

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.P DENGAN GANGGUAN SISTEM
PENCERNAAN: ILEUS OBSTRUKTIF DI RUANG MAWAR
RUMAH SAKIT TK.IV GUNTUR GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun untuk memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar ahli madya
Kesehatan studi D-III keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Disusun oleh:

**RISKA HERLINA
KHGA22126**



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.P DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN: ILEUS
OBSTRUKTIF DI RUANG MAWAR RUMAH
SAKIT TK.IV GUNTUR GARUT**

PENYUSUN : RISKHA HERLINA
NIM : KHGA22126

KTI ini disetujui disidangkan dihadapan tim penguji Program
Studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025
Menyetujui,
Pembimbing

Devi Ratnasari, S.Kep.,Ners.,M.Kep.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.P DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : ILEUS OBSTRUKTIF DI RUANG MAWAR RS TNI AD TK.IV GUNTUR GARUT

Oleh : Riska Herlina KHGA22126

Ileus obstruktif merupakan suatu keadaan yang menyebabkan isi usus tidak bisa melewati lumen usus sebagai akibat adanya sumbatan atau hambatan mekanik . Hal ini dapat terjadi dikarenakan kelainan di dalam lumen usus, dinding usus, atau benda asing di luar usus yang menekan, serta kelainan vaskularisasi pada suatu segmen usus yang dapat menyebabkan nekrosis segmen usus. Beratnya komplikasi yang ditimbulkan membutuhkan peran perawat dalam mencegah terjadinya komplikasi tersebut yang dapat dilakukan melalui Upaya promotive, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Tujuan penyusunan karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif pada Ny.P yang mengalami ileus obstruktif yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan dalam usaha membantu pasien dalam mengatasi masalahnya melalui pendekatan proses keperawatan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.P meliputi ; nyeri akut, konstipasi dan ansietas. Fokus Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi ; penanganan nyeri akut baik secara farmakologik maupun nonfarmakologik, penanganan konstipasi dengan kolaborasi pemberian obat supositoria dan melakukan health education pada pasien dan keluarga dalam memberikan perawatan. Dari 3 masalah yang keperawatan yang muncul pada Ny.P, tiga masalah keperawatan dapat teratasi, perawat melakukan Tindakan sesuai dengan kebutuhan pasien dan program pengobatan yang diberikan. Selain itu perawat juga melibatkan keluarga dalam proses perawatan serta adanya partisipasi aktif keluarga sehingga Tindakan keperawatan yang diberikan dapat berjalan lancar. Peran perawat untuk meningkatkan hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga sehingga akan mempermudah perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien secara komprehensif.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Ileus Obstruktif, Nyeri akut, Konstipasi, Ansietas.

Daftar Pustaka : 21 buah (2011-2023)

ABSTRACT

NURSING CARE FOR Mrs. P WITH DIGESTIVE SYSTEM DISORDER: OBSTRUCTIVE ILEUS IN THE ROSE ROOM OF THE TNI AD HOSPITAL TK.IV GUNTUR GARUT

By: Riska Herlina KHGA22126

Obstructive ileus is a condition that causes intestinal contents to be unable to pass through the intestinal lumen as a result of a blockage or mechanical obstruction. This can occur due to abnormalities in the intestinal lumen, intestinal wall, or foreign objects outside the intestine that press, as well as vascularization abnormalities in a segment of the intestine that can cause necrosis of the intestinal segment. The severity of the complications that arise requires the role of nurses in preventing these complications which can be done through promotive, preventive, curative and rehabilitative efforts. The purpose of compiling this scientific paper is to gain real experience in implementing comprehensive nursing care for Mrs. P who has obstructive ileus which is based on nursing science and tips in an effort to help patients overcome their problems through a nursing process approach. Nursing diagnoses that appear in Mrs. P include; acute pain, constipation and anxiety. The focus of nursing actions carried out includes; handling acute pain both pharmacologically and non-pharmacologically, handling constipation with collaboration in administering suppository drugs and conducting health education for patients and families in providing care. Of the 3 nursing problems that arose in Mrs. P, three nursing problems could be resolved, nurses took action according to the patient's needs and the treatment program given. In addition, nurses also involved the family in the care process and there was active participation from the family so that the nursing actions given could run smoothly. The role of nurses is to improve therapeutic relationships with patients and families so that it will make it easier for nurses to carry out comprehensive nursing care for patients.

Keywords: *Obstructive Ileus Nursing Care, Acute Pain, Constipation, Anxiety.*

Bibliography: *21 (2011-2023)*

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT. yang mana telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul 'Asuhan Keperawatan Pada Ny.P Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Ileus Obstruktif di Ruang Mawar RS TK.IV Guntur Garut'. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis tidak terlepas dari bantuan, dorongan dan bimbingan segala pihak, maka dengan penuh rasa hormat yang setinggi tingginya penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, S. E., M. Si, selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep, selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Devi Ratnasari, S.Kep.,Ners.,M.Kep. selaku pembimbing yang tidak kenal lelah dan penuh dengan kesabaran dalam memberikan arahan, bimbingan, dan motivasi selama penyusunan karya tulis ilmiah.
6. Seluruh staf dosen Keperawatan STIKes Karsa Husada yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga bagi penulis untuk masa yang akan datang.

7. Staf Administrasi dan Perpustakaan yang telah membantu dalam kelancaran penulis selama proses pendidikan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah.
8. Ibu Gilang Pebrian P, S.kep., Ners. selaku CI ruangan, beserta seluruh perawat Mawar yang telah memberikan bimbingan dan ilmu yang bermanfaat.
9. Ny.P yang telah bersedia bekerjasama dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan selama dirawat.
10. Pintu surgaku Bapak Rudi Hermawan dan Ibu Lela Sari sebagai motivator hidup yang telah membesarkan, mendidik, merawat dan memberikan do'a restu serta dukungan baik secara moril maupun materil, serta tiada henti-hentinya memberikan curahan kasih sayang dan pengorbanan yang tak ternilai harganya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan studi ini.
11. Kakak tercinta Tiara Pangastuti,S.E. dan Winda Rahmawati,S.Pd.,S.Ars. yang selalu memberi dukungan, semangat, perhatian kasih sayang yang tak terhingga kepada penulis.
12. Kepada sahabatku Selma Tiara Maharani, Delia Pebrianti, Silmi Maharani, Manal Nur Laela S, serta Riva Nurlitasari terima kasih telah menjadi tempat pulang, tempat bercerita, dan pengingat dalam perjalanan hidup yang tak selalu mudah.
13. Untuk rekan-rekan kelas 3C DIII keperawatan yagn tak bisa di sebutkan satu satu terimakasih selama 3 tahun ini kalian sudah menjadi teman seperjuangan, banyak cerita canda tawa sedih duka dan lain-lain yang kita lewati selama di kelas.

14. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa angkatan 29 prodi DIII keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan banyak kenangan yang akan selalu terukir di hati.

Karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Garut, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	5
C. Metode Penulisan	7
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Konsep dasar teori ileus obstruktif.....	10
1. Definisi Ileus Obstruktif.....	10
2. Klasifikasi	11
3. Etiologi.....	11
4. Patofisiologi	14
5. Pathway	16
6. Manifestasi Klinis	17
7. Komplikasi	18
8. Pemeriksaan Diagnostik.....	18
9. Penatalaksanaan Ileus Obstruktif.....	20
B. Konsep Dasar Keperawatan pada Ileus Obstruktif	22
1. Pengkajian Keperawatan.....	22
2. Diagnosa Keperawatan.....	28
3. Perencanaan Keperawatan.....	33
4. Implementasi	49
5. Evaluasi	49
BAB III TINJAUAN KASUS	52
A. Tinjauan Kasus.....	52
1. Pengkajian	52
2. Diagnosa keperawatan.....	67
3. Perencanaan Tindakan Keperawatan	69
4. Implementasi dan Evaluasi	74
5. Catatan Perkembangan	80
B. Pembahasan.....	82
1. Pengkajian	82
2. Diagnosa Keperawatan.....	84
3. Intervensi Keperawatan.....	87
4. Implementasi Keperawatan	89
5. Evaluasi	90
BAB IV	92
A. Kesimpulan	92
B. Rekomendasi.....	94
DAFTAR PUSTAKA	96

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Perencanaan Keperawatan	33
Tabel 3. 1 Aktivitas hidup sehari-hari.....	59
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Penunjang	60
Tabel 3. 3 Terapi Obat	61
Tabel 3. 4 Analisa Data.....	63
Tabel 3. 5 Perencanaan Keperawatan Pada Ny. P	67
Tabel 3. 6 Implementasi & Evaluasi.....	72
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan.....	78

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Ileus Obstruktif.....	16
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 SAP
- Lampiran 2 leaflet
- Lampiran 3 lembar bimbingan
- Lampiran 4 daftar riwayat hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Ileus obstruktif merupakan suatu keadaan yang menyebabkan isi usus tidak bisa melewati lumen usus sebagai akibat adanya sumbatan atau hambatan mekanik . Hal ini dapat terjadi dikarenakan kelainan di dalam lumen usus, dinding usus, atau benda asing di luar usus yang menekan, serta kelainan vaskularisasi pada suatu segmen usus yang dapat menyebabkan nekrosis segmen usus. Ileus obstruktif merupakan suatu keadaan yang darurat sehingga memerlukan penanganan segera (Wahyudi et al, 2020).

Ileus obstruktif terjadi karena adanya daya mekanik yang mempengaruhi dinding usus sehingga menyebabkan penyumbatan lumen usus. Hal tersebut menyebabkan pasase lumen usus terganggu. Akibat gangguan pasase tersebut terjadi pengumpulan isi lumen yang berupa gas dan cairan pada bagian proximal tempat penyumbatan. (Arief et al, 2020).

Penyakit ileus obstruktif terjadi akibat gangguan pada usus. Ileus obstruktif sering terjadi pada individu yang memiliki kebiasaan mengkonsumsi makanan rendah serat, dari kebiasaan tersebut akan muncul permasalahan pada kurangnya membentuk massa feses yang

menyambung pada rangsangan peristaltic usus kemudian saat kemampuan peristaltic usus menurun maka akan terjadi konstipasi yang mengarah pada feses yang mengeras dan mampu menyumbat usus sehingga menyebabkan obstruktif (Smeltzer & Bare, 2012).

Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2014, gangguan gastrointestinal dianggap sebagai salah satu dari 10 penyebab kematian global teratas, dan ileus obstruktif adalah salah satu kondisi tersebut. Satu dari setiap 100 orang dari segala usia menerima diagnosis ileus obstruktif setiap tahun. Menurut penelitian ekstensif yang dilakukan pada berbagai populasi, insiden ileus obstruktif diperkirakan mencapai 16% dari populasi global pada tahun 2011. Setiap negara memiliki tingkat ileus obstruktif yang berbeda, menurut data statistik. Data dari Nepal menunjukkan bahwa insiden ileus obstruktif adalah 1053 kejadian, atau 5,32%, dibandingkan dengan 0,13% di Amerika Serikat. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medis Rumah Sakit TK.IV/03.07.04 Guntur Garut 2024, jumlah pasien ileus obstruktif periode Januari sampai desember tahun 2024, mencapai 223 kasus, dengan presentasi laki-laki 40,81% dan Perempuan 59,19% dengan rata rata usia penderita diatas 45 tahun. Sementara itu, data terbaru yang di dapat per bulan Januari sampai April tahun 2025,

mencapai 46 kasus, dengan rata-rata presentasi laki-laki 41,30% dan Perempuan 58,70% dengan rata-rata usia penderita di atas 45 tahun.

Ileus obstruktif biasanya sering ditemukan pada usus halus maupun usus besar. Penyebab terjadinya pada usus halus antara lain hernia inkarserata 15%, adhesi atau perlekatan usus 65%, sedangkan penyebab terjadinya penyumbatan pada usus besar adalah tumor atau kanker 70%, perlengketan berulang 10% dan hernia 2,5% (Vilz, Stoffels, & Strassburg, 2017).

Dampak ileus obstruktif terhadap kebutuhan dasar manusia adalah masalah eliminasi merupakan keluhan utama yang secara signifikan mengganggu kenyamanan pasien. Obstruksi usus mencegah pasien buang air besar atau buang angin. Obstipasi menyebabkan peningkatan distensi abdomen karena akumulasi gas dan feses di segmen usus sebelum lokasi obstruksi (Jackson & Raiji, 2011). Distensi abdomen menyebabkan ketidaknyamanan, nyeri hebat, dan dapat menghambat pernapasan dengan memberikan tekanan pada diafragma. Pasien dengan ileus obstruktif mengalami gangguan signifikan dalam kebutuhan mereka akan kenyamanan dan pereda nyeri. Ketidaknyamanan ini biasanya bermanifestasi sebagai kolik, terjadi secara bergelombang, dan seringkali disertai mual yang terus-menerus. Tingkat nyeri dapat begitu ekstrem sehingga individu tidak dapat beristirahat atau tidur nyenyak. Kondisi ini membentuk siklus yang

memperburuk kesehatan pasien secara keseluruhan akibat kurang tidur dan stres yang berkepanjangan (Sartelli dkk., 2018).

Peran perawat sangat penting untuk memenuhi Kebutuhan Dasar Manusia pada pasien Ileus Obstruktif yaitu eliminasi. Sangat penting untuk memahami eliminasi normal, faktor yang meningkatkan dan menghambat dan membantu mencegah terjadinya gangguan eliminasi fekal, tindakan yang dilakukan perawat dalam upaya meningkatkan eliminasi khususnya kepada pasien Ileus Obstruktif yaitu melakukan pengkajian eliminasi secara menyeluruh. Pengkajian ini mencakup evaluasi terhadap frekuensi buang air besar, konsistensi, warna, dan jumlah feses terakhir yang dikeluarkan pasien. Selain itu, perawat juga menilai ada atau tidaknya flatus (buang angin) yang menjadi salah satu indikator penting dari motilitas usus. Keluhan subjektif pasien seperti tidak buang air besar (konstipasi berat), perut kembung, nyeri perut, mual, muntah, serta riwayat gangguan saluran cerna juga perlu dikaji untuk mendapatkan gambaran kondisi eliminasi secara menyeluruh.

Selanjutnya, dilakukan pemantauan terhadap tanda dan gejala obstruksi usus. Perawat memonitor adanya perubahan eliminasi, seperti tidak adanya flatus dan defekasi, serta munculnya mual dan muntah yang berbau feses, yang dapat mengindikasikan obstruksi total. Selain itu, perawat juga perlu waspada terhadap munculnya tanda-tanda

komplikasi, seperti distensi abdomen, nyeri kolik, dan tanda-tanda dehidrasi yang dapat memperburuk kondisi pasien.

Sebagai bagian dari kolaborasi medis, perawat berperan aktif dalam berbagai tindakan interprofesional. Ini meliputi kolaborasi dalam pemasangan nasogastric tube (NGT) untuk membantu dekompresi lambung dan mengurangi tekanan pada usus. Perawat juga bekerja sama dalam pemberian cairan intravena guna menggantikan cairan tubuh yang hilang akibat muntah berulang. Selain itu, perawat mempersiapkan pasien untuk menjalani pemeriksaan radiologi seperti foto polos abdomen, dan jika diperlukan, mempersiapkan pasien untuk tindakan pembedahan sesuai indikasi medis yang ada.

Berdasarkan pada hal tersebut, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan yang berupa laporan studi kasus dengan judul

“Asuhan Keperawatan Pada Ny. P Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Ileus Obstruktif Di Ruang Mawar Rumah Sakit Tk.IV Guntur Garut”

B. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini dibedakan menjadi dua tujuan yaitu sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosio-spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada Ny. P dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Ileus Obstruktif di Ruang Mawar Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah :

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan yang komprehensif pada Ny. P dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Ileus Obstruktif di Ruang Mawar Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut.
- b. Mampu menegakan diagnosa keperawatan sesuai dengan respon pasien terhadap adanya gangguan pada pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia pada Ny. P dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Ileus Obstruktif di Ruang Mawar Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut.
- c. Mampu menyusun rencana Tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakan pada Ny. P dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Ileus Obstruktif di Ruang Mawar Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut.
- d. Mampu melaksanakan Tindakan keperawatan sesuai dengan rencana Tindakan yang telah ditetapkan pada Ny. P dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Ileus Obstruktif di Ruang Mawar Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut.

- e. Mampu mengevaluasi hasil Tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan pada Ny. P dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Ileus Obstruktif di Ruang Mawar Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut.

C. Metode Penulisan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah penulis menggunakan metode deskriptif yaitu menggambarkan atau menjelaskan suatu keadaan kondisi berdasarkan data dan fakta yang diperoleh melalui pendekatan proses asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan meliputi prioritas masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Koerniawan eta al, 2020)

1. Wawancara

Penulis mengumpulkan data subjektif melalui proses tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi kepada pasien (*auto anamesa*), keluarga, perawat ruangan, dokter, dan tim Kesehatan lainnya (*allo anamnesa*).

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan langsung meliputi perilaku dan keadaan umum pasien memperoleh data objektif mengenai masalah Kesehatan dan keperawatan.

3. Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan secara langsung dari ujung kepala sampai ujung kaki (head to toe) yang prosedur pemeriksaanya meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan aulskultasi.

4. Studi Dokumentasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status dan hasil laboratorium untuk melengkapi data yang diperlukan selama proses asuhan keperawatan

5. Studi Kepustakaan

Penulis membaca sebagai literatur untuk mendapatkan keterangan dasar yang berhubungan dengan kasus yang dialami pasien yaitu penyakit Ileus Obstruktif.

6. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan langsung kepada pasien dengan menggunakan proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Christina et al, 2019)

D. Sistematika Penulisan

Penyusunan karya tulis ini disusun menggunakan sistematika penulisa sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan : memuat tentang latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. bab.

Bab II Tinjauan Pustaka : memuat tentang konsep dasar ileus obstruktif yang meliputi ; pengertian, etiologic, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostic, dan komplikasi. Selain itu Bab ini juga memuat tentang konsep dasar asuhan keperawatan pada pasien ileus obstruktif yang meliputi ; pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Bab III Tinjauan Kasus dan Pembahasan : tinjauan kasusu terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan catatan perkembangan. Pembahasan berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara tinjauan teoritis dengan fakta di lapangan pada pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan catatan perkembangan.

Bab IV Kesimpulan dan Rekomendasi : memuat tentang Kesimpulan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk perawat dan pihak rumah sakit, institusi Pendidikan, keluarga dan klien, serta untuk perbaikan karya tulis ilmiah yang penulis susun.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep dasar teori ileus obstruktif

1. Definisi Ileus Obstruktif

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 nekrosis segmen usus tersebut (Bernstein, 2017).

Ileus obstruktif adalah kondisi di mana isi lumen saluran pencernaan tidak dapat disalurkan ke arah distal akibat adanya sumbatan atau hambatan mekanis yang disebabkan oleh kelainan pada lumen usus, dinding usus, atau bagian luar usus yang menekan, atau kelainan vaskularisasi pada salah satu segmen usus sehingga menyebabkan nekrosis pada segmen usus (Wahyudi et al, 2020).

Berdasarkan pernyataan di atas Ileus Obstruktif merupakan kelainan yang terjadi pada usus, Dimana isi usus pada saluran cerna tidak dapat tersalurkan hingga ke anus akibat hambatan atau sumbatan mekanik pada usus

2. Klasifikasi

Menurut Indrayani, (2013) klasifikasi obstruktif antara lain :

- a. Ileus Obstruktif letak tinggi : Obstruksi mengenai usus halus (dari gaster sampai ileum terminal)
- b. Ileus obstruktif letak rendah : Obstruksi mengenai usus besar (dari ileum terminal sampai rectum)

Selain itu Ileus Obstruktif dapat dibedakan menjadi 3 berdasarkan stadiumnya, antara lain :

- a. Obstruktif Sebagian (partial obstruction): obstruktif terjadi Sebagian sehingga makanan masih bisa sedikit lewat, dapat flatus dan defekasi sedikit.
- b. Obstruktif Sederhana (simple obstruction) : obstruksi/sumbatan yang tidak disertai terjepitnya pembuluh darah (tidak disertai gangguan aliran darah)
- c. Obstruktif strangulasi (strangulated obstruction) : obstruktif yang disertai terjepitnya pembuluh darah sehingga terjadi iskemia yang berakhir dengan nekrosis.

3. Etiologi

Menurut Indrayani (2013), penyebab terjadinya ileus obstruktif antara lain :

- a. Hernia inkarserata

Di dalam lubang hernia, usus masuk dan terperangkap. Posisi Trendelburg dapat digunakan untuk mengendalikannya secara konservatif pada anak-anak, tetapi herniotomi darurat harus dilakukan jika upaya pengurangan gravitasi ini gagal dalam waktu delapan jam.

b. Non Hernia Inkaserata, antara lain :

1) Adhesi

Perlengketan dapat bersifat lokal atau meluas, tunggal atau banyak, dan terjadi ketika pita fibrosa jaringan ikat menekan usus. Perlengketan biasanya terjadi akibat peritonitis lokal atau meluas yang mengiritasi peritoneum. Biasanya, strangulasi tidak menyertai ileus yang disebabkan oleh perlengketan.

2) Invaginasi

Meskipun invaginasi atau intususepsi sangat jarang terjadi pada orang dewasa dan orang muda, invaginasi atau intususepsi sering terjadi pada anak-anak. Karena asal invaginasi pada anak-anak tidak diketahui, invaginasi sering kali bersifat idiopatik. Bentuk invaginasi yang paling umum adalah intususepsi ileosekal, yang naik ke kolon ascendens dan dapat bertahan hingga keluar dari rektum. Hal ini dapat mengakibatkan masalah perforasi dan peritonitis serta nekrosis iskemia pada segmen usus yang masuk. Ketika enema barium diberikan, diagnosis invaginasi dapat dicurigai selama pemeriksaan fisik dan diverifikasi dengan pemeriksaan sinar-X.

3) Askariasis

Cacing askariasis hidup di usus halus bagian jejunum, biasanya jumlahnya puluhan hingga ratusan ekor. Obstruksi bisa terjadi Dimana-mana pada usus halus, tetapi biasanya ileum terminal yang merupakan tempat lumen paling sempit. Obstruksi umumnya disebabkan oleh suatu gumpalan padat terdiri dari ata sisa makanan dan puluhan ekor cacing yang mati atau hampir mati akibat pemberian obat cacing. Segmen usus yang penuh dengan caing beresiko tinggi untuk mengalami volvulus, strangulasi dan perforasi.

4) Volvulus

Merupakan suatu keadaan Dimana terjadi pemutihan usus yang abnormal dari segmen usus sepanjang aksis radix mesenterii sehingga pasase makanan terganggu pada usus halus agak jarang ditemukan kasusnya, kebanyakan volvulus didapat di bagian ileum dan mudah mengalami strangulasi. Gambaran klinisnya berupa Gambaran ileus obstruktif tinggi dengan atau tanpa gejala dan tanda strangulasi.

5) Tumor

Tumor usus halus agak jarang menyebabkan obstruksi usus, kecuali jika ia menimbulkan invaginasi. Proses keganasan, terutama karsinoma ovarium dan karsinoma kolon dapat menyebabkan obstruksi usus. Hal ini terutama disebabkan oleh Kumpulan metasis di peritoneum atau di mesentrium yang menekan usus.

6) Batu empedu yang masuk ke ileus

Inflamasi yang berat dari kantung empedu menyebabkan fistula dari saluran empedu ke duodenum atau usus halus yang menyebabkan batu empedu masuk ke traktus gastrointestinal. Batu empedu yang besar dapat terjepit di usus halus, umumnya pada bagian ileum terminal atau katup ileocaecal yang menyebabkan obstruksi. Penyebab obstruksi kolon yang paling sering adalah karsinoma, terutama pada daerah rectosigmoid dan kolon kiri distal.

4. Patofisiologi

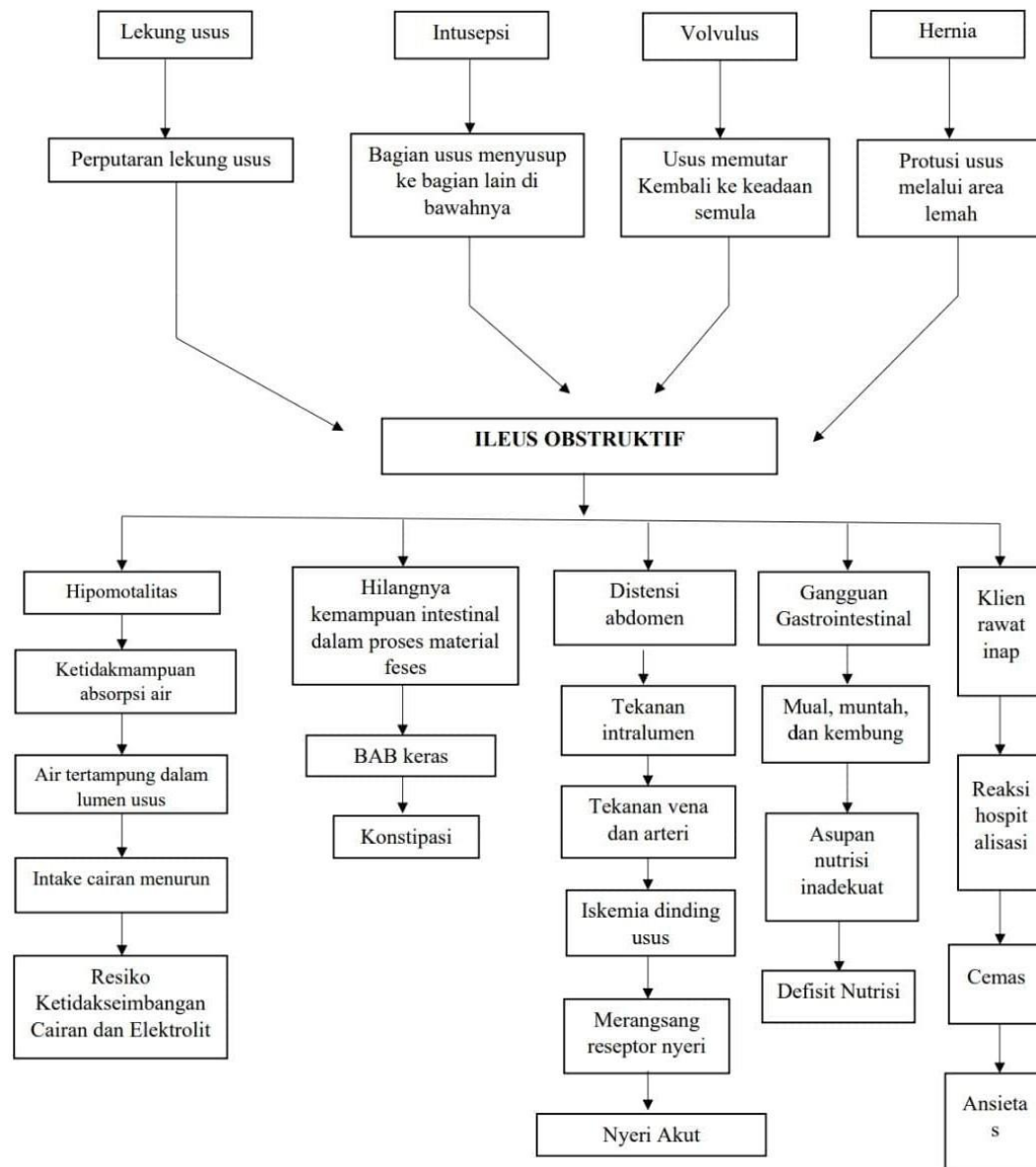
Ileus obstruktif merupakan suatu kondisi gangguan motilitas usus yang disebabkan oleh adanya hambatan mekanis pada lumen usus. Kondisi ini dapat disebabkan oleh beberapa mekanisme yaitu, lekung usus yang mengalami perputaran atau torsio, intususepsi yaitu masuknya Sebagian usus kebagian usus dibawahnya, volvulus yaitu usus memutar pada sumbu dan dapat kembali ke keadaan semula, hernia yaitu penonjolan usus melalui area yang lemah pada dinding perut.

Obstruksi menyebabkan hipomotilitas usus, yang menghambat pergerakan normal isi usus. Akibatnya, terjadi ketidakmampuan absorpsi air di dalam lumen usus. Air tertahan dan intake cairan menurun yang mengarah pada resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Karena kemampuan usus untuk memproses material feses terganggu, terjadi penumpukan feses yang mengeras (BAB keras), sehingga pasien mengalami konstipasi. Akumulasi gas dan cairan akibat obstruksi menimbulkan distensi abdomen, yang meningkatkan tekanan

intralumen. Tekanan ini menekan pembuluh darah vena dan arteri usus, menyebabkan iskemia pada dinding usus. Iskemia ini merangsang reseptor nyeri, yang memicu nyeri akut. Obstruksi juga menimbulkan mual, muntah, dan kembung akibat gangguan proses pencernaan dan pengosongan lambung hal ini dapat menyebabkan asupan nutrisi menjadi tidak adekuat, yang pada akhirnya dapat menimbulkan deficit nutrisi. Pasien dengan ileus obstruktif umumnya membutuhkan perawatan inap. Proses ini dapat menimbulkan reaksi hospitalisasi berupa kecemasan dan ansietas, yang dapat memperburuk kondisi pasien secara psikologis (Nurarif & Kusuma, 2015).

5. Pathway

Bagan 2.1 Pathway Ileus Obstruktif



Nurarif dan Kusuma (2015)

PPNI (2016)

6. Manifestasi Klinis

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

a. Mekanik sederhana – usus halus atas

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

b. Mekanik sederhana – usus halus bawah

Kolik (kram) abdomen, bising usus meningkat, nyeri tekan abdomen, dan distensi berat.

c. Mekanik sederhana – kolon

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

d. Obstruktif mekanik parsial

Dapat terjadi Bersama granulomatosa usus pada penyakit colon. Gejalanya distensi ringan, dan kram nyeri abdomen.

e. Strangulasi

Gejala berkembang dengan cepat : nyeri hebat, terus menerus terlokalisir, muntah persisten, distensi sedang, biasanya bising usus menurun dan nyeri tekan terlokalisir hebat. Feses atau vomitus menjadi berwarna gelap atau berdarah atau mengandung darah samar.

7. Komplikasi

Menurut Nuarif dan Kusuma (2015) terdapat beberapa komplikasi pada ileus obstruktif, antara lain :

- a. Peritonitis septicemia adalah suatu keadaan Dimana terjadi peradangan pada selaput rongga peritonium yang disebabkan oleh terdapatnya bakteri dalam darah (bakterimia).
- b. Syok hypovolemia terjadi akibat kekurangan volume dan dehidrasi.
- c. Perforasi usus adalah suatu kondisi yang ditandai dengan terbentuknya suatu lubang usus yang menyebabkan kebocoran isi usus ke dalam rongga perut. Kebocoran ini menyebabkan peritonitis.
- d. Nekrosisusus adalah adanya kematian jaringan pada usus
- e. Sepsis adalah infeksi berat di dalam darah karena adanya bakteri
- f. Sindrom usus pendek dengan malabsorpsi dan malnutrisi adalah suatu keadaan Dimana tubuh sudah tidak bisa mengabsorpsi nutrisi ke pembedahan
- g. Gangguan elektrolit terjadi karena hipovolemik.
- h. Abses adalah kondisi medis Dimana terkumpulnya nanah didaerah anus oleh bakteri atau kelenjar yang tersumbat pada anus.

8. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Pemeriksaan laboratorium tidak mempunyai ciri-ciri khusus, pada urinalisa, berat jenis biasa meningkat dan ketonuria yang menunjukan adanya dehidrasi dan asidosis metabolic. Leukosit normal atau sedikit

meningkat, jika sudah tinggi kemungkinan sudah terjadi peritonitis.

