

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI T DENGAN DIAGNOSA MEDIS
NEONATUS ATERM + BBLR + ILEUS OBSTRUKTIF +
OMPHALOCELE + ASD SEKUNDUM PDA SEDANG
DI RUANG NICU RUMAH SAKIT PREMIER
SURABAYA**



Oleh:

HERDA MENTARY SITORUS, S.Kep
NIM. 1930035

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2020

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BAYI T DENGAN DIAGNOSA MEDIS
NEONATUS ATERM + BBLR + ILEUS OBSTRUKTIF +
OMPHALOCELE + ASD SEKUNDUM PDA SEDANG
DI RUANG NICU RUMAH SAKIT PREMIER
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners**



Oleh:

HERDA MENTARY SITORUS, S.Kep
NIM. 1930035

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA**

2020

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan yang berlaku di STIKes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 09 September 2020

Penulis,



Herda Mentary Sitorus, S.Kep
NIM. 1930035

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Herda Mentary Sitorus, S.Kep
NIM : 193.0035
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan pada Bayi T dengan Diagnosa Medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang di Ruang NICU Rumah Sakit Premier Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, 09 September 2020

Pembimbing



Qori'ila Saidah, M.Kep., Sp.Kep.Anak
NIP. 03026

Mengetahui,

**KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA**



Nuh Huda, M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB
NIP.03.020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

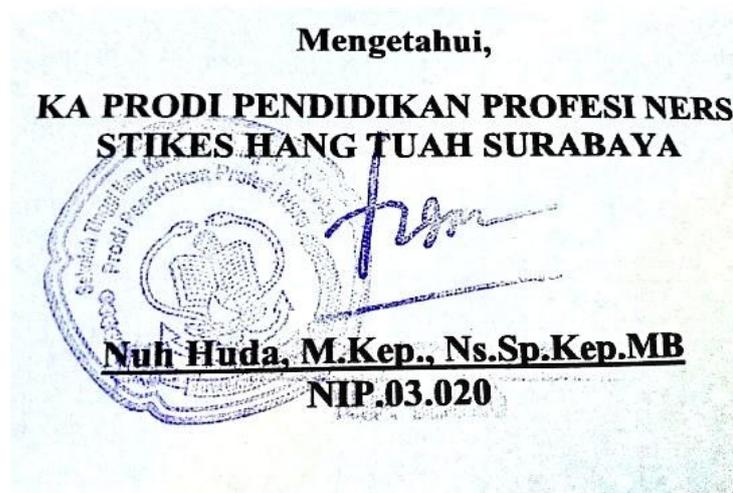
Nama : Herda Mentary Sitorus, S.Kep
 NIM : 1930035
 Program Studi : Profesi - Ners
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Bayi T dengan Diagnosa Medis
 Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif +
 Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang di Ruang
 NICU Rumah Sakit Premier Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di STIKes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “PROFESI NERS” pada prodi Pendidikan Profesi Ners STIKes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep
 NIP. 03023



Penguji II : Oori' Ila Saidah, M.Kep.,Ns., Sp.Kep.,Anak
 NIP. 03026

Ditetapkan di : STIKes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 09 September 2020

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas limpahan karunia dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Bayi T dengan Diagnosa Medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang di Ruang NICU Rumah Sakit Premier Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

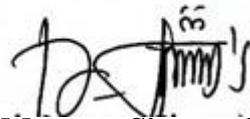
Karya ilmiah akhir ini diselesaikan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literature serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, peneliti menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literature, sehingga skripsi ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya masih jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti untuk menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat, dan penghargaan kepada:

1. Ibu Wiwiek Liestyningrum, M.Kep. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang telah diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa Profesi Ners.
2. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Pendidikan Profesi Ners.

3. Ns. Nuh Huda., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
4. Ibu Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji yang telah memberikan saran, masukan, dan kritik dalam penyusunan karya ilmiah akhir.
5. Ibu Qori' Ila Saidah, M.Kep., Ns., Sp. Kep.,Anak selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, saran, masukan, dan kritik dalam penyusunan karya ilmiah akhir.
6. Seluruh staf dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan.
7. Bapak Lamhot Sitorus dan Ibu Heppi Pasaribu sebagai orang tua yang telah memberikan dukungan berupa doa, semangat dan finansial dalam penyusunan karya ilmiah akhir.
8. Prisca Sitorus., Amd. Keb dan Binsar Sitorus sebagai saudara kandung yang telah memberikan dukungan berupa doa, semangat, waktu dan tenaga dalam penyusunan karua ilmiah akhir.
9. Rekan-rekan A-10 Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surabaya yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan proposal.

Surabaya, 09 September 2020
Penulis



(Herda Mentary Sitorus, S.Kep)
NIM 193.0035

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
DAFTAR SINGKATAN.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	4
1.4.1 Secara Teoritis.....	5
1.4.2 Secara Praktis.....	5
1.5 Metode Penulisan.....	6
1.5.1 Metode.....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data.....	7
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Masa Gestasi atau Kehamilan.....	9
2.2 Berat Bayi Lahir Rendah.....	10
2.3 Konsep Ileus Obstruktif.....	10
2.3.1 Definisi Ileus Obstruktif.....	10
2.3.2 Klasifikasi Ileus Obstruktif.....	11
2.3.3 Etiologi Ileus Obstruktif.....	12
2.3.4 Patofisiologi Ileus Obstruktif.....	15
2.3.5 Web Of Caution Ileus Obstruktif.....	17
2.3.6 Manifestasi Klinis Ileus Obstruktif.....	18
2.3.7 Pemeriksaan Penunjang Ileus Obstruktif.....	19
2.3.8 Penatalaksanaan Ileus Obstruktif.....	23
2.3.9 Komplikasi Ileus Obstruktif.....	25
2.3.10 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ileus Obstruktif.....	26
2.4 Omphalocele.....	35
2.5 Penyakit Jantung Bawaan.....	36
2.5.1 Atrial Septum Defect (ASD).....	37
2.5.2 Patent Defect Arteriosus (PDA).....	37

BAB 3	TINJAUAN KASUS.....	39
3.1	Pengkajian.....	39
3.1.1	Identitas.....	39
3.1.2	Keluhan Utama.....	40
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	40
3.1.4	Riwayat Kehamilan dan Persalinan.....	41
3.1.5	Riwayat Masa Lampau.....	42
3.1.6	Pengkajian Keluarga.....	43
3.1.7	Riwayat Sosial.....	43
3.1.8	Kebutuhan Dasar.....	44
3.1.9	Keadaan Umum (Penampilan Umum).....	45
3.1.10	Tanda-tanda Vital.....	45
3.1.11	Pemeriksaan Fisik.....	45
3.1.12	Pemeriksaan Penunjang.....	47
3.1.13	Terapi.....	48
3.2	Analisa Data.....	49
3.3	Prioritas Masalah.....	52
3.4	Intervensi Keperawatan.....	54
3.5	Implementasi dan Evaluasi.....	57
BAB 4	PEMBAHASAN.....	66
4.1	Pengkajian.....	66
4.1.1	Identitas.....	66
4.1.2	Keluhan Utama.....	67
4.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	68
4.1.4	Riwayat Kehamilan dan Persalinan.....	71
4.1.5	Riwayat Masa Lampau.....	73
4.1.6	Kebutuhan Dasar.....	74
4.1.7	Keadaan Umum (Penampilan Umum).....	77
4.1.8	Tanda-tanda Vital.....	78
4.1.9	Pemeriksaan Fisik.....	78
4.1.10	Pemeriksaan Penunjang.....	83
4.1.11	Terapi.....	84
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	85
4.3	Intervensi Keperawatan.....	89
4.4	Implementasi.....	92
4.5	Evaluasi.....	94
BAB 5	PENUTUP.....	97
5.1	Simpulan.....	97
5.2	Saran.....	99
	DAFTAR PUSTAKA.....	100

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Tabel analisa data pada bayi T.....	49
Tabel 3.2	Tabel prioritas diagnosa keperawatan pada bayi T.....	52
Tabel 3.3	Tabel intervensi keperawatan pada bayi T.....	54
Tabel 3.4	Tabel implementasi dan evaluasi keperawatan pada bayi T.....	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Klasifikasi ileus berdasarkan letak obstruksi.....	11
Gambar 2.2	Gambaran penyebab berbagai ileus obstruktif.....	14
Gambar 2.3	Foto polos abdomen posisi supine (dilatasi usus).....	21
Gambar 2.4	(a) Ileus obstruksi (b) Posisi setengah duduk denga gambaran <i>air fluid level</i> yang membentuk <i>step ladder pattern</i>	21
Gambar 2.5	Foto Thorax <i>Free Air Sickle</i>	21
Gambar 2.6	Letak ASD dan PDA.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	APGAR Score.....	105
Lampiran 2	Downess Score.....	106
Lampiran 3	Neonatal Infant Pain Score (NIPS).....	107
Lampiran 4	SOP Injeksi Intravena.....	108
Lampiran 5	SOP Nebulizer.....	109
Lampiran 6	SOP Suction.....	111
Lampiran 7	SOP Perawatan Luka.....	112

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gestasi merupakan periode konsepsi sampai dengan bayi dilahirkan. Keberhasilan dari konsepsi juga dapat ditentukan oleh faktor yang dimiliki ibu misalnya usia ibu. Usia ibu yang terlalu tua untuk hamil dapat berisiko terjadinya gangguan perkembangan janin beberapa diantaranya adalah BBLR, omphalocele, penyakit jantung bawaan (PJB) dan ileus obstruktif. Ileus obstruktif adalah suatu penyumbatan mekanis pada usus dimana merupakan penyumbatan yang sama sekali menutup atau mengganggu jalannya isi usus. Obstruksi usus merupakan gangguan peristaltik baik di usus halus maupun di kolon. Ileus terbagi dua yaitu ileus obstruksi dan ileus paralitik. Ileus obstruksi merupakan kegawatdaruratan abdomen dari seluruh kasus akut abdomen diluar appendisitis akut (Usman, 2014). Obstruksi usus dapat akut atau kronik, parsial atau total. Sedangkan komplikasi yang dapat terjadi akibat ileus obstruksi, yaitu syok hipovolemik, perforasi, peritonitis, sepsis dan kematian (Kurniawan et al., 2013).

Berdasarkan data dari World Health Organization tahun 2008, diperkirakan penyakit saluran cerna tergolong 10 besar penyakit penyebab kematian di dunia. Sekitar 20% pasien ke rumah sakit datang dengan keluhan akut abdomen oleh karena obstruksi pada saluran cerna, 80% obstruksi terjadi pada usus halus (Emedicine, 2009). Setiap tahunnya 1 dari 1000 penduduk dari segala usia didiagnosis ileus. Indonesia menempati urutan ke 107 dalam jumlah kematian yang disebabkan oleh penyakit saluran cerna didunia tahun 2004, yaitu 39,3 jiwa per 100.000 jiwa (WHO, 2008). Obstruksi usus sering ditemukan pada neonatus

yakni sekitar 1 dari 1500 kelahiran hidup. Di Indonesia jumlahnya tidak jauh berbeda dibandingkan dengan negara lain dan untuk seluruh dunia jumlahnya jauh melebihi 50.000 dalam setahun. Data dari rumah sakit di Cirebon tahun 2006 tercatat bahwa obstruksi usus merupakan peringkat ke 6 dari 10 penyebab kematian tertinggi pada anak usia 1 – 4 tahun dengan proporsi 3,34%, yakni sebanyak 3 kasus dari 88 kasus. Selain itu berdasarkan data dari Rumah Sakit Umum Daerah dr Pringadi Medan pada tahun 2007 – 2010 didapatkan kasus ileus obstruksi sebanyak 11,5% dari 111 kasus.

Pada bayi baru lahir, penyebab obstruksi usus adalah cacat lahir atau cacat bawaan, massa yang keras dari isi usus (ileus mekonium) atau usus yang berputar (volvulus). Obstruksi usus merupakan suatu keadaan darurat yang paling umum terjadi pada bayi baru lahir. Pada masa anak, biasanya yang menyebabkan obstruksi usus adalah intusussepsi dan hernia. Hambatan pasase usus dapat disebabkan oleh adanya obstruksi lumen usus atau oleh adanya gangguan peristaltik. Obstruksi intestinal atau disebut juga ileus obstruktif (obstruksi mekanik) dapat disebabkan oleh strangulasi, invaginasi atau adanya sumbatan dalam lumen usus. Obstruksi mekanik dapat disebabkan karena adanya lesi pada bagian dinding usus, di luar usus maupun di dalam lumen usus. Ada empat tanda kardinal obstruksi usus pada bayi baru lahir, yaitu riwayat polihidramnion, emesis empedu, kegagalan keluarnya mekonium pada hari pertama kehidupan, serta adanya distensi abdomen. Umumnya gejala pertama timbul karena penyulit yaitu gangguan faal usus berupa gangguan system saluran cerna, sumbatan usus, perdarahan atau akibat penyebaran tumor. Biasanya nyeri hilang timbul akibat adanya sumbatan usus dan diikuti muntah muntah dan perut menjadi

distensi/kembung. Bila ada perdarahan yang tersembunyi, biasanya gejala yang muncul anemia, hal ini sering terjadi pada tumor yang letaknya pada usus besar sebelah kanan (Dermawan, 2010).

Sebagian besar obstruksi justru mengenai usus halus. Obstruksi total usus halus merupakan kegawatan yang memerlukan diagnosa dini dan tindakan bedah darurat (Sjamsuhidajat & Jong, 2005). Obstruksi mekanik total yang tidak dapat ditolong dengan cara pemasangan tube lambung, puasa dan infus. Akan tetapi harus segera ditolong dengan operasi (laparotomi). Kolostomi pada ileus merupakan jenis pembedahan darurat abdomen yang paling sering dilakukan di Negara-negara barat (Indarti & Lumadi, 2017).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan neonatus dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Bayi T dengan diagnosa medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang di Ruang NICU Rumah Sakit Premier Surabaya?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Bayi T dengan diagnosa medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif +

Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang di Ruang NICU Rumah Sakit Premier Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan umum diatas, maka penulisan karya ilmiah akhir ini memiliki tujuan khusus sebagai berikut:

1. Mengkaji keadaan Bayi T dengan diagnosa medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang di Ruang NICU Rumah Sakit Premier Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Bayi T dengan diagnosa medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang di Ruang NICU Rumah Sakit Premier Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada Bayi T dengan diagnosa medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang di Ruang NICU Rumah Sakit Premier Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada Bayi T dengan diagnosa medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang di Ruang NICU Rumah Sakit Premier Surabaya.
5. Mengevaluasi kondisi pada Bayi T dengan diagnosa medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang di Ruang NICU Rumah Sakit Premier Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat sebagai berikut:

1.4.1 Secara Teoriris

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian Ileus Obstruktif dan mortalitas pada pasien dengan BBLR + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang + Ileus Obstruktif.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang dilakukan secara optimal.

2. Bagi institusi pendidikan

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang.

3. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang.

4. Bagi profesi keperawatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien

dengan diagnosa medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang.

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Penulisan karya ilmiah akhir ini menggunakan metode deskriptif, yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penulisan karya ilmiah akhir ini adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan keluarga pasien maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan baik secara langsung maupun tidak langsung melalui kondisi aktual pasien maupun rekam medis pasien.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang penegakan diagnosa medis dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

Sumber data yang digunakan untuk memperoleh keterangan tentang kondisi pasien dalam penulisan karya ilmiah akhir ini adalah sebagai berikut :

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien. Namun pada penelitian ini pasien tidak memungkinkan untuk dilakukan pengambilan data primer karena pasien masih neonatus.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan, dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber, jurnal penelitian dan artikel ilmiah yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya ilmiah akhir ini secara keseluruhan akan dibagi menjadi tiga bagian, sebagai berikut:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, abstrak penelitian, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan lampiran.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut:

- BAB 1: Pendahuluan, berisi latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.
- BAB 2: Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Neonatus Aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD Sekundum PDA Sedang.
- BAB 3: Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa medis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
- BAB 4: Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan dan memberi penjelasan berupa opini.
- BAB 5: Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian Akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Masa Gestasi (Kehamilan)

Gestasi adalah periode hasil konsepsi (pembuahan) yang berada di dalam rahim. Proses konsepsi dimulai ketika muncul hormone HCG (Hormone Chorionic Gonadotropin) yang fungsinya untuk memberikan nutrisi kepada sel telur yang sudah dibuahi, hormone chorionic gonadotropin (HCG) adalah hormone yang diproduksi pada masa kehamilan oleh sel-sel pembentuk plasenta, ini dapat dideteksi melalui tes urine pada masa hari-12 dan hari-14 setelah konsepsi atau pembuahan. Namun kadar HCG (Hormone Chorionic Gonadotropin) terus meningkat setiap 72 jam dan mencapai puncaknya pada 8 hingga \pm 11 minggu kehamilan (Herniwati, 2015).

Usia kehamilan (*Gestational Age, Menstrual Age*) didefinisikan sebagai lamanya kehamilan dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT, *LMP-Last Menstrual Period*) sampai saat pemeriksaan ibu hamil. Biasanya, usia kehamilan diekspresikan dalam hitungan minggu dan hari (Krisnadi, 2009).

Menurut Bobak (1996, dalam Handaningrum et al., 2014), berdasarkan usia kehamilannya, periode gestasi dibagi menjadi empat golongan sebagai berikut:

1. *Preterm* atau premature
Kelahiran sebelum usia gestasi 37 minggu, dengan mengabaikan berat badan.
2. *Term (aterm)*
Kelahiran antara awal minggu ke-38 dan akhir gestasi 42 minggu.
3. *Pascaterm (postdate)*
Kelahiran setelah 42 minggu usia gestasi.

4. *Pascamatur*

Kelahiran setelah 42 minggu gestasi, setelah mengalami efek insufisiensi plasenta yang progresif.

2.2 Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Berat Bayi Lahir Rendah atau BBLR merupakan bayi yang baru dilahirkan dengan berat sebesar < 2.500 gram. Anemia, status gizi ibu hamil, dan peningkatan berat badan selama kehamilan, usia yang dimiliki ibu ketika mengandung bayi adalah beberapa faktor terjadinya BBLR. Berat lahir yang rendah pada bayi dapat menyebabkan masalah kesehatan pada bayi seperti adanya infeksi, gangguan pada sistem pernafasan, gangguan pada saraf pusat, gangguan fungsi kardiovaskuler, gangguan sistem gastrointestinal, dan sebagainya (Fanni & Adriani, 2017). Berat lahir bayi dapat dikategorikan menjadi tiga antara lain:

1. Berat lahir bayi rendah dengan berat < 2.500 gram
2. Berat lahir normal dengan berat 2.500-3.999 gram
3. Berat lahir lebih dengan berat ≥ 4.000 gram.

2.3 Konsep Ileus Obstruktif

2.3.1 Definisi Ileus Obstruktif

Ileus obstruksi adalah gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus pada traktus intestinal (Price & Wilson, 2007). Ileus obstruktif adalah terjadinya sumbatan dan mencegah aliran normal dari isi usus melalui saluran usus (Brunner & Suddarth, 2002). Ileus obstruktif adalah suatu penyumbatan mekanis dan non mekanis pada usus dimana merupakan penyumbatan yang sama sekali menutup atau mengganggu jalannya isi usus (Sabara, 2007). Definisi diatas

dapat disimpulkan bahwa obstruksi usus adalah sumbatan total atau parsial yang menghalangi aliran normal melalui saluran pencernaan.

2.3.2 Klasifikasi Ileus Obstruktif

A. Secara umum

1. Ileus obstruksi sederhana

Obstruksi yang tidak disertai terjepitnya pembuluh darah

2. Ileus obstruksi strangulata

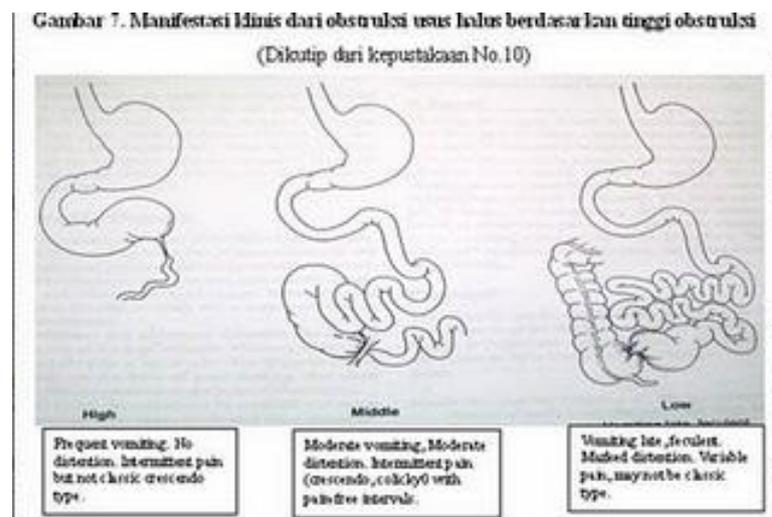
Ada pembuluh darah yang terjepit sehingga terjadi iskemia yang akan menyebabkan nekrosis atau gangren.

B. Berdasarkan letak obstruksi

1. Letak tinggi : duodenum – jejunum

2. Letak tengah : ileum terminal

3. Letak rendah : colon sigmoid – rectum



Gambar 2.1 Klasifikasi ileus berdasarkan letak obstruksi

C. Berdasarkan stadium

1. Parsial

Menyumbat sebagian lumen usus. Sebagian sisa makanan dan udara masih dapat melewati tempat obstruksi.

2. Komplit

Menyumbat total lumen usus.

3. Strangulasi

Sumbatan kecil tapi dengan jepitan pembuluh darah.

2.3.3 Etiologi Ileus Obstruktif

Ileus obstruksi pada usus halus dapat disebabkan oleh :

1. Adhesi

Adhesi umumnya berasal dari rangsangan peritoneum akibat peritonitis lokal atau umum, atau pascaoperasi. Adhesi dapat berupa perlengketan dalam bentuk tunggal maupun multipel, dan dapat setempat maupun luas. Sering juga ditemukan adhesi yang bentuknya pita. Pada operasi, perlengketan dilepaskan, dan pita dipotong agar pasase usus pulih kembali. Ileus akibat adhesi umumnya tidak disertai strangulasi.

2. Hernia inkarserata

Hernia inkarserasi merupakan hernia dimana isi dari kantung hernia tidak bisa dikembalikan ke rongga perut/asalnya. Hernia inkarserasi dapat berupa hernia inguinal, femoral atau umbilikal. Mayoritas hernia inguinal adalah hernia indirek. Pada hernia inguinal, inkarserasi terjadi pada 6-18% pasien dan dapat meningkat sampai 30% pada bayi berusia kurang dari 2 bulan. Sedangkan hernia femoral

jarang terjadi. Adapun hernia umbilikal lebih jarang inkarserasi dan dapat menutup spontan setelah usia 5 tahun.

Gejala dari hernia inkarserasi yang dihubungkan dengan obstruksi intestinal antara lain: muntah yang mengandung empedu, distensi abdomen, konstipasi, massa yang teraba edema dan pucat di daerah inguinal (dapat menjadi eritematosa apabila terjadi strangulasi), dan demam apabila terjadi nekrosis dan perforasi. Hernia merupakan penyebab kedua terbanyak setelah adhesi dan merupakan penyebab tersering pada pasien yang tidak mempunyai riwayat operasi abdomen.

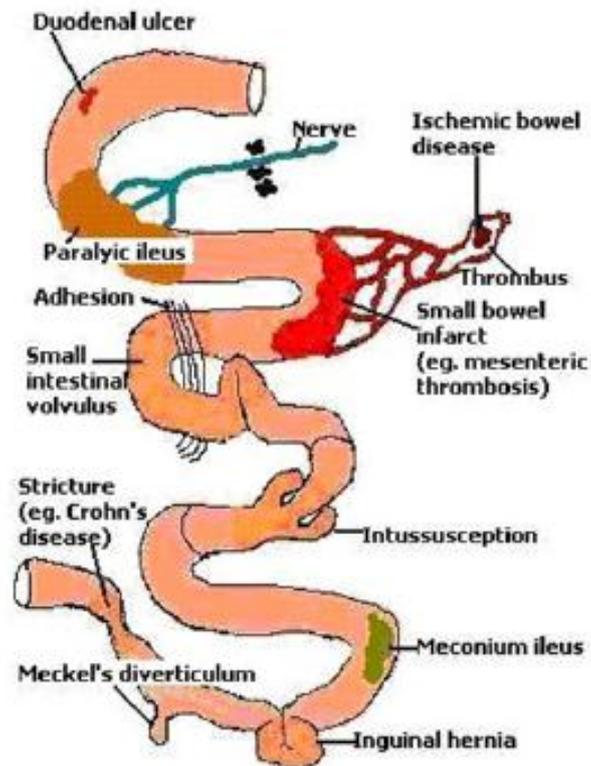
3. Askariasis

Obstruksi usus oleh cacing askaris paling sering ditemukan pada anak karena higiene kurang sehingga infestasi cacing terjadi berulang. Obstruksi umumnya disebabkan oleh gumpalan padat yang terdiri atas sisa makanan dan puluhan ekor cacing yang mati atau hampir mati akibat pemberian obat cacing. Diagnosis obstruksi cacing didukung oleh riwayat pemberian obat cacing atau pencakar, demam, serangan kolik, muntah, dan cacing keluar dari mulut atau anus.

4. Invaginasi

Intususepsi adalah penyebab paling umum dari obstruksi usus pada bayi dan anak-anak usia 3 bulan hingga 6 tahun, dimana puncaknya adalah usia 5-10 bulan. Hal ini terjadi ketika masuknya segmen proksimal dari usus (disebut intususeptum) kedalam bagian yang lebih distal dari usus (disebut intussusciens).

Kebanyakan intussusceptions yang idiopatik. Invaginasi umumnya berupa intususepsi ileosekal yang masuk dan naik ke kolon asenden serta mungkin keluar dari rektum. Invaginasi dapat mengakibatkan obstruksi ataupun nekrosis iskemik pada bagian usus yang masuk dengan komplikasi perforasi dan peritonitis.



Gambar 2.2 Gambaran penyebab berbagai ileus obstruktif

5. Volvulus

Volvulus merupakan proses memutarnya usus sehingga menyebabkan obstruksi usus dan gangguan vaskularisasi. Volvulus jarang terjadi di usus halus. Kebanyakan volvulus didapat di bagian ileum.

6. Kelainan congenital

Atresia lambung dan intestinal menimbulkan obstruksi komplit saluran intestinal terjadi kira-kira pada 1 : 5000 kelahiran hidup.

2.3.4 Patofisiologi Ileus Obstruktif

Menurut Price & Wilson (2007) Semua peristiwa patofisiologik yang terjadi setelah obstruksi usus adalah sama, tanpa memandang apakah obstruksi tersebut diakibatkan oleh penyebab mekanik atau non mekanik. Perbedaan utama adalah pada obstruksi paralitik peristaltik dihambat dari permulaan, sedangkan pada obstruksi mekanik peristaltik mula-mula diperkuat, kemudian intermitten, dan akhirnya hilang. Sekitar 6-8 liter cairan diekskresikan ke dalam saluran cerna setiap hari. Sebagian besar cairan diasorpsi sebelum mendekati kolon. Perubahan patofisiologi utama pada obstruksi usus adalah adanya lumen usus yang tersumbat, ini menjadi tempat perkembangan bakteri sehingga terjadi akumulasi gas dan cairan (70% dari gas yang tertelan).

Akumulasi gas dan cairan dapat terjadi di bagian proksimal atau distal usus. Apabila akumulasi terjadi di daerah distal mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan intra abdomen dan intra lumen. Hal ini dapat meningkatkan terjadinya peningkatan permeabilitas kapiler dan ekstrasvasasi air dan elektrolit di peritoneal. Dengan peningkatan permeabilitas dan ekstrasvasasi menimbulkan retensi cairan di usus dan rongga peritoneum mengakibatkan terjadi penurunan sirkulasi dan volume darah. Akumulasi gas dan cairan di bagian proksimal mengakibatkan kolapsnya usus sehingga terjadi distensi abdomen. Terjadi penekanan pada vena mesenterika yang mengakibatkan kegagalan oksigenasi dinding usus sehingga aliran darah ke usus menurun, terjadilah iskemi dan kemudian nekrotik usus. Pada usus yang mengalami nekrotik terjadi peningkatan permeabilitas kapiler dan pelepasan bakteri dan toksin sehingga terjadi perforasi. Dengan adanya perforasi

akan menyebabkan bakteri akan masuk ke dalam sirkulasi sehingga terjadi sepsis dan peritonitis.

Masalah lain yang timbul dari distensi abdomen adalah penurunan fungsi usus dan peningkatan sekresi sehingga terjadi penimbunan di intra lumen secara progresif yang akan menyebabkan terjadinya retrograde peristaltic sehingga terjadi kehilangan cairan dan elektrolit. Bila hal ini tidak ditangani dapat menyebabkan syok hipovolemik. Kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebih berdampak pada penurunan curah jantung sehingga darah yang dipompakan tidak dapat memenuhi kebutuhan seluruh tubuh sehingga terjadi gangguan perfusi jaringan pada otak, sel dan ginjal. Penurunan perfusi dalam sel menyebabkan terjadinya metabolisme anaerob yang akan meningkatkan asam laktat dan menyebabkan asidosis metabolic. Bila terjadi pada otak akan menyebabkan hipoksia jaringan otak, iskemik dan infark. Bila terjadi pada ginjal akan merangsang pertukaran natrium dan hydrogen di tubulus proksimal dan pelepasan aldosteron, merangsang sekresi hidrogen di nefron bagian distal sehingga terjadi peningkatan reabsorpsi HCO_3^- dan penurunan kemampuan ginjal untuk membuang HCO_3^- . Hal ini akan menyebabkan terjadinya alkalosis metabolic.

Hernia inkarserata, adhesi, intususepsi, askariasis, volvulus, tumor, batu empedu

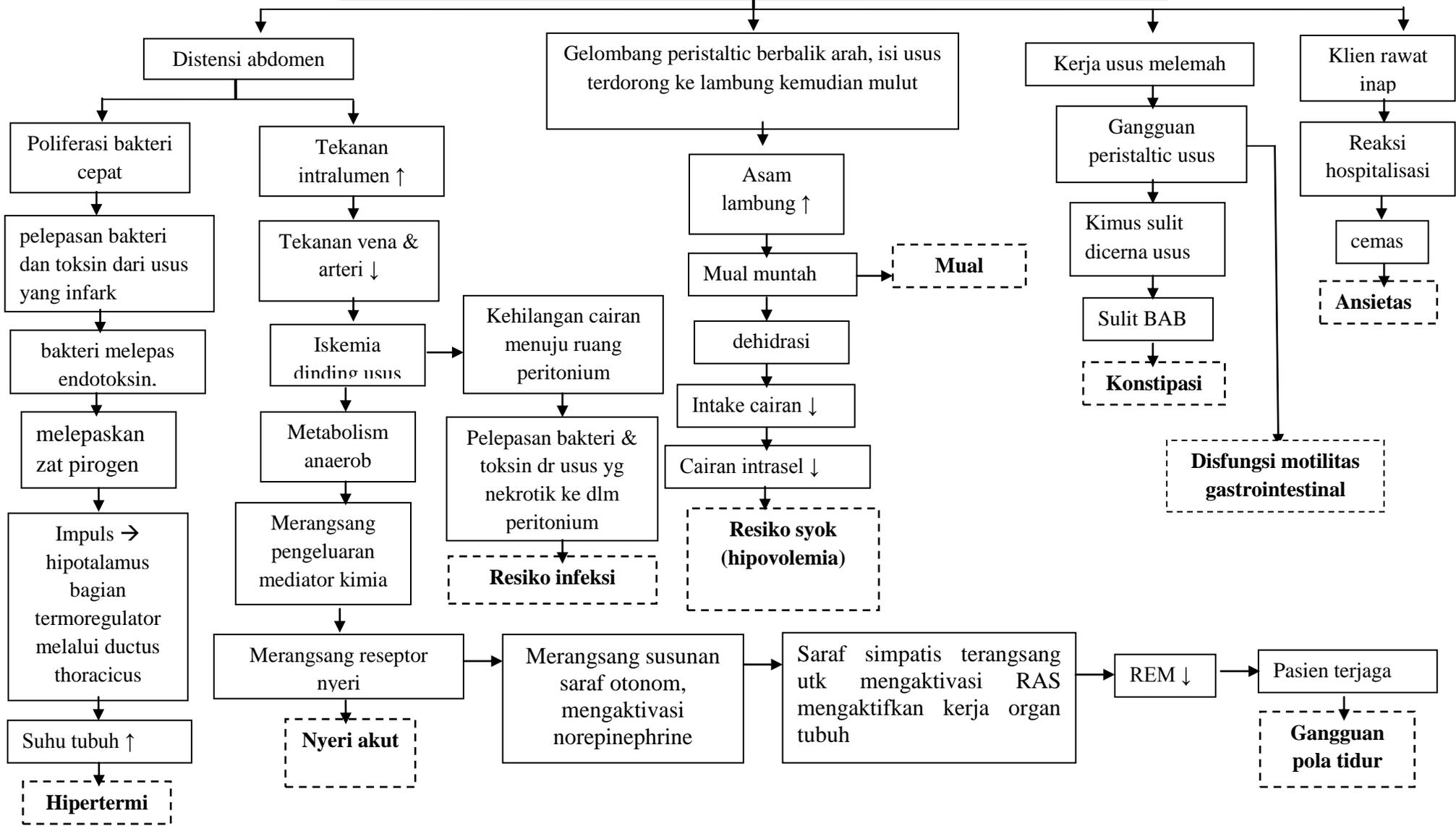
ILEUS OBSTRUKTIF

Pembedahan

Risiko gangguan integritas kulit/jaringan

2.3.5 Web Of Caution (WOC Ileus Obstruktif)

Akumulasi gas dan cairan intra lumen disebelah proksimal dari letak obstruktif



2.3.6 Manifestasi Klinis Ileus Obstruktif

Menurut Price & Wilson (2007), secara umum gejala ileus obstruktif yaitu:

A. Mekanik sederhana – usus halus atas

Obstruksi usus halus merupakan obstruksi saluran cerna tinggi, artinya disertai dengan pengeluaran banyak cairan dan elektrolit, baik di dalam lumen usus bagian oral dari obstruksi maupun oleh muntah. Keadaan umum akan memburuk dalam waktu yang relatif singkat. Gejala yang timbul biasanya : kolik pada daerah umbilikus atau di epigastrium, mual, muntah pada obstruksi letak tinggi, dan konstipasi (pada pasien dengan obstruksi total). Pasien dengan obstruksi simpel/parsial biasanya menderita diare pada awal obstruksi. Konstipasi dengan tidak dapat flatus dirasakan oleh pasien pada fase lanjut. Gerakan peristaltik yang *high pitched* dan meningkat yang bersamaan dengan adanya kolik merupakan tanda yang khas.

Nyeri abdomen biasanya agak tetap pada mulanya dan kemudian menjadi bersifat kolik. Frekuensi episode tergantung atas tingkat obstruksi, yang muncul setiap 4 sampai 5 menit dalam ileus obstruksi usus halus, setiap 15 sampai 20 menit pada ileus obstruksi usus besar. Nyeri dari ileus obstruksi usus halus demikian biasanya terlokalisasi supraumbilikus di dalam abdomen.

Refleks muntah ditemukan segera setelah mulainya ileus obstruksi yang memuntahkan apapun makanan dan cairan yang terkandung, yang juga diikuti oleh cairan duodenum, yang kebanyakan cairan empedu. Pada ileus obstruksi usus halus, maka muntah terlihat dini dalam perjalanan dan terdiri dari cairan jernih, hijau atau kuning. Muntah fekulen dapat terjadi pada obstruksi usus halus yang

lama yang terjadi karena bakteri yang tumbuh banyak dan merupakan tanda patognomonik dari ileus obstruksi usus halus bagian distal komplis.

B. Mekanik sederhana – usus halus bawah

Kolik (kram) signifikan mid abdomen, distensi berat, bising usus meningkat, nyeri tekan abdomen.

C. Mekanik sederhana – kolon

Kram (abdomen tengah sampai bawah), distensi yang muncul terakhir, kemudian terjadi muntah, peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen.

D. Obstruksi mekanik parsial

Dapat terjadi bersama granulomatosa usus pada penyakit Crohn. Gejalanya kram nyeri abdomen, distensi ringan dan diare.

E. Strangulasi

Pada obstruksi strangulasi, gejalanya biasanya takikardi, demam, asidosis, leukositosis, dinding perut yang lemas. Apabila telah terjadi infark, dinding perut akan lemas dan pada auskultasi didapatkan peristaltik yang minimal.

2.3.7 Pemeriksaan Penunjang Ileus Obstruktif

A. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium umumnya tidak dapat dijadikan pedoman untuk menegakkan diagnosis. Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan ialah darah lengkap, elektrolit, BUN (*blood urea nitrogen*), ureum amilase, dan kreatinin. Pada ileus obstruksi sederhana, hasil pemeriksaan laboratoriumnya dalam batas normal. Selanjutnya ditemukan adanya hemokonsentrasi, leukositosis, dan nilai elektrolit yang abnormal. Peningkatan serum amilase sering didapatkan pada semua jenis ileus obstruksi, terutama strangulasi. Penurunan dalam kadar serum

natrium, klorida dan kalium merupakan manifestasi lebih lanjut, dapat juga terjadi alkalosis akibat muntah. Bila BUN didapatkan meningkat, menunjukkan hipovolemia dengan azotemia prerenal.

B. Pemeriksaan Radiologi

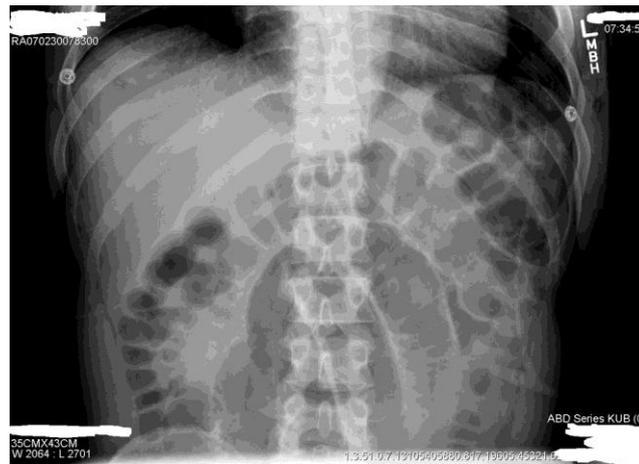
Diagnosis ileus obstruksi dapat dikonfirmasi dengan pemeriksaan radiologi :

1. Foto polos abdomen

Diperlukan foto abdomen 3 posisi yaitu foto posisi supine, foto posisi setengah duduk, dan foto *left lateral decubitus*. Pada posisi supine dapat ditemukan gambaran distensi usus dan *herring bone appearance*, posisi lateral dekubitus ataupun setengah duduk dapat ditemukan gambaran *step ladder pattern*.

Hal yang paling spesifik dari obstruksi usus halus ialah distensi usus halus (diameter > 3 cm), adanya *air fluid level* pada foto posisi setengah duduk, dan kekurangan udara pada kolon. Negatif palsu dapat ditemukan pada pemeriksaan radiologi ketika letak obstruksi berada di proksimal usus halus dan ketika lumen usus dipenuhi oleh cairan saja dengan tidak adanya udara. Hal ini dapat mengakibatkan tidak adanya gambaran *air fluid level* ataupun distensi usus.

Pada ileus obstruksi kolon, pemeriksaan foto abdomen menunjukkan adanya distensi pada bagian proksimal dari obstruksi. Selain itu, tampak gambaran *air fluid level* yang berbentuk seperti tangga yang disebut juga *step ladder pattern* karena cairan transudasi.



Gambar 2.3 Foto polos abdomen posisi supine (dilatasi usus)



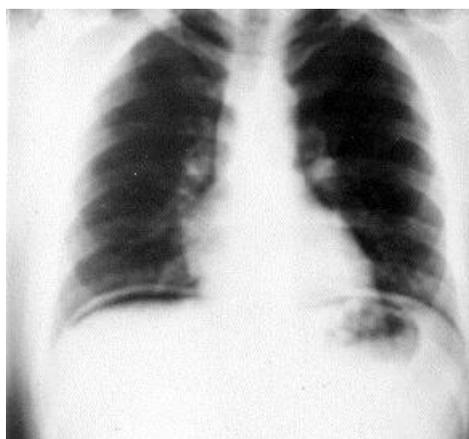
(a)



(b)

Gambar 2.4 (a) ileus obstruksi (b) posisi setengah duduk dengan gambaran *air fluid level* yang membentuk *step ladder pattern*

2. Foto Thorax



Gambar 2.5

Foto thorax dapat menggambarkan adanya *free air sickle* yang terletak dibawah diafragma kanan yang menunjukkan adanya perforasi usus.

3. CT scan

CT scan berguna untuk menentukan diagnosa dini dari obstruksi strangulasi dan untuk menyingkirkan penyebab akut abdominal lain, terlebih jika klinis dan temuan radiologis lain tidak jelas. CT scan juga dapat membedakan penyebab dari ileus obstruksi usus halus, yaitu penyebab ekstrinsik (seperti adhesi dan hernia) dengan penyebab instrinsik (seperti malignansi dan penyakit Chron). Obstruksi pada CT scan ditandai dengan diameter usus halus sekitar 2,5 cm pada bagian proksimal menjadi bagian yang kolaps dengan diameter kurang dari 1 cm.

Temuan lain pada obstruksi usus yaitu zona transisi dengan dilatasi usus proksimal, dekompresi usus bagian distal, kontras intralumen yang tidak dapat melewati bagian obstruksi, dan pada bagian kolon terdapat gas ataupun cairan. Strangulasi ditandai dengan menebalnya dinding usus, pneumatosis intestinalis (udara pada dinding usus), udara pada vena porta, dan berkurangnya kontras intravena ke dalam usus yang terkena. Penelitian menunjukkan bahwa sensitivitas CT 80-90%, spesifisitas 70-90% dalam mendeteksi obstruksi.

4. Enteroclysis

Enteroclysis berguna untuk mendeteksi adanya obstruksi dan berguna membedakan antara obstruksi parsial atau total. Metode ini berguna jika foto polos abdomen memperlihatkan gambaran normal namun gambaran klinis menunjukkan adanya obstruksi atau jika foto polos abdomen tidak spesifik. Pemeriksaan ini juga dapat membedakan adhesi karena metastase, tumor yang rekuren, dan kerusakan akibat radiologi. Enteroclysis dapat

dilakukan dengan dua jenis kontras. Barium merupakan kontras yang sering digunakan dalam pemeriksaan ini. Barium aman digunakan dan berguna mendiagnosa obstruksi bila tidak terdapat iskemia usus ataupun perforasi. Namun, penggunaan barium sering dihubungkan dengan terjadinya peritonitis, dan harus dihindari bila diduga adanya perforasi. Enteroclysis jarang digunakan pada keadaan akut. Pada pemeriksaan ini, digunakan 200-250 mL barium dan diikuti 1-2 L larutan methylcellulose dalam air yang dimasukan melalui proksimal jejunum melalu kateter nasoenteric.

5. USG abdomen

USG merupakan pemeriksaan yang tidak invasif dan murah dibandingkan CT scan, dan spesifitas dari USG dilaporkan mencapai 100%. Pemeriksaan ini dapat menunjukkan gambaran dan penyebab dari obstruksi dengan melihat pergerakan dari usus.

2.3.8 Penatalaksanaan Ileus Obstruktif

Dasar pengobatan ileus obstruksi adalah koreksi keseimbangan elektrolit dan cairan, menghilangkan peregangan dan muntah dengan dekompresi, mengatasi peritonitis dan syok bila ada, dan menghilangkan obstruksi untuk memperbaiki kelangsungan dan fungsi usus kembali normal.

A. Resusitasi

Hal yang perlu diperhatikan adalah mengawasi tanda - tanda vital, dehidrasi dan syok. Pasien yang mengalami ileus obstruksi mengalami dehidrasi dan gangguan keseimbangan elektrolit sehingga perlu diberikan cairan intravena seperti ringer laktat. Respon terhadap terapi dapat dilihat dengan memonitor tanda - tanda vital dan jumlah urin yang keluar. Selain pemberian cairan intravena,

diperlukan juga pemasangan (NGT/OGT) untuk mengosongkan lambung, mencegah aspirasi pulmonal bila muntah dan mengurangi distensi abdomen.

B. Farmakologis

Pemberian obat - obat antibiotik spektrum luas dapat diberikan sebagai profilaksis. Antiemetik dapat diberikan untuk mengurangi gejala mual muntah.

C. Operatif

Operasi dilakukan setelah rehidrasi dan dekompresi nasogastrik untuk mencegah sepsis sekunder. Operasi diawali dengan laparotomi kemudian disusul dengan teknik bedah yang disesuaikan dengan hasil eksplorasi selama laparotomi. Berikut ini beberapa kondisi atau pertimbangan untuk dilakukan operasi yaitu jika obstruksinya berhubungan dengan suatu simple obstruksi atau adhesi, maka tindakan lisis yang dianjurkan, dan apabila terjadi obstruksi strangulasi maka reseksi intestinal sangat diperlukan. Umumnya dikenal 4 macam cara/tindakan bedah yang dilakukan pada obstruksi ileus:

1. Koreksi sederhana (simple correction)

Hal ini merupakan tindakan bedah sederhana untuk membebaskan usus dari jepitan, misalnya pada hernia incarcerata non-strangulasi, jepitan oleh streng/adhesi atau pada volvulus ringan.

2. Tindakan operatif by-pass.

Membuat saluran usus baru yang “melewati” bagian usus yang tersumbat, misalnya pada tumor intraluminal, crohn disease, dan sebagainya.

3. Membuat fistula entero-cutaneus pada bagian proximal dari tempat obstruksi, misalnya pada kanker stadium lanjut.

4. Melakukan reseksi usus yang tersumbat dan membuat anastomosis ujung-ujung usus untuk mempertahankan kontinuitas lumen usus, misalnya pada carcinoma colon, invaginasi, strangulata, dan sebagainya. Pada beberapa obstruksi ileus, kadang-kadang dilakukan tindakan operatif bertahap, baik oleh karena penyakitnya sendiri maupun karena keadaan penderitanya, misalnya pada kanker sigmoid obstruktif, mula-mula dilakukan kolostomi saja, kemudian hari dilakukan reseksi usus dan anastomosis. (*Sabara, 2007*)

2.3.9 Komplikasi Ileus Obstruktif

Menurut Brunner & Suddarth (2002), beberapa kasus ileus obstruktif yang tidak segera di tangani dapat memicu terjadinya:

1. Nekrosis usus, perforasi usus, dikarenakan obstruksi yang sudah terjadi selalu lama pada organ intra abdomen
2. Sepsis, infeksi akibat dari peritonitis, yang tidak tertangani dengan baik dan cepat
3. Syok-dehidrasi, terjadi akibat dehidrasi dan kehilangan volume plasma
4. Abses sindrom usus pendek dengan malabsorpsi dan malnutrisi, karena absorpsi toksin dalam rongga peritonium sehingga terjadi peradangan atau infeksi yang hebat pada intra abdomen
5. Pneumonia aspirasi dari proses muntah
6. Gangguan elektrolit, karena terjadi gangguan absorpsi cairan dan elektrolit pada usus
7. Kematian

2.3.10 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kasus Ileus Obstruktif

1. Pengkajian Keperawatan

A. Identitas pasien

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

B. Riwayat kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien datang untuk berobat dengan keluhan 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.

C. Riwayat kesehatan masa lalu

1) Riwayat kehamilan dan persalinan

Prenatal, berapa usia kandungan pasien, terdapat keluhan atau tidak 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 lainnya yang menyebabkan ileus obstruksi (yang meliputi apendiksitis atau penyakit sistem pencernaan lainnya). Dan kaji pula apakah pasien pernah mengidap infeksi virus dan buat catatan obat-obatan yang pernah digunakan.

3) Tindakan pembedahan (Hospitalisasi)

Kaji apakah pasien sebelumnya 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 contohnya hepatitis B diberikan 4 kali waktunya 12 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1 dan 3-6 bulan dengan selang waktu pemberian 4 minggu, polio diberikan 4 kali pada saat kunjungan pertama. Untuk bayi baru lahir di rumah bersalin atau di rumah sakit diberikan pada saat bayi pulang untuk menghindari transmisi virus kepada bayi lain, polio diberikan 4 kali dengan selang waktu pemberian 4 minggu, Bacilus Calmet Guirtnet (BCG) Diberikan sejak lahir hanya satu kali pemberian, Difteri Pertusis Tetanus (DPT) Diberikan pada sebanyak 4 kali yaitu pada umur lebih

dari 6 minggu dan diberikan kembali pada umur 18 bulan, 5 tahun dan 12 tahun dan campak hanya satu kali pemberian yaitu pada saat bayi berusia 9-10 bulan.

D. Riwayat kesehatan keluarga

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

E. Riwayat sosial

Kaji siapa yang mengasuh pasien, hubungan dengan anggota keluarga, hubungan dengan teman sebaya, pembawaan secara umum dan lingkungan rumah.

F. Riwayat pemenuhan kebutuhan sehari-hari

1) Makanan / cairan

Mual, muntah, tidak nafsu makan dan haus terus menerus

2) Pola eliminasi

Distensi abdomen, ketidakmampuan defekasi dan flatus

3) Pola istirahat tidur

Dapat ditemukan gangguan pola pemenuhan istirahat tidur dikarenakan adanya nyeri pada luka post operasi

4) Aktivitas bermain

Aktivitas pasien terbatas karena adanya nyeri akibat adanya luka post operasi

5) Kebersihan diri

Biasanya dibantu dalam pemenuhan karena post operasi

G. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

a) Penampilan umum : Pasien tampak lemah, sakit sedang

b) Tingkat kesadaran : Composmentis

c) Tanda-tanda Vital

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

- Nadi : Menurun < 70-145 x/ menit

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

- Suhu : Meningkatkan (>37,5°C)

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

2) Kepala

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

3) Mata

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

4) Hidung

Dikaji apakah di hidung terdapat polip, nyeri tekan kebersihan hidungnya, pernafasan cuping hidung, fungsi penciuman.

5) Mulut

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

6) Telinga

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

7) 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.

8) 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

9) Ekstremitas

Biasanya akan di dapatkan data pergerakan sendi terbatas karena terpasang infus, terdapat luka operasi, pengisian ulang kapiler kurang dari 3 detik.

10) Genetalia dan anus

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

11) 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. (*Doenges, Marilyn E, 2000*)

H. Riwayat Tumbuh Kembang

Riwayat tumbuh kembang dikaji untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan yang dicapai anak sesuai dengan usia anak yang dapat diketahui melalui Denver Development Screening Test (DDST) yang dikaji dalam 4 sektor secara teori pada anak usia 4 tahun ditemukan kemampuan sebagai berikut :

- 1) Sosialisasi : Pasien mampu mengambil makan, mampu gosok gigi tanpa bantuan, bermain ular tangga.
- 2) Motorik kasar : Pasien mampu berdiri 1 kaki selama 4 detik, 5 detik, dan 6 detik, serta mampu berjalan tumit ke kaki.

- 3) Bahasa : Pasien mampu mengartikan 7 kata, menyebutkan 2 kata berlawanan, mengartikan 3 kata sifat, menyebut 4 warna, dan pasien mampu menghitung 6 kubus.
- 4) Motorik halus : Pasien mampu menggambar orang 3 bagian, mencontoh titik, memilih garis yang lebih panjang, mencontoh kubus ditunjukkan dan menggambar orang 6 bagian.

I. Diagnosa Keperawatan

- a. Hipovolemia berhubungan dengan output berlebih sekunder dengan hilangnya cairan natrium, kalium dan hydrogen dari lambung ditandai dengan adanya mual, muntah.
- b. Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat ditandai dengan mual, muntah.
- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan dampak dari adanya distensi abdomen
- d. Konstipasi berhubungan dengan dampak dari adanya penurunan fungsi usus.
- e. Nyeri akut berhubungan dengan akibat tindakan pembedahan
- f. Ansietas pada keluarga berhubungan dengan tindakan pembedahan

J. Intervensi Tindakan Keperawatan

- a. *Hipovolemia berhubungan dengan output berlebih sekunder dengan hilangnya cairan natrium, kalium dan hydrogen dari lambung ditandai dengan adanya mual, muntah.*

1) Tujuan : Kebutuhan cairan dan elektrolit terpenuhi,

2) Kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, 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 elastis, mukosa lembab, elektrolit dalam batas normal (Na: 135-147 mmol/L, K: 3,5-5,5 mmol/L, Cl: 94-111 mmol/L).

3) Rencana Tindakan Keperawatan

- a) Kaji kebutuhan cairan pasien
- b) Observasi tanda-tanda vital: N, TD, P, S.
- c) Observasi tingkat kesadaran dan tanda-tanda syok
- d) Observasi bising usus pasien tiap 1-2 jam
- e) Monitor intake dan output secara ketat
- f) Pantau hasil laboratorium serum elektrolit, hematokrit
- g) Beri penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan yang dilakukan: pemasangan NGT dan puasa.
- h) Kolaborasi dengan medik untuk pemberian terapi intravena

b. *Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake tidak adekuat ditandai dengan mual, muntah.*

- 1) Tujuan : Masalah gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi teratasi.
- 2) Kriteria hasil : Tidak ada tanda-tanda mal nutrisi, berat badan naik 0,5kg setiap minggu, pasien tidak mengalami mual dan muntah, porsi makan habis satu porsi.

3) Rencana Tindakan Keperawatan

- a) Lakukan pengkajian nutrisi dengan seksama
- b) Timbang BB setiap hari

- c) Lakukan oral hygiene
 - d) Auskultasi bising usus
 - e) Anjurkan Pasien untuk makan – makanan yang cair atau minuman.
 - f) Kolaborasikan dengan ahli gizi mengenai pemberian makanan yang sesuai.
 - g) Berikan makanan enteral / parenteral bila di indikasikan
 - h) Kolaborasi dengan dokter mengenai pemberian obat anti emetik
- c. *Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan dampak dari adanya distensi abdomen*
- 1) Tujuan : Pola nafas menjadi efektif
 - 2) Kriteria hasil : Pasien memiliki pola pernafasan reguler : bunyi nafas vesikuler, frekuensi pernafasan 20 -30x/menit
 - 3) Rencana Tindakan Keperawatan
 - a) Kaji status pernafasan: pola, frekuensi, kedalaman
 - b) Observasi TTV: P, TD, N, S
 - c) Tinggikan kepala tempat tidur 40-60 derajat
 - d) Observasi adanya tanda-tanda hipoksia jaringan perifer: cianosis
 - e) Berikan penjelasan kepada keluarga pasien tentang penyebab terjadinya gangguan pola nafas pada pasien
 - f) Laksanakan program medic pemberian terapi oksigen

d. *Konstipasi berhubungan dengan dampak dari adanya penurunan fungsi usus.*

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah gangguan pola eliminasi dapat teratasi.
- 2) Kriteria hasil : Pola eliminasi BAB normal : 1-2x/hari, dengan konsistensi lembek, BU normal: 5-35 x/menit, tidak ada distensi abdomen.
- 3) Rencana Tindakan Keperawatan
 - a) Kaji dan catat frekuensi, warna dan konsistensi feces
 - b) Kaji adanya distensi abdomen
 - c) Kaji adanya flatus
 - d) Auskultasi bising usus
 - e) Berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga penyebab terjadinya gangguan dalam BAB
 - f) Kolaborasi dalam pemberian terapi pencahar (Laxatif)

2.4 Omphalocele

Omphalocele adalah defek dinding perut pada insersi tali pusat dengan herniasi usus atau isi rongga perut lainnya yang terbungkus dengan selaput / membran. Pada awalnya intestinal dan organ abdomen lainnya berkembang di luar abdomen dan akan kembali ke rongga abdomen pada minggu 10-12. Namun pada pasien dengan omphalocele proses kembalinya ke dalam rongga abdomen ini tidak terjadi dengan sempurna (Nafis & Yusrawati, 2018). Bayi baru lahir dengan

omphalocele lebih banyak berjenis kelamin laki-laki dan lahir dari ibu usia 35 tahun ke atas atau 20 tahun ke bawah.

Bayi dengan omphalocele biasanya disertai dengan kelainan kongenital lainnya seperti kelainan jantung (32%). Menurut (Som & Naik, 2008) Etiologi dari omphalocele belum di ketahui secara pasti namun beberapa penelitian menyebutkan omphalocele dapat dihubungkan dengan kelainan kromosom, terutama trisomi 13, 18, dan 21, yang ditemukan pada sekitar 20-50% kasus, dan seringkali menyebabkan terjadinya kematian janin.

2.5 Penyakit Jantung Bawaan (PJB)

Penyakit Jantung Bawaan (PJB) adalah kelainan pada struktur jantung dan pembuluh darah besar yang didapatkan sejak bayi baru lahir dan sering menjadi penyebab kematian terbanyak dari semua jenis kelainan bawaan. Etiologi dari PJB ini belum diketahui secara pasti, namun studi awal epidemiologik melaporkan pengaruh multifaktorial merupakan penyebab kasus anomali jantung. Sebagian besar PJB ini terjadi akibat kesalahan embriogenesis antara minggu ke-3 sampai minggu ke-8 gestasi, ketika struktur utama jantung sudah terbentuk dan mulai untuk berfungsi (Ain et al., 2015). Penyakit Jantung Bawaan dibagi menjadi dua kelompok (Hermawan et al., 2018), yaitu;

1. Penyakit Jantung Bawaan Sianotik

PJB sianotik ditandai oleh adanya sianosis sentral akibat adanya pirau kanan ke kiri, sebagai contoh Tetralogi Fallot (TOF), transposisi arteri besar, atresia tricuspida.

2. Penyakit Jantung Bawaan Non-sianotik

Penyakit jantung bawaan dengan kebocoran sekat jantung yang disertai pirau kiri ke kanan di antaranya adalah defek septum ventrikel, defek septum atrium, atau tetap terbukanya pembuluh darah seperti pada duktus arteriosus persisten.

2.5.1 Atrial Septum Defect (ASD)

Menurut Kurniawaty & Bascoro (2016) Atrial Septal Defect (ASD) adalah penyakit jantung kongenital asianotik yang paling sering ditemukan pada pasien dewasa daripada bayi baru lahir. Terdapat 4 tipe ASD, yaitu ostium sekundum, ostium primum, sinus venosus, dan defek sinus coronarius. Pada hampir semua pasien dengan ASD lahir < 3 mm akan menutup spontan dalam 18 bulan setelah lahir, namun pada pasien dengan defek 3-8 mm, hanya 80% yang menutup spontan. Apabila defek yang kecil (< 5 mm) dihubungkan dengan shunt yang kecil dan tanpa konsekuensi hemodinamik. Defek 20 mm dihubungkan dengan shunt luas dan menyebabkan efek hemodinamik yang nyata.

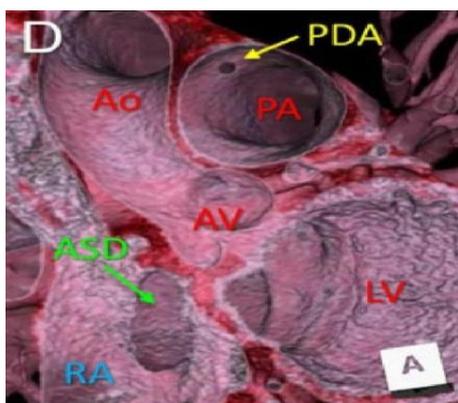
ASD menyebabkan pintasan kiri ke kanan intrakardiak dengan overload volume ventrikular kanan, peningkatan aliran darah pulmonal (pulmonary blood flow / PBF), hipertensi pulmonal, hipertrofi ventrikel kanan dan terkadang gagal jantung kongestif (congestive heart failure / CHF). Pasien ASD umumnya asimtomatik atau dapat pula mengalami sesak nafas ketika beraktivitas. Aliran darah pulmonal yang meningkat, overload jantung kanan, aritmia dan hipertensi pulmonal cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya usia. ASD yang

dihubungkan dengan peningkatan PBF (pulmonary blood flow) > 50% sebaiknya ditutup untuk mencegah berkembangnya disfungsi RV dan aritmia atrial.

2.5.2 Patent Ductus Arteriosus (PDA)

PDA ialah penyakit jantung nonsianotik disebabkan oleh patensi duktus arteriosus setelah bayi lahir yang menghubungkan arteri pulmonalis dengan aorta desenden. Menurut Roebiono (2000) Tindakan penutupan PDA secara bedah dapat dilakukan secara elektif pada usia diatas 3–4 bulan namun bila kondisi membaik maka operasi ligasi dapat ditunda sampai usia 12–16 minggu karena adanya kemungkinan PDA menutup secara spontan. Tindakan penutupan PDA tidak dianjurkan lagi bila sudah terjadi hipertensi pulmonal dengan penyakit obstruktif vaskuler paru.

Hasil penelitian Kuswiyanto et al (2016) mengungkapkan terdapat penatalaksanaan Transkateter yang mampu menutup PDA dimana setelah implantasi memperlihatkan hasil penutupan lengkap. Pemeriksaan auskultasi menunjukkan perubahan sifat murmur, dari murmur kontinu menjadi menghilang, sebagian kecil dengan sistolik murmur. Komplikasi berupa demam transien terjadi namun membaik setelah pemberian heparin, penurunan hemoglobin sampai memerlukan transfusi, gangguan irama jantung berupa SVT pada pasien dengan sindrom rubela kongenital namun kembali menjadi irama sinus setelah pemberian verapamil. Tidak ada pasien yang meninggal. Embolisasi terjadi tetapi berhasil diambil dengan snare dan dilakukan pemasangan ulang.



Gambar 2.6
Letak ASD dan PDA

BAB 3
ASUHAN KEPERAWATAN

Ruangan : NICU
Diagnosa medis : Neonatus aterm + BBLR + Ileus Obstruktif
Omphalocele + ASD sekundum PDA sedang
No. Register : 380XXX
Tanggal/jam MRS : 4 Maret 2020/03:40
Tgl/jam pengkajian : 09 Maret 2020/13:00
Anamnesa diperoleh dari : Rekam medis pasien, orang tua

I. IDENTITAS ANAK

Nama : Bayi T
Umur/tanggal lahir : 26 hari / 12 Februari 2020
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Protestan
Golongan darah : A+
Bahasa yang dipakai : Bayi belum bisa berbicara
Anak ke : 1
Jumlah saudara : -
Alamat : Pakuwon City

II. IDENTITAS ORANG TUA

Nama Ayah	: Tn. S	Nama Ibu	: Ny. D
Umur	: 53 tahun	Umur	: 46 tahun
Agama	: Protestan	Agama	: Protestan
Suku/bangsa	: Indonesia	Suku/bangsa	: Indonesia
Pendidikan	: S1	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Wirausaha	Pekerjaan	: Wirausaha
Penghasilan	:	Penghasilan	:
Alamat	: Pakuwon City	Alamat	: Pakuwon City

III. KELUHAN UTAMA

Muntah

IV. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Ibu pasien memiliki riwayat susah hamil. Hamil yang pertama abortus dan hamil yang kedua merupakan bayi hasil IVF (In Vitro Fertilisation). Periode gestasi 38/39 minggu. Bayi lahir SC di RS Putri pada tanggal 12 Februari 2020 dengan berat badan lahir 2200 gram, panjang badan 43 cm, lingkar kepala 31 cm, apgar score 7/8 ketuban meconial. Kemudian, pasien di rujuk ke RS Premier tanggal 14 Februari 2020 dan langsung dibawa ke ruang NICU dengan kondisi klinis katub jantung belum menutup dan usus keluar di daerah umbilikus. Setelah diobservasi, kondisi umum pasien lemah, nadi 130 kali/menit, RR 24 kali/menit, suhu 36.4°C, pasien di diagnosa neonatus aterm, BBLR, hidronefrosis bilateral, omphalocele, ASD sekundum, PDA sedang.

Pada tanggal 28 Februari 2020, pasien sudah diperbolehkan pulang namun setelah sampai di rumah pasien muntah 3x, muntah setiap minum susu warna hijau kekuningan, di IGD muntah 2x, belum BAB pasca perawatan. Orang tua pasien kembali mengantarkan anak T ke RS Premier untuk penanganan lebih lanjut. Pasien masuk lagi ke NICU Premier pada tanggal 4 Maret 2020 dengan kondisi distensi abdomen, mual muntah hijau bercampur lendir kental banyak, anak nampak pilek pasca perawatan 14 hari, tidak mau minum ASI, tidak ada bising usus sehingga pasien di diagnosa ileus obstruktif. Pasien mendapat terapi injeksi omeprazole 2 x 2.5 mg, terapi oral interlac drop 1x5 tetes, furosemid diganti captopril 2x1 mg, spironolacton 1x2 mg, nebulizer ventolin 1/3 + flexotide 1/3 + NaCl 2cc 3x1, rawat luka steril

sufratul di tutup dengan opsite (omphalocele), infus D10% 0.18 Salin 100cc/24 jam. Tanggal 28 Februari 2020, dilakukan pemeriksaan radiologi dengan hasil USG ileus letak tinggi sedangkan hasil ECO adalah ASD sekundum, PDA sedang.

Pasien menjalankan intervensi pembedahan laparatomi (ileustomy) dan pengangkatan omphalocele pada tanggal 4 Maret 2020, kemudian dipuaskan hingga residu menunjukkan perbaikan. Saat pengkajian, bayi T 5 hari pasca operasi diperoleh panjang badan 43 cm, berat badan 2465 gram, tanda-tanda vital suhu axilla 36.4°C dengan infant warmer 37.4°C, nadi 164x/menit, RR 62x/menit spontan irreguler, refleks hisap bayi kuat, bayi menangis kuat, minum susu habis 15/25cc perspeen, kulit mottled, terpasang OGT, CVC No.3, terdapat stoma post-op ileustomy di abdomen sebelah kanan dengan hasil feses cair kuning pekat ±5cc/3jam. Saat ini, pasien mendapatkan terapi infus D10% 0.18 Salin 200cc + Aminosteril 25cc/24 jam dan mendapat terapi injeksi Omeprazole 2x2.5mg, Cefazoline 3x50mg, Nebulizer ventolin 1/3 + flexotide 1/3 + NaCl 2cc 3x1 dan dilakukan rawat luka steril sufratul 3 hari sekali, sekitar luka di tutup dengan opsite (post op laparatomy).

V. RIWAYAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN

A. Prenatal Care

Ibu pasien tidak pernah mengonsumsi obat herbal/obat di luar resep dokter. Ibu pasien rutin melakukan kontrol kehamilan di RS setempat.

B. Natal Care

Ibu pasien memiliki masa gestasi 38/39 minggu, melahirkan secara SC, bayi langsung menangis, Apgar Score 7/8

C. Postnatal Care

Bayi lahir dengan usus keluar di daerah umbilikus (omphalochele) dengan keadaan klinis katub jantung belum menutup.

VI. RIWAYAT MASA LAMPAU

A. Penyakit-penyakit waktu kecil

Pasien masih neonatus

B. Pernah di rawat di Rumah Sakit

Bayi T merupakan pasien post partum RS Putri Surabaya, kemudian dirujuk ke NICU RS Premier tanggal 14 Februari 2020 dan menjalani perawatan selama 14 hari sebelum akhirnya dipulangkan kemudian kembali lagi ke RS Premier pada tanggal 4 Maret 2020

C. Penggunaan Obat-obatan

Tidak diketahui

D. Tindakan (Operasi atau Tindakan Lain)

E. Alergi

Pasien tidak memiliki alergi

F. Kecelakaan

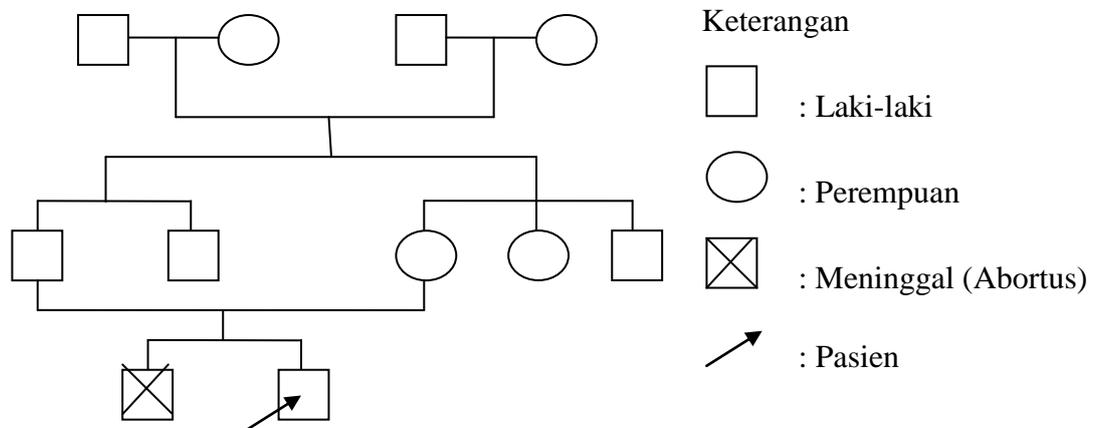
Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan

G. Imunisasi

Pasien sudah mendapatkan imunisasi lengkap Hb0, BCG, Polio 1

VII. PENGKAJIAN KELUARGA

A. Genogram (Sesuai dengan Penyakit)



B. Psikososial Keluarga

Bayi tinggal bersama orang tua dan keluarga besar. Selama di RS, pasien rutin di jenguk orang tuanya di NICU. Bagi keluarga, kesehatan adalah anugerah dan kesakitan harus diperjuangkan

VIII. RIWAYAT SOSIAL

A. Yang Mengasuh Anak

Selama di rumah, pasien diasuh oleh orang tuanya sendiri. Setelah di RS, pasien masuk NICU dan di rawat oleh perawat

B. Hubungan dengan Anggota Keluarga

Tidak terkaji karena pasien masih bayi

C. Hubungan dengan Teman Sebaya

Tidak terkaji karena pasien masih bayi

D. Pembawaan Secara Umum

Pasien sering rewel dan menangis kuat saat merasa kurang nyaman dan terkadang terlihat mual dengan terpasangnya OGT

IX. KEBUTUHAN DASAR

A. Pola Nutrisi

(makanan yang disukai/tidak, sklera, alat makan, jam makan, dsb)

- Terpasang CVC No. 3 Infus D10% 0.18 Salin 200cc + Aminosteril 25cc / 24 jam
- Pasien minum ASI 8x15ml secara oral menggunakan botol susu, beberapa saat di kombinasikan dengan sufor 1:40 secara oral menggunakan botol susu
- Refleks hisap kuat terkadang lemah, terkadang gumoh, muntah ± 2 cc saat minum susu, kembung, bising usus 2-6 x/menit
- Terpasang OGT, residu lambung ± 5 cc / 24 jam warna putih susu

B. Pola Tidur

(kebiasaan sebelum tidur, perlu dibicarakan cerita, benda-benda yang dibawa tidur)

Pasien crying dan rewel jika stoma bag penuh, terjaga tenang bila sedang minum susu, pasien mengantuk lagi bila cairan dari stoma bag sudah di buang, pasien tidak tidur aktif, pasien tidur tenang dengan posisi miring kanan, tidur setiap 3 jam sekali

C. Pola Aktivitas/Bermain

Saat di RS (NICU), pasien bangun jika merasa lapar/haus dan terbangun bahkan menangis jika stoma bag mengembang/stoma bag terisi penuh

D. Pola Eliminasi

Pasien dengan ileostomy, BAB melalui stomabag, BAB terakhir dibuang pukul 14:00 ± 30 cc dengan konsentrasi cair, berwarna kuning, bau khas

feses neonatus. Tanggal 10 Maret 2020 urin ± 35 ml dan tanggal 11 Maret 2020 urin ± 58 ml dengan popok.

E. Pola Kognitif Perseptual

Tidak terkaji karena pasien masih bayi

F. Pola Koping Toleransi Stress

Tidak terkaji karena pasien masih bayi

X. KEADAAN UMUM (PENAMPILAN UMUM)

A. Cara Masuk

Pasien datang ke IGD RS Premier dengan di gendong ibunya tanpa infus tanggal 4 Maret 2020

B. Keadaan Umum

Kesadaran composmentis, bayi tampak menangis keras (melengking), gelisah / mudah rewel.

XI. TANDA-TANDA VITAL

Tensi :
Suhu : 36.4°C dengan setting infant warmer 37.4°C
Nadi : 164x / menit
RR : 62x / menit spontan
TB / BB : 43 cm / 2465 gram
SPO2 : 94-95% tanpa oksigen

XII. PEMERIKSAAN FISIK

A. Pemeriksaan Kepala dan Rambut

Rambut warna hitam tipis, distribusi rata, kulit kepala bersih, ubun-ubun besar datar

B. Mata

Tidak cowong, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada alat bantu, pupil 3mm/3mm, refleks cahaya (+/+)

C. Hidung

Ada distress nafas, tidak sianosis, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak terpasang alat bantu pernafasan, sekret (+)

D. Telinga

Aurikula terbentuk, telinga bersih, tidak ada serumen maupun cairan

E. Mulut dan Tenggorokan

Tidak ada gigi, bibir lembab, lidah bersih. Terpasang OGT, retensi putih susu. Refleks hisap moro (+), sucking (+), grasping (+), rooting (+)

F. Tengkok dan Leher

Pergerakan leher bebas. Terpasang CVC No. 3 di clavicula dextra sambung infus

G. Pemeriksaan Thorax/Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada sianosis, gerak dada simetris, irama nafas irreguler, suara nafas ronki basah, retraksi (+) ringan

Paru : pola nafas lambat dangkal, sputum (+)

Jantung : S1S2 tunggal murmur (+) gallop (-)

H. Punggung

Tidak ada spina venida. Tidak ada kelainan pada tulang

I. Pemeriksaan Abdomen

Bentuk abdomen agak distended. Tidak ada nyeri tekan. Bising usus 2-6x/menit. Tali pusar terawat

B. Rontgen

Tanggal 30 Februari 2020

USG : Ileus letak tinggi. Hidronefrosis bilateral. Omphalocele.

ECO : ASD Sekundum. PDA Sedang.

XIV. TERAPI

- Injeksi

Omeprazole 2 x 2.5 mg

Cefazoline 3 x 50 mg

- Terapi oral

Interlac drop 1x5 tetes

Captopril 2x1 mg

Spironolacton 1x2 mg

- Nebulizer ventolin 1/3 + flexotide 1/3 + NaCl 2cc 3x1cc

- Rawat luka steril sufratul di tutup dengan opsite

- Infus D10% 0.18 Salin 200cc + Aminosteril 25cc / 24 jam

ANALISA DATA

Nama klien : Bayi T
 Umur : 9 hari
 Ruangan : NICU
 No. Register : 308XXX

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS : Tidak terkaji karena pasien masih bayi DO : - Bayi tidak kuning - Bayi kadang muntah saat minum susu ASI 15/15 cc - KU AS 8 - Refleks hisap kuat, kadang menurun - Tidak diare - Abdomen agak distended - Tampak kemerahan pada area ileostomy - TTV HR 164x / menit RR 62x / menit Suhu 36.4°C dengan setting infant warmer 37.4°C - Hasil Laboratorium CRP 43.40 mg/L Procalcitonin 0.59 ng/mL WBC 4.5 K/UL = 4.5×10^3 /mL PLT 219 K/UL	Faktor risiko : - Efek prosedur invasif - Malnutrisi - Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan - Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dan sekunder	Risiko Infeksi (post op laparatomi)
2.	DS : Tidak terkaji karena pasien masih bayi DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien tidak mampu batuk - Pola nafas irreguler - Suara nafas ronki (+) - Sputum (+) - RR 62x / menit	Sekresi yang tertahan	Bersihan jalan nafas tidak efektif
3.	DS : Tidak terkaji karena pasien masih bayi	Intoleransi makanan	Disfungsi motilitas gastrointestinal

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mual - Terkadang muntah saat minum ASI 15/15 cc - Pasien kembung sering gumoh - Distensi abdomen - Bising usus menurun 2-4x/menit - Residu lambung OGT ± 5cc / 24 jam - Feses cair warna kuning melalui ileustomy ± 50cc / 24 jam 		
4.	<p>DS :</p> <p>Tidak terkaji karena pasien masih bayi</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi tidak prematur, periode gestasi 38/39 minggu - Retraksi ringan - Distress nafas Downes score 4 (gawat nafas) - Tidak ada nafas cuping hidung - Bayi tampak gelisah - Tanda-tanda vital Nadi 164x / menit RR 62x / menit spontan SPO₂ 94/95% tanpa oksigen Perfusi hangat - Pola nafas lambat/dangkal - KU AS 8 - Warna kulit putih pucat - Hasil Rontgen ECO : ASD Sekundum, PDA Sedang 	Ketidakseimbangan ventilasi - perfusi	Gangguan pertukaran gas
5.	<p>DS :</p> <p>Tidak terkaji karena pasien masih bayi</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanggal 9 Maret 2020 BB 2465 gr - Tanggal 10 Maret 2020 BB 2430 gr - Tanggal 11 Maret 2020 BB 2380 gr - Bising usus 2-6 x / menit - Terkadang muntah saat minum susu ± 2cc - Terkadang susu tidak habis 	Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien pada ileum	Defisit nutrisi

	<p>15/25 cc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feses cair warna kuning melalui ileustomy $\pm 50\text{cc}$ / 24 jam - Residu lambung OGT $\pm 5\text{cc}$ / 24 jam 		
6.	<p>DS :</p> <p>Tidak terkaji karena pasien masih bayi</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT < 2 detik - Terkadang refleks hisap menurun - Susu tidak habis 15/25cc - Muntah saat minum susu $\pm 2\text{cc}$ - Nadi 164x/menit - Pola nafas lambat dangkal - Turgor kulit elastis kering - Perfusi hangat - Suhu 36.4°C dengan setting infant warmer 37.4°C - Tanggal 10 Maret 2020 BB 2430 gr urin $\pm 35\text{ml}$ dengan popok - Tanggal 11 Maret 2020 BB 2380 gr urin $\pm 58\text{ml}$ dengan popok 	<p>Faktor Risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kehilangan cairan secara aktif - Gangguan absorpsi cairan - Status hipermetabolik - Kegagalan mekanisme regulasi - Evaporasi - Kekurangan intake cairan - Efek agen farmakologis 	<p>Risiko Hipovolemia</p>
7.	<p>DS :</p> <p>Tidak terkaji karena pasien masih bayi</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak stoma post-op ileustomy Warna stoma merah Keadaan stoma mengkilat Ukuran stoma 1.5 x 0.5 cm - Output feses cair warna kuning melalui ileustomy $\pm 50\text{cc}$ / 24 jam 	<p>Faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosedur pembedahan 	<p>Risiko Gangguan integritas kulit</p>

PRIORITAS MASALAH

Nama klien : Bayi T
 Umur : 9 hari
 Ruangan : NICU
 No. Register : 308XXX

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Nama Perawat
		Ditemukan	Diatasi	
1.	<p>Risiko Infeksi (post op laparatomi) ditandai dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi tidak kuning - Bayi muntah saat minum susu - KU AS 8-9 - Refleks hisap kuat - Tidak diare - Abdomen agak distended - Tampak kemerahan pada area ileostomy - TTV HR 131x / menit RR 62x / menit Suhu 36.4°C dengan setting infant warmer 37.4°C - Hasil Laboratorium CRP 43.40 mg/L Procalcitonin 0.59 ng/mL WBC 4.5 K/UL = 4.5×10^3/mL PLT 219 K/UL <p>dengan faktor risiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efek prosedur invasif - Malnutrisi - Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan - Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dan sekunder 	9/03/2020	dipertahankan	Herda
2	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi ditandai dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayi tidak prematur, periode gestasi 38/39 minggu - Retraksi ringan 	9/03/2020		Herda

	<ul style="list-style-type: none"> - Distress nafas Downes score 4 (gawat nafas) - Tidak ada nafas cuping hidung - Bayi tampak gelisah - Tanda-tanda vital Nadi 164x / menit RR 62x / menit spontan SPO₂ 95% tanpa oksigen Perfusi hangat - Pola nafas lambat/dangkal - Kesadaran bayi AS 8-9 - Warna kulit putih pucat - Hasil Rontgen ECO : ASD Sekundum, PDA Sedang 			
3.	<p>Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan intoleransi makanan ditandai dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mual muntah saat minum susu - Pasien kembung sering gumoh - Distensi abdomen - Bising usus 2-4 x/menit - Residu lambung OGT ±5cc / 24 jam - Feses cair warna kuning melalui ileostomy ±50cc / 24 jam 	9/03/2020		Herda

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Klien : Bayi T

No Rekam Medis : 308XXX

Hari Rawat Ke : 9

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Risiko infeksi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : - Intake adekuat, refleks hisap kuat - Bayi tidak muntah - Pasien tidak mengigil - Tidak ada kemerahan pada area postop - Tanda-tanda vital normal Suhu 36.5-37.5°C tanpa infant warmer Nadi 140-160x/menit - Ileostomy terpasang kolostomi bag tidak bocor - Bayi tidak kuning - Kesadaran bayi sehat AS 9-10 - Tidak diare - Abdomen supel	1. Pantau tanda-tanda vital (suhu) 2. Monitor tanda dan gejala infeksi (perubahan suhu tubuh, ikterik, muntah, penurunan kesadaran, refleks hisap menurun, diare, distended abdomen, HR cepat/lambat, kejang, kulit pucat/kebiruan, sesak napas, kadar gula darah rendah) 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 5. Ganti diapers sesuai kebutuhan 6. Ambil sampel darah untuk cek laborat 7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi pada keluarga pasien seperti bayi mengalami perubahan suhu tubuh, bayi kuning, muntah, penurunan kesadaran, refleks hisap menurun, diare, perut membesar, detak jantung cepat/lambat, kejang, kulit pucat/kebiruan, sesak napas, kadar gula darah rendah 8. Ajarkan keluarga cara mencuci tangan dengan benar	1. Peningkatan suhu menjadi salah satu indikasi terjadi infeksi 2. Menghindari kondisi yang lebih buruk 3. Mengurangi resiko infeksi 4. Mengurangi resiko infeksi 5. Diapers yang penuh dengan kotoran/cairan BAK dapat meningkatkan iritasi dan risiko infeksi pada bayi dengan sistem imun yang lemah 6. Pemantauan ketat terkait infeksi 7. Keluarga membantu mengurangi risiko infeksi 8. Pencegahan infeksi 9. Keluarga memantau perkembangan kondisi bayi dan mampu mencegah perburukan kondisi 10. Meningkatkan sistem imun 11. Mengatasi penyebaran

			<p>9. Ajarkan keluarga cara memeriksa kondisi luka/luka post op (mengetahui tanda iritasi pada stoma seperti kemerahan)</p> <p>10. Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i></p> <p>11. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	infeksi sistemik
2.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, maka status pernafasan: Pertukaran Gas ditingkatkan ke deviasi ringan dari kisaran normal dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada distress nafas - Tidak ada retraksi - Downes score 0 (tidak ada gawat nafas) - Tidak ada nafas cuping hidung - Bayi tidak gelisah normal - Tanda-tanda vital Suhu 36.5-37.5°C tanpa infant warmer Nadi 140-160x/menit RR 40-60x / menit spontan SPO₂ 98-99% tanpa oksigen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas 3. Monitor adanya produksi sputum 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Auskultasi bunyi nafas 6. Monitor saturasi oksigen 7. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 8. Dokumentasi hasil pemantauan 9. Kolaborasi dengan tim medis untuk tindakan suction dan nebulizer, <i>bila ada sputum</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui adanya distress nafas 2. Mengetahui kebutuhan O₂ 3. Memantau hambatan jalan nafas 4. Protap pengendalian infeksi 5. Mengetahui adanya sumbatan jalan nafas 6. Mengetahui kadar O₂ dalam tubuh 7. Pemantauan ketat terhadap gangguan respirasi 8. Memantau perkembangan kondisi bayi 9. Membantu pengeluaran sputum/cairan

		<p>Perfusi normal, tidak dingin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas reguler - Kesadaran bayi sehat AS 9-10 - Warna kulit normal (merah muda) 		
3.	Disfungsi motilitas gastrointestinal	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, maka fungsi gastrointestinal ditingkatkan ke sedikit terganggu dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mual menurun tidak muntah - Pasien tidak kembung - Abdomen supel - Bising usus normal 5-30x/menit - Residu lambung OGT menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi (intake output, BB) 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 3. Monitor asupan makanan (intake dari ASI, infus dan medikasi lainnya) 4. Pantau bising usus. Lapor bila bising usus menurun 5. Pantau residu lambung via OGT. Catat dan laporkan dokter jika ada perubahan volume dan warna 6. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 7. Beri nutrisi secara bertahap sesuai intruksi dokter 8. Catat respon bayi terhadap nutrisi (gumoh, muntah, warna residu lambung, bising usus, ada tidaknya distensi abdomen) 9. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hb, eritrosit) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui pemenuhan nutrisi pada bayi 2. Memantau kebutuhan nutrisi 3. Memantau intake pada bayi 4. Kemungkinan obstruksi masih terjadi 5. Memantau penyebab distensi abdomen 6. Protap pengendalian infeksi 7. Mencegah risiko malnutrisi 8. Memantau pemenuhan nutrisi pada bayi 9. Memantau keberhasilan intervensi 10. Meningkatkan intake bayi 11. Meningkatkan pemenuhan nutrisi 12. Memantau fungsi usus halus sebagai organ penyerapan zat cair 13. Menentukan status gizi yang

			<p>10. Sajikan susu dengan suhu yang sesuai (Beri susu dengan suhu hangat)</p> <p>11. Pantau pengeluaran feses (ileostomy)</p> <p>12. Catat balance cairan pasien</p> <p>13. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p> <p>14. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemantauan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan</p> <p>15. Kolaborasi dengan tim medis untuk pelepasan OGT bila bayi sudah menunjukkan perbaikan dalam mencerna nutrisi seperti bayi tidak mual muntah, refleks hisap selalu kuat, ASI sering habis</p>	<p>diperlukan bayi</p> <p>14. Mengurangi cairan yang meningkatkan mual muntah dan mencegah kehilangan nutrisi yang berlebih</p>
--	--	--	--	---

TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien : Bayi T
 Umur : 26 Hari
 Ruangan : NICU
 No. Register : 308XXX

No.	Tgl/jam	Tindakan	TT	Tgl/jam	Catatan Perkembangan	TT
1,2	9/3/2020 11.30	- Memantau tanda-tanda vital Nadi 131x / menit Suhu 36.7°C dengan infant warmer Perfusi hangat	Herda	9/3/2020 14.00	Diagnosa Keperawatan 1 : Risiko infeksi S : Tidak terkaji karena pasien masih bayi O : - Post op hari ke 5 - Intake ASI 10/15cc, refeks hisap sedang - Bayi muntah saat minum susu ±1cc - Pasien tampak tidak mengigil - Tampak sedikit kemerahan pada area postop - Tanda-tanda vital Suhu 36.9°C dengan setting infant warmer 36.5°C Nadi 138x / menit	Herda
1,2,3	11.50	- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Herda			
1	11.55	- Membantu mengganti diapers				
3	12.00	- Memberi intake nutrisi ASI 10/15cc				
1	12.05	- Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	Perawat			
3	12.07	- Memantau bising usus 5x/menit				
1,2	12.09	- Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter omeprazole 1x2.5mg iv line, captopril 1x1mg oral, spironolacton 1x2mg oral	Herda		- Ileostomy terpasang kolostomi bag tidak bocor - Bayi tidak kuning - Kesadaran bayi AS 8	
2	12.10	- Memantau pola nafas	Herda		- Tidak diare	
2		- Memantau adanya produksi sputum	Herda		- Abdomen sedikit distended	

2 1 3 3 3 1,2,3 2 1 3 3 3	12.45 12.55 13.00 13.30 13.50 13.55 14.05	<ul style="list-style-type: none"> - Memantau saturasi oksigen - Membantu mengambil sampel darah untuk cek laborat - Memberi minum perspeen - Memantau asupan makan (ASI) 12/15 cc - Memantau berat badan - Mengobservasi tanda-tanda vital Nadi 138x / menit Suhu 36.5°C dengan infant warmer - Melakukan suction - Memantau tanda dan gejala infeksi - Memonitor residu OGT - Memantau pengeluaran feses (ileustomy) 	<p>Herda Herda</p> <p>Herda Herda</p> <p>Herda</p> <p>Perawat Herda</p> <p>Herda Herda</p>	9/3/2020 14.00	<p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,6,8 - Siang ini cek PCT, meronem tunggu hasil PCT, sementara cefazolin</p> <p>Diagnosa Keperawatan 2 : Gangguan Pertukaran Gas S : Tidak terkaji karena pasien masih bayi O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ada distress nafas - Retraksi ringan - Downes score 4 (gawat nafas ringan) - Tidak ada nafas cuping hidung - Bayi tampak gelisah - Tanda-tanda vital HR 138x / menit RR 41x / menit spontan SPO₂ 97% tanpa oksigen - Perfusi hangat - Pola nafas lambat/dangkal - Kesadaran bayi AS 8 - Warna kulit putih pucat - Ronki halus (+) Sputum (+) jernih cair - Pola nafas irreguler - Gelisah cukup meningkat <p>A : Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8</p>	Herda
---	---	--	---	-------------------	--	--------------

				9/3/2020 14.00	<p>Diagnosa Keperawatan 3: Disfungsi motilitas Gastrointestinal</p> <p>S : Tidak terkaji karena pasien masih bayi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mual cukup menurun muntah saat minum susu ASI 10/15cc - Pasien kembung sering gumoh - Distensi abdomen - Bising usus 5 x/menit - Residu lambung OGT ±3cc / 24 jam - Feses cair warna kuning melalui ileostomy ±40cc <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lapor balance cairan tiap pagi ke dr. Risky, 1 minggu sekali cek RFT dan UL 	Herda
1 1,2,3	10/3/2020 05.50	- Mempertahankan teknik aseptik - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Herda	10/3/2020 22.00	<p>Diagnosa Keperawatan 1: Risiko infeksi</p> <p>S : Tidak terkaji karena pasien masih bayi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Post op hari ke 6 - Intake ASI 20/25cc, refleks hisap kuat - Bayi muntah saat minum susu ±1cc - Pasien tampak tidak mengigil - Tidak ada kemerahan pada area postop - Tanda-tanda vital <p>Suhu 36.8°C dengan setting infant warmer 36.5°C</p> <p>Nadi 144x / menit</p>	Herda
1 1,3	07.00	- Mengganti diapers	Herda Herda			
1,3	08.00	- Memberikan ASI 1x25ml perspeen - Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter interlac 1x5 tetes oral, cefazoline 1x50mg iv line	Perawat Herda Herda			
2 3	08.10	- Nebul 1cc dari ventolin 1/3 + flexotide 1/3 + NaCl 2cc	Herda Herda			
3	08.30	- Memantau berat badan	Herda			

2	09.10	- Memantau pola nafas	Herda	10/3/2020 22.15	- Ileostomy terpasang kolostomi bag tidak bocor	Herda
2		- Memantau saturasi oksigen				
1,2,3	09.40	- Mendokumentasikan hasil pemantauan			- Kesadaran bayi AS 8-9	
1,2	10.00	- Memantau tanda-tanda vital Nadi 138x / menit Suhu 37.4°C dengan infant warmer	Herda Perawat		- Tidak diare	
1	11.05	- Memantau tanda dan gejala infeksi	Herda		- Abdomen sedikit distended	
1	11.12	- Mengganti diapers	Herda		A : Masalah tidak terjadi Pertahankan intervensi	
3	11.30	- Memberikan ASI 1x25cc perspeen	Herda Perawat		P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,6,8	
2	11.50	- Melakukan suction	Herda		- Siang ini cek PCT, meronem tunggu hasil PCT, sementara cefazolin	
2		- Memantau produksi sputum (tidak ada sputum)	Herda		Diagnosa Keperawatan 2: Gangguan Pertukaran Gas	
1,2	12.10	- Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter omeprazole 1x2.5mg iv line, captopril 1x1mg oral, spironolacton 1x2mg oral	Perawat		S : Tidak terkaji karena pasien masih bayi	
3	13.50	- Mencatat balance cairan dalam 24jam ; intake 296ml, total urine 150ml, BAB 70ml, total balance : excec 76ml	Herda	O :		
3	13.40	- Memonitor residu OGT	Herda	- Ada distress nafas		
		- Memantau pengeluaran feses (ileustomy)		- Retraksi ringan		
				- Downes score 4 (gawat nafas)		
				- Tidak ada nafas cuping hidung		
				- Tanda-tanda vital		
				HR 140x / menit		
				RR 45x / menit spontan		
				SPO ₂ 98% tanpa oksigen		
				Perfusi hangat		
				- Pola nafas lambat/dangkal		
				- Kesadaran bayi sehat AS 8-9		
				- Warna kulit putih pucat		

				10/3/2020 22.25	<ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas irreguler - Gelisah cukup menurun - Ronki halus (-) Sputum (+) jernih cair $\pm 1\text{cc}$ <p>A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8</p> <ul style="list-style-type: none"> - ECO ulang usia 2 bulan <p>Diagnosa Keperawatan 3: Disfungsi motilitas Gastrointestinal</p> <p>S : Tidak terkaji karena pasien masih bayi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mual cukup menurun muntah saat minum susu - Pasien kembung sering gumoh - Distensi abdomen - Bising usus 2-6 x/menit - Residu lambung OGT $\pm 1\text{cc}$ / 24 jam - Feses cair warna kuning melalui ileostomy $\pm 70\text{cc}$ <p>A : Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,12</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lapor balance cairan tiap pagi ke dr.Risky, 1 minggu sekali cek RFT dan UL (tanggal 14/3/2020) 	Herda
1,2,3	11/3/2020 14.00	- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Herda	11/3/2020 21.45	<p>Diagnosa Keperawatan 1: Risiko infeksi</p> <p>S : Tidak terkaji karena pasien masih bayi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Post op hari ke 7 	Herda

1,2		- Mengganti diapers - Memantau tanda-tanda vital Nadi 138x / menit Suhu 36.8°C dengan infant warmer Perfusi hangat	Herda Herda		- Intake ASI 15/15cc, refeks hisap sedang - Bayi tidak muntah saat minum susu - Pasien tampak tidak mengigil - Tidak ada kemerahan pada area postop - Tanda-tanda vital	
3	15.00	- Memberi minum perspeen ASI 1x15	Herda		Suhu 36.9°C dengan setting infant warmer	
1	16.00	- Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter cefazoline 1x50mg,	Perawat		36.5°C	
2		- Nebul 1cc dari ventolin 1/3 + flexotide 1/3 + NaCl 2cc	Perawat		Nadi 155x / menit	
1,2,3	16.45	- Mengganti diapers	Herda		- Ileostomy terpasang kolostomi bag tidak bocor	
1	18.00	- Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	Herda		- Bayi tidak kuning	
	19.00	- Memantau pola nafas	Herda		- Kesadaran bayi AS 8-9	
2		- Memantau adanya produksi sputum	Herda		- Tidak diare	
1	19.55	- Memantau saturasi oksigen	Herda		- Abdomen supel	
2		- Memberi minum perspeen	Herda		A : Masalah tidak terjadi.	
3	21.00	- Memantau asupan nutrisi	Herda		P : Pertahankan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8	
3	21.05	- Memantau tanda-tanda vital	Herda		Diagnosa Keperawatan : Gangguan Pertukaran Gas	
1,2,3	21.20	Nadi 140x / menit	Herda	11/3/2020	S : Tidak terkaji karena pasien masih bayi	Herda
	21.30	Suhu 36.7°C dengan infant warmer Perfusi hangat		21.50	O :	
1	21.45	- Memantau tanda dan gejala infeksi	Herda		- Tidak ada distress nafas	
3	21.50	- Memonitor residu OGT	Herda		- Retraksi ringan	
3	22.05	- Memantau pengeluaran feses (ileostomy)			- Downes score 3 (tidak gawat nafas)	
					- Tidak ada nafas cuping hidung	
					- Bayi tampak gelisah	
					- Tanda-tanda vital	
					HR 145x / menit	

				<p>RR 41x / menit spontan SPO₂ 95% tanpa oksigen Perfusi hangat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola nafas lambat/dangkal - Kesadaran bayi AS 8-9 - Warna kulit putih pucat - Pola nafas irreguler - Gelisah menurun, pasien tenang - Ronki (-) Sputum (-) - Pola nafas irreguler - Tidak ada bunyi nafas tambahan <p>A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi - ECO ulang usia 2 bulan</p> <p>11/3/2020 21.05</p> <p>Diagnosa Keperawatan : Disfungsi motilitas Gastrointestinal</p> <p>S : Tidak terkaji karena pasien masih bayi O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mual menurun tidak muntah - Intake nutrisi ASI 15/15 cc, OGT dilepas - Pasien kembung sering gumoh - Abdomen supel - Bising usus 5 x/menit - Feses cair warna kuning melalui ileostomy ±80cc <p>A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,12</p>	Herda
--	--	--	--	---	--------------

					- Lapor balance cairan tiap pagi ke dr.Risky, 1 minggu sekali cek RFT dan UL (tgl 14/3/2020)	
--	--	--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan pada By. T dengan diagnosa medis Neonatus aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD sekundum PDA sedang di ruang NICU Rumah Sakit Premier Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah meminta ijin kepada perawat ruangan, penulis juga meminta ijin kepada orang tua pasien serta menjelaskan maksud dan tujuan yaitu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien, sehingga keluarga terbuka, mengerti dan mendukung secara kooperatif terhadap penulis. Penulis melakukan pengkajian pada bayi T dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari rekam medis serta pemeriksaan penunjang lainnya.

4.1.1 Identitas

Pada tinjauan kasus pasien adalah seorang bayi laki-laki bernama bayi T, berusia 26 hari. Pasien merupakan anak pertama dari Tn.S dan Ny. D. Bayi lahir pada usia kehamilan 38/39 minggu dengan berat badan 2200 gram. Tn.E berusia 53 tahun dan Ny.D berusia 46 tahun. Menurut Sinsin (2008, dalam Marcella & Salafas, 2018) kehamilan pada usia tua (35 tahun keatas)

menyebabkan risiko timbulnya kombinasi antara penyakit usia tua dan kehamilan yang menyebabkan risiko meninggal atau cacat pada bayi dan ibu hamil menjadi bertambah tinggi. Analisa peneliti, semakin bertambah usia manusia maka semakin lemah fungsi organ tubuh manusia termasuk organ-organ yang digunakan dalam proses persalinan mulai dari periode gestasi, kontraksi rahim hingga bayi keluar melewati vagina ditambah lagi ibu yang memiliki penyakit bawaan yang semakin menurunkan kualitas kehamilan. Jika kondisi kesehatan menurun, maka kualitas sel telur pun akan menurun sehingga meningkatkan risiko keguguran, serta kelainan / cacat bawaan pada janin yang bisa timbul akibat kelainan kromosom.

4.1.2 Keluhan Utama

Pada pengkajian awal kasus bayi T di IGD Rumah Sakit Premier Surabaya di dapatkan keluhan utama yang muncul bayi mengalami muntah 3 kali berwarna hijau kekuningan. Analisa penulis, muntah hijau dapat menjadi keluhan utama bayi dengan ileus obstruktif karena kemungkinan bayi mengalami malrotasi usus dimana neonatus mengalami muntah berwarna hijau atau muntah bilier karena obstruksi setinggi duodenum oleh pita kongenital dan merupakan gejala utama adanya obstruksi usus pada bayi dan anak (Jurnalis et al., 2013). Hal ini sejalan dengan bayi T yang terdiagnosa ileus atau obstruksi ileum letak tinggi. Berdasarkan patofisiologis sistem gastrointestinal, liver berfungsi untuk mensekresi cairan dari kantung empedu yang digunakan untuk mengemulsi lemak dan mentralkan asam pada isi lambung yang sudah keluar melalui sfingter pilorus. Analisa peneliti, ASI yang sudah dicerna bayi T sudah bercampur dengan cairan empedu di duodenum sehingga saat terjadi refluks gastroesofagus atau isi

lambung kembali kedalam esofagus secara involunter (Azizah, 2014), muntah bayi berwarna hijau. Muntah dapat di jumpai bersamaan dengan mulainya nyeri dengan kemungkinan kambuh jika obstruksi terjadi. Muntah dapat di jumpai bersamaan dengan mulainya nyeri dengan kemungkinan kambuh jika obstruksi terjadi (Sari, 2015).

Obstruksi pada usus menyebabkan terkumpulnya isi usus proksimal dari tempat sumbatan dan menyebabkan distensi usus. Udara yang tertelan yang merepresentasikan 70% udara pada saluran cerna, menyebabkan distensi ini bertambah. Karena vena dan arteri memperdarahi usus secara tangensial, dan karena distensi tersebut, tekanan terhadap pembuluh darah lebih cepat terjadi. Di awal pengkajian masuk, abdomen pada bayi T juga menunjukkan distensi oleh karena itu bayi perlu mendapatkan tindakan laparotomi segera dengan indikasi pencegahan komplikasi ileus obstruktif pada tanggal 4 Maret 2020 karena apabila tidak dilakukan tindakan segera kemungkinan bayi dapat menuju kondisi dimana vena dengan tekanan yang lebih kecil, lebih cepat terpengaruh dengan penurunan aliran darah pada vena sehingga cairan yang berisi protein dan garam mulai keluar dari kapiler dan menyebabkan edema. Akumulasi cairan intraluminal meningkat karena sekresi aktif dan penurunan absorpsi sehingga sel darah merah mulai keluar dari kapiler, aliran vena kemudian terhenti sementara aliran arteri tetap terjaga, darah terakumulasi pada dinding dan lumen usus. Jika proses ini tetap berlanjut, terjadilah ganggren, integritas usus rusak dan terjadilah peritonitis.

4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Menurut Sari (2015) Simptom pertama dari obstruksi intestinal adalah kejadian tiba-tiba dari nyeri abdominal. Nyeri ini intermiten, dengan adanya

jeda diantaranya yang lebih lama dari rasa nyerinya sendiri. Nyeri biasanya berada di daerah periumbilikal untuk obstruksi di bagian tengah. Namun, pasien adalah neonatus sehingga tidak bisa merespon nyerinya secara verbal. Nyeri pada pasien neonatus dapat dikaji menggunakan skala nyeri Neonatal Infant Pain Score (NIPS). Bayi T menunjukkan total skor 7 dimana bila skor menunjukkan lebih >3 berarti bayi mengalami nyeri hal ini di dukung dengan kondisi bayi T dengan ekspresi wajah meringis, menangis keras, perubahan pola pernafasan terkadang cepat 62x/menit, lengan kaki fleksi/ekstensi, dan kondisi kesadaran rewel.

Tanda-tanda vital bayi T menunjukkan suhu 36.4°C dengan bantuan infant warmer 37.4°C. Infant warmer adalah salah satu alat elektromedik yang digunakan untuk memberikan kenyamanan dan kehangatan pada bayi yang baru dilahirkan, dimana bayi tersebut membutuhkan suhu yang sesuai dengan suhu didalam rahim ibu yaitu antara 34–37°C, ini dimaksudkan agar suhu tubuh bayi dapat disesuaikan dengan lingkungannya, maka alat ini dibuat agar bayi yang baru lahir dapat merasakan suhu diluar rahim ibu akan sama dengan suhu yang ada di dalam rahim ibu (Kanastriloka et al., 2003). Suhu sekitar bayi dikondisikan sesuai dengan kebutuhan bayi agar bayi mampu beradaptasi dan tidak rentan terhadap penyakit (Nurchahya et al., 2016). WHO mendefinisikan suhu normal pada bayi baru lahir 36.5-37.5°C, dan klasifikasi hipotermia ringan (36-36.5°C), sedang (32-36°C) dan berat (<32°C). Bahkan di tempat suhu hangat, bayi baru lahir bisa mengalami kesulitan mempertahankan panas, terutama karena cairan amnion menguap dari cairan kulit.

Bayi baru lahir kehilangan panas empat kali lebih besar dari pada orang dewasa, sehingga mengakibatkan hipotermia. Pada 30 menit pertama bayi dapat mengalami penurunan suhu 3-4°C. Pada ruangan dengan suhu 20-25°C suhu kulit bayi turun sekitar 0.3°C per menit. Penurunan suhu diakibatkan oleh kehilangan panas secara konduksi, konveksi, evaporasi dan radiasi. Kemampuan bayi yang belum adekuat memproduksi panas mengakibatkan bayi sangat rentan untuk mengalami hipotermia. Suhu rendah pada bayi mengakibatkan proses metabolik dan fisiologi melambat. Kecepatan pernafasan dan denyut jantung sangat melambat, tekanan darah rendah dan kesadaran menghilang. Bila keadaan ini terus berlanjut dan tidak mendapatkan penanganan maka dapat menimbulkan kematian pada bayi baru lahir .

Sebenarnya, penggunaan infant warmer dapat digantikan dengan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) karena menurut hasil penelitian Sa'adah et al, (2018) menunjukkan IMD memiliki pengaruh yang sama dengan *infant warmer* terhadap hipotermi bayi baru lahir namun analisa peneliti bayi T sedang menjalani perawatan di ruang NICU sehingga IMD tidak bisa dilakukan. Disamping itu, bayi T dilahirkan melalui Sectio Caesaria (SC) dimana persalinan sectio caesaria (SC) lebih rentan mengalami perubahan suhu atau kehilangan panas yang signifikan dibandingkan dengan yang dilahirkan melalui persalinan normal karena suhu kamar operasi yang cukup rendah dibandingkan suhu ruangan sekitar (Sa'adah et al., 2018) oleh karena itu bayi T harus menggunakan *infant warmer* setting 1-1.5°C dari suhu tubuh dengan target peningkatan suhu 0.5-1°C/jam.

Menurut Alasiry (2008), bayi yang menunjukkan perfusi perifer yang buruk adalah CRT >3 menit, kulit dingin, dan kulit tampak *mottled*. Hasil pengkajian lainnya, pada bayi T ditemukan kulit *mottled*. Kulit *mottled* pada bayi juga dikarenakan kondisi tubuh bayi T yang belum stabil. Analisa penulis, bayi T masih menunjukkan perfusi perifer yang cukup baik karena kulit CRT <3 menit dan akral hangat.

Disamping itu, bayi T terpasang OGT pasca ileostomy sebagai langkah evaluasi residu pasca operasi. Menurut Astuti (2016), pemantauan residu lambung dilakukan untuk evaluasi proses digesti sebelum pemberian minum berikutnya, sehingga risiko terjadinya gangguan intoleransi pemberian minum berikutnya dapat diketahui karena residu lambung yang berupa perdarahan dan berwarna hijau dapat berhubungan dengan kejadian risiko NEC. Analisa peneliti, bayi T tidak mengindikasikan perdarahan gastrointestinal berupa warna residu kemerahan ataupun hijau namun bayi sudah menunjukkan tanda pemulihan bedah gastrointestinal yaitu residu berwarna putih susu sehingga pemberian nutrisi dapat dilakukan.

4.1.4 Riwayat Kehamilan Dan Persalinan

1. Prenatal Care

Berdasarkan pengkajian data dari rekam medis, saat hamil ibu pasien tidak pernah mengonsumsi obat herbal / obat di luar resep dokter mengingat tidak semua obat aman digunakan pada masa kehamilan karena banyak obat yang dapat melintasi plasenta bahkan beberapa obat dapat menyebabkan cacat lahir (teratogenesis), dan risiko terbesar terjadi pada kehamilan 3-8 minggu. Pada trimester kedua dan ketiga, obat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan

perkembangan fungsional pada janin atau meracuni plasenta kecuali obat golongan vitamin yang merupakan salah satu faktor utama dalam mempertahankan kondisi tubuh pada masa kehamilan maupun melahirkan janin yang sehat (Masliana et al., 2019). Analisa peneliti, ibu pasien juga rutin melakukan kontrol kehamilan di RS setempat mengingat orang tua juga mengharapkan kehadiran seorang anak setelah bertahun-tahun mengalami kegagalan disamping itu kepatuhan ini juga mendukung pemantauan kualitas kehamilan sehingga janin yang berkembang tidak sempurna dapat segera diketahui dan dilakukan penanganan.

2. Natal Care

Usia gestasi (usia kehamilan) adalah waktu yang dibutuhkan seorang ibu dari masa konsepsi hingga kelahiran. Usia gestasi terbagi menjadi tiga golongan yakni usia gestasi awal (*pre term*) dengan usia kehamilan <38 minggu, usia gestasi penuh (*term*) dengan usia kehamilan antara 38-42 minggu, dan usia gestasi terlewat (*post term*) dengan usia kehamilan >42 minggu (Fanni & Adriani, 2017). Saat usia gestasi 38/39 minggu (usia penuh / aman untuk melahirkan), ibu tak kunjung menunjukkan tanda-tanda ingin melahirkan. Analisa peneliti, ibu mendapatkan berbagai pemeriksaan dan dianjurkan agar janin harus segera dilahirkan melalui Sectio Caesaria (SC) karena bayi memiliki indikasi Omphalocele, jika dipaksakan melahirkan spontan akan mempersulit proses melahirkan bahkan resiko terjadi gastroschisis.

3. Postnatal Care

Bayi T lahir dengan usus keluar di daerah umbilikus (omphalochele) dimana seharusnya pada usia kehamilan 6-10 minggu usus dan organ-organ dalam seperti

hati, kandung kemih, lambung akan menonjol keluar dan akan kembali masuk ke rongga perut saat usia kehamilan 11 minggu namun pada kasus omphalocele organ-organ tersebut tidak kembali masuk ke dalam rongga perut. Disisi lain, bayi T mengalami keadaan klinis katub jantung belum menutup. Faktanya, setelah bayi dilahirkan bayi akan mengalami proses pengantaran oksigen ke seluruh jaringan tubuh, oleh karena itu terjadi perubahan pada sistem kardiovaskuler bayi yaitu penutupan foramen ovale pada atrium jantung dan penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta (Putra dkk, 2016) namun hal ini tidak terjadi pada bayi T dimana hasil ECO menunjukkan bayi T mengalami ASD sekundum PDA sedang.

4.1.5 Riwayat Masa Lampau

Dikarenakan pasien masih neonatus sehingga pasien tidak memiliki riwayat penyakit waktu kecil. Sejak dilahirkan, bayi T sudah mendapatkan perawatan di RSIA Putri Surabaya sebagai bayi hasil post partum, kemudian dirujuk ke NICU RS Premier Surabaya tanggal 14 Februari 2020 dan menjalani perawatan selama 14 hari sebelum akhirnya dipulangkan kemudian kembali lagi ke RS Premier pada tanggal 4 Maret 2020. Penggunaan obat-obatan bayi T dari RSIA Putri Surabaya tidak diketahui. Bayi belum pernah mendapat tindakan operasi atau tindakan lain. Bayi tidak memiliki alergi obat atau pun makanan. Bayi tidak pernah mengalami kecelakaan. Pasca dilahirkan hingga kini, pasien yaitu imunisasi lengkap Hb0, BCG, Polio 1.

4.1.6 Kebutuhan Dasar

A. Pola Nutrisi

Bayi T terpasang CVC No. 3 dengan terapi infus D10% 0.18 Salin 200cc + Aminosteril 25cc / 24 jam. Pasien minum ASI 8x15ml secara oral menggunakan botol susu, beberapa saat di kombinasikan dengan sufor 1:40 secara oral menggunakan botol susu. Salah satu penatalaksanaan ileus obstruksi post laparotomi adalah dengan koreksi elektrolit. Bila dideteksi, biasanya dijumpai kadar kalium atau natrium yang rendah, juga didapatkan hipomagnesia dan hilangnya protein dalam jumlah besar dapat menyebabkan atoni usus. Defisiensi magnesium dan kalium juga berhubungan dengan berpindahnya cairan antara kompartemen fisiologi dan dapat memperpanjang terjadinya ilues post operatif berulang (Sari, 2015). Analisa peneliti, kalium dan natrium pada bayi T masih dalam rentang normal sehingga bayi T belum menunjukkan risiko terjadinya atoni usus.

Manajemen nutrisi pada pasien *post-op* bedah gastrointestinal dilakukan dengan pemantauan ketat warna residu OGT dimana meski jumlah cairan OGT minimal, namun warna cairan lambung kemerahan atau hijau berarti saluran cerna bayi belum siap menerima minum secara enteral (Zubaidah et al., 2013). Tindakan lain untuk mengurangi muntah saat pemberian minum adalah pemberian minum secara intermitten melalui drip selama 1,5 - 2 jam setiap kali pemberian, meningkatkan jumlah pemberian minum secara perlahan, mengatur posisi kepala 30 derajat selama dan setelah minum, memantau frekuensi, jumlah serta karakteristik muntah, serta menimbang berat badan setiap hari.

Bising usus pada bayi T sekitar 2-6 kali/menit. Observasi frekuensi bising usus perlu dilakukan karena salah satu tanda kondisi intestinal yang sudah baik jika frekuensi peristaltik usus anak berada di rentang normal yaitu 5-15 kali/menit. Analisa peneliti, peristaltik usus bayi T cenderung hipoaktif sehingga pemantauan ketat dapat dilakukan untuk menjadi rujukan keberhasilan penatalaksanaan operasi ileus obstruksi.

B. Pola Tidur

Pasien crying dan rewel hanya saat stoma bag penuh, terjaga tenang bila sedang minum susu, pasien mengantuk lagi bila cairan dari stoma bag sudah di buang, pasien tidak tidur aktif, pasien tidur tenang dengan posisi miring kanan, tidur setiap 3 jam sekali. Kualitas tidur bayi bisa menjadi indikator perkembangan kesehatannya. Gangguan tidur pada bayi baru lahir ditandai perilaku rewel bayi saat jam tidur. Kurang tidur pada bayi juga bisa mengakibatkan berbagai masalah, dari penurunan kekebalan tubuh, gangguan pertumbuhan dan perkembangan fisik, hingga berdampak terhadap tumbuh-kembang otak bayi, terutama kemampuan berpikirnya ketika dewasa karena sebagian besar kerja hormon pertumbuhan terjadi ketika dalam keadaan tidur (Ningtyas, 2019). Analisa peneliti, rewel pada bayi T mengindikasikan bayi kurang tidur atau tidak mendapatkan kualitas tidur yang baik sehingga kemungkinan penurunan sistem imun dapat terjadi dan semakin membuat bayi lemah apalagi bayi juga harus mengatasi masalah infeksiya sendiri.

C. Pola Aktivitas/Bermain

Saat di RS (NICU), pasien bangun jika merasa lapar/haus dan terbangun bahkan menangis jika stoma bag mengembang/stoma bag terisi penuh. Gerakan

motorik kuat. Gerakan menyeluruh terjadi di seluruh tubuh bila salah satu bagian tubuh distimulasi, walaupun gerakan yang paling menonjol terjadi pada bagian yang diberi stimulasi. Biasanya gerakan menyeluruh semakin meningkat dan semakin sering terjadi dari hari ke hari. Gerakan terbesar biasanya terjadi pada pagi hari setelah tidur yang relatif lama, sedangkan paling sedikit di siang hari mungkin lelah karena dimandikan dan dikenakan pakaian pada pagi harinya. Rasa lapar, sakit, dan perasaan tidak enak juga akan menimbulkan banyak gerakan.

D. Pola Eliminasi

Laparotomi merupakan suatu prosedur pembedahan yang dilakukan pada pasien yang menderita trauma abdomen dengan hemoperitoneum, perdarahan gastrointestinal, nyeri abdomen akut, nyeri abdomen kronik, dan jika ditemukan kondisi klinis intraabdomen yang membutuhkan pembedahan darurat seperti peritonitis, ileus obstruksi dan perforasi dengan insisi pada dinding perut atau abdomen (Tanio dkk, 2017). Bayi T merupakan pasien dengan laparotomi yang melakukan defekasi melalui stomabag. BAB terakhir dibuang pukul 14:00 ±50cc dengan konsentrasi cair, berwarna kuning, bau khas feses neonatus.

Bayi baru lahir umumnya mempunyai aktivitas laktase belum optimal sehingga kemampuan menghidrolisis laktosa yang terkandung di dalam nutrisi (ASI / susu formula) juga terbatas. Keadaan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan osmolaritas di dalam lumen usus halus yang mengakibatkan peningkatan frekuensi defekasi. Bayi T sering melakukan defekasi sehingga stoma bag sering penuh dengan durasi waktu yang cepat. Feses cair juga diakibatkan proses defekasi yang terlalu sering dan cepat. Semakin lama frekuensi defekasi maka semakin padat feses yang dikeluarkan. Disamping itu, jenis laparotomi yang

dialami bayi T adalah transverse lower abdomen incision, yaitu insisi melintang di bagian bawah 4 cm di atas anterior spinal iliaka dimana pada letak ini enzim pencernaan masih keluar sehingga feses yang keluar cair. Sedangkan untuk pengeluaran urin, bayi T tidak mengalami gangguan eliminasi urin. Tanggal 10 Maret 2020 urin bayi T ± 35 ml dan tanggal 11 Maret 2020 urin ± 58 ml dengan popok.

4.1.7 Keadaan Umum (Penampilan Umum)

A. Cara Masuk

Menurut hasil rekam medis, pasien datang ke IGD RS Premier Surabaya atas dasar rujukan dari RSIA Putri Surabaya dengan tidak di gendong ibunya namun di bawa dengan box bayi tanpa infus tanggal 4 Maret 2020. Kemudian bayi di pindahkan ke ruang NICU RS Premier Surabaya untuk mendapatkan perawatan intensif. Menurut Hendrawati et al., (2017) Bayi yang mendapatkan perawatan di rumah sakit, apalagi di ruang perawatan intensif, sering mengalami masalah, terutama infeksi, stres hospitalisasi, serta gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Penulis menganalisa bahwa bayi baru lahir dengan omphalocele harus di rawat di ruangan yang minimal risiko infeksi mengingat omphalocele rentan terkontaminasi kuman / bakteri dari luar. Selain itu, ruangan yang memadai dengan peralatan monitoring yang lengkap juga di perlukan bayi T yang lahir dengan kondisi prematur.

B. Keadaan Umum

Kesadaran bayi T composmentis, bayi tampak menangis keras (melengking), gelisah / mudah rewel. Peneliti berasumsi, berdasarkan *Neonatal Infant Pain Score* (NIPS), keadaan umum pada bayi T mengindikasikan bayi yang

sedang mengalami nyeri dimana bayi menangis keras hingga melengking dan kesadaran gelisah / mudah rewel.

4.1.8 Tanda-Tanda Vital

Pada pengkajian tanda-tanda vital, bayi T memiliki suhu 36.4°C dengan setting infant warmer 37.4°C, nadi 164x / menit, RR 62x / menit spontan, TB / BB 3 cm / 2465 gram, SPO2 94-95% tanpa oksigen. Bayi T memiliki riwayat BBLR (Berat Badan Lahir Rendah). Kadar saturasi oksigen pada bayi baru lahir rendah dapat menunjukkan kelainan hemodinamika pada bayi. Pengukuran kadar saturasi oksigen dapat mendeteksi dini kelainan-kelainan bawaan pada bayi (Kaunang et al., 2015). Asumsi peneliti, bayi T lahir pada fase *aterm* dan saat ini memiliki kadar oksigen yang normal karena target saturasi oksigen pada prematur 88-92%, *aterm* <95% dan bayi dengan kelainan jantung bawaan 85%.

4.1.9 Pemeriksaan Fisik

A. Pemeriksaan Kepala dan Rambut

Rambut warna hitam tipis, distribusi rata, kulit kepala bersih, ubun-ubun besar datar. Analisa peneliti, kasus ileus obstruktif pada bayi T tidak memiliki gangguan pada kepala dan rambut.

B. Mata

Ileus obstruktif merupakan gangguan saluran pencernaan dan tidak berpengaruh pada kondisi mata. Dari hasil pemeriksaan diperoleh bayi T tidak cowong, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada alat bantu, pupil 3mm/3mm, refleks cahaya (+/+).

C. Hidung

Hasil pemeriksaan fisik pada bayi T diperoleh ada distress nafas, tidak sianosis, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak terpasang alat bantu pernafasan, sekret (+). Apabila distress pernafasan bayi di kaji menggunakan *downess score* maka bayi tergolong gawat nafas ringan dengan skor 4 dimana RR 62 kali/menit, retraksi ringan, tidak ada sianosis, air entry penurunan ringan udara masuk, merintih dapat di dengar dengan stetoskop. Analisa peneliti, kondisi gawat nafas ini juga dapat dipengaruhi oleh kondisi lain.

D. Telinga

Pasien dengan ileus obstruktif tidak mengalami gangguan pada telinga kecuali terdapat cacat bawaan pada fungsi pendengaran. Kondisi bayi T adalah kondisi umum bayi yang tidak memiliki gangguan pendengaran seperti aurikula terbentuk, telinga bersih, tidak ada serumen maupun cairan.

E. Mulut dan Tenggorokan

Tidak ada gigi, bibir lembab, lidah bersih. Refleks hisap moro (+), sucking (+), grasping (+), rooting (+). Terpasang OGT, residu lambung $\pm 5\text{cc}$ / 24 jam warna putih susu. Pemasangan NGT/OGT pada kasus post op ileus obstruktif dapat membantu proses dekompresi (Sari, 2015). Analisa peneliti, residu yang jernih sebagai hasil dekompresi dapat menjadi salah satu tindakan evaluasi keberhasilan operasi laparatomi. Hal ini berhubungan dengan kemampuan bayi menerima nutrisi dengan kasus ileus obstruktif yang hanya dapat diberikan nutrisi bila residu berwarna jernih. Selama residu belum jernih, pasien dipuasakan dan mendapat nutrisi dari axila line. Jika residu sudah mulai jernih dan tidak distended abdomen, perlahan nutrisi per oral diberikan dimulai dengan

jumlah dan frekuensi yang perlahan dan mudah di cerna organ-organ pencernaan karena bila dalam 4 hari saluran pencernaan tidak dilewati makanan maka vili-vili gastrointestinal akan mengalami atropi. Nutrisi akan di tingkatkan perlahan apabila pasien tidak menunjukkan penurunan fungsi gastrointestinal seperti penurunan frekuensi bising usus, distended abdomen, dan penurunan produksi eliminasi fekal.

F. Tengku dan Leher

Pergerakan leher bebas. Terpasang CVC No. 3 di clavícula dextra sambung infus. Peneliti berasumsi bahwa pemasangan CVC ini digunakan sebagai tambahan pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi mengingat nutrisi per oral pun masih sering di muntahkan, minum ASI tidak habis dan adanya residu. Pantau adanya phlebitis karena Total Parenteral Nutrition (TPN) yang terlalu lama dapat membawa pasien berada pada kondisi resiko sepsis sehingga pada hari ke 3 evaluasi, CVC bayi sementara dilepas karena tindakan TPN memiliki komplikasi mekanik, metabolik, dan infeksi / sepsis yang dapat ditanggulangi dengan pemberian antibiotik. Kejadian sepsis juga dapat diminimalkan dengan digunakannya kateter karet silikon perkutaneus (Effendi & Nugraha, 2011).

G. Pemeriksaan Thorax/Dada

Berdasarkan hasil pengkajian bayi T diperoleh irama nafas irreguler, suara nafas ronki basah, retraksi (+) ringan dengan pola nafas lambat dangkal, sputum (+) serta ditemukan S1S2 tunggal murmur (+) gallop (-) pada kardiovaskular. Asumsi peneliti, masalah yang timbul dari hasil pemeriksaan thorax/dada bukan karena gangguan di paru-paru melainkan akibat penyakit jantung bawaan (PJB) sehingga dari hasil pengkajian bayi masih bisa melakukan kompensasi tanpa alat-

alat bantu pernafasan. PDA sedang dan ASD sekundum pada bayi T menyebabkan peningkatan kadar volume darah menuju pulmonal oleh karena itu pertukaran O₂ dan CO₂ menjadi tidak optimal dan dapat muncul masalah gangguan pertukaran gas.

H. Punggung

Peneliti berasumsi, ileus obstruksi tidak menimbulkan gangguan pada punggung hal ini dibuktikan pada bayi T dengan tidak adanya spina venida. Tidak ada kelainan pada tulang karena ileus obstruksi merupakan kondisi dimana timbul gangguan pada sistem pencernaan.

I. Pemeriksaan Abdomen

Bayi T memiliki bentuk abdomen agak distended. Tidak ada nyeri tekan. Bising usus 2-6x/menit. Tali pusar terawat. Menurut Sari (2015), inspeksi pada abdomen bisa memperlihatkan distensi dari obstruksi persisten. Lingkaran usus dengan peristaltik yang tampak mungkin dapat terlihat di bawah dinding perut pada pasien yang sangat kurus. Suara dengan nada tinggi, suara seperti gesekan besi merupakan karakteristik dari obstruksi dan kadang dapat didengar tanpa menggunakan stetoskop. Suara-suara ini melambangkan kehadiran air-udara.

Motilitas dengan semburan yang hebat dari peristaltic terjadi dibagian proksimal dari obstruksi. Durasi dari interval diam diantara semburan dan peristaltik mungkin menunjukkan tingkat obstruksi; pada obstruksi bagian tinggi waktu jedanya mungkin antara 3 sampai 5 menit, dimana pada obstruksi bagian rendah waktu jedanya mungkin terjadi antara 10 sampai 15 menit. Peristaltik usus terjadi akibat kinerja sistem saraf simpatis yang merupakan inhibitor dari motilitas saluran cerna. Peneliti berasumsi bayi T memiliki peristaltik obstruksi usus bagian

bawah yaitu 4-6 kali/jam dan cenderung hipoaktif padahal seharusnya peristaltik usus menjadi lebih aktif pada periode post operatif sehingga peningkatan aktivitas ini menurunkan pelepasan neurotransmitter asetilkolin dan meningkatkan inhibisi dari gerakan usus.

J. Pemeriksaan Kelamin dan Daerah Sekitarnya (Genetalia dan Anus)

Bayi T tidak memiliki kelainan genetalia. Kaji kelengkapan genetalia (laki laki: penis, skrotum, perempuan: labia minora, labia mayora, klitoris), fungsi buang air besar dan fungsi buang air kecil, kebersihan, terpasang kateter karena jika ileus obstruksi sudah lama tidak ditangani dapat menyebarkan infeksi pada organ lain terutama organ terdekat ileus misalnya pada kasus peritonitis.

K. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Peneliti berasumsi, pada umumnya pasien dengan ileus obstruksi akan mengalami kondisi lemas. Hal ini dapat diakibatkan dari nyeri akut yang muncul dan risiko infeksi yang menurunkan stamina tubuh bayi. Pada bayi T ditemukan akral hangat, kering, merah. Edema pitting extremitas inferior (-/-), CRT < 2 detik.

L. Pemeriksaan Integumen

Pada hasil pengkajian bayi T ditemukan warna kulit putih pucat + mottled. Turgor kulit elastic kering. Bayi T mengalami masalah pada kardiovaskular dimana PDA sedang ASD sekundum dapat mengganggu pertukaran gas. Oleh karena itu, masalah perfusi jaringan juga akan timbul dengan tanda-tanda pucat bahkan mottled.

4.1.10 Pemeriksaan Penunjang

Bayi T mengalami beberapa kondisi dimana hasil pemeriksaan keluar dari nilai normal misalnya saja CRP meningkat 43.40 mg/L (0.10-4.10), procalcitonin tinggi 0.59 ng/mL (0.00-0.05). CRP dan procalcitonin tinggi memang dapat menjadi parameter terjadinya infeksi namun perlu diketahui bahwa kondisi klinis juga dibutuhkan untuk mengindikasikan infeksi seperti bayi T yang menunjukkan CRP dan procalcitonin tinggi namun tubuhnya masih mampu mengkompensasi kondisi tersebut dengan memperhatikan refleks hisap bayi yang masih kuat dan suhu tubuh tidak panas.

Di sisi lain, hasil pemeriksaan penunjang lain seperti USG menunjukkan kondisi ileus letak tinggi, hidronefrosis bilateral, omphalocele. Sedangkan hasil ECO bayi T menunjukkan ASD Sekundum PDA Sedang. Pemeriksaan X-ray menunjukkan lingkaran distensi dari usus dengan air-fluid level, mungkin adalah sebuah obstruksi mekanik, dimana sebagian besar lingkaran usus kecil yang dilatasi berisi gas dalam usus besar biasanya ditemukan pada ileus dinamik.

CT baru-baru ini digunakan untuk mendiagnosis obstruksi intestinal postoperative karena adhesi. Hasil CT yang memperlihatkan obstruksi terlilit adalah seperti paruh yang bergerigi, edema mesenteric atau kendornya jaringan, dan penebalan dinding perut sedang ke berat. Sebaliknya, obstruksi simple mungkin dapat dilihat saat paruh berbentuk mulus, tidak ada perubahan mesenteric, dan dinding perut adalah normal atau sedikit menebal. Asumsi peneliti, pemeriksaan penunjang memang diperlukan untuk mendiagnosis

penyakit secara pasti bahkan letaknya pun dapat terlihat sehingga dapat meminimalkan kesalahan dan resiko cedera pasca operasi.

4.1.11 Terapi

Menurut Sari (2015), penatalaksanaan post op laparotomi adalah dengan koreksi elektrolit, pemasangan NGT, penggunaan opioid untuk analgesia, morfin sulfat meningkatkan tonus usus dan amplitude kontraksi usus, tetapi mengurangi kekuatan motor colon, sebagai hasilnya tidak terjadi motilitas usus. Kemungkinan lainnya adalah kehilangan darah intraoperatif dan dosis pemakaian opiate postoperasi yang berlebih. Bayi T memperoleh terapi injeksi omeprazole 2 x 2.5 mg; cefazoline 3 x 50 mg. Terapi oral, interlac drop 1x5 tetes; captopril 2x1 mg, spironolacton 1x2 mg, nebulizer ventolin 1/3 + flexotide 1/3 + NaCl 2cc 3x1, transfusi PRC ke-2 13ml / 3 jam pasca operasi, rawat luka steril sufratul di tutup dengan opsite, infus D10% 0.18 Salin 200cc + Aminosteril 25cc / 24 jam. Asumsi peneliti, pada bayi dengan post op laparotomi memerlukan antibiotik, analgesik jika bayi menunjukkan tanda-tanda nyeri, OGT untuk pemantauan residu, resusitasi cairan karena defisiensi magnesium dan kalium berhubungan dengan berpindahnya cairan antara kompartemen fisiologi dan memperpanjang terjadinya ilues post operatif berulang. Transfusi dapat dilakukan bila terjadi perdarahan berlebih dan sebagai tambahan adalah program perawatan luka untuk mencegah resiko infeksi pada luka post op. Penggunaan morfin sulfat diberikan sesuai indikasi dan pertimbangan-pertimbangan karena penggunaan obat ini dapat mengurangi kinerja motilitas usus.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tahap ini penulis merumuskan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan data yang diperoleh dari pasien saat pengkajian. Diagnosa yang terdapat pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus menghasilkan beberapa persamaan diagnosa. Diagnosa yang ada pada tinjauan pustaka yaitu

1. Risiko Infeksi dengan faktor risiko efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dan sekunder.

Gejala infeksi neonatus diantaranya ialah malas minum, gelisah, atau mungkin nampak letargis, frekuensi pernapasan meningkat, berat badan tiba-tiba turun, pergerakan kurang, muntah dan diare. Selain itu, dapat terjadi edema, sklerema, purpura atau perdarahan, ikterus, hematosplenomegali dan kejang. Suhu tubuh dapat meninggi, normal, atau dapat pula kurang dari normal. Pada bayi BBLR seringkali terdapat hipotermia dan sklerema (Meliya & Pricilia, 2016). Bayi T memang tidak kuning, refleks hisap kuat namun terkadang menurun, kesadaran bayi AS 8-9, tidak diare sehingga masalah keperawatan yang diangkat masih bersifat risiko infeksi yang diketahui sumber peningkatan infeksi dapat berasal dari beberapa faktor risiko yaitu penyakit ileus yang sudah bersifat kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan dengan stoma atau ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dan sekunder. Kondisi ini di dukung oleh kondisi pasien yang muntah saat minum susu, abdomen agak distended, tampak kemerahan pada area ileostomy dengan hasil tanda-tanda vital HR 131x / menit, RR 28x / menit, suhu 36.5°C dengan setting infant warmer 36.8°C dan hasil laboratorium menunjukkan CRP 43.40

mg/L, procalcitonin 0.59 ng/mL, WBC 4.5 K/UL = 4.5×10^3 /mL, PLT 219 K/UL sehingga bayi T mendapat terapi medis cefazoline 3 x 50 mg.

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi

Bayi T mengalami masalah keperawatan gangguan pola nafas yang ditandai dengan retraksi ringan, downes score 4 (gawat nafas ringan), bayi tampak gelisah, pola nafas lambat/dangkal, kesadaran bayi sehat AS 8, warna kulit putih pucat dengan hasil tanda-tanda vital nadi 164x / menit, RR 68x / menit spontan, SPO₂ 94/95% tanpa oksigen, perfusi hangat dan di dukung dengan hasil pemeriksaan ECO adalah ASD Sekundum, PDA Sedang. Menurut Kurniawaty & Bascoro (2016) hampir semua pasien dengan ASD lahir < 3 mm akan menutup spontan. Sedangkan, tindakan penutupan PDA secara bedah dapat dilakukan secara elektif pada usia diatas 3–4 bulan namun bila kondisi membaik maka operasi ligasi dapat ditunda sampai usia 12–16 minggu karena adanya kemungkinan PDA menutup secara spontan. Peneliti berasumsi, bayi T tidak mendapat tatalaksana operasi penutupan ASD dan PDA dikarenakan masih menunggu sampai ASD dan PDA menutup secara spontan mengingat usia bayi masih 26 hari dan bayi masih mampu mengkompensasi kekurangan pada tubuhnya.

3. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan sekresi yang tertahan

Kondisi gangguan pola nafas ini juga diperburuk oleh masalah keperawatan lain yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif hal ini dibuktikan dengan data pasien tampak gelisah, tidak mampu batuk, pola nafas irreguler, suara nafas ronki basah, ada sputum jernih cair, RR 62x / menit sehingga pasien mendapat terapi nebulizer untuk membantu pengeluaran sputum. Menurut Singh et al, (2017 dalam Dewi,

2019) Infeksi menjadi masalah pada anak dengan penyakit jantung bawaan khususnya infeksi saluran pernapasan bawah. Sebanyak 72 anak dengan infeksi saluran pernapasan bawah 75 % diantaranya menderita penyakit jantung bawaan dengan usia ≤ 5 tahun. Asumsi penulis, sputum pada bayi bukan disebabkan oleh malfungsi organ paru-paru namun dari PJB pada bayi yang menyebabkan peningkatan aliran darah ke paru sehingga terjadi edema akibat penumpukan cairan sehingga paru-paru tidak dapat memproduksi surfaktan secara optimal dan membawa bayi pada kondisi risiko infeksi saluran pernafasan ditandai dengan adanya sputum.

4. Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan intoleransi makanan

Disfungsi motilitas gastrointestinal juga terjadi pasca operasi pada Bayi T, hal ini dibuktikan dengan pasien tampak mual, terkadang muntah saat minum ASI, pasien kembung sering gumoh, distensi abdomen, bising usus tidak mengalami peningkatan 2-4x/menit, residu lambung OGT ± 5 cc / 24 jam, feses cair warna kuning melalui ileostomy ± 50 cc. Pasca operasi, seharusnya peristaltik usus menjadi lebih aktif pada periode post operatif sehingga peningkatan aktivitas ini menyebabkan penurunan pelepasan neurotransmitter asetilkolin dan meningkatkan inhibisi dari gerakan usus (Sari, 2015) namun bising usus pada bayi belum terjadi kenaikan yang signifikan sehingga asumsi penulis bayi T masih mengalami obstruksi pada sistem gastrointestinal.

5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi pada ileum

Defisit nutrisi juga terjadi pada bayi ini, hal ini terlihat dari penurunan BB bayi T selama 3 hari berturut-turut, bising usus 2-6 x / menit, terkadang muntah saat minum susu, susu tidak habis, feses cair warna kuning melalui ileostomy $\pm 50\text{cc} / 24$ jam, terpasang OGT dengan residu lambung $\pm 5\text{cc} / 24$ jam. Data-data di atas sesuai dengan teori bahwa dampak ileus obstruktif terhadap kebutuhan dasar manusia diantaranya kebutuhan oksigenasi, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan rasa aman, kebutuhan nutrisi, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan istirahat dan tidur (Kurniawan et al., 2013). Asumsi peneliti, bayi T mengalami defisit nutrisi karena malfungsi organ gastrointestinal ditambah bayi muntah saat minum susu. Ileum merupakan organ pencernaan yang berfungsi menyerap garam empedu, air elektrolit, vitamin B12, dan nutrisi lain. Laparatomi sebagai tempat pembuangan feses di area ileum membuat zat-zat dalam makanan terbuang cepat menjadi feses sehingga zat-zat makanan yang dibutuhkan tubuh tidak terserap dengan optimal.

6. Risiko Hipovolemia dengan faktor risiko kehilangan cairan secara aktif, gangguan absorpsi cairan, status hipermetabolik, kegagalan mekanisme regulasi, evaporasi, kekurangan intake cairan, efek agen farmakologis.

Bayi T juga mengalami masalah keperawatan risiko hipovolemia, hal ini dibuktikan dengan kondisi pasien yang terkadang refleks hisapnya menurun, ASI tidak habis, muntah saat minum ASI, nadi 162x/menit, pola nafas irreguler, turgor kulit kering, perfusi hangat, suhu 36.5°C dengan setting infant warmer 36.8°C , tanggal 10 Maret 2020 $\pm 35\text{ml}$ dan tanggal 11 Maret 2020 urin $\pm 58\text{ml}$ dengan

popok. Pada kasus ileus obstruktif, tubuh cenderung mengalami defisiensi magnesium dan kalium karena peningkatan perpindahan cairan antara kompartemen fisiologi dan dapat memperpanjang terjadinya ilues post operatif berulang (Sari, 2015) juga didapatkan hipomagnesia dan hilangnya protein dalam jumlah besar dapat menyebabkan atoni usus.

7. Risiko Gangguan integritas kulit dengan faktor risiko prosedur pembedahan
Masalah keperawatan risiko gangguan integritas kulit ini diangkat karena bayi T menjalani operasi laparatomi yang memerlukan proses penyembuhan dalam jangka waktu yang lama dan rentan terjadi perburukan. Menurut Sitorus (2019) salah satu faktor yang menghambat penyembuhan luka adalah adanya benda asing seperti pasir atau mikroorganisme. Asumsi peneliti, hasil operasi laparatomi menciptakan insisi sebagai tempat pembuangan kotoran (feses) yang rentan dengan pertumbuhan bakteri sehingga hal ini dapat memperburuk kondisi luka pasien. Oleh karena itu, pasien mendapat perawatan luka steril sufratul di tutup dengan opsite untuk pencegahan perburukan kondisi stoma dan dilakukan penggantian stoma bag sesuai indikasi.

4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan / intervensi keperawatan dibuat sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Setiap diagnosa keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi.

1. Risiko Infeksi (lokal dan sistemik) dengan faktor risiko efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan dan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dan sekunder.

Tujuan yang ingin dicapai penulis adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko infeksi tidak terjadi, dengan kriteria hasil : Intake adekuat, refleks hisap kuat, bayi tidak muntah, pasien tidak mengigil, tidak ada kemerahan pada area postop, tanda-tanda vital normal, suhu 36.5-37.5°C tanpa infant warmer, nadi 140-160x/menit, ileostomy terpasang kolostomi bag tidak bocor, bayi tidak kuning, kesadaran bayi sehat apgar score 9-10, tidak diare, abdomen supel. Setelah dilakukan asuhan keperawatan intervensi yang di berikan adalah monitor tanda dan gejala infeksi (perubahan suhu tubuh, ikterik, muntah, penurunan kesadaran, refleks hisap menurun, diare, distended abdomen, heart rate cepat/lambat, kejang, kulit pucat/kebiruan, sesak napas, kadar gula darah rendah), cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi pada keluarga pasien seperti bayi mengalami perubahan suhu tubuh, bayi kuning, muntah, penurunan kesadaran, refleks hisap menurun, diare, perut membesar, detak jantung cepat/lambat, kejang, kulit pucat/kebiruan, sesak napas, kadar gula darah rendah, ajarkan keluarga cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan keluarga cara memeriksa kondisi luka/luka post op (mengetahui tanda iritasi pada stoma seperti kemerahan), kolaborasi pemberian imunisasi untuk mempertahankan program imunisasi, *jika perlu* dan kolaborasi pemberian antibiotik.

2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi

Tujuan yang ingin dicapai penulis adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status pernafasan: Pertukaran Gas

ditingkatkan ke deviasi ringan dari kisaran normal, dengan kriteria hasil : Tidak ada distress nafas, tidak ada retraksi, downes score 0 (tidak ada gawat nafas), tidak ada nafas cuping hidung, bayi tidak gelisah normal, tanda-tanda vital suhu 36.5-37.5°C tanpa infant warmer, nadi 140-160x/menit, respiration rate 40-60x / menit spontan, SPO₂ 98-99% tanpa oksigen, perfusi normal, tidak dingin, pola nafas reguler, kesadaran bayi sehat AS 9-10, warna kulit normal (merah muda). Setelah dilakukan asuhan keperawatan intervensi yang di berikan adalah monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas, monitor pola nafas, monitor adanya produksi sputum, auskultasi bunyi nafas, monitor saturasi oksigen, atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien, dokumentasi hasil pemantauan, kolaborasi dengan tim medis untuk tindakan suction dan nebulizer, *bila ada sputum*.

3. Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan intoleransi makanan

Tujuan yang ingin dicapai penulis adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan fungsi gastrointestinal ditingkatkan ke sedikit terganggu dengan kriteria hasil : Mual menurun tidak muntah, pasien tidak kembung, abdomen supel, bising usus normal 5-30x/menit, residu lambung OGT menurun.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan intervensi yang di berikan adalah identifikasi status nutrisi (intake output, BB), identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, monitor asupan makanan (intake dari ASI, infus dan medikasi lainnya), monitor berat badan, pantau bising usus dan lapor bila bising usus menurun, pantau residu lambung. Catat dan laporkan dokter jika ada perubahan

volume dan warna, beri nutrisi secara bertahap sesuai intruksi dokter, catat respon bayi terhadap nutrisi (gumoh, muntah, warna residu lambung, bising usus, ada tidaknya distensi abdomen), monitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hb, eritrosit), sajikan susu dengan suhu yang sesuai (beri susu dengan suhu hangat), kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemantauan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, kolaborasi dengan tim medis untuk pelepasan OGT bila bayi sudah menunjukkan perbaikan dalam mencerna nutrisi seperti bayi tidak mual muntah, refleks hisap selalu kuat, ASI sering habis.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tindakan yang harus dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah di susun berdasarkan kebutuhan setiap pasien dan mencakup tindakan observasi, mandiri, edukasi, dan kolaborasi. Tindakan observasi adalah tindakan keperawatan berdasarkan hasil pengkajian secara fisik. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan edukasi adalah tindakan keperawatan untuk menambah pengetahuan pasien akan penyakitnya sehingga dapat melatih pasien atau keluarga untuk mengontrol tanda gejala penyakitnya secara mandiri serta mengurangi ansietas pasien maupun keluarga. Sedangkan, tindakan kolaborasi merupakan tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Agustin, 2019).

Implementasi dilakukan selama 3x24 jam dan evaluasi dilakukan setiap perhentian shift, SOAP didokumentasikan sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan.

Implementasi pada diagnosa keperawatan yang pertama risiko infeksi yaitu memantau tanda-tanda vital (temperatur), mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, membantu mengganti diapers, mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, memantau tanda dan gejala infeksi. Menurut (Darmawati et al., 2001), bayi-bayi yang lahir dengan potensial terinfeksi dapat dikelola tanpa diberi antibiotik profilaksi tetapi dengan observasi ketat timbulnya tanda-tanda sepsis neonatorum namun analisa peneliti bayi mulai menunjukkan tanda sepsis salah satunya yaitu terjadi peningkatan nilai CRP oleh karena pada bayi T dilakukan hasil kolaborasi antibiotik jenis cefazoline 3x50 mg iv line.

Implementasi pada diagnosa keperawatan yang kedua gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi – perfusi yaitu memantau tanda-tanda vital (respiration rate, heart rate, SPO₂), mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, memantau pola nafas, memantau adanya produksi sputum, memantau saturasi oksigen, membantu mengambil sampel darah untuk cek laboratorium, melakukan suction. Analisa peneliti, bayi T mengalami gangguan pertukaran gas akibat gangguan pada sistem kardiovaskuler yaitu ASD Sekundum PDA Sedang sehingga pada bayi dilakukan hasil kolaborasi dengan tim dokter yaitu terapi captopril 1x1 mg oral, spironolacton 1x2 mg oral sebagai pencegahan komplikasi akibat gangguan kardiovaskuler karena indikasi captopril yaitu

hipertensi dan gagal jantung kongestif, dengan efek terapi vasodilatasi secara sistemik dan menurunkan volume cairan intravaskular melalui pencegahan retensi natrium dan air. Sedangkan, indikasi spironolacton adalah edema dan asites pada sirosis hati, asites malignan, sindroma nefrotik, gagal jantung kongestif; hiperaldosteronism primer (Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia, 2015).

Implementasi pada diagnosa keperawatan yang ketiga disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan pembedahan yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, memantau BB. Pemantauan bising usus merupakan suatu teknik pemeriksaan klinis sederhana, murah dan noninvasif untuk penilaian daerah abdomen, khususnya untuk mendeteksi kasus ileus, sehingga pemeriksaan tersebut dapat dipergunakan untuk penilaian ileus pascaoperasi (Setiawan et al., 2014). Tindakan lain yang dilakukan adalah memberi minum perspeen, memonitor residu OGT, memberikan hasil kolaborasi dengan dokter omeprazole 1x2.5mg iv line untuk mengurangi produksi asam di lambung dan interlac 1x5 tetes oral untuk mencegah diare, regurgitasi, kolik, konstipasi.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan terus menerus sebagai pemantauan kondisi klinis atas implementasi yang sudah dilakukan dan mencakup evaluasi subyektif, evaluasi objektif, assesment dan planning selanjutnya.

Hasil evaluasi diagnosa pertama yaitu risiko infeksi pada hari ke-1, masalah teratasi sebagian karena bayi T intake ASI tidak habis 10/15cc, refleks

hisap sedang, tampak sedikit kemerahan pada area postop, kesadaran bayi apgar score 8. Hari ke-2, masalah teratasi atau tidak terjadi karena didapatkan intake ASI ditingkatkan namun tetap tidak habis 20/25cc, refleks hisap sudah kuat tetapi bayi muntah saat minum susu ± 1 cc, kemerahan pada area postop sudah samar-samar atau tidak terlihat. Asumsi peneliti, faktor yang memicu bayi muntah karena masih ada ketidakstabilan fungsi gastrointestinal bukan karena infeksi.

Hasil evaluasi diagnosa kedua yaitu gangguan pertukaran gas pada hari ke-1, masalah belum teratasi karena pada bayi T masih ada distress nafas, retraksi ringan, downes score 4 (gawat nafas ringan), hasil tanda-tanda vital, HR 138x/menit, RR 41x/menit spontan, SPO₂ 97% tanpa oksigen, perfusi hangat, pola nafas lambat/dangkal, kesadaran bayi apgar score 8, warna kulit putih pucat, ronki halus (+) sputum (+) jernih cair, pola nafas irreguler, gelisah cukup meningkat. Hari ke-2, masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi karena pada bayi masih ada distress nafas, retraksi ringan, downes score 4 (gawat nafas), hasil tanda-tanda vital HR 140x / menit, RR 45x / menit spontan, SPO₂ 98% tanpa oksigen, perfusi hangat, pola nafas lambat/dangkal, kesadaran bayi apgar score 8, warna kulit putih pucat, pola nafas irreguler, gelisah cukup menurun, ronki halus (-) sputum (+) jernih cair ± 1 cc. Hari ke-3, masalah gangguan pertukaran gas oleh bayi T masih teratasi sebagian karena retraksi masih ada (ringan), downes score 3 (tidak gawat nafas), bayi tampak gelisah, HR 149x/menit, RR 41x/menit spontan, SPO₂ 95% tanpa oksigen, perfusi hangat, pola nafas lambat/dangkal, kesadaran bayi AS 8-9, warna kulit putih

pucat, pola nafas irreguler, gelisah menurun, pasien tenang, ronki (-) sputum (-), pola nafas irreguler, tidak ada bunyi nafas tambahan.

Hasil evaluasi diagnosa ketiga yaitu disfungsi motilitas gastrointestinal pada hari ke-1, masalah belum teratasi karena pada bayi T pasien tampak mual cukup menurun muntah saat minum susu, pasien kembung sering gumoh, intake ASI 10/15cc distensi abdomen masih sedikit terlihat, bising usus 5 x/menit, residu lambung OGT ± 3 cc / 24 jam, feses cair warna kuning melalui ileostomy ± 40 cc. Hari ke-2, masalah juga belum teratasi namun mual cukup menurun, muntah tetap saat minum susu ASI 20/25 cc, pasien kembung sering gumoh, distensi abdomen mulai tak terlihat, bising usus 2-6 x/menit, residu lambung OGT ± 1 cc / 24 jam, feses cair warna kuning melalui ileostomy ± 55 cc. Hari ke-3, masalah juga teratasi sebagian, hal ini terlihat pada bayi T yang menunjukkan mual menurun, tidak muntah sehingga OGT sudah bisa dilepas, intake nutrisi habis ASI 25/25 cc namun habisnya lama karena refleks hisap menurun dari kuat menjadi sedang, pasien kembung sering gumoh, abdomen supel, bising usus 5 x/menit, feses cair warna kuning melalui ileostomy ± 80 cc.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Neonatus aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD sekundum + PDA sedang di ruang NICU Rumah Sakit Premier Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa simpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Neonatus aterm + BBLR + Ileus Obstruktif + Omphalocele + ASD sekundum + PDA sedang.

5.1 Simpulan

1. Pada pengkajian Bayi T didapatkan data fokus bayi, bayi kadang muntah saat minum susu ASI 15/15 cc, keadaan umum apgar score 8, refleks hisap kuat, kadang menurun, abdomen sedikit distended, tampak kemerahan pada area laparotomi, hasil TTV hate rate 164x / menit respiration rate 62x / menit, suhu 36.5°C dengan setting infant warmer 36.8°C, sehingga bayi mengalami risiko infeksi sehingga pencegahan risiko infeksi perlu ditingkatkan. Pencegahan risiko infeksi yang didapatkan bayi yakni dengan dilakukan perawatan luka terjadwal, pemberian antibiotik dan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan mempertahankan teknik aseptik karena pasien masuk kedalam kategori pasien dengan risiko tinggi.
2. Diagnosa keperawatan yang utama pada Bayi T adalah risiko infeksi dengan faktor risiko efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan

organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dan sekunder karena pada kondisi pasien post op laparotomi sehingga kemungkinan peningkatan terjadinya infeksi semakin besar ditambah ileostomy menjadi sumber pembuangan feses yang mengandung banyak bakteri dan kuman dan sistem kekebalan tubuh neonatus yang belum stabil mengakibatkan risiko infeksi bisa menjalar ke infeksi sistemik.

3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan utama dengan tujuan utama adalah monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, kolaborasi pemberian antibiotik, jelaskan tanda dan gejala infeksi pada keluarga pasien dan ajarkan keluarga cara mencuci tangan dengan benar untuk menghambat peningkatan risiko infeksi dari luar serta keluarga ikut serta dalam pencegahan infeksi saat membesuk bayi.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan pada semua diagnosa adalah memantau tanda-tanda vital bayi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, membantu mengganti diapers, mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi terutama saat perawatan luka, memantau tanda dan gejala infeksi, memantau pola nafas, memantau adanya produksi sputum, memantau saturasi oksigen, mengambil sampel darah untuk cek laboratorium, memantau BB, melakukan suction, memantau bising usus, memberi intake nutrisi, memonitor residu OGT, memantau pengeluaran feses, memberikan hasil kolaborasi dengan dokter omeprazole 1x2.5mg iv line dan interlac 1x5 tetes

oral, cefazoline 3x50 mg iv line, captopril 1x1mg oral, spironolacton 1x2mg oral.

5. Hasil evaluasi pada tanggal 13 Maret 2020 didapatkan kemerahan di area ileostomy sudah tidak ada, mual menurun tidak muntah, intake nutrisi ASI 15/15 cc namun habisnya lama karena refleks hisap sedang, OGT sudah dilepas, pasien kembung sering gumoh, abdomen supel, bising usus 5x/menit, feses cair warna kuning melalui ileostomy ± 80 cc.

5.2 Saran

Berdasarkan dari simpulan di atas penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, pentingnya menjalin hubungan yang baik dengan keluarga serta tim kesehatan lainnya.
2. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional dapat dilakukan peningkatan atau pemantauan tanda-tanda infeksi pada neonatus sebagai pencegahan infeksi lokal maupun sistemik dan pemantauan bising usus, intake output pasien untuk mengetahui adanya obstruksi berulang.
3. Perawat diharapkan lebih meningkatkan sikap *caring* dan profesional dalam memberi asuhan keperawatan secara holistik terhadap pasien dan melaksanakan tindakan keperawatan diharapkan untuk tetap memperhatikan standar prodesur operasional yang berlaku di ruang NICU RS Premier Surabaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, R. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Bayi Ny. I Dengan Diagnosa Medis Neonatus Prematur + RDS + Asfiksia Di Ruang NICU Central RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya* (Vol. 23, Issue 3) [STIKes Hang Tuah Surabaya]. <http://repository.stikeshangtuahsby-library.ac.id/> diunduh pada tanggal 16 Juli 2020 pukul 18:40
- Ain, N., Hariyanto, D., & Rusdan, S. (2015). Karakteristik Penderita Penyakit Jantung Bawaan pada Anak di RSUP Dr. M. Djamil Padang Periode Januari 2010 – Mei 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(3), 928–935. <https://doi.org/10.25077/jka.v4i3.388> diunduh pada tanggal 16 Juli 2020 pukul 18:24
- Alasiry, E. (2008). *Penanganan Terkini Bayi Prematur*. <https://med.unhas.ac.id/obgin/wp-content/uploads/2016/08/penanganan-terkini-bayi-prematur.pdf> diunduh pada tanggal 19 Juli 2020 pukul 07:05
- APGAR Scoring - Table. (2020). Mnemonic. <http://www.medicinehack.com/2010/05/apgar-scoring.html> diunduh pada tanggal 26 Agustus 2020 pukul 16:40
- Astuti, D. D. (2016). *Optimalisasi Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Enteral Pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Melalui Pengaturan Posisi Dengan Pendekatan Teori Konservasi Levine* (Issue 1606970695) [Universitas Indonesia]. [lib.ui.ac.id > file](http://lib.ui.ac.id/file) diunduh pada tanggal 25 Juli 2020 pukul 20:20
- Azizah, N. (2014). Teknik Menyusui Dengan Kejadian Regurgitasi Pada Bayi Umur 0-12 Bulan. *Jurnal EduHealth*, 4(1), 244663. [ejournalnwu.ac.id > download > artikel%0A](http://ejournalnwu.ac.id/download/artikel%0A) diunduh pada tanggal 24 Juli 2020 pukul 01:30
- Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia. (2015). *SPIRONOLAKTON*. <http://pionas.pom.go.id/monografi/spironolakton> diakses pada tanggal 16 Juli 2020 pukul 18:05
- Brunner, & Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* (A. Waluyo, A. Yasmin, Juli, Kuncara, & I. M. Karyasa (Eds.)). EGC.
- Darmawati, T., Surjono, A., & Wandita, S. (2001). Evaluasi Pemberian Antibiotik Untuk Mencegah Kejadian Sepsis Neonatorum Klinis Dini Pada Neonatus Dengan Potensial Terinfeksi di RS. Dr. Sardjito, Yogyakarta.pdf. *Berkala Ilmu Kedokteran UGM*, 33. [journal.ugm.ac.id > bik > article > download%0A](http://journal.ugm.ac.id/bik/article/download%0A) diunduh pada tanggal 10 Agustus 2020 pukul 04:09
- Dewi, M. R. (2019). *Hubungan Penyakit Jantung Bawaan Asianotik Dengan Bronkopneumonia Pada Anak Balita di Bangsal Alamanda Rumah Sakit Abdul Moeloekbandar Lampung* [Fakultas Kedokteran Universitas Lampung]. http://digilib.unila.ac.id/55345/3/SKRIPSI_TANPA_PEMBAHA_SAN.pdf diunduh pada tanggal 10 Agustus 2020 pukul 10:10

- Effendi, S. H., & Nugraha, A. (2011). *Nutrisi Parenteral Pada Neonatus*. BAGIAN ILMU KESEHATAN ANAK FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS PADJADJARAN RUMAH SAKIT UMUM PUSAT HASAN SADIKIN BANDUNG. <http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2014/07/NUTRISI-PARENTERAL-PADA-NEONATUS.pdf> diunduh pada tanggal 23 Agustus 2020 pukul 22:40
- Fanni, D. R. Y., & Adriani, M. (2017). Correlation Between Gestational Age and Hemoglobin Level on 3rd Trimester of Pregnancy with Birth Weight of Infants. *Amerta Nutr*, 1, 162–171. <https://doi.org/10.20473/amnt.v1.i3.2017.162-171> diunduh pada tanggal 12 Agustus 2020 pukul 19:05
- Handaningrum, E. Y., Safitri, D., & Ispriyanti, D. (2014). Analisis Jalur (Path Analysis) Untuk Mengetahui Hubungan Antara Usia Ibu, Kadar Hemoglobin, Dan Masa Gestasi Terhadap Berat Bayi Lahir. *Jurnal Gaussian*, 3(2012), 1056–1063. <https://www.neliti.com/id/publications/100213/analisis-jalur-path-analysis-untuk-mengetahui-hubungan-antara-usia-ibu-kadar-hem> diunduh pada tanggal 28 Agustus 2020 pukul 20:10
- Hendrawati, S., Fatimah, S., Yuyun, S., Fitri, R., & Nurhidayah, I. (2017). Needs of Parents in Critically Ill Infants Care in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 5(2), 155–171. <https://media.neliti.com/media/publications/255807-needs-of-parents-in-critically-ill-infan-0bf80062.pdf> diunduh pada tanggal 26 Juli 2020 pukul 14:30
- Hermawan, B. J., Hariyanto, D., & Aprilia, D. (2018). Profil Penyakit Penyakit Jantung Bawaan Di Instalasi Rawat Inap Anak Rsup Dr. M. Djamil Padang Periode Januari 2013 – Desember 2015. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(1), 142. <https://doi.org/10.25077/jka.v7.i1.p142-148.2018> diunduh pada tanggal 20 Juli 2020 pukul 19:50
- Herniwati. (2015). *Masa Gestasi Dalam Hubungan Legalitas Aborsi Akibat Perkosaan Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi Menurut Tinjauan Normatif*. 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004> diunduh pada tanggal 28 Juli 2020 pukul 19:52
- Indarti, Y., & Lumadi, A. (2017). Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Post Kolostomi Dengan Pemasangan Ventilator Diserta Komplikasi Pneumonia Di Ruang 12 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. *Jurnal Keperawatan STIKes Maharani Malang*. <http://repository.stikesmaharani.ac.id/27/> diunduh pada tanggal 28 Juli 2020 pukul 19:55
- Jurnalis, Y. D., Sayoeti, Y., & Russelly, A. (2013). Malrotasi dan Volvulus Pada Anak. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2(2), 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.catcom.2006.11.005> diunduh pada tanggal 01 Agustus 2020 pukul 18:00

- Kanastriloka, B. R., Yulianto, E., & Kholiq, A. (2003). *Infant Warmer Dilengkapi Dengan Fototerapi*. 1, 6–8. <https://doi.org/10.16309/j.cnki.issn.1007-1776.2003.03.004> diunduh pada tanggal 03 Agustus 2020 pukul 19:00
- Kaunang, A. W., Wilar, R., & Rompis, J. (2015). Perbandingan Kadar Saturasi Oksigen Hari Pertama Dan Hari Ketiga Pada Bayi Baru Lahir. *E-CliniC*, 3(1). <https://doi.org/10.35790/ecl.3.1.2015.7394> diunduh pada tanggal 11 Juli 2020 pukul 21:00
- Kurniawan, A., Nurhasanah, A., Sudarsono, A., Andiyanti, D., Nurmaya, D., Rohayati, E., Kusliah, E., Yuniasih, I. I., Sutarja, J., Suteja, J., Abriyani, R., Hastuti, S., & Sujana. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Nn. Y Dengan Ileus Obstruktif Di Ruang Nusa Indah RSUD Majalengka* [STIKes Cirebon]. http://eprints.ums.ac.id/21985/13/Naskah_Publikasi.pdf diunduh pada tanggal 11 Agustus 2020 pukul 12:05
- Kurniawaty, J., & Bascoro, R. (2016). Penanganan Perioperatif Pasien Dengan Atrial Septal Defect. *Jurnal Komplikasi Anestesi*, 3(2), 31–40. <http://anestesi.fk.ugm.ac.id/jka.ugm/download-file-850062.pdf> diunduh pada tanggal 1 September 2020 pukul 11:00
- Kuswiyanto, R. B., Firman, A., Rayani, P., & Rahayuningsih, S. E. (2016). Luaran Penutupan Duktus Arteriosus Persisten Transkateter di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Majalah Kedokteran Bandung*, 48(4), 234–240. <https://doi.org/10.15395/mkb.v48n4.915> diunduh pada tanggal 22 Agustus 2020 pukul 10:00
- Marcelya, S., & Salafas, E. (2018). Faktor Pengaruh Risiko Kehamilan “4T” pada Ibu Hamil. *Indoneian Journal of Midwifery (IJM)*, 1(2), 120–127. [jurnal.unw.ac.id > ijm > article > downloadSuppFile%0A](http://jurnal.unw.ac.id/jjm/article/download/SuppFile%0A) diunduh pada tanggal 22 Juli 2020 pukul 14:20
- Maslina, L., Hafiz, I., Ginting, I., Farmasi, M., Farmasi, F., Kesehatan, D., Kesehatan Helvetia, I., & Farmasi, D. (2019). Description of Medicine Use on Maternal Patients in Obstetry And Gynecology Polyclinic in Kotapinang Hospital South Labuhanbatu District. *Jurnal Dunia Farmasi*, 3(2), 100–105. [ejournal.helvetia.ac.id > jdf > article > download%0A](http://ejournal.helvetia.ac.id/jdf/article/download%0A) diunduh pada tanggal 28 Juli 2020 pukul 04:02
- Meliya, I., & Pricilia, V. (2016). Gambaran Kejadian Infeksi Bayi Baru Lahir di Bagian Perinatologi RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2012. *NERS Jurnal Keperawatan*, 9(1), 66. <https://doi.org/10.25077/njk.9.1.66-75.2013> diunduh pada tanggal 30 Juli 2020 pukul 03:09
- Nafis, M. J., & Yusrawati. (2018). OMPHALOCELE. *Andalas Obstetrics and Gynecology Journal*, 2, 22–26. [jurnalobgin.fk.unand.ac.id > JOE > article > download%0A](http://jurnalobgin.fk.unand.ac.id/JOE/article/download%0A) diunduh pada tanggal 29 Juli 2020 pukul 17:07

- Ningtyas, D. A. (2019). Perbedaan Durasi Tidur Pada Bayi Usia 0-6 Bulan Yang Memperoleh dan Tidak Memperoleh Terapi Pijat Bayi di RSKIA Ummi Khasanah Kabupaten Bantul Yogyakarta Tahun 2011 [STIKes 'Aisyiyah Yogyakarta]. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004> diunduh pada tanggal 19 Juli 2020 pukul 08:30
- Nurchaya, B., Widhiada, I. W., & Subagia, I. G. A. (2016). Sistem Kontrol Kestabilan Suhu pada Inkubato Bayi Berbasis Arduino UNO dengan MATLAB / SIMULINK. *Jurnal METTEK*, 2(1), 35–42. [ojs.unud.ac.id > index.php > mettek > article > download%0A](https://ojs.unud.ac.id/index.php/mettek/article/download/0A) diunduh pada tanggal 20 Juli 2020 pukul 19:00
- Roebiono, P. S. (2000). Diagnosis dan Tatalaksana Penyakit Jantung Bawaan. In *Pusat Jantung Nasional Harapan Kita*. <http://staff.ui.ac.id/system/files/users/poppy.roebiono/material/diagnosisdantatalaksanapjb-2.pdf> diunduh pada tanggal 29 Juli 2020 pukul 18:04
- Sa'adah, U., Khayati, N., & Machmudah. (2018). Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Meningkatkan Suhu Tubuh Bayisectio Caesareadi RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal Kebidanan*, X(01), 69–79. [ejournal.stikeseub.ac.id > jkeb > article > download%0A](https://ejournal.stikeseub.ac.id/jkeb/article/download/0A) diunduh pada tanggal 21 Juli 2020 pukul 10:30
- Sabara. (2007). *Ileus Obstruktif*. <http://www.files-of-drsmed.tk> diunduh pada tanggal 11 Juli 2020 pukul 08:10
- Sari, R. D. P. (2015a). Abdominal Distention of Suspect Pseudo - obstructive (Ogilvie Syndrome): Case Report. *Artikel Ilmiah Dies Natalis FK Unila Ke 13*, 71–75. [fk.unila.ac.id > wp-content > uploads > 2016/06](https://fk.unila.ac.id/wp-content/uploads/2016/06) diunduh pada tanggal 19 Juli 2020 pukul 08:30
- Sari, R. D. P. (2015). Distensi Abdomen Suspek Pseudo - Obstruksi (Sindroma Ogilvie): Laporan Kasus Abdominal Distention of Suspect Pseudo - obstructive (Ogilvie Syndrome): Case Report. *Jurnal Bagian Obstetri Dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung*, 71–75. <http://fk.unila.ac.id/wp-content/uploads/2016/06/12.pdf> diunduh pada tanggal 10 Agustus 2020 pukul 09:30
- Setiawan, I., Oktaliansah, E., & Boom, C. E. (2014). Perbandingan Pemulihan Bising Usus pada Pasien Pascaoperasi Histerektomi per Laparotomi Menggunakan Analgetik Kombinasi Ketamin-Morfin dengan Morfin Intravena. *Jurnal Anestesi Perioperatif*, 2(1), 55–62. http://journal.fk.unpad.ac.id/index.php/jap/article/view/238/pdf_14 diunduh pada tanggal 16 Agustus 2020 pukul 05:00
- Silvia A Price, & Wilson, L. M. (2007). *Patofisiologi; Konsep Kllinis Proses-proses Penyakit* (Edisi 8). Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Sitorus, H. M. (2019). *Pengaruh Wound Cleansing Elektrolyzed Strong Water Acid (ESWA) Terhadap Penyembuhan Diabetic Foot Ulcer Di Rumah Luka Surabaya* [STIKES Hang Tuah Surabaya]. repository.stikeshangtuahsby-library.ac.id%0A diunduh pada tanggal 11 Agustus 2020 pukul 11:20
- Som, P., & Naik, S. (2008). Antenatal Diagnosis of Omphalocele. *Medical Journal Armed Forces India*, 64(3), 276–277. [https://doi.org/10.1016/s0377-1237\(08\)80118-9](https://doi.org/10.1016/s0377-1237(08)80118-9) diunduh pada tanggal 24 Juli 2020 pukul 17:50
- Soma, Y., Shiraishi, Y., Kanazawa, H., & Fukuda, K. (2019). Staged transcatheter closure for atrial septal defect and patent ductus arteriosus: A case report. *European Heart Journal - Case Reports*, 3(2), 1–4. <https://doi.org/10.1093/ehjcr/ytz044> diunduh pada tanggal 12 Agustus 2020 pukul 11:00
- Usman, R. (2014). Ileus Obstruktif Pada Anak. *Refarat Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar*. <https://dokumen.tips/documents/refarat-ileus-obstruktif-anak.html> diunduh pada tanggal 12 Agustus 2020 pukul 01:30
- Zubaidah, Rustina, Y., & Syahreni, E. (2013). Penerapan Model Konservasi Levine Pada Bayi Prematur Dengan Intoleransi Minum. *Jurnal Keperawatan Anak*, 65–72. <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKA/article/view/963> diunduh pada tanggal 16 Agustus 2020 pukul 19:08

Lampiran 1. APGAR Score

APGAR Test Scoring		Score 0	Score 1	Score 2
A ppearance				
	Blue all over	Blue only at extremities	No blue coloration	
P ulse	No pulse	<100 beats/min.	>100 beats/min.	
G rimace				
	No response to stimulation	Grimace or feeble cry when stimulated	Sneezing, coughing, or pulling away when stimulated	
A ctivity				
	No movement	Some movement	Active movement	
R espiration	No breathing	Weak, slow, or irregular breathing	Strong cry	

Keterangan :

- 0 – 3 : Asfiksia berat ➤ Skor 1 menit lebih/sama dengan 7
- 4 – 6 : Asfiksia sedang ➤ tidak perlu resusitasi
- 7 – 10 : Asfiksia ringan / Normal ➤ Skor 1 menit 4-6 bag and mask ventilation
- Skor 1 menit 0-3 lakukan intubasi

Lampiran 2. Downess Score

Pemeriksaan	Skor		
	0	1	2
Frekuensi Nafas	< 60x/menit	60–80x/menit	> 80x/menit
Retraksi	Tidak ada retraksi	Retraksi ringan	Retraksi berat
Sianosis	Tidak ada sianosis	Sianosis hilang dengan O ₂	Sianosis menetap walaupun diberi O ₂
Air entry	Udara masuk	Penurunan ringan udara masuk	Tidak ada udara masuk
Merintih	Tidak merintih	Dapat didengar dengan stetoskop	Tidak ada udara masuk

Sumber : Wood DW, Downes JJ, Locks HL

Evaluasi Skor Downess

Skor < 4 : Gawat nafas ringan / Tidak ada gawat nafas

Skor 4 – 7 : Gawat nafas

Skor > 7 : Ancaman gagal nafas. Pemeriksaan gas darah harus dilakukan

Lampiran 3. Neonatal Infant Pain Score (NIPS)

PENGAJIAN NYERI NEONATAL INFANT PAIN SCORE (NIPS)	
Ekspresi wajah	
0 – otot-otot relaks	Wajah tenang, ekspresi netral
1 - meringis	Otot wajah tegang, alis berkerut, dagu dan rahang tegang (ekspresi wajah negatif – hidung, mulut dan alis)
Menangis	
0 – Tidak menangis	Tenang, tidak menangis
1 - Mengerang	Merengek ringan, kadang-kadang
2 - Menangis keras	Berteriak kencang, menaik, melengking, terus menerus (catatan: menangis lirih mungkin dinilai jika bayi diintubasi yang dibuktikan melalui gerakan mulut dan wajah yang jelas)
Pola Pernafasan	
0 – Bernafas relaks	Pola bernafas bayi yang normal
1 – Perubahan pola pernafasan	Tidak teratur, lebih cepat dari biasanya, tersedak, nafas tertahan
Lengan	
0 – Relaks/terikat	Tidak ada kekakuan otot, gerakan tangan acak sekali-sekali
1 – Fleksi/Ekstensi	Tegang, lengan lurus, kaku, dan/atau ekstensi cepat ekstensi, fleksi
Kaki	
0 – Relaks/terikat	Tidak ada kekakuan otot, gerakan kaki acak sekali-sekali
1 – Fleksi/Ekstensi	Tegang, kaki lurus, kaku, dan/atau ekstensi cepat ekstensi, fleksi
Keadaan kesadaran	
0 – tidur/terjaga	Tenang, tidur damai atau gerakan kaki acak yang terjaga
1 – rewel	Terjaga, gelisah, dan meronta-ronta
NILAI TOTAL SKOR 1-7	
Catatan <ul style="list-style-type: none"> • Skor > 3 mengindikasikan bahwa bayi mengalami nyeri • Observasi dilakukan setiap shift pada saat pengukuran tanda vital, pasien pertama kali • Dirawat dan pasien dengan paska tindakan 	

Lampiran 4. SOP Injeksi Intravena

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) INJEKSI INTRA VENA	
Pengertian	Memasukkan obat ke dalam tubuh melalui pembuluh darah
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempercepat penyerapan 2. Untuk pemeriksaan doagnostic, miaslanya penyuntikan zat kontras
Persiapan & Prosedur	<p>Persiapan alat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sarung tangan 2. Bak injeksi steril dialasi kasa sterile 3. Spuit sterile untuk mengoplos obat 4. Obat-obatan yang diperlukan 5. Water of injection 6. Kapas alkohol dalam tempat tertutup 7. Perlak dan alasnya 8. Tempat sampah medis (untuk alat tajam dan alat yang terkontaminasi) <p>Persiapan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan prosedur 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan 3. Mendekatkan alat ke pasien 4. Memakai sarung tangan 5. Mencocokkan identitas pasien dan buku injeksi 6. Mengambil obat, membaca etiket, dan mencocokkan dengan buku injeksi 7. Bila obat dalam sediaan serbuk larutan dengan menggunakan water for injection, gunakan spuit sterile, jarum sendirian dan disiran di bak injeksi 8. Menentukan lokasi pemberian i8njtksi secara tepat 9. Memasang perlak an pengalas di bawahnya 10. Memasang kaert pembendung pada daerah yang akan diinjeksi 11. Disinfeksi pada lokasi tusukan dengan kapas alkohol 12. Mergangkan kulit yang akan dilakukan tusukan (lubang jarum menghadap ke atas) lakukan tusukkan pada vena yang telah ditentukan 13. Setelah jarum masuk dlam vena, hisap sedikit, shingga darah keluar (untuk memastikan bahwa jarum benarbenar sudah masuk ke vena), lepaskan karet pembendung pelan- pelan, dan masukkan obat secara perlahan 14. Setelah obat masuk semua, letakkan kapas alkohol di atas tusukan, cabut jarum, tekan tusukan dengan kapas selama kurang lebih 30 detik dan pastikan perdarahan berhenti 15. Amati reaksi pasien, baik verbal maupun non verbal selama dan setelah pemberian injeksi 16. Masukkan jarum ke penutup dengan cara letakkan penutup jarum di bak instrument, kemudian masukkan jarum ke penutup tanpa disentuh tangan 17. Rapatkan penutup jarum 18. Dokumentasikan tidnakan yang telah dikerjakan 19. Bereskan kembali alat-alat 20. Evaluasi kembali reaksi pasien <p>Hal-hal yang perlu diperhatikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan 6 tepat, 1 waspada (tepat pasien, obat, dosis, waktu, rute pemberian, dan waspada terhadap efek samping) 2. Catat tanggal dan jam pemberian, reaksi yang terjadi serta tanda tangan dan nama terang perawat yang memberikan 3. Untuk pasien yang mengalami colaps vena, ujung jarum menghadap ke bawah

Lampiran 5. SOP Nebulizer

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR NEBULIZER

PENGERTIAN

Pemberian pelembap dalam bentuk aerosol, kabut butir-butir kecil air (garis tengahnya 5-10 mikron)

TUJUAN

1. Untuk mengencerkan secret dengan jalan memancarkan butir-butir air melalui jalan napas
2. Pemberian obat-obat aerosol

INDIKASI

1. Klien dalam masa pascaekstubasi
2. Klien dalam status asmatikus
3. Klien dengan laring edema
4. Klien dengan sputum yang kental
5. Klien yang akan melakukan fisioterapi dada
6. Klien yang menggunakan ventilator, karena nebulizer dapat diberikan bersamaan dengan ventilator

JENIS-JENIS NEBULIZER

1. Jet nebulizer
2. Ultra nebulizer

JET NEBULIZER

1. Pada saat akan diperlukan mudah dibawah(digenggam)
2. 50% partikel berdiameter <5 mikron
3. Penguapan terus-menerus dan tidak bergantung pada inspiratori flow
4. Tabung dapat digunakan untuk memberikan larutan volume yang besar

PROSEDUR

1. PERSIAPAN ALAT

- a. Nebulizer dan perlengkapan lainnya
- b. Obat-obat untuk terapi aerosol bila diperlukan (salbutamol / Terbutalin 0,5-1,5 ml dari 0,5% larutan ventoline yang dibuat sampai 2 ml yang dilarutkan dengan normal saline. Terbutaline diberikan 2-5 mg setiap 2-4 jam)
- c. Stetoskop
- d. Aquades
- e. Selang oksigen
- f. Masker transparan
- g. Bengkok
- h. Tisu
- i. Sarung tangan

2. PERSIAPAN KLIEN

- a. Informasikan klien mengenai tindakan yang akan dilakukan
- b. Atur posisi klien, duduk/setengah duduk

3. CARA KERJA

- a. Informasikan klien mengenai tindakan yang akan dilakukan
- b. Siapkan alat-alat dan dekatkan pada klien
- c. Hubungkan nebulizer dengan oksigen (jet nebulizer/ultrasonic nebulizer)
- d. Nebulizer dihubungkan dengan listrik
- e. Aktifkan nebulizer dengan memutar tombol power
- f. Atur waktu dan kelembaban alat sesuai dengan indikasi
- g. Kaji suara napas dengan stetoskop sebelum nebulizer diberikan
- h. Hubungkan nebulizer dengan klien (pada neonatus pegang masker dan arahkan pada hidung dan mulut pasien bila tidak ada masker untuk neonatus yang berukuran kecil)
- i. Setelah waktu yang diset selesai, nebulizer di stop
- j. Auskultasi bunyi napas
- k. Apabila masih terdengar suara ronchi, dapat diulang lagi
- l. Bersihkan mulut klien dengan tisu
- m. Rapikan dan bersihkan alat-alat

4. HAL-HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN

- a. Pemberian nebulizer dapat menyebabkan keracunan pada beberapa klien
- b. Terapi ini tidak boleh diberikan kepada klien yang batuknya tidak efektif
- c. Terapi ini juga tidak boleh di berikan pada klien pascathoractomi atau *open heart* yang sekretnyamasih bercampur dengan darah

Lampiran 6. SOP Suction

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR SUCTION	
Pengertian	: Melakukan pengisapan lendir pada bayi baru lahir /neonatus dengan menggunakan alat.
Tujuan	: Melakukan pengisapan lendir pada BBL dengan menggunakan alat agar jalan nafas lancar.
Unit Kerja	: Keperawatan
Indikasi :	Dilakukan pada, <ul style="list-style-type: none"> • Bayi dengan sekret banyak di saluran nafas • Bayi dengan <i>laringomalasi</i>
Perawat menyiapkan alat :	<ul style="list-style-type: none"> • Suction catheter no.8, 10, 12, 14 • Cangkir berisi air matang • 1 set suction dan selang suction • Sarung tangan
Persiapan pasien :	<ul style="list-style-type: none"> • Mengatur posisi kepala pasien ½ ekstensi
PROSEDUR :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat mencuci tangan 2. Perawat memakai sarung tangan 3. Menyambung suction catheter pada selang suction 4. Mengatur tekanan suction minimal -100mmhg 5. Memasukkan suction catheter ke mulut secara hati-hati samapai ujung faring (sambil ditekuk) 6. Melepaskan tekukan suction catheter sambil ditarik perlahan-lahan 3-5 detik (diulang sampai bersih) 7. Mengisap lendir dari hidung bila perlu 8. Mengobservasi tanda vital (<i>respiratory rate, tanda sianosis, heart rate, SPO2</i>)

Lampiran 7. SOP Perawatan Luka

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PERAWATAN LUKA**

NO	Tahapan Komunikasi	Prosedur
1	Tahap Prainteraksi	1. Persiapan Perawat <ol style="list-style-type: none"> a. Managemen emosi b. Managemen penampilan 2. Persiapan Pasien Cek identitas & tindakan yang akan diberikan ke pasien 3. Persiapan alat Pengkajian: <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Bates Jansen Assessment Tool</i> b. Penggaris untuk mengukur luka c. Kamera : foto luka d. Alat kultur e. Speknomanometer & stetskop: Mengukur ABI Cleansing & debridement <ol style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan bersih 1 b. Perlak 1 c. Bengkok 1 d. Larutan NS e. Instrument bak steril 1 : tepat alat steril f. Gunting jaringan steril 1 g. Pinset anatomi steril 1 h. Pinset sirusi steril 1 Dressing <ol style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan steril 1 b. Dressing : Hidrogel, hidrokoloid, calcium alginate, dll c. Kasa steril secukupnya d. Hipafik atau transparan film secukupnya e. Gunting verban 1 f. Tempat sampah 1
2	Tahap orientasi	1. Mengucapkan salam terapeutik. Ex. <i>asalamualaikum Wr.Wb./selamat pagi/siang/malam</i> 2. Memperkenalkan diri bila bertemu pasien pertama kali. Ex: <i>Ibu perkenalkan nama saya farida saya yang merawat ibu pada ship pagi hari ini, mohon maaf nama ibu sri hariani, biasa dipanggil siapa bu.</i>

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilaksanakan. (Penjelasan yang disampaikan dimengerti klien/keluarganya & Selama komunikasi digunakan bahasa yang jelas, sistematis serta tidak mengancam) ex: ibu saat ini saya akan melakukan perawatan luka supaya luka ibu cepet sembuh dan tidak infeksi. 4. Menanyakan persetujuan / inform consent. ex: apakah ibu berkenan kami lakukan rawat luka? 5. Klien/keluarga diberi kesempatan bertanya untuk klarifikasi (Privacy pasien selama komunikasi dihargai & memperlihatkan kesabaran, penuh empati, sopan, dan perhatian serta respek selama berkomunikasi dan melakukan tindakan). Ex: sebelum saya mulai rawat luka, barangkali ada yang mau ditanyakan ibu. 6. Membuat kontrak (waktu, tempat dan tindakan yang akan dilakukan). Ex: saat kami merawat luka, kurang lebih waktunya 30 menit.
3	Tahap kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Mendekatkan alat-alat kedekat pasien 3. Pasang sarung tangan bersih. <p>Pengkajian Luka</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pengkajian luka menggunakan <i>Bates Jansen Assessment Tool</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Ukuran luka b. Kedalaman luka c. Tepi luka d. Undermining e. Tipe jaringan nekrotik f. Jumlah jaringan nekrotik g. Tipe eksudat h. Jumlah eksudat i. Warna kulit sekitar luka j. Jaringan edema perifer k. Jaringan granulasi l. Jaringan epitelisasi 5. Cleansing (Membersihkan Luka) <ol style="list-style-type: none"> a. Masih menggunakan sarung tangan bersih b. Bersihkan luka dengan larutan NS

		<p>menggunakan tehnik salah satu atau kombinasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Irigasi : memberikan tekanan atau menyemprotkan pada cairan yang digunakan untuk membersihkan luka 2) Perendaman : merendam luka 3) Swabbing : mengusap atau menggosok <p>Dengan menggunakan larutan NS</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Luka dikeringkan dengan kasa steril <p>6. Debridement (luka kronis)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Chemical debridemen</i> : menggunakan enzim (pepaya), magot (belatung) b. <i>Mechanical debridemen</i> : menggunakan kasa (digosok/diusap), pinset, irigasi tekanan tinggi c. <i>Autolisis debridemen</i> : pengangkatan jaringan mati sendiri. Balutannya : gel, koloid, cream, salf d. <i>Conservative sharp wound debridement (CSWD)</i> : pengangkatan jaringan mati dg menggunakan gunting, pinset bisturi hanya pd jaringan mati. <p>7. Pemilihan Dressing</p> <p>Primeri dressing</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ganti sarung tangan steril b. Gunakan balutan sesuai hasil pengkajian : <ol style="list-style-type: none"> 1) hidrogel atau hidrokoloid untuk mencegah infeksi & membuat moist luka serta membantu kenyamanan pasien, 2) calcium alginate, bila terdapat perdarahan dll c. Kemudian tutup kasa steril <p>Sekundari dressing :</p> <ol style="list-style-type: none"> d. tutup luka dengan hipafik dengan cara occlusive dressing. (luka jangan sampai tampak keliatan dari luar. Ukur ketebalan kasa atau bahan topikal yang ditempelkan ke luka harus mampu membuat suasana optimal (<i>moisture balance</i>) dan mensupport luka kearah perbaikan atau segera sembuh). e. Rapikan seluruh alat-alat dan
--	--	--

		perhatikan pembuangan sampah medis.
4	Tahap terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Akhiri kegiatan dengan memberikan reward. Ex: terimakasih ibu atas kerjasamanya 2. Mengingatkan kepada pasien kalau membutuhkan perawat, perawat ada di ruang keperawatan. Ex: jika ibu membutuhkan kami silahkan pencet bel atau datang di ruang keperawatan 3. Mengucapkan salam terapeutik. Ex: wassalamualaikum/selamat pagi/siang/malam 4. Catat tindakan yang dilakukan dan hasil serta respon klien pada lembar catatan perkembangan klien 5. Catat tgl dan jam melakukan tindakan dan nama perawat yang melakukan dan tanda tangan/paraf pada lembar catatan klien