



RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL-BEDAH

Diagnosis NANDA-I 2015–2017

Intervensi NIC

Hasil NOC

Disusun oleh:

Dosen Keperawatan Medikal-Bedah Indonesia

STIKES
GOMBONG



NERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC



Memfotokopi/membajak buku ini melanggar UU No. 28 Th 2014



KONTRIBUTOR



Andri Nugraha, S.Kep., Ns., M.Kep.

Staf Pengajar Keperawatan
Medikal-Bedah Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan Karsa Husada
Garut



Iin Patimah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Staf Pengajar Keperawatan
Medikal-Bedah Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan Karsa Husada
Garut



Egi Komara Yudha, S.Kp., MM

Staf Pengajar Keperawatan
Medikal-Bedah Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan Istara Nusantara
Jakarta



Isma Yuniar, S.Kep., Ns., M.Kep.

Staf Pengajar Keperawatan
Medikal-Bedah Sekolah Tinggi
Ilmu Kesehatan Muhammadiyah
Gombong



**Dr. Heny Suseani Pangastuti,
S.Kp., M.Kes.**

Staf Pengajar Keperawatan
Medikal-Bedah Program Studi
Ilmu Keperawatan Universitas
Gadjah Mada Yogyakarta



**Iwan Purnawan, S.Kep., Ns.,
M.Kep.**

Staf Pengajar Keperawatan
Medikal-Bedah Universitas
Jenderal Soedirman Purwokerto

**RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL-BEDAH:
DIAGNOSIS NANDA-I 2015–2017 INTERVENSI NIC HASIL NOC**

Oleh: Dosen Keperawatan Medikal-Bedah Indonesia

Editor: Deni Yasmara, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB

Nursiswati, S.Kep., Ners, M.Kep., Sp.KMB

Rosyidah Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB

Editor penyelarar: Ns. Bhetsy Angelina, S.Kep., Monica Ester, S.Kp., & Ns. Pamilih Eko Karyuni, S.Kep.

Diterbitkan pertama kali oleh Penerbit Buku Kedokteran EGC

© 2016 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon: 6530 6283

Anggota IKAPI

Desain kulit muka: M. Imron

Penata letak: Divia Permatasari

Hak cipta dilindungi Undang-Undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Cetakan 2017

Perpustakaan Nasional RI. Data Katalog dalam Terbitan (KDT)

Rencana asuhan keperawatan medikal-bedah*: diagnosis NANDA-I 2015–2017 intervensi NIC hasil NOC / editor, Deni Yasmara, Nursiswati, Rosyidah Arafat ; editor penyelarar, Bhetsy Angelina, Monica Ester, Pamilih Eko Karyuni. — Jakarta : EGC, 2016.

x, 385 hlm. ; 21 x 28,5 cm.

ISBN 978-979-044-707-3

I. Bedah. I. Deni Yasmara. II. Nursiswati. III. Rosyidah Arafat. IV. Bhetsy Angelina. V. Monica Ester.
VI. Pamilih Eko Karyuni

617

Penerbit dan editor tidak bertanggung jawab atas segala kerugian atau cedera pada individu dan/atau kerusakan properti yang terjadi akibat atau berkaitan dengan penggunaan materi dalam buku ini.



Isi di luar tanggung jawab percetakan



DAFTAR ISI

Daftar Isi	v
Kata Pengantar	vii
Kontributor	ix
 BAB 1	
Gangguan Jantung-Pembuluh Darah.....	1
 BAB 2	
Gangguan Pernapasan	49
 BAB 3	
Gangguan Neurologis/Sensori	89
 BAB 4	
Gangguan Pencernaan	123
 BAB 5	
Gangguan Metabolik dan Endokrin	159
 BAB 6	
Penyakit Darah dan Organ Pembentuk Darah.....	205
 BAB 7	
Gangguan Ginjal dan Saluran Kemih	225
 BAB 8	
Gangguan Reproduksi Wanita.....	265
 BAB 9	
Ortopedik	277
 BAB 10	
Gangguan Integumen.....	297
 BAB 11	
Gangguan Imunologis.....	315
 BAB 12	
Umum	349
 Indeks	381



GANGGUAN PENCERNAAN

-
- Perdarahan Esofagus/Gastrointestinal Atas
 - Kolitis Ulseratif dan Penyakit Crohn
 - Perawatan Pasca-bedah Ileostomi dan Kolostomi
 - Apendektomi
 - Peritonitis
 - Kolesistitis dengan Kolelitiasis
 - Kolesistektomi
-

» PERDARAHAN ESOFAGUS/ GASTROINTESTINAL ATAS

Deskripsi

- Perdarahan yang terjadi karena pecahnya varises esofagus, yaitu adanya pembesaran abnormal pembuluh darah vena di esofagus bagian bawah.
- Kondisi yang biasanya berhubungan dengan sirosis dan hipertensi portal ketika vena esofagus kecil menjadi distensi dan ruptur akibat peningkatan tekanan dalam sistem portal.

