

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi ileus obstruktif

Ileus obstruktif atau obstruksi mekanis merupakan penyempitan isi lumen saluran cerna tidak dapat disalurkan ke distal karena adanya sumbatan atau hambatan mekanik yang disebabkan kelainan dalam lumen usus, dinding, dan rongga peritonium (Bernstein, 2017).

Ileus obstruktif adalah suatu keadaan dimana isi lumen saluran cerna tidak dapat disalurkan ke distal karena adanya sumbatan atau hambatan mekanik yang disebabkan kelainan dalam lumen usus, dinding usus atau luar usus yang menekan atau kelainan vaskularisasi pada suatu segmen usus yang menyebabkan nekrose segmen usus tersebut (Wahyudi *et al.*, 2020).

Dapat disimpulkan bahwa ileus obstruktif merupakan penyumbatan pada usus yang menyebabkan isi usus tidak dapat melewati lumen usus sebagai akibat adanya sumbatan atau hambatan mekanik usus.

2. Patofisiologi ileus obstruktif

Mengalirnya makanan dan cairan melintasi saluran cerna memerlukan peristalsis terpadu serta ukuran lumen yang memadai. Gangguan peristalsis dan penyempitan intrinsik atau ekstrinsik lumen dapat menimbulkan gejala serupa, yaitu muntah, distensi abdomen, flatus atau tinja. Gangguan peristalsis, seperti pada ileus paralitik atau dismotilitas usus, dianggap sebagai disfungsi fungsional, sementara penyempitan lumen oleh sebab apa pun dianggap sebagai

obstruksi mekanis. Obstruksi intralumen dapat terjadi karena mekonium yang terjadi padapada neonates, isi usus pada pasien dengan fibrosis kitik, atau bazoar bahan organic atau inorganic yang ditelan oleh pasien kelainanneurogik (Bernstein, 2017).

Setelah obstruksi terjadi obstruksi usus menyebabkan penimbunan sekresi dan cairan isi lumen usus, dinding usus, dan rongga peritorium. Kehilangan cairan mungkin sigifikan dan terdiri atas kehilangan melalui kompartemen eksternal. Pada banyak jenis obstruksi usus, khususnya jika obstruksinya komple, aliran darah ke usus akan terganggu. Pada awalnya hal ini didebabkan karena bendungan ven, tetapi dapat berlanjut menjadi insufiensi arteri disertai nekrosis usus dan, jika tidak diatasi dalam beberapa jam, perforasi. Tanpa gangguan aliran darah sekalipun, obstrukdi usus tidak diatasi menimbulkan dilatasi usus progresif dan kehilangan cairan (Bernstein, 2017).

3. Klasifikasi ileus obstruktif

a. Menurut sifat sumbatannya

Menurut sifat sumbatannya dapat dibagi menjadi 2 bagian, diantaranya :

- 1) Obstrusi komplet ditandai oeh tidaknya adanya flaktus atau tinja dan tidak adanya gas usus setelah titik obstruksi pada pemeriksaan radiogenik
- 2) Obstruksi inkomplet ditandai oleh berkelanjutannya pengeluaran flaktus atau tinja dan oleh bukti radiogenik adanya gas setelah titik obstruksi (Bernstein, 2017).

b. Menurut letak sumbatannya

Menurut letak sumbatannya, maka ileus obstruktif dibagi menjadi 2 antara lain :

- 1) Obstruksi tinggi, bila mengenai usus halus
- 2) Obstruksi rendah, bila mengenai usus besar (Bernstein, 2017).

c. Menurut stadiumnya

Menurut stadiumnya Ileus obstruktif dapat dibedakan menjadi 3 berdasarkan stadiumnya, antara lain :

- 1) Obstruksi sebagian parsial (partial obstruction) : obstruksi terjadi sebagian sehingga makanan masih bias sedikit lewat dapat flatulensi dan defikasi sedikit
- 2) Obstruksi sederhana (simple obstruction) : obstruksi / sumbatan yang tidak disertai terjepitnya pembuluh darah (tidak disertai gangguan aliran darah).
- 3) Obstruksi strangulasi (strangulated obstruction) : obstruksi disertai dengan terjepitnya pembuluh darah sehingga terjadi iskemia yang akan berakhir dengan nekrosis atau gangrene (Indrayani, 2013).

4. Etiologi ileus obstruksi

Menurut Indrayani, (2013) penyebab terjadinya ileus obstruksi pada usus halus menurut 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 menyebabkan terhentinya aliran darah ke usus).

b. Non hernia inkarserata, antara lain :

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) Askariasis

Cacing askaris hidup di usus halus bagian yeyunum, biasanya jumlahnya puluhan hingga ratusan ekor. Obstruksi bisa terjadi di mana-mana di usus halus, tetapi biasanya di ileum terminal yang merupakan tempat lumen paling sempit.

5. Tanda dan gejala

Menurut Price & Wilson, (2016) terdapat lima tanda dan gejala ileus obstruktif yaitu :

a. Mekanik sederhana-usus halus atas

Kolik (kram) pada abdomen pertengahan sampai ke atas, distensi, muntah, peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen.

b. Mekanik sederhana-usus halus bawah

Kolik (kram) Signifikasi midabdomen distensi, muntah, peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen.

c. Mekanik sederhana-kolon

Kram (abdomen tengah sampai bawah), distensi yang muncul terakhir, kemudian terjadi muntah (fekulen), peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen.

d. Obstruksi mekanik parsial

Dapat terjadi Bersama granulamatosia usus pada penyakit Crohn. Gejalanya kram nyeri abdomen, didtensi ringan.

e. Strangulasi

Gejala berkembang dengan cepat : nyeri hebat, terus menerus dan terkola;isis, distensi sedang, muntah persisten, biasanya bising usus menurun dan nyeri

tekan terkolalisir hebat. Feses atau vomitus menjadi gelap atau berdarah atau mengandung darah sama.

6. Penatalaksanaan

Menurut (Bernstein, 2017) penderita penyumbatan usus harus di rawat dirumah sakit. Penatalaksanaan pasien dengan ileus obstruktif adalah:

a. 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 laparatomi. Pada obstruksi parsial atau karsinomatosis abdomen dengan pemantauan dan konservatif

b. Operasi

Operasi dapat dilakukan bila sudah tercapai rehidrasi dan organ-organ vital berfungsi secara memuaskan. Tetapi yang paling sering dilakukan adalah pembedahan sesegera mungkin. Tindakan bedah dilakukan bila :

- 1) Strangulasi
- 2) Obstruksi lengkap
- 3) Hernia inkarserata
- 4) Tidak ada perbaikan dengan pengobatan konservatif (dengan pemasangan NGT, infus, oksigen dan kateter).

c. Pasca bedah

Pengobatan pasca bedah sangat penting terutama nyeri dan dalam hal cairan dan elektrolit. Kita harus mencegah terjadinya gagal ginjal dan harus

memberikan kalori yang cukup. Perlu diingatkan bahwa pasca bedah usus pasien dalam keadaan paralitik nyeri menjadi masalah utama yang dirasakan oleh pasien, oleh karena itu penanganan pemberian analgetik sangat diperlukan oleh pasien dengan keadaan pasca operasi.

7. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium pada umumnya tidak dapat dijadikan pedoman untuk menegakan diagnosis. Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, BUN (blood urea nitrogen), ureum amilase, dan kreatinin. Pada ileus obstruksi, terutama pada pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Selanjutnya diteruskan adanya hemokonsentrasi leukositosis dan nilai elektrolit yang abnormal. Peningkatan serum yang amilase sering didapatkan pada semua jenis ileus obstruksi, terutama strangulasi. Penurunan dalam kadar serum natrium, klorida, dan kalium merupakan manifestasi lanjut dapat juga terjadi alkalosis akibat muntah. Pemeriksaan laboratorium pada anak dengan obstruksi usus seyoganya berfokus pada deteksi penyulit seperti dehidrasi dan sepsis. (Bernstein, 2017).

b. Radiografik polos (Foto abdomen polos)

Pemeriksaan radiografik polos yang diambil dua sampai tiga posisi, hal yang paling spesifik dari obstruksi usus halus ialah distensi usus halus (diameter > 3 cm), adanya *air fluid level* pada posisi setengah duduk dan kekeurangan udara di kolon. Negarif palsu dapat ditemukan pada pemeriksaan radiologi Ketika letak obstruksi berada di proksimal usus halus dan Ketika lumen usus dipenuhi oleh cairan saja tidak adanya udara. Hal ini dapat mengakibatkan tidak adanya

gambaran *air fluid level* atau distensi usus. Pada ileus obstruksi colon pemeriksaan foto abdomen menunjukkan adanya distensi usus pada bagian proksimal atau obstruksi (Bernstein, 2017).

c. Foto thorax

Foto thorax dapat menggambarkan adanya *free air sickle* yang terletak di bawah diafragma kanan yang menunjukkan adanya perforasi usus. (Bernstein, 2017).

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Nyeri Akut

1. Definisi nyeri akut

International Association for the Study of Pain (IASP) menyatakan nyeri adalah rasa indrawi dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang nyata atau berpotensi rusak atau tergambar seperti adanya kerusakan jaringan. Nyeri selain merupakan rasa indrawi (fisik) juga merupakan pengalaman emosional (psikologik) yang melibatkan efek jadi suatu nyeri mengandung paling sedikit dua dimensi yakni dimensi fisik dan psikologis (Suwondo, 2017).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akut sering ditandai dengan pasien mengeluh nyeri tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis (PPNI, 2016).

2. Tanda dan gejala nyeri akut

Tanda dan gejala diagnosa keperawatan nyeri akut sesuai Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) terbagi menjadi tanda dan gejala mayor serta tanda dan gejala minor PPNI, (2016) yang diuraikan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

Tabel 1
Data Mayor dan Data Minor Nyeri Akut

Tanda dan gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	Mengeluh Nyeri	1. Tampak meringgis 2. Bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Minor		1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir, terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

(PPNI, 2016)

3. Penyebab nyeri akut

Penyebab masalah keperawatan sesuai Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia atau SDKI PPNI, (2016) adalah sebagai berikut:

a. Agen pencedera fisiologis, terdiri dari :

- 1) Inflamasi
- 2) Iskemia

- 3) Neoplasma
- b. Agen pencedera kimiawi, terdiri dari :
 - 1) Terbakar
 - 2) Bahan kimia iritan
- c. Agen pencedera fisik, terdiri dari :
 - 1) Abses
 - 2) Amputasi
 - 3) Terbakar
 - 4) Terpotong
 - 5) Mengangkat berat
 - 6) Prosedur operasi
 - 7) Trauma
 - 8) Latihan fisik berlebihan

4. Pengukuran derajat nyeri

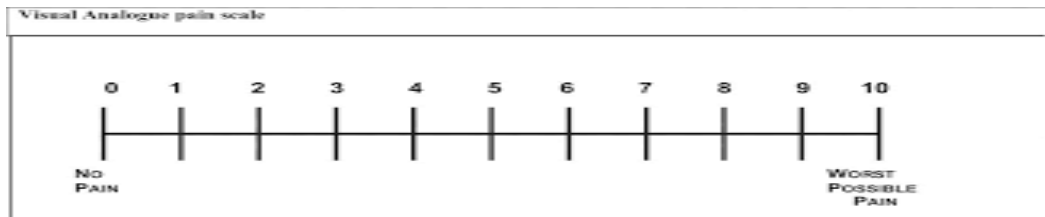
Menurut Suwondo, (2017) ada beberapa cara untuk membantu mengetahui derajat nyeri, diantaranya :

a. *Visual Analog Scale* (VAS)

Visual analog scale (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter (Gambar 1). Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif.

Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal

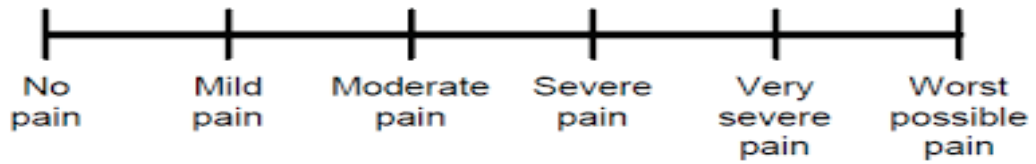
atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/ reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.



Gambar 1. *Visual Analog Scale* (VAS)

b. *Verbal Rating Scale* (VRS)

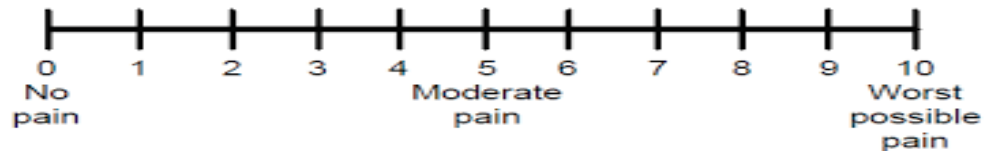
Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri (Gambar 2). Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.



Gambar 2. *Verbal Rating Scale (VRS)*

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.



Gambar 3. *Numeric Rating Scale (NRS)*

d. *Wong Baker Pain Rating Scale*

Digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.



Gambar 4. *Wong Baker Pain Rating Scale*

5. Penatalaksanaan nyeri akut

Menurut PPNI, (2018) rencana tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien ileus obstruktif dengan nyeri akut mengacu pada Standar Intervensi Kesehatan Indonesia (SIKI) yaitu :

a. Intervensi utama

1) Manajemen nyeri

Manajemen nyeri merupakan tindakan mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan (PPNI, 2018). Manajemen nyeri ini terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

a) Observasi

(1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

(2) Identifikasi skala nyeri

(3) Identifikasi respon nyeri non verbal

(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 analgetik

b) Terapiutik

(1) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

(2) Berikan teknik non farmakologi (misalnya TENS, hypnosis, akupresure, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik majinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain, terapi distraksi).

(3) Fasilitasi istirahat dan tidur

(4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

c) 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

d) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2) Intervensi pemberian teknik distraksi menonton video kartun

a) Definisi terapi distraksi menonton video kartun

Metode Distraksi suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Salah satu metode distraksi yang dapat digunakan adalah distraksi visual yaitu melihat pertandingan, menonton televisi, menonton video kartun.(Colin *et al.*, 2020)

Menurut Wandini and Resandi, (2020) Teknik distraksi merupakan strategi pengalihan nyeri yang memfokuskan perhatian ke klien menuju stimulus yang lain daripada terhadap rasa nyeri dan emosi negatif. Teknik distraksi dapat

mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivasi retikuler menghambat stimulus nyeri, jika seseorang menerima input sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan klien).

Video merupakan teknologi pemrosesan sinyal elektronik yang menampilkan gambar bergerak. Video terdiri dari atas banyak gambar diam yang tersusun sehingga jika gambar tersebut berganti – ganti dengan kecepatan tinggi dan dilihat oleh mata manusia akan tampak bergerak. (Sudiby, 2011).

b) Tujuan terapi distraksi menonton video

Terapi distraksi menonton kartun bertujuan untuk mengalihkan rasa nyeri yang di rasakan pasien dengan video audiovisual salah satunya kartun. Terapi ini sangat efektif karena sangat menghibur dan sangat disenangi oleh anak-anak sehingga tidak mengganggu intervensi penyembuhan anak. Metode menonton kartun animasi di harapkan dapat mengalihkan bahkan mengurangi rasa nyeri yang di hasilkan karena pemberian obat melalui injeksi. (Colin *et al.*, 2020)

c) Keefektifan intervensi terapi distraksi menonton video

Dalam hal mengatasi nyeri yang dialami pasien, tenaga medis , melakukan strategi dengan manajemen nyeri. Manajemen nyeri dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu manajemen nyeri farmakologi dan manajemen nyeri non farmakologi. Manajemen nyeri farmakologi merupakan upaya yang dilakukan dengan obat-obatan anti nyeri. Sedangkan manajemen nyeri non farmakologi merupakan upaya – upaya yang dilakukan untuk mengatasi atau menghilangkan nyeri dengan pendekatan non farmakologis, terdapat beberapa jenis tindakan non farmakologi yang dapat dilakukan salah satunya terapi distraksi menonton video kartun.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Wahyudi *et al.*, 2020) Penggunaan teknik nonfarmakologi memberikan dampak yang cukup berarti dalam manajemen nyeri pada anak. Agar nyeri lebih dapat di toleransi dan situasi dapat terkontrol oleh anak, maka dapat digunakan metode nonfarmakologi atau di sertai dengan metode farmakologi. salah satu yang banyak digunakan adalah teknik distraksi. Metode distraksi yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian pasien dari nyeri adalah menonton video (audio visual) kartun/animasi

3) Pemberian analgetik

Pemberian analgetik merupakan tindakan menyiapkan dan memberikan agen farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit pemberian analgetik ini terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

a) Observasi

Tindakan observasi meliputi identifikasi karakteristik nyeri , riwayat alergi obat, kesesuaian jenis analgetik, memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetisik serta memonitor efektifitas analgesik.

b) Terapiutik

Tindakan terapeutik ini meliputi mendiskusikan jenis analgesik yang disukai, pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus, menetapkan target efektifitas analgesic, dan mendokumentasikan respon terhadap efek analgesik

c) Edukasi

Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

d) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Nyeri Akut

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan suatu dari komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Muttaqin Arif, 2020).

Pengkajian pada keperawatan kegawatdaruratan kritis (HCU) dilakukan melalui *initial assessment* yang merupakan suatu bentuk penilaian dan pengelolaan awal kondisi pasien yang dilakukan dengan cepat dan tepat. *Initial assessment* ini

dilakukan melalui dua tahapan yaitu *primary survey* dan *secondary survey* (Nusdin, 2020).

a. *Primary Survey*

Primary Survey dalam asuhan keperawatan di HCU dengan melihat keadaan-keadaan yang mengancam nyawa pasien, terdiri pengkajian *breathing* (Sistem pernapasan), *blood* (system kardiovaskuler), *brain* (sistem persarafan), *bladder* (sistem perkemihan), *bowel* (sistem pencernaan), *bone* (sistem tulang, otot, kulit).

b. *Secondary Survey*

Nusdin,(2020) menyatakan bahwa *secondary survey* merupakan pemeriksaan secara lengkap dan teliti yang dilakukan dari ujung rambut sampai ujung kaki dan dari depan sampai belakang. *Secondary survey* hanya dilakukan

setelah kondisi pasien mulai stabil, tidak mengalami syok, atau tanda-tanda syok mulai membaik, tahapan dari *secondary survey* terdiri dari :

1) Anamnesis

Anamnesis merupakan pengkajian menyeluruh terkait riwayat kesehatan pasien yang dilakukan melalui wawancara dan observasi. Data yang diperoleh selama proses anamnesis meliputi keluhan utama, riwayat kesehatan saat ini, dan riwayat kesehatan keluarga, Anamnesis juga harus meliputi riwayat AMPLE yang bisa didapatkan dari pasien dan keluarga (*Emergency Nursing Association, 2007* dalam (Nusdin, 2020) terdiri dari :

Allergy : Ada alergi/tidak

Medication : Ada medikasi sebelumnya/tidak

Past Medical History : Ada Riwayat penyakit atau tidak

Last Meal : Ada makan terakhir/tidak

Event : Lingkungan atau hal lain yang berhubungan dengan penyebab cedera

2) Kaji Nyeri

Nyeri pada ileus obstruktif termasuk nyeri primer atau nyeri viseral yang berasal dari organ itu sendiri artinya nyeri yang dirasakan dapat terlokalisir. Suwondo,(2017) menyebutkan pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan PQRST yaitu :

P (*Provoing incident*) : Pengkajian untuk mengidentifikasi faktor yang menjadi predisposisi nyeri.

Q (*Quality of pain*) : Pengkajian untuk mengetahui bagaimana rasanyeri dirasakan secara subjektif.

R (*Region*) : Pengkajian untuk mengidentifikasi letak nyeri secara tepat.

S (*Severity/Scale*) of pain : Pengkajian untuk menentukan skala dari rasa nyeri yang dirasakan.

T(*Time*) : Pengkajian untuk mendeteksi waktu berapa lama nyeri berlangsung.

3) Pemeriksaan fisik

a) Kepala dan wajah :

Pengkajian dilakukan pada arel kepala sampai wajah, meliputi bentuk kepala Normocephal, rambut ikal berwarna hitam agak keputihan, wajah simetris, tidak ada luka ataupun bengkak pada wajah, terpasang selang NGT pada nasal dekstra.

b) Leher

Pengkajian dilakukan di areal leher meliputi ada atau tidaknya pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.

c) Dada

Inspeksi thoraks tidak ada kelaian pada thoraks, pernapasan 14 x/menit, Pemeriksaan paru: Palpasi getaran suara: teraba getaran yang sama, Perkusi: resonan, Auskultasi: suara napas tambahan ronchi Pemeriksaan jantung: Inspeksi: tidak dilakukan pemeriksaan, Palpasi: tidak dilakukan pemeriksaan, Perkusi: tidak dilakukan pemeriksaan.

d) Abdomen dan Pinggang :

(1) Inspeksi

Temuan pada inspeksi abdomen dapat berupa bekas operasi atau bahkan terkadang terlihat perut kembung.

(2) Palpasi

Palpasi atau penekanan daerah abdomen dimana terdapat nyeri tekan pada bagian abdomen.

(3) Perkusi

Pada perkusi pada pasien dengan ileus obstruktif biasanya terdengar suara hipertimpani.

(4) Auskultasi

Pada auskultasi pasien dengan ileus obstruktif biasanya terdengar peningkatan bising usus.

e) Pelvis dan Perineum :

Ada atau tidaknya bentuk abnormal

f) Ekstremitas

Ekstremitas Atas : Simetris kiri dan kanan, pasien tidak ada mengalami edema pada ekstremitas atas.

Ekstremitas Bawah : Simetris pasien tidak ada mengalami edema pada ekstremitas bawah.

4) Psikologi kultural

Pada pengkajian psikologi kultural yang dikaji berupa pola pikir pasien, persepsi diri, pola pikir suasana hati dan sistem kepercayaan pasien selama dilakukannya proses perawatan.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Sedangkan diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal (PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (problem) yang merupakan label diagnosis keperawatan menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan, dan indikator diagnostik yang terdiri dari penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko. Proses penegakan diagnosis keperawatan terdiri dari 3 tahapan yaitu sebagai berikut (PPNI, 2016).

- a. Analisis data meliputi membandingkan dengan nilai normal dan mengelompokkan data.
- b. Identifikasi masalah meliputi masalah aktual, risiko, atau promosi kesehatan
- c. Perumusan diagnosis

Jenis – jenis diagnosis keperawatan dapat diuraikan menjadi tiga jenis yaitu :

a. **Diagnosis Aktual**

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi Kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

b. **Diagnosis Risiko**

Diagnosis risiko menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

c. **Diagnosis Promosi Kesehatan**

Diagnosis ini menggambarkan adanya keiinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal. Menurut PPNI, (2016) ada diagnosis aktual, indikator diagnostiknya terdiri atas penyebab dan tanda/gejala. Pada diagnosis risiko tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala. Hanya memiliki faktor risiko. Sedangkan pada diagnosis promosi kesehatan, hanya memiliki tanda/gejala yang menunjukkan kesiapan klien untuk mencapai kondisi yang lebih optimal. Diagnosis ditegakkan berdasarkan tanda dan gejala dimana tanda dan gejala mayor ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosis, tanda dan gejala minor tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis.

Penulisan karya ilmiah akhir ners ini akan fokus pada diagnosis keperawatan aktual yang muncul pada pasien anak dengan diagnosa medis post op laparotomi ileus obstruktif yaitu nyeri akut. Perumusan diagnosis keperawatan

nyeri akut pada pasien post op laparatomi ileus obstruktif di Ruang HCU berdasarkan format penulisan diagnosis keperawatan yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan faktor pencedera fisik (prosedur pembedahan) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringgis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur dan tanda/gejala minor yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

3. Rencana keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Komponen dari intervensi keperawatan yaitu label, definisi, dan tindakan (observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi) (PPNI, 2018).

Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Komponen luaran keperawatan ada 3 yaitu label, ekspektasi, dan kriteria hasil (PPNI, 2019)

Rencana keperawatan pada diagnosis keperawatan nyeri akut mengacu pada standar luaran keperawatan indonesia dengan label nyeri akut dan standar intervensi keperawatan indonesia dengan intervensi utama label manajemen nyeri (I.08238) dan pemberian analgetik (I.08243) yang ditambahkan dengan pemberian terapi inovasi distraksi menonton video kartun (terlampir).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Mulyanti, 2017).

Implementasi tindakan keperawatan menggambarkan tindakan mandiri, kolaborasi dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan yaitu observasi terhadap setiap respons pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Implementasi tindakan keperawatan bertujuan untuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan mekanisme coping. Implementasi tindakan keperawatan bersifat holistik dan menghargai hak-hak pasien. Implementasi tindakan keperawatan melibatkan partisipasi aktif pasien (Nursalam, 2020).

Implementasi keperawatan masalah nyeri akut pada anak yang mengalami post op laparotomi ileus obstruktif sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia yaitu manajemen nyeri dan pemberian analgesik. Pemberian implementasi dilengkapi dengan tanggal dan waktu, respon pasien setelah diberikan tindakan keperawatan, dan paraf perawat pemberi asuhan keperawatan

Tabel 2
Implementasi Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Anak Yang
Mengalami Post Operatif Laparatomi Ileus Obsrukatif
Di Ruang HCU RSD Mangusada Tahun 2022.

Waktu	Implementasi Keperawatan	Respon	Paraf
1	2	3	4
Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, pukul berapa diberikan tindakan	<p>Tindakan keperawatan</p> <p>1. Observasi</p> <p>a) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, skala nyeri</p> <p>b) Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri</p> <p>c) Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>d) Memonitor keberhasilan terapi komplementer yan sudah diberikan</p> <p>e) Memonitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>2. Terapeutik</p> <p>a) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis.distraksi menonton video kartin)</p> <p>b) Mengotrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c) memfasilitas istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu</p> <p>b) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>4.Kolaborasi</p> <p>e) Melakukan kolaborasi pemberian analgesic</p>	Respon dari pasien setelah diberikan tindakan berupa data subjektif dan data objektif	Sebagai bukti tindakan sudah diberikan dilengkapi dengan nama terang

(PPNI, 2018)

5. Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Mulyanti, 2017).

Penilaian terakhir proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP. Evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang diberikan mengacu kepada tujuan dan kriteria hasil (Nursalam, 2020).

Jenis-jenis evaluasi dalam asuhan keperawatan yaitu (Adinda, 2019) sebagai berikut.

a. Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi formatif adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi formatif harus dilaksanakan segera setelah rencana keperawatan diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut. Evaluasi formatif harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai. Metode pengumpulan data dalam evaluasi formatif terdiri atas analisis rencana asuhan keperawatan, pertemuan

kelompok, wawancara, observasi klien, dan menggunakan format evaluasi. Ditulis pada catatan perawatan.

b. Evaluasi sumatif (hasil)

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi serta analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan ditulis pada catatan perkembangan. Fokus evaluasi sumatif adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Tipe evaluasi ini dilaksanakan pada akhir asuhan keperawatan secara paripurna.

Hasil dari evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah sebagai berikut (Adinda, 2019).

- a. Tujuan tercapai/masalah teratasi, jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian, jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi, jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru.

Penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Adinda, 2019).

- a. S (subjektif) : adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
- b. O (objektif) : adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan perawat setelah tindakan dilakukan.

- c. A (analisis) : adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.
- d. P (planning) : adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

Tabel 3
Evaluasi Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Anak yang Mengalami Post Operatif Laparatomi Ileus Obstruktif di Ruang HCU RSD Mangusada Tahun 2022

Waktu	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
1	2	3
Diisi dengan hari, tanggal, bulan, tahun, pukul berapa evaluasi dilakukan	S (Subjektif) : Pasien mengatakan nyeri berkurang (menurun) O (Objektif) : Pasien tampak mengeluh nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, mual dan muntah menurun A (Analisis) Masalah nyeri akut teratasi teratasi P (Planning) Pertahankan kondisi pasien dengan melanjutkan rencana keperawatan Intervensi SIKI Label : Manajemen Nyeri akut dan Pemberian analgetik	Sebagai bukti evaluasi sudah dilakukan, dilengkapi dengan nama terang

SLKI (PPNI, 2019) dan SIKI (PPNI, 2018)