawancara, memastikan kelengkapan pre operatif, mengkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan pasca operatif.

2) Persiapan pasien di unit perawatan

Persiapan fisik, status kesehatan fisik secara umum, status

nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung dan kolon, Pencukuran daerah operasi, Personal hygiene, pengosongan kandung kemih, latihan pra operasi

3) Faktor resiko terhadap pembedahan

Faktor resiko terhadap pembedahan antara lain: Usia, nutrisi, penyakit kronis, ketidaksempurnaan respon neuroendokrin, merokok, alkohol dan obat-obatan.

4) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium, maupun pemeriksaan lain seperti ECG (Electrocardiogram), dan lain-lain.

5) Pemeriksaan status anestesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan dilakukan untuk keselamatan pasien selama pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anestesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

6) Inform consent

Aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anestesi).

7) Persiapan mental/psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis.

3. Fase Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai keetika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien di pindah keruang pemulihan atau ruang perawatan intensif. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian indikasi intravena, melakukan pemantauan

kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini memberikan dukungan psikologis selama indikasi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh (Muttaqin, 2009).

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan Tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun actual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independent dan dependen.

1) Persiapan pasien dimeja operasi

Persiapan di ruang serah terima diantaranya adalah prosedur administrasi, persiapan anestesi dan kemudian prosedur drapping.

2) Prinsip-prinsip umum

Prinsip aseptis ruangan antiseptis dan aseptis adalah suatu usaha untuk agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman pathogen dapat dikurangi atau ditiadakan. Cakupan tindakan antiseptis adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, alat-alat yang dipakai personel operasi (sandal, celana, baju, masker, topi, dan lain-lainnya) dan juga cara membersihkan/ melakukan desinfeksi dari kulit atau tangan.

3) Fungsi keperawatan intraoperatif

Perawat sirkulasi berperan mengatur ruang operasi dan melindungi keselamatan dan kebutuhan pasien dengan memantau aktivitas anggota tim bedah dan memeriksa kondisi didalam ruang operasi. Tanggung jawab utamanya meliputi memastikan kebersihan, suhu sesuai, kelembapan, pencahayaan, menjaga peralatan tetap berfungsi dan ketersediaan berbagai material yang dibutuhkan sebelum, selama, dan sesudah operasi.

4) Aktivitas keperawatan secara umum

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi safety management, monitor fisiologis, monitor psikologis, pengaturan dan koordinasi Nursing Care.

4. Fase Post Operatif

Fase pasca operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruangan pemulihan (recovery room) atau ruang intensif dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau rumah. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan.

Tahapan keperawatan post operatif meliputi Pemandangan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (recovery room), perawatan post anestesi di ruang pemulihan (recovery room), transportasi pasien ke ruang rawat, perawatan di ruang rawat.

5. Klasifikasi pembedahan

Klasifikasi dapat memberikan indikasi pada perawat tentang tingkat asuhan keperawatan yang diperlukan pasien.

Table 2.1 Klasifikasi Pembedahan

Klasifikasi	Jenis	Pengertian	Contoh
Keseriusan	Mayor	Melibatkan rekonstruksi atau perubahan yang luas pada bagian tubuh, memberikan dampak resiko yang tinggi bagi kesehatan.	<i>Bypass</i> arteri koroner, reseksi kolon, reseksi lobus paru dll.
	Minor	Melibatkan perubahan kecil pada bagian tubuh, sering dilakukan untuk memperbaiki deformitas, dan dengan resiko yang lebih kecil daripada bedah mayor.	Ekstraksi katarak, <i>Graft</i> kulit, operasi plastik.

