

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Kanker kolorektal adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar) dan/atau rektum (bagian kecil terakhir dari usus besar sebelum anus)(Kemenkes RI, 2017). Pertumbuhan sel yang abnormal di dalam lapisan usus halus dan rectum disebut juga dengan polip yang kemudian dapat berubah menjadi kanker (Hanifah A.M., Ismet M.N., Fajar A.Y., 2017).Karsinoma rekti didefinisikan sebagai keganasan yang muncul pada rektum, yang sebagian besar adalah tumor ganas. Jenis keganasan terbanyak pada rektum adalah Adenokarsinoma.

Secara makroskopis terdapat tipe karsinoma kolon dan rektum. Tipe polipoid atau vegetatif tumbuh menonjol ke dalam lumen usus dan berbentuk bunga kol ditemukan terutama di sekum dan kolon ascendens. Tipe skirus mengakibatkan penyempitan sehingga terjadi stenosis dan gejala obstruksi, terutama ditemukan di kolon descendens, sigmoid, dan rectum yang dapat menimbulkan obstruksi. Obstruksi total muncul pada < 10% pasien dengan kanker kolon. Pasien dengan total obstruksi mungkin mengeluh tidak bisa flatus atau buang air besar, kram perut dan perut yang menegang. Jika obstruksi tersebut tidak mendapat terapi maka akan terjadi iskemia dan nekrosis kolon, lebih jauh lagi nekrosis akan menyebabkan peritonitis dan sepsis (Tomislav, 2019).

Ileus obstruktif merupakan kegawatan yang paling tersering di jumpai pada kasus keganasan kolorektal. Obstruksi menyebabkan dilatasi usus bagian proksimal dan kolapsnya usus bagian distal. Obstruksi yang disebabkan oleh tumor umumnya

adalah obstruksi sederhana yang jarang menyebabkan strangulasi. Total angka kejadian obstruksi dari kanker kolorektal terjadi 8-10 %, 60 % terjadi pada usia tua (Kemenkes RI, 2017).

Ileus obstruktif menjadi salah satu bentuk kelainan pada traktus digestivus dan menjadi kegawatan dalam bedah abdominalis yang sering dijumpai akibat keadaan umum yang memburuk dalam waktu singkat. Ileus adalah gangguan pasase usus baik secara mekanik maupun fungsional misalnya pada mekanik disebabkan oleh strangulasi, sumbatan dalam lumen usus, serta invaginasi. Obstruksi usus halus merupakan obstruksi saluran cerna tinggi yang disertai dengan pengeluaran cairan dan elektrolit yang banyak dari lumen usus akibat obstruksi, melalui muntah (Behman R, 2018: Steensel van, 2018).

Ileus obstruktif atau obstruksi usus adalah suatu gangguan (apapun penyebabnya) aliran normal isi usus sepanjang saluran isi usus (Megan Griffiths, 2020). Dapat disimpulkan bahwa ileus obstruktif merupakan penyumbatan pada usus yang disebabkan oleh hernia, adhesi atau pelengketan, tumor yang menyebabkan isi usus tidak dapat disalurkan ke distal.

2. Etiologi

Berbagai etiologi potensial dari obstruksi usus besar dan halus yang diklasifikasikan dalam ekstrinsik, intrinsik, atau intraluminal. Penyebab paling umum dari obstruksi usus halus di negara-negara industri adalah dari faktor ekstrinsik yaitu adhesi pasca bedah. Adhesi secara signifikan dapat menyebabkan kerutan usus yang kemudian menyebabkan obstruksi. Diperkirakan setidaknya dua pertiga dari pasien dengan operasi abdomen sebelumnya memiliki adhesi. Sumber ekstrinsik umum lainnya termasuk kanker akan menyebabkan kompresi usus halus yang

menyebabkan obstruksi(Sjamsuhidajat R, 2014: Vilz TO, 2017: Smith DA, Nehring SM, 2018).

Penyebab ekstrinsik yang lebih jarang namun masih lazim terjadi adalah hernia inguinalis dan umbilikalis. Hernia yang tidak bergejala atau simptomatik pada akhirnya dapat menyebabkan obstruksi karena usus halus menonjol melalui defek pada dinding perut dan terperangkap didalamnya. Hernia yang tidak teridentifikasi atau tidak dapat direduksi dapat berkembang menjadi obstruksi usus dan dianggap sebagai kasus darurat bedah dengan usus yang tercekik atau terperangkap dalam kantung hernia dan seiring waktu menjadi iskemik(Sjamsuhidajat R, 2014: Vilz TO, 2017: Smith DA, Nehring SM, 2018).

