# BAB I

# KONSEP DASAR

## A. Pengertian

Obstruksi usus atau Ileus menurut Sjamsuhidajat (1997) adalah obstruksi saluran cerna tinggi artinya disertai dengan pengeluaran banyak aliran cairan dan elektrolit baik di dalam lumen usus bagian oral dari obstruksi obstruksi maupun oleh muntah. Sedang menurut Carpenito (2000), Ileostomi adalah bedah pembuatan lubang antara ileum dan dinding abdomen untuk tujuan diversi fekal.

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa ileostomi adalah suatu keadaan dimana sisa makanan tidak dapat keluar seperti biasa, maka dibuatlah lubang antara ileum dan dinding abdomen untuk tujuan diversi fekal. Menurut Brunner dan Suddarth, (2001), jenis obstruksi ada 2 tipe proses:

1. Obstruksi mekanis (Ileus Obstruksi)

   Terjadi obstruksi intramural atau obstruksi mural dari tekanan pada dinding usus.

   Contoh kondisi yang dapat menyebabkan obstruksi mekanis yang akut, misalnya, hernia strangulata, perlekatan, intususepsi, tumor kronis misal akibat karsinoma yang melingkari.

2. Obstruksi Neurogenik (Ileus Paralitik)

   Terjadi karena suplai saraf otonom mengenai endokrin seperti DM, gangguan usus berhenti.

Contoh: distropi otot, gangguan endokrin, ini juga bersifat sementara sebagai akibat dari penanganan selama pembedahan.

## B. Etiologi

Menurut Jong (1997) ada 6 yaitu karsinoma, diverti kulitis, striktur rektum, stenosis anus, volvulus sigmoid dan penyakit hirschsprung, tak jauh beda dengan Jong, Burner dan Suddarth penyebab ileus ada 5 yaitu adesi (perlekatan), hernia, volvulus, inlusepsi, dan tumor.

## C. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Jong (1997), pemeriksaan penunjang ada 2 tipe yaitu pemeriksaan radiologik dan pemeriksaan endoskopi. Pemeriksaan radiologik meliputi foto polos abdomen dan closed loop, sedang pemeriksaan endoskopi meliputi rektosigmoidoskopi dan kolonoskopi.