Urgensi	Elektif	Pembedahan dilakukan berdasarkan pilihan pasien, tidak penting dan tidak dibutuhkan untuk kesehatan.	Rekonstruksi payudara atau vagina, bedah plastik pada wajah.
	Gawat	Pembedahan perlu untuk kesehatan atau mencegah timbulnya masalah tambahan pada pasien.	Eksisi tumor ganas, pengangkatan batu kantungempedu.
	Darurat	Pembedahan harus segera dilakukan untuk menyelamatkan jiwa.	Perforasi apendiks, amputasi, traumatik, mengontrol perdarahan.
Tujuan	Diagnostik	Pembedahan untuk Pemeriksaan lebih lanjut.	Biopsi massa tumor.
	Ablatif	Pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau penyakit.	Amputasi, pengangkatan apendiks.
	Paliatif	Menghilangkan atau mengurangi gejala penyakit, tetapi tidak menyembuhkan.	Kolostomi, debridement jaringan nekrotik.
	Rekonstruktif	Mengembalikan fungsi atau penampilan jaringan yang mengalami malfungsi.	Fiksasi eksterna Fraktur perbaikan jaringan parut.
	Transplantasi	Mengganti organ atau struktur yang mengalami malfungsi.	Cangkok ginjal, <i>total hip replacement</i> .
	Konstruktif	Mengembalikan fungsi yang hilang akibat anomali kongenital.	Bibir sumbing, penutupan defek katup jantung.

Sumber : (Sjamsuhidajat, 2010)

B. Konsep ileus obstruksi

1. Pengertian ileus obstruksi

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

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

Obstruksi usus mekanis adalah suatu penyebab fisik menyumbat usus dan tidak dapat diatasi oleh peristaltik. Ileus obstruktif ini dapat akut seperti pada hernia strangulata atau kronis akibat karsinoma yang melingkari. Misalnya intususepsi, tumor polipoid dan neoplasma stenosis, obstruksi batu empedu, striktura, perlengketan, hernia dan abses (Nurarif& Kusuma, 2015).

2. Tanda dan Gejala

Menurut Mansjoer (2001), manifestasi dari Ileus Obstruksi yaitu:

- 1) Mekanik Sederhana (Usus Halus Atas)
 - a) Kolik (kram) pada abdomen pertengahan sampai ke atas
 - b) Distensi, muntah
 - c) Peningkatan bising usus
 - d) Nyeri tekan abdomen
- 2) Mekanik Sederhana (Usus Halus Bawah)
 - a) Kolik (kram) signifikan midabdomen
 - b) Distensi berat
 - c) Bising usus meningkat
 - d) Nyeri tekan abdomen
- 3) Mekanik Sederhana (Kolon)
 - a) Kram (abdomen tengah sampai bawah)
 - b) Distensi yang muncul terakhir, kemudian menjadi muntah (fekulen)
 - c) Peningkatan bising usus
 - d) Nyeri tekan abdomen
- 4) Obstruksi Mekanik Parsial
Dapat terjadi bersama granulomatosa usus pada penyakit Chron. Gejalanya kram nyeri abdomen, distensi ringan.
- 5) Strangulasi
Gejala berkembang dengan cepat, nyeri hebat, terus menerus dan

terlokalisir, distensi sedang, muntah persisten, biasanya bising usus menurun nyeri tekan terlokalisir hebat. Feses atau vomitus menjadi berwarna gelap atau berdarah atau mengandung darah samar.

3. Klasifikasi

a. Obstruksi sederhana

Obstruksi usus halus merupakan obstruksi saluran cerna tinggi, artinya disertai dengan pengeluaran banyak cairan dan elektrolit baik di dalam lumen usus bagian oral dari obstruksi, maupun oleh muntah. Gejala penyumbatan usus meliputi nyeri kram pada perut, disertai kembung. Nyeri abdomen sering dirasakan sebagai perasaan tidak enak di perut bagian atas.

b. Obstruksi disertai proses strangulasi

Gejalanya seperti obstruksi sederhana tetapi lebih nyata dan disertai dengan nyeri hebat. Hal yang perlu diperhatikan adalah adanya skar bekas operasi atau hernia. Bila dijumpai tanda-tanda strangulasi berupa nyeri iskemik dimana nyeri yang sangat hebat, menetap dan tidak menyurut, maka dilakukan tindakan operasi segera untuk mencegah terjadinya nekrosis usus.

c. Obstruksi mekanis di kolon timbul perlahan-lahan dengan nyeri akibat sumbatan biasanya terasa di epigastrium. Nyeri yang hebat dan terus menerus menunjukkan adanya iskemia atau peritonitis. Konstipasi atau obstipasi adalah gambaran umum obstruksi komplis. Bila akibat refluks isi kolon terdorong ke dalam usus halus, akan tampak gangguan pada usus halus. Pada pemeriksaan fisik akan menunjukkan distensi abdomen dan timpani, gerakan usus akan tampak pada pasien yang kurus, dan akan terdengar metallic sound pada auskultasi.