Penyebab lain dari obstruksi usus halus ialah penyakit intrinsik yang dapat menyebabkan timbulnya penebalan dinding usus yang berbahaya. Dinding usus perlahan melakukan kompensasi membentuk penyempitan. Penyakit Crohn adalah penyebab paling umum dari penyempitan yang terlihat pada populasi orang dewasa (Ten Broek RPG, 2017: Pavlidis E,2018).Penyebab paling umum dari semua obstruksi usus besar adalah adenokarsinoma diikuti oleh divertikulitis dan volvulus, penyakit hirschsprung, stenosis anus, dan striktur rektum. Obstruksi kolon paling sering terlihat pada kolon sigmoid (Smith DA, Nehring SM, 2018).

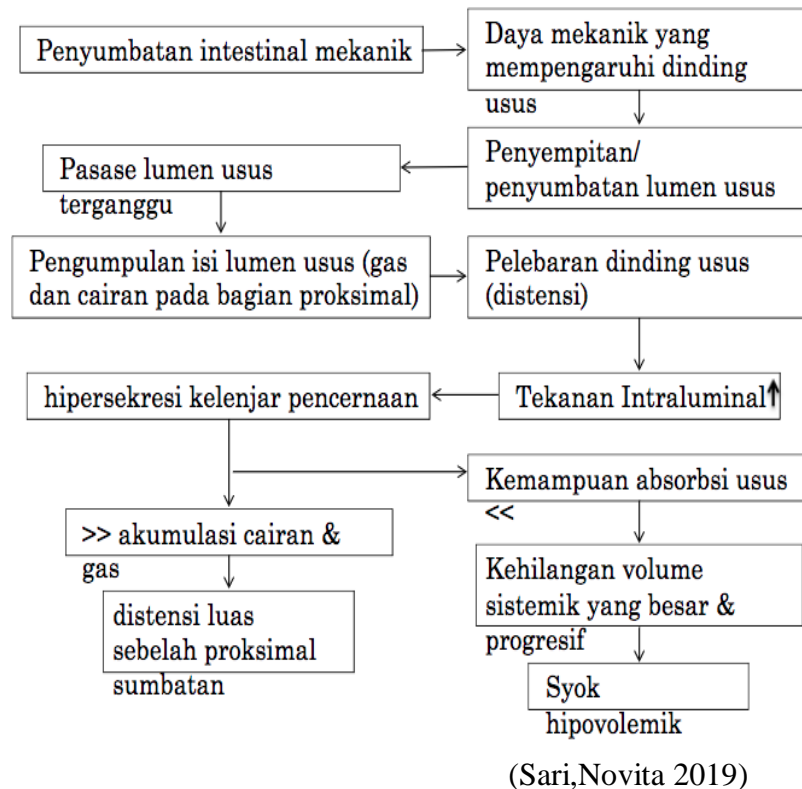
3. Tanda dan Gejala

Gejala umum dapat berupa syok, gangguan elektrolit, dan oligouri. Kemudian dapat ditemukan meteorisma dan kelebihan cairan di usus, hiperperistaltis berkala (kolik) yang disertai mual dan muntah, kram, kembung, dan retensi tinja. Penderita akan tampak gelisah dan setelah defekasi satu-dua kali tidak ada lagi defekasi atau flatus. Semakin proksimal proses patologis

ditemukan maka semakin cepat pasien menjadi simptomatik dengan muntah makanan yang tidak tercerna. Retensi tinja dan flatus merupakan manifestasi klasik dari ileus, mungkin tidak muncul sampai beberapa hari kemudian (Sjamsuhidajat R, 2014; Vilz TO, 2017; Smith DA, Nehring SM, 2018).

Berbeda dengan ileus usus halus yang biasanya dimulai secara akut dengan gejala yang parah, ileus usus besar sering dimulai dengan gejala ringan (kecuali volvulus dengan onset mendadak). Manifestasi utamanya adalah kembung (80%), kram (60%), dan retensi tinja dan flatus (50%). Penyakit yang jelas sering didahului oleh fase lama dari kebiasaan buang air besar yang berubah dan konstipasi yang memburuk (Sjamsuhidajat R, 2014; Vilz TO, 2017; Smith DA, Nehring SM, 2018).

