

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. Y.F. DENGAN  
DIAGNOSA MEDIK ILEUS PARALITIK DI RUANG  
KOMODO RSUD PROF. DR.W.Z JOHANES KUPANG”**



**EMILIANA M. K. MAU  
PO.5303201181182**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI DIII KEPERAWATAN  
2019**

# **KARYA TULIS ILMIAH**

## **ASUHAN KEPERAWATAN Tn. Y. F. DENGAN DIAGNOSA MEDIK ILEUS PARALITIK DI RUANG KOMODO RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG**

Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk  
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan  
Dan Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan  
Melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)



**EMILIANA M. K. MAU  
PO.53032021181182**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Emiliana M. K. Mau  
NIM : PO. 530320118182  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

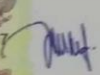
Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

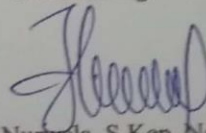
Kupang, 22 Juni 2019

Pembuat Pernyataan



  
Emiliana M. K. Mau  
PO. 530320118182

Mengetahui  
Pembimbing



Trifonia Sri Nurwela, S.Kep, Ns., M.Kes  
NIP. 19771019 2000112 2 001

## LEMBAR PERSETUJUAN

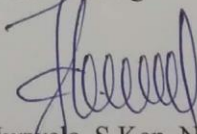
Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Emiliana M. K. Mau, NIM. PO.5303201181182  
Dengan “Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y. F. Dengan Ileus Paralitik Di Ruang  
Komodo RSUD Prof Dr.W.Z. Johannes Kupang”. Telah disetujui untuk  
diseminarkan di depan Dewan Penguji Prodi DIII Keperawatan Kupang Politeknik  
Kesehatan Kemenkes Kupang Pada tanggal 25 Juli 2019.

Disusun oleh



Emiliana M. K. Mau  
NIM. PO.5303201181182

Pembimbing



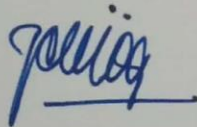
Trifonia Sri Nurwela, S.Kep, Ns., M.Kes  
NIP. 19771019 200112 2 001

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh: Emiliana M. K. Mau, NIM : PO. 5303201181182 dengan judul "Asuhan Keperawatan Tn. Y. F. Dengan Ileus Parolitik Di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang" telah dipertahankan di Depan Dewan Penguji Pada Tanggal : 26 Juli 2019

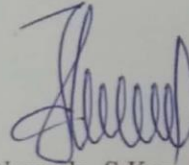
Dewan Penguji

Penguji I



Dr. Sabina Gero, S.Kp., MSc  
NIP. 19560829 198502 2 001

Penguji II



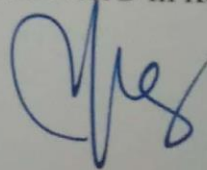
Trifonia Sri Nurwela, S.Kep, Ns., M.Kes  
NIP. 19771019 2000112 2 001

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes  
NIP. 196911281993031005

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep, Ns, MSc-PH  
NIP. 19770727 200003 2 002

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Emiliana Mince Koli Mau  
Tempat/tanggal lahir : Mataram, 08 Maret 1986  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Atambua- Belu  
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDK Atambua II Tahun 1999
2. Tamat SMP Negeri Sadi Atambua Tahun 2002
3. Tamat SMA Negeri 1 Atambua Tahun 2005
4. Tamat DI Keperawatan Kendedes Malang Tahun 2007
5. Tamat DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang Tahun 2019

## **MOTTO**

***“ Kegagalan adalah Batu Loncatan Menuju Kesuksesan ”***

## **ABSTRAK**

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Jurusan Keperawatan  
Karya Tulis Ilmiah, 22 Juli 2019**

**Nama : Emiliana M. K. Mau**

**NIM : PO.530320118182**

Dari hasil pengkajian pada Tn. Y. F. Masuk rumah sakit pada tanggal 1 Juli 2019 dengan alas an udem pada kaki dan perut. Pengkajian padda tanggal 15 Juli 2019 Tn. Y. F. mengeluh perut kembung serta udem pada kaki dann perut membengkak sejak 2 bulan lalu. Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran pasien composmentis tekanan darah 130/80 mmHg, Nadi 80/menit, irama nadi teratur, pernapasan 20 x/menit dengan irama teratur, suhu badan 36 derajat celcius. Pada pemeriksaan untuk kepala, Pasien tidak mengalami pusing dan nyeri kepala. Sklera putih, konjungtiva anemis dan mukosa bibir merah mudah, pada pemeriksaan abdomen, perut kembung, nyeri perut. Warna kulit sawo matang, auskultasi bising usus kurang dari 30 x/menit. Perkusi terdapat udara pada abdomen, nyeri saat kembung. BB 75 Kg, TB: 178 cm, pasien puasa. Diagnosa yang dapat mengancam kesehatan yaitu kelebihan volume cairan, maka dibuat suatu perencanaan keperawatan agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi Tn. Y. F. seperti kolaborasi pemberian obat furosemid sementara pada diagnose kedua yaitu gangguan eliminasi: konstipasi adalah melakukan kolaborasi untuk pemberian makanan berserat tinggi. Implementasi dibuat sudah berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada Tn. Y. F. teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

**Kata kunci: Asuhan Keperawatan Medikal Bedah, Ileus Paralitik**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Tn. Y. F. dengan Ileus Paralitik di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang” tanggal 15-18 Juli 2019. Penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah ini dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kupang, Jurusan D-III Keperawatan.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada Ibu Trifonia Sri Nurwela, S.Kep, Ns., M.Kes., sebagai pembimbing sekaligus penguji II yang telah banyak memberikan bimbingan, masukan serta memberikan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi kasus ini. Terima kasih juga kepada ibu Dr. Sabina Gero, S.Kp., MSc, selaku penguji I yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Tak lupa pula penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Ragu Harming Kristina SKM., M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Dr. Florentianus Tat., SKp., M.Kes.,selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
3. Ibu Margaretha Teli S.Kep. Ns., MSc-PH selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
4. Bapak drg. Mindo Sinaga, selaku Plt. Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah menerima dan memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan studi kasus di ruang Komod RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.
5. Ibu Falentina S. Aminah, S.Kep., Ns., selaku penguji III atau penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktek di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.



6. Seluruh staf ruang Komodo yang telah membantu penulis selama mengikuti Ujian Akhir Program di rumah sakit dan dalam proses penyelesaian Laporan Karya Ilmiah ini.
7. Seluruh Dosen, Staf dan Tenaga Kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
8. Bapak Kornellis Koli Mau dan Mama Theresia Seu yang telah memberikan dukungan semangat serta Doa sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Suami tercinta Bapak Libremigius J. Ulu dan anak-anak Yani, Nona Talia, kedua adik ( TinnyKoli, Ita Koli), yang senantiasa mendukung dan mendoakan penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini..
11. Teman-teman RPL tahun 2018 untuk segala bentuk dukungan dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Studi Kasus ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, 26 Juli 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
Halaman Judul .....	i
Lembar Keaslian Tulisan .....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
Pernyataan Persetujuan .....	iv
Biodata Penulis .....	v
Abstrak.....	vi
Kata Pengantar .....	vii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Lampiran.....	xi
<b>Bab I Pendahuluan</b>	
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus .....	2
1.3 Manfaat Penulisan.....	3
<b>Bab II Tinjauan Pustaka</b>	
2.1 Konsep Teori.....	4
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	7
<b>Bab III Hasil Penelitian dan Pembahasan</b>	
3.1 Hasil Studi Kasus.....	16
3.2 Pembahasan .....	21
<b>Bab IV Penutup</b>	
4.1 Kesimpulan .....	22
4.2 Saran .....	25
Daftar Pustaka .....	26
Lampiran	

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

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

Pada proses pencernaan 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).

Penyebab ileus paralitik salah satunya ialah 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 paralitik. Adapun penyebab lain dari ileus paralitik yaitu tindakan operasi terutama diarea abdomen, penyakit Parkinson, radang usus buntu, infeksi saluran pencernaan seperti penyakit crohn, gastroenteritis dan divertikulus. (Mansjoer, 2001).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) Global infobase tahun 2010, *Case Specific Death Rate* (CSDR) penyakit saluran pencernaan pada beberapa Negara menempati urutan 10 besar jenis penyebab kematian. Di Malaysia (2007) penyakit ini menempati urutan ke 7 penyebab kematian sebanyak 1.809 kasus dengan proporsi sebesar 5,7%. Di Indonesia tercatat 7.059 kasus ileus paralitik dan obstruktif tanpa hernia

yang dirawat inap dan 7.024 pasien rawat jalan (Bank Data Departemen Kesehatan Indonesia, 2013). Angka kejadian pada pasien ileus paralitik RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dari bulan Januari sampai bulan Juni 2019 sebanyak 13 pasien. Pada pasien ileus paralitik di RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohanes Kupang memerlukan perhatian yang khusus dalam melakukan asuhan perawatan dimana peran perawat antara lain melakukan observasi, menyiapkan tindakan pre dan perawatan post operasi secara optimal.

Salah satu penanganan pada pasien dengan permasalahan ileus paralitik 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 ileus paralitik harus siap dilakukan tindakan pembedahan karena keterlambatan pembedahan menyebabkan berbagai masalah pada organ cerna, diantaranya perforasi appendiks, peritonitis, pileflebitis, dan bahkan kematian.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan ileus paralitik di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

## **1.2. Tujuan Penulisan**

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Penulis mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan Tn. Y.F dengan ileus paralitik di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

### **1.2.2. Tujuan Khusus**

1. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan Tn. Y.F dengan ileus paralitik di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
2. Penulis mampu merumuskan masalah dan membuat diagnosa keperawatan Tn. Y.F dengan ileus paralitik di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

3. Penulis mampu membuat rencana keperawatan Tn. Y.F dengan ileus paralitik di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan Tn. Y.F dengan ileus paralitik di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan Tn. Y.F dengan ileus paralitik di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang
6. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan Tn. Y.F dengan ileus paralitik di ruangan Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

### 1.3. Manfaat Penulisan

Manfaat penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah:

1. Bagi Penulis  
Memberikan wawasan dan pemahaman pada penulis dalam memberikan dan menyusun penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ileus paralitik.
2. Bagi Klien dan Keluarga  
Sebagai ilmu pengetahuan dan mampu memahami tentang ileus paralitik.
3. Bagi rumah sakit  
Hasil penulisan karya tulis ilmiah sebagai tambahan informasi, serta sebagai bahan tambahan untuk meningkatkan asuhan keperawatan pasien ileus paralitik.
4. Bagi Institusi Pendidikan  
Mengetahui tingkat kemampuan dan sebagai upaya untuk mengevaluasi materi yang telah diberikan kepada mahasiswa.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2. 1. Konsep Ileus Paralitik

##### 2.1.1 Pengertian

Ileus adalah gangguan pasase isi usus yang merupakan tanda adanya paralitik usus akut yang segera memerlukan pertolongan atau tindakan. Ileus paralitik adalah kerusakan atau hilangnya pasase isi usus yang disebabkan oleh sumbatan mekanik sehingga isi lumen saluran cerna tidak bisa disalurkan ke distal atau anus karena ada sumbatan/hambatan yang disebabkan kelainan dalam lumen usus, dinding usus atau luar usus yang menekan atau kelainan vaskularisasi pada suatu segmen usus yang menyebabkan nekrose segmen usus tersebut (Sjamsuhidajat, 2003).

Berdasarkan proses terjadinya ileus paralitik dibedakan menjadi ileus paralitik mekanik dan non mekanik. Ileus paralitik mekanik terjadi karena penyumbatan fisik langsung yang bisa disebabkan karena adanya tumor atau hernia sedangkan ileus paralitik non mekanik terjadi karena penghentian gerakan peristaltic (Manaf , 2010).

##### 2.1.2 Etiologi

Ileus pada pasien rawat inap ditemukan pada: (1) proses intra abdominal seperti pembedahan perut dan saluran cerna atau iritasi dari peritoneal (peritonitis, pankreatitis, perdarahan); (2) sakit berat seperti pneumonia, gangguan pernafasan yang memerlukan intubasi, sepsis atau infeksi berat, uremia, diabetes ketoasidosis, dan ketidakseimbangan elektrolit (hipokalemia, hiperkalsemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia); dan (3) obat-obatan yang mempengaruhi motilitas usus (opioid, antikolinergik, fenotiazine). Setelah pembedahan, usus halus biasanya pertama kali yang kembali normal (beberapa jam), diikuti lambung (24-48 jam) dan kolon (48-72 jam).

Ileus terjadi karena hipomotilitas dari saluran pencernaan tanpa adanya obstruksi usus mekanik. Diduga, otot dinding usus terganggu dan gagal untuk mengangkut isi usus. Kurangnya tindakan pendorong terkoordinasi menyebabkan akumulasi gas dan cairan dalam usus.

Meskipun ileus disebabkan banyak faktor, keadaan pascaoperasi adalah keadaan yang paling umum untuk terjadinya ileus. Memang, ileus merupakan konsekuensi yang diharapkan dari pembedahan perut. Fisiologisnya ileus kembali normal spontan dalam 2-3 hari, setelah motilitas sigmoid kembali normal. Ileus yang berlangsung selama lebih dari 3 hari setelah operasi dapat disebut ileus adynamic atau ileus paralitik pascaoperasi. Sering, ileus terjadi setelah operasi intraperitoneal, tetapi mungkin juga terjadi setelah pembedahan retroperitoneal dan extra-abdominal. Durasi terpanjang dari ileus tercatat terjadi setelah pembedahan kolon. Laparoskopi reseksi usus dikaitkan dengan jangka waktu yang lebih singkat daripada reseksi kolon ileus terbuka.

Konsekuensi klinis ileus pasca operasi dapat mendalam. Pasien dengan ileus merasa tidak nyaman dan sakit, dan akan meningkatkan risiko komplikasi paru. Ileus juga meningkatkan katabolisme karena gizi buruk. Secara keseluruhan, ileus meningkatkan biaya perawatan medis karena memperpanjang rawat inap di rumah sakit.

### 2.1.1 Tanda dan gejala

Ileus adinamik (ileus inhibisi) ditandai oleh tidak adanya gerakan usus yang disebabkan oleh penghambatan neuromuscular dengan aktifitas simpatik yang berlebihan. Sangat umum, terjadi setelah semua prosedur abdomen, gerakan usus akan kembali normal pada: usus kecil 24 jam, lambung 48 jam, kolon 3-5 hari.

Pasien ileus paralitik akan mengeluh perutnya kembung (*abdominal distention*), anoreksia, mual dan obstipasi. Muntah mungkin ada, mungkin pula tidak ada. Keluhan perut kembung pada ileus paralitik ini perlu dibedakan dengan keluhan perut kembung pada ileus obstruksi.

Pasien ileus paralitik mempunyai keluhan perut kembung, tidak disertai nyeri kolik abdomen yang paroksismal (Brunner & Suddarth, 200)

Pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya distensi abdomen, perkusi timpani dengan bising usus yang lemah dan jarang bahkan dapat tidak terdengar sama sekali. Pada palpasi, pasien hanya menyatakan perasaan tidak enak pada perutnya. Tidak ditemukan adanya reaksi peritoneal (nyeri tekan dan nyeri lepas negatif). Apabila penyakit primernya peritonitis, manifestasi klinis yang ditemukan adalah gambaran peritonitis, (Brunner & Suddarth, 2000)

### 2.1.2 Komplikasi

Komplikasi yang umumnya terjadi ialah

1. Peritonitis karena absorpsi toksin dalam rongga peritoneum sehingga terjadi peradangan atau infeksi yang hebat pada intra abdomen
2. Perforasi dikarenakan obstruksi yang sudah terjadi selalu lama pada organ intra abdomen
3. Sepsis, infeksi akibat dari peritonitis yang tidak tertangani dengan baik dan cepat
4. Syok hipovolemik terjadi akibat dehidrasi dan kehilangan volume plasma (brunner and Suddarth, 2001).

