

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Ileus Obstruksi

2.1.1 Pengertian Ileus Obstruksi

Ileus obstruktif merupakan kondisi yang menghambat isi usus agar tidak dapat bergerak melalui saluran dalam usus akibat adanya penyumbatan atau rintangan fisik. Penyebabnya bisa berasal dari gangguan di dalam rongga usus, lapisan dinding usus, objek luar yang memberikan tekanan, atau masalah pada pembuluh darah di segmen usus tertentu, yang pada akhirnya mungkin memicu kematian jaringan pada bagian tersebut. Kondisi ini tergolong sebagai keadaan darurat, sehingga memerlukan tindakan medis yang segera. (Wahyudi et al., 2020).

Dalam situasi normal, hasil pencernaan dari usus kecil akan mengalir mulus menuju usus besar. Namun, pada kasus ileus obstruktif, terdapat hambatan yang bisa bersifat sebagian atau menyeluruh, yang mencegah isi usus mengikuti jalur pencernaan yang seharusnya. Akibatnya, makanan, gas, cairan, serta limbah pencernaan akan menumpuk di bagian usus sebelum titik penghalang, dan ini bisa mengacaukan proses penyerapan nutrisi serta cairan. Kondisi ini lebih umum menyerang usus kecil ketimbang usus besar. Jika tidak ditangani dengan benar, segmen usus yang terblokir dalam waktu lama berisiko mengalami nekrosis jaringan, yang memicu komplikasi lebih parah. Meski demikian, dengan intervensi medis yang segera, ileus obstruktif biasanya dapat diatasi secara efektif. (Dedi Yanto, 2025).

2.1.2 Penyebab dan Faktor Predisposisi

1) Penyebab

Ileus dapat terjadi ketika gerakan normal usus terganggu sehingga makanan dan gas tidak dapat bergerak melalui saluran pencernaan. Penyebab-penyebabnya antara lain (Fajarina Nurdin, 2025,):

1. Terjadinya ileus setelah operasi, terutama setelah operasi perut, panggul, sendi, atau tulang belakang, sering kali karena obat-obatan yang diberikan

dapat memperlambat aktivitas usus.

2. Infeksi berat atau sepsis yang memengaruhi sistem tubuh secara umum.
3. Trauma atau cedera pada organ atau jaringan di dalam perut.
4. Serangan jantung yang berdampak pada fungsi tubuh secara luas.
5. Gangguan yang memengaruhi fungsi otot usus atau saraf usus, sehingga pergerakan usus menjadi lemah atau tidak efektif.
6. Penyakit serius seperti kanker usus besar atau penyakit Parkinson yang memengaruhi sistem saraf dan otot.
7. Penyakit Crohn, yang menyebabkan penebalan dinding usus.
8. Iskemia mesenterika, yaitu berkurangnya aliran darah ke sebagian usus.
9. Divertikulitis (radang pada kantung-kantung kecil di dinding usus).
10. Intususepsi, terutama pada bayi, di mana satu segmen usus masuk ke dalam bagian usus lainnya.

2) Faktor Predisposisi

Beberapa faktor yang meningkatkan risiko seseorang mengalami ileus meliputi (Fajarina Nurdin, 2025):

1. Riwayat ileus sebelumnya, sehingga kemungkinan kambuh menjadi lebih besar.
2. Ketidakseimbangan elektrolit, khususnya kadar kalium dan kalsium dalam darah yang tidak normal.
3. Riwayat cedera atau trauma pada saluran pencernaan.
4. Pernah mendapatkan radiasi ke perut atau area sekitarnya.
5. Penurunan berat badan secara drastis, yang dapat melemahkan fungsi-fungsi tubuh.
6. Pemakaian medikasi tertentu, misalnya obat antihipertensi, opioid (mis. morfin, oxycodone, hidromorfon), atau antidepresan trisiklik.
7. Usia lanjut, karena orang tua lebih sering mengonsumsi obat-obatan yang dapat memperlambat pergerakan usus

2.1.3 Manifestasi Klinik

Ciri-ciri klinis ileus obstruktif dapat bervariasi tergantung pada tingkat keparahan obstruksi usus dan penyebabnya. Beberapa gejala yang umum terjadi termasuk (Putu Sintya Arlinda Arsa, 2023):