4. Patofisiologi



Gambar 1 Patofisiologi Ileus Obstruksi

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Laparatomi

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Tahap pengkajian keperawatan pada klien dengan post laparatomi sama seperti kasus keperawatan lainnya yaitu terdiri dari 2 tahap :

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, diagnosa medis, tanggal masukrumah sakit, tanggal pengkajian.

2) Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab terdiri dari: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien dan alamat.

b. Riwayat Kesehatan Klien

1) Alasan masuk rumah sakit

2) Keluhan utama : diambil dari data subjektif atau objektif yang paling menonjol yang dialami oleh klien. Keluhan utama pada klien peritonitis ialah nyeri di daerah abdomen, mual muntah, demam. Selain itu akan ditemukan klien merasakan nyeri pada abdomennya secara terus menerus, nyeri tekan lepas, abdomen tegang dan kaku (Brunner & Suddarth, 2012).

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien mengeluhkan anoreksia dan malaise, demam, takikardia, diaforesis, pucat, kekakuan abdomen

kegagalan untuk mengeluarkan feses atau flatus secara rektal, peningkatan bisisng usus (awal obstruksi), penurunan bisisng usus selanjutnya, retensi perkemihan, dan leukositosis. Mengungkapkan hal-hal yang menyebabkan klien mencari pertolongan dikaji dengan menggunakan pendekatan PQRST :

P (paliatif) : Faktor pencetus/penyebab yang dapatmemperberat/memperingan keluhan klien.

Q (qualitas) : Menggambarkan seperti apa keluhan yg dirasakan.

R (region) : Mengetahui lokasi dari keluhan.

S (severity) : Skala/intensitas keluhan dengan skala numerik 1-10.

T (time) : Waktu dimana keluhan dirasakan

d. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Perlu dikaji apakah klien pernah dioperasi sebelumnya, apakah ada riwayat tumor, kanker.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

f. Pola Aktivitas Harian

1) Nutrisi: Nutrisi terganggu karena adanya mual dan muntah.

2) Eliminasi:Klien mengalami konstipasi dan tidak bisa flatus karena peristaltik usus menurun atau berhenti.

3) Istirahat :Tidak bisa tidur karena nyeri hebat, kembung dan muntah.

4) Aktivitas :Badan lemah dan klien dianjurkan untuk istirahat dengan tirah baring sehingga terjadi keterbatasan aktivitas.

- 5) Personal Hygiene : klien tidak mampu merawat dirinya.
- 6) Psikologis: Pasien gelisah dan cemas dengan penyakitnya.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Lemah, kesadaran menurun sampai syok hipovolemia suhu meningkat, pernapasan meningkat, nadi meningkat, tekanan darah.

2) Pemeriksaan Fisik Persisten

- a) Sistem kardiovaskular: tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada oedema, tekanan darah, BJ I dan BJ II terdengar normal.
- b) Sistem respirasi: pernapasan meningkat, bentuk dada normal, dada simetris, sonor (kanan kiri), tidak ada wheezing dan tidak ada ronchi
- c) Sistem hematologi: terjadi peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.
- d) Sistem perkemihan: produksi urin menurun BAK < 500 cc
- e) Sistem muskuloskeletal: badan lemah, tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri
- f) Sistem integumen: tidak ada oedema, turgor kulit menurun, tidak ada sianosis, pucat
- g) Sistem gastrointestinal: tampak mengembang atau buncit, teraba keras, adanya nyeri tekan, hipertimpani, bising usus > 12x/mnt, distensi abdomen.

h. Aspek Psikologis

- 1) Status emosional
- 2) Konsep diri
- 3) Body image/gambaran diri
- 4) Peran
- 5) Aspek spiritual

i. Data Penunjang

Data penunjang ini terdiri dari farmakoterapi/obat-obatan yang diberikan kepada klien, serta prosedur diagnostik yang dilakukan kepada klien seperti pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan rontgen.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul berdasarkan SDKI, 2017 :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi, trauma)
- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan restrain fisik
- c. Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intraabdominal
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
- e. Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal
- f. Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- g. Resiko infeksi dengan factor resiko prosedur invasive