4. Etiologi

Penyebab terjadinya ileus obstruksi pada usus halus antara lain

a. Hernia inkarserata

Hernia inkarserata timbul karena usus yang masuk ke dalam kantung hernia terjepit oleh cincin hernia sehingga timbul gejala obstruksi

(penyempitan) dan strangulasi usus (sumbatan usus menyebabkan terhentinya aliran darah ke usus). (Indrayani, 2013).

b. Non hernia inkarserata, antara lain :

Menurut bambang (2015), ileus obstruksi tanpa hernia dibagi menjadi berbagai macam yaitu:

1) Adhesi atau perlekatan usus

Adhesi bisa disebabkan oleh riwayat operasi intra abdominal sebelumnya atau proses inflamasi intra abdominal. Dapat berupa perlekatan mungkin dalam bentuk tunggal maupun multiple, bisa setempat atau luas.

2) Invaginasi (intusussepsi)

Invaginasi umumnya berupa intusussepsi ileosekal yang masuk naik ke kolon ascendens dan mungkin terus sampai keluar dari rektum. Hal ini dapat mengakibatkan nekrosis iskemik pada bagian usus yang masuk dengan komplikasi perforasi dan peritonitis.

3) Askariasis

Cacing askaris hidup di usus halus bagian yeyunum, biasanya jumlahnya puluhan hingga ratusan ekor. Segmen usus yang penuh dengan cacing berisiko tinggi untuk mengalami volvulus, strangulasi, dan perforasi

4) Volvulus

Merupakan suatu keadaan di mana terjadi pemuntiran usus yang normal dari segmen usus sepanjang aksis usus sendiri, maupun pemuntiran terhadap aksis sehingga pasase (gangguan perjalanan makanan) terganggu.

5) Tumor

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

6) Batu empedu yang masuk ke ileus.

