

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Ileus Obstruktif

2.1.1 Definisi

Ileus obstruktif merupakan suatu kondisi dimana isi lumen cerna tidak dapat disalurkan ke distal menuju anus karena terdapat hambatan mekanik berupa intusussepsi, neoplasma, stenosis, tumor, stiktur, hernia, adhesi, dan abses. Hambatan tersebut dapat mengakibatkan kelainan pada lumen usus, dinding, atau luar usus yang mengganggu pergerakan isi usus dan berisiko menyebabkan nekrosis pada segmen usus (Wahyudi *et al.*, 2020). Ileus obstruktif juga termasuk penyakit saluran cerna kompleks. Ketika lumen usus tersumbat secara parsial (sebagian) atau keseluruhan dapat mengakibatkan sakit perut, muntah, konstipasi, mual, distensi abdomen, sembelit, flatus, dan mencegah pergerakan normal produk yang dicerna (Dewi, 2020).

2.1.2 Etiologi

Menurut Chahyaningrum (2021), klasifikasi faktor potensial ileus obstruktif besar dan halus meliputi:

a. Penyebab Intraluminal

- 1) Benda asing yang tertelan. Suatu benda asing yang berhasil melewati lubang pilorus (dari lambung ke usus), tidak akan mengalami kesulitan untuk mencapai usus halus, kecuali adanya adhesi setelah operasi.
- 2) Bolus makanan yang besar. Material makanan yang sulit dicerna akan berdampak pada usus bagian bawah.

b. Penyebab intrinsik

- 1) Atresia dan striktur.
- 2) Penyakit Chorn.
- 3) Struktur yang terbetuk akibat penggunaan tablet kalium, obat antiinflamasi non-steroid, serta terapi iradiasi yang digunakan dalam pengobatan kanker kandung kemih.

- 4) Hematoma yang terjadi diantara dinding usus akibat trauma atau pengobatan antikoagulan yang berlebihan dari dosis yang dibutuhkan.
- 5) Tumor sekunder. Khususnya pada usus besar (kolon), karsinoma lambung, kanker ovarium, dan melano maligna, jaringan kanker dapat menyatu dengan lumen usus halus.
- 6) Banyak polipoid pada mukosa atau lesi submukosa dapat memicu terbentuknya intussusepsi, yang pada akhirnya menyebabkan ileus obstruktif.

c. Penyebab ekstrinsik

- 1) Adhesi akibat pembedahan abdomen atau peritonitis sering kali dapat meningkatkan frekuensi terjadinya ileus obstruktif. Adhesi mudah menempel pada lumen usus dan menyebabkan luka di berbagai lokasi.
- 2) Kelainan intraperitoneal kongenital juga dapat mengakibatkan obstruksi.
- 3) Malrotasi kongenital mengakibatkan mesenterik menjadi pendek sehingga keseluruhan usus berisiko mengalami torsi atau volvulus. Kondisi tersebut tidak hanya dapat memicu obstruksi, tetapi mempercepat timbulnya iskemia dan kematian.
- 4) Hernia dapat menyebabkan obstruksi.

d. Penyebab lain

- 1) Memiliki riwayat kondisi yang sama atau pernah mengalami penyakit ileus obstruktif sebelumnya.
- 2) Mengalami ketidakseimbangan elektrolit, terutama kalium dan kalsium.
- 3) Pernah mengalami cedera atau trauma pada usus.
- 4) Pernah menjalani pemeriksaan iradiasi pada perut atau area sekitarnya.
- 5) Terdapat penyakit komplikasi dari penyakit primer yang sudah kronis atau berlangsung lama.

- 6) Penuaan secara alami memperlambat pergerakan usus sehingga lansia lebih berisiko tinggi mengalami ileus obstruktif akibat penurunan fungsi organ dan konsumsi obat-obatan yang dapat memperlambat pergerakan makanan di dalam usus.

2.1.3 Patofisiologi

Obstruksi terjadi akibat daya mekanik yang bekerja pada dinding usus sehingga terjadi penyempitan atau sumbatan pada lumen usus. Gangguan pada lumen usus menyebabkan penumpukan isi lumen berupa gas dan cairan di bagian proksimal sehingga dinding usus mengalami pelebaran (distensi). Kondisi tersebut memicu rangsangan hipersekresi pada kelenjar pencernaan (Nisa *et al.*, 2021).

Sumbatan menyebabkan gerakan usus meningkat (hiperperistaltik) dan terjadi penurunan gerakan peristaltik. Hal tersebut menyebabkan serangan kolik abdomen dan muntah-muntah. Motilitas normal usus berperan dalam membersihkan lumen dari sisa nutrisi dan organisme. Saat motilitas terganggu, maka akan terjadi stasis yang memicu pertumbuhan bakteri berlebih serta malabsorpsi. Peningkatan jumlah bakteri dapat merusak mukosa usus dan menghasilkan gas berlebih. Volume gas dapat bertambah karena udara yang tertelan, terutama nitrogen yang sulit diserap usus. Selain itu, hasil fermentasi bakteri yang meningkat dengan asupan makanan sehingga mengakibatkan distensi usus yang menimbulkan rasa tidak nyaman pada perut. Secara sistemik, kondisi tersebut menyebabkan ketidakseimbangan asam basa, elektrolit dan cairan tubuh. Distensi ekstrem juga dapat menyebabkan elevasi diafragma, mengganggu ventilasi paru (restriktif), memicu atelectasis, serta menimbulkan keluhan seperti kram dan nyeri perut (Nisa *et al.*, 2021).

Ileus obstruktif menimbulkan gejala dan komplikasi yang bervariasi tergantung pada letak terjadinya obstruksi. Pada obstruksi parsial, proses metabolisme mungkin masih bisa berlangsung seperti peristaltik usus, flatus, dan eliminasi fekal. Hal ini terjadi karena area usus yang tidak mengalami obstruksi mengalami peningkatan peristaltik

akibat jarak pengosongan usus lebih pendek sehingga kerja usus semakin cepat. Makanan yang dikonsumsi akan tertahan di daerah obstruksi, tetapi cairan dan obat-obatan tetap terdorong sehingga menyebabkan diare. Apabila diare yang disertai muntah tidak segera ditangani, pasien dapat mengalami dehidrasi dan kekurangan cairan elektrolit yang akan berdampak lebih serius. Melainkan, konstipasi dapat terjadi pada obstruksi total atau ileus paralitik (kelumpuhan) yang menyebabkan kerja usus dalam menyerap makanan menurun akibatnya kemampuan intestinal saat defekasi terganggu. Hal ini menyebabkan frekuensi eliminasi fekal menurun (Ardi, 2021).

2.1.4 Tanda dan Gejala

Menurut Talubun & Saragih (2023), macam-macam tanda gejala yang muncul pada ileus obstruksi antara lain:

- 1) Sakit/nyeri abdomen karena terdapat sumbatan pada usus.
- 2) Muntah karena penumpukkan sisa makanan di usus yang menyebabkan tekanan pada lambung meningkat dan mengakibatkan refluks. Muntah adalah tanda awal pada obstruksi yang terjadi dibagian atas (proksimal) usus. Namun, jika obstruksi berada di bagian distal usus halus, muntah akan tertunda.
- 3) Konstipasi akibat menurunnya kerja usus sehingga sisa makanan menumpuk di dalam lumen usus dan sulit untuk dikeluarkan.
- 4) Distensi abdomen terjadi akibat penumpukkan sisa makanan yang tidak dikeluarkan sehingga abdomen semakin membesar.
- 5) Tanda-tanda peritonitis akibat perforasi usus karena iskemia sulit dibedakan dengan peritonitis yang disebabkan oleh faktor lain seperti perforasi intraabdominal.

2.1.5 Komplikasi

Menurut Azmi (2022), beberapa komplikasi pada ileus obstruktif antara lain:

- 1) Peritonitis septicemia, suatu peradangan yang terjadi di selaput rongga perut (peritonium) yang disebabkan oleh bakteri dalam darah (bakteremia).

- 2) Sepsis, infeksi akibat peritonitis yang tidak tertangani dengan baik dan cepat.
- 3) Syok hipovolemia akibat dehidrasi dan kekurangan volume cairan. Hal ini dapat menyebabkan keadaan lebih serius seperti penurunan kesadaran.
- 4) Perforasi usus, kondisi dimana terbentuk suatu lubang usus yang menyebabkan kebocoran isi usus ke dalam rongga perut yang dapat menyebabkan peritonitis.
- 5) Nekrosis usus, kematian jaringan pada usus.
- 6) Abses, kondisi dimana terdapat nanah di daerah anus yang disebabkan oleh bakteri atau kelenjar yang tersumbat.
- 7) Sindrom usus pendek dengan malabsorpsi dan malnutrisi, suatu keadaan dimana tubuh sudah tidak bisa menyerap nutrisi karena pembedahan.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Secara umum pemeriksaan laboratorium ileus obstruktif tidak memiliki ciri-ciri yang khusus. Namun, pada urinalisa dapat menunjukkan peningkatan berat jenis dan ketonuria yang menunjukkan dehidrasi dan asidosis metabolik (Wahyudi *et al.*, 2020). Untuk menegakkan diagnosa, dilakukan foto abdomen 3 posisi. Tujuan dilakukan pemeriksaan ini untuk menunjukkan hasil sebagai berikut:

- a. Ileus obstruksi letak tinggi
 - 1) Dilatasi proximal sumbatan (sumbatan paling distal di ileocecal junction) dan kolaps usus di bagian distal sumbatan.
 - 2) Coil spring appearance.
 - 3) Herring bone Herring bone appearance.
 - 4) Air fluid level yang pendek-pendek dan banyak (stepladder sign).
- b. Ileus obstruksi letak rendah

Gambaran penebalan dan distensi usus besar tampak pada tepi abdomen. Pada pemeriksaan USG, didapatkan gambaran pada pemeriksaan simultan berupa bagian usus yang mengalami distensi usus serta kolaps, cairan peritoneal bebas, tampak isi dari usus,

gangguan gerakan peristaltik, cairan pada lumen usus, edema dinding usus antara serosa dan mukosa, tampak gambaran massa tanpa peristaltik, terisi cairan dan usus yang berdilatasi (Wahyudi *et al.*, 2020).

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Taroh & Diva Nugrahaning Prayoga, (2023), penatalaksanaan ileus obstruksi dilakukan untuk mengatasi ketidakseimbangan cairan, mengatasi muntah dengan dekompresi pada bagian yang mengalami obstruksi untuk mencegah perforasi, memperbaiki peristaltik usus, konstipasi, sembelit, diare, dan kram perut. Selain itu, terdapat beberapa tindakan medis seperti :

a. Farmakologis

- 1) Pemberian obat antibiotik untuk menghambat infeksi pada usus akibat obstruksi.
- 2) Pemberian antiemetik untuk mengurangi gejala mual dan muntah.

b. Non Farmakologis

Tindakan pembedahan diperlukan untuk mengatasi penyumbatan, salah satu contoh dengan melakukan operasi laparotomi yaitu prosedur tindakan medis dengan melakukan penyayatan pada area abdomen untuk mendapatkan bagian organ yang mengalami masalah. Tindakan ini dilakukan pada pasien yang mengalami trauma pada abdomen, nyeri abdomen akut atau kronik, pendarahan gastrointestinal, dan kondisi yang membutuhkan pembedahan darurat seperti ileus obstruksi. Setelah operasi, pasien akan mengalami nyeri pada area bekas pembedahan laparotomi.

2.2 Konsep dasar Nyeri

2.2.1 Definisi

Nyeri adalah sensasi dan emosi yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik nyata ataupun potensial. Nyeri bukan hanya berupa respon fisik, tetapi melibatkan aspek fisiologis dan psikologis (Rahayu, 2020). International Association for the Study of Pain (IASP)

menyatakan bahwa nyeri juga melibatkan komponen emosional yang dapat memengaruhi kualitas hidup seseorang. Nyeri muncul akibat respons terhadap stimulus berbahaya, seperti suhu ekstrem atau cedera fisik. Dalam konteks klinis, nyeri menjadi alasan utama pasien untuk mendapatkan perawatan medis, sehingga pengelolaan nyeri yang efektif sangat penting untuk meningkatkan kesejahteraan pasien dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

2.2.2 Etiologi

Terdapat berbagai macam faktor penyebab nyeri. Sebagai contoh, nyeri terbakar terjadi akibat tersiram air panas, nyeri juga dapat muncul akibat tertusuk benda tajam. Nyeri dikategorikan menjadi dua yaitu nyeri fisik dan psikis. Nyeri fisik disebabkan oleh trauma mekanik, kimiawi, atau termal sedangkan nyeri psikis disebabkan oleh faktor psikologis seperti trauma yang berdampak terhadap tubuh (Nurhanifah & Sari, 2022). Pada nyeri akut, terdapat tiga hal yang menjadi penyebab utama antara lain :

1. Agen pencedera kimiawi yaitu seperti inflamasi, neoplasma, iskemia.
2. Agen pencedera kimiawi yaitu seperti terbakar, bahan kimia iritan.
3. Agen pencedera fisik yaitu seperti abses, terpotong, mengangkat barang berat, amputasi, prosedur operasi, dan trauma.

2.2.3 Klasifikasi

Berdasarkan penelitian oleh Nurhanifah & Sari (2022), nyeri terbagi menjadi dua jenis antara lain :

1. Nyeri Akut

Nyeri akut disebabkan oleh kerusakan jaringan yang terjadi secara tiba-tiba atau secara bertahap. Tingkat keparahan nyeri akut yaitu ringan hingga berat. Intensitas nyeri akut terjadi dalam waktu kurang dari 6 bulan.

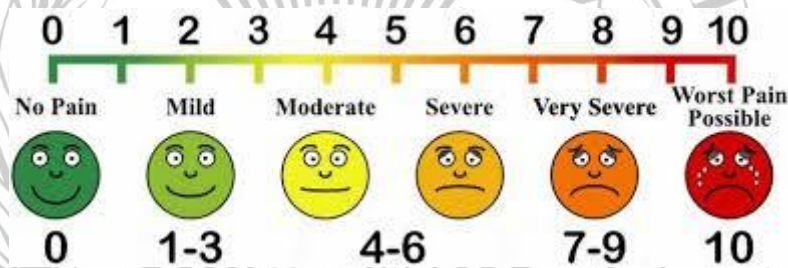
2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis disebabkan oleh kerusakan jaringan atau gangguan fungsi saraf yang dapat berdampak pada kualitas hidup baik secara

fisik ataupun psikologis. Nyeri kronis dapat berlangsung dalam kurun waktu lebih dari 6 bulan.

2.2.4 Skala Nyeri

Pada penelitian ini menggunakan *Face Pain Rating Scale* (FPRS) yaitu alat ukur nyeri berbasis ekspresi wajah yang dirancang untuk mengukur intensitas nyeri pada pasien terutama anak-anak. Skala nyeri yang ditampilkan pada alat ini berupa gambar wajah, seperti tersenyum (tidak ada nyeri) hingga menangis (nyeri yang sangat berat). FPRS mempermudah pasien dalam memilih gambar wajah paling sesuai dengan rasa nyeri yang dialami tanpa harus menggunakan kata-kata atau angka. FPRS direkomendasikan untuk penggunaan pasien usia 3 tahun ke atas karena telah terbukti efektif menilai nyeri pada berbagai populasi, seperti anak-anak dan orang dengan keterbatasan komunikasi (Pinzon, 2016).



Gambar 2.1 *Face Pain Rating Scale*

2.2.5 Dampak Nyeri

Nyeri pasca operasi pada anak dapat memberikan dampak yang signifikan terhadap aspek bio-psikologis. Nyeri yang dialami dapat berpengaruh pada kondisi fisik, kesehatan mental, dan emosional anak. Setelah menjalani operasi, anak-anak sering mengalami rasa nyeri yang cukup parah. Sebuah studi menunjukkan bahwa hampir 50% pasien pasca operasi mengalami nyeri, yang berpotensi berkembang menjadi nyeri kronis jika tidak ditangani dengan tepat (Salsabiila *et al.*, 2024). Nyeri ini dapat mengganggu aktivitas anak, menghambat kemampuan berinteraksi dengan lingkungan sosial, dan perubahan perilaku. Misalnya, nyeri hebat dapat membuat anak menjadi lebih rewel dan

menarik diri dari interaksi sosial sehingga menunjukkan dampak psikologis yang signifikan (Ramdhanie *et al.*, 2024).

Secara umum, kecemasan merupakan salah satu respon psikologis yang terjadi pada anak-anak pasca operasi. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa tingkat kecemasan dapat meningkat seiring dengan intensitas nyeri yang dirasakan. Dalam konteks ini, anak-anak sering kali merasa takut terhadap rasa nyeri atau khawatir terhadap proses pemulihan. Hal ini dapat memperburuk persepsi mereka terhadap nyeri dan memperlambat proses penyembuhan (Hidayah *et al.*, 2023). Dalam konteks ini, penting menerapkan pendekatan manajemen nyeri yang holistik, termasuk intervensi non-farmakologis seperti *art therapy* dan teknik distraksi.

2.3 Konsep Relaksasi Genggam Jari

2.3.1 Pengertian

Teknik relaksasi genggam jari merupakan bagian dari teknik Jin Shin Jyutsu yaitu akupresur dari Jepang yang dikembangkan oleh Jiro Murai. Teknik genggam jari atau yang biasa dikenal dengan *finger hold* merupakan teknik relaksasi sederhana dengan memanfaatkan tangan dan pernafasan untuk menyeimbangkan energi yang ada di dalam tubuh. Tangan khususnya jari dan telapak tangan merupakan alat bantuan sederhana tetapi efektif untuk membantu menyelaraskan dan menyeimbangkan tubuh. Salah satu cara untuk mengurangi rasa nyeri adalah dengan melakukan teknik relaksasi genggam jari. Proses teknik genggam jari dilakukan dengan menggenggam jari sambil mengatur napas (relaksasi) selama kurang lebih 3-5 menit. Hal tersebut dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosional, karena proses genggam jari mampu menghangatkan titik-titik sebagai jalur keluar dan masuk energi meridian (energi channel) yang terletak pada jari tangan sehingga akan memberikan rangsangan spontan. Rangsangan ini mengalirkan gelombang listrik menuju otak dan diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Arofah *et al.*, 2024).

2.3.2 Indikator dan Persyaratan Relaksasi Genggam Jari

Terapi relaksasi genggam jari dapat dilakukan pada Pasien dengan indikator nyeri sebagai berikut :

- Nyeri skala ringan-sedang

Terapi relaksasi genggam jari dapat dilakukan pada pasien dengan keluhan nyeri skala ringan hingga sedang yaitu skala 1-6, seperti pada pasien post operasi laparotomi atau appendectomy (Larasati & Hidayati, 2022).

- Nyeri akut atau kronis yang dapat dikontrol

Terapi relaksasi genggam jari juga dapat diterapkan pada jenis nyeri yang bukan kondisi kegawatdaruratan, misalnya nyeri muskuloskeletal, nyeri akibat stres emosional, dan beberapa kasus sakit kepala (Istiqomah, 2025).

Beberapa persyaratan dilakukannya terapi relaksasi genggam jari adalah sebagai berikut (Lestari, 2022):

- Pasien dalam keadaan sadar dan kooperatif

Selama terapi pasien harus dalam keadaan sadar dan kooperatif sehingga pasien dapat memahami instruksi dengan baik.

- Tidak terdapat luka/cidera serius di area tangan

Adanya luka pada tangan pasien dapat mengganggu proses pelaksanaan terapi relaksasi genggam jari.

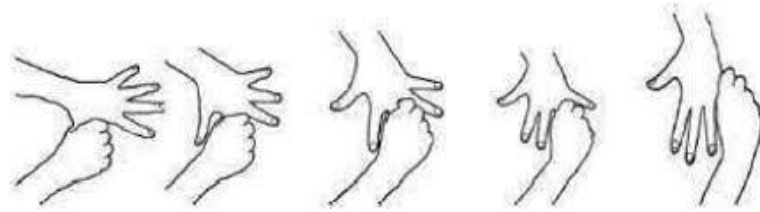
- Lingkungan yang tenang dan nyaman

Hal ini bertujuan untuk mendukung proses terapi agar pasien dapat menjadi lebih rileks.

- Skala nyeri yang telah diidentifikasi

Sebelum terapi skala nyeri harus ditentukan dikarenakan terapi relaksasi genggam jari hanya bisa dilakukan pada pasien dengan skala nyeri ringan hingga sedang, dan juga skala nyeri ini bertujuan untuk menjadi tolak ukur keberhasilan dari terapi.

2.3.3 Mekanisme Relaksasi Genggam Jari



Gambar 2.2 Terapi Relaksasi Genggam Jari

Mekanisme relaksasi genggam jari dimulai dengan menggenggam ibu jari selama 3-5 menit secara lembut hingga terasa denyut nadi pada jari yang digenggam atau cukup untuk memberi rangsangan ringan pada jari. Selama proses menggenggam atur pernapasan secara teratur dan dalam. Selain itu, dianjurkan untuk memejamkan mata dan fokus kepada proses pernapasan yang perlahan dan dalam. Setelah ibu jari, lanjutkan ke jari telunjuk, tengah, manis, hingga kelingking. Apabila semua jari pada satu tangan selesai dilakukan terapi, dapat berganti ke tangan satunya (Siregar, 2024).

Secara umum teknik relaksasi genggam jari dilakukan secara berurutan mulai dari ibu jari hingga kelingking. Urutan tersebut tidak sembarangan, melainkan ada dasar fisiologis, psikologis, dan energi berdasarkan konsep akupresur Jepang (Jin Shin Jyutsu). Setiap jari dipercaya menjadi “pintu keluar-masuk” energi melalui jalur meridian. Tujuan urutan dari ibu jari ke kelingking untuk mengaktifkan dan melancarkan energi tubuh secara teratur, sehingga efek relaksasi, penurunan ketegangan fisik atau emosional dapat berefek lebih maksimal (Hayat & Ariyanti, 2020). Selain itu, ibu jari memiliki sambungan otot dan saraf yang paling independen dan kuat dibandingkan jari yang lain. Sehingga aktivasi relaksasi dimulai dari pusat yang mampu menyalurkan ketenangan ke jari berikutnya secara bertahap hingga kelingking (Xu et al., 2024).

Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor ke sistem saraf pusat. Impuls ini menghambat transmisi sinyal nyeri melalui mekanisme gerbang nyeri

(gate control theory) di sumsum tulang belakang, sehingga rasa nyeri menurun (Wati & Ernawati, 2020). Relaksasi genggam jari ini dapat menghambat atau mengurangi persepsi nyeri di korteks serebri melalui counter stimulation, sehingga rasa nyeri yang dirasakan menjadi lebih ringan (Dani & Babu, 2025). Selain itu, relaksasi genggam jari dapat membantu mengendalikan emosi sehingga tubuh menjadi lebih rileks (Hartini & Tridiyawati, 2024). Keadaan relaksasi atau rileks yang tercipta dari relaksasi genggam jari ini memicu pelepasan endofrin, yaitu analgesic alami dari tubuh yang menurunkan persepsi nyeri dan memberikan rasa nyaman dan damai (Prayogi et al., 2022).

Saat terjadi nyeri akibat luka bedah, mediator nyeri merangsang serabut eferen mengantarkan impuls ke substansi gelatinosa (pintu gerbang) di medula spinalis, kemudian melewati thalamus, dan sampai ke korteks serebri untuk diinterpretasikan sebagai nyeri. Namun, relaksasi genggam jari dapat mengganggu jalur pengiriman mediator nyeri melalui stimulasi non-nosiseptor sehingga stimulus nyeri terhambat dan berkurang (Hartini & Tridiyawati, 2024).

2.3.4 Tahap Relaksasi Genggam Jari

Pasien yang akan melakukan relaksasi genggam jari harus dalam keadaan yang sadar dan kooperatif saat dilakukan tindakan, kemudian mengobservasi tanda-tanda vital dan mengidentifikasi nyeri pasien. Berikut langkah-langkah melakukan teknik relaksasi genggam jari :

- 1) Tahap orientasi
 1. Meminta persetujuan pasien.
 2. Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman.
 3. Siapkan lingkungan yang tenang.
 4. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan.
 5. Jelaskan manfaat dari teknik relaksasi genggam jari.
- 2) Tahap Pra-Kerja
 1. Cuci tangan dan observasi tanda-tanda vital pasien
 2. Kaji skala nyeri pasien dan dokumentasikan hasil.

3) Tahap Kerja

1. Posisikan pasien berbaring pada tempat tidur dengan nyaman dan minta pasien untuk bersikap tenang.
2. Relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari dengan tekanan lembut, genggam jari hingga nadi pasien terasa berdenyut.
3. Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata.
4. Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut.
5. Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur.
6. Genggam ibu jari selama 3-5 menit dengan tambahan nafas dalam secara teratur kemudian seterusnya satu persatu beralih ke jari berikutnya dengan rentang waktu yang sama.
7. Setelah kurang lebih 15-25 menit, alihkan tindakan untuk tangan yang lain.

4) Tahap Terminasi

1. Setelah selesai, menanyakan kembali bagaimana intensitas nyeri yang dirasakan pasien.
2. Dokumentasikan respon pasien.

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Ileus Obstruktif

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien

Pada biodata diperoleh data tentang nama, umur, jenis kelamin, tempat tinggal lahir, nama ayah dan ibu, pekerjaan orang tua, pendidikan orang tua, diagnosa medis, tanggal masuk rumah sakit dan tanggal pengkajian.

2. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama.

Pasien datang dengan keluhan yang tiba-tiba atau gejala yang timbul akibat proses penyakit ileus obstruktif.

2) Riwayat kesehatan sekarang.

Riwayat kesehatan yang mencakup tentang nyeri abdomen pada kuadran kanan bawah, demam, malaise, mual, muntah, tidak nafsu makan dan terjadi konstipasi.

3. Riwayat kesehatan masa lalu

1) Riwayat kehamilan dan persalinan

Prenatal, berapa usia kandungan pasien, apakah terdapat keluhan selama masa kehamilan, berapa kali mendapatkan suntikan TT dan ANC. Intranatal, melahirkan dengan normal atau operasi, siapa yang menolong persalinan, berapa usia kehamilan saat melahirkan. Postnatal, Berat Badan Lahir (BBL) dan Panjang Badan Lahir (PBL) serta apgar skor pasien saat lahir, berapa banyak perdarahan saat persalinan.

2) Riwayat penyakit yang diderita

Kaji apakah pasien pernah menderita masalah medis lain yang menyebabkan ileus obstruksi seperti apendiksitis atau penyakit sistem pencernaan lainnya. Selain itu kaji apakah pasien pernah mengidap infeksi virus dan buat catatan obat-obatan yang pernah dikonsumsi pasien.

3) Tindakan pembedahan (Hospitalisasi)

Kaji apakah pasien pernah dilakukan tindakan pembedahan.

4) Alergi

Kaji apakah pasien mempunyai riwayat alergi obat atau makanan.

5) Kecelakaan

Kaji apakah sebelumnya pasien pernah mengalami kecelakaan sehingga harus dirawat di rumah sakit.

6) Imunisasi

Kaji kelengkapan imunisasi contoh apakah hepatitis B diberikan 4 kali, saat 12 jam setelah lahir, umur 1 dan 3-6 bulan dengan jeda waktu pemberian 4 minggu. Apakah imunisasi polio diberikan 4 kali pada saat kunjungan pertama. Untuk bayi baru

lahir diberikan pada saat bayi akan pulang agar menghindari transmisi virus kepada bayi lain. Polio diberikan 4 kali dengan selang waktu pemberian 4 minggu. Apakah imunisasi BCG diberikan. Apakah imunisasi Difteri Pertusis Tetanus (DPT) diberikan sebanyak 4 kali yaitu umur lebih dari 6 minggu dan diberikan kembali pada umur 18 bulan, 5 tahun, dan 12 tahun. Apakah imunisasi campak pemberian pada saat bayi berusia 9-10 bulan.

7) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji anggota keluarga yang pernah menderita penyakit menular sebagai faktor pencetus dari penyakit yang diderita pasien saat ini atau penyakit keturunan yang berhubungan dengan penyakit yang diderita pasien saat ini.

8) Riwayat sosial

Kaji siapa yang merawat pasien, hubungan dengan anggota keluarga, hubungan dengan teman sebaya, dan lingkungan rumah.

9) Riwayat pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a. Makanan/cairan

Mual, muntah, tidak nafsu makan dan merasa haus terus menerus.

b. Pola eliminasi

Distensi abdomen, ketidakmampuan flatus, konstipasi.

c. Pola istirahat tidur

Ditemukan adanya gangguan pola istirahat dikarenakan adanya nyeri pada luka post operasi.

d. Aktivitas bermain

Aktivitas pasien terbatas karena adanya nyeri akibat luka post operasi.

e. Kebersihan diri

Dibantu dalam pemenuhan karena post operasi.

10) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

a) Penampilan umum : Pasien tampak lemah..

b) Tingkat kesadaran : Composmentis.

c) Tanda-tanda Vital

- Tekanan darah: Normal (sistolik 80-115, diastolik 50-75)

- Nadi : Menurun < 60-100 x/ menit

- Respirasi : Meningkatkan (20-30 x/ menit)

- Suhu : Meningkatkan (>37,5°C)

d) Berat badan $2 \times (\text{usia}) + 8$: Sekitar 19 kg, panjang badan $2 \times$ panjang lahir, sekitar 48 cm.

b. Kepala

Dikaji mengenai bentuk kepala, warna rambut, distribusi rambut, adanya lesi atau tidak, kebersihan kulit kepala, apakah ada benjolan atau tidak.

c. Mata

Kaji konjungtiva, sklera, kelopak mata ada ptosis atau tidak. Pada umumnya, pasien dengan ileus obstruktif tidak ditemukan masalah pada mata.

d. Hidung

Kaji apakah terdapat polip, nyeri tekan, periksa kebersihan hidung, apakah ada pernafasan cuping hidung, bagaimana fungsi penciuman.

e. Mulut

Kaji warna bibir, mukosa bibir lembab atau tidak, distribusi gigi.

f. Telinga

Dikaji mengenai bentuknya simetris atau tidak, kebersihan dan tes fungsi pendengaran.

g. Thorax

a) Paru – paru :

Inspeksi kaji bentuk dada, penggunaan otot bantu nafas. Palpasi tidak ada nyeri tekan. Perkusi terdengar suara sonor. Auskultasi suara nafas vesikuler.

b) Jantung

Inspeksi tidak ada pembesaran pada dada sebelah kiri. Perkusi suara jantung terdengar redup. Auskultasi nada S1 S2 dan lub dup.

h. Abdomen

a) Inspeksi bentuk abdomen, terdapat lesi, distensi.

b) Palpasi splenomegali, distensi, hepatomegali, nyeri tekan, nyeri lepas, turgor kulit elastis.

c) Perkusi suara abdomen timpani.

d) Auskultasi bising usus 6-8 kali/menit.

i. Ekstremitas

didapatkan data pergerakan sendi terbatas karena terpasang infus, terdapat luka operasi, pengisian ulang kapiler kurang dari 3 detik.

j. Genetalia dan anus

Kaji kelengkapan genetalia (laki laki: penis, skrotum, perempuan: labia minora, labia mayora, klitoris), fungsi buang air besar dan buang air kecil, kebersihan, terpasang kateter.

k. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan sinar X: akan menunjukkan kuantitas abnormal dari gas dan cairan dalam usus.

b) Hb dan PCV: meningkat akibat dehidrasi.

c) Leukosit: normal atau sedikit meningkat.

d) Ureum dan elektrolit: ureum meningkat, Na^+ dan Cl^- rendah.

- e) Rontgen toraks: diafragma meninggi akibat distensi abdomen.
- f) Rontgen abdomen dalam posisi telentang: mencari penyebab (batu empedu, volvulus, hernia).
- g) Sigmoidoskopi: menunjukkan tempat obstruktif.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan SDKI

Diagnosis keperawatan merupakan hasil penilaian klinis terhadap respons klien tentang masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialami. Pada pasien post operasi, diagnosis keperawatan yang muncul meliputi :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

- a. Tanda dan gejala :

Data Subjektif : Mengeluh nyeri

Data Objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (misal: waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

- b. Penyebab (etiologi) :

Penyebab masalah nyeri akut adalah:

- 1) Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma).
- 2) Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan).
- 3) Agen pencedera fisik (misal: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

2. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive.

Faktor risiko untuk masalah risiko infeksi adalah:

- 1) Penyakit kronis (misal: diabetes melitus).

- 2) Efek prosedur invasive.
- 3) Malnutrisi.
- 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh).
- 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobi, immunosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat).

2.4.3 Rencana keperawatan

Perencanaan keperawatan yang digunakan untuk memenuhi asuhan keperawatan kepada klien berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) PPNI tahun 2018 dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) PPNI tahun 2019, sebagai berikut (PPNI, 2018; PPNI, 2019):

- a. Diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi).

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat nyeri menurun.

Kriteria Hasil: Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, pola tidur membaik.

Intervensi: Manajemen Nyeri.

- 1) Observasi
 - a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
 - b. Identifikasi skala nyeri.
 - c. Identifikasi respon nyeri non verbal.
 - d. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

2) Terapeutik

- a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Beberapa macam teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri pada anak antara lain :

- Teknik relaksasi genggam jari

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dani & Babu (2025) didapatkan hasil penurunan tingkat nyeri pasca operasi yang signifikan pada anak-anak yang menjalani operasi perut. Hal ini menunjukkan bahwa terapi relaksasi genggam jari dapat dilakukan pada anak dengan keluhan nyeri post operasi. Selain itu, terapi relaksasi genggam jari mudah dilakukan kapan saja dan dimana saja tanpa memerlukan alat bantu lain.

- Terapi kompres air dingin

Secara umum, terapi kompres air dingin efektif menurunkan nyeri pada anak dengan skala ringan yaitu 1 sampai 3. Terapi kompres dingin dapat menimbulkan efek anestesi lokal pada luka tusuk akibat pemasangan infus (Kurdaningsih et al., 2021).

- Terapi musik

Mekanisme terapi musik dilakukan dengan mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri melalui sistem saraf. Secara umum terapi musik belum dianjurkan sebagai terapi tunggal untuk nyeri berat, tetapi efektif sebagai terapi pendukung nonfarmakologi dalam manajemen nyeri di berbagai kondisi klinis (Selviano & Suparti, 2025).

Oleh karena itu, berdasarkan kasus pada penelitian ini membuktikan bahwa teknik relaksasi genggam jari efektif dilakukan sebagai metode manajemen nyeri nonfarmakologis post operasi.

- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
 - c. Fasilitasi istirahat tidur.
- 3) Edukasi
- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
 - b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.
 - c. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
- b. Diagnosa 2: Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive.
- Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, klien menunjukkan tingkat infeksi menurun.
- Kriteria Hasil: Nyeri menurun, kemerahan menurun, demam menurun, nafsu makan meningkat, kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat.
- Intervensi: Pencegahan infeksi
- 1) Observasi
 - a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal.
 - 2) Terapeutik
 - a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
 - 3) Edukasi
 - a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
 - b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
 - c. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi.
 - d. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi.
 - e. Kolaborasi.
 - a. Kolaborasi pemberian antibiotik.

2.4.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang bertujuan untuk mencapai hasil yang telah ditetapkan. Proses implementasi mencakup pengumpulan data secara berkelanjutan,

evaluasi data baru, serta pengamatan terhadap respon klien sebelum dan sesudah tindakan.

1. Manajemen Nyeri (I.08238)

- Observasi :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b. Identifikasi skala nyeri.
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal.
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
- f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
- g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.
- i. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

- Terapeutik :

- a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (misal: Terapi relaksasi genggam jari).
- b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur.
- d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

- Edukasi :

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- d. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat.
- e. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri.

- Kolaborasi :

- a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

2. Pencegahan Infeksi (I.14539)

- Observasi :
 - a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.
- Terapeutik :
 - a. Batasi jumlah pengunjung.
 - b. Berikan perawatan kulit pada area edema.
 - c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
 - d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi.
- Edukasi :
 - a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
 - b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
 - c. Ajarkan etika batuk.
 - d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.
 - e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
 - f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.
- Kolaborasi :
 - a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

2.4.5 Evaluasi

Hasil yang diharapkan dari intervensi keperawatan sesuai dengan kasus yang dikelola dan prioritas penanganan adalah penurunan atau hilangnya rasa nyeri serta tidak ditemukan risiko infeksi atau tingkat infeksi menurun.

1. Nyeri Akut

Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa tingkat nyeri menurun adalah:

- 1) Keluhan nyeri menurun.
- 2) Meringis menurun.
- 3) Sikap protektif menurun.
- 4) Gelisah menurun.
- 5) Kesulitan tidur menurun.
- 6) Frekuensi nadi membaik.

2. Risiko Infeksi

Kriteria hasil untuk membuktikan bahwa tingkat infeksi menurun adalah:

- 1) Demam menurun.
- 2) Kemerahan menurun.
- 3) Nyeri menurun.
- 4) Bengkak menurun.
- 5) Kadar sel darah putih membaik.