Diagnosa keperawatan menurut NANDA 2018 :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus

- b. Retensi urinarius berhubungan dengan obstruksi jalan keluar kandung kemih sekunder terhadap tekanan pada kandung kemih
- c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah
- d. Pola nafas tak efektif berhubungan dengan penurunan O₂ sekunder terhadap tekanan pada diafragma
- e. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan sekunder akibat muntah

3. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
<p>Nyeri Akut Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agen pencedera fisiologis(mis : inflamasi, iskemia,neoplasma) - Agen pencedera kimiawi(mis : terbakar, bahan kimiairitan) - Agen pencedera fisik (mis :abses, amputasi, terbakar,terpotong, mengangkatberat, prosedur operasi,trauma, latihan fisikberlebihan) <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh nyeri - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis 	<p>Setelah dilakukan asuhankeperawatan selama X..... maka nyeri akut menurun dengankriteria hasil:Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyerimenurun - Meringis menurun - Sikap protektifmenurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidurmenurun - Menarik diri menurun - Berfokus pada dirisendiri menurun - Diaforesis menurun 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238) <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi, kualitas, intensitasnyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri nonverbal - Identifikasi faktor yang memperberat danmemperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budayaterhadap repson nyeri - Identifikasi pengaruh nyeriterhadap kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudahdiberikan - Monitor efek 	<p>Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yangberkaitan dengan kerusakanjaringan atau fungsionaldengan onset mendadak ataulambat dan berintensitasringan hingga berat dankonstan</p>

<p>:waspada, posisi menghindarinyeri)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur <p>Gejala dan tanda Minor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah meningkat - Pola nafas berubah - Nafsu makan berubah - Proses berfikir terganggu - Menarik diri - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis 	<ul style="list-style-type: none"> - Perasaan depresi(tertekan) menurun - Perasaan takutmengalami cideraberulang menurun - Anoreksia menurun - Frekuensi nadimembaik - Pola nafas membaik - Tekanan darahmembaik - Proses berpikirmembaik - Fokus membaik - Fungsi berkemihmembaik - Perilaku membaik - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik 	<p>sampingpenggunaan analgetik</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untukmengurangi rasa nyeri (mis :TENS, hypnosis, akupresure,terapi music, biofeedback,terapi pijat, aromaterapi,teknik imajinasi terbimbing,kompres hangat atau dingin,terapi bermain) - Kontrol lingkungan yangmemperberat rasa nyeri(mis : suhu ruangan,pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dansumber nyeri dalampemeliharaan strategimeredakan nyeri <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode,dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakannyeri - Anjurkan memonitor nyerisecara mandiri 	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan analgetik jika perlu 	
<p>Gangguan Pola Tidur</p> <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/ tindakan) - Kurang kontrol tidur - Kurang privasi - Restraint fisik - Ketiadaan teman tidur - Tidak familiar dengan peralatan tidur <p>Gejala dan Tanda Mayor</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X....., maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Pola Tidur (L.05045)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan pola tidur berubah menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun - Kemampuan 	<p>Dukungan Tidur (L.05174)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, the, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) 	<p>Mengenali gangguan tidur yang dialami pasien</p> <p>Mengetahui penyebab terganggunya tidur pasien baik secara fisik maupun psikologis</p> <p>Membantu untuk menciptakan pola tidur yang baik bagi pasien, mengembalikan pola tidur pasien seperti semula</p> <p>Mencegah bertambahnya faktor pemicu timbulnya gangguan pola tidur</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit tidur - Mengeluh sering terjaga - Mengeluh tidak puas tidur - Mengeluh pola tidur berubah - Mengeluh istirahat tidak cukup <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri/kolik - Hipertiroidisme - Kecemasan - Penyakit paru obstruktif kronis - Kehamilan - Periode pasca partum - Kondisi pasca operasi 	<p>beraktivitas meningkat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Batasi waktu tidur siang - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) - Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM - Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola 	
--	-------------------------------	---	--

		tidur(mis.psikologis, gaya hidup, seringberubah shift bekerja) - Ajarkan relaksasi ototautogenik atau caranonfarmakologi lainnya	
<p>Nausea</p> <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan biokimiawi - Gangguan esofagus - Distensi lambung - Iritasi lambung - Gangguan pankreas - Tumor terlokalisasi - Peningkatan tekananintraabdominal - Peningkatan tekanan intrakranial - Peningkatan tekanan intraorbital - Efek agen farmakologis - Efek toksin <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh mual - Merasa ingin muntah - Tidak minta makan <p>Gejala dan Tanda Minor</p>	<p>Setelah dilakukan asuhankeperawatan selama X....., maka nausea menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Nausea(L.08065)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makanmeningkat - Keluhan mualmenurun - Perasaan inginmuntah menurun - Perasaan asamdimulut menurun - Sensasi panas/dingin menurun - Diaforesis 	<p>Manajemen Mual (I.03117)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengalamanmual - Identifikasi isyarat nonverbal - Identifikasi dampak mualterhadap kualitas hidup - Identifikasi penyebab mual - Monitor mual - Monitor asupan nutrisi dankalori <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kendalikan faktor lingkunganpenyebab mual - Kurangi/hilangkan keadaanpenyebab mual - Berikan makanan dalamjumlah kecil dan menarik - Berikan makanan dingin,cairan bening, tidak berbaudan tidak berwarna, jika perlu <p><i>Edukasi</i></p>	<p>Untuk mengidentifikasi danmengelola perasaan tidak enakpada bagian tenggorokan ataulambung yang dapatmenimbulkan rasa mual dankeinginan untuk muntah</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Merasa asam dimulut - Sensasi dingin/panas - Sering menelan - Saliva meningkat - Pucat - Diaforesis - Takikardia - Pupil dilatasi <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningitis - Labirinitis - Uremia - Ketoasidosis diabetik - Ulkus peptikum - Penyakit esofagus - Tumor intraabdomen - Glaukoma 	<ul style="list-style-type: none"> menurun - Jumlah salivamenurun - Pucat membaik - Takikardiamembaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan istirahat dan tidurcukup - Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual - Anjurkan makan tinggikarbohidrat dan rendah lemak - Ajarkan penggunaan tekniknonfarmakologis untuk mengatasi mual <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberianantiemetik, jika perlu 	
<p>Defisit Nutrisi Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan menelanmakanan - Ketidakmampuan mencernamakanan - Ketidakmampuan 	<p>Setelah dilakukan asuhankeperawatan selama X....., maka status nutrisi membaik dengan kriteriahasil : Status Nutrisi (L.03030)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makan 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119) <i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar - Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal 	<p>Untuk mengidentifikasi danmengelola asupan nutrisi yangseimbang bagi pasien sehingga tidak terjadi defisit nutrisi ataupun obesitas.</p>

<p>mengabsorbsinutrient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan kebutuhanmetabolisme - Faktor ekonomi - Faktor psikologis <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB menurun minimal 10% dibawah rentang ideal <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cepat kenyang setelah makan - Kram/nyeri abdomen - Nafsu makan menurun - Bising usus hiperaktif - Otot pengunyah lemah - Otot menelan lemah - Membran mukosa pucat - Sariawan - Serum albumin turun - Rambut rontok berlebih - Diare 	<p>yangdihabiskan meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan cepatkenyang menurun - Nyeri abdomenmenurun - Sariawan menurun - Rambut rontokmenurun - Berat badan membaik - Indeks massa tubuhmembaik - Frekuensi makanmembaik - Nafsu makanmembaik - Bising usus membaik - Membran mukosamembaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor buang air besar - Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi atau impaksi <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jikaperlu - Fasilitasi menentukan pedoman diet - Sajikan makanan secara menarik dan suhu yangsesuai - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan suplemen makanan - Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi duduk, jikamampu - Ajarkan diet yang diprogramkan <p><i>Kolaborasi</i></p>	
---	---	---	--

<p>Kondisi Klinis Terakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stroke - Parkinson - Infeksi - Kanker - Penyakit crohn's 		<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu. 	
<p>Konstipasi</p> <p>Penyebab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan motilitas gastrointestinal - Ketidakadekuatan pertumbuhan gigi - Ketidakcukupan diet - Ketidakcukupan asupan serat - Kelemahan otot abdomen <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defekasi kurang dari 2x seminggu - Pengeluaran feses lama dan sulit - Feses keras - Peristaltik usus menurun 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X....., maka eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Eliminasi Fekal(L.04033)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol pengeluaran feses meningkat - Keluhan defekasi lama/sulit menurun - Mengejan saat defekasi menurun - Distensi abdomen menurun - Nyeri abdomen menurun - Konsistensi 	<p>Manajemen Eliminasi Fekal(I.04151)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar - Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal - Monitor buang air besar - Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi atau impaksi <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan air hangat setelah makan - Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien - Sediakan makanan tinggi serat <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan jenis makanan yang membantu 	<p>Mengidentifikasi dan mengelola gangguan eliminasi fekal khususnya konstipasi yang dialami pasien</p>