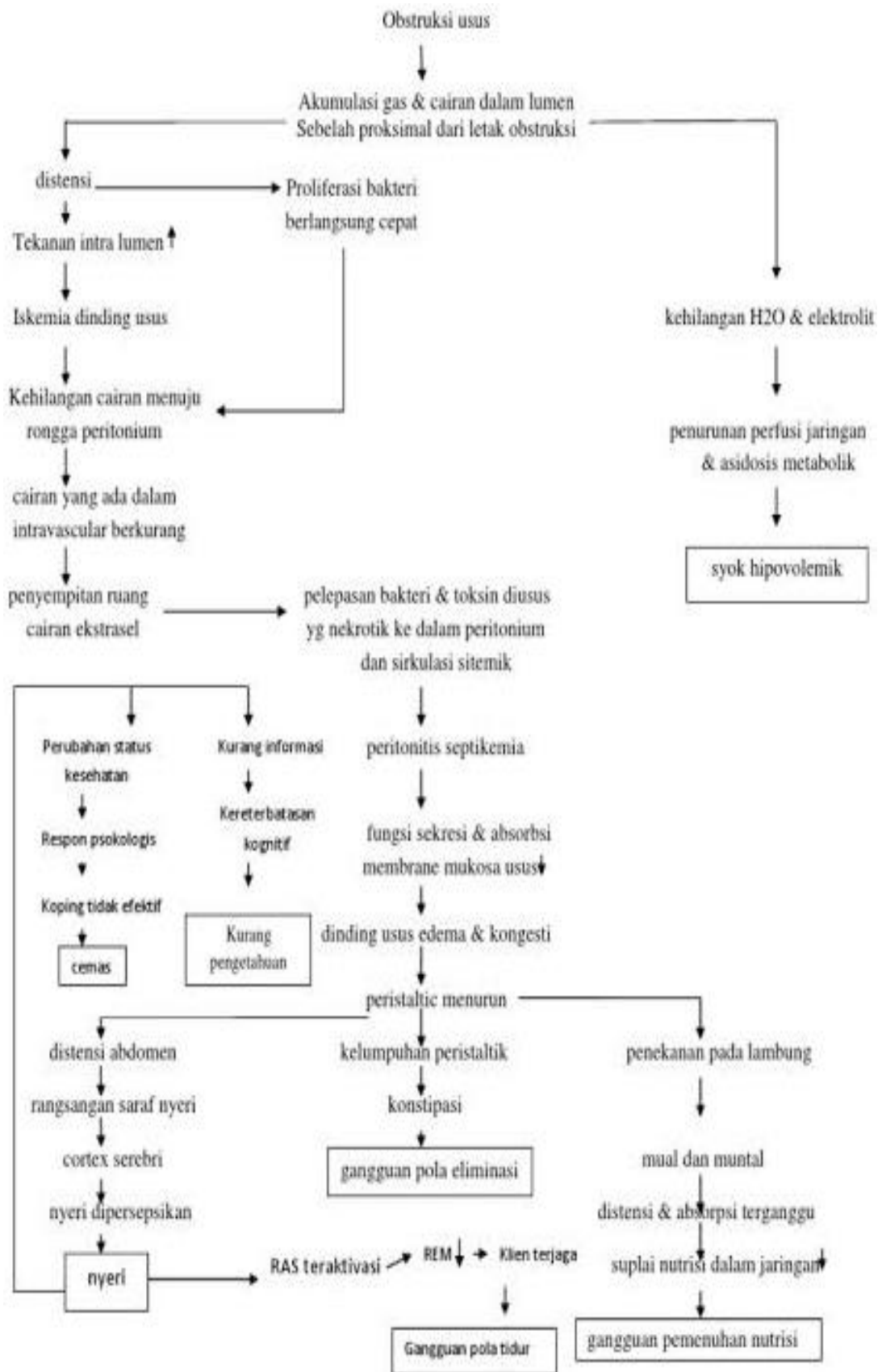
Inflamasi yang berat dari kantong empedu menyebabkan fistul dari saluran empedu keduodenum atau usus halus yang menyebabkan batu empedu masuk ke raktus gastrointestinal. Batu empedu yang besar dapat terjepit di usus halus, umumnya pada bagian ileum terminal atau katup ileocaecal yang menyebabkan obstruksi.

5. Patofisiologi

Lumen usus yang tersumbat secara progresif akan terenggang oleh cairan dan gas (70% dari gas yang tertelan) akibat penekanan intralumen menurunkan pengaliran air dan natrium dari lumen usus ke darah. Sekitar 8 liter cairan diekskresi ke dalam saluran cerna setiap hari, karena tidak adanya absorpsi mengakibatkan penimbunan intralumen dengan cepat. Muntah dan penyedotan usus setelah pengobatan merupakan sumber utama kehilangan cairan dan elektrolit. Pengaruh atas kehilangan ini adalah penciutan ruang ekstra sel yang mengakibatkan syok hipotensi. Pengaruh curah jantung, pengurangan perfusi jaringan dan asidosis metabolik. Efek lokal peregangan usus adalah iskemia akibat distensi dan peningkatan permeabilitas akibat nekrotik, disertai absorpsi toksin-toksin bakteri ke dalam rongga peritoneum dan sirkulasi sistemik. Kehilangan sodium dan ion-ion klorida menyebabkan keluarnya potassium dari sel, mengakibatkan alkalosis hipovolemik.

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), akumulasi isi usus, cairan dan gas terjadi di daerah di atas usus yang mengalami obstruksi. Distensi dan retensi cairan mengurangi absorpsi cairan dan merangsang lebih banyak sekresi cairan lambung. Dengan peningkatan distensi, tekanan darah lumen usus meningkat, menyebabkan penurunan tekanan kapiler vena dan arteriola. Pada gilirannya hal ini akan menyebabkan edema, kongesti, nekrosis, dan akhirnya ruptur atau perforasi. Muntah refluk dapat terjadi akibat distensi abdomen.

6. Pathway



(Nurarif & Kusuma, 2015).