### 2.1.6 Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan ialah rontgen toraks dimana diafragma meninggi akibat distensi abdomen, rontgen abdomen dalam posisi terlentang untuk mencari penyebab (batu empedu, volvulus, hernia), pemeriksaan sinar X untuk menunjukkan kuantitas abnormal dari gas atau cairan dalam usus, pemeriksaan laboratorium akan menunjukkan gambaran dehidrasi dan kehilangan volume plasma dan kemungkinan infeksi dan pemeriksaan radiogram abdomen sangat penting untuk menegakkan diagnosa (Doengoes, 2000).



## 2.2 konsep Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. (Nursalam, 2001).

a. Biodata klien yang penting meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku dan gaya hidup.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan klien pada saat dikaji. Pada umumnya akan ditemukan klien merasakan nyeri pada abdomennya biasanya terus menerus, demam, abdomen tegang dan kaku.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Mengungkapkan hal-hal yang menyebabkan klien mencari pertolongan, dikaji dengan menggunakan pendekatan PQRST :

P : Apa yang menyebabkan timbulnya keluhan.

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

R : Di daerah mana gejala dirasakan

S : Seberapa keparahan yang dirasakan klien dengan memakai skala numeric 1 s/d 10.

T : Kapan keluhan timbul, sekaligus factor yang memperberat dan memperingan keluhan.

3) Riwayat kesehatan masa lalu

Perlu dikaji apakah klien pernah menderita penyakit yang sama, riwayat ketergantungan terhadap makanan/minuman, zat dan obat-obatan.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama dengan klien.

c. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum: Lemah, kesadaran menurun sampai syok hipovolemi, tanda-tanda vital meningkat, suhu(39°C), pernapasan (24x/mnt), nadi (110x/mnt) tekanan darah (130/90 mmHg)

1) Aktivitas/istirahat

Gejala : Kelelahan dan ngantuk.

Tanda : Kesulitan ambulasi

2) Sirkulasi

Gejala : Takikardia, pucat, hipotensi ( tanda syok)

3) Eliminasi

Gejala : Distensi abdomen, ketidakmampuan defekasi dan Flatus

Tanda : Perubahan warna urine dan feces

4) Makanan/cairan

Gejala :anoreksia,mual/muntah dan hausterusmenerus.

Tanda : muntah berwarna hitam dan fekal. Membran mukosa pecah-pecah. Kulit buruk.

5) Nyeri/Kenyamanan

Gejala : Nyeri abdomen terasa seperti gelombang dan bersifat kolik.

Tanda : Distensi abdomen dan nyeri tekan

6) Pernapasan

Gejala : Peningkatan frekuensi pernafasan,

Tanda : Napas pendek dan dangkal

7) Diagnostik Test

- Pemeriksaan sinar X: akan menunjukkan kuantitas abnormal dari gas dan cairan dalam usus.
- Pemeriksaan simtologi
- Hb dan PCV: meningkat akibat dehidrasi
- Leukosit: normal atau sedikit meningkat

- Ureum dan elektrolit: ureum meningkat, Na<sup>+</sup> dan Cl<sup>-</sup> rendah
- Rontgen toraks: diafragma meninggi akibat distensi abdomen
- Rontgen abdomen dalam posisi telentang: mencari penyebab (batu empedu, volvulus, hernia)
- Sigmoidoskopi: menunjukkan tempat obstruktif. (Doenges, Marilyn E, 2000)

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan berdasarkan NANDA 2015

- Kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan intake yang tidak adekuat dan ketidakefektifan penyerapan usus halus yang ditandai dengan adanya mual, muntah, demam dan diaforesis.
- Kelebihan volume cairan berhubungan dengan edema.
- Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan distensi abdomen
- Gangguan pola eliminasi: konstipasi berhubungan dengan disfungsi motilitas usus.
- Nyeri berhubungan dengan distensi abdomen
- Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan proses penyakit
- Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

## 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan menurut *Nursing Interventions Classification* ialah

- Kelebihan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan intake yang tidak adekuat dan ketidakefektifan penyerapan usus halus yang ditandai dengan adanya mual, muntah, demam dan diaforesis.

Tujuan/Goal: Kebutuhan cairan dan elektrolit terpenuhi

Kriteria hasil:

- Tanda vital normal (N:70-80 x/menit, S: 36-37 C, TD: 110/70 - 120/80 mmHg)
- Intake dan output cairan seimbang

- Turgor kulit elastic
- Mukosa lembab
- Elektrolit dalam batas normal (Na: 135-147 mmol/L, K: 3,5-5,5 mmol/L, Cl: 94-111 mmol/L)

Intervensi :

1. Kaji kebutuhan cairan pasien  
Rasional: untuk mengetahui kebutuhan cairan pasien.
2. Observasi tanda-tanda vital: N, TD, P, S  
Rasional: Perubahan yang drastis pada tanda-tanda vital merupakan indikasi kekurangan cairan.
3. Observasi tingkat kesadaran dan tanda-tanda syok  
Rasional: kekurangan cairan dan elektrolit dapat mempengaruhi tingkat kesadaran dan mengakibatkan syok.
4. Observasi bising usus pasien tiap 1-2 jam  
Rasional: Menilai fungsi usus
5. Monitor intake dan output secara ketat  
Rasional: untuk menilai keseimbangan cairan
6. Pantau hasil laboratorium serum elektrolit, hematokrit  
Rasional: Untuk menilai keseimbangan cairan dan elektrolit
7. Beri penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan yang dilakukan: pemasangan NGT dan puasa.  
Rasional: Untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga serta kerjasama antara perawat-pasien-keluarga.
8. Kolaborasi dengan medik untuk pemberian terapi intravena  
Rasional: Untuk memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit pasien.

b. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan distensi abdomen

Tujuan : pola nafas menjadi efektif

Kriteria hasil : pasien memiliki pola pernafasan: irama vesikuler, frekuensi: 18-20x/menit

Intervensi :

1. Observasi TTV: Pernapasan, Tekanan Darah, Nadi

Rasional: Perubahan pada pola nafas akibat adanya distensi abdomen dapat mempengaruhi peningkatan hasil TTV.

2. Kaji status pernafasan: pola, frekuensi, kedalaman

Rasional: Adanya distensi pada abdomen dapat menyebabkan perubahan pola nafas.

3. Kaji bising usus pasien

Rasional: Berkurangnya/hilangnya BU menyebabkan terjadi distensi abdomen sehingga mempengaruhi pola nafas.

4. Tinggikan kepala tempat tidur 40-60 derajat.

Rasional: Untuk mengurangi penekanan pada paru akibat distensi abdomen.

5. Observasi adanya tanda-tanda hipoksia jaringan perifer: cianosis

Rasional: Perubahan pola nafas akibat adanya distensi abdomen dapat menyebabkan oksigenasi perifer terganggu yang dimanifestasikan dengan adanya cianosis.

6. Berikan penjelasan kepada keluarga pasien tentang penyebab terjadinya distensi abdomen yang dialami oleh pasien.

Rasional: Untuk meningkatkan pengetahuan dan kerjasama dengan keluarga pasien.

8. Laksanakan program medik pemberian terapi oksigen

Rasional: Untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi pasien.

c. Gangguan pola eliminasi: konstipasi berhubungan dengan disfungsi motilitas usus.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola eliminasi kembali normal.

Kriteria hasil: Pola eliminasi BAB normal: 1x/hari, dengan konsistensi lembek, BU normal: 5-35 x/menit, tidak ada distensi abdomen.

#### Intervensi

1. Kaji dan catat frekuensi, warna dan konsistensi feces  
Rasional: Untuk mengetahui ada atau tidaknya kelainan yang terjadi pada eliminasi fekal.
2. Auskultasi bising usus  
Rasional: Untuk mengetahui normal atau tidaknya pergerakan usus.
3. Kaji adanya flatus  
Rasional: Adanya flatus menunjukkan perbaikan fungsi usus.
4. Kaji adanya distensi abdomen  
Rasional: Gangguan motilitas usus dapat menyebabkan akumulasi gas di dalam lumen usus sehingga terjadi distensi abdomen.
5. Berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga penyebab terjadinya gangguan dalam BAB  
Rasional: Untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga serta untuk meningkatkan kerjasama antara perawat-pasien dan keluarga.
6. Kolaborasi dalam pemberian terapi pencahar (Laxatif)  
Rasional: Untuk membantu dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi

#### d. Nyeri berhubungan dengan distensi abdomen

Tujuan : rasa nyeri teratasi atau terkontrol

Kriteria hasil: pasien mengungkapkan penurunan ketidaknyamanan; menyatakan nyeri pada tingkat dapat ditoleransi, menunjukkan relaks.

#### Intervensi:

1. Observasi Tanda Tanda Vital (TTV)  
Rasional: Nyeri hebat yang dirasakan pasien akibat adanya distensi abdomen dapat menyebabkan peningkatan hasil TTV.
2. Kaji keluhan nyeri, karakteristik dan skala nyeri yang dirasakan pasien sehubungan dengan adanya distensi abdomen.  
Rasional Untuk mengetahui kekuatan nyeri yang dirasakan pasien dan menentukan tindakan selanjutnya guna mengatasi nyeri.
3. Berikan posisi yang nyaman: posisi semi fowler.

Rasional: Posisi yang nyaman dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien

4. Ajarkan dan anjurkan tehnik relaksasi tarik nafas dalam saat merasa nyeri.

Rasional: Relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri

5. Anjurkan pasien untuk menggunakan tehnik pendalihan saat merasa nyeri hebat.

Rasional: Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien.

6. Kolaborasi dengan medic untuk terapi analgetik

Rasional: Analgetik dapat mengurangi rasa nyeri

- e. Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Tujuan: Kecemasan teratasi

Kriteria hasil : pasien mengungkapkan pemahaman tentang penyakit saat ini dan mendemonstrasikan keterampilan koping positif.

Intervensi :

1. Observasi adanya peningkatan kecemasan: wajah tegang, gelisah.

Rasional: Rasa cemas yang dirasakan pasien dapat terlihat dalam ekspresi wajah dan tingkah laku.

2. Kaji adanya rasa cemas yang dirasakan pasien

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kecemasan pasien.

3. Berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan sehubungan dengan keadaan penyakit pasien.

Rasional : Dengan mengetahui tindakan yang akan dilakukan akan mengurangi tingkat kecemasan pasien dan meningkatkan kerjasama

4. Berikan kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan rasa takut atau kecemasan yang dirasakan.

Rasional: Dengan mengungkapkan kecemasan akan mengurangi rasa takut/cemas pasien

5. Pertahankan lingkungan yang tenang dan tanpa stres.

Rasional: Lingkungan yang tenang dan nyaman dapat mengurangi stress pasien berhadapan dengan penyakitnya

6. Dorong dukungan keluarga dan orang terdekat untuk memberikan support kepada pasien

Rasional: Support system dapat mengurangi rasa cemas dan menguatkan pasien dalam menerima keadaan sakitnya.

#### **4. Implementasi**

Implementasi akan memastikan asuhan keperawatan yang efisien, aman dan efektif. Implementasi intervensi keperawatan yang berhasil membutuhkan ketrampilan kognitif, interpersonal dan psikomotor.

- a. Ketrampilan kognitif

Ketrampilan kognitif meliputi aplikasi pemikiran kritis pada proses keperawatan. Untuk melaksanakan intervensi dibutuhkan pertimbangan yang baik dan keputusan klinis yang jelas, ini berarti intervensi keperawatan tidak otomatis. Perawat harus berpikir dan mengantisipasi secara kontinyu sehingga perawat dapat menyesuaikan perawatan klien dengan tepat.

- b. Interpersonal

Ketrampilan ini dibutuhkan untuk terwujudnya tindakan keperawatan yang efektif. Perawat membangun hubungan kepercayaan, menunjukkan perhatian dan berkomunikasi dengan jelas.

- c. Psikomotor

Ketrampilan psikomotor membutuhkan integrasi antara aktivitas kognitif dan motorik.

Sebagai contoh, saat melakukan penyuntikan, perawat harus memahami anatomi dan farmakologi (kognitif), serta menggunakan koordinasi dan presisi untuk melakukan penyuntikan dengan tepat (motorik). Ketrampilan ini sangat penting untuk membangun kepercayaan klien. (Potter & Perry. 2009)



## **5. Evaluasi**

Adapun tahapan-tahapan evaluasi menurut Potter & Perry (2009) yaitu:

- a. Mengidentifikasi kriteria dan standard evaluasi
- b. Mengumpulkan data untuk menentukan apakah criteria dan standard telah terpenuhi.
- c. Menginterpretasi dan meringkas data
- d. Menghentikan, meneruskan atau merevisi rencana perawatan.

## BAB 3

### STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

#### 3.1 STUDI KASUS

##### 3.1.1 Pengkajian

Pengkajian pada Pasien dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 jam 09.00 WITA dengan metode *auto* dan *allo anamnesa*, pemeriksaan fisik, melihat catatan medis, dan catatan perawat. Pasien yang dikaji bernama Tn. Y. F. berusia 62 tahun, agama Kristen Protestan, pendidikan SMP, pekerjaan wiraswasta, alamat Namosain. Pasien masuk Rumah Sakit pada tanggal 01 Juli 2019 pukul 05.40 Wita. Pasien masuk dengan diagnose medis ileus paralitik. Pasien diantar oleh keluarganya kerumah sakit karena Perut Kembung, dan bengkak pada kaki.

Keluhan utama pasien mengatakan perut kembung dan kaki bengkak. Riwayat keluhan utama sejak dua bulan lalu, keluarga membawa klien ke Puskesmas dan mendapat pengobatan namun tidak tahu obat apa yang didapat. 1 minggu yang lalu klien tidak kontrol lagi sehingga kaki bengkak, perut makin kembung, oleh keluarga langsung diantar ke RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Pasien tidak mempunyai riwayat operasi dan belum pernah dirawat dirumah sakit sebelum ini, tidak ada anggota keluarga yang sakit seperti pasien saat ini. Pasien mengatakan pasien tidak merokok dan tidak mengkonsumsi alkohol. Pasien juga tidak konsumsi kopi.

Pola nutrisi klien makan 3 x/hari, nafsu makan baik, tidak terdapat makanan pantangan, minum air 6-8 gelas/hari. Perubahan BB selama sakit yaitu terjadi kenaikan dari 65 Kg menjadi 71 Kg. Pola eliminasi frekuensi BAK 4-6 kali per hari, warna urine kuning, bau khas urine amonia, banyaknya  $\pm 1500$  cc, perubahan BAK selama sakit tidak ada, sedangkan

pada BAB, kebiasaan 1 x/hari, warna faeses kuning konsistensi lembek, terdapat perubahan selama sakit yaitu klien BAB 1 kali dalam 3-4 hari, konsistensi keras, seperti kotoran kambing, warna kuning kecoklatan. Pola aktivitas klien mengatakan tidak ada kegiatan olah raga yang disukai sehingga tidak melakukan kegiatan olah raga. Pola tidur, klien mengatakan tidur malam dari jam 09.00 sampai jam 06.00 pagi. Tidur siang dari jam 11.00 sampai jam 14.00 siang, klien tidak mengalami gangguan dan tidak mudah terbangun. Klien mengatakan lingkungan yang tenang dapat menolong untuk tidur nyaman. Pada pola interaksi sosial, klien mengatakan orang terpenting ialah istri, memiliki rumah tinggal sendiri, jika mempunyai masalah biasanya dibicarakan bersama keluarga. Pola Nilai kepercayaan, klien beragama Kristen Protestan, taat dalam menjalankan ibadah serta terlibat dalam organisasi keagamaan. Klien percaya bahwa ia akan sembuh dari penyakit yang dideritanya. Pola psikologis selama sakit, klien merasa cemas akan apa yang dideritanya, namun klien yakin bahwa ia akan sembuh. Interaksi dengan tenaga kesehatan baik dan keluarga kooperatif.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran pasien composmentis tekanan darah 130/80 mmHg, Nadi 80/menit, irama nadi teratur, pernapasan 20 x/menit dengan irama teratur, suhu badan 36 derajat celsius. Pada pemeriksaan untuk kepala, Pasien tidak mengalami pusing dan nyeri kepala. Sklera putih, konjungtiva anemis dan mukosa bibir merah mudah, pada pemeriksaan abdomen, perut kembung, nyeri perut. Warna kulit sawo matang, auskultasi bising usus kurang dari 30 x/menit. Perkusi terdapat udara pada abdomen, nyeri saat kembung. BB 75 Kg, TB: 178 cm, pasien puasa.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada tanggal 09 Juli 2019 didapatkan hasil, Hemoglobin 8 g/dL (nilai normalnya 13.0-18.0 g/dL), Jumlah eritrosit  $2.98 \times 10^6/uL$  (nilai normalnya  $4.50-6.20 \times 10^6/uL$ ), hematokrit 23,1% (nilai normalnya 40.0-54.0%), PCT 0.43% (nilai normalnya 0.17-0.35%), Albumin 1,6 mg/L (nilai normalnya 3.5-5.2 mg/L), Trigliserida 173 mg/dL (nilai normalnya < 150 mg/dL), kolestrol total 333 mg/dL (nilai normalnya <200 mg/dL), HDL Kolestrol 14 mg/dL (nilai

normalnya > 40 mg/dL), LDL kolestrol 218 mg/dL (nilai normalnya <115 mg/dL).

Pengobatan yang didapat ialah Citicolin 2 x 500 mg/IV, Glureniran 1 x 30 mg/ oral, Comlodipen 1 x 10 mg/oral, Furosemid 2 x 20 mg/IV, Ranitidine 2 x .

### **3.1.2. Perumusan Diagnosa**

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data dari hasil pengkajian dan analisa data , mulai dari menetapkan masalah, penyebab dan data- data yang mendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn. Y. F. adalah kelebihan volume cairan dan elektrolit lebih dari kebutuhan berhubungan dan dengan penyebab proses penyakit, yang ditandai dengan data subyektif klien mengatakan badan terasa lemas, kenaikan berat badan selama sakit dari 65 Kg menjadi 71 Kg, pusing, bengkak pada perut dan kaki. Data obyektifnya klien tampak lemah, terdapat udem pada kaki dan perut, turgor kulit tidak elastik/regang, mukosa bibir kering, tanda-tanda vital, tekanan darah 130/80 mmHg, suhu 36° C, nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit.

Diagnosa keperawatan gangguan eliminasi: konstipasi berhubungan dengan motilitas usus, yang ditandai dengan data subyektif klien mengatakan BAB 1 kali dalam 3-4 hari, konsistensi keras, seperti kotoran kambing, perut terasa kembung, data obyektif klien tampak lemah, wajah tampak anemis, konjungtiva pucat, perkusi terdengar meteorismus.

### **3.1.3 Intervensi Keperawatan**

Pada masalah keperawatan kelebihan volume cairan elektrolit lebih dari kebutuhan berhubungan dengan proses penyakit. Goal pasien akan mempertahankan keseimbangan cairan yang normal selama perawatan. Objektif setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, keseimbangan cairan elektrolit teratasi dengan kriteria hasil yang diharapkan adalah mempertahankan urine output, tanda-tanda vital dalam batas normal, berat badan dalam batas normal, elastis turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan. Intervensi :

1) Jaga asupan yang akurat dan catatan keluaran, Rasional: bertujuan untuk memantau asupan yang masuk dan keluar. 2) monitor tanda-tanda vital, Rasional : untuk mengetahui keadaan umum klien. 3) Pantau indikasi kelebihan cairan/terjadinya retensi, Rasional: bertujuan untuk mengetahui tanda dan kelebihan cairan. 4). Ukur keseimbangan input/output cairan. 5). Ukur berat badan. 6). Kolaborasi pemberian terapi.

Pada gangguan pola eliminasi : konstipasi berhubungan dengan motilitas usus. Goal: klien akan menunjukkan bebas dari konstipasi selama masa perawatan. Obyektif: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, gangguan eliminasi konstipasi teratasi dengan kriteria hasil, BAB kembali normal dengan frekuensi 1-2 kali dalam sehari, konsistensi lembek, warna kuning kecoklatan, pada perkusi abdomen tidak terdengar meteorismus. Intervensi: 1). Monitor tanda dan gejala konstipasi, rasional: mengembalikan keteraturan pola defekasi klien. 2). Berikan cakupan nutrisi berserat sesuai dengan indikasi, rasional: nutrisi serat tinggi untuk melancarkan eliminasi fekal. 3). Kolaborasi pemberian laksatif atau enema sesuai indikasi, rasional: untuk melunakkan feses.

### **3.1.4 Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 15 - 17 Juli 2019.

Diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan implementasinya pada hari Pertama tanggal 15 Juli 2019. 1). Pukul 11.30 mencatat semua masukan dan keluaran cairan, 2) mengobservasi tanda-tanda vital: Tekanan darah 140/80 mmHG, nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36 C. 3) menghitung balance cairan (input – output) hasilnya plus 650cc. 4) melayani pemberian furosemid injeksi. Hari kedua tanggal 16 Juli 2019, implementasi yang dilakukan adalah 1). Pukul 11.30 mencatat semua masukan dan keluaran cairan, 2) mengobservasi tanda-tanda vital: Tekanan darah 130/80 mmHG, nadi 84 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36 C. 3) menghitung balance cairan (input – output) hasilnya plus 450 cc. 4)

melayani pemberian injeksi Furosemid. Hari ketiga tanggal 17 Juli 2019, implementasi yang dilakukan: 1). Pukul 11.30 mencatat semua masukan dan keluaran cairan, 2) mengobservasi tanda-tanda vital: Tekanan darah 140/80 mmHG, nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36 C. 3) menghitung balance cairan (input – output) hasilnya plus 450 cc. 4) melayani pemberian injeksi Furosemid.

Diagnosa keperawatan gangguan eliminasi: konstipasi berhubungan dengan motilitas usus, implementasi pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019 ialah 1) pada pukul 11.30, mengobservasi tanda-tanda vital: Tekanan darah 140/80 mmHG, nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit, suhu 36 C. 2). Melakukan kolaborasi dengan petugas gizi tentang nutrisi klien yang berserat tinggi. Tanggal 16 Juli 2019 implementasi hari kedua: 1) 08.30, melakukan kolaborasi dengan petugas gizi untuk pemberian makanan berserat tinggi. 2) mengkaji gejala konstipasi. Tanggal 17 Juli 2019 implementasi hari kedua: 1) 08.30, melakukan kolaborasi dengan petugas gizi untuk pemberian makanan berserat tinggi. 2) mengkaji gejala konstipasi.

### **3.1.5 Evaluasi Tindakan Keperawatan**

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Tn Y. F. dilakukan sesuai dengan kriteria hasil yang dihaapkan baik secara objektif maupun secara subjektif menggunakan evaluasi SOAP.

Diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan evaluasi pada hari Pertama tanggal 15 Juli 201, pukul 14.00, S: pasien mengatakan masih merasa pusing, bengkak pada kaki berkurang O: pasien tampak lemah, turgor kulit tidak elastis/renggang, mukosa bibir kering, udem pada kaki berkurang A: Masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan. Evaluasi hari Kedua tanggal 16 Juli 2019, pukul 14.00, S: Pasien mengatakan masih merasa pusing dan lemas, O: pasien tampak

lemah, turgor kulit sedikit elastis, mukosa bibir lembab sedikit, udem pada kaki. A: Masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan. Evaluasi hari ketiga tanggal 17 Juli 2019 Pukul 14.00 wita, S: Pasien mengatakan masih merasa pusing dan lemas O: pasien tampak lemah, turgor kulit sedikit elastis, mukosa bibir lembab, masih terdapat udem pada kaki. A: Masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan gangguan eliminasi: konstipasi berhubungan dengan motilitas usus, evaluasi pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019, pukul 14.00 wita, S: pasien mengatakan lemah, perut kembung, belum BAB. O: pasien tampak lemas, konjungtiva pucat, perkusi terdengar meteorismus. Tanda-tanda vital, tekanan darah 130/80 mmHG, suhu 36°C, nadi 80 x/menit, RR 20 x/menit. A: masalah belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan. Evaluasi pada hari kedua tanggal 16 Juli 2019 pukul 14.00 wita, S: pasien mengatakan lemah, perut kembung, sudah BAB, konsistensi keras, seperti kotoran kambing. O: pasien tampak lemas, konjungtiva pucat, perkusi masih terdengar meteorismus. Tanda-tanda vital, tekanan darah 120/80 mmHG, suhu 36°C, nadi 86 x/menit, RR 18 x/menit A: masalah belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan. Evaluasi pada hari ketiga tanggal 17 Juli 2019 pukul 14.00 wita, S: pasien mengatakan lemah, perut kembung berkurang, sudah BAB, konsistensi keras, seperti kotoran kambing. O: pasien tampak lemas, konjungtiva pucat, perkusi masih terdengar meteorismus. Tanda-tanda vital, tekanan darah 120/80 mmHG, suhu 36°C, nadi 78 x/menit, RR 20 x/menit A: masalah belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan.

## **3.2. Pembahasan**

### **3.2.1. Pengkajian Keperawatan**

Menurut Mubarak dan Chayatin (2008) pengkajian pada pasien dengan ileus paralitik terdapat kram pada perut, nafsu makan menurun, perut membesar, konstipasi, tidak bisa BAB, mual, muntah. Yang terdapat pada Tn. Y. F. Saat di kaji ditemukan

udem pada kaki dan perut, frekuensi BAB 3-4 hari sekali, konstipasi. Sedangkan Pasien tidak mual dan muntah serta tidak terdapat kram perut pada pasien karena pasien sudah dirawat dari 2 minggu yang lalu. Terdapat kesenjangan diantara teori dan keadaan pasien saat ini dimana pasien juga mengalami udem pada kaki.

### **3.2.2. Diagnosa Keperawatan**

Menurut NANDA 2015, diagnosa keperawatan yang ada pada pasien dengan ilues pparalitik ialah kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan intake yang tidak adekuat dan ketidakefektifan penyerapan usus halus yang ditandai dengan adanya mual, muntah, demam dan diaphoresis, kelebihan volume cairan berhubungan dengan edema. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan distensi abdomen, Gangguan pola eliminasi: konstipasi berhubungan dengan disfungsi motilitas usus. Nyeri berhubungan dengan distensi abdomen, Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan proses penyakit, Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Pada kasus Tn. Y. F. tidak semua diagnosa diambil dalam penegakkan diagnosa karena ketika dilakukan pengkajian keperawatan pada kasus ini pasien sudah dalam 3 hari perawatan di ruang Komodo, sehingga diagnosa yang diangkat Cuma 2 diagnosa berdasarkan hasil pengkajian yaitu kelebihan volume cairan dan gangguan eliminasi: konstipasi.

### **3.2.3. Intervensi Keperawatan**

Sesuai dengan diagnose keperawatan yang telah ditetapkan, maka menurut Moorhead, kk. 2016, dalam *Nursing Outcome Classification* (NOC) dengan kriteria hasil dan indikator yang menyediakan sejumlah pilihan yang adekuat untuk menunjukkan variabilitas didalam status/kondisi, perilaku atau persepsi yang digambarkan oleh kriteria hasil.

Pada masalah keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan proses penyakit Intervensi : 1) Jaga asupan



yang akurat dan catatan keluaran, Rasional: bertujuan untuk memantau asupan yang masuk dan keluar. 2) monitor tanda-tanda vital, Rasional : untuk mengetahui keadaan umum klien. 3) Pantau indikasi kelebihan cairan/terjadinya retensi, Rasional: bertujuan untuk mengetahui tanda dan kelebihan cairan. 4). Ukur keseimbangan input/output cairan. 5). Ukur berat badan. 6). Kolaborasi pemberian terapi. Sehingga tidak terdapat kengangan antara teori dan praktek.

Intervensi Pada gangguan pola eliminasi : konstipasi berhubungan dengan motilitas usus. 1). Monitor tanda dan gejala konstipasi, rasional: mengembalikan keteraturan pola defekasi klien. 2). Berikan cakupan nutrisi berserat sesuai dengan indikasi, rasional: nutrisi serat tinggi untuk melancarkan eliminasi fekal. 3). Kolaborasi pemberian laksatif atau enema sesuai indikasi, rasional: untuk melunakkan feses. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

#### **3.2.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan dilakukan mulai dari tanggal 15-17 Juli 2019. Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Tn. Y. F. Semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang dii tetapkan.

Untuk diagnosa kelebihan volume cairan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasusnya karena tindakan yang diberikan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan seperti, mencatat semua masukan dan keluaran cairan, mengobservasi tanda-tanda vital, menghitung balance cairan.

Untuk diagnosa gangguan eliminasi: konstipasi berhubungan dengan motilitas usus tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasusnya karena tindakan yang diberikan sesuai denngan intervensi yang telah ditetapkan seperti Monitor tanda dan gejala konstipasi, berikan cakupan nutrisi berserat sesuai dengan indikasi, Kolaborasi pemberian laksatif atau enema sesuai indikasi.

### **3.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Tn Y. F. dilakukan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif menggunakan evaluasi SOAP.

Evaluasi yang di dapatkan pada diagnosa kelebihan volume cairan yaitu pasien masih merasa kembung pada perut, keadaan pasien masih lemah, masih terdapat udem di kaki dan perut. Pada perhitungan balance cairan masih kelebihan cairan antara input dan out put. Sehingga pada diagnosa kelebihan volume cairan masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa gangguan eliminasi: konstipasi yaitu, pasien masih lemah, perut kembung berkurang, sudah BAB, konsistensi keras, seperti kotoran kambing. perkusi masih terdengar meteorismus. Sehingga pada diagnosa gangguan eliminasi: konstipasi masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **1.1. Kesimpulan**

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien ileus paralitik pada umumnya sama antara teori dan kasus. Hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan teori pada kasus Tn.Y. F. yang menderita ileus paralitik. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Dari hasil pengkajian keluhan utama yang dialami Tn. Y. F adalah keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, udem pada kaki, perut kembung, mukosa bibir kering, albumin, 1,6.

Diagnosa keperawatan yang diambil ada 2 yaitu gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit lebih dari kebutuhan berhubungan dengan proses penyakit.

Pada perencanaan keperawatan di tentukan tujuan dari tindakan keperawatan dan kriteria hasil, intervensi berdasarkan diagnosa keperawatan yang ada. Implementasi dibuat berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada Tn. Y.F. teratasi. Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan tindakan berdasarkan kriteria hasil dan masing-masing diagnosa keperawatan

#### **1.2. Saran**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn. Y. F. di ruang Komodo RSUD Prof. Dr.W. Z. Johannes Kupang dan kesimpulan yang telah disusun seperti diatas, maka mahasiswa memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan dan perlu adanya partisipasi keluarga
2. Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan teori yang ada akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adnet F, Baillard C, Borron SW, Denantes C, Lefebvre L, Galinski M, Martinez C, Cupa M, Lapostolle F. *Randomized study comparing the "sniffing position" with simple head extension for laryngoscopic view in elective surgery patients.* *Anesthesiology* 2001; 95: 836-41.
- Ahmad. R. 2000. *Definisi Laparotomi.* EGC: Jakarta.
- Brooker. 2001. *Patofisiologi dalam Keperawatan Medikal Bedah.* EGC: Jakarta.
- Brunner & Suddarth, 2004. *Komplikasi Penyakit Ileus Obstruktif.* EGC: Jakarta.
- Carpenito, Lynda Juall.2007. *Rencana Asuhan & Dokumentasi Keperawatan. Diagnosa Keperawatan dan Masalah Kolaboratif.* Edisi 2. EGC: Jakarta.
- Christine. 2008. *Komplikasi pada Penyakit Laparotomi.*EGC: Jakarta.
- Darmawan, Deden. 2012. *Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja.* Gosyen Publishing. Yogyakarta.
- Djojodibroto. 2012. *Proses Keperawatan Penerapan Intubasi.*EGC: Jakarta.
- Harsono. 2005. *Buku Ajar tentang Intubasi.* EGC: Jakarta.
- Amin Huda Nurarif.2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC.* MediAction: Jakarta

# LAMPIRAN



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIPLOMA III  
KEPERAWATAN KUPANG

Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045

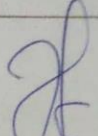
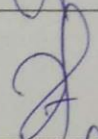
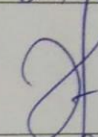
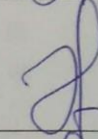

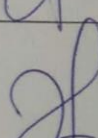
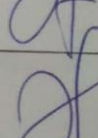


LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : EMILIANA M.K. MAU  
NIM : PO. 530320118182  
NAMA PEMBIMBING : TRIFONIA S. NURWELA, S.Kep.,Ns.,M.Kes

NO	TGL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/PENGUJI
1.	Senin, 15 Juli 2019	Bimbingan persiapan UAP	
2.	Selasa, 16 Juli 2019	Ujian UAP oleh CI ruangan	
3.	Rabu, 17 Juli 2019	Bimbingan dan Konsultasi KTI Bab 1 dan 2	
4.	Kamis, 18 Juli 2019	Bimbingan dan revisi KTI Bab 1 dan 2	
5.	Jum'at, 19 Juli 2019	Bimbingan dan Konsultasi KTI Bab 1 s/d 4	
6.	Senin, 22 Juli 2019	Bimbingan dan revisi KTI Bab 1 s/d 4	



7.	Selasa, 23 Juli 2019	Bimbingan dan revisi KTI Bab 1 s/d 4	
8.	Rabu, 24 Juli 2019	Bimbingan dan revisi KTI Bab 1 s/d 4	
9.	Kamis, 25 Juli 2019	Bimbingan dan revisi KTI Bab 1 s/d 4	
10	Jum'at, 26 Juli 2019	Ujian dan Sidang KTI	
11	Senin, 29 Juli 2019	- Revisi KTI Bab 1 s/d 4 - Tanda tangan Pembimbing dan Penguji	
12	Selasa 30 Juli 2019	- Revisi KTI Bab 1 s/d 4 - Tanda tangan Pembimbing dan Penguji	
13	Rabu 31 Juli 2019	- ACC KTI - Penjilidan Sampul Istimewa	



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Emiliana M. K. Mau  
NIM : 20530320118182

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. Y. F.  
Ruang/Kamar : Komodo  
Diagnosa Medis : Ileus Paralytik  
No. Medical Record : 515349  
Tanggal Pengkajian : 15-07-2019  
Masuk Rumah Sakit : 01-07-2019  
Jam : 09.30  
Jam : 05.40

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. Y. F.  
Umur/Tanggal Lahir : 06 Juni 1957 / 62 Thn  
Agama : Kristen Protestan  
Pendidikan Terakhir : SMP  
Alamat : Namosain  
Jenis Kelamin : laki-laki  
Status : Menikah  
Perkawinan :  
Suku Bangsa : Rote  
Pekerjaan : Swasta

Identitas Penanggung

Nama : S. F.  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Namosain  
Pekerjaan : IRT  
Hubungan dengan klien : istri

Riwayat Kesehatan

- Keluhan Utama : Pasien mengeluh bengkak pada perut dan kaki
  - Kapan : Sejak 2 bulan yang lalu
  - Lokasi : Perut dan kaki
- Riwayat Keluhan Utama
  - Mulai timbulnya keluhan : Sejak 2 bulan yang lalu
  - Sifat keluhan : Hilang muncul
  - Lokasi : Perut dan kaki
  - Keluhan lain yang menyertai : sesak
  - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : tidak ada
  - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) : Keluhan berkurang apabila pasien minum obat
  - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : keluarga langsung membawa pasien ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan.



3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita
  - Ya , Sebutkan .....
  - Tidak
- Riwayat Alergi
  - Ya , Jenis ....., Waktu .....
  - Tidak
- Riwayat Operasi
  - Ya , Jenis ....., Waktu .....
  - Tidak

4. Kebiasaan

- Merokok
  - Ya ,Jumlah: ....., waktu .....
  - Tidak
- Minum alkohol
  - Ya , Jumlah: ....., waktu .....
  - Tidak
- Minum kopi : ..... Lamanya : .....
  - Ya , Jumlah: ....., waktu .....
  - Tidak
- Minum obat-obatan
  - Ya , Jenis, ..... Jumlah: ....., waktu .....
  - Tidak

**Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :**  
*Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.*

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda - Tanda Vital

- Tekanan darah : 140/80 mmHg
- Nadi : 80 x / menit
- Pernapasan : 20 x / menit
- Suhu badan : 36 °C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
  - Sakit kepala : Pusing :
    - ya  tidak

- Bentuk, ukuran dan posisi :
  - normal  abnormal, jelaskan : .....

- Lesi :  ada, jelaskan : .....
- tidak ada

- Masa :  ada, jelaskan : .....
- tidak ada

- Observasi Wajah :  simetris  asimetri, jelaskan .....

- Penglihatan : agak kabur selama sakit

- Konjungtiva : pucat

- Sklera : putih

- Pakai kaca mata :  Ya, jelaskan : .....
- tidak

- Penglihatan kabur :  Ya, jelaskan : Sejak pasien mengalami sakit
- tidak

- Nyeri : tidak ada

- Peradangan : tidak ada

- Operasi :

- Jenis : tidak pernah

- Waktu : tidak pernah

- Tempat : tidak pernah

- Pendengaran

- Gangguan pendengaran :  Ya, jelaskan : .....
- tidak

- Nyeri :  Ya, jelaskan : .....
- tidak

- Peradangan :  Ya, jelaskan : .....
- tidak

- Hidung

- Alergi Rhinitis :  Ya, jelaskan : .....
- tidak

- Riwayat Polip :  Ya, jelaskan : .....
- tidak

- Sinusitis :  Ya, jelaskan : .....
- tidak

- Epistaksis :  Ya, jelaskan : .....
- tidak

- Tenggorokan dan mulut

- Keadaan gigi : tidak utuh lagi

- Caries :  Ya, jelaskan : .....
- tidak

- Memakai gigi palsu :  Ya, jelaskan : .....
- tidak

- Gangguan bicara :  Ya, jelaskan : .....
- tidak

- Gangguan menelan :  Ya, jelaskan : .....
- tidak

- Pembesaran kelenjar leher :  Ya, Jelaskan : .....  tidak
- 3. Sistem Kardiovaskuler
  - Nyeri Dada :  Ya, Jelaskan : .....  tidak
  - Inspeksi :
    - Kesadaran/ GCS : Compos Mentis
    - Bentuk dada :  abnormal, Jelaskan : .....  normal
    - Bibir :  sianosis  normal
    - Kuku :  sianosis  normal
    - Capillary Refill :  Abnormal  normal
    - Tangan :  Edema  normal
    - Kaki :  Edema  normal
    - Sendi :  Edema  normal
  - Ictus cordis/Apical Pulse:  Teraba  tidak teraba
  - Vena jugularis :  Teraba  tidak teraba
  - Perkusi : pembesaran jantung : .....
  - Auskultasi :
    - BJ I :  Abnormal  normal
    - BJ II :  Abnormal  normal

- 4. Sistem Respirasi
  - Keluhan : Sesak
  - Inspeksi :
    - Jejas :  Ya, Jelaskan : .....  tidak
    - Bentuk Dada :  Abnormal, Jelaskan : .....  Normal
    - Jenis Pernapasan :  Abnormal, (Dispnea Kussmaul, ....)  tidak
    - Irama Napas :  teratur  tidak teratur
    - Retraksi otot pernapasan :  Ya  tidak
    - Penggunaan alat bantu pernapasan :  Ya, Jelaskan Pasien mengalami sesak / nasal kanal 3 liter / menit.  tidak
  - Perkusi : Cairan :  Ya  tidak
  - Udara :  Ya  tidak
  - Massa :  Ya  tidak
  - Auskultasi :
    - Inspirasi :  Normal  Abnormal
    - Ekspirasi :  Normal  Abnormal
    - Ronchi :  Ya  tidak
    - Wheezing :  Ya  tidak
    - Krepitasi :  Ya  tidak
    - Rales :  Ya  tidak
  - Clubbing Finger :  Normal  Abnormal

- 5. Sistem Pencernaan
  - a. Keluhan : pasien susah BAB
  - b. Inspeksi :
    - Turgor kulit :  Abnormal, Jelaskan : Turgor kulit tidak elastis / Regang  Normal
    - Keadaan bibir :  lembab  kering
    - Keadaan rongga mulut
    - Warna Mukosa : puat

- Luka/perdarahan :  Ya, Jelaskan .....  tidak
- Tanda-tanda radang :  Ya, Jelaskan .....  tidak
- Keadaan gusi :  Abnormal, Jelaskan .....  normal
- Keadaan abdomen
- Warna kulit : sawo matang.....
- Luka :  Ya, Jelaskan .....  tidak
- Pembesaran :  Abnormal, Jelaskan Perut Kembang  normal
- Keadaan rektal
- Luka :  Ya, Jelaskan .....  tidak
- Perdarahan :  Ya, Jelaskan .....  tidak
- Hemmoroid :  Ya, Jelaskan .....  tidak
- Lecet/ tumor/ bengkak :  Ya, Jelaskan.....  tidak

- c. Auskultasi :
  - Bising usus/Peristaltik : kurang dari 30x/menit
- d. Perkusi : Cairan :  Abnormal, Jelaskan .....  normal
  - Udara :  Abnormal, Jelaskan .....  normal
  - Massa :  Abnormal, Jelaskan .....  normal
- e. Palpasi:
  - Tonus otot:  Abnormal, Jelaskan .....  normal
  - Nyeri :  Abnormal, Jelaskan .....  normal
  - Massa :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : .....
- b. Tingkat kesadaran: Compos Mentis..... GCS (E/M/V): 4/5/6
- c. Pupil :  Isokor  anisokor
- d. Kejang :  Abnormal, Jelaskan .....  normal
- e. Jenis kelumpuhan :  Ya, Jelaskan .....  tidak
- f. Parasthesia :  Ya, Jelaskan .....  tidak
- g. Koordinasi gerak :  Abnormal, Jelaskan .....  normal
- h. Cranial Nerves :  Abnormal, Jelaskan .....  normal
- i. Reflexes :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : Bengkak seluruh badan, kedua kaki dan tangan
- b. Kelainan Ekstremitas :  ada, Jelaskan.....  tidak ada
- c. Nyeri otot :  ada  tidak ada
- d. Nyeri Sendi :  ada  tidak ada
- e. Refleksi sendi :  abnormal, Jelaskan .....  normal
- f. kekuatan otot :
- g.  Atropi  hipertropi  normal

4	4
4	4

8. Sistem Integumentari

- a. Rash :  ada, Jelaskan.....  tidak ada

- b. Lesi :  ada, Jelaskan.....  
 c. Turgor : tidak elastis / Rengang ..... Warna :  tidak ada / kuning  
 d. Kelembaban :  Abnormal, Jelaskan .....  normal  
 e. Petechie :  ada, Jelaskan..... Kulit tampak tidak elastis / kering  
 f. Lain lain: .....  Tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan :  kencing menetes  inkontinensia  retensi  
 gross hematuri  disuria  poliuri  
 oliguri  anuri  
 b. Alat bantu (kateter, dll)  ya  tidak  
 c. Kandung kencing : membesar  ya  tidak  
 nyeri tekan  ya  tidak  
 d. Produksi urine :  
 e. Intake cairan :  oral : 650 cc/hr  parenteral :  
 f. Bentuk alat kelamin :  Normal  Tidak normal,  
 sebutkan.....  
 g. Uretra :  Normal  Hipospadia/Epispadia  
 Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada  
 b. Pembesaran Kelenjar :  ada, Jelaskan.....  tidak ada  
 c. Lain - lain : tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : .....  
 b. Wanita : Siklus menstruasi : .....  
 • Keadaan payudara :  Abnormal, Jelaskan .....  normal  
 • Riwayat Persalinan: .....  
 • Abortus: .....  
 • Pengeluaran pervagina:  Abnormal, Jelaskan .....  normal  
 • Lain-lain: .....  
 c. Pria : Pembesaran prostat :  ada  tidak ada  
 d. Lain-lain: .....

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : 3x1 sehari
- Frekuensi makan : 1 porsi orang dewasa
- Nafsu makan : Baik
- Makanan pantangan : tidak ada
- Makanan yang disukai : Semua jenis makanan
- Banyaknya minuman dalam sehari : 6-8 gelas / hari
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- BB : 71 kg TB : 167 cm
- Kenaikan/Penurunan BB : ... kg, dalam waktu : .....

2. Perubahan selama sakit : Kenaikan BB dari 65 menjadi 71 kg

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 4-6 x / hari Warna : kuning

Bau : khas urin Jumlah/ hari : .....

b. Perubahan selama sakit : .....

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : 2 x 1 / hari Frekuensi dalam sehari : .....

Warna : kuning Bau : khas / Amoniak

Konsistensi : lembek

b. Perubahan selama sakit : .....

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : tidak ada

- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 09.00

Bangun jam : 06.00

- Tidur siang jam : 11.00

Bangun jam : 14.00

- Apakah mudah terbangun : tidak

- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : lingkungan yg tenang

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Isti

2. Organisasi sosial yang diikuti : .....

3. Keadaan rumah dan lingkungan : Bersih

Status rumah : Milik Sendiri

- Cukup / tidak :  
 Bising / tidak  
 Banjir / tidak
- Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/terdekat : .. ya ..
  - Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : .. Diskusikan bersama - sama ..
  - Bagaimana interaksi dalam keluarga : .. berjalan baik ..

**Kegiatan Keagamaan/ Spiritual**

- Ketaatan menjalankan ibadah : .. ya ..
- Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : .. kegereja untuk beribadah ..

**Keadaan Psikologis Selama Sakit**

- Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : .. Pasien merasa malas akan penyakit yang dideritanya ..
- Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : .. pasien yakin bahwa pasien bisa sembuh ..
- Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : .. Berjalan baik keluarga sangat terbuka kepada tenaga kesehatan ttg penyakit yang diderita klien ..

**Data Laboratorium & Diagnostik**

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			
			09/07/19			
1.	Hemoglobin	13.0 - 18.0	8.0			
2.	Jumlah Eritrosit	4.50 - 6.20	2.98			
3.	Hematokrit	40.0 - 54.0	23.1			
4	PCT	0.17 - 0.35	0.43			
5	Albumin	3.5 - 5.2	1.6			
6	Trigliserida	< 150	173			
7	Kolesterol total	< 200	333			
8	HDL Kolesterol	> 40	14			
9	LDL Kolesterol	< 115	218			

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			



c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

a. Foto gigi dan mulut :

..... tidak dilakukan

b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus :

..... tidak dilakukan

c. Cholescystogram :

..... tidak dilakukan

d. Foto colon :

.....

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :

..... tidak dilakukan



Biopsy :

tidak dilakukan

Colonoscopy :

tidak dilakukan

DII :

Penatalaksanaan/pengobatan  
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan

tidak ada

- Obat

- Chlocolin 500 2x

- Captopril 3 x 25

- E lufenoran 30 mg 1x

- Ranitidine 2 x 1 10

- Comlodipen 10 mg 1x

- Furosemide 5 ampul

- Lain-lain

tidak ada.