Kimia darah sering adanya gangguan elektrolit.

- b. Kemampuan diagnostic kolonoskopi lebih baik dibandingkan pemeriksaan barium kontras ganda. Kolonoskopi lebih sensitive dan spesifik untuk mendiagnosis neoplasma dan bahkan bisa langsung dilakukan biopsy.
- c. Foto polos abdomen sangat bernilai dalam menegakan diagnosa ileus obstruktif. Sedapat mungkin dibuat pada posisi tegak dengan sinar mendatar. Posisi datar perlu untuk melihat distribusi gas sedangkan sikap tegak untuk melihat batas udara dan air serta letak obstruksi. Secara normal lambung dan kolon terisi sejumlah kecil gas tetapi pada usus halus biasanya tidak tampak.
- d. Gambaran radiologi dari ileus berupa distensi usus dengan multiple air fluid level, distensi usus bagian proximal, abses dari udara kolon pada obstruksi usus halus. Obstruksi kolon biasanya terlibat sebagai distensi usus yang terbatas dengan Gambaran hausta, kadang-kadang Gambaran masa dapat terlihat. Pada Gambaran radiologi, kolon yang mengalami distensi menunjukkan Gambaran seperti pigura dari dinding abdomen, untuk menegakan diagnosa serta radiologis pada ileus obstruktif dilakukan foto abdomen 3 posisi. Pada pemeriksaan foto abdomen, yang dapat ditemukan pada pemeriksaan foto abdomen antara lain :
 - 1) Ileus obstruktif letak rendah :
 - a) Gambaran sama seperti ileus obstruktif letak tinggi

- b) Air fluid level yang Panjang-panjang di kolon,, sedangkan pada ileus paralitik Gambaran radiologi ditemukan dilatasi usus yang menyeluruh dari gaster sampai rectum
 - c) Gambaran penebalan usus besar juga distensi tampak tepi abdomen
- 2) Ileus obstruktif letak tinggi
- a) Coil spring appearamce
 - b) Herring bone appearance
 - c) Air fluid level yang pendek-pendek dan banyak (step ladder sign)
 - d) Dilatasi di proximal sumbatan (sumbatan paling distal di ileocecal junction) dan kolaps usus di bagian distal sumbatan.
- (Peri ,2017)

9. Penatalaksanaan Ileus Obstruktif

Dekompresi area yang tersumbat merupakan tujuan utama penanganan untuk menghindari perforasi. Biasanya, pembedahan diperlukan. Tujuan kedua adalah menghilangkan sumber hambatan. Terkadang penyumbatan hilang dengan sendirinya tanpa bantuan apa pun, terutama jika perlengketan adalah penyebabnya. Rawat inap diperlukan bagi pasien yang mengalami penyumbatan usus (Nurarif & Kusuma, 2015).

a. Persiapan

Untuk mengurangi muntah, menghindari asporasi, dan mengurangi distensi lambung (dekompresi), sebaiknya dipasang selang lambung.

Untuk meningkatkan kondisi pasien secara keseluruhan, resusitasi cairan dan elektrolit dilakukan setelah pasien berpuasa. Laparotomi dilakukan setelah kondisi ideal tercapai. Bila pemantauan dan tindakan konservatif digunakan untuk penyumbatan parsial atau karsinoma mitosis abdomen (Nurarif & Kusuma, 2015).

b. Operasi

Setelah organ vital berfungsi dengan baik dan rehidrasi telah dilakukan, pembedahan dapat dilakukan. Namun, pembedahan sesegera mungkin adalah yang paling umum. Jika terjadi obstruksi total, strangulasi, atau hernia terjepit, pembedahan dilakukan.. (Nurarif & Kusuma, 2015).

c. Pasca Bedah

Pengobatan pasca bedah sangat penting terutama dalam hal cairan dan elektrolit. Kita harus menvegah terjadinya gagal ginjal dan harus memberikan kalori yang cukup. Perlu di ingat bahwa pasca bedah usus pasien masih dalam keadaan paralitik (Nurarif & Kusuma, 2015).

2. Konsep Dasar Keperawatan pada Ileus Obstruktif

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan salah satu Upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap di pasien untuk menentukan masalah apa yang terjadi pada tubuhnya (Doenges, M.E, 2019). Adapun focus pengkajian pada pasien ileus obstruktif menurut Doenges, M.E, (2019), Nuralif, Amin Huda dan Kusuma, Hardi, (2015) adalah sebagai berikut :

a. Identitas

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

b. Keluhan Utama

Keluhan yang paling dirasakan saat dilakukan pengkajian awal pada pasien yang mengalami ileus obstruktif umumnya nyeri pada abdomen secara terus menerus disertai dengan tegang dan kaku pada abdomen, mual, muntah dan demam.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian yang dilakukan pada ileus obstruktif dijabarkan dari keluhan utama dengan metode PQRST yang meliputi :

P : paliatif/provokatif, yaitu yang meningkatkan atau mengurangi nyeri

Q : quality/quantity, yaitu intensitas, frekuensi dan lamanya keluhan nyeri dirasakan, deskripsi dan sifat nyeri.

R : region/radiation, yaitu tempat atau Lokasi sumber nyeri dan penyebaran dari nyeri yang dirasakan

S : scale/severity, yaitu derajat nyeri dengan menggunakan rentang nilai/skala dan berat ringanya nyeri termasuk dampak dari nyeri yang dirasakan terhadap aktifitas sehari-hari.

T : time, yaitu waktu dirasakan nyeri/ muncul.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian Riwayat Kesehatan dahulu difokuskan kepada Riwayat pasien dalam mengkonsumsi makanan yang tinggi serat seperti sayuran hijau atau Riwayat konsumsi buah-buahan. Selain itu, pengkajian juga diarahkan kepada riwayat ada atau tidaknya pasien mengalami penyakit Sistem pencernaan atau Tindakan operasi pada Sistem pencernaan.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pengkajian Riwayat Kesehatan keluarga difokuskan kepada Riwayat keluarga dalam konsumsi makanan di keluarga terutama dalam penyediaan makanan yang tinggi serat buat keluarga seperti sayuran hijau atau Riwayat konsumsi buah-buahan dalam keluarga. Selain itu, pengkajian juga diarahkan kepada Riwayat ada atau tidaknya keluarga yang pernah mengalami penyakit yang sama dengan pasien atau mengalami penyakit Sistem pencernaan dalam anggota keluarga.

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum :

Pasien ileus obstruktif cenderung tampak lemah, pernafasan meningkat, nadi meningkat, suhu meningkat, tekanan darah meningkat

2) Pemeriksaan Per Sistem

a) Sistem Pencernaan

Pada abdomen saat dilakukan inspeksi terlihat membuncit karena adanya kelebihan cairan pada usus akibat adanya penyumbatan lumen usus. Kolik abdomen dapat terlihat sebagai Gerakan usus atau kejang usus. Dapat ditemukan tanda-tanda dehidrasi, yang mencakup turgor kulit jelek maupun mulut dan lidah kering. pada auskultasi ileus obstruktif bising usus cenderung akan terdengar lemah karena pergerakan usus mengalami sumbatan, frekuensi bising usus umumnya $<10x/\text{menit}$ yang akan disertai mual dan muntah. Palpasi pada abdomen teraba keras, adanya nyeri tekan akibat dari tumpukan dan pembengkakan atau massa yang abnormal, distensi abdomen. Perkusi adanya hipertimpani, pada gejala permulaan obstruksi adalah adanya perubahan kebiasaan buang air besar berupa konstipasi dan kembung disertai kolik diperut bagian bawah.

b) Sistem Kardiovaskuler

Tidak ada distensi vena jugularis, akral hangat, CRT <3 detik, tidak ada edema, tekanan darah meningkat, BJ I dan BJ II terdengar normal.

c) Sistem Pernafasan

Pernafasan meningkat, dada simetris, bentuk dada normal, sonor (kanan kiri), tidak ada wheezing dan tidak ada ronchi.

d) Sistem Perkemihan

Umumnya tidak dijumpai distensi kandung kemih, pasien tidak terpasang kateter, tidak terdapat edema, tidak ada nyeri tekan dan ketuk pada daerah pinggang dan produksi urin umumnya <500cc/24jam.

e) Sistem Muskuloskeletal

Bentuk kedua ekstremitas atas dan bawah umumnya simetris, tonus otot baik, kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah baik, tidak ada deformitas persendian dan tulang, ROM tidak mengalami keterbatasan, namun pasien cenderung akan mengalami keterbatasan dalam melakukan aktifitas secara mandiri.

f) Sistem Hematologi

Umumnya cenderung terjadi peningkatan leukosit yang merupakan tanda dari adanya infeksi.

g) Sistem integument

Tidak ada edema, turgor kulit menurun, dan tidak ada sianosis

g. Data Psikologis

1) Status Emosi

Klien umumnya mampu mengontrol emosinya.

2) Mekanisme Koping

Pasien cenderung akan mengungkapkan permasalahannya terkait proses perawatan dan pengobatan kepada orang terdekat baik suami, orang tua ataupun anaknya.

3) Tingkat Kecemasan

Bagian terpenting dari pengkajian kecemasan adalah untuk menggali peran orang terdekat, baik dari keluarga atau sahabat pasien dan adanya sumber dukungan orang terdekat akan menurunkan kecemasan.

4) Konsep Diri

Rekasi individu berbeda-beda tergantung pada konsep diri dan Tingkat harga dirinya.

h. Data Sosial

1) Pola Komunikasi

Perlu dikaji terkait gaya bicara klien, keterbukaan dalam berkomunikasi, dan intonasi dan bahasa yang digunakan saat berkomunikasi.

2) Pola Interaksi

Perlu dikaji terkait interaksi klien dengan keluarga, perawat dan lingkungan sekitar.

i. Data Spiritual

1) Falsafah Hidup

Perlu dikaji keyakinan klien terhadap Tuhan terkait penyakit yang dideritanya

2) Sense Of Transendence

Perlu dikaji persepsi klien terhadap penyakitnya, optimisme atau pesimis terhadap kesembuhan penyakitnya.

3) Konsep Ketuhanan

Perlu dikaji terkait pelaksanaan ibadah sebelum dan sesudah sakit dan bagaimana pelaksanaan ibadah klien sebelum dan saat sakit, apakah ada perubahan atau tidak.

j. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Nutrisi

Pasien ileus obstruktif identiknya mengalami masalah pada pola nutrisi dan metabolic karena pasien datang dengan keluhan mual dan muntah akibat ileus yang terjadi pada usus. Pasien sering mengalami penurunan nafsu makan.

2) Eliminasi

Pasien ileus obstruktif sering mengalami konstipasi dan tidak bisa flatul karena peristaltic usus menurun. Pada pola eliminasi, hal yang paling sering dikeluhkan oleh pasien adalah masalah pada eliminasi fekal yaitu konstipasi atau sulit BAB. Sedangkan untuk eliminasi urin, jarang mengalami masalah. Bentuk feses tampak padat dengan jumlah yang sedikit dan frekuensi BAB yang menurun sehingga harus diberikan terapi melunakan feses agar pasien mudah melakukan eliminasi fekal (BAB).

3) Istirahat

Pasien ileus obstruktif dapat ditemukan gangguan pola pemenuhan istirahat tidur dikarenakan adanya nyeri pada bagian abdomen. Pasien sering mengeluh sulit tidur akibat nyeri yang dialaminya dan jumlah jam tidur siang dan malam berkurang. Kaji ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap, palpebra inferior berwarna gelap, terapi yang berkaitan dengan pola tidur dan istirahat.

4) Personal Hygiene

Klien tidak mampu merawat dirinya,

k. Analisa Data

Analisa data merupakan proses kegiatan terakhir dari tahap pengkajian setelah dilakukannya pengumpulan data dan juga validasi data dengan cara mengidentifikasi suatu pola atau masalah yang mengalami gangguan dimulai dari pengkajian sampai dengan pola fungsi Kesehatan. (Nengsi, 2018).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI PPNI (2018) diagnosa keperawatan adalah hasil akhir dari pengkajian yang merupakan pernyataan atau penilaian perawat terhadap masalah yang muncul akibat dari respon pasien. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien ileus obstruktif adalah :

a. Nyeri Akut

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan

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

Penyebab yaitu agen pencedera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (misal abses, amputasi terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

Gejala dan tanda mayor subjektif berupa mengeluh nyeri. sedangkan gejala dan tanda mayor objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Gejala dan tanda minor subjektif yaitu (tidak tersedia), sedangkan gejala dan tanda minor objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis. Kondisi klinis yang dapat terkait yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom coroner akut, glaucoma.

b. Defisit Nutrisi

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) deficit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Penyebabnya yaitu ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme, factor ekonomi (misal finansial tidak mencukupi), factor psikologis (misal stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan tanda mayor subjektif yaitu (tidak tersedia), sedangkan gejala dan tanda mayor objektif yaitu, berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal. Gejala dan tanda minor subjektif yaitu, cepat kenyang setelah makan, kram/ nyeri abdomen, nafsu makan menurun. Sedangkan gejala dan tanda minor objektif yaitu, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.

Kondisi klinis yang terkait adalah stroke, Parkinson, mobius syndrome, cerebral palsy, cleft lip, cleft palate, amyotrophic lateral sclerosis, kerusakan neuromuscular, luka bakar, kanker, infeksi, AIDS, penyakit crohn's.

c. Risiko Ketidakseimbangan Cairan

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) risiko ketidakseimbangan cairan adalah berisiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dan intravaskuler, interstisial atau intraselular. Adapun faktor risiko yaitu, prosedur pembedahan mayor, trauma/ perdarahan, luka bakar, apheresis, asites, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal. Kondisi klinis yang terkait adalah, prosedur pembedahan mayor, penyakit ginjal dan kelenjar, perdarahan, luka bakar.

d. Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) risiko ketidakseimbangan elektrolit adalah berisiko mengalami perubahan kadar serum elektrolit. Adapun faktor risiko yaitu, ketidakseimbangan cairan

(misal dehidrasi dan intoksikasi air), kelebihan volume cairan, gangguan mekanisme regulasi (misal diabetes), efek samping prosedur (misal pembedahan), diare, muntah, disfungsi ginjal, disfungsi kelenjar endokrin. Kondisi klinis yang terkait adalah gagal ginjal, anoreksia nervosa, diabetes melitus, penyakit kronis, gastroenteritis, pankreatitis, cedera kepala, kanker, trauma multiple, luka bakar, anemia sel sabit.

e. Konstipasi

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) konstipasi adalah penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak. Penyebab fisiologis konstipasi adalah penurunan motilitas gastrointestinal, ketidakadekuatan pertumbuhan gigi, ketidakcukupan diet, ketidakcukupan asupan serat, ketidakcukupan asupan cairan, aganglionik (misal penyakit Hirschsprung), kelemahan otot abdomen.

Penyebab fisiologis adalah konstipasi, depresi, gangguan emosional. Penyebab situasional adalah perubahan kebiasaan makan (misal jenis makanan, jadwal makan), ketidakadekuatan toileting, aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan, penyalahgunaan laksatif, efek agen farmakologis, ketidakaturan kebiasaan defekasi, kebiasaan menahan dorongan defekasi, perubahan lingkungan.

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

subjektif yaitu mengejan saat defekasi. Tanda dan gejala minor objektif yaitu distensi abdomen, kelemahan umum, teraba massa pada rektal.

f. Ansietas

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman. Penyebabnya yaitu krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi Sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (misal toksin, polutan, dan lain-lain), kurang terpapar informasi.

Gejala dan tanda mayor subjektif adalah merasa bingung, merasa khawatir akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi. Gejala dan tanda mayor objektif yaitu tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur. Gejala dan tanda minor subjektif yaitu mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya. Gejala dan tanda minor objektif yaitu frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu. Kondisi klinis terkait yaitu penyakit kronis progresif (misal kanker, penyakit autoimun), penyakit akut.

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 1 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri Akut (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... maka diharapkan nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil : - Nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) OBSERVASI : - Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas rasa nyeri, - Identifikasi skala nyeri, - Identifikasi respons nyeri nonverbal, - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, - Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, - Monitor efek samping penggunaan analgesic. TERAPEUTIK - Berikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, - Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri, - Fasilitasi istirahat dan tidur, - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.	OBSERVASI : - Informasi ini membantu dalam menentukan penyebab nyeri dan mengevaluasi efektivitas intervensi serta membedakan jenis nyeri (somatic, visceral, neuropatik). - Skala nyeri (misalnya NRS,VAS atau Wong-Baker) memberikan pengukuran objektif terhadap nyeri yang sangat subjektif, dan digunakan untuk memantau perubahan nyeri secara berkala - Pasien mungkin tidak selalu dapat mengungkapkan nyeri secara verbal; oleh karena itu, tanda-tanda nonverbal seperti ekspresi wajah, gelisah, atau tangisan perlu diamati untuk deteksi dini. - Mengetahui faktor-faktor ini membantu perawat merancang intervensi yang sesuai untuk meminimalkan nyeri. - Persepsi pasien terhadap nyeri dipengaruhi oleh budaya,

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			EDUKASI : - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, - Jelaskan strategi meredakan nyeri, - Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. KOLABORASI : - Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.	pengalaman masa lalu, dan keyakinan pribadi. Edukasi yang efektif dimulai dari pemahaman ini. - Nyeri yang menetap dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari, istirahat, hubungan sosial, dan kesejahteraan emosional. - Analgesik, terutama opioid, dapat menimbulkan efek samping seperti mual, konstipasi, atau depresi pernapasan. Pemantauan mencegah komplikasi serius. TERAPEUTIK : - Teknik seperti distraksi, kompres hangat/dingin, relaksasi napas dalam, dan pijat dapat meningkatkan kenyamanan pasien dan mengurangi kebutuhan analgesik. - Faktor lingkungan seperti suara bising, cahaya berlebihan, atau suhu ekstrem dapat meningkatkan stres dan memperparah persepsi nyeri. - Tidur yang cukup membantu proses penyembuhan dan menurunkan ambang nyeri, meningkatkan toleransi terhadap nyeri. - Nyeri somatik, visceral, dan neuropatik memiliki pendekatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				manajemen yang berbeda. Pemilihan strategi yang sesuai meningkatkan efektivitas terapi. EDUKASI : - Memberikan pemahaman kepada pasien dapat mengurangi kecemasan dan meningkatkan rasa kontrol terhadap kondisi mereka. - Informasi yang jelas membantu pasien terlibat aktif dalam pengelolaan nyeri dan meningkatkan kepatuhan terhadap terapi. - Pemberdayaan pasien untuk menggunakan metode non-obat dapat mengurangi intensitas nyeri dan meningkatkan kemandirian. KOLABORASI : - Analgesik tetap menjadi bagian penting dalam pengelolaan nyeri akut. Kolaborasi dengan tim medis memastikan pemberian obat sesuai indikasi dan dosis yang tepat...
2.	Defisit Nutrisi	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama ... maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : - Porsi makan yang dihabiskan meningkat	Manajemen Nutrisi (I.03119) OBSERVASI : - Identifikasi status nutrisi, - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, - Identifikasi makanan yang disukai, - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient,	OBSERVASI - Menentukan apakah pasien mengalami malnutrisi, gizi kurang, atau gizi lebih, sehingga intervensi yang diberikan tepat sasaran. - Mencegah reaksi alergi atau gangguan pencernaan akibat konsumsi makanan yang tidak sesuai dengan kondisi pasien.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		- Berat badan membaik - Indeks masa tubuh (IMT) membaik	- Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric - Monitor asupan makanan, - Monitor berat badan, - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium. TERAPEUTIK : - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu, - Fasilitasi menentukan pedoman diet (misal piramida makanan), - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, - Berikan suplemen makanan jika perlu, - Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi. EDUKASI : - Ajarkan posisi duduk, jika mampu, - Ajarkan diet yang diprogramkan. KOLABORASI : - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (misal Pereda nyeri, antiemetic) jika perlu, - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.	- Meningkatkan nafsu makan dan kepatuhan terhadap diet dengan mempertimbangkan preferensi pasien. - Zat gizi yang sesuai dengan kondisi medis dan kebutuhan metabolik pasien. - Menentukan apakah pasien memerlukan dukungan nutrisi enteral karena tidak mampu makan secara oral. - Mengevaluasi kecukupan nutrisi harian dan mengetahui sejauh mana pasien memenuhi kebutuhan nutrisinya. - Menilai perubahan status gizi dan efektivitas intervensi nutrisi yang telah diberikan. - Memantau kadar elektrolit, protein, hemoglobin, albumin, dan indikator nutrisi lainnya yang mendukung evaluasi status gizi. TERAPEUTIK : - Kenyamanan mulut dan nafsu makan serta mencegah infeksi oral. - Memberikan pemahaman visual tentang pola makan seimbang dan membantu pasien membuat pilihan makanan sehat. - Meningkatkan selera makan dan memudahkan pasien dalam mengonsumsi makanan.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				- Serat membantu meningkatkan peristaltik usus dan mencegah sembelit, terutama pada pasien dengan aktivitas fisik terbatas. - Mendukung penyembuhan, mempercepat regenerasi jaringan, dan mencegah katabolisme otot. - Melengkapi kekurangan nutrisi yang tidak terpenuhi dari makanan utama, terutama pada pasien dengan kebutuhan khusus. - Mendorong kembali kemampuan makan oral dan mengurangi risiko komplikasi dari penggunaan selang jangka panjang EDUKASI : - Mencegah aspirasi, memperlancar proses menelan, dan mendukung kenyamanan selama makan. - Memahami pentingnya kepatuhan terhadap diet khusus sesuai dengan kondisi medisnya, sehingga mempercepat pemulihan. KOLABORASI - Mengurangi hambatan makan seperti nyeri atau mual, sehingga asupan makanan dapat ditingkatkan. - Memastikan intervensi diet yang tepat dan individualisasi rencana

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				nutrisi berdasarkan kondisi klinis dan kebutuhan pasien.
3.	Risiko Ketidakseimbangan Cairan (D.0036)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama ... maka diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil : - Asupan cairan meningkat - Output urin meningkat - Membrane mukosa lembab meningkat - Edema menurun - Dehidrasi menurun - Tekanan darah membaik - Frekuensi nadi membaik - Kekuatan nadi membaik - Tekanan arteri rata-rata membaik - Mata cekung membaik - Turgor kulit membaik	Manajemen Cairan (I.03098) OBSERVASI : - Monitor status hidrasi (misal frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah), - Monitor berat badan harian, - Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis, - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (misal hematokrit, Na, K, CL, berat jenis urin, BUN), - Monitor status hemodinamik (misal MAP,CVP,PAP,PCWP, jika tersedia). TERAPEUTIK : - Catat intake- output dan hitung bekas cairan 24 jam, - Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan, - Berikan cairan intravena, jika perlu. KOLABORASI : - Kolaborasi pemberian diuretic, jika perlu.	OBSERVASI - Mendeteksi tanda-tanda dehidrasi atau kelebihan cairan secara dini. Perubahan tanda-tanda vital dan parameter fisik dapat menunjukkan ketidakseimbangan cairan tubuh. - Menilai retensi atau kehilangan cairan tubuh, terutama pada pasien dengan gangguan ginjal, gagal jantung, atau terapi diuretik. - Mengevaluasi seberapa banyak cairan yang telah berhasil dikeluarkan selama prosedur dialisis dan mencegah overload atau dehidrasi. - Memantau status elektrolit, fungsi ginjal, dan konsentrasi urin, yang sangat penting dalam pengelolaan keseimbangan cairan dan elektrolit. - Menilai perfusi organ dan status volume intravaskuler secara akurat, khususnya pada pasien kritis atau dengan gangguan kardiovaskular. TERAPEUTIK : - Menilai keseimbangan cairan harian pasien, mendeteksi retensi atau defisit cairan, serta membantu

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				pengambilan keputusan terapi cairan. - Mencegah atau mengatasi dehidrasi, dan menjaga keseimbangan cairan tubuh sesuai kondisi klinis pasien. - Menggantikan kehilangan cairan secara cepat dan efektif pada pasien yang tidak dapat mencukupi kebutuhan cairannya secara oral atau mengalami dehidrasi berat. KOLABORASI : - Membantu mengeluarkan cairan berlebih pada pasien dengan edema, gagal jantung, atau gangguan ginjal, dan mengontrol tekanan darah serta status volume cairan tubuh.
4.	Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit (D.0037)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama ... maka diharapkan keseimbangan elektrolit meningkat dengan kriteria hasil : - Serum natrium membaik - Serum kalium membaik - Serum klorida membaik	Pemantauan Elektrolit (I.03122) OBSERVASI : - Monitor kemungkinan penyebab ketidak seimbangan elektrolit - Monitor kadar elektrolit serum, - Monitor mual, muntah, diare, - Monitor kehilangan cairan, jika perlu, - Monitor tanda dan gejala hipokalemia (misal kelemahan otot, interval QT memanjang, gelombang T datar atau terbalik, depresi segmen ST, gelombang U, kelelahan, parestesia, penurunan refleks,	OBSERVASI : - Mengidentifikasi faktor pencetus seperti penggunaan diuretik, muntah, diare, gangguan ginjal, atau gangguan hormonal sangat penting untuk mencegah dan mengatasi ketidakseimbangan elektrolit sejak dini. - Pemeriksaan kadar elektrolit seperti natrium, kalium, kalsium, dan magnesium secara laboratorium memberikan data objektif untuk menilai status

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			anoreksia, konstipasi, motilitas usus menurun, pusing, depresi pernafsan), - Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (misal peka rangsang, gelisah, mual, muntah, takikardia, mengarah bradikardia, fibrilasi/takikardia ventrikel, gelombang T tinggi, gelombang P datar, kompleks QRS tumpul, blok jantung mengarah asisitol), - Monitor tanda dan gejala hyponatremia (misal disorientasi, otot berkedut, sakit kepala, membrane mukosa kering, hipotensi postural, kejang, letargi, penurunan kesadaran), - Monitor tanda dan gejala hypernatremia (misal haus, demam, mual, muntah, gelisah, peka rangsang, membrane mukosa kering, takikardia, hipotensi, letargi, konfusi, kejang), - Monitor tanda dan gejala hipokalsemia (misal peka rangsang, tanda Chvostek (spasme otot wajah) dan tanda trousseau (spasme karpal), kram otot, interval QT memanjang), - Monitor tanda dan gejala hiperkalsemia (misal nyeri tulang, haus, anoreksia, letargi, kelemahan otot, segmen QT memendek,	elektrolit dan merencanakan intervensi yang tepat. - Ketiga kondisi ini menyebabkan kehilangan elektrolit melalui saluran cerna, yang dapat memicu hipokalemia, hiponatremia, atau hipomagnesemia, sehingga perlu dimonitor untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. - Kehilangan cairan melalui perdarahan, drainase luka, keringat berlebih, atau output urin dapat menyebabkan hemokonsentrasi atau deplesi elektrolit, sehingga pemantauan volume dan jenis kehilangan cairan penting untuk menghindari ketidakseimbangan. - Hipokalemia dapat menyebabkan gangguan neuromuskular dan irama jantung yang serius. Deteksi dini melalui gejala klinis dan EKG seperti gelombang T datar atau U yang muncul, sangat penting untuk mencegah henti jantung. - Hiperkalemia merupakan kondisi darurat karena dapat menyebabkan aritmia berat hingga asistol. Gejala awal seperti gelisah dan gelombang T tinggi harus segera dikenali untuk dilakukan penanganan segera.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			gelombang T lebar, kompleks QRS lebar, interval PR memanjang), - Monitor tanda dan gejala hypomagnesemia (misal depresi pernafasan, apatis, tanda Chvostek, tanda trousseau, konfusi, disritmia), - Monitor tanda dan gejala hypermagnesemia (misal kelemahan otot, hiporefleks, bradikardia, depresi SSP, letargi, koma, depresi). TERAPEUTIK : - Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan EDUKASI : - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.	- Hiponatremia dapat menyebabkan gangguan neurologis seperti kejang dan penurunan kesadaran akibat edema otak. Pemantauan penting agar tidak terjadi kerusakan otak yang permanen. - Hipernatremia menimbulkan dehidrasi seluler, terutama pada otak, yang menyebabkan letargi, kejang, hingga koma. Deteksi tanda awal seperti haus berlebihan atau gelisah sangat penting untuk mencegah komplikasi berat. - Kadar kalsium yang rendah dapat menyebabkan hipereksitabilitas neuromuskular yang terlihat pada tanda Chvostek dan Trousseau, serta bisa menimbulkan kejang dan disritmia bila tidak ditangani segera. - Hiperkalsemia dapat menekan sistem saraf pusat dan jantung, ditandai dengan kelemahan otot, letargi, serta perubahan EKG seperti kompleks QRS melebar. Pemantauan ketat dibutuhkan untuk mencegah gagal jantung. - Kekurangan magnesium mempengaruhi kontraktilitas otot dan konduksi jantung, serta dapat menimbulkan kejang atau disritmia. Gejala awal seperti

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				apatis atau tanda Chvostek harus segera dikenali. - Kelebihan magnesium dapat menyebabkan depresi sistem saraf pusat dan sistem kardiovaskular, yang berujung pada koma atau henti jantung. Pemantauan ketat gejala seperti bradikardia atau hiporefleksi sangat penting. TERAPEUTIK : - Penyesuaian frekuensi pemantauan berdasarkan kondisi klinis pasien (misalnya kondisi akut, risiko tinggi, atau stabil) penting untuk mendeteksi perubahan kadar elektrolit secara dini dan mencegah komplikasi seperti disritmia, kejang, atau gangguan kesadaran. - Pencatatan hasil secara akurat dan sistematis membantu tenaga kesehatan dalam mengevaluasi tren perubahan elektrolit, mendukung pengambilan keputusan klinis, dan meningkatkan kesinambungan asuhan antar shift atau antar profesi. EDUKASI : - Memberikan penjelasan yang jelas kepada pasien mengenai alasan dan proses pemantauan membantu

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				mengurangi kecemasan, meningkatkan pemahaman, serta mendukung partisipasi aktif pasien dalam perawatan. - Menyampaikan hasil pemantauan secara tepat dapat meningkatkan kesadaran pasien terhadap kondisi kesehatannya, serta memperkuat kerja sama dalam menjalankan intervensi lanjutan atau perubahan terapi yang dibutuhkan.
5.	Konstipasi (D.0049)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama ... maka diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil : - Control pengeluaran feses meningkat - Keluhan defekasi lama dan sulit menurun - Mengejan saat defekasi menurun - Konsistensi feses membaik - Frekuensi BAB membaik - peristaltic usus membaik	Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151) OBSERVASI : - Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar - Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal - Monitor buang air besar (misal warna, frekuensi, konsistensi, volume) - Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi Terapeutik - Berikan air hangat setelah makan - Jadwalkan waktu defekasi Bersama pasien - Sediakan makanan tinggi serat EDUKASI : - Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltic usus	OBSERVASI : - Mengetahui adanya gangguan eliminasi seperti konstipasi kronis atau ketergantungan pada laksatif, sehingga bisa dirancang strategi eliminasi yang lebih alami dan aman. - Beberapa obat (seperti opioid, antibiotik, antasida) dapat menyebabkan konstipasi atau diare. Mengidentifikasi efek ini membantu dalam mengantisipasi serta mengelola gangguan eliminasi lebih awal. - Pemantauan karakteristik feses memberikan informasi penting tentang fungsi usus, hidrasi, nutrisi, dan adanya infeksi atau perdarahan saluran cerna. - Deteksi dini gangguan eliminasi membantu mencegah komplikasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			- Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses - Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi - Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas - Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat - Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi KOLABORASI : - Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu.	serius seperti dehidrasi akibat diare, atau obstruksi akibat impaksi tinja. TERAPEUTIK : - Air hangat dapat merangsang peristaltik usus secara alami dan membantu memperlancar proses defekasi, terutama saat diberikan setelah makan (refleks gastrokolik). - Menetapkan rutinitas buang air besar membantu melatih refleksi defekasi dan meningkatkan keteraturan eliminasi, terutama pada pasien dengan konstipasi. - Serat meningkatkan massa feses dan merangsang motilitas usus, sehingga efektif dalam mencegah atau mengatasi konstipasi. EDUKASI : - Edukasi tentang makanan tinggi serat seperti sayur, buah, dan biji-bijian membantu pasien memilih pola makan yang mendukung fungsi gastrointestinal normal. - Pencatatan oleh pasien memungkinkan pemantauan pola buang air besar secara berkelanjutan dan menjadi data penting untuk evaluasi intervensi. - Aktivitas fisik merangsang peristaltik usus, memperbaiki

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				metabolisme, dan membantu mencegah konstipasi pada pasien yang mampu bergerak. - Mengurangi makanan seperti kol, kacang, dan soda dapat membantu mengurangi ketidaknyamanan akibat distensi perut dan flatulensi. - Peningkatan asupan serat mempercepat waktu transit usus dan meningkatkan frekuensi defekasi. - Cairan membantu melunakkan feses dan memfasilitasi defekasi yang lebih mudah dan nyaman. KOLABORASI : - Supositoria dapat merangsang refleks defekasi secara lokal, berguna pada pasien yang mengalami konstipasi parah atau tidak merespons metode alami.
6.	Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama ... maka diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : - Verbalisasi kebingungan menurun - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun	Reduksi Ansietas (I.09314) OBSERVASI : - Identifikasi saat Tingkat ansietas berubah (misal kondisi, waktu, stressor) - Identifikasi kemampuan mengambil Keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) TERAPEUTIK : - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	OBSERVASI : - Membantu dalam menentukan faktor pencetus dan pola ansietas, sehingga intervensi bisa diberikan lebih tepat waktu dan sesuai kebutuhan. - Ansietas dapat mengganggu proses berpikir dan membuat pasien kesulitan mengambil keputusan, sehingga perlu dinilai untuk

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		- Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Konsentrasi membaik	- Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang EDUKASI : - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami - Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, prognosis - Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat - Latih Teknik relaksasi KOLABORASI :	memberikan dukungan yang sesuai. - Tanda-tanda seperti gelisah, berkeringat, sulit konsentrasi, atau keluhan fisik seringkali merupakan indikator awal yang penting untuk deteksi dini dan intervensi TERAPEUTIK : - Lingkungan yang aman dan suportif membantu pasien merasa diterima dan mengurangi rasa takut atau curiga. - Kehadiran orang lain yang suportif dapat memberikan rasa aman dan membantu meredakan kecemasan. - Mengetahui pemicu spesifik membantu perawat dan pasien dalam merencanakan strategi koping yang efektif. - Membuat pasien merasa dihargai dan dipahami, yang dapat menurunkan ketegangan emosional. - Suara dan sikap yang tenang dapat memengaruhi keadaan emosi pasien, membantu menurunkan tingkat kecemasan. - Barang-barang familiar dapat menciptakan rasa aman dan koneksi emosional, yang membantu menurunkan stres.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			- Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	- Kesadaran terhadap pemicu memungkinkan pasien belajar mengantisipasi dan mengelola kecemasan secara mandiri. - Membantu pasien mempersiapkan diri secara emosional dan mengurangi rasa takut terhadap ketidakpastian. EDUKASI - Informasi yang jelas dapat mengurangi ketakutan terhadap hal yang tidak diketahui dan meningkatkan kontrol diri. - Pengetahuan yang benar dapat mengurangi kecemasan yang disebabkan oleh asumsi atau informasi keliru. - Dukungan keluarga sangat penting dalam memberikan rasa aman dan memperkuat sistem dukungan emosional. - Aktivitas ringan yang menyenangkan membantu mengalihkan perhatian dari stres dan mendukung keseimbangan emosional. - Mengungkapkan emosi dapat melegakan perasaan tertekan dan mencegah akumulasi kecemasan. - Aktivitas pengalihan seperti membaca, menggambar, atau mendengarkan musik membantu

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				mengalihkan pikiran dari sumber kecemasan. - Membantu pasien mengembangkan strategi koping yang adaptif untuk menghadapi stres dengan cara yang sehat. - Teknik seperti pernapasan dalam, meditasi, atau relaksasi otot progresif efektif untuk menurunkan ketegangan fisik dan emosional. KOLABORASI - Terapi farmakologis dapat menjadi pendukung penting dalam mengatasi ansietas berat yang tidak dapat diatasi hanya dengan terapi non-obat.

Sumber; Pokja PPNI SDKI (2016), Pokja PPNI SLKI (2018), Pokja PPNI SIKI (2018)

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status Kesehatan yang dihadapi ke status Kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil. Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan terdiri dari tiga jenis yaitu independent implementations, interdeppenden/collaburatif dandendent implementations (Leniwita & Anggraini, 2019)

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari Tindakan keperawatan tyang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan Tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Leniwita & Anggraini, 2019). Evaluasi dilakukan untuk mengevaluasi sejauh mana tujuan perawatan telah tercapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode, seperti Teknik komunikasi SBAR dan pendekatan SOAP.

Evaluasi Proses atau Formatif, evaluasi ni dilakukan setelah Tindakan keperawatan selesai dilaksanakan. Tujuanya adalah untuk mengevaluasi proses perawatan yang telah dilakukan. Dalam evaluasi ini, perawat menilai keefektifan Tindakan yang telah dilakukan, mengidentifikasi masalah atau

hambatan yang muncul selama proses perawatan, dan memperbaiki rencana perawatan jika diperlukan.

Evaluasi Hasil atau Sumatif, evaluasi ini dilakukan dengan membandingkan respon klien terhadap tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan dalam perencanaan keperawatan. Perawat menilai apakah tujuan perawatan telah tercapai, sejauh mana perubahan terjadi pada kondisi klien dan apakah ada perubahan atau masalah baru yang perlu ditangani. Evaluasi hasil digunakan untuk mengevaluasi efektivitas asuhan keperawatan secara keseluruhan.

Pendekatan SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) juga dapat digunakan dalam proses evaluasi keperawatan. Berikut adalah penjelasan singkat mengenai setiap komponen dalam pendekatan SOAP :

S (Subjective) : merupakan respon subjektif klien terhadap Tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Informasi ini didapatkan melalui wawancara dengan klien atau keluarga mengenai perasaan, keluhan, atau perubahan yang dirasakan oleh klien.

O (objective) : merupakan respon objektif klien terhadap Tindakan keperawatan yang dilaksanakan. Informasi ini diperoleh melalui pengamatan langsung oleh perawat, seperti hasil pemeriksaan fisik, data laboratorium, atau hasil tes diagnostic.

A (Assesment) : merupakan analisis ulang data objektif dan subjektif untuk menevaluasi apakah masalah yang ada masih tetap atau muncul masalah baru.

Perawat juga mengevaluasi apakah ada data yang kontradiktif dengan masalah yang telah diidentifikasi sebelumnya.

P (Plan) : merupakan perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien. Perawat merumuskan rencana perawatan yang baru atau memodifikasi rencana perawatan yang sudah ada.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

1) Identitas Pasien:

Nama : Ny. P

Tempat Tanggal : Garut 1 Januari 1943

Lahir

Umur : 82 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pekerjaan : IRT

Alamat : Kp. Lembut Tengah Desa. Putra
Jawa

Tanggal Masuk RS : 24-04-2025

Tanggal Pengkajian : 24-04-2025

Diagnosa Medis : Ileus Obstruktif

No RM : 241526

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. R

Umur : 32 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : IRT
Agama : Islam
Alamat : JL. Merdeka
Hubungan dengan : Cucu
pasien

A. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri di abdomen bagian kanan bawah.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 24 April 2025, pasien mengeluh nyeri dibagian abdomen, nyeri bertambah pada saat bergerak dan berkurang pada saat berbaring, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk, skala nyeri 5 (0-10) dan nyeri dirasakan hilang timbul. Pasien juga mengatakan bahwa sudah 1 minggu pasien susah BAB dan tidak flatulensi. Pasien juga mengatakan merasa khawatir dengan kondisi yang dialaminya.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga pasien mengatakan 1 minggu yang lalu pernah berobat di klinik dengan keluhan nyeri perut. Pasien memiliki kebiasaan makan makanan yang kurang serat, pasien jarang mengonsumsi

sayuran dan buah- buahan. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit turunan dan menular.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah mengalami penyakit yang sama dengan pasien dan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular ataupun penyakit turunan.

B. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran kompos mentis, nilai GCS 15 E4M6V5. Pasien dapat menjawab dengan baik setiap pertanyaan yang diajukan oleh perawat maupun mahasiswa dan pasien dapat mengenal waktu, tempat dan orang.

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah	: 130/90mmHg
Frekuensi Nadi	: 88x/menit
Frekuensi Nafas	: 20x/menit
Spo ²	: 99%
Suhu	: 36°C

3) Pemeriksaan Fisik Persistem

1) Sistem Pernafasan

Lubang hidung tampak simetris antara lubang kanan dan kiri tidak ada pernafasan cuping hidung, suara nafas vesicular, fungsi penciuman baik terbukti pasien bisa membedakan wangi parfum dan minyak kayu putih, frekuensi nafas 21x/menit.

2) Sistem Kardiovaskuler

Saat di inspeksi dada simetris, tidak ada sianosis nadi 88x/menit, bunyi jantung normal dan regular, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada nyeri tekan, TD 130/80mmHg, CRT <2detik,

3) Sistem Pencernaan

Bentuk bibir simetris mukosa bibir tampak kering, bibir pucat, tidak ada lesi pada bibir dan gusi, lidah bersih, pasien mampu menelan walaupun sakit, perut pasien kembung dan kencang, terdapat pembesaran abdomen, distensi abdomen, terdapat nyeri tekan pada abdomen, perut terasa keras, peristaltic usus menurun 3x/menit.

4) Sistem Perkemihan

Tidak terdapat odema palpebra, keadaan kandung kemih baik, tidak terdapat nocturia, dysuria.

5) Sistem Persyarafan

a) Nervus (olfactorius)

Pasien dapat membedakan bau minyak telon dan minyak kayu putih.

b) Nervus II (opticus)

Ketajaman penglihatan pasien kurang baik, terbukti pasien tidak mampu membaca papan nama pemeriksa pada jarak 30 cm namun pada saat di dekatkan pasien mampu membacanya.

c) Nervus III (oculomotoris)

Pupil mengecil pada saat diberikan rangsangan Cahaya

d) Nervus IV (troclearis)

Pasien dapat menggerakkan bola matanya ke atas dan kebawah.

e) Nervus V (abducent)

Pasien dapat menggerakkan bola matanya kesamping kiri dan kesamping kanan.

f) Nervus VI (trigeminus)

Sensori kulit wajah pasien baik, dapat merasakan gesekan kapas pada pipi.

g) Nervus VII (facialis)

Pasien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi

h) Nervus VIII (vestibulococlear)

Pendengaran pasien kurang baik, terbukti pasien tidak dapat mendengar bisikan perawat.

i) Nervus IX, X (glosopharingeus, vagus)

Reflex menelan dan muntah pasien baik.

j) Nervus XI (hipoglosus)

Pasien mampu menggerakkan lidahnya ke kanan dan ke kiri

k) Nervus XII (accesorius)

Pasien dapat menoleh ke kanan dan ke kiri, mengangguk kepala dan menggerakkan kedua bahunya.

6) Sistem Integumen

Rambut beruban, tekstur rambut halus, tidak ada lesi pada kulit kepala, warna dasar kuku transparan, bentuk kuku cembung, tidak ada kotoran pada kuku, warna kulit sawo matang, turgor kulit baik (Kembali <2detik), tidak terdapat sianosis

7) Sistem Muskuloskeletal

a) Ekstremitas atas : tangan simetris, tidak terdapat lesi, masih aktif bisa digerakan, jumlah jari lengkap, terpasang infus ditangan sebelah kiri.

b) Ektremitas bawah : kaki simetris, tidak terdapat lesi, jumlah jari lengkap.

c) Kekuatan otot :

5	5
5	5

8) Sistem Penglihatan

Letak mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, ketajaman penglihatan pasien kurang baik, terbukti pasien tidak mampu membaca papan nama pemeriksa pada jarak 30 cm namun pada saat di dekatkan pasien mampu membacanya, tidak menggunakan alat bantu penglihatan , tidak ada nyeri tekan pada mata

9) Sistem Pendengaran

Letak telinga kanan dan kiri simetris, tidak terdapat lesi, fungsi pendengaran kurang baik terbukti pasien tidak bisa mendengar bisikan perawat, pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada nyeri tekan pada telinga.

C.Data Psikologi

1) Status Emosi

Emosi pasien kurang stabil, pasien tampak cemas saat wawancara dengan perawat.

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri/ Body Image

Pasien menyukai seluruh anggota tubuhnya. Pasien mengatakan bahwa semua anggota tubuhnya merupakan pemberian dari Allah SWT

b) Ideal Diri

Pasien ingin cepat sembuh dan cepat pulang agar bisa berkumpul lagi dengan anak dan cucunya.

c) Identitas Diri

Pasien adalah seorang Perempuan merupakan anak kedua dari 3 bersaudara.

d) Harga Diri

Pasien tidak merasa malu ataupun rendah diri terhadap penyakit yang di deritanya sekarang. Pasien menerima keadaan dirinya saat ini walaupun terasa berat.

e) Peran Diri

Pasien berperan sebagai ibu dan nenek, pasien merasa perannya sebagai ibu dan nenek tidak terganggu karena keadaannya sekarang.

3) Mekanisme Koping

Pasien mengatakan jika ada masalah selalu bercerita kepada anak-anaknya, karena anak-anaknya selalu mendengarkan setiap keluhan permasalahannya dan selalu memberikan solusinya.

4) Tingkat Kecemasan

Pasien tampak gelisah dan terlihat selalu menggenggam tangan anaknya, namun pasien menerima keadaanya dan menyerahkan semuanya kepada Allah SWT.

D. Data Sosial

1) Pola Interaksi

Pasien selalu terbuka ketika berinteraksi dengan perawat, mahasiswa dan keluarganya.

2) Gaya Komunikasi

Pasien berbicara cukup jelas menggunakan Bahasa sunda, pasien mampu berkomunikasi dengan baik dengan siapaun yang berinteraksi denganya.

E. Data Spiritual

1) Konsep Ketuhanan

Pasien mengatakan dirinya beragama islam dan selalu menjalankan ibadah shalat 5 waktu, namun pada saat sakit pasien hanya mampu berdoa untuk kesembuhanya, pasien yakin bahwa penyakitnya adalah ujian dari Allah SWT.

2) Falsafah Hidup

Pasien percaya terhadap adanya sakit dan sehat, karena itu sudah merupakan ketentuan yang telah diatur oleh yang maha kuasa.

F. Pola Aktivitas Sehari - hari

Tabel 3. 1 Aktivitas hidup sehari-hari

No	Jenis	Sebelum sakit	Saat sakit
1. Nutrisi dan Cairan			
a.	Makan	Nasi lauk pauk	Bubur
	Jenis		
	Frekuensi	3x sehari	3x sehari
	Porsi	1 porsi	½ porsi
	Cara	Mandiri	Dibantu
	Keluhan	Tidak ada	Nafsu makan menurun Air putih
b.	Minum	Air putih	
	Jenis		3-4x sehari
	Frekuensi	6-8x sehari	Dibantu
	Cara	Mandiri	Tidak ada
	Keluhan	Tidak ada	
2. Eliminasi			
a.	BAK		
	Frekuensi	5-6x sehari	4x sehari
	warna	Kuning	Kuning
	Cara	Mandiri	Memakai pampers
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
b.	BAB		
	Frekuensi	2x sehari	Pasien mengeluh
		konsistensi padat,bau	suli BAB sudah 1
		khas feses	minggu

No	Jenis	Sebelum sakit	Saat sakit
	Warna	kuning kecoklatan	
	Cara	mandiri	
	keluhan	tidak ada	
3. Istirahat Tidur			
	a. Tidur malam		
	Frekuensi	7-8 jam	1-3 jam
	Kualitas	Nyenyak	Tidak nyenyak
	b. Tidur siang		
	Frekuensi	1-2 jam	1 jam
	Kualitas	Nyenyak	Tidak nyenyak
4. Personal hygiene			
	a. Mandi	2x sehari	1x sehari di spons
	b. Ganti baju	Mandiri	Dibantu
	c. Gosok gigi	2x sehari	2x sehari
	d. Cara	Mandiri	Dibantu

G. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3. 2 Pemeriksaan Penunjang

A. Laboratorium

Nama Pasien : Ny. P

Tanggal pemeriksaan : 24-04-2025

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
Hematologi				
Hemoglobin	12,2	Pria : 14 – 18 Wanita : 12-16	Gr/dl	Normal
Leukosit	11.500	4000 – 10.000/m ³ < 10mm ³ <20mm ³	Perm Mm/1 jam	Naik

Trombosit	219.000	150.000-450.000	Per mm	Normal
Hematokrit	40,9	35-45	%	Normal

B. Rontgent

Nama Pasien : Ny. P

Tanggal Pemeriksaan : 25-04-2025

Keterangan :

BNO ginjal m.psoas tertutup udara dan sisa feses, preperitoneal

fat :baik, udara usus bertambah, concrement opak (-)

Kesan :

Distensi usus DD/.1. meteorismus 2. Ileus

H. Terapi

Tabel 3. 3 Terapi Obat

Jenis obat	Dosis	Rute Pemberian	Golongan Obat	Fungsi Obat
Ringe lactate	20 tpm	Intra vena	Cairan elektrolit	Untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang akibat dehidrasi, perdarahan, atau kondisi lainnya.
Ranitidine	2x1 mg	Intra vena	H2 blocker	Untuk mengurangi produksi asam lambung yang berlebihan
Ceftriaxone	2x1 gr	Intra vena	Antibiotik golongan sefalosfori	Menangani infeksi bakteri
Lactulax Sirup	3x2cth	Oral	Laksatif osmotic	Untuk mengatasi sembelit
Aucolac sup	2x1 sup	Supositoria	Laksatif stimulant	Untuk merangsang pergerakan usus dan membuat tinja lebih lunak

Jenis obat	Dosis	Rute Pemberian	Golongan Obat	Fungsi Obat
Omeprazole	1x40 mg	Intra Vena	Proton pump inhibitor (obat keras)	dan mudah dikeluarkan Untuk menurunkan produksi asam lambung berlebih pada lambung
Ketorolac	2x1 mg	Intra Vena	Obat anti inflamasi	Meredakan peradangan dan nyeri
Purgatix	2x1 sup	Supositoria	Laksatif	Untuk mengobati konstipasi, membuat tinja lebih lunak dan mudah dikeluarkan.

I. Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS : - Pasien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah kanan - Skala nyeri 5 (0-10) DO : - P : nyeri dibagian abdomen bawah kanan, bertambah pada saat bergerak berkurang pada saat berbaring - Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : nyeri dirasakan dibagian abdomen - T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Pasien tampak meringis - Pasien tampak bersifat protektif	Hernia inkarserata, adhesi, intususepsi, askariasis, volvulus, tumor batu ↓ Ileus obstruktif ↓ Akumulasi gas dan cairan intralumen disebelah proximal dari letak obstruktif ↓ Distensi abdomen ↓ Tekanan vena dan arteri ↓ Iskemia dinding usus ↓ Merangsang reseptor nyeri ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
DS : - Pasien mengatakan sulit BAB sudah 1 minggu - Pasien mengatakan feses susah keluar & tidak bisa flatus DO : - Peristaltic usus menurun 3x/menit - Distensi abdomen	Hernia inkarserata, adhesi, intususepsi, askariasis, volvulus, tumor batu ↓ Ileus obstruktif ↓ Akumulasi gas dan cairan intralumen disebelah proximal dari letak obstruktif ↓ Kerja usus melemah ↓ Gangguan peristaltic usus ↓ Kimus sulit dicerna usus ↓ Sulit BAB ↓ Konstipasi	Konstipasi
DS : - Pasien mengatakan sangat khawatir dengan kondisi yang dialaminya DO :	Hernia inkarserata, adhesi, intususepsi, askariasis, volvulus, tumor batu ↓ Ileus obstruktif ↓ Akumulasi gas dan cairan intralumen disebelah proximal dari letak obstruktif	Ansietas

Data	Etiologi	Masalah
- Pasien tampak gelisah	↓ Pasien rawat inap	
- Pasien tampak tegang	↓ Reaksi hospitalisasi	
- Pasien sulit tidur	↓ Cemas	
	↓ Ansietas	

2. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d

DS :

- Pasien mengatakan nyeri di abdomen bagian bawah kanan
- Skala nyeri 5 (0-10)

DO :

- P : nyeri dibagian abdomen bawah kanan, bertambah pada saat bergerak berkurang pada saat berbaring

Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : nyeri dirasakan dibagian abdomen

S : skala nyeri 5 (0-10)

T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul

- Pasien tampak meringis
- Pasien tampak bersifat protektif

2. Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal d.d.

DS :

- Pasien mengatakan sulit BAB sudah 1 minggu
- Pasien mengatakan feses susah keluar

DO :

- Peristaltic usus menurun 3x/ menit
- Distensi abdomen

3. Ansietas b.d ancaman terhadap kematian d.d

DS :

- Pasien mengatakan sangat khawatir dengan kondisi yang di alaminya

DO :

- Pasien tampak gelisah
- Pasien tampak tegang
- Pasien sulit tidur

3. Perencanaan Tindakan Keperawatan

Tabel 3. 5 Perencanaan Keperawatan Pada Ny. P

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik DS : - Pasien mengatakan nyeri di abdomen bawah bagian kanan - Skala nyeri 5 (0-10) DO : - Pasien tampak meringis - Pasien tampak bersifat protektif - P : nyeri di abdomen bawah bagian kanan, bertambah pada saat bergerak berkurang pada saat berbaring - Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk - R : nyeri dirasakan dibagian abdomen - S : skala nyeri 5 (0-10) - T : nyeri hilang timbul	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun dengan skala 0-1 (0-10) 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) OBSERVASI : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri TERAPEUTIK : 4. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri EDUKASI : 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri KOLABORASI : 6. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	1. Pengkajian nyeri secara menyeluruh membantu menentukan penyebab nyeri, membedakan jenis nyeri (akut vs kronik, nosiseptif vs neuropatik), serta merencanakan intervensi yang sesuai. 2. Skala nyeri (misalnya skala 0–10 atau Wong-Baker Faces) memberikan ukuran objektif untuk memantau tingkat nyeri dan mengevaluasi efektivitas intervensi 3. Mengetahui faktor-faktor ini memungkinkan pengendalian atau penghindaran pemicu, serta penerapan strategi koping atau

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				manajemen nyeri yang lebih efektif.
				4. Teknik seperti kompres hangat/dingin, distraksi, relaksasi, pernapasan dalam, pijat ringan, atau terapi musik dapat membantu meredakan nyeri tanpa efek samping obat, terutama untuk nyeri ringan hingga sedang.
				5. Memberikan informasi kepada pasien tentang berbagai metode pengelolaan nyeri (baik farmakologis maupun nonfarmakologis) meningkatkan partisipasi aktif pasien dalam perawatan dan menurunkan kecemasan terkait nyeri.
2.	Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal DS : - Pasien mengatakan sulit BAB sudah 1 minggu	Setelah dilakukan asuhankeperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :	Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151) OBSERVASI : 1. Monitor buang air besar 2. Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi atau impaksi TERAPEUTIK :	1. Pemantauan buang air besar penting untuk mengevaluasi fungsi gastrointestinal pasien 2. Pengenalan dini terhadap tanda dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	- Pasien juga mengatakan feses susah keluar & tidak bisa flatus	1. Control pengeluaran feses meningkat	3. Berikan air hangat setelah makan 4. Sediakan makanan tinggi serat	gejala gangguan eliminasi seperti diare, konstipasi atau impaksi dapat mencegah komplikasi lebih lanjut, seperti dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, atau obstruksi usus
DO :	- Peristaltik usus menurun 3x/menit - Distensi abdomen	2. Keluhan defekasi lama & sulit menurun 3. Konsistensi feses membaik 4. Frekuensi BAB membaik 5. Peristaltik usus membaik 7x/menit	EDUKASI : 5. Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi volume feses 6. Anjurkan makanan yang tinggi serat KOLABORASI : 7. Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, bila perlu	Air hangat dapat merangsang Gerakan peristaltik usus dan memperlancar proses pencernaan serta defekasi Pencatatan karakteristik feses membantu dalam pemantauan kondisi gastrointestinal dan mendukung evaluasi efektivitas terapi atau intervensi yang diberikan Makanan tinggi serat meningkatkan volume feses dan memperlancar pergerakan usus, sehingga dapat mencegah dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				mengatasi konstipasi secara alami
				6. Pemberian supositoria dapat merangsang refleks defekasi secara local dan digunakan sebagai alternatif jika intervensi nonfarmakologis tidak berhasil, dengan tetap memperhatikan indikasi medis
3.	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian DS : - Pasien mengatakan khawatir dengan kondisi yang dialaminya DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak tegang - Pasien sulit tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun	Reduksi Ansietas (I.09314) OBSERVASI : 1. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal & nonverbal) TERAPEUTIK : 2. Dengarkan dengan penuh perhatian EDUKASI : 3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien	1. Pemantauan tanda-tanda ansietas baik verbal maupun nonverbal membantu mengidentifikasi Tingkat kecemasan pasien dalam menentukan intervensi yang sesuai 2. Kehadiran keluarga secara fisik memberikan rasa aman dan dukungan emosional yang dapat membantu menurunkan Tingkat ansietas pasien 3. Mendengarkan secara aktif menunjukkan empati dan kepedulian,

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				membuat pasien merasa dihargai dan dimengerti sehingga kecemasanya dapat berkurang 4. Kehadiran keluarga memberikan kenyamanan emosional yang signifikan dan dapat meningkatkan rasa aman serta mempercepat proses adaptasi pasien terhadap situasi yang menyebabkan ansietas.

4. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 6 Implementasi & Evaluasi

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Kamis 24/04/2025 20:00 WIB	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	Manajemen Nyeri (I.08238) OBSERVASI : - Mengidentifikasi Lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Respon : terdapat nyeri di abdomen bawah bagian kanan, nyeri seperti ditusuk-tusuk - Mengidentifikasi skala nyeri Respon : 5 (0-10) - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon : nyeri bertambah pada saat bergerak da berkurang pada saat berbaring TERAPEUTIK : - Memberikan Teknik nonfarmakologis Respon : pasien diberikan kompres hangat di abdomen untuk merangsang peristaltik usus EDUKASI : - Jelaskan strategi meredakan nyeri Respon : pasien paham dan kooperatif KOLABORASI : - Mengkolaborasikan pemberian analgetik Respon : pasien diberikan terapi ketorolac 2 x 1 mg	S : - Pasien mengatakan nyeri di abdomen bawah bagian kanan - Skala nyeri 5 (0-10) O : - TD : 130/90mmHg - Nadi : 88x/menit - Rr : 20x/menit - Suhu : 36 C - Spo2 : 99% - Pasien tampak meringis dan gelisah - Pasien tampak bersikap protektif A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Memberikan Teknik nonfarmaologis kompres hangat untuk merangsang peristaltik usus - Mengkolaborasi dengan dokter pemberian analgetik : ketorolac 1 mg	Riska
Kamis 24/04/2025	Konstipasi b.d penurunan	Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151) OBSERVASI :	S : Pasien mengatakan feses masih susah keluar	Riska

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
20:10 WIB	motilitas gastrointestinal (D.0049)	1. Memonitor buang air besar Respon : pasien sulit BAB sudah 1 minggu 2. Memonitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi Respon : pasien mengalami konstipasi dan terdapat impaksi TERAPEUTIK : 3. Memberikan air hangat setelah makan Respon : pasien diberikan air hangat 4. Menyediakan makanan tinggi serat Respon : pasien makan makanan tinggi serat seperti buah-buahan dan sayuran EDUKASI : 5. Menganjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses Respon : pasien masih sulit BAB dan feses belum keluar 6. Menganjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat Respon : pasien dan keluarga pasien mengerti KOLABORASI 7. Mengkolaborasi pemberian obat supositoria anal Respon : pasien diberikan obat aulac sup 2x1	- Pasien mengatakan masih tidak bisa flatus O : - Terdapat impaksi - Terdapat konstipasi A : masalah belum teratasi P : lanjutkan Intervensi - Memonitor buang air besar - Menganjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi volume feses - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi serat - Mengkolaborasi pemberian obat supositoria anal	
Kamis 24/04/2025 20:15 WIB	Ansietas b.d ancaman terhadap kematian (D. 0080)	Reduksi Ansietas (I.09314) OBSERVASI : 1. Memonitor tanda-tanda ansietas Respon : pasien mengatakan khawatir dengan kondisi yang dialaminya TERAPEUTIK :	S : - Pasien mengatakan masih cemas O : - Pasien tampak gelisah dan takut - Pasien ditemani oleh keluarganya A : masalah belum teratasi	Riska

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		2. Mendengarkan dengan penuh perhatian Respon : keluarganya selalu selalu mendengarkan ketika pasien mengeluh kesakitan EDUKASI : 3. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien Respon : keluarga menemani pasien	P : lanjutkan intervensi - Memonitor tanda-tanda ansietas - Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan - Mendengarkan dengan penuh perhatian - Menganjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien	
Jumat 25/04/2025 09:00 WIB	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	Manejemen Nyeri (I.08238) OBSERVASI : 1. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri Respon : pasien masih mengeluh nyeri di abdomen bawah bagian kanan 2. Mengidentifikasi skala nyeri Respon : 5 (0-10) TERAPEUTIK : 3. Memberikan Teknik nonfarmakologis Respon pasien diberikan kompres hangat di abdomen untuk merangsang peristaltik usus KOLABORASI : 4. Mengkolaborasi dengan dokter pemberian analgetic Respon : pasien diberikan terapi ketorolac 1mg	S : - Pasien mengatakan masih mengeluh nyeri di abdomen bawah bagian kanan, nyeri bertambah pada saat bergerak dan berkurang pada saat berbaring - Skala nyeri 5 (0-10) - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul O : - TD : 120/90mmHg Spo2 : 99% Nadi : 88x/menit Rr : 20x/menit Suhu : 36 C - Pasien tampak meringis dan gelisah - Pasien tampak bersifat protektif A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Memberikan Teknik nonfarmakologis kompres hangat untuk merangsang peristaltik usus	Riska

Waktu	Diagnosa Keperawatan		Implementasi	Evaluasi	Paraf
				- Mengkolaborasi dengan dokter pemberian analgetik : ketorolac 1 mg	
Jumat 25/04/2025 09:10 WIB	Konstipasi penurunan motilitas gastrointestinal (D. 0049)	b.d	Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151) OBSERVASI : 1. Memonitor buang air besar Respon : pasien sudah bisa BAB setelah diberikan obat supositoria EDUKASI : 2. Menganjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses Respon : feses coklat kehitaman konsistensi keras, volume feses seperti gumpalan kelereng 2 biji 3. Menganjurkan makanan tinggi serat Respon : pasien diberikan makanan seperti buah-buahan dan sayuran KOLABORASI : 4. Mengkolaborasi pemberian obat supositoria Respon : pasien diberikan obat aucolax sup 2x1 sup & purgatix	S : - Pasien mengatakan masih merasa sakit dibagian abdomen meskipun feses sudah keluar - Pasien mengatakan tidak nyaman di bagian abdomen - Pasien mengatakan bisa flatus namun hanya 1 kali O : - Perut pasien masih terlihat kembung - Tampak distensi abdomen A : masalah teratasi Sebagian P : lanjutkan intervensi - Memonitor buang air besar - Menganjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi volume feses - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi serat - Mengkolaborasi pemberian obat supositoria anal	Riska
Jumat 25/04/2025 09:15 WIB	Ansietas ancaman terhadap kematian (D. 0080)	b.d	Reduksi Ansietas (I. 09314) OBSERVASI : 1. Memonitor tanda-tanda ansietas Respon : pasien masih khawatir dengan kondidi yang dialaminya TERAPEUTIK : 2. Mendengarkan dengan penuh perhatian Respon : pada saat pasien mengeluh kesakitan cucu nya senantiasa menemani	S : - Pasien mengatakan masih cemas karena nyeri yang dirasakanya tidak kunjung reda - Pasien juga mengeluh tidurnya terganggu kadang terbangun dikarenakan nyeri yang dirasakanya O : - Pasien tampak masih gelisah - Pasien tampak takut dan berpegangan tangan kepada cucu nya	Riska

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		dan mendengarkan pasien dan selalu menguatkan pasien EDUKASI : 3. Mengajukan keluarga untuk tetap Bersama pasien : Respon : pasien selalu ditemani oleh keluarganya	A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Memonitor tanda-tanda ansietas - Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan - Mendengarkan dengan penuh perhatian - Mengajukan keluarga untuk tetap Bersama pasien	
Sabtu 26/04/25 09:00 WIB	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D. 0077)	Manajemen Nyeri (I. 08238) OBSERVASI : 1. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri Respon : Pasien masih mengeluh nyeri di abdomen bawah bagian kanan 2. Mengidentifikasi skala nyeri Respon : 3 (0-10) TERAPEUTIK : 3. Memberikan Teknik nonfarmakologis Respon pasien diberikan kompres hangat di abdomen untuk merangsang peristaltik usus KOLABORASI : 4. Mengkolaborasi dengan dokter pemberian ketorolac 1 mg	S : - Pasien mengatakan masih nyeri di abdomen bawah bagian kanan - Pasien juga mengatakan nyeri masih hilang timbul dan seperti ditusuk-tusuk - Skala nyeri 3 (0-10) O : - TD : 120/80mmHg Nadi : 89x/menit Spo2 : 99% Rr : 21x/menit Suhu : 36,6 C - Pasien tampak meringis dan gelisah - Pasien tampak bersifat protektif - Pasien melakukan Teknik nafas dalam A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Memberikan Teknik nonfarmakologis kompres hangat untuk merangsang peristaltik usus	Riska

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Sabtu 26/04/25 09:10 WIB	Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal (D. 0049)	Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151) OBSERVASI : 1. Memonitor buang air besar Respon : pasien sudah bisa BAB setelah diberikan obat supositoria EDUKASI : 2. Menganjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses Respon : feses coklat kehitaman konsistensi keras, volume feses seperti kelereng dan keluar banyak 3. Menganjurkan makanan tinggi serat Respon : pasien diberikan makanan seperti buah-buahan dan sayuran KOLABORASI : 4. Mengkolaborasi pemberian obat supositoria Respon : pasien diberikan obat aucolax sup 2x1 sup & purgatix	- Mengkolaborasi dengan dokter pemberian analgetik : ketorolac 1 mg	Riska
			S : - Pasien mengatakan masih merasa sakit dibagian abdomen meskipun feses sudah keluar - Pasien mengatakan masih tidak nyaman di bagian abdomen - Pasien mengatakan bisa flatus namun hanya 1 kali O : - Perut pasien masih terlihat agak kembung A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Memonitor buang air besar - Menganjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi volume feses - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi serat - Mengkolaborasi pemberian obat supositoria anal	
Sabtu 26/04/25 09:15 WIB	Ansietas b.d ancaman terhadap kematian (D. 0080)	Reduksi Ansietas (I. 09314) OBSERVASI : 1. Memonitor tanda-tanda ansietas Respon : pasien masih khawatir dengan kondisi yang dialaminya TERAPEUTIK : 2. Mendengarkan dengan penuh perhatian Respon : pada saat pasien mengeluh kesakitan keluarganya nya senantiasa	S : - Pasien mengatakan masih cemas karena nyeri yang dirasakanya tidak kunjung reda namun nyeri yang dirasakanya sekarang agak berkurang dari hari sebelumnya - Pasien juga mengeluh tidurnya masih terganggu kadang terbangun dikarenakan nyeri yang dirasakanya O : - Pasien tampak masih gelisah	Riska

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		menemani dan mendengarkan pasien dan selalu menguatkan pasien EDUKASI : 3. Menganjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien Respon : pasien selalu ditemani oleh keluarganya	- Pasien tampak takut A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Memonitor tanda-tanda ansietas - Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan - Mendengarkan dengan penuh perhatian - Menganjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien	

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
27/04/25 Minggu 09:00 WIB	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)	S : - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pasien mengatakan tidur sudah lumayan nyenyak - Skala nyeri 1 (0-10) O : - Pasien tampak rileks tidak meringis - Pasien tampak rileks tidak bersifat protektif - Pasien tampak sudah tidak terlihat gelisah A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Riska
27/04/25 Minggu 09:10 WIB	Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal (D.0049)	S : - Pasien mengatakan sudah bisa BAB - Pasien mengatakan sudah tidak mengeluh sulit BAB O :	Riska

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
		- Tampak konsistensi feses membaik - Frekuensi BAB pasien membaik - Peristaltic usus membaik 7x/menit A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
27/04/25 Minggu 09:15 WIB	Ansietas b.d ancaman terhadap kematian (D.0080)	S : - Pasien mengatakan sudah tidak merasa gelisah dan sudah rileks O : - Pasien tampak tidak tegang - Pasien tampak sudah rileks terlihat pasien duduk di bed nya A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan	Riska

B. Pembahasan

Pada BAB ini penulis akan membahas tentang masalah yang di dapatkan selama melakukan asuhan keperawatan pada Ny. P dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Ileus Obstruktif di Ruangan Mawar Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dengan keadaan lapangan, serta faktor yang mendukung dan menghambat selama pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan Sistem pencernaan : Ileus Obstruktif. Adapun dalam pembahasan penulis membagi 5 tahap yaitu, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Tahap pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Dimana penulis melakukan sesuatu pendekatan terlebih dahulu kepada pasien dan keluarga untuk menjelaskan maksud dan tujuan dilakukanya asuhan keperawatan pada pasien, selanjutnya pengkajian dilanjutkan dengan ccara sistematis dan kegiatanya meliputi pengumpulan data, menganalisis data yang terkumpul, dan menyusun diagnosa keperawatan yang merupakan permasalahan pasien yang actual maupun potensial dan membutuhkan perawatan medis, yang dilaksanakan wawancara langsung pada pasien dan keluarga pasien untuk memperoleh data subjektif dan pemeriksaan fisik untuk data yang lebih objektif.

Pengkajian yang dilakukan penulis tanggal 24 April 2025 didapatkan data terdapat nyeri dibagian abdomen, nyeri bertambah pada saat bergerak dan berkurang pada saat berbaring, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk skala nyeri 5 (0-10) dan nyeri dirasakan hilang timbul, pasien juga mengatakan bahwa sudah 1 minggu pasien susah BAB dan tidak flatus. Pasien juga mengatakan merasa khawatir dengan kondisi yang dialaminya. Salah satu pengkajian yang dilakukan oleh penulis yaitu pengkajian PQRST (Provokasi : pencetus nyeri, Quality : kualitas nyeri, Region : lokasi/penjalaran nyeri, Severity : skala/intensitas nyeri, Time : waktu/durasi.) digunakan untuk pengkajian nyeri agar lebih spesifik bagaimana karakteristik, tempat, skala, penyebab dan waktu kapan terjadinya nyeri.

Pada tahap ini ada beberapa hal yang mendukung dalam pengumpulan data yaitu, adanya respon positif dari pasien dan keluarga pasien dan sangat kooperatif dalam memberikan informasi untuk proses pengumpulan data yang berhubungan dengan pasien. Dan juga adanya dukungan dan bimbingan dari perawat ruangan, CI ruangan, dan beberapa ketersediaan waktu yang didapat selama berada di ruangan.

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul pada saat pengkajian sesuai dengan teori yang terdapat pada BAB II, namun penulis tidak menetapkan seluruh diagnose pada kasus yang diangkat karena dalam merumuskan masalah keperawatan penulis menyesuaikan dengan keluhan atau data yang didapatkan dari pasien. Pemeriksaan fisik dan observasi perilaku pasien secara langsung. Diagnose keperawatan merupakan sesuatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017). Diagnose yang muncul pada Ny.P dengan Ileus Obstruktif adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
- b. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal (D.0049)
- c. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien (D.0015)
- d. Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan ketidakseimbangan cairan (D.0037)

- e. Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan obstruksi intestinal (D.0036)
- f. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian (D.0080)

Sedangkan menurut kasus di lapangan hanya terdapat tiga diagnose keperawatan yang muncul pada Ny.P yaitu :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077) terdapat data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri pada bagian abdomen, sedangkan didapatkan data objektif yaitu pasien tampak meringis dan gelisah serta bersifat protektif. Selain itu dilakukan pengkajian PQRST dengan P : klien mengatakan nyeri dibagian abdomen, nyeri bertambah pada saat bergerak dan berkurang pada saat berbaring. Q : klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dirasakan dibagian abdomen, S : skala nyeri 5 (0-10), T : klien mengatakan nyeri hilang timbul.

Diagnosis keperawatan nyeri akut pada studi kasus ini merupakan nyeri akut karena keluhan utama klien mengganggu rasa nyaman sehingga perlu dilakukan intervensi dalam memenuhi hirarki tertinggi kebutuhan manusia yaitu rasa aman dan nyaman menurut Abraham Maslow. Oleh karena itu penulis menegaskan diagnosis keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, sesuai dengan teori Price & Wilson (2016) bahwa klien

dengan ileus obstruktif, salah satu tanda dan gejala yang muncul adalah nyeri yang dirasakan pada abdomen.

- b) Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal. Berdasarkan hasil pengkajian ditegakan diagnosis konstipasi sesuai buku SDKI. Konstipasi pada klien berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal. Hal ini sesuai dengan teori Nurarif & Kusuma (2015) bahwa diagnosis yang mungkin muncul pada klien dengan ileus obstruktif adalah konstipasi, dan menurut teori Price & Wilson (2016) salah satu tanda dan gejala yang muncul pada klien dengan ileus obstruktif adalah kegagalan buang air besar atau gas (konstipasi). Pada pasien ditemukan data subjektif sulit BAB sudah 1 minggu dan feses susah keluar dan ditemukan data objektif feses keras, perut pasien tampak kembung, adanya pembesaran abdomen, distensi abdomen, dan peristaltic usus menurun 3x/menit.
- c) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian. Berdasarkan hasil pengkajian ditegakan diagnosis ansietas sesuai buku SDKI. Ansietas pada klien berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Sesuai dengan teori Nurarif & Kusuma (2015) bahwa diagnosis keperawatan muncul pada klien dengan ileus obstruktif adalah ansietas. Pada pengkajian diagnosis keperawatan ansietas ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan khawatir dengan kondidi yang dialaminya, klien juga

mengatakan sulit tidur dikarenakan rasa sakit yang dirasakanya dan data objektif yaitu pasien tampak gelisah dan pasien tampak takut.

Diagnosa defisit nutrisi,tidak penulis angkat dalam kasus Ny. P dikarenakan pasien tidak mengalami penurunan berat badan selama pasien sakit. Sama hal-nya pada diagnosa ketidak seimbangan cairan dan elejtrolit tidak penulis angkat dalam kasusu Ny.P dikarenakan tidak ditemukanya tanda-tanda kekurangan cairan selama pasien sakit.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah proses Dimana perawat menggunakan pengetahuan dan penilaian klinis untuk merencanakan intervensi yang sesuai gun mencapai luaran (outcome) yang diharapkan bagi pasien. Dalam perencanaan keperawatan, perawat mengidentifikasi masalah Kesehatan yang dihadapi oleh klien berdasarkan diagnosis keperawatan. Kemudian, perawat merumuskan tujuan atau luaran yang spesifik dan dapat diukur yang ingin dicapai oleh pasien. Tumjuan tersebut harus realistis, relevan, dan dapat dicapai dalam waktu yang diinginkan (PPNI, 2018)

Pada tahap ini, penulis menyusun perencanaan dengan Langkah-langkah yaitu menentukan tujuan, dan rencana Tindakan untuk menanggulangi masalah, perencanaan dalam mengatasi masalah keperawatan. Berikut susunan diantaranya :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil keluhan nyeri cukup menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, intervensi yang dapat dilakukan menurut tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu :

Manajemen Nyeri (I.08238)

- (1) Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- (2) Identifikasi skala nyeri
- (3) Identifikasi faktor yang memperberat memperingan nyeri
- (4) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (5) Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- (6) Kolaborasi pemberian analgetic jika perlu

b. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal

Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil control pengeluaran feses meningkat, keluhan defekasi lama dan sulit menurun, konsistensi feses membaik, frekuensi BAB membaik, peristaltic usus membaik. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu :

Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151)

- (1) Monitor buang air besar

- (2) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi
- (3) Berikan air hangat setelah makan
- (4) Sediakan makanan tinggi serat
- (5) Anjurkan mencatat warna frekuensi, konsistensi, volume feses
- (6) Anjurkan makanan yang tinggi serat
- (7) Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu.

c. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian .

Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun,. Intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) yaitu :

Reduksi ansietas (I.09314.)

- (1) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal & nonverbal)
- (2) Dengarkan dengan penuh perhatian
- (3) Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan Tindakan yang telah direncanakan. Implementasi yang dilakukan pada masalah keperawatan yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dari implementasi yang dilakukan oleh penulis lalu penulis mengevaluasi dan menyimpulkan masalah nyeri akut pada pasien teratasi. Masalah keperawatan yang kedua adalah konstipasi

berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal dari implementasi yang dilakukan oleh penulis lalu penulis mengevaluasi dan menyimpulkan masalah konstipasi dapat teratasi . Dan masalah keperawatan yang ke-tiga adalah ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian yang dilakukan oleh penulis lalu penulis mengevaluasi dan menyimpulkan masalah ansietas dapat teratasi.

5. Evaluasi

Pada tahap ini, penulis mengevaluasi masalah keperawatan pada setiap Tindakan yang telah dilakukan. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 4 hari pada Ny. P penulis secara langsung melakukan observasi terhadap perkembangan pasien.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 hari. Nyeri akut dapat teratasi indikator luaran yang teratasi adalah keluhan nyeri menurun dengan skala nyeri 1 (0-10), meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun,

b. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 hari. Konstipasi dapat teratasi indicator luaran yang teratasi adalah keluhan defekasi lama dan sulit menurun, frekuensi BAB membaik namun, perut pasien masih terlihat kembung dan pasien mengkonsumsi makanan tinggi serat.

c. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 hari ansietas teratasi pasien sudah tidak merasa cemas lagi, pasien juga tampak tenang dan sudah rileks.

BAB IV

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny.P dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Ileus Obstruktif di ruang Mawar Rumah Sakit TK.IV Guntur Garut tanggal 24 April 2025 s/d 27 April 2025 dengan proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap yakni : pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang mencakup berbagai aspek bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya di dokumentasikan dalam bentuk karya tulis. Maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian penulis mampu menemukan data-data dari Ny.P dengan penyakit Ileus Obstruktif diantaranya yaitu : pasien mengeluh nyeri dibagian abdomen, nyeri bertambah pada saat bergerak dan berkurang pada saat berbaring, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk, skala nyeri 5 (0-10) dan nyeri dirasakan hilang timbul. Pasien juga mengatakan bahwa sudah 1 minggu pasien susah BAB dan tidak flatus. Pasien juga mengatakan merasa khawatir dengan kondisi yang dialaminya.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus ini ditemukan diagnose keperawatan prioritas yang muncul pada Ny.P dengan Ileus Obstruktif yaitu : Nyeri Akut

berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal dan ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian.

3. Intervensi

Perencanaan sudah dilakukan berdasarkan SDKI dengan memunculkan intervensi utama yaitu : manajemen nyeri, manajemen eliminasi fekal dan reduksi ansietas.

4. Implementasi

Secara umum penulis dapat melakukan tahap pelaksanaan dengan cukup baik, seluruh rencana keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil. Pasien dan keluarga pasien cukup kooperatif dan terbuka sehingga penulis mendapatkan kemudahan dan menyampaikan informasi-informasi yang ada hubungannya dengan masalah Kesehatan dan masalah penyakit Ileus Obstruktif.

5. Evaluasi

Penulis dapat melakukan evaluasi keperawatan dan Tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Setelah evaluasi, penulis dapat menyimpulkan bahwa semua masalah keperawatan dapat teratasi.

B. Rekomendasi

1. Untuk perawatan dan pihak rumah sakit

- a. Dapat memberikan pelayanan pada pasien dengan optimal dan meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dengan baik.
- b. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Hendaknya mampu berinteraksi secara terapeutik dan bukan hanya memusatkan pada aspek fisik dan keterampilan saja agar pelayanan yang diberikan optimal.
- c. Hendaknya setiap prosedur yang dilakukan terhadap pasien terlebih dahulu diberikan penjelasan secara benar dan cermat sehingga lebih dapat meningkatkan hubungan interpersonal antara perawat dan pasien atau keluarga yang dapat menunjang kelancaran proses keperawatan dan mempercepat tujuan dari asuhan keperawatan..

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dikarenakan dalam penyusunan karya tulis memerlukan buku sumber, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan mutu pendidikan diharapkan perpustakaan dilengkapi bahan perbandingan di lapangan dan sebagai literature.

3. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Diharapkan keluarga klien memberikan dukungan, perhatian dan turut serta dalam proses penyembuhan klien dan diharapkan mampu

melakukan komunikasi yang terapeutik kepada klien untuk proses pemulihan klien lebih cepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfi Wahyudi, Andi Siswandi, Ratna Purwaningrum, Bella Chintya Dewi. (Vol. 11, No 1). Angka Kejadian Ileus Obstruktif Pada Pemeriksaan BNO 3 Posisi Di RSUD Abdul Moeloek. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 145-151.
- Annisa, R. (2023). Hubungan Konsumsi Makanan Berserat dengan Pola Defekasi Pada Siswa SMA Negri 1 Taebenu . *Cendana Medical Journal (CMJ)* , 90-100 .
- Bernstein, D. (2017). *Ilmu Kesehatan Anak Untuk Mahasiswa Kedokteran 3rd edn*. jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Christina, P., Indrachyani, A., & Yatnikasaria, A. . (2019). Analisis Ketidaksinambungan Dokumentasi Perencanaan Asuhan Keperawatan : Metode Ishikawa . *Jurnal Ilmiah Kesehatan* , 12 (2).
- Indrayani, M. N. (2013). DIAGNOSIS DAN TATA LAKSANA ILEUS OBSTRUKTIF. *SMF Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*, 1-21.
- Jackson, P. G. (2011). Evaluation and management of intestinal obstruction . *American Family Physician*, 83 (2), 159-165.
- Koerniawan, D., Daeli, N. E & Srimiyanti, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan : Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 739-751.
- Leniwita, H., & Anggraini. Y. . (2019). Modul Dokumentasi Keperawatan. *Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia* , 1-182.
- Marilynn E. Doenges, M. F. (2019). *Nursing Care Plans*. USA.
- Muhamad Arief, I. m. (2020). ILEUS OBSTRUKTIF : CASE REPORT. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 41-44.
- Nengsi, Y. F. (2018). Nefrolitiatis. 1-104.
- Nurarif, A.H & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa. *jogjakarta mediaction*.
- Peri, Potter. (2017). *Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rasyidi, Imam Al. (2023). ileus obstruktif : laporan kasus. *Jurnal Kesehatan Amanah*, 40-45.
- Sartelli, M. C.-M.-Z. (2018). The management of intra-abdominal infections from a global perspective : 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World Jurnal of Emergency Surgery* , 13,22.
- Smith, Nehring. (2018). Bowel Obstruction. 100:651.

- Sylvia Anderson Price & Lorraine McCarty Wilson. (2016). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses Penyakit Ileus Obstruktif*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia ke 1 Cetak* . Jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia. ke 1 Cetak*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI . (2019). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia. ke 1 Cetak* . Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia .
- Vilz, Stoffles, Strassburg. (2017). Ileus in Adult. *Deutsches Arzeblatt*, 508-518.

*Lampiran 1***SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Topik	:	Makanan Tinggi Serat
Sub topik	:	Definisi makanan berserat, manfaat makanan berserat, dampak tidak mengkonsumsi makanan berserat, jenis-jenis makanan berserat
Sasaran	:	Pasien dan Keluarga Pasien
Hari / Tanggal	:	Jumat, 25 April 2025
Waktu	:	10.00 WIB – Selesai
Tempat	:	RS TNI AD TK.IV Guntur Garut
Penyuluh	:	Mahasiswa Stikes Karsa Husada Garut

A. LATAR BELAKANG

Serat merupakan bagian dari tumbuhan yang dapat dikonsumsi dan tersusun dari karbohidrat, memiliki sifat resisten terhadap proses pencernaan dan penyerapan di usus halus manusia serta mengalami fermentasi sebagian atau keseluruhan di usus besar. Sumber serat paling mudah ditemukan dalam sayuran (brokoli & jagung) dan buah-buahan (apel, papaya, pisang dan alpukat). Salah satu fungsi serat adalah menyehatkan saluran cerna, serat memiliki berbagai mekanisme dalam meningkatkan volume feses, serat makanan akan mengikat air di dalam kolon manusia, yang membuat volume feses menjadi lebih besar dan merangsang saraf pada rektum sehingga menimbulkan keinginan untuk

defekasi. Hal ini mendorong konsumsi serat makanan menjadi suatu kebutuhan yang harus dipenuhi karena serat dapat membantu memelihara kesehatan.

B. TUJUAN UMUM

Setelah mendapatkan penyuluhan Kesehatan selama 30 menit pasien dan keluarga pasien diharapkan dapat memahami manfaat makanan tinggi serat.

C. TUJUAN KHUSUS

1. Setelah mengikuti proses penyuluhan selama 30 menit pasien dan keluarga pasien diharapkan dapat :
 - Menjelaskan definisi makanan berserat
 - Mampu menjelaskan manfaat makanan berserat
 - Mampu menjelaskan dampak tidak mengkonsumsi makanan berserat
 - Mampu menjelaskan jenis makanan berserat
2. Setelah diberikan penyuluhan tentang makanan tinggi serat diharapkan pasien dan keluarga pasien dapat mengetahui manfaat makanan tinggi serat setelah sampai di rumah

D. KEGIATAN

No	Kegiatan mahasiswa	Waktu	Kegiatan peserta
1.	Pendahuluan - Memberi salam - Memberi pertanyaan apresiasi - Mengkomunikasikan pokok bahasan - Mengkonsumsikan tujuan	5 menit	Menjawab salam Menjawab Menyimak Menyimak 1
2.	Kegiatan Inti - Memberikan penjelasan tentang materi penyuluhan - Memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya - Menjawab pertanyaan keluarga	20 menit	Menyimak Bertanya Memperhatikan

3.	Penutup - Menyimpulkan materi penyuluhan Bersama keluarga - Memberikan evaluasi secara lisan - Memberikan salam penutup	5 menit	Memperhatikan Menjawab Menjawab salam
----	---	---------	---

E. MEDIA

1. Leaflet

F. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Diskusi

G. EVALUASI

1. Proses
 - Media yang digunakan adalah leaflet
 - Waktu penyuluhan 30 menit
 - Pembicara diharapkan dapat menguasai materi dengan baik
 - Peserta aktif dan antusias dalam mengikuti kegiatan penyuluhan

2. Hasil

- Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan peserta diharapkan mengerti dan memahami tentang menjelaskan definisi makanan berserat, mampu menjelaskan manfaat makanan berserat, mampu menjelaskan dampak tidak mengonsumsi makanan berserat, mampu menjelaskan jenis makanan berserat.
- Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan ada perubahan perilaku Kesehatan, misalnya menjaga makanan dan mengonsumsi makanan tinggi serat.

H. DAFTAR PUSTAKA

- Alfi Wahyudi, Andi Siswandi, Ratna Purwaningrum, Bella Chintya Dewi. (Vol. 11, No 1). Angka Kejadian Ileus Obstruktif Pada Pemeriksaan BNO 3 Posisi Di RSUD Abdul Moeloek. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 145-151.
- Annisa, R. (2023). Hubungan Konsumsi Makanan Berserat dengan Pola Defekasi Pada Siswa SMA Negeri 1 Taebenu . *Cendana Medical Journal (CMJ)* , 90-100 .
- Bernstein, D. (2017). *Ilmu Kesehatan Anak Untuk Mahasiswa Kedokteran 3rd edn.* Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Christina, P., Indrachyani, A., & Yatnikasaria, A. . (2019). Analisis Ketidaksinambungan Dokumentasi Perencanaan Asuhan Keperawatan : Metode Ishikawa . *Jurnal Ilmiah Kesehatan* , 12 (2).
- Indrayani, M. N. (2013). DIAGNOSIS DAN TATA LAKSANA ILEUS OBSTRUKTIF. *SMF Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*, 1-21.
- Jackson, P. G. (2011). Evaluation and management of intestinal obstruction . *American Family Physician*, 83 (2), 159-165.
- Koerniawan, D., Daeli, N. E & Srimiyanti, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan : Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 739-751.

- Leniwita, H., & Anggraini. Y. . (2019). Modul Dokumentasi Keperawatan. *Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia* , 1-182.
- Marilynn E. Doenges, M. F. (2019). *Nursing Care Plans*. USA.
- Muhamad Arief, I. m. (2020). ILEUS OBSTRUKTIF : CASE REPORT. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 41-44.
- Nengsi, Y. F. (2018). Nefrolitiatis. 1-104.
- Nurarif, A.H & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa. *jogjakarta mediacion*.
- Peri, Potter. (2017). *Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rasyidi, Imam Al. (2023). ileus obstruktif : laporan kasus. *Jurnal Kesehatan Amanah*, 40-45.
- Sartelli, M. C.-M.-Z. (2018). The management of intra-abdominal infections from a global perspective : 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World Jurnal of Emergency Surgery* , 13,22.
- Smith, Nehring. (2018). Bowel Obstruction. 100:651.
- Sylvia Anderson Price & Lorraine McCarty Wilson. (2016). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses Penyakit Ileus Obstruktif*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia ke 1 Cetak* . Jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia. ke 1 Cetak*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI . (2019). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia. ke 1 Cetak* . Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia .
- Vilz, Stoffles, Strassburg. (2017). Ileus in Adult. *Deutsches Arzeblatt*, 508-518.

I. LAMPIRAN (MATERI)

A. Definisi Makanan Berserat

Makanan berserat adalah makanan yang mengandung serat yang mana tubuh tidak dapat mencerna atau menyerapnya. Karena tidak dapat dicerna oleh bagian pencernaan dalam tubuh, serat makanan ini tidak akan menghasilkan energi atau kalori bagi tubuh. Serat ini akan dibawa oleh usus halus menuju usus besar dengan Gerak peristaltic usus. Keberadaan serat dalam usus besar akan membantu proses metabolisme dalam usus besar.

B. Manfaat Makanan Berserat

- a) Mencegah sembelit
- b) Mencegah usus buntu
- c) Membantu proses detoksifikasi
- d) Membantu menurunkan kolesterol dan mencegah jantung koroner
- e) Mencegah kanker usus
- f) Menurunkan berat badan

C. Dampak Tidak Mengonsumsi Makanan Berserat

- a) Kolesterol tinggi/penyakit jantung koroner
- b) Diabetes
- c) Kanker
- d) Hemoroid (wasir)
- e) Sembelit
- f) Diare

D. Jenis-jenis makana berserat

1. Buah Alpukat

Buah alpukat merupakan salah satu sumber serat yang tinggi setiap 2 sendok makan alpukat mengandung sekitar 2 gram serat dan pada setiap satu buah utuh mengandung sekitar 100 gram serat

2. Jagung

Berbagai jagung memiliki kandung nutrisi antioksidan. Pada sekitrar setengah cangkir biji jagung mengandung 2 gram serat

3. Papaya dan Pisang

Buah papaya dan pisang juga merupakan sumber yang baik dalam program diet serat untuk Kesehatan pencernaan. Papaya digunakan sebagai antacid alami yang dapat meredakan sembelit.

4. Sayur Brokoli

Selain mencegah kanker, sayuran ini juga mengandung serat beberapa sekitar 5.1 gram serat dapat diperoleh dari secangkir brokoli rebus

5. Beras Merah

Setiap 1 cangkir beras merah mengandung 3,5 gram serat

Nama : Riska Herlina
NIM : KHGA22126

MAKANAN TINGGI SERAT

Makanan berserat adalah makanan yang mengandung serat yang mana tubuh tidak dapat mencerna atau menyerapnya. Karena tidak dapat dicerna oleh bagian pencernaan dalam tubuh, serat makanan ini tidak akan menghasilkan energi atau kalori bagi tubuh. Serat ini akan dibawa oleh usus halus menuju usus besar dengan Gerak peristaltic usus. Keberadaan serat dalam usus besar akan membantu proses metabolisme dalam usus besar.

MANFAAT MAKANAN BERSERAT

- a) Mencegah sembelit
- b) Mencegah usus buntu
- c) Membantu proses detoksifikasi
- d) Membantu menurunkan kolesterol dan mencegah jantung koroner
- e) Mencegah kanker usus
- f) Menurunkan berat badan

Dampak Tidak Mengonsumsi Makanan Berserat

- a) Kolesterol tinggi/penyakit jantung koroner
- b) Diabetes
- c) Kanker
- d) Hemoroid (wasir)
- e) Sembelit
- f) Diare

jenis-jenis makanan berserat

alpukat
jagung
pepaya
pisang
sayur brokoli
beras merah

Lampiran 3 Lembar bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN

KARYA TULIS ILMIAH STIKES KARSA HUSADA GARUT

Nama : Riska Herlina

NIM : KHGAA22126

Pembimbing : Devi Ratnasari, S.Kep., Ners., M.Kep.

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny.P Dengan Gangguan Sistem

Pencernaan : Ileus Obstruktif Di Ruang Mawar RS TK.IV Gubtur

Garut

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.		Acc judul KTI			
2.		Bimbingan BAB 3	a. Lengkapi pengkajian b. Data focus harus sesuai		

			dengan hasil pengkajian c. Data penunjang dimasukan pada DO d. Intervensi harus sesuai dengan kondisi pasien e. Tujuan dan kriteria hasil harus terukur f. Rasional tidak sama dengan tujuan. Rasional menjawab “mengapa ” tindakan tersebut dilakukan, tujuan menjawab		
--	--	--	--	--	--

			“untuk apa?” g. Evaluasi sesuai dengan indikator KH		
3.		BAB 2	- Perbaiki penulisan patofisiologi sampai dengan gangguan PKDM, cantumkan sumber/sitasi		
4.		BAB 3	Pembahasan berisi teori, kasus, kesenjangan, dan pembahasan dari kesenjangan tersebut hasil Analisa penulis		

5.		BAB 4	Kesimpulan mengacu ke tujuan khusus		
6		BAB 4	Saran harus aplikatif		
7.		ABSTRAK	- Ikuti kaidah IMRAD - Periksa Kembali kaidah penulisan		
8.			ACC SIDANG KTI		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Pribadi

Nama : Riska Herlina
 Umur : 21 Tahun
 Tempat Tanggal Lahir : Garut, 08 Febuari 2004
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Status : Mahasiswa
 Kewarganegaraan : Indonesia
 Alamat Rumah : JL. Merdeka Kp Ciawitali NO 191

B. Pendidikan Formal

TK AL WASILAH : Tahun 2010-2011
 SDN 1 Haurpanggung : Tahun 2011-2016
 SMP Negeri 1 Garut : Tahun 2016-2019
 SMA Negeri 6 Garut : Tahun 2019-2022
 STIKes Karsa Husada Garut : Tahun 2022-sekarang