7. Penatalaksanaan

Dasar pengobatan ileus obstruksi adalah koreksi keseimbangan elektrolit dan cairan, menghilangkan peregangan dan muntah dengan dekompresi, mengatasi peritonitis dan syok bila ada, dan menghilangkan obstruksi untuk memperbaiki kelangsungan dan fungsi usus kembali normal.

a. Resusitasi

Dalam resusitasi yang perlu diperhatikan adalah mengawasi tanda-tanda vital, dehidrasi dan syok. Pasien yang mengalami ileus obstruksi mengalami dehidrasi dan gangguan keseimbangan elektrolit sehingga perlu diberikan cairan intravena seperti ringer laktat. Respon terhadap terapi dapat dilihat dengan memonitor tanda-tanda vital dan jumlah urin yang keluar. Selain pemberian cairan intravena, diperlukan juga pemasangan nasogastric tube (NGT). NGT digunakan untuk mengosongkan lambung, mencegah aspirasi pulmonum bila muntah dan mengurangi distensi abdomen.

b. Farmakologis

Pemberian obat-obat antibiotik spektrum luas dapat diberikan sebagai profilaksis. Antiemetik dapat diberikan untuk mengurangi gejala mual muntah.

c. Operatif

Operasi dilakukan setelah rehidrasi dan dekompresi nasogastrik untuk mencegah sepsis sekunder. Operasi diawali dengan laparotomi kemudiandisusul dengan teknik bedah yang disesuaikan dengan hasil eksplorasi selama laparotomi. Berikut ini beberapa kondisi atau pertimbangan untuk dilakukan operasi jika obstruksinya berhubungan dengan suatu simple obstruksi atau adhesi, maka tindakan lisis yang dianjurkan. Jika terjadi obstruksi stangulasi maka reseksi intestinal sangat diperlukan. Pada umumnya dikenal 4 macam cara/tindakan bedah yang dilakukan pada obstruksi ileus:

- 1) Koreksi sederhana (simple correction).
- 2) Tindakan operatif by-pass.

- 3) Membuat fistula entero-cutaneus pada bagian proximal dari tempat obstruksi, misalnya pada Ca stadium lanjut.
- 4) Melakukan reseksi usus yang tersumbat dan membuat anastomosis ujung-ujung usus untuk mempertahankan kontinuitas lumenusus.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengertian Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah faktor penting dalam survival pasien dan dalam aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitatif, dan preventif perawatan kesehatan (Doenges, Marilyn E dkk, 2012).

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat melakukan praktik keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan. American Nurses Association (ANA) mengembangkan proses keperawatan menjadi lima tahap, yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

2. Manfaat Proses Keperawatan

- a. Perawat dapat merencanakan asuhan keperawatan dan membantu
- b. Mengembangkannya melalui hubungan profesional.
- c. Memberikan kepuasan bagi pasien dan perawat
- d. Memberikan kerangka kerja bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
- e. Membuat perawat mawas diri dalam keahlian dan kemampuan merawat pasien.

3. Asuhan Keperawatan Pada Pasien

Menurut Brunner and Suddarth. (2015) dalam melakukan proses keperawatan, ada lima tahap dimana tahap-tahap tersebut tidak dapat dipisahkan dan saling berhubungan. Tahap-tahap ini secara bersama-

sama membentuk lingkaran pemikiran dan tindakan yang kontinu, yang mengulangi kembali kontak dengan pasien. Tahap-tahap dalam proses keperawatan adalah sebagai berikut:

a. Pre operasi

1) Pengkajian

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: pertama, mengumpulkan data secara sistematis; kedua, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan; dan ketiga, mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali. Pengumpulan dan pengorganisasian data harus menggambarkan dua hal sebagai berikut:

- a) Status kesehatan pasien.
- b) Kekuatan pasien dan masalah kesehatan yang dialami (aktual, risiko, atau potensial).

Data dapat diperoleh dari riwayat keperawatan, keluhan utama pasien, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang atau tes diagnostik. Riwayat keperawatan misalnya: riwayat kesehatan keluarga, riwayat penyakit sekarang, dan riwayat kejadian. Pemeriksaan fisik meliputi pemeriksaan dari kepala sampai ke kaki (head to toe) melalui teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan penunjang misalnya hasil pemeriksaan Laboratorium, pemeriksaan radiologi, dan pemeriksaan biopsi.