Patofisiologi

Patofisiologi perdarahan esofagus dapat dilihat pada Gambar 4-1.

Etiologi

Etiologi perdarahan esofagus adalah adanya varises esofagus, yaitu berbagai penyakit yang terlibat dalam aliran darah vena porta dan dapat menghasilkan peningkatan tekanan vena porta sehingga membentuk varises esofagus. Faktor yang dapat memicu perdarahan adalah penggunaan otot pada saat mengangkat barang yang berat; mengejan pada saat defekasi, bersin, batuk, atau muntah; esofagitis; atau iritasi pembuluh darah akibat makan makanan yang tidak dikunyah dengan baik atau minum cairan

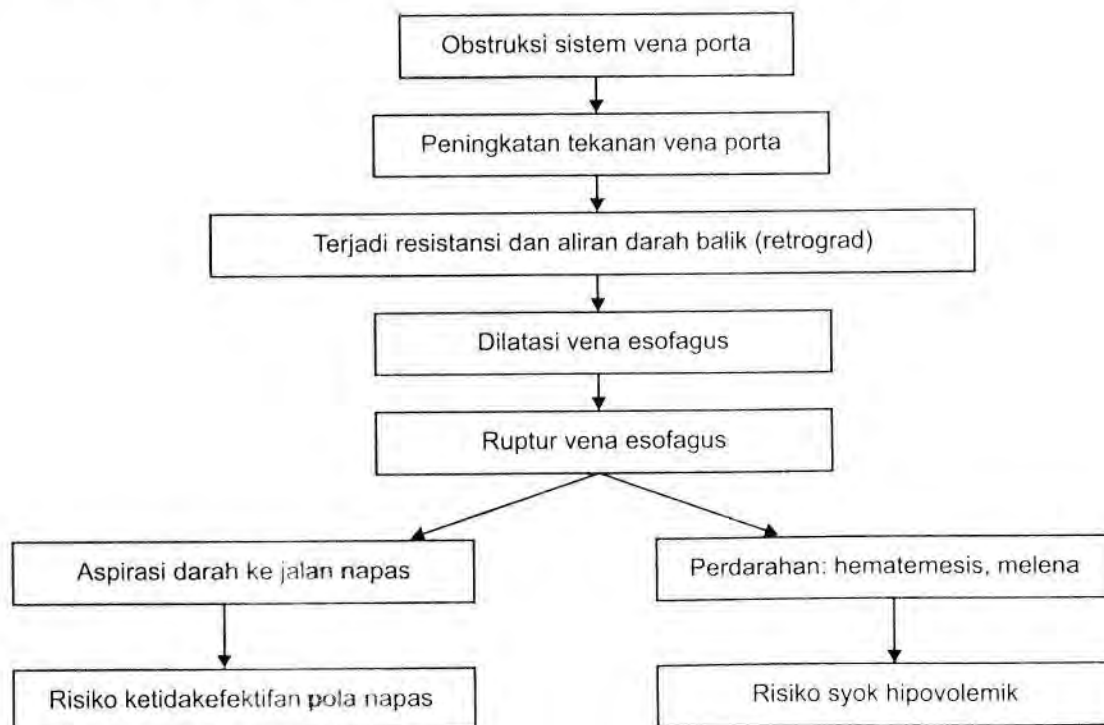
yang merangsang. Salisilat dan setiap obat yang dapat menimbulkan erosi mukosa esofagus dan mengganggu replikasi sel dapat pula menyebabkan perdarahan.

Rencana Asuhan Keperawatan

Pengkajian

Riwayat⁴

- Kelelahan
- Palpitasi
- Pusing dengan perubahan posisi
- Faktor stres akut atau kronis akibat ketenangan, hubungan, atau pekerjaan
- Perasaan tidak berdaya
- Perubahan pola defekasi yang biasa dan karakteristik feses
- Pingsan, pusing, pening, atau kelemahan
- Nyeri digambarkan sebagai nyeri yang tajam, tumpul, membakar, menggerogoti, mendadak, menyiksa (perforasi)
- Nyeri nokturnal dialami oleh banyak orang
- Sensasi samar akan ketidaknyamanan atau distress setelah makan banyak dan berkurang dengan makanan (gastritis akut)
- Nyeri epigastrik kiri hingga tengah yang dapat menjalar ke punggung, sering disertai dengan muntah setelah makan dan berkurang dengan antasida (ulkus lambung)



Gambar 4.1 Patofisiologi perdarahan esofagus.

- Nyeri yang menggerogoti dan membakar pada epigastrik kanan hingga tengah setempat terjadi sekitar 2–3 jam setelah makan ketika lambung kosong dan berkurang dengan makanan atau antasida (ulkus duodenum)
- Nyeri dan rasa terbakar pada epigastrik tengah dengan regurgitasi, sering dijumpai pada GERD kronis
- Tidak adanya nyeri sering dijumpai pada varises esofagus
- Lansia lebih cenderung asimtomatik dan datang dengan penurunan nafsu makan dan penurunan berat badan
- Riwayat hospitalisasi sebelumnya karena perdarahan GI atau masalah GI terkait, seperti ulkus peptikum atau ulkus lambung, gastritis, bedah lambung, iradiasi area lambung
- Penggunaan obat beresep atau yang dijual bebas baru-baru ini, saat ini, atau kronis yang mengandung asam asetilsalisilat (*acetylsalicylic acid*, ASA), steroid, atau obat antiinflamasi nonsteroid (obat antiinflamasi nonsteroid adalah penyebab utama perdarahan GI karena obat)
- Penggunaan alkohol kronis atau obat terlarang

Temuan pemeriksaan fisik⁴

- Takipnea, hiperventilasi sebagai respons terhadap aktivitas
- Hipotensi, termasuk postural
- Takikardia, disritmia terkait hipovolemia dan hipoksemia
- Denyut nadi perifer lemah dan hampir tidak teraba
- Pengisian kapiler lambat atau tertunda akibat vasokonstriksi
- Warna kulit pucat, sianosis bergantung pada jumlah darah yang hilang
- Kulit dan membran mukosa lembap menunjukkan diaforesis yang mencerminkan status syok, nyeri akut, dan kemungkinan reaksi emosional
- Tanda ansietas, seperti gelisah, pucat, diaforesis, fokus sempit, gemetar, suara bergetar
- Nyeri tekan dan distensi abdomen
- Bising usus sering hiperaktif selama perdarahan, hipoaktif setelah perdarahan berkurang
- Diare; feses gelap dan berdarah, seperti ter; konstipasi dapat terjadi akibat perubahan diet atau penggunaan antasida
- Haluaran urine dapat menurun atau pekat
- Tingkat kesadaran dapat berubah, berkisar dari agak mengantuk, disorientasi, dan konfusi hingga stupor dan koma
- Wajah menyeringai
- Menahan area yang terkena
- Fokus sempit

Pemeriksaan diagnostik

• Laboratorium⁴

- Hitung darah lengkap (HDL) menunjukkan apakah klien anemia atau Hb rendah (normal: pria 13,5–18 g/dL; wanita 12–16 g/dL)² dan juga menunjukkan luas perdarahan (Hb dan Ht) dan bagaimana kekronisannya. Hitung SDM (normal: pria 4,6–6,0 juta/ μ L; wanita 4,0–5,0 juta/ μ L)² dan trombosit (normal: 150.000–400.000 μ L)² mungkin menurun. Hitung SDP (normal: 4.500–10.000 μ L)² mungkin meningkat, yang menunjukkan respons tubuh terhadap cedera. HDL juga membantu menetapkan kebutuhan penggantian darah dan cairan dan memantau efektivitas terapi. Sebagai contoh, 1 unit darah lengkap harus meningkatkan Ht dua hingga tiga poin (normal: pria 40–50%; wanita 36–46%)². Kadar Ht mungkin tidak secara akurat menunjukkan kehilangan darah dini atau mendadak sampai 6–24 jam setelah perdarahan akut dimulai.
- Peningkatan nitrogen urea darah (*blood urea nitrogen*, BUN) dalam 24–48 jam (normal: 5–25 mg/dL)² karena protein darah dipecahkan di saluran GI dan filtrasi ginjal menurun. BUN lebih dari 40 dengan kadar kreatinin normal (normal: 0,5–1,5 mg/dL)² menunjukkan perdarahan mayor. BUN harus kembali ke kadar normal klien kira-kira 12 jam setelah perdarahan berhenti.

• Prosedur diagnostik⁴

- Esofagogastroduodenoskopi (EGD) merupakan prosedur pilihan untuk GI atas dan memungkinkan intervensi terapeutik (biopsi, ligasi, atau skleroterapi).
- Lavase nasogastrik (*nasogastric lavage*, NGL) dilakukan untuk rujukan diagnostik dan terapi. Sebelumnya sebagai prosedur awal standar untuk semua klien dengan perdarahan GI akut, sekarang penggunaannya diperdebatkan. Dapat memastikan perdarahan baru (tampak seperti bubuk kopi), kemungkinan perdarahan aktif (darah merah dalam aspirat yang tidak jelas), atau kekurangan darah dalam lambung (perdarahan aktif tidak begitu jelas, tetapi tidak menyingkirkan lesi GI atas) (Cerulli, 2013).
- Uji *H. pylori* menentukan apakah infeksi bakteri *H. pylori* menyebabkan ulkus atau iritasi lapisan

lambung. *Catatan:* lima puluh hingga tujuh puluh persen klien lansia dengan ulkus diketahui memiliki *H. pylori* sebagai penyebab yang mendasari. Keberadaan *H. pylori* meningkatkan risiko penyakit ulkus peptikum 5–7 kali lipat, tetapi dengan penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid, risiko meningkat 5–20 kali lipat.

- Uji darah samar/guaitak dapat positif hingga dua minggu setelah perdarahan, dan kekurangan spesifisitas untuk perdarahan akut berarti bahwa uji ini biasanya lebih berguna pada diagnosis perdarahan samar kronis. *Catatan:* ingesti beberapa makanan (mis., daging merah) dapat menimbulkan uji positif palsu (Westhoff, 2004).

Diagnosis, Hasil, dan Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ⁴	Intervensi (NIC) ⁴
Risiko perdarahan¹ <i>Faktor risiko⁴:</i> Gangguan gastrointestinal (penyakit ulkus lambung, varises, dll.) <i>Definisi²:</i> Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan.	Keparahan Kehilangan Darah: Tidak ada tanda perdarahan pada aspirat GI atau feses, dengan stabilisasi Hb dan Ht. Hidrasi: Menunjukkan peningkatan keseimbangan cairan yang ditandai dengan secara individual haluaran urine adekuat dengan berat jenis normal, tanda-tanda vital stabil, membran mukosa lembap, turgor kulit baik, dan pengisian kapiler cepat.	Penurunan Perdarahan: Gastrointestinal <i>Independen</i> - Catat warna dan karakteristik muntah, drainase slang nasogastrik (NG), dan feses. - Pantau tanda-tanda vital; bandingkan dengan tanda-tanda vital normal klien dan tanda-tanda vital sebelumnya. Ukur tekanan darah (TD) pada posisi berbaring, duduk, dan berdiri jika memungkinkan. - Catat respons fisiologis individual klien terhadap perdarahan, seperti perubahan mental, lemah, gelisah, ansietas, pucat, diaforesis, takipnea, dan peningkatan suhu tubuh. - Ukur tekanan vena sentral (<i>central venous pressure</i>, CVP) jika tersedia. - Pantau asupan dan haluaran (I&O) dan korelasikan dengan perubahan berat badan. Ukur kehilangan darah dan cairan via emesis, pengisapan atau lavase lambung, dan feses. - Pertahankan catatan akurat subtotal larutan dan produk darah selama terapi penggantian. - Pertahankan tirah baring; cegah muntah dan mengedan saat defekasi. Jadwalkan aktivitas untuk menyediakan waktu istirahat yang tidak terganggu. Hilangkan stimulus yang berbahaya. - Catat tanda perdarahan baru setelah perdarahan awal berhenti. - Observasi perdarahan sekunder dari hidung atau gusi, merembes dari area pungsi, atau tampilan area ekimosis setelah trauma minimal. <i>Kolaboratif</i> - Siapkan endoskopi urgen (mendesak). - Pantau pemeriksaan laboratorium: Hb, Ht, hitung SDM, dan kadar BUN/Cr. - Beri cairan intravena (IV) atau ekspander volume, sesuai indikasi: - Larutan natrium klorida 0,9%, larutan Ringer laktat - Darah lengkap segar atau SDM kemasan - Trombosit - Plasma beku segar (<i>fresh frozen plasma</i>, FFP). - Pasang dan pertahankan slang NG berlubang besar pada perdarahan akut.

		- Lakukan lavase lambung dengan salin dingin atau bersuhu ruangan sampai aspirat berwarna merah muda atau jernih dan tidak ada bekuan. Pengisapan lambung bertekanan rendah yang simultan dan infusi salin kontinu melalui portal udara pada slang <i>Salem sump</i> juga dapat digunakan. - Beri medikasi, sesuai indikasi, seperti penekan asam: - Inhibitor pompa proton (<i>proton pump inhibitor</i>, PPI), seperti omeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol, dan esomeprazol, diberikan melalui rute yang benar (mis., awalnya melalui IV yang dilanjutkan dengan terapi oral jangka panjang) - Antagonis reseptor histamin-2 (H2RA), seperti simetidin, ranitidin, famotidin, nizatidin - Analog somatostatin, mis., oktreotida, vapreotida - Vasopresin - Antiinfeksi, seperti metronidazol, amoksisilin, dan klaritromisin. - Bantu dengan dan siapkan klien untuk prosedur GI, seperti berikut ini: - EGD dengan kontrol perdarahan GI, mis.,: - Terapi injeksi - Koagulasi termal - Ligasi varises endoskopik (<i>endoscopic variceal ligation</i>, EVL) - Skleroterapi injeksi endoskopik (<i>endoscopic injection sclerotherapy</i>, EIS) - Tamponade balon - Terapi elektrokoagulasi atau fotokoagulasi (laser) - Intervensi radiologis, seperti pira portosistemik intrahepatik transjugular (<i>transjugular intrahepatic portosystemic shunt</i>, TIPS) - Intervensi bedah (mis., gastrektomi parsial atau total; prosedur pira).
Risiko syok³ Faktor risiko⁴: Hipovolemia Definisi⁵: Rentan mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa, yang dapat mengganggu kesehatan.	Status Sirkulasi: Mempertahankan dan memperbaiki perfusi jaringan yang ditandai dengan tanda-tanda vital stabil, kulit hangat, denyut nadi perifer teraba, GDA dalam batas normal klien, dan haluaran urine adekuat.	Pencegahan Syok: <i>Independen</i> - Periksa perubahan tingkat kesadaran dan laporan tentang pusing atau sakit kepala. - Periksa laporan nyeri dada. Catat lokasi, kualitas, durasi, dan apa yang meredakan nyeri. - Auskultasi denyut nadi apikal. Pantau frekuensi dan irama jantung jika elektrokardiogram (EKG) berkelanjutan tersedia dan diindikasikan. - Kaji kulit untuk mengetahui adanya kedinginan; pucat; diaforesis; pengisian kapiler lambat; dan denyut nadi perifer yang lemah dan hampir tidak teraba. - Catat haluaran urine dan berat jenis urine. Pasang kateter Foley untuk mengukur urine secara akurat, sesuai indikasi. - Catat laporan nyeri abdomen, terutama nyeri yang mendadak dan hebat atau nyeri yang menyebar ke bahu. - Observasi kulit untuk mengetahui adanya pucat dan kemerahan. Masase dengan perlahan menggunakan losion. Ubah posisi dengan sering.

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ⁴	Intervensi (NIC) ⁴
Ansietas¹ <i>yang berhubungan dengan⁴:</i> Perubahan status kesehatan, ancaman kematian Definisi³: Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.	Kontrol Diri Terhadap Ansietas: Mendiskusikan ketakutan dan kekhawatiran mengenai ketakutan yang sehat versus yang tidak sehat. Menyatakan rentang perasaan yang sesuai. Tampak relaks dan melaporkan ansietas berkurang ke tingkat yang dapat ditangani. Mendemonstrasikan penyelesaian masalah dan penggunaan sumber yang efektif.	<i>Kolaboratif</i> Pantau GDA dan oksimetri nadi. Beri oksigen tambahan jika diindikasikan. Beri cairan IV, sesuai indikasi. Penurunan Ansietas: <i>Independen</i> - Pantau respons fisiologis, seperti takipnea, palpitasi, pusing, sakit kepala, sensasi kesemutan, dan isyarat perilaku, seperti gelisah, iritabilitas, kurang kontak mata, dan perilaku melawan atau menyerang. Dorong menyatakan kekhawatiran. Bantu klien dalam mengungkapkan perasaan dengan mendengar aktif. Akui bahwa saat ini merupakan situasi yang menakutkan dan bahwa orang lain mengungkapkan ketakutan yang sama. Beri informasi yang akurat dan konkret tentang apa yang dilakukan, termasuk perasaan yang diharapkan dan prosedur biasa yang dilakukan. Beri lingkungan yang tenang dan nyaman. Dorong orang terdekat untuk menemani klien, jika mampu. Respons panggilan dengan segera. Gunakan sentuhan dan kontak mata, jika tepat. Beri kesempatan kepada orang terdekat untuk mengungkapkan perasaan dan kekhawatiran. Dorong orang terdekat untuk menunjukkan sikap positif dan realistis. Demonstrasikan dan dorong teknik relaksasi, seperti visualisasi, latihan napas dalam, dan imajinasi terbimbing. Bantu klien mengidentifikasi dan memulai perilaku coping positif yang berhasil digunakan di masa lalu. Dorong dan dukung klien dalam evaluasi gaya hidup. <i>Kolaboratif</i> - Berikan medikasi, sesuai indikasi, seperti diazepam, klorazepat, alprazolam. - Rujuk ke perawat klinik spesialis psikiatri, layanan sosial, dan penasihat spiritual.
Nyeri akut¹ <i>yang berhubungan dengan⁴:</i> - Agens kimiawi (asam lambung yang membakar mukosa lambung/rongga mulut) - Respons fisik (seperti spasme otot refleks pada dinding lambung) Definisi³: Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas.	Level Nyeri: - Menyatakan nyeri mereda. - Menunjukkan postur tubuh yang relaks dan mampu tidur atau istirahat dengan baik.	Manajemen Nyeri: <i>Independen</i> Catat laporan nyeri, termasuk lokasi, durasi, dan intensitas (skala 0-10, atau skala yang mirip). Tinjau faktor yang memperparah atau mengurangi nyeri. Catat isyarat nyeri nonverbal, seperti gelisah, enggan bergerak, menahan abdomen, takikardia, dan diaforesis. Periksa ketidakcocokan antara isyarat verbal dan nonverbal. Beri makanan porsi kecil dan sering, sesuai indikasi untuk klien individual. Beri/dorong asupan air, minimal 1,4 L/hari dan segelas air pada setiap episode nyeri, jika memungkinkan dan tidak dikontraindikasikan. Dorong klien untuk menghindari merokok. - Beri perawatan mulut yang sering.

ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.		<i>Kolaboratif</i> - Beri dan implementasikan modifikasi diet yang diprogramkan. - Beri medikasi, sesuai indikasi: - Analgesik, seperti morfin sulfat, ketorolak - Antasida - Antagonis reseptor histamin-2 (H2RA), seperti simetidin, ranitidin, famotidin, nizatidin.
Defisiensi pengetahuan³ <i>yang berhubungan dengan⁴:</i> - Kurang informasi atau mengingat - Salah pengertian terhadap informasi - Tidak mengetahui sumber informasi <i>Definisi⁵:</i> Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.	Pengetahuan: Manajemen Penyakit Akut - Menyatakan pemahaman tentang penyebab episode perdarahan dirinya, jika diketahui, dan modalitas terapi yang digunakan. - Mulai mendiskusikan peran dirinya dalam mencegah kekambuhan. - Mengidentifikasi dan mengimplementasikan perubahan gaya hidup yang diperlukan. - Berpartisipasi dalam regimen terapi.	Penyuluhan: Proses Penyakit <i>Independen</i> - Tentukan persepsi klien tentang penyebab perdarahan. - Beri dan tinjau informasi mengenai etiologi perdarahan, hubungan perilaku gaya hidup, dan cara mengurangi risiko dan faktor pendukung. Dorong untuk bertanya. - Tinjau regimen obat, kemungkinan efek samping, dan interaksi dengan obat lain, jika tepat. - Dorong klien untuk menginformasikan kepada semua penyedia layanan kesehatan tentang riwayat perdarahan. - Tekankan pentingnya membaca label obat yang dijual bebas dan menghindari produk yang mengandung aspirin. Diskusikan penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid lain untuk meredakan nyeri, dan rekomendasikan alternatif. - Tinjau tanda dan gejala signifikan, seperti emesis kopi bubuk, feses seperti ter, distensi abdomen, dan nyeri epigastrik dan abdomen hebat yang menyebar ke bahu atau punggung. - Diskusikan pentingnya berhenti merokok. Rujuk ke kelompok dukungan dan penyedia layanan kesehatan untuk bantuan, sesuai keinginan klien, dengan terapi seperti permen pengganti nikotin atau obat antimerokok. - Rujuk ke kelompok dukungan atau konseling, sesuai indikasi.

» KOLITIS ULSERATIF DAN PENYAKIT CROHN

Deskripsi

Kolitis Ulseratif

- Penyakit ulseratif dan inflamasi berulang dari lapisan mukosa kolon dan rektum. Puncak insiden adalah pada usia 30–50 tahun.
- Gangguan peradangan kronis idiopatik yang terjadi pada usus besar, khususnya bagian kolon desenden sampai rektum.
- Penyakit ulserasi dan inflamasi akut atau kronis dari rektum dan kolon dengan tanda yang khas, yaitu adanya diare, perdarahan per rektal, nyeri di perut, panas, anoreksia, dan penurunan berat badan.

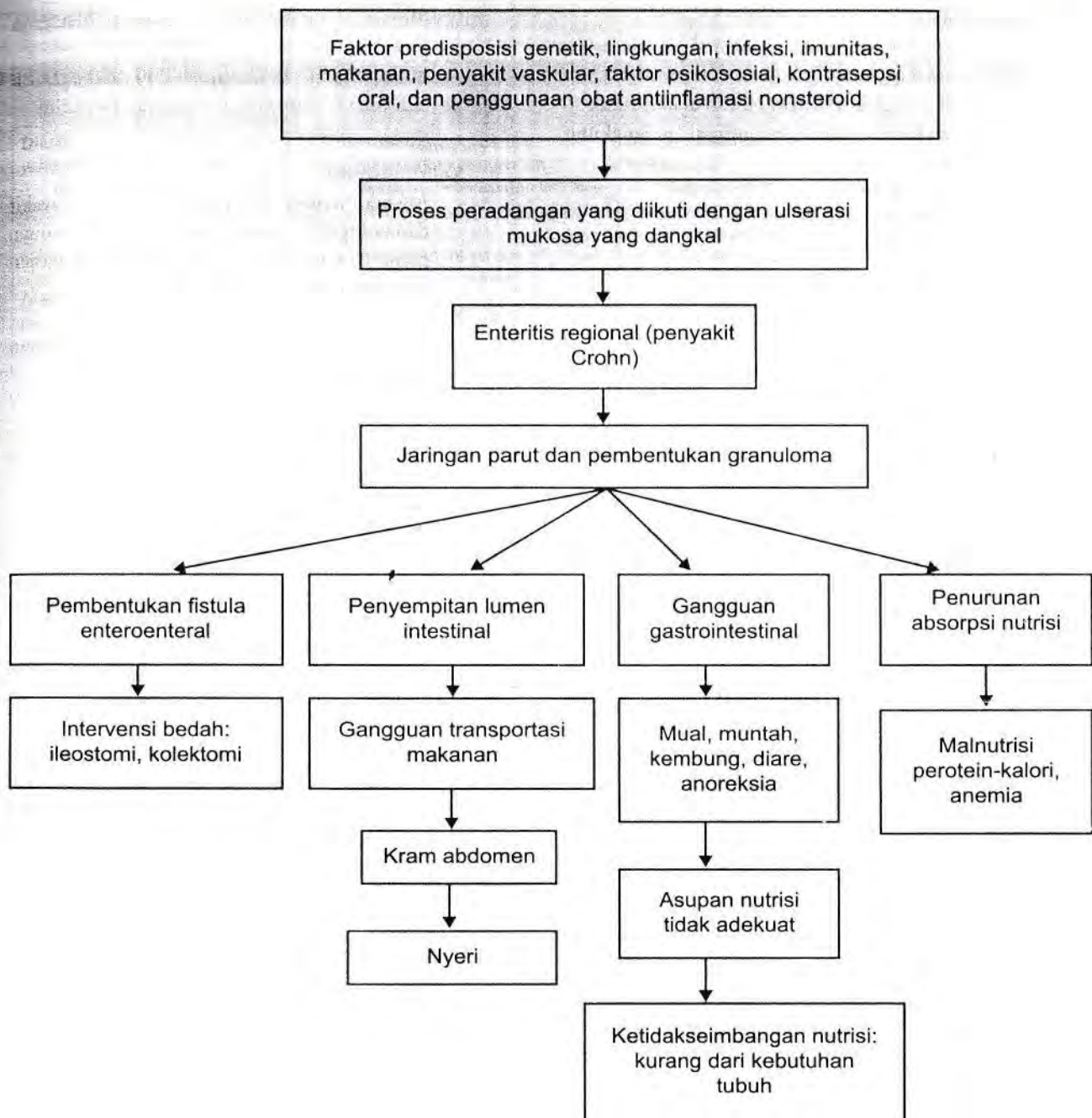
Penyakit Crohn

Penyakit idiopatik dan kronis dengan proses peradangan pada intestin yang sering menyebabkan fibrosis dan gejala obstruktif, yang dapat memengaruhi bagian mana pun dari saluran gastrointestinal dari mulut ke anus. Inflamasi kronis dan subakut yang meluas ke seluruh lapisan dinding usus. Meskipun dapat terjadi di sepanjang saluran gastrointestinal, area paling umum yang sering terkena adalah ileum distal dan kolon.

Patofisiologi

Kolitis Ulseratif

Patofisiologi kolitis ulseratif dapat dilihat pada Gambar 4-2.



Gambar 4.3 Patofisiologi penyakit Crohn.

- Letih dan lemah
- Demam, flatulens, mual
- Nyeri abdomen kram atau kolik yang menetap biasanya terjadi pada kuadran kanan bawah
- Diare mungkin memburuk setelah kesedihan emosional atau memakan makanan yang kurang dapat ditoleransi, seperti susu, makanan berlemak, dan makanan pedas
- Penurunan berat badan

Temuan pemeriksaan fisik

- *Kolitis ulseratif*
 - Feses cair disertai pus, mukus, dan darah
 - Kemungkinan distensi abdomen
 - Nyeri tekan abdomen
 - Iritasi perianal, hemoroid, dan fisura
 - Ikterus
 - Nyeri sendi

- *Penyakit Crohn*

- Feses mungkin lunak atau semicair, biasanya tanpa darah samar
- Nyeri tekan kuadran kanan bawah atau distensi
- Massa abdomen dapat menunjukkan lengkung usus yang merekat
- Bising usus hiperaktif
- Diare berdarah
- Abses perianal dan rektal

Pemeriksaan diagnostik

- *Laboratorium*

- a. *Kolitis ulseratif*

- Analisis spesimen feses memperlihatkan adanya darah, pus, mukus, tetapi tidak ada organisme patogenik
- Pemeriksaan laboratorium penunjang lainnya memperlihatkan penurunan kadar serum kalium (normal: 3,5–5,0 mEq/L)², magnesium (normal: 1,5–2,5 mEq/L)², hemoglobin (normal: pria 13,5–18 g/dL; wanita 12–16 g/dL)², dan albumin (normal: 3,5–5,0 g/dL)², demikian juga dengan leukosit (normal: 4.500–10.000 μ L)² dan peningkatan masa protrombin (normal: 11–15 detik)²; peningkatan laju endap darah (normal: pria 0–10 mm/jam; wanita 0–20 mm/jam)² yang memiliki korelasi dengan tingkat keparahan penyakit

- b. *Penyakit Crohn*

- Darah samar tampak pada feses
- Kadar hemoglobin (normal: pria 13,5–18 g/dL; wanita 12–16 g/dL)² dan hematokrit (normal: pria 40–50%; wanita 36–46%)² menurun
- Hitung leukosit (normal: 4.500–10.000 μ L)² dan laju endap darah (normal: pria 0–10 mm/jam; wanita 0–20 mm/jam)² meningkat
- Kadar kalium (normal: 3,5–5,0 mEq/L)², kalsium (normal: 4,5–5,5 mEq/L)², dan magnesium serum (normal: 1,5–2,5 mEq/L)² menurun

Hipoproteinemik terjadi karena hilangnya protein usus

- Kadar vitamin B₁₂ (normal: 200–900 pg/mL)² dan folat (normal: 3–16 ng/mL)² menurun

- *Pemeriksaan*

- a. *Kolitis ulseratif*

Enema barium menunjukkan luas penyakit dan komplikasi, seperti striktur dan karsinoma; pemