

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Konsep Keperawatan 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 invasif (AORN, 2013). Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. dengan demikian, ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperatif (Muttaqin & Sari, 2011).

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “Perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pembedahan yaitu : fase pre operatif, intra operatif, dan post operatif (HIPKABI, 2014).

2. Etiologi

Pembedahan dilakukan untuk berbagai alasan (Brunner & Suddarth, 2002) seperti :

- a. Diagnostik, seperti dilakukan biopsi atau laparotomi eksplorasi
- b. Kuratif, seperti ketika mengeksisi masa tumor atau mengangkat apendiks yang inflamasi
- c. Reparatif, seperti memperbaiki luka yang multipek
- d. Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah
- e. Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan

3. Pre operatif

Kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien yaitu (HIPKABI, 2014) :

a. 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.

b. 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

c. Faktor resiko terhadap pembedahan

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

d. 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 (*Electrocardiogram*) ECG, dan lain-lain.

e. Pemeriksaan status anastesi

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

f. *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 anastesi).

g. Persiapan mental/psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis (Barbara & Billie, 2006) dalam (HIPKABI, 2014).

4. Intra operatif

a. Persiapan pasien dimeja operasi

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

b. 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 (HIPKABI, 2014).

c. Fungsi keperawatan intra operatif

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 (HIPKABI, 2014).

d. Aktivitas keperawatan secara umum

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif

meliputi *safety management*, monitor fisiologis, monitor psikologis, pengaturan dan koordinasi *Nursing Care*.

5. Post operatif

Tahapan keperawatan post operatif meliputi Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (*recovery room*), perawatan post anestesi di ruang pemulihan (*recovery room*), transportasi pasien keruang rawat, perawatan di ruang rawat (HIPKABI, 2014).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pre Operasi

a. Pengkajian Focus Keperawatan Pre Operasi

Arif muttaqin (2014: 122), menyatakan bahwa untuk mengkaji klien dengan post operasi laparatomy ileus obstruktif di perlukan data data sebagai berikut:

- 1) Identitas klien yaitu nama, umur, jenis kelamin, agama, suku atau bangsa, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian
- 2) Riwayat keehatan atau perawatan meliputi :
 - a) Keluhan utama/alasan masuk rumah sakit . Biasanya klien datang karena ada masalah dibagian sistem pencernaannya
 - b) Riwayat kesehatan sekarang sering untuk meminta pertolongan kesehatan adalah nyeri pada bagian abdomen.
 - c) Riwayat kesehatan keluarga, Apakah ada riwayat penyakit degeneratif dalam keluarga

Pada pengkajian diruang prabedah, perawat melakukan pengkajian ringkas mengenai kondisi fisik pasien dan kelengkapan yang berhubungan dengan pembedahan. Pengkajian ringkas tersebut adalah sbb :

- 1) Validasi : perawat melakukan konfirmasi kebenaran identitas pasien sebagai data dasar untuk mencocokkan prosedur jenis

pembedahan yang akan dilakukan

- 2) Kelengkapan administrasi : Status rekam medik, data-data penunjang (Laboratorium, dan Radiologi) serta kelengkapan *informed consent*.
- 3) Tingkat kecemasan dan pengetahuan pembedahan
- 4) Pemeriksaan fisik terutama tanda-tanda vital dan kondisi masa pada abdomen

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang sering muncul pada pre operasi (SDKI, 2018) adalah :

1. Ansietas b.d Krisis Situasional
2. Nyeri akut b.d agen pencidera fisiologis
3. Defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi

c. Rencana Keperawatan

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa diatas adalah :

1. Ansietas Berhubungan Dengan Krisis Situasional

Rencana Intervensi Menurut SIKI (PPNI, 2018):

Observasi:

- 1) Identifikasi Saat Tingkat Ansietas Berubah (Mis. Kondisi, Waktu, Stresor)
- 2) Identifikasi Kemampuan Mengambil Keputusan
- 3) Monitor Tanda-Tanda Ansietas (Verbal Dan Nonverbal)

Terapeutik:

- 1) Ciptakan Suasana Terapeutik Untuk Menumbuhkan Kepercayaan
- 2) Temani Pasien Untuk Mengurangi Kecemasan
- 3) Pahami Situasi Yang Membuat Ansietas Dengarkan Dengan Penuh Perhatian
- 4) Gunakan Pendekatan Yang Tenang Dan Meyekinkan

- 5) Tempatkan Barang Pribadi Yang Memberikan Kenyamanan
- 6) Motivasi Mengidentifikasi Situasi Yang Memicu Kecemasan
- 7) Diskusikan Perencanaan Realistis Tentang Peristiwa Yang Akan Datang

Edukasi:

- 1) Jelaskan Prosedur, Termasuk Sensasi Yang Mungkin Dialami
- 2) Informasikan Secara Faktual Mengenai Diagnosis, Pengobatan, Dan Prognosis
- 3) Anjurkan Keluarga Untuk Tetap Bersama Pasien
- 4) Anjurkan Melakukan Kegiatan Yang Tidak Kompetitif
- 5) Anjurkan Mengungkapkan Perasaan Dan Persepsi
- 6) Latih Kegiatan Pengalihan Untuk Mengurangi Ketegangan
- 7) Latih Penggunaan Mekanisme Pertahanan Diri Yang Tepat
- 8) Latih Teknik Relaksasi

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi Pemberian Obat Anti Ansietas

2. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis

Rencana Intervensi Dalam (SIKI, 2018):

Observasi

1. Identifikasi Lokasi, Karakteristik, Durasi, Frekuensi, Kualitas, Intensitas Nyeri
2. Identifikasi Skala Nyeri
3. Identifikasi Respon Nyeri Nonverbal
4. Identifikasi Faktor Yang Memperberat Dan Memperingan Nyeri
5. Identifikasi Pengetahuan Dan Keyakinan Tentang Nyeri
6. Identifikasi Pengaruh Budaya Terhadap Respon Nyeri
7. Identifikasi Pengaruh Nyeri Pada Kualitas Hidup

8. Monitor Keberhasilan Terapi Komplementer Yang Sudah Diberikan
9. Monitor Efek Samping Penggunaan Analgetik

Terapeutik

1. Berikan Teknik Nonfarmakologis Untuk Mengurangi Rasa Nyeri (Mis. TENS, Hipnosis, Akupresure, Terapi Musik, Biofeedback, Terapi Pijat, Aromaterapi, Teknik Imajinasi Terbimbing, Kompres Hangat Atau Dingin, Terapi Bermain)
2. Kontrol Lingkungan Yang Memperberat Rasa Nyeri (Mis. Suhu Ruangan, Pencahayaan, Kebisingan)
3. Fasilitasi Istirahat Dan Tidur
4. Pertimbangkan Jenis Dan Sumber Nyeri Dalam Pemilihan Strategi Meredakan Nyeri

Edukasi

1. Jelaskan Penyebab, Periode, Dan Pemicu Nyeri
2. Jelaskan Strategi Meredakan Nyeri
3. Anjurkan Memonitor Nyeri Secara Mandiri
4. Anjurkan Menggunakan Analgetik Secara Tepat
5. Ajarkan Teknik Nonfarmakologis Untuk Mengurangi Rasa Nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasi Pemberian Analgetik
3. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

Rencana Intervensi Dalam (SIKI, 2018):

Observasi :

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Teraupetik :

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 3) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi :

- 1) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 2) Ajarkan perilaku hidup dan sehat
- 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

2. Intra Operasi

a. Pengkajian Focus Keperawatan Intra Operasi

Pengkajian intraoperatif bedah digestif secara ringkas mengkaji hal- hal yang berhubungan dengan pembedahan . Diantaranya adalah validasi identitas dan prosedur jenis pembedahan yang akan dilakukan, serta konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi . (Muttaqin , 2009)

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang lazim adalah sebagai berikut :

1. Risiko perdarahan b.d tindakan pembedahan
2. Risiko cedera b.d tindakan pembedahan (SDKI, 2018)

c. Rencana Keperawatan

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah :

1. Resiko Perdarahan b.d Tindakan Pembedahan

Observasi :

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- 2) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah

kehilangan darah

- 3) Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- 4) Monitor koagulasi

Teraupetik :

- 1) Pertahankan bedrest selama perdarahan
- 2) Batasi tindakan invasif, *jika perlu*
- 3) Gunakan kasur pencegah dekubitus
- 4) Hindari pengukuran suhu rectal

Edukasi :

- 1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- 2) Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- 3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi
- 4) Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- 6) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*
- 2) Kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu*
- 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, *jika perlu*

2. Resiko Cidera b.d dengan tindakan pembedahan

Observasi:

1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera
2. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera
3. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah

Terapeutik

1. Sediakan pencahayaan yang memadai
2. Gunakan lampu tidur selama jam tidur
3. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (penggunaan tempat tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi)
4. Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cedera serius
5. Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau
6. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau
7. Pertahankan posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan
8. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci
9. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan
10. Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur
11. Diskusikan mengenal latihan dan terapi fisik yang diperlukan
12. Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai
13. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien

Edukasi

1. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga
2. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri.

3. Post Operasi

a. Pengkajian Focus Keperawatan Post Operasi

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.

1) Pengkajian Awal

Pengkajian awal post operasi adalah sebagai berikut

- a. Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
- b. Usia dan kondisi umum pasien, kepatenan jalan nafas, tanda-tanda vital
- c. Anastesi dan medikasi lain yang digunakan
- d. Segala masalah yang terjadi dalam ruang operasi yang mungkin memengaruhi perawatan pasca operasi
- e. Patologi yang dihadapi
- f. Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian
- g. Segala selang, drain, kateter, atau alat pendukung lainnya
- h. Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anastesi yang akan diberitahu

2) Status Respirasi

- a. Kontrol pernafasan
 - Obat anastesi tertentu dapat menyebabkan depresi pernafasan
 - Perawat mengkaji frekuensi, irama, kedalaman ventilasi pernafasan, kesemitrisan gerakan dinding dada, bunyi nafas, dan arna membran mukosa
- b. Kepatenan jalan nafas
 - Jalan nafas oral atau oral airway masih dipasang untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas sampai tercapai pernafasan yang nyaman dengan kecepatan normal
 - Salah satu khawatiran terbesar perawat adalah obstruksi jalan nafas akibat aspirasi muntah, okumulasi sekresi, mukosa di faring, atau bengkaknya spasme faring

c. Status Sirkulasi

- Pasien beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler akibat kehilangan darah secara aktual atau resiko dari tempat pembedahan, efek samping anastesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan defresi mekanisme regulasi sirkulasi normal.
- Pengkajian kecepatan denyut dan irama jantung yang teliti serta pengkajian tekanan darah menunjukkan status kardiovaskuler pasien.
- Perawat membandingkan TTV pra operasi dan post operasi
- Status Neurologi
Perawat mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan cara memanggil namanya dengan suara sedang, dan mengkaji respon nyeri

3) Muskuloskeletal

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

b. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2018) :

1. Resiko Hipotermi b.d Suhu lingkungan rendah
2. Bersihan jalan napas b.d menurunnya reflek batuk, peningkatan produksi sputum

c. Rencana Keperawatan

Menurut SIKI (2018) Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 2 diagnosa diatas adalah :

1. Resiko hipotermi b.d suhu lingkungan rendah

Observasi :

- 1) Monitor suhu tubuh

- 2) Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
- 3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi

Teraupetik :

- 1) Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan)
- 2) Lakukan penghangatan pasif (Misal : Selimut, menutup kepala, pakaian tebal)
- 3) Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru)
- 4) Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

2. Bersihkan jalan napas b.d menurunnya reflek batuk, peningkatan produksi sputum

Observasi

- 1) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)
- 2) Monitor bunyi nafas tambahan (misal *gurgling*, mengi, *wheezing*, *ronkhi* kering)
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik

- 1) Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan *head tilt dan chin lift*
- 2) Posisikan semi-fowler atau fowler
- 3) Berikan minuman hangat
- 4) Lakukan fisioterapi dada
- 5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- 6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- 7) Berikan oksigen

Edukasi

- 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari
- 2) Ajarkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

C. Tinjauan Teori Laparatomi

1. Pengertian Laparatomi

Laparatomi adalah pembedahan perut sampai membuka selaput perut. Laparatomi termasuk salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan- lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah pendarahan, perforasi, kanker, dan obstruksi (Muttaqin & Sari, 2011).

2. Tujuan Tindakan Laparatomi

Menurut (Smeltzer, S. C., 2014), prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen. Laparatomi eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan.

3. Jenis Sayatan Laparatomi

Menurut Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012), ada 4 cara yaitu:

1. *Midline incision*
2. *Paramedian*, yaitu ; sedikit ke tepi dari garis tengah \pm 2,5 cm), Panjang (12,5cm)
3. *Transverse upper abdomen incision*, yaitu insisi di bagian atas, misalnya pembedahan *colectomy* dan *splenectomy*.
4. *Transverse lower abdomen incision*, yaitu : insisi melintang di bagian bawah \pm 4 cm di atas anterior spinal iliaka, misalnya pada operasi apendektomi.

4. Indikasi Laparatomi

Adapun indikasi dilakukannya laparatomi diantaranya (Muttaqin & Sari, 2011), yaitu :

1. Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / ruptur hepar
2. Peritonitis
3. Perdarahan saluran pencernaan (*Internal Bleeding*)
4. Sumbatan pada usus halus dan usus besar
5. Masa pada abdomen

5. Penatalaksanaan Laparatomi

Tindakan farmakologi dan nonfarmakologi (Muttaqin & Sari, 2011):

a. Farmakologi :

Bila kesakitan, berikan analgetik narkotik, antiseptik 50mg maksimal 4 kali dalam 24 jam.

b. Non farmakologi :

- Tirah baring total 24 jam, kemudian mobilisasi secara bertahap.
- Kontrol tensi, nadi tiap 15 menit, suhu tiap 30 menit bila stabil tiap 4 jam.
- Selama 13-24 jam pertama, pemasukan makanan per oral distop. Kemudian secara bertahap diberikan makanan cair hingga padat sesuai keadaan penderita.

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Muttaqin & Sari 2011) yaitu :

- a. Pemeriksaan rektum : adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar ; kuldosentesi, kemungkinan adanya darah dalam lambung ; dan kateterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.
- b. Laboratorium : hemoglobin, hematokrit, leukosit dan analisis urine.
- c. Radiologi : bila diindikasikan untuk melakukan laparatomi.

- d. *intravenous pyelogram* (IVP) /sistogram : hanya dilakukan bila ada kecurigaan terhadap trauma saluran kencing.
- e. Parasentesis perut : tindakan ini dilakukan pada trauma tumpul perut yang diragukan adanya kelainan dalam rongga perut atau trauma tumpul perut yang disertai dengan trauma kepala yang berat, dilakukan dengan menggunakan jarum pungsi no 18 atau 20 yang ditusukkan melalui dinding perut didaerah kuadran bawah atau digaris tengah dibawah pusat dengan menggosokkan buli-buli terlebih dahulu.
- f. Lavase peritoneal : pungsi dan aspirasi/bilasan rongga perut dengan memasukkan cairan garam fisiologis melalui kanula yang dimasukkan kedalam rongga peritoneum.

D. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian Ileus

Ileus atau obstruksi usus adalah suatu gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran isi usus. Obstruksi usus dapat akut dengan kronik, pasrtial atau total. Intestinal *Obstruktion* terjadi ketika usus tidak dapat melewati saluran gastrointestinal. Hal ini dapat terjadi dikarenakan kelainan didalam lumen usus,dinding usus atau benda asing diluar usus yang menekan,serta kelainan vaskularisasi pada suatu segmen usus yang dapat menyebabkan nekrosis segmen usus (Nuarif & Kusuma, 2015).

Ileus adalah gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran usus. Obstruksi usus dapat akut dengan kronik, partial atau total. Obstruktif usus biasanya mengenai kolon sebagai akibat karsinoma dan perkembangannya lambat. Sebagian dasar dari obstruktif justru mengenai usus halus. Obstruksi total usus halus merupakan keadaan gawat yang memerlukan diagnosis dini dan tindakan pembedahan darurat bila penderita ingin tetap hidup (Nanda Nic-Noc, 2015). Ada dua tipe obstrusi, yaitu :

1. Mekanis (Ileus)

Suatu penyebab fisik menyambut usus dan tidak dapat diatasi oleh peristaltik. Ileus obstruktif ini dapat akut seperti pada hernia strangulate atau kronis akibat karsinoma yang melingkari. Misalnya, intusepsi, tumor polipoid dan neoplasma stenosis, obstruksi batu empedu, striktura, perlengketan, hernia dan abses.

2. Neurogenik/Fungsional (Ileus Paralitik)

Keasaan dimana usus gagal/tidak mampu melakukan kontraksi peristaltic untuk menyalurkan isinya. Ileus paralitik ini bukan suatu penyakit primer usus melainkan akibat dari berbagai penyakit primer, tindakan operasi yang berhubungan dengan rongga perut, toksin dan obat-obatan yang dapat mempengaruhi kontraksi otot polos usus.

2. Etiologi

Menurut Nuarif & Kusuma (2015) etiologi dari ileus adalah sebagai berikut:

1. Perlengketan

Lengkung usus menjadi lengket pada area yang sembuh secara lambat atau pada jaringan parut setelah pembedahan abdomen.

2. Intusepsi

Salah satu bagian dari usus menyusup ke dalam bagian lain yang dibawahnya akibat penyempitan lumen usus. Paling sering terjadi pada anak-anak dimana kelenjar limfe mendorong dinding ileum ke dalam dan terpijat disepanjang bagian usus tersebut (ileocaecal) lewat cecum ke dalam usus besar (kolon) dan bahkan sampai sejauh rectu, dan anus.

3. Volvulus

Usus besar yang mempunyai mesocolon dapat terpuntir sendiri engan demikian menimbulkan penyumbatan dengan menutupnya gulungan usus yang terjadi amat distensi.

4. Hernia

Protrusi usus melalui area yang lemah dalam usus atau dinding dan otot abdomen.

5. Tumor

Tumor yang ada didalam dinding usus meluas kelumen usus atau tumor diluar usus menyebabkan tekanan pada dinding usus.

6. Kelainan congenital

Kondisi medis yang biasanya diturunkan pada saat atau sebelum kelahiran.

3. Manifestasi Klinis

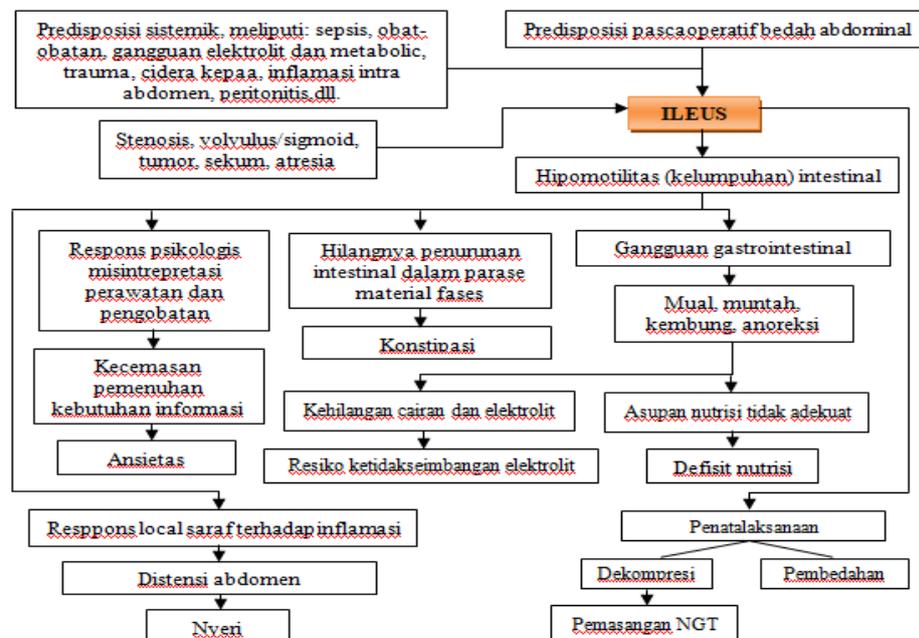
Menurut Nanda Nuarif & Kusuma (2015), Manifestasi atau tanda dan gejala dari ileus adalah sebagai berikut:

- a. Distensi abdomen
- b. Muntah
- c. Nyeri abdomen
- d. Kegagalan buang air besar atau gas (Konstipasi)
- e. Bising usus tenang atau tidak ada secara klasik dapat ditemukan tetapi temuan yang tidak konsisten
- f. Foto polos memperhatikan loop usus halus yang berdilatasi dengan batas udara-cairan

4. Patofisiologi

Semua peristiwa patofisiologik yang terjadi setelah obstruksi usus adalah sama, tanpa memandang apakah obstruksi tersebut diakibatkan oleh penyebab mekanik atau non mekanik. Perbedaan utama adalah pada obstruksi mekanik peristaltic mula-mula diperkuat, kemudian intermiten, dan akhirnya hilang. Sekitar 6-8 liter cairan dieksresikan kedalam saluran cerna setiap hari. Sebagian besar cairan di absorbs sebelum mendekati kolon. Perubahan patofisiologis utama pada obstruksi usus adalah adanya lumen usus yang tersumbat, ini menjadi tempat perkembangan bakteri

sehingga terjadi akumulasi gas dan cairan (70% dari gas yang tertelan). Akumulasi gas dan cairan dapat terjadi di bagian proksimal atau distal usus. Apabila akumulasi terjadi di daerah distal mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan intra abdomen dan intra lumen. Hal dapat meningkatkan terjadinya peningkatan permeabilitas kapiler dan ekstrasvasi air dan elektrolit di peritoneal. Dengan peningkatan permeabilitas dan ekstrasvasi menimbulkan retensi cairan di usus dan rongga peritoneum mengakibatkan terjadi penurunan sirkulasi dan volume darah. Akumulasi gas dan cairan di bagian proksimal mengakibatkan kolapsnya usus sehingga terjadi distensi abdomen. Terjadi penekanan pada vena mesentrika yang mengakibatkan kegagalan oksigenasi dinding usus sehingga aliran darah ke usus menurun, terjadilah iskemi dan kematian nekrotik usus. Pada usus yang mengalami nekrotik terjadi peningkatan permeabilitas kapiler dan pelepasan bakteri dan toksin. Sehingga terjadi perforasi. Dengan adanya perforasi akan menyebabkan bakteri akan masuk kedalam sirkulasi sehingga terjadi sepsis dan peritonitis (Brunner & Suddart, 2014).