1. Dehidrasi dan Gangguan Elektrolit: Muntah yang berulang dan tidak dapat mengosongkan isi lambung dapat menyebabkan kekurangan cairan tubuh disertai ketidakseimbangan homeostasis elektrolit seperti Na, K, dan Cl.
2. Gangguan Sirkulasi Darah: Kondisi ileus obstruktif yang tidak diobati dapat mempengaruhi sirkulasi darah di area perut dan usus, yang dapat menyebabkan gangguan sirkulasi dan penurunan aliran darah ke organ-organ vital.
3. Gangren Usus: Jika pasokan darah ke usus terganggu oleh obstruksi, bagian usus tersebut dapat mengalami gangren (kematian jaringan) akibat kekurangan oksigen dan nutrisi.
4. Perforasi Usus: Tekanan yang terus menerus di area obstruksi dapat menyebabkan usus merobek (perforasi), yang berpotensi menyebabkan bocornya isinya ke dalam rongga perut dan menyebabkan infeksi peritonitis.
5. Infeksi: Adanya penumpukan makanan dan cairan di usus dapat menciptakan lingkungan yang mendukung pertumbuhan bakteri, yang dapat menyebabkan infeksi perut atau infeksi sistemik.
6. Penurunan Fungsi Paru-paru: Perut yang kembung dan perubahan dalam tekanan intra-abdominal dapat memengaruhi kapasitas organ respirasi serta fungsi respirasi, yang bisa menimbulkan kesulitan bernapas.
7. Kelainan Fungsi Ginjal: Dehidrasi dan gangguan elektrolit yang terjadi akibat muntah dan kurangnya asupan cairan dapat memengaruhi fungsi ginjal.
8. Gangguan Sistemik: Komplikasi ileus obstruktif yang serius dapat berdampak pada kesehatan secara keseluruhan, termasuk gangguan sistemik

2.1.4 Patofisiologis

Ileus atau obstruksi usus menyebabkan penumpukan cairan dan gas yang meningkatkan tekanan dalam lumen usus, sehingga mengganggu peredaran darah mikro dinding usus dan merusak penghalang mukosa. Gangguan ini menghalangi fungsi normal usus halus dalam menyerap nutrisi serta fungsi usus besar dalam menyerap air dan mensintesis vitamin. Tekanan yang tinggi ini memicu pergeseran cairan, peritonitis, hingga hipovolemia yang mengancam nyawa. (Siska Ahmad Fadillah, 2022)

Pada obstruksi usus halus, terjadi gangguan motorik berupa migrating clustered contractions (MCC) yang menyebabkan kram perut. Jika obstruksi bersifat total, isi usus yang tidak bisa lewat akan memicu muntah melalui retrograde giant contractions (RGC). Peningkatan tekanan yang terus-menerus akan menghentikan aliran darah vena dan arteri, menyebabkan anoksia jaringan di mana epitel usus menjadi bagian pertama yang mengalami nekrosis atau kematian jaringan. Kondisi nekrosis dan iskemia akibat tekanan langsung atau jeratan adhesi dapat berujung pada perforasi (kebocoran) usus. Selain itu, pasien dapat berisiko mengalami kekurangan volume cairan fisiologis tubuh dan gangguan elektrolit yang parah karena penyerapan air dan natrium berkurang, sementara sekresi ke lumen meningkat. Cairan juga dapat bocor ke rongga peritoneum, menyebabkan edema dinding usus dan kehilangan protein yang signifikan. (Siska Ahmad Fadillah, 2022)

Pada kasus strangulasi, terjadi akumulasi eksudat berdarah di rongga peritoneum dan pertumbuhan bakteri tinja yang abnormal di usus proksimal, menghasilkan "cairan fekulen". Kondisi ini jauh lebih berbahaya karena melibatkan kematian jaringan, translokasi bakteri, dan racun ke seluruh tubuh. Sebaliknya, obstruksi pada usus besar umumnya memiliki dampak yang lebih lambat dibandingkan usus halus karena fungsinya yang dominan sebagai tempat penyimpanan feses dengan daya serap yang lebih rendah.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Berbagai kelainan pada abdomen, baik yang bersifat kongenital maupun yang diperoleh, dapat dievaluasi melalui pemeriksaan radiologi.