<p>Gejala dan Tanda Minor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengejan saat defekasi - Distensi abdomen - Kelemahan umum - Teraba masa pada rektal <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stroke - Parkinson - Demensia - Hemoroid - Obesitas - Pasca operasi obstruksi bowel - Ulkus rektal - Tumor 	<p>feses membaik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi defekasi membaik - Peristaltik usus membaik 	<p>meningkatkan keteraturan peristaltik usus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses - Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi - Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat - Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi <p><i>Kolaborasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat suppositoria, jika perlu 	
<p>Defisit Perawatan Diri Penyebab</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan muskuloskeletal - Gangguan neuromuskuler - Kelemahan - Gangguan psikologis 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X....., maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Perawatan Diri (L.11103)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi meningkat 	<p>Dukungan Perawatan Diri : (Hal 36, I.11348)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, dan makan 	<p>Mengidentifikasi kebutuhan dan mengelola perawatan diri pasien</p>

<p>dan/atau psikotik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan motivasi/minat <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menolak melakukan perawatan diri - Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stroke - Cedera medulla spinalis - Depresi - Arthritis rheumatoid - Retardasi mental - Delirium - Demensia - Gangguan amnestic - Skizofrenia dan 	<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat - Kemampuan makan meningkat - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat - Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat - Minat melakukan perawatan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan mulut meningkat 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (rileks dan privasi) 2. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 3. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. <p>Dukungan Perawatan Diri : Mandi (Hal 39, I.11352)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kebersihan tubuh <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi mandi 2. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri 3. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien <p>Dukungan Perawatan Diri :</p>	
---	---	--	--

<p>gangguan psikotik lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fungsi penilaian terganggu <p>Diagnosis ini dispesifikasikan menjadi salah satu atau lebih dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mandi 2. Berpakaian 3. Makan 		<p>Berpakaian (Hal 37, I.11350)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi usia dalam membantu berpakaian <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau 2. Fasilitasi mengenakan pakaian 3. Jaga privasi selama berpakaian <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan mengenakan pakaian 	
<p>Risiko Infeksi</p> <p>Faktor Risiko</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus). - Efek prosedur invasi. - Malnutrisi. - Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : <p>Gangguan peristaltik, Kerusakan integritas kulit, Perubahan sekresi pH, Penurunan</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama X..... jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Infeksi (Hal 139, L.14137)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan tangan meningkat - Kebersihan badan meningkat - Nafsu makan meningkat - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (Hal 278, I. 14539)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala lokal dan sistemik <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2. Pertahankan teknik aseptik <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 	<p>Mengurangi resiko terjadinya infeksi yang bisa terjadi pada pasien</p>

<p>kerja siliaris, Ketuban pecah lama, Ketuban pecah sebelum waktunya, Merokok, statis cairan tubuh.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakdekuatan pertahanan tubuh sekunder : Penurunan homolobin, Imununosupresi, Leukopenia, Supresi respon inflamasi, Vaksinasi tidak adekuat. <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> - AIDS. - Luka bakar - Penyakit paru obstruktif. - Diabetes melitus. - Tindakan invasi. - Kondisi penggunaan terapi steroid. - Penyalahgunaan obat. - Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW). - Kanker. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bengkak menurun - Vesikel menurun - Cairan berbau busuk menurun - Sputum berwarna hijau menurun - Drainase purulent menurun - Pyuria menurun - Periode malase menurun - Periode menggigil menurun - Letargi menurun - Gangguan kognitif menuru - Kadar sel darah putih membaik - Kultur darah membaik - Kultur urine membaik - Kultur sputum membaik - Kultur area luka membaik - Kultur feses membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelola pemberian antibiotic (Ceftriaxone 1 gr/12 jam IV dan Metronidazole 500 mg/8 jam IV) 	
--	---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> - Gagal ginjal. - Imunosupresi. - <i>Lymphedema</i>. - Leukositopenia. - Gangguan fungsi hati. 			
--	--	--	--

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC	Aktivitas
Nyeri akut berhubungan dengan kram abdomen sekunder terhadap distensi dinding usus	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri klien berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri 	Pain Management	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik

	<p>berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5. Tanda vital dalam rentang normal 		<p>untuk mengetahui pengalaman nyeri klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon klien 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau 7. Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 9. Kurangi faktor presipitasi nyeri 10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi dan interpersonal) 11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
--	---	--	--

			<p>12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin</p> <p>13. Kolaborasi dalam pemberian analgetik</p> <p>14. Tingkatkan istirahat</p> <p>15. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur</p> <p>16. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p>
		Analgesic administration	<p>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat</p> <p>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi</p> <p>3. Cek riwayat klien</p> <p>4. Pilih analgetik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 5. Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri 6. Tentukan analgetik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal 7. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali 8. Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat <p>Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala (efek samping)</p>
Retensi urinarius berhubungan dengan obstruksi jalan keluar kandung kemih sekunder terhadap tekanan pada kandung kemih	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien terbebas dari retensi urinaria dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kandung kemih kosong secara penuh 2. Tidak ada residu urine >100-200 CC 3. Bebas dari ISK 4. Tidak ada spasme bladder 5. Balance cairan seimbang 	Urinary Retention Care	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor intake dan output 2. Monitor pwnnggunaan obat antikolonergik 3. Monitor derajat distensi bladder 4. Intruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine 5. Sediakan privacy untuk eliminasi 6. Stimulasi reflek bladder dengan kompres dingin pada abdomen

			7. Kateterisasi jika perlu Monitor tanda dan gejala ISK (panas, hematuria, perubahan bau, dan konsistensi urine)
Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan muntah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kebutuhan nutrisi klien terpenuhi dengan kriteria hasil : 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi 5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	Nutrition Management	1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien 3. Anjurkan klien untuk meningkatkan intake 4. Anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Berikan substansi gula 6. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) 7. Ajarkan klien bagaimana cara membuat catatan makanan harian 8. Berikan infoemasi tentang kebutuhan nutrisi klien Kaji kemampuan klien untuk mendapatkan nutrisi yang

			dibutuhkan
		Nutrition Monitoring	<ol style="list-style-type: none"> 1. BB pasien dalam batas normal 2. Monitor adanya penurunan berat badan 3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan 4. Monitor lingkungan selama makan 5. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi 6. Monitor turgor kulit 7. Monitor mual dan muntah 8. Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht 9. Monitor kalori dan intake nutrisi 10. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oral <p>Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet</p>
Pola nafas tak efektif berhubungan dengan penurunan O2 sekunder terhadap tekanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pola napas klien efektif dengan	Airway Management	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu

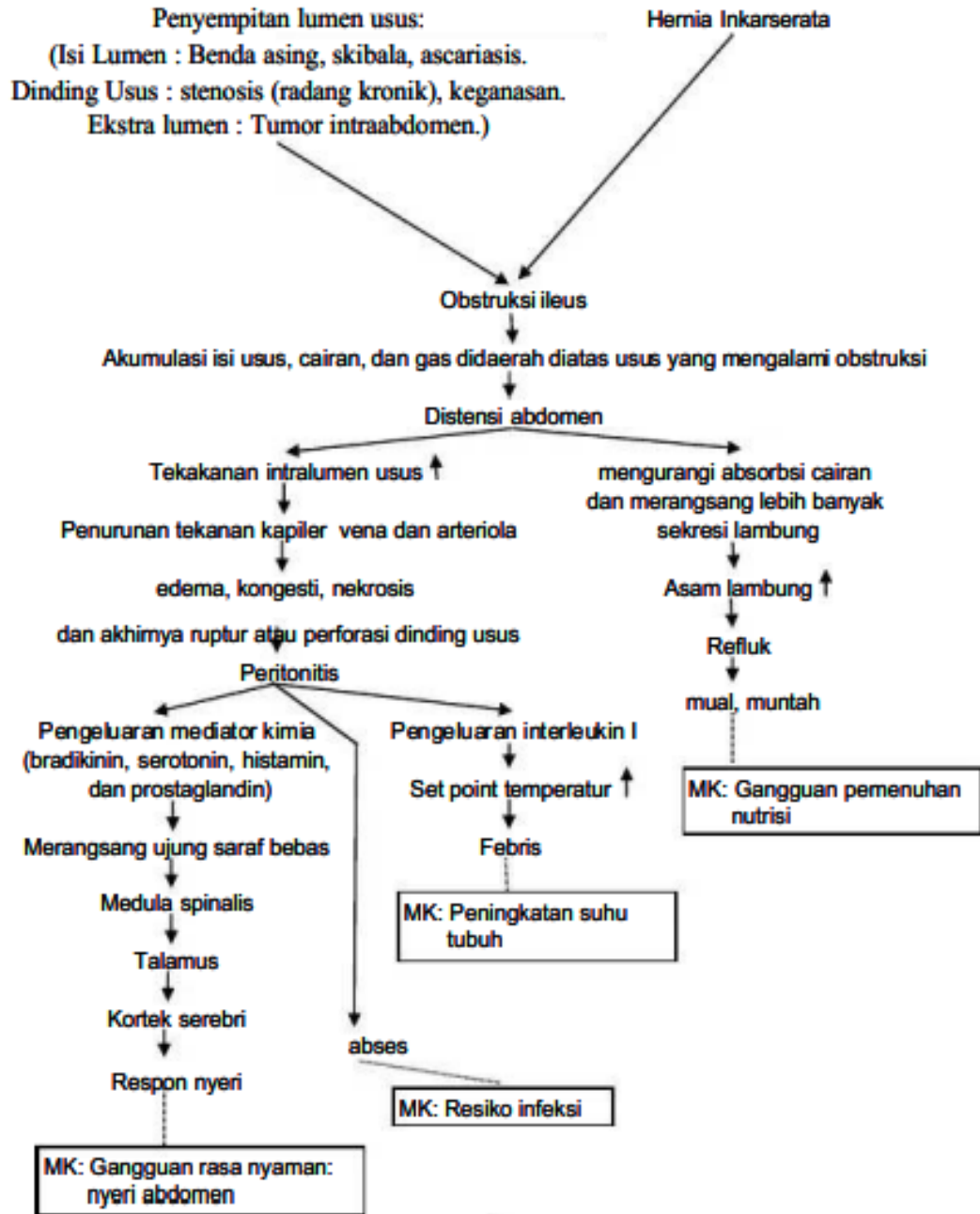
pada diafragma	<p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal) <p>Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)</p>		<ol style="list-style-type: none"> 2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 4. Pasang mayo bila perlu 5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu 6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 8. Lakukan suction pada mayo 9. Berikan bronkodilator bila perlu 10. Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab 11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. Monitor respirasi dan status O₂
		<p>Terapi Oksigen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea 2. Pertahankan jalan nafas yang paten 3. Atur peralatan oksigenasi 4. Monitor aliran oksigen 5. Pertahankan posisi pasien

			<p>6. Observasi adanya tanda tanda hipoventilasi Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi</p>
		Vital Sign Monitoring	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR 2. Catat adanya fluktuasi tekanan darah 3. Monitor VS saat pasien berbaring, duduk, atau berdiri 4. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan 5. Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas 6. Monitor kualitas dari nadi 7. Monitor frekuensi dan irama pernapasan 8. Monitor suara paru 9. Monitor pola pernapasan abnormal 10. Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit 11. Monitor sianosis perifer 12. Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik) 13. Identifikasi penyebab dari

			perubahan vital sign
Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan sekunder akibat muntah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien terbebas dari resiko kekurangan volume cairan dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal 2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal 3. Tidak ada tanda tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 	Fluid management	<ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang popok/pembalut jika diperlukan 2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 3. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan 4. Monitor vital sign 5. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian 6. Lakukan terapi IV 7. Monitor status nutrisi 8. Berikan cairan 9. Berikan cairan IV pada suhu ruangan 10. Dorong masukan oral 11. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output 12. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan 13. Tawarkan snack (jus buah, buah segar) 14. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk 15. Atur kemungkinan tranfusi

			Persiapan untuk tranfusi
--	--	--	--------------------------

C. Web of Causation (WOC)



Gambar 2 Web of Casation Ileus Obstruksi
Sumber Behman, 2018