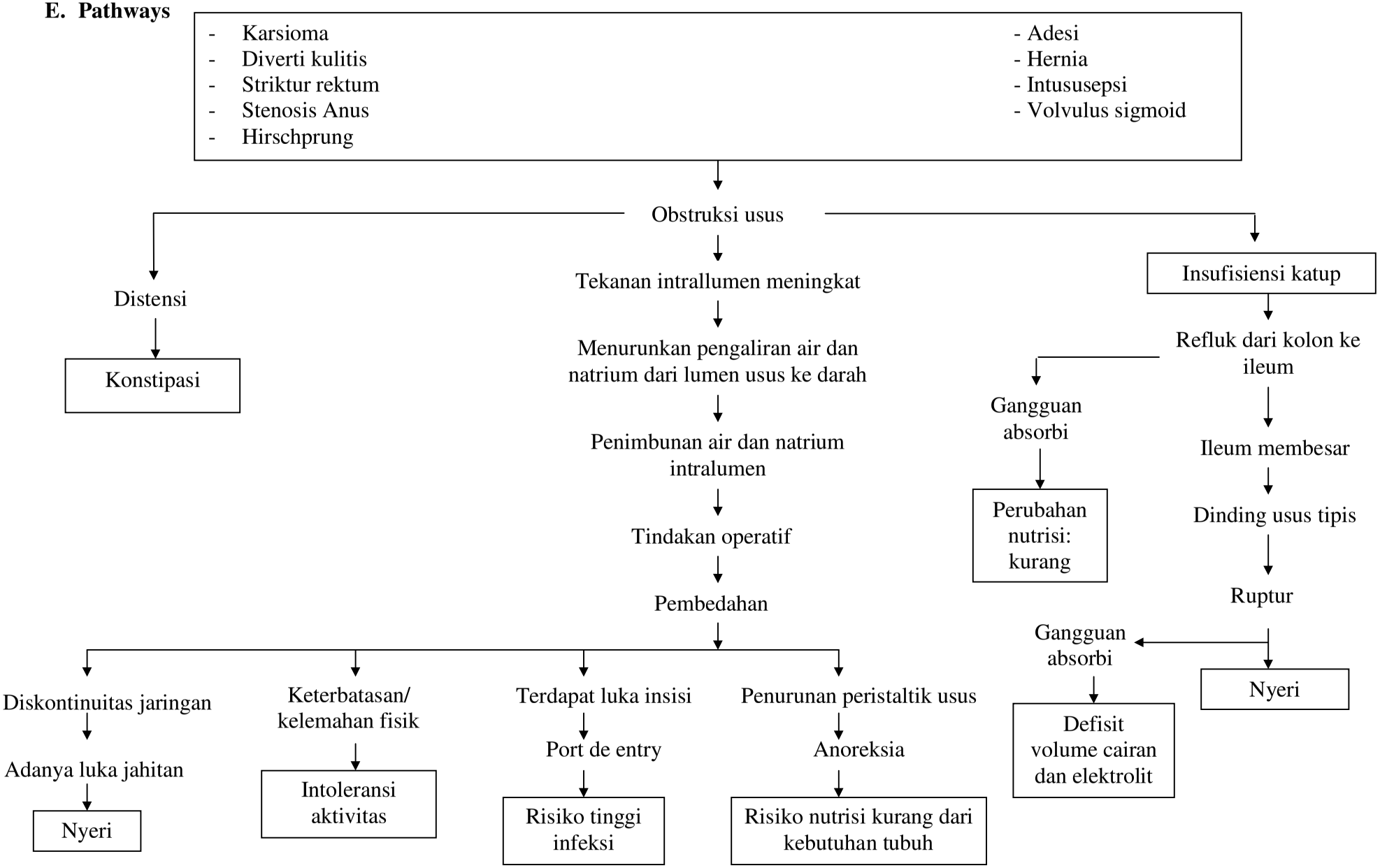
## D. Patofisiologi

Pengaruh obstruksi kolon tidak sehebat pengaruh pada obstruksi usus halus, karena pada obstruksi kolon, keculai pada volvus, hampir tidak pernah terjadi stragulasi, kolon merupakan alat pemompaan feses sehingga secara relatif fungsi kolon sebagai alat penyerap sedikit sekali. Oleh karena itu kehilangan cairan dan elektrolit berjalan lambat pada obstruksi kolon distal. Gambaran klinik ini disebut obstruksi rendah, berlainan dengan ileus usus halus yang dinamai ileus tinggi.

Obstruksi kolon yang berlarut-larut akan menimbulkan destensi yang amat besar bersamaan katup ileosekal tetap utuh. Bila terjadi lusufisiensi katup, timbul reflek dari kolon ke dalam ileum terminal sehingga ileum turut membesar karena itu gejala dan tenda obstruksi rendah tergantung kompetensi valvula bauhin.

Dinding usus halus kuat dan tebal, karena itu tidak timbul distensi berlebihan atau ruptur. Dinding usus besar tipis, sehingga mudah mengalami distensi. Dinding sekum merupakan bagian kolon yang paling tipis, karena itu dapat terjadi ruptur bila terlalu terenggang (Jong, 1997).

## E. Pathways




Gambar I. Pathway terjadinya Illeus (Sumber: Jong W.D, 1997)

## F. Fokus Intervensi

1. Nyeri (akut) berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan

   a. Faktor fisik, contoh kerusakan kulit/jaringan (insisi)

   b. Biologis, aktivitas proses penyakit (kanker, trauma)

   c. Faktor psikologis, misalnya: takut, ansietas

   (Doenges, 2000, 915)

   Kriteria hasil:

   a. Menyatakan nyeri hilang atau terkontrol.

   b. Menunjukkan nyeri hilang, mampu tidur/istirahat dengan tepat.

   c. Menunjukkan penggunaan ketrampilan relaksasi dan kenyamanan umum sesuai indikasi.

   Intervensi:

   a. Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, intensitas (skala 0-10)

   b. Dorong pasien untuk menyatakan masalah.

   c. Berikan tindakan kenyamanan.

   d. Dorong penggunaan teknik relaksasi.

   e. Bantu melakukan latihan rentang gerak dan dorong ambulasi dini.

   f. Selidiki dan laporkan adanya kekuatan otot abdominal, kehati-hatian yang tak sengaja dan nyeri tekan.

   g. Kolaborasi

      d. Berikan obat sesuai indikasi misalnya: narkotik, analgetik

      e. Berikan rendam duduk

2. Defisit volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan:
   a. Kehilangan yang berlebihan
   b. Kehilangan melalui jalan abnormal, misalnya selang NGT/usus
   c. Keluaran ileustomi dengan volume tinggi.
   d. Pembatasan masukan secara medik
   e. Gangguan absorbsi cairan

   (Carpenito, 1999)

   Kriteria hasil:

   Mempertahankan hidrasi adekuat dengan bukti membran mukosa lembab, tugor kulit baik dan pengisian kapiler baik, tanda vital stabil dan secara individual mengeluarkan urine dengan tepat.

   Intervensi:

   a. Awasi masukan dan keluaran dengan cermat, ukur feses cair, timbang BB tiap hari.
   b. Awasi tanda vital, catat hipotensi postural, takikardia.
   c. Evaluasi turgor kulit, pengisian kapiler dan membran mukosa.
   d. Batasi masukan es batu selama periode intubasi gaster.
   e. Kolaborasi:
      1) Awasi hasil laboratorium misalnya HT dan elektrolit.
      2) Berikan cairan IV dan elektrolit sesuai indikasi.
3. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anareksia lama, status hipermetabolik, adanya diare adanya gangguan absorbsi (Doenges, 2000: 492).

Kriteria hasil:

Mempertahankan BB/menunjukkan peningkatan BB sesuai tujuan, merencanakan diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.

Intervensi:

a. Kaji kebutuhan nutrisi
b. Auskultasi bising usus.
c. Mulai dengan makanan cair perlahan.
d. Identifikasi bau yang ditimbulkan oleh makanan.
e. Kolaborasi: konsul dengan ahli diet, tingkatan diet dari cairan sampai makanan rendah residu.

4. Konstipasi berhubungan dengan penempatan ostom pada kolon sigmoid desenden, ketidakadekuatan masukan diet/cairan (Doenges, 2000, 494).

Kriteria hasil:

Membuat pola eliminasi sesuai kebutuhan fisik dan gaya hidup dengan ketepatan jumlah dan konsistensi.

Intervensi:

a. Kaji kebiasaan defekasi pasien dan gaya hidup sebelumnya.
b. Informasi pasien dengan ileostomi bahwa pada awalnya keluaran akan cairan.
c. Selidiki perlambat awitan atau tidak adanya keluaran.
d. Tinjau ulang pola diet dan jumlah tipe masukan cairan.

5. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan ketidakkuatan pertahanan primer dari kerusakan jaringan kulit (Doenges, 2000: 202)

   Kritera hasil: risiko tinggi, infeksi dapat teratasi

   Intervensi:

   a. Kaji keadaan luka, adanya inflamasi.
   b. Awasi tanda-tanda vital, perhatikan peningkatan suhu tubuh.
   c. Lakukan tindakan perawatan luka dengan balutan kering.
   d. Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi.

6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, spasme otot, kerusakan neuromuskuler (Doenges, 1999: 324).

   Kriteria hasil: mempertahankan fungsi secara normal.

   Intervensi:

   a. Berikan informasi mengenai mobilisasi.
   b. Berikan lingkungan yang nyaman.
   c. Dorong pasien untuk melakukan mobilisasi.
   d. Ikut aktivitas dengan periode istirahat.
   e. Bantu melakukan rentang gerak pasif dan aktif.

## G. Manifestasi Klinik

Ini didapat dari Brunner & Suddarth, 2000

1. Nyeri abdomen

   Pada usus halus pada abdomen atas dan mid abdomen.

   Pada usus besar: nyeri pada abdomen bawah

2. Flatus tidak ada
3. Mual
4. Muntah
5. Dehidrasi
6. Konstipasi absolut

## H. Pengkajian

Ini didapat dari Doenges, 2000

1. Akting/istirahat

   Data obyektif: Kelemahan, malas, cepat lelah, insomania, tidak tidur semalaman, karena diare, merasa gelisah, ansietas.

   Pembatasan aktivitas s/d efek proses penyakit

2. Sirkulasi

   Data obyektif: Takikardia (respon terhadap demam, dehidrasi, proses inflamasi dan nyeri)

   Kemerahan, area ekimosis, tekanan darah, hipotensi, termasuk postural.

   Turgor buruk, kering, lidah pecah-pecah (dehidrasi malnutrisi).

   Data subyektif: menolak, perhatian menyempit, depresi.

3. Eliminasi

   Data obyektif: tekstur feses bervariasi dari bentuk lunak sampai bau/berair.

   Episode diare berdarah tak dapat diperkirakan, hilang timbul, sering tak dapat dikontrol.

   Perdarahan per rektal

Riwayat batu ginjal

Data subyektif: menurunnya bising usus, tak ada peristaltik

Oliguri, hemoroid fisura anal (25%) fistula per anal

4. Makanan/cairan

Data subyektif: anoreksia, mual, muntah

Penurunan BB

Tidak toleran terhadap diet/sensitif

Data obyektif: penurunan lemah sub kutan/masa otot

Kelemahan, tonus otot dan turgor kulit buruk

Membran mukosa pucat, luka, inflamasi rongga mulut.

5. Higiene

Data obyektif: ketidakmampuan mempertahankan perawatan diri

Stomatis

Bau badan

6. Nyeri/kenyamanan

Data obyektif: nyeri tekan kuadran kiri bawah

Tidak nyeri berpindah, nyeri tekan (artritis)

Nyeri mata, fotophobia

Data subyektif: nyeri tekan abdomen/deistensi

7. Keamanan

Data subyektif: Riwayat lupus eritematosus, anemia hermolitik, vaskulitik, artritis

Peningkatan suhu 39°-40° (eksaserbasi akut)

Penglihatan kabur

Alergi terhadap makanan/produk susu

Data subyektif: lesi akut

Ankilosa spondilatis

Uveitis, konjugtivitis, iritis

8. Seksualitas

   Data obyektif: Frekuensi menurun/menghindari aktivitas seksual

9. Interaksi sosial

   Data obyektif: masalah hubungan/peran sehubungan dengan kondisi ketidakmampuan aktivitas dalam sosial.

10. Penyuluhan/pembelajaran

    Data obyektif: riwayat keluarga berpenyakit inflamasi usus.