Beberapa metode yang digunakan antara lain foto polos abdomen dan ultrasonografi. Pemeriksaan penunjang radiologi ini berperan penting dalam membantu menegakan diagnosis keperawatan secara lebih akurat. (Akmal La Udi, 2022)

Pada pemeriksaan radiologi, terdapat beberapa jenis pemeriksaan yang digunakan untuk menampilkan gambaran rongga abdomen bagian atas dan rongga abdomen bagian bawah, salah satunya yaitu pemeriksaan abdomen 3 (tiga) posisi. Pemeriksaan ini merupakan jenis radiografi khusus pada area abdomen yang bertujuan untuk mendeteksi kelainan pada traktus digestivus, tifus, hepar, traktus urinarius, ileus obstruksi, serta perforasi. Metode pemeriksaan ini dilakukan dengan 3 (tiga) posisi pemotretan atau 3 (tiga) kali ekspose, yaitu (Akmal La Udi, 2022):

1. Posisi pasien supine (terlentang) dengan proyeksi AP (Anterior Posterior).
2. Posisi pasien erect (semi duduk)
3. Posisi pasien LLD (Lateral Left Decubitus) atau tidur miring ke kiri.

2.1.6 Penatalaksanaan

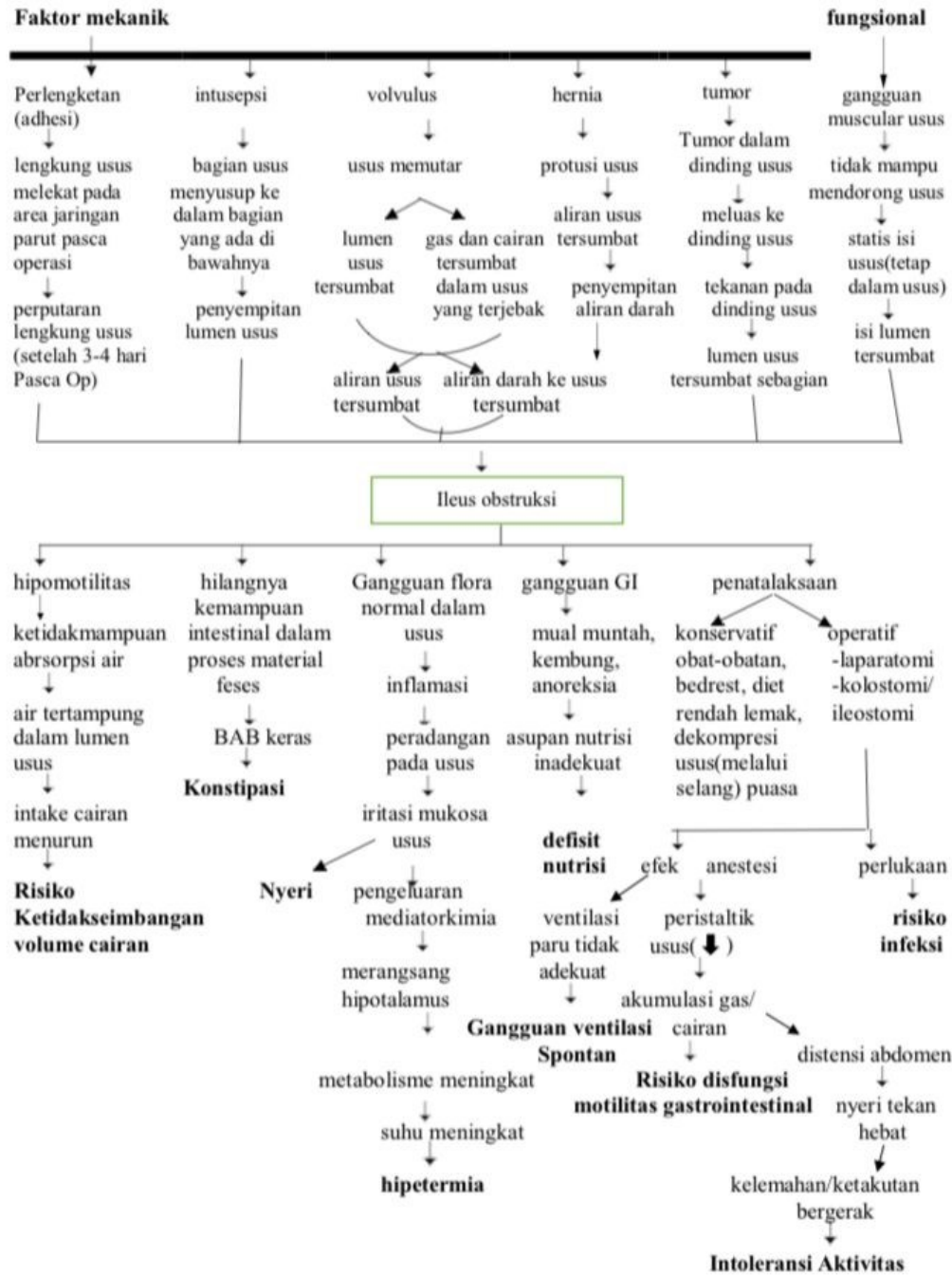
Tujuan utama penatalaksanaan adalah dekompresi segmen usus yang mengalami obstruktif guna mencegah terjadinya perforasi. Intervensi bedah umumnya selalu diperlukan. Tujuan sekunder adalah menghilangkan penyebab obstruksi. Pada beberapa kasus, obstruksi dapat sembuh secara spontan tanpa terapi khusus, terutama jika disebabkan oleh adhesi. Pasien dengan obstruksi usus diwajibkan dirawat inap di rumah (Siska Ahmad Fadillah, 2022):

