

**ASUHAN KEPERAWATAN
PADA Ny. S DENGAN TINDAKAN LAPAROTOMI
PADA OBSTRUKSI ILEUS DI RUANG BEDAH MAYOR IGD
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOEWARDI**

NASKAH PUBLIKASI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Mendapatkan Gelar
Profesi Ners (Ns)



Disusun oleh :
FAJAR ADHITYA ROMADHAN
J 230 113 022

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2012**

LEMBAR PENGESAHAN

NASKAH PUBLIKASI

ASUHAN KEPERAWATAN
PADA Ny. S DENGAN TINDAKAN LAPAROTOMI
PADA OBSTRUKSI ILEUS DI RUANG BEDAH MAYOR IGD
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOEWARDI

FAJAR ADHITYA ROMADHAN

J 230 113 022

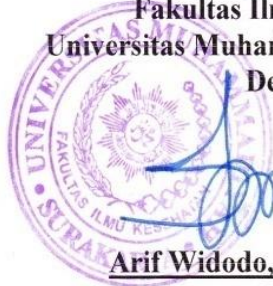
Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 10 November
2012 dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Dewan Penguji

Ketua	: Priyo Prabowo S.Kep.,Ns	(.....)
	NIP. 1972100199203 1 001	
Sekretaris	: Amir Nuryanto S.Kep.,Ns	(.....)
	NIP. 19770104 199603 1 005	
Anggota	: Irdawati S.Kep.,Ns.,M.si.,Med	(.....)
	NIK. 753	

Surakarta, 10 November 2012

Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Dekan,



Arif Widodo, A.Kep., M.Kes.

NIK.

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

KARYA TULIS ILMIAH, 2012

FAJAR ADHITYA ROMADHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN TINDAKAN
LAPAROTOMY PADA OBSTRUKSI ILEUS DI RUANG BEDAH MAYOR
IGD RSUD Dr MOEWARDI**

Xvii + 31 halaman, 2 gambar/skema, 4 lampiran

ABSTRAK

Obstruksi ileus adalah suatu penyumbatan mekanis pada usus dimana merupakan penyumbatan yang sama sekali menutup atau mengganggu jalannya isi usus, di Indonesia tercatat ada 7.059 kasus obstruksi ileus paralitik dan obstruktif tanpa hernia yang dirawat inap dan 7.024 pasien rawat jalan pada tahun 2004. Sedangkan angka kejadian pada pasien obstruksi ileus dengan tindakan *Laprotomi* di RSUD Dr Moewardi dari bulan Januari sampai bulan Juli 2012 sebanyak 52 pasien. Tujuan umum dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan yang tepat bagi pasien dengan tindakan operasi obstruksi ileus dengan tindakan *laparotomy*. Penyusunan karya tulis ini dengan metode *diskriptif* dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data. Tehnik pengambilan data menggunakan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi, kesimpulan dari karya tulis ilmiah ini adalah pada klien Ny. S muncul beberapa diagnosa diantaranya saat pre operasi adalah ansietas teratasi dengan *anxiety reduction*, diagnosa resiko infeksi teratasi dengan *infection protection* dan *infection control*, diagnosa intra operasi adalah resiko perdarahan teratasi dengan rehidrasi, diagnosa resiko cedera teratasi dengan pengawasan intensif, serta diagnosa post operasi adalah resiko infeksi teratasi dengan *infection protection* dan *infection control*. Dari semua diagnosa yang tidak muncul sesuai dengan teori dan kasus adalah diagnosa nyeri.

Kata Kunci: *Obstruksi Ileus, Laparotomi, Asuhan keperawatan*

Daftar Pustaka: 14 (2000 – 2009)

NASKAH PUBLIKASI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN TINDAKAN LAPAROTOMI PADA OBSTRUKSI ILEUS DI RUANG BEDAH MAYOR IGD RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MOEWARDI

Fajar Adhitya Romadhan. *
Priyo Prabowo S.Kep., Ns. **
Amir Nuryanto S.Kep., Ns. ***

Abstrak

Obstruksi ileus adalah suatu penyumbatan mekanis pada usus dimana merupakan penyumbatan yang sama sekali menutup atau mengganggu jalannya isi usus, di Indonesia tercatat ada 7.059 kasus obstruksi ileus paralitik dan obstruktif tanpa hernia yang dirawat inap dan 7.024 pasien rawat jalan pada tahun 2004. Sedangkan angka kejadian pada pasien obstruksi ileus dengan tindakan *Laprotomi* di RSUD Dr Moewardi dari bulan Januari sampai bulan Juli 2012 sebanyak 52 pasien. Tujuan umum dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan yang tepat bagi pasien dengan tindakan operasi obstruksi ileus dengan tindakan *laparotomy*. Penyusunan karya tulis ini dengan metode *diskriptif* dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data. Tehnik pengambilan data menggunakan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi, kesimpulan dari karya tulis ilmiah ini adalah pada klien Ny. S muncul beberapa diagnosa diantaranya saat pre operasi adalah ansietas teratasi dengan *anxiety reduction*, diagnosa resiko infeksi teratasi dengan *infection protection* dan *infection control*, diagnosa intra operasi adalah resiko perdarahan teratasi dengan rehidrasi, diagnosa resiko cedera teratasi dengan pengawasan intensif, serta diagnosa post operasi adalah resiko infeksi teratasi dengan *infection protection* dan *infection control*. Dari semua diagnosa yang tidak muncul sesuai dengan teori dan kasus adalah diagnosa nyeri.

Kata Kunci: *Obstruksi Ileus, Laparotomi, Asuhan keperawatan*

NURSING CARE IN Ny. S WITH ACTION LAPAROTOMY ILEUS OBSTRUCTION MAJOR SURGERY IN THE EMERGENCY ROOM HOSPITAL Dr MOEWARDI

Abstract

Obstruction ileus is a mechanical obstruction is a blockage in the intestine which completely shut down or interfere with the course of the intestinal contents, in Indonesia there were 7059 cases of paralytic ileus and obstructive obstruction without hernia, hospitalized and 7024 outpatients in 2004. While the incidence of ileus obstruction in patients with Laprotomi measures in hospitals Dr Moewardi from January to July 2012 as many as 52 patients. The general objective of Scientific Writing writing is to find the right picture of nursing care for patients with obstructive ileus surgery with laparotomy action. The preparation of this paper by the method of descriptive case study approach is the scientific method is to collect data, analyze data and draw conclusions the data. Technical data retrieval using interviews, observation, physical examination and documentation study, the conclusions of scientific writing is on the client Ny. S appears multiple diagnoses such as pre surgery was resolved with anxiety anxiety reduction, diagnosis infection risk for infection resolved with protection and infection control, operating intra diagnosis is resolved with rehydration bleeding risk, the risk of injury diagnoses resolved with intensive supervision, and postoperative diagnosis are risk resolved infection with infection protection and infection control. Of all the diagnoses that did not appear consistent with the theory and the case was diagnosed pain.

Keywords: *Obstruction Ileus, Laparotomy, Nursing care*

PENDAHULUAN

Obstruksi ileus merupakan kegawatan dalam bedah abdominal yang sering dijumpai, sekitar 60 - 70% dari seluruh kasus akut abdomen yang bukan appendicitis akuta. Obstruksi ileus adalah suatu penyumbatan mekanis pada usus dimana merupakan penyumbatan yang sama sekali menutup atau mengganggu jalannya isi usus (Brunner & Suddarth, 2002).

Sebagai makhluk biologis, manusia memerlukan makanan yang mengandung gizi untuk menunjang kebutuhan metabolisme, makanan tersebut sebelum diabsorpsi terlebih dahulu diproses disaluran cerna. Proses pencernaan berlangsung dengan baik apabila sistem pencernaan makanan ditubuh kita normal, apabila salah satu dari bagian sistem pencernaan kita mengalami gangguan, maka proses pencernaan makanan terhambat (Zwani, 2007).

Penyakit ini sering terjadi pada individu yang memiliki kebiasaan mengkonsumsi makanan yang rendah serat, dari kebiasaan tersebut akan muncul permasalahan pada kurangnya kemampuan membentuk massa feses yang menyambung pada rangsangan peristaltik usus, kemudian saat kemampuan peristaltik usus menurun maka akan terjadi konstipasi yang mengarah pada feses yang mengeras dan dapat menyumbat lumen usus sehingga menyebabkan terjadinya obstruksi (Mansjoer, 2001).

Salah satu penanganan pada pasien dengan permasalahan obstruksi ileus adalah dengan pembedahan laparotomi, penyayatan pada dinding abdomen atau peritoneal (Fossum, 2002). Gangren dan perforasi adalah

komplikasi yang menunggu jika permasalahan semakin berat, maka pasien yang sudah di diagnosa obstruksi ileus harus siap dilakukan tindakan pembedahan karena keterlambatan pembedahan menyebabkan berbagai masalah pada organ cerna, diantaranya perforasi appendiks, peritonitis, pileflebitis, dan bahkan kematian.

Di Indonesia tercatat 7.059 kasus obstruksi ileus paralitik dan obstruktif tanpa hernia yang dirawat inap dan 7.024 pasien rawat jalan pada tahun 2004 (Bank Data Departemen Kesehatan Indonesia, 2004). Sedangkan angka kejadian pada pasien obstruksi ileus dengan tindakan laprotomi di RSUD Dr Moewardi dari bulan Januari sampai bulan Juli 2012 sebanyak 52 pasien. Pada pasien dengan tindakan laparotomi dengan indikasi obstruksi ileus di RSUD Dr Moewardi perlu memerlukan perhatian yang khusus dalam melakukan perawatan di ruang operasi, dari kesiapan pre operasi, intra operasi dan post operasi.

Dari masalah yang muncul di atas maka penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Tindakan Laparotomi Pada Obstruksi Ileus di Ruang Bedah Mayor Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr Moewardi".

LANDASAN TEORI

Obstruksi Ileus

Menurut Obstruksi Ileus adapat didefinisikan sebagai gangguan aliran normal isi usus sepanjang saluran usus (Arif Mansjoer, 2000). Obstruksi ileus adalah sumbatan total atau parsial yang mencegah aliran normal melalui saluran pencernaan (Brunner & Suddart, 2001).

Dari defenisi di atas dapat disimpulkan bahwa obstruksi usus adalah sumbatan total atau parsial yang menghalangi aliran normal melalui saluran pencernaan atau parsial yang menghalangi aliran normal melalui saluran pencernaan atau gangguan di sepanjang usus.

Adhesimerupakan penyebab te rsering ileus obstruktif, sekitar 50-70% dari semua kasus, adhesi bisa disebabkan oleh riwayat operasi intra abdominal sebelumnya atau proses inflamasi intra abdominal. Obstruksi yang disebabkan oleh adhesi berkembang sekitar 5% dari pasien yang mengalami operasi abdomen dalam hidupnya, perlengketan kongenital juga dapat menimbulkan obstruktif ileus di dalam masa anak-anak (Sabara, 2007).

Gejala yang muncul pada obstruksi ileus pada mekanik sederhana sampai pada usus halus atas muncul tanda gejala berupa kolik (kram) pada abdomen pertengahan sampai ke atas, distensi, muntah, peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen. Sedangkan pada mekanik sederhana sampai dengan usus halus bawah muncul tanda kolik (kram) signifikan midabdomen, distensi berat, bising usus meningkat, nyeri tekan abdomen. Pada mekanik sederhana sampai dengan kolon muncul tanda kram (abdomen tengah sampai bawah), distensi yang muncul terakhir, kemudian terjadi muntah (fekulen), peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen. Gejala berkembang dengan cepat nyeri hebat, terus menerus dan terlokalisir, distensi sedang, muntah persisten, biasanya bising usus menurun dan nyeri tekan terlokalisir hebat. Feses atau vomitus menjadi berwarna gelap

atau berdarah atau mengandung darah (Price & Wilson, 2007).

METODELOGI PENELITIAN

Pendekatan

Penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data.

Tempat dan Waktu

Penulisan karya ilmiah ini mengambil kasus di Ruang Bedah Mayor Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr Moewardi pada tanggal 12 Juli 2012.

Langkah-Langkah

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Juli 2012 jam 12.30 WIB. Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan Doengoes (2000).

2. Perencanaan

Petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosis keperawatan Doengoes (2000).

3. Pelaksanaan

Pengelolaan, perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan

keperawatan menurut Carpenito (2000) bersifat:

- a. Mandiri (independen): adalah tindakan yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya atau menanggapi reaksi karena adanya stressor.
- b. Ketergantungan (interdependent/kolaborasi): adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim perawat atau dengan tim kesehatan lainnya seperti dokter, fisioterapi, analis kesehatan dan sebagainya.
- c. Rujukan/ketergantungan (dependen): adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, diantaranya dokter, psikolog, psikiater, ahli gizi, fisioterapi, dan sebagainya
4. Evaluasi atau penilaian
Perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Serta untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.

Teknik pengumpulan data

Dalam memperoleh data penulis menggunakan beberapa cara diantaranya sebagai berikut: wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

Analisa Data

Dalam penulisan ini penulis melakukan analisa dengan menggunakan mekanisme "*compare and contrast*" untuk mendiagnosa yang muncul pada saat pemberian asuhan keperawatan dengan diagnosa yang muncul pada teori.

Keabsahan Data

Untuk menghindari kesalahan atau kekeliruan data yang telah terkumpul, perlu dilakukan pengecekan keabsahan data. Pengecekan keabsahan data didasarkan pada kriteria derajat kepercayaan (crebility) dengan teknik triangulasi, ketekunan pengamatan, pengecekan teman sejawat (Moleong, 2004).

Etika

Sebelum melakukan pengkajian, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Kepala Ruang Bedah Mayor Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr Moewardi. Kemudian setelah mendapatkan persetujuan barulah melakukan pengambilan data dengan menekankan masalah etika yang meliputi:

1. Lembar Persetujuan (Inform Consent), Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang diteliti, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan yang dilakukan.
 2. Anonimity, Peneliti tidak mencantumkan nama pasien, tetapi cukup dengan memberi inisial dari pasien.
 3. Confidentiality, Semua informasi yang diberikan pasien terjaga kerahasiannya.
-

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Data Profil Objek

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Juli 2012 jam 12.30 WIB di peroleh data: Inisial: Ny. S, Umur: 48 tahun, Agama: Islam, Alamat: Wonogiri, Pendidikan: SD, Pekerjaan: Tani dan Nomor Rekam Medis: 01139330, Penanggung jawab: Tn. W, Umur 51 tahun (Suami Pasien), Agama: Islam.

Gambaran Kasus

Riwayat kesehatan pasien, pasien datang ke RSUD Dr Moewardi pada tanggal 11 Juli 2012 pada pukul 20.30 WIB dengan keluhan tidak bisa BAB dan kentut, pasien mengatakan keluhannya sudah dirasakan selama \pm 2 hari yang lalu. Pasien mengatakan muntah tiap makan dan minum, oleh keluarga dibawa ke RSUD Wonogiri karena dokter bedah tidak ditempat maka dirujuk ke RSUD Dr Moewardi dengan diagnosa obstruksi ileus. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi dan alergi terhadap apapun baik makanan, obat. Untuk pola eliminasi buang air besar belum bisa dilakukan pasien, diperberat dengan pasien juga tidak bisa kentut. Buang air besar terakhir 2 hari yang lalu dengan warna kuning kecoklatan, terasa susah saat keluar dan perih pada area anus.

Keadaan umum pasien: baik dengan tanda-tanda vital: Tekanan Darah: 110/60mmHg, nadi 96 x/menit, suhu 36,5^oC, respirasi 24x/menit, SPO₂ 98%, akral dingin, pasien terpasang dower cateter ukuran 24. Pemeriksaan head to toe diperoleh beberapa hasil pemeriksaan fokus di antaranya: pemeriksaan paru inspeksi: pengembangan dada kanan kiri sama, tidak ada bekas luka, tidak

nampak penggunaan otot bantu nafas dan retraksi, palpasi: fremitus vokal kanan kiri sama, pengembangan dada kanan kiri sama, perkusi: sonor lapang paru, auskultasi: bunyi paru vesikuler tanpa ada bunyi paru tambahan. Pemeriksaan jantung inspeksi: ictus cordis tidak nampak, palpasi: ictus cordis teraba lemah di line mid clavikula sinistra intercosta ke V, perkusi: pekak seluruh lapang jantung, auskultasi: bunyi jantung reguler S1 dan S2 tanpa bunyi jantung tambahan. Pemeriksaan abdomen inspeksi: perut datar, tidak ada luka bekas operasi, auskultasi: 5 x/menit, perkusi: tympani, palpasi: teraba keras, supel, dan tidak ada pembesaran organ di abdomen. Eliminasi: anus memerah, terasa perih tidak ada hemoroid.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 12 Juli 2012 jam 09.00 WIB diperoleh hasil: nilai Hemoglobin 14,7 gr/dl (13-16), Leukosit 6,2 ribu/ul (4-12 ribu/ul), Eritrosit 5,15 juta/ul, Hematokrit 43 % (36-47 %), Trombosit 217 ribu/ul (150-400 ribu/ul), Albumin 3,6 g/dl, Kreatinin 0,8 mg/dl, Ureum 39 mg/dl, Natrium: 838 mmol/L, Kalium: 4,0 mmol/L, Klorida: 103 mmol/L, HbsAg: negatif (-). Hasil pemeriksaan USG pada tanggal 12 Juli 2012 diperoleh hasil: gambaran dilatasi udara usus preperitoneal, tidak nampak kelainan. Terapi yang diperoleh pada tanggal 12 Juli 2012: Infus RL 20 tpm, injeksi ceftriaxon 2 gr/24 jam, injeksi ranitidin 50 mg/12 jam, injeksi ondansetron 50 mg/12 jam, injeksi ketorolac 30 mg/8 jam di berikan pada pukul 12.00.