Gambar 2.1
 Pathway Ileus
 Sumber: (Nic-Noc, 2015)

5. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada ileus obstruktis menurut Hasdianah & Suprpto (2014), sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan laboratorium tidak mempunyai ciri-ciri khusus pada urinalisa, berat jenis bisa meningkat dan ketonuria yang menunjukkan adanya dehidrasi dan asidosis metabolic. Leukosit normal atau sedikit meningkat, jika sudah tinggi kemungkinan sudah terjadi peritonitis, kimia darah sering adanya gangguan elektrolit.
- b. Pemeriksaan sinar X : otot polos, menunjukkan kuantitas abnormal dari gas dan cairan dalam usus dan menunjukkan adanya udara di diafragma dan terjadi perforasi usus.
- c. Enema barium : diindikasikan untuk di invaginasi
- d. Endoskopi abdomen : di indikasikan bila dicurigai adanya volvulus

Pemeriksaan penunjang Menurut Nanda Nic-Noc (2015), dari ileus adalah sebagai berikut:

- a. Leukosit darah, kadar elektrolit, ureum, glukosa darah, amylase
- b. Foto polos abdomen atau foto abdomen dengan menggunakan kontras
- c. Pemeriksaan fases
- d. Proktoskopi
- e. Enema barium dan kolonoskopi
- f. Menometri dan elektromiografi

6. Penatalaksanaan

- a. Ileus obstruktif

Tujuan utama penatalaksanaan adalah dekompresi bagian yang mengalami obstruksi untuk mencegah perforasi. Tindakan operasi biasanya selalu diperlukan. Menghilangkan penyebab obstruksi adalah tujuan kedua. Kadang-kadang suatu penyumbatan sembuh dengan sendiri tanpa pengobatan, terutama jika disebabkan oleh

perlengkengan. Penderita penyumbatan usus harus dirawat dirumah sakit (Nanda Nic-Noc, 2015).

1) Persiapan

Pipa lambung harus dipasang untuk mengurangi muntah, mencegah aspirasi, dan mengurangi distensi abdomen (Dekompresi). Pasien dipuasakan, kemudian dilakukan juga resusitasi cairan dan elektrolit untuk perbaikan keadaan umum. Setelah keadaan optimum tercapai barulah dilakukan laparotomi. Pada obstruksi partial atau karsinomatis abdomen ditangani dengan pemantauan dan konservatif.

2) Operasi

Operasi dapat dilakukan bila sudah tercapai rehidrasi dan organ-organ vital berfungsi dengan baik. Tetapi yang paling sering dilakukan adalah pembedahan sesegera mungkin. Tindakan bedah dilakukan bila ada strangulasi, obstruksi lengkap, hernia inskarserata. Tidak ada perbaikan dengan pengobatan konservatif (dengan pemasangan NGT, infuse, oksigen dan kateter).

3) Pasca bedah

Pengobatan pasca bedah sangat penting terutama dalam hal cairan dan elektrolit. Kita harus mencegah terjadinya gagal ginjal dan harus memberikan kalori yang cukup. Perlu diingat bahwa pasca bedah usus pasien masih dalam keadaan paralitik.

b. Ileus Paralitik

Pengelolaan ileus paralitik bersifat konservatif dan suportif. Tindakannya berupa dekompresi, hingga keseimbangan cairan dan elektrolit, mengobati kausa atau penyakit primer dan pemberian nutrisi adekuat. Beberapa obat-obatan jenis penyekat simpatik (simpatolitik) atau obat parasimpatomimetik pernah dicoba, ternyata hasilnya tidak konsisten.

Untuk dekompresi dilakukan pemasangan pipa nasogastrik, pemberian cairan, koreksi gangguan elektrolit dan nutrisi parenteral hendaknya diberikan sesuai dengan kebutuhan dan prinsip pemberian nutrisi parenteral. Beberapa obat yang dapat dicoba yaitu metoklopramid bermanfaat untuk gastroparesis, sisaprid bermanfaat untuk ileus paralitik pasca operasi dan klonidin dilaporkan bermanfaat untuk mengatasi ileus paralitik karena obat-obatan. Bila bising usus sudah mulai ada dapat dilakukan tes feeding, bila tidak ada retensi, dapat dimulai dengan cair kemudian disesuaikan sejalan dengan toleransi ususnya.