1. Persiapan Praoperasi: pemasangan nasogastrik tube sangat diperlukan untuk mengurangi muntah, mencegah aspirasi, serta mengurangi distensi abdomen (dekompresi). Pasien dipuasakan, diikuti dengan resusitasi cairan dan elektrolit guna memperbaiki kondisi umum pasien. Laparatomi dilakukan setelah kondisi pasien optimal tercapai. Pada obstruksi parsial atau karsinomatosis perut, pendekatan konservatif dengan pemantauan dapat dipertimbangkan.

2. Tindakan bedah: operasi dilakukan setelah rehidrasi tercapai dan fungsi organ vital memadai. Namun, pembedahan sesegera mungkin paling sering diprioritaskan, terutama pada kasus strangulasi, obstruksi total, atau hernia inkarserata.
3. Penatalaksanaan Pasca Bedah:terapi pascaoperasi sangat krusial, khususnya dalam pengelolaan cairan dan elektrolit. Pencegahan gagal ginjal harus diutamakan, disertai pemberian kalori yang adekuat. Perlu dicatat bahwa pascaoperasi usus, pasien masih mengalami paralisis ileus.

2.2 Pathway/Problem Tree

Gambar 1 Problem Tree



(sumber: Abidzhar, 2023)

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Ileus Obstruksi

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah salah satu elemen penting dalam proses perawatan, yang melibatkan upaya perawat untuk menyelidiki masalah pasien melalui pengumpulan informasi tentang kondisi kesehatannya secara terstruktur, menyeluruh, tepat, ringkas, dan berkelanjutan. (Siska Ahmad Fadillah, 2022).

1) Identitas

Data identitas pasien yang krusial mencakup nama, usia, jenis kelamin, keyakinan agama, etnis, serta pola hidup sehari-hari.

2) Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama: Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan pasien pada saat dikaji. Pada umumnya akan ditemukan pasien merasakan nyeri hebat di perut yang konstan, tekanan, dan pelepasan, dengan perut yang kaku dan tegang.

b. Riwayat kesehatan sekarang: Biasanya pasien mengeluhkan kehilangan nafsu makan, demam, detak jantung cepat, pucat, ketidakmampuan buang air besar, serta retensi urine. Mengungkapkan hal-hal yang menyebabkan pasien mencari pertolongan, dikaji dengan menggunakan pendekatan PQRST:

P: Apa yang menyebabkan timbulnya keluhan.

Q: Bagaimana keluhan dirasakan oleh pasien, apakah hilang, timbul atau terus-menerus (menetap).

R: Di daerah mana gejala dirasakan.

S: Keparahan yang dirasakan pasien menggunakan Skala numeric 1-10.

T: Kapan keluhan timbul, sekaligus faktor yang memperberat dan meringankan keluhan.

c. Riwayat kesehatan dahulu: Apakah pasien sebelumnya pernah mengalami penyakit pada sistem pencernaan, atau adanya riwayat operasi pada sistem pencernaan.

d. Riwayat kesehatan keluarga: Apakah ada anggota keluarga yang

mempunyai penyakit yang sama dengan pasien.

3) Kehidupan Sehari-hari

- a. Nutrisi: Nutrisi terganggu karena adanya mual dan muntah.
- b. Eliminasi: Pasien mengalami konstipasi dan tidak bisa buang air besar karena peristaltik menurun atau berhenti.
- c. Istirahat: Tidak bisa tidur karena nyeri hebat, kembung, dan muntah.
- d. Aktivitas: Badan lemah dan pasien dianjurkan untuk istirahat dengan tirah baring sehingga terjadi keterbatasan aktivitas.
- e. Personal hygiene: Pasien tidak mampu merawat dirinya.
- f. Psikologis: Pasien gelisah dan cemas dengan penyakitnya.

4) Pemeriksaan Fisik

- a. Sistem pernapasan: Peningkatan frekuensi napas, napas meningkat 24 x/menit (takipnea), bentuk dada normal, dada simetris, sonor (kanan dan kiri), tidak ada wheezing dan tidak ada ronchi.
- b. Sistem kardiovaskuler: Pucat, bunyi jantung 1 dan 2 terdengar normal, tidak ada edema.
- c. Sistem persarafan: Tidak ada gangguan pada sistem persyarafan.
- d. Sistem perkemihan: Adanya kesulitan buang air kecil karena kekurangan cairan.
- e. Sistem pencernaan: Distensi abdomen, mual, muntah, bising usus meningkat, lemah atau tidak ada, ketidakmampuan defekasi dan flatus, perubahan fekal dengan bercampur darah.
- f. Sistem muskuloskeletal: Kelelahan, kesulitan ambulansi.
- g. Sistem integumen: Turgor kulit buruk, membran mukosa pecah-pecah, pucat.
- h. Sistem endokrin: Tidak ada gangguan pada sistem endokrin.
- i. Sistem reproduksi: Tidak ada gangguan pada sistem reproduksi

2.3.2 Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya

baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

- **Diagnosis Aktual**

1. Nyeri Akut (D.0077) b.d Agen pencedera fisiologis (mis. iskemia jaringan usus/peradangan) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, dan gelisah.
2. Defisit Nutrisi (D.0019) b.d Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (mis. mual, muntah, anoreksia) dibuktikan dengan berat badan menurun dan nafsu makan menurun.
3. Konstipasi (D.0049) b.d Penurunan motilitas gastrointestinal (mis. obstruksi usus) dibuktikan dengan peristaltik usus menurun dan BAB keras/sulit.
4. Hipertermia (D.0130) b.d Proses penyakit (mis. inflamasi/infeksi akibat ileus) dibuktikan dengan suhu tubuh di atas nilai normal dan kulit merah.
5. Gangguan Ventilasi Spontan (D.0004) b.d Efek anestesi pasca pembedahan dibuktikan dengan penggunaan otot bantu napas meningkat dan volume tidal menurun.

- **Diagnosis Risiko**

1. Risiko Ketidakseimbangan Volume Cairan d.d Kehilangan cairan aktif (mual muntah), asupan yang menurun, atau pengeluaran cairan melalui kolostomi/ileostomi.
2. Risiko Infeksi d.d Efek prosedur invasif (pembedahan/laparotomi) dan perlukaan jaringan.

2.3.3 Intervensi

Tabel 1 Tabel Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri Akut (D.007) b.d Agen Pencedera Fisiologis	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 Jam diharapkan Tingkat Nyeri Menurun dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas Meningkat 2. Keluhan nyeri Menurun 3. Meringis Menurun 4. Sikap protektif Menurun 5. Gelisah Menurun 6. Kesulitan tidur Menurun 7. Menarik diri Berfokus pada diri sendiri Menurun 8. Diaforesis Menurun 9. Perasaan depresi (tertekan) Menurun 10. Perasaan takut mengalami cedera berulang 11. Anoreksia Menurun 12. Ketegangan otot Menurun 13. Pupil dilatasi Menurun 14. Muntah Menurun 15. Mual Menurun 16. Frekuensi nadi Membaik 17. Pola napas Membaik 18. Tekanan darah Membaik 19. Proses berpikir Membaik 20. Fokus Membaik 21. Fungsi berkemih Membaik 22. Perilaku Membaik 23. Nafsu makan Membaik Pola tidur Membaik 	<p>Manajemen Nyeri (1.08238)</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri respons nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 9. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 10. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 11. Fasilitasi Istirahat dan tidur 12. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 13. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 14. Jelaskan strategi meredakan nyeri 15. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

			<p>16. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>17. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>18. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	Defisit Nutrisi (D.0019) b.d Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 Jam diharapkan Status Nutrisi Membaik dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan Meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah Kekuatan otot menelan Serum albumin Meningkat 3. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi Meningkat 4. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat Meningkat 5. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat Meningkat 6. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat Meningkat 7. Penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman Meningkat 8. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman Meningkat 9. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan Meningkat 10. Perasaan cepat kenyang Menurun 11. Nyeri abdomen Menurun 12. Sariawan Menurun 13. Rambut rontok Menurun 14. Diare Menurun 15. Berat badan Membaik 16. indeks Massa Tubuh (IMT) Membaik 17. Frekuensi makan Membaik 18. Nafsu makan Membaik 19. Bising usus Membaik 20. Tebal lipatan kulit trisep Membaik 21. Membran mukosa Membaik 	<p>Manajemen Nutrisi (1.03119)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antilemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

3	Hipertermia (D.0130)	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Kejang menurun 4. Akrosianosis menurun 5. Konsumsi oksigen menurun 6. Piloereksi menurun 7. Vasokonstriksi perifer menurun 8. Kutislaksata menurun 9. Pucat menurun 10. Takikardia menurun 11. Takipnea menurun 12. Bradikardia menurun 13. Dasar kuku sianotik menurun 14. Hipoksia menurun 15. Suhu tubuh membaik 16. Suhu kulit membaik 17. Kadar glukosa darah membaik 18. Pengisian kapiler membaik 19. Ventilasi membaik 20. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Hipertermia I.15506</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator). 2. Monitor suhu tubuh. 3. Monitor kadar elektrolit. 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Sediakan lingkungan yang dingin. 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian. 8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh. 9. Berikan cairan oral. 10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis. 11. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila). 12. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin. 13. Berikan oksigen jika perlu <p>Edukasi</p> <p>14. Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>15. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena jika perlu.</p>
4	Konstipasi (D.0149) b.d Penurunan motilitas gastrointestinal	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 Jam diharapkan Eliminasi Fekal Membaik dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol pengeluaran feses Meningkat 2. Keluhan defekasi lama dan sulit Menurun 3. Mengejan saat defekasi Menurun 4. Distensi abdomen Menurun 5. Teraba massa pada rektal Menurun 6. Urgency Menurun 7. Nyeri abdomen Menurun 8. Kram abdomen Menurun 9. Konsistensi feses Membaik 10. Frekuensi BAB Membaik 11. Peristaltik usus Membaik 	<p>Manajemen Konstipasi (I.04155)</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator). 2. Monitor suhu tubuh. 3. Monitor kadar elektrolit 4. Periksa tanda dan gejala konstipasi 5. Periksa pergerakan usus, karakteristik feses (konsistensi, bentuk, volume, dan warna) 6. Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis. obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) 7. Monitor tanda dan gejala ruptur usus dan/atau peritonitis

			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan diet tinggi serat 9. Lakukan masase abdomen, jika perlu 10. Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu 11. Berikan enema atau irigasi, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan 13. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi 14. Latih buang air besar secara teratur 15. Ajarkan cara mengatasi konstipasi/impaksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan/peningkatan frekuensi suara usus 17. Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu
5.	Gangguan Ventilasi Spontan (D.0004)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, diharapkan ventilasi spontan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Volume tidal meningkat 2. Dispnea menurun 3. Penggunaan otot bantu napas menurun 4. Pusing menurun 5. Lelah menurun 6. Gelisah menurun 7. Tingkat kesadaran membaik 8. PCO₂ membaik 9. PO₂ membaik 10. Takikardia membaik 11. Fraksi inspirasi oksigen (FiO₂) membaik 	<p>Dukungan Ventilasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas. 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan. 3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan kepatenan jalan napas. 5. Berikan posisi semi Fowler atau Fowler. 6. Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin. 7. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (mis. nasal kanul, masker wajah, masker rebreathing atau non rebreathing). 8. Gunakan bag-valve mask jika perlu. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam. 10. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri.

			<p>11. Ajarkan teknik batuk efektif. Kolaborasi</p> <p>12. Kolaborasi pemberian bronkhodilator jika perlu.</p>
6.	Intoleransi Aktivitas (D.0056)	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, diharapkan Toleransi Aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari Meningkat 2. Kecepatan berjalan Meningkat 3. Jarak berjalan Meningkat 4. Kekuatan tubuh bagian atas Meningkat 5. Kekuatan tubuh bagian bawah Meningkat 6. Toleransi menaiki tangga Meningkat 7. Keluhan lelah Menurun 8. Dispnea saat aktivitas Menurun 9. Dispnea setelah aktivitas Menurun 10. Aritmia saat aktivitas Menurun 11. Aritmia setelah aktivitas Menurun 12. Sianosis Menurun 13. Perasaan lemah Menurun 14. EKG iskemia Menurun 15. Frekuensi nadi Membaik 16. Warna kulit Membaik 17. Tekanan darah Membaik 18. Saturasi oksigen Membaik 19. Frekuensi napas Membaik 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Anjurkan tirah baring 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
7.	Risiko Ketidakeimbangan Volume Cairan	<p>Keseimbangan Cairan (L.03020)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membran mukosa lembap meningkat 2. Asupan makanan meningkat 3. Edema menurun 4. Dehidrasi menurun 5. Asites menurun 6. Konfusi menurun 	<p>Manajemen Cairan (I.03098)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (mis. frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialisis

		<p>7. Tekanan darah membaik 8. Denyut nadi radial membaik 9. Tekanan arteri rata-rata membaik 10. Mata cekung membaik 11. Turgor kulit membaik 12. Berat badan membaik</p>	<p>4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN) 5. Monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, PAP, PCWP jika tersedia) Terapeutik 6. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam 7. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 8. Berikan cairan intravena, jika perlu Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu</p>
8.	Risiko Infeksi (D.014 2)	<p>Tingkat Infeksi (I.14539) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kemerahan menurun 6. Kadar sel darah putih membaik</p>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung. 3. Berikan perawatan kulit pada area edema. 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 8. Ajarkan etika batuk. 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi. 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan. Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.</p>

2.3.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah tahap dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah direncanakan sebelumnya. Menurut terminologi SIKI, implementasi mencakup dua kegiatan utama, yaitu pelaksanaan dan pendokumentasian, yang merupakan tindakan spesifik untuk merealisasikan intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap penutup dalam proses keperawatan untuk mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan respon klien terhadap tindakan serta kemajuan klien menuju kearah penacapaian tujuan. Evaluasi ini dapat mencakup aspek struktur, proses dan hasil. Secara lebih rinci, evaluasi terbagi menjadi evaluasi formatif, yang memberikan umpan balik selama program masih berlangsung, serta evaluasi sumatif, yang dilakukan setelah program selesai untuk menilai efektivitas pengambilan keputusan. Dokumentasi evaluasi asuhan keperawatan dilakukan menggunakan format SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning). Menurut (Berita Hari Ini, 2022) komponen SOAP meliputi :

- S (subyektif): keluhan klien yang masih dirasakan setelah pelaksanaan tindakan.
- O (obyektif): data yang diperoleh dari pengukuran atau observasi langsung terhadap klien pasc tindakan keperawatan
- A (assesment): kesimpulan dari data subyektif dan obyektif, yang biasanya dirumuskan dalam bentuk masalah keperawatan.
- P (planning): rencana tindakan keperawatan selanjutnya, yang dapat dilanjutkan, dihentikan, dmodifikasi atau ditambah dengan kegiatan yang telah ditetapkan sebelumnya