Asuhan Keperawatan

Pasien datang di ruang bedah mayor instalasi gawat darurat hari Kamis, 12 Juli 2012 pukul 13.00. Penulis melakukan checking

terhadap kelengkapan berkas dan inform consent yang harus ditandatangani pasien atau keluarga.

1. Pre Operasi

Persiapan pre operasi dilakukan dengan mengecek identitas pasien, pemeriksaan fisik, hasil tes diagnostik, inform consent pembedahan dan anestesi. Inform consent sudah ditandatangani oleh penanggungjawab yaitu Tn. W. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi dan puasa sejak jam 24.00 WIB, pasien terpasang infus RL 20 tpm di tangan kanan. Alat dan obat anestesi yang diberikan telah lengkap, instrument pembedahan dalam keadaan steril, hasil USG telah dipasang di ruang operasi sebagai wacana area yang akan dilakukan insisi agar tidak mengalami kesalahan.

a. Resiko Infeksi berhubungan dengan dampak prosedur invasif: *IV line, dower cateter.*

Diagnosa tersebut muncul didukung data bahwa pasien akan dilakukan tindakan pembedahan dengan membuka dinding abdomen dan menangani permasalahan yang muncul dan pasien terpasang IV line RL 20 tpm pada tangan kanan serta dower cateter ukuran 24. Tujuan dari diagnosa tersebut adalah untuk tidak terjadinya infeksi pada saat dilakukan pembedahan.

Intervensi keperawatan untuk diagnosa resiko infeksi yaitu dengan tujuan mencegah terjadinya infeksi, dengan kriteria hasil setelah dilakukan asuhan

keperawatan selama 1 x 15 menit pasien terbebas dari agen-agen mikroorganisme dari luar. Intervensi keperawatannya adalah: pantau tanda-tanda vital, obesrvasi tanda-tanda infeksi, lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, memakai masker dan sarung tangan sebagai alat perlindungan diri, pertahankan lingkungan aseptik selama dilakukan tindakan pembedahan, pakaikan baju dan topi operasi, lepaskan semua asesoris yang dipakai oleh pasien, dokumentasikan semua hal yang dilakukan.

Implemenatsi yang dilaksanakan penulis pada pukul 13.10 WIB dengan memberikan baju operasi dan topi operasi, mengkaji tanda-tanda vital, mengobservasi IV line lancar dan tidak ada tanda-tanda infeksi (flebitis), meminta pasien melepas semua asesoris yang dipakai, mempertahankan lingkungan aseptik selama jalannya pembedahan.

Evaluasi dari diagnosa resiko infeksi dilakukan penulis pada pukul 13.20 WIB dengan hasil pasien memakai baju dan topi operasi, pasien melepas semua asesosris yang dipakai, terpasang IV line RL 20 tpm di tangan kanan, tidak ada tanda-tanda flebitis, Tanda-tanda vital: Tekanan darah: 120/80 mmHg, RR: 22 x/menit, Nadi: 80 x/menit, Suhu: 36,5⁰ C, Peristaltik: 6

x/menit, lingkungan dipertahankan dalam situasi aseptik.

- b. Cemas berhubungan dengan krisis situasional

Diagnosa muncul dengan didukung data bahwa pasien mengatakan belum pernah sakit sampai dilakukan tindakan operasi, pasien menanyakan bagaimana jalannya operasi nanti. Pasien cemas ditandai dengan: akral dingin, suara pasien saat berbicara gemetar, pasien banyak bertanya tentang hal terkait operasi. Tanda-tanda vital: Tekanan darah 110/60mmHg, nadi 96 x/menit, suhu 36,5⁰C, respirasi 24x/menit.

Perencanaan untuk mencapai tujuan, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 15 menit diharapkan pasien mampu mengontrol cemas. Dengan kriteria hasil, pasien mampu mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik mengontrol cemas, tidak muncul tanda kecemasan, tanda-tanda vital batas normal: Tekanan darah: 120/80 mmHg, N: 80-100 x/menit, RR: 16-24 x/menit. Rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah gunakan pendekatan yang menenangkan, jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur pembedahan, orientasikan ruangan dan staff dalam operasi, monitor tanda-tanda vital, intruksikan pasien melakukan relaksasi (nafas dalam).

Implementasi oleh penulis dilakukan pada pukul 13.10 WIB dengan mengkaji tanda-tanda vital, melakukan pendekatan yang menenangkan, menjelaskan prosedur serta apa yang dirasakan selama tindakan, mengorientasikan pasien pada ruangan dan staff, mengintruksikan pasien nafas dalam.

Evaluasi keperawatan dilakukan penulis pada pukul 13.20 WIB dengan hasil sebagai berikut untuk data subyektif: pasien mengatakan lebih merasa tenang karena sudah mengetahui tentang tindakan dan orang menanganinya, pasien mengatakan akan melakukan relaksasi (nafas dalam). Data obyektif tanda-tanda vital: tekanan darah: 120/80 mmHg, RR: 22 x/menit, Nadi: 80 x/menit, Suhu: 26,5⁰ C, pasien lebih tenang ditandai dengan: aktif dalam berkomunikasi, suara saat berbicara sudah tidak bergetar, pasien mampu melakukan nafas dalam, evaluasi masalah cemas teratasi.

2. Intra Operasi

Pasien dilakukan anestesi pada pukul 13.30 WIB dan dilakukan pembedahan pada pukul 13.45 WIB, jenis anestesi yang digunakan adalah general anestesi. Sebelumnya pasien memperoleh injeksi atravenon 30 mg, propofol 40 mg, midazolam 30 mg untuk premedikasi selama jalannya tindakan operasi. Insisi sepanjang ± 30 cm dilakukan pada ujung sternum melewati umbilikus sampai pada atas simpisis pubis, pemotongan

pada linea alba dengan scapel pada insisi garis tengah, insisi diperdalam sehingga memotong lemak subkutis, anterior dan posterior sheath dari m. rectus serta peritonium, membuka peritonium secara hati-hati dan terlihat usus kecil yang menonjol dibalik insisi peritonium, kemudian insisi peritonium diperluas sampai ke cephalad dengan gunting mayo kearah umbilikus, setelah dibuka sesuai dengan area obstruksi dilakukan pengecekan kondisi usus, serta pengeluaran cairan jernih serta menjaga kelembapan. Setelah diobservasi kondisi usus masih baik, terdapat peristaltik usus serta tidak nampak adanya perforasi jadi tidak ada indikasi dilakukan pemotongan hanya mengeluarkan secara manual sumbatan usus dengan melakukan pemijatan kearah usus besar, kemudian dilakukan pengecekan perdarahan menggunakan kasa serta pergerakan peristaltik usus dan organ abdominalis kondisi baik. Selanjutnya peritonium dijahit menggunakan cromatic 2.0, aproksimasi muskulus dengan plain 2.0, fascia dengan polisorb 2.0, subkutan dengan plain 3.0, selanjutnya jahit kulit serta subkutikuler menggunakan silk 3.0. Diagnosa keperawatan yang muncul pada fase intra operasi antara lain:

a. Resiko perdarahan berhubungan dengan efek samping terkait terapi pembedahan: *Laparotomi*.

Diagnosa ini muncul karena didukung data bahwa pembedahan yang dilakukan akan bersinggungan dengan pembuluh darah sekitar yang dapat menimbulkan

perdarahan walaupun minimal.

Perencanaan disusun untuk mencapai tujuan yang diharapkan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tindakan pembedahan tidak terjadi perdarahan berlebih dengan kriteria hasil tidak terjadi syok hipovolemik dan dehidrasi. Dengan intervensi yang dilakukan penulis sebagai berikut pantau tanda perdarahan, pantau tanda-tanda vital, pantau status dehidrasi, beri terapi IV line (sesuai progam).

Implementasi yang dilakukan penulis untuk diagnosa resiko perdarahan sebagai berikut memantau tanda-tanda vital, memantau tanda-tanda perdarahan, memberikan terapi IV line RL 20 tpm. Evaluasi setelah tindakan operasi selesai, pasien tidak mengalami perdarahan berlebih, tidak muncul tanda-tanda perdarahan, terpasang IV line RL 20 tpm, tanda-tanda vital: Tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 85 x/menit, RR: 22 x/menit, Suhu: 36,8^o C, Masalah resiko perdarahan teratasi.

b. Resiko cedera berhubungan dengan gangguan sensorik akibat medikasi: *Anestesi*, penggunaan instrumen operasi.

Diagnosa tersebut muncul karena didukung data diantaranya pasien akan dilakukan prosedur pembedahan *Laparotomi* tepatnya pada abdomen, sehingga anestesi yang digunakan adalah *General Anestesi* (GA). Akan

dilakukan anestesi dengan Induksi Propofol 40 mg, atravenon 30 mg, midazolam 50 mg, ketorolac 30 mg, maintenance N₂O₂, Endotracheal Cuffed, traceostomi no 7,0.

Perencanaan yang disusun oleh penulis untuk mencapai tujuan diharapkan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tindakan operasi berlangsung tidak mengalami cedera, dengan kriteria hasil tidak ada tanda cedera pada tubuh pasien. Intervensi yang akan dilakukan antara lain pantau pasien terkait gerakan, jaga keseimbangan pasien di meja operasi, atur pencahayaan, dan fiksasi ekstrimitas pasien.

Implementasi yang dilakukan oleh penulis adalah mengatur pencahayaan ruangan, mengawasi gerak pasien, memfiksasi kedua ekstrimitas atas pada sayap meja operasi. Evaluasi yang dilakukan penulis sebagai berikut, proses operasi berlangsung lancar dan tidak terjadi cedera pada pasien karena kelalaian, untuk masalah resiko cedera teratasi.

3. Post Operasi

Pasien tiba di ruang *recovery* pada tanggal 12 Juli 2012 pada pukul 15.15 WIB, di intruksikan di ruang *recovery*: posisi supinasi, O₂ 2 lpm nasal kanul, awasi tanda-tanda vital setiap 15 menit, apabila tekanan darah turun di bawah 90/60 mmHg berikan epedrin 5 mg, apabila muntah berikan endonsetron 4 mg, apabila mengeluh nyeri berikan ketorolac 30 mg, infuse

RL / NaCl 20 tpm. Saat di ruang *recovery* penulis melakukan pengkajian data dan diperoleh hasil sebagai berikut: keadaan umum: Baik, tanda-tanda vital: 120/70 mmHg, nadi: 90 x/menit, RR: 21 x/menit, suhu: 36,7⁰ C. kesadaran pasien apatis dengan GCS: E₃ V₄ M₅, terpasang DC kateter ukuran 24 difiksasi pada kaki kiri dengan produksi urine 100 cc warna kekuningan. Luka operasi terbungkus kasa steril dengan panjang ± 30 cm tidak ada perembesan darah pada kasa.

Dari hasil pengkajian yang diperoleh di atas saat post operasi penulis menegakan diagnose keperawatan sebagai berikut:

a. Resiko infeksi berhubungan dengan dampak tindakan infasive: tindakan *Laparotomi*, terputusnya kontiunitas jaringan.

Diagnosa tersebut muncul didukung oleh data luka post operasi dengan panjang ± 30 cm tidak ada perembesan darah pada kasa tersebut, tanda-tanda vital: tekanan darah 120/70 mmHg, nadi: 90 x/menit, RR: 21 x/menit, suhu: 36,7⁰ C.

Intervensi yang dirancang perawat dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 60 menit pasien paham dan mampu mengontrol bahaya infeksi, tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil pasien bebas dari infeksi dengan tidak muncul tanda-tanda infeksi, menunjukkan kemampuan mencegah bahaya infeksi. Rencana keperawatan, kaji

tanda-tanda vital, kaji tanda-tanda infeksi, pertahankan teknik aseptik, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, beri terapi antibiotic bila perlu.

Implementasi yang diberikan penulis pada pukul 15.05 WIB antara lain, mengkaji tanda-tanda vital: tekanan darah 120/70 mmHg, nadi: 90 x/menit, RR: 21 x/menit, suhu: 36,7⁰ C, mengkaji tanda-tanda infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, mempertahankan tehnik aseptik dalam segala hal. Evaluasi yang dilakukan penulis memperoleh hasil berupa data subyektif, pasien mengatakan paham dengan tindakan yang dilakukan perawat, keluarga mengatakan paham untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. Data obyektif, tanda-tanda vital: tekanan darah 120/70 mmHg, nadi: 90 x/menit, RR: 21 x/menit, suhu: 36,7⁰ C, tidak muncul tanda-tanda infeksi (tumor, dolor, calor, rubor, function lesia), masalah resiko infeksi teratasi sebagian dan untuk rencana selanjutnya: kaji tanda-tanda vital, kaji tanda-tanda infeksi, lakukan perawatan luka prinsip steril.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan dan pengawasan selama di ruang *recovery* penulis melakukan penilaian dengan hitungan Alderette Score dengan batasan skornya ≥ 8 , namun masuk diruang rawat inap jika Aldrette

skornya < 8 , pasien harus dimasukkan ke dalam ruang ICU.

Dari perhitungan dengan Alderette Score diperoleh hasil pasien tidak mengeluh pusing, tidak mengeluh mual muntah, dengan tekanan darah 120/70 mmHg yang merupakan indikasi pasien dapat dipindahkan diruang perawatan. Kemudian penulis melakukan operan ke perawat ruangan dengan rincian sebagai berikut: Posisi supinasi, O₂ 2 lpm nasal kanul, awasi tanda-tanda vital setiap 15 menit, apabila tekanan darah turun di bawah 90/60 mmHg berikan epedrin 5 mg, apabila muntah berikan endonsetron 4 mg, apabila mengeluh nyeri berikan ketorolac 30 mg, infuse RL / NaCl 20 tpm, lanjutkan terapi injeksi/oral sebagai berikut: Ceftriaxon 2 gr/24 jam, Ketorolac 30 mg/8 jam, Ranitidin 25 mg/ 12 jam dan IV lien RL 20 tpm.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Dalam kasus ini pengkajian meliputi pemeriksaan fisik *head to toe* dan uji diagnostik yang sudah dilakukan. Dengan hasil USG diketahui adanya dilatasi udara usus.
 2. Diagnosa keperawatan yang muncul saat pre operasi adalah cemas dan resiko infeksi, pada intra operasi adalah resiko perdarahan, resiko cedera, pada post operasi adalah resiko infeksi. Sedangkan diagnosa keperawatan yang tidak muncul sesuai dengan teori adalah nyeri.
 3. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa pre operasi untuk resiko infeksi dengan *infection control* dan *infection protection*, cemas dengan *anxiety reduction*, orientasi ruangan. Intervensi untuk diagnosa intra operasi
-

resiko perdarahan dengan intervensi *rehidration* dan vital sign monitor, resiko cedera dengan pengawasan intensif dan manipulasi lingkungan. Intervensi diagnosa keperawatan pada post operasi untuk resiko infeksi dengan *infection control* dan *infection protection*.

4. Implementasi tindakan dikerjakan secara kolaboratif dalam tim operasi. Seluruh intervensi yang diberikan dilakukan secara mandiri maupun kolaboratif sehingga tujuan rencana tindakan tercapai
5. Evaluasi dari setiap diagnosa yang muncul pada tahap operasi sebagai berikut, tahap pre operasi dengan resiko infeksi teratasi sebagian, kecemasan diperoleh hasil masalah teratasi. Pada tahap intra operasi dengan resiko perdarahan masalah teratasi, serta resiko cedera diperoleh masalah teratasi. Pada tahap post operasi dengan masalah resiko infeksi diperoleh hasil masalah teratasi sebagian dan perlu adanya perawatan yang intensif di ruang rawat inap.

Saran

Diharapkan demi kemajuan selanjutnya maka penulis menyarankan kepada:

1. Instansi Rumah Sakit
Diharapkan meningkatkan kinerja perawat dan tenaga medis pada setiap tindakan operasi baik saat pre, intra dan post operasi.
2. Perawat
Diharapkan lebih teliti dalam pelaksanaan pengkajian pada setiap pasien serta dokumentasikan tindakan yang dikerjakan.
3. Keluarga
Disarankan keluarga memberikan motivasi dan

keyakinan pada klien yang akan menjalani tindakan operasi.

4. Institusi Pendidikan
Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai referensi yang menunjang pembelajaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth. 2002. *Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Carpenito. 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Doengoes. Marylin. 2002. *Rencana Asuhan Keperawatan: pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Ed 3. Jakarta: EGC.
- Ferlina, I. S. 2002. *Hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan pada pasien preoperasi*. Skripsi tidak diterbitkan. Malang: Progam Studi Ilmu Keperawatan UMM.
- M. Ruswan. 2009. *Petunjuk Praktis Anestesiologi dan Terapi Intensif FK-UI*: Jakarta.
- Mansjoer. A. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi III, jilid II, Media Aeculapius FKUI: Jakarta.
- Moeloeng, L. J. 2004. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Nursalam. M.Nurs. 2002. *Managemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktek*
-

Keperawatan Profesional,
Jakarta: Salemba Medika.

Russel C Swanburg, *Pengantar Keperawatan*, 2000, EGC, Jakarta.

Setiawan, 2005. *Efek Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi di Rumah Sakit Haji Adam Malik Medan*. Skripsi tidak diterbitkan. PSIK FK USU.

Smeltzer, Suzanne C & Brenda G Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah*. Ed 8 vol 2. Jakarta: EGC.

Wilkinson, Judith M. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*, Ed 7. Jakarta: EGC.

Zwani. 2007. Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Obstruksi Usus (<http://wawanjokamblog.blogspot.com/>). Diakses tanggal 11 Januari 2011).

***Fajar Adhitya Romadhan:**
Mahasiswa Profesi Ners FIK UMS.
Jln A Yani Tromol Post 1 Kartasura

**** Priyo Prabowo S.Kep., Ns**
: Pembimbing Klinik Rumah Sakit
Umum Daerah Dr. Moewardi.

***** Amir Nuryanto S.Kep., Ns:**
Pembimbing Klinik Rumah Sakit
Umum Daerah Dr. Moewardi