- a) Pengkajian psikologis, meliputi perasaan takut atau cemas dan keadaan emosi pasien. Alat Ukur Kecemasan dapat diukur dengan menggunakan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut dengan HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom terhadap individu yang mengalami kecemasan.

- b) Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu maupun pemeriksaan head to toe.
- c) Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.
- d) Sistem kardiovaskuler, apakah ada gangguan pada sistem cardio, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung atau tidak, kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedema, irama dan frekuensi jantung.
- e) Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur dan batu secara tiba-tiba di kamar operasi
- f) Sistem gastrointestinal
 - Inspeksi:
Mengkaji tingkat kesadaran, perhatikan ada tidaknya benjolan, awasi tanda infeksi (merah, bengkak, panas, nyeri, berubah bentuk).
 - Auskultasi:
Bising usus jumlahnya melebihi batas normal >12 karena ada mual dan pasien tidak nafsu makan, bunyi nafas vesikuler, bunyi jantung sonor.
 - Perkusi:
Kembung pada daerah perut, terjadi distensi abdomen.
 - Palpasi:
Turgor kulit elastis, palpasi daerah benjolan biasanya terdapat nyeri. Sistem reproduksi, apakah pasien wanita mengalami menstruasi atau tidak. Sistem saraf, bagaimana kesadaran pasien. Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, lavement. Kapter, perhiasan, make up, scheren, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien memiliki alergi obat atau tidak.

2) Diagnosis

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya. Diagnosis yang sering muncul pada fase pre operasi menurut SDKI (2018) adalah sebagai berikut:

a) DX I: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

(1) Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

(2) DS dan DO yang mendukung:

DS:

- Mengeluh nyeri

DO:

- Tampak menangis
- Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur
- Tekanan darah meningkat

(3) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- Keluhan nyeri menurun
- Menangis menurun

- Sikap protektif menurun
- Frekuensi nadi membaik
- Tekanan darah membaik

(4) Intervensi:

Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal

Terapeutik

- Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (misalnya terapi musik, kompres hangat, terapi pijat, aroma terapi, dan teknik imajinasi terbimbing).
- Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan).

Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi mengurangi nyeri
- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
- Kolaborasi pemberian analgetik,

b) DX II : Konstipasi berhubungan dengan

(1) Definisi : Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak

(2) DS dan DO yang mendukung:

DS :

- Defekasi kurang dari 2 kali seminggu
- Pengeluaran feses lama dan sulit
- Mengejan saat defekasi

DO :

- Feses keras
- Peristaltik usus menurun
- Kelemahan umum
- Teraba massa pada rektal

(3) Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik.

(4) Intervensi

Observasi

- Periksa tanda dan gejala
- Periksa pergerakan usus

Edukasi

- Jelaskan etilogi masah dan alasan tindakan operasi
- Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi

Terapeutik

- Anjurkan diet tinggi serat

c) DX III : defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

(1) Definisi:

Keadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

(2) DS dan DO yang mendukung:

DS:

- Menanyakan masalah yang dihadapi

DO:

- Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
- Menjalani pemeriksaan tidak tepat

- Menunjukkan perilaku berlebih (misalnya apatis, bermusuhan, agitasi, histeris).

(3) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil:

- Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- Perilaku membaik

(4) Intervensi:

Observasi

- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan

b. Intra operasi

Hal-hal yang dikaji selama dilaksanakannya operasi bagi pasien yang diberi anaestesi total adalah yang bersifat fisik saja, sedangkan pada pasien yang diberi anaestesi lokal ditambah dengan pengkajian psikososial. Secara garis besar yang perlu dikaji adalah :

- 1) Pengkajian mental, bila pasien diberi anaestesi lokal dan pasien masih sadar atau terjaga maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan kepadanya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas atau takut menghadapi prosedur tersebut.

- 2) Pengkajian fisik, tanda-tanda vital (bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut kepada ahli bedah).
- 3) Transfusi dan infuse, monitor flabot sudah habis apa belum.
- 4) Pengeluaran urin, normalnya pasien akan mengeluarkan urin sebanyak 1 cc/kg BB/jam.
- 5) Diagnosis

Diagnosis keperawatan pada fase intra operasi yang sering muncul menurut SDKI (2018) adalah sebagai berikut :

- a) DX I: Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

(1) Definisi:

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

(2) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil:

- Kelembapan membran mukosa meningkat
- Kelembapan kulit meningkat
- Perdarahan menurun
- Tekanan darah membaik

(3) Intervensi:

Observasi

- Monitor tanda dan gejala perdarahan
- Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah
- Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- Monitor output dan input cairan selama pembedahan

Terapeutik

- Posisikan pasien sesuai dengan indikasi

pembedahan

- Lindungi sekitar kulit dan anatomi yang sesuai menggunakan kasa
- Pastikan keamanan alat-alat yang digunakan selamaprosedur operasi

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu
- Kolaborasi pemberian produk darah,

b) DX II : Risiko hipotermi berhubungan dengan suhu lingkungan rendah

(1) Definisi:

Berisiko mengalami kegagalan termoregulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada di bawah rentang normal.

(2) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:

- Menggigil menurun
- Pucat menurun
- Suhu tubuh membaik
- Suhu kulit membaik
- Pengisian kapiler membaik

(3) Intervensi:

Observasi

- Monitor suhu tubuh
- Identifikasi penyebab hipotermia, (Misalnya terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- Monitor tanda dan gejala hipotermia

Terapeutik

- Sediakan lingkungan yang hangat (misalnya mengatur suhu ruangan)
 - Ganti pakaian atau linen yang basah
 - Lakukan penghangatan pasif (misalnya selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
 - Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misalnya kompres hangat, botol hangat, selimut hangat elektrik, metode kangguru)
 - Lakukan penghangatan aktif internal (misalnya infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)
- c) DX III : Risiko cedera berhubungan dengan prosedur pembedahan
- (1) Definisi:
- Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.
- (2) Tujuan:
- Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil:
- Kejadian cedera menurun
 - Tekanan darah membaik
 - Frekuensi nadi membaik
 - Frekuensi napas membaiki
- (3) Intervensi:
- Obervasi
- Lakukan pengecekan daerah penekanan pada tubuh pasien selama operasi
 - Lakukan pengecekan integritas kulit
- Terapeutik
- Pastikan posisi pasien sesuai dengan indikasi pembedahan

- Hitung jumlah kasa, jarum, bisturi, depper, dan hitung instrumen bedah
- Lakukan time out
- Lakukan sign out

c. Post Operasi

1) Pengkajian

Pengkajian post operasi dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal saat menerima pasien, pengkajian status respirasi, status sirkulasi, status neurologis dan respon nyeri, status integritas kulit dan status genitourinarius.

a) Pengkajian awal

Pengkajian awal post operasi adalah sebagai berikut:

- (1) Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
- (2) Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital
- (3) Anastesi dan medikasi lain yang digunakan
- (4) Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin mempengaruhi perawatan pasca operasi
- (5) Patologi yang dihadapi
- (6) Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian
- (7) Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukung lainnya

b) Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu

2) Status respirasi

a) Kontrol pernafasan

- (1) Obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernapasan
- (2) Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernapasan, kesemitrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan karena membran mukosa

- b) Kepatenan jalan nafas
 - (1) Jalan nafas oral atau oral airway masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dengan kecepatan normal
 - (2) Salah satu khawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat aspirasi muntah, okumulasi sekresi, mukosa di faring, atau bengkaknya spasme faring
- c) Status Sirkulasi
 - (1) Pasien beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah secara aktual atau resiko dari tempat pembedahan, efek samping anastesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan depresi mekanisme regulasi sirkulasi normal.
 - (2) Pengkajian kecepatan denyut dan irama jantung yang teliti serta pengkajian tekanan darah menunjukkan status kardiovaskuler pasien.
 - (3) Perawat membandingkan TTV pra operasi dan post operasi
- d) Status Neurologi
 - (1) Perawat mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan cara memanggil namanya dengan suara sedang
 - (2) Mengkaji respon nyeri
- e) Muskuloskeletal

Kaji kondisi organ pada area yang rentan mengalami cedera posisi post operasi

3) Diagnosis

Diagnosis yang sering muncul pada fase post operasi menurut SDKI (2018) adalah sebagai berikut :

- a) DX I: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik
 - (1) Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional

dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

(2) DS dan DO yang mendukung:

DS:

- Mengeluh nyeri

DO:

- Tampak menangis
- Bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur
- Tekanan darah meningkat

(3) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- Keluhan nyeri menurun
- Menangis menurun
- Sikap protektif menurun
- Frekuensi nadi membaik
- Tekanan darah membaik

(4) Intervensi:

Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal

Terapeutik

- Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (misalnya terapi musik, kompres hangat, terapi pijat, aromaterapi, dan teknik imajinasi

terbimbing).

- Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan).
- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi mengurangi nyeri
- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
- Kolaborasi pemberian analgetik,

b) DX II: Risiko hipotermi perioperatif berhubungan dengan pasca operasi

(1) Definisi:

Berisiko mengalami penurunan suhu tubuh di bawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.

(2) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:

- Menggigil menurun
- Pucat menurun
- Suhu tubuh membaik
- Suhu kulit membaik
- Pengisian kapiler membaik

(3) Intervensi:

- Monitor suhu tubuh
- Identifikasi penyebab hipotermia (misalnya terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi
- Sediakan lingkungan yang hangat (misalnya

mengatur suhu ruangan)

- Lakukan penghangatan pasif (misalnya selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- Lakukan penghangatan aktif eksternal (misalnya kompres hangat, botol hangat, selimut hangat elektrik, metode kangguru)
- Lakukan penghangatan aktif internal (misalnya infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

c) DX III: Risiko Jatuh berhubungan dengan kondisi pasca operasi

(1) Definisi

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

(2) Tujuan:

Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:

- Jatuh menurun
- Frekuensi nadi membaik
- Frekuensi tekanan darah membaik

(3) Intervensi:

- Identifikasi faktor risiko jatuh (misalnya kondisi pasca pembedahan)
- Hitung risiko jatuh menggunakan skala (misalnya Fall Morse Scale, Humty Dumty Scale)
- Pastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci
- Pasang handrail tempat tidur
- Atur tempat tidur mekanis dalam kondisi terendah
- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan perawat
- Anjurkan keluarga untuk menemani

d. Implementasi

Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada tahap ini yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier, 2011). Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan manifestasi coping.

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan (Potter & Perry, 2010). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah di kumpulkan dan kesesuaian perilaku yang di observasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2008).

D. Jurnal Terkait

Jurnal Alfi, dkk (2020) yang berjudul Angka Kejadian Ileus Obstruktif Pada Pemeriksaan BNO 3 Posisi Di RSUD Abdul Moeloek didapatkan hasil diketahui distribusi frekuensi usia pasien ileus obstruktif melalui pemeriksaan BNO 3 posisi paling banyak rentan usia > 65 tahun sebanyak 30,0% dengan jenis kelamin paling banyak pada responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 63,7% serta letak ileus obstruktif paling banyak pada ileus obstruksi letak tinggi sebanyak 73,3%. Angka kejadian ileus obstruksi pada pemeriksaan BNO paling banyak pada usia > 65 tahun dengan jenis kelamin laki-laki serta letak ileus obstruksi letak tinggi.

Yanti Holijah (2018), dengan judul “Analisa Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Post Laparatomi atas Indikasi Ileus Obstruktif Imobilisasi dengan

Intervensi Inovasi Terapi Massage Punggung VCO terhadap Penurunan Resiko Ulkus Decubitus di Ruang ICU RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2018” didapatkan hasil Pada analisis praktik klinik keperawatan pada Bapak. A dengan post operasi Laparatomi dengan indikasi Ileus Obstuktif di Ruang ICU RSUD AWS Samarinda yang dilakukan oleh penulis didapatkan data subyektif dan obyektif yang mengarah pada masalah keperawatan yaitu 1) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan nyeri dan distensi abdomen. 2) Nyeri akut berhubungan dengan Agen injury fisik (Post.Op laparotomy). 3) Konstipasi berhubungan dengan kelemahan peristaltic. 4) Intoleran aktivitas berhubungan dengan imobilisasi. 5) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (imobilitas fisik). 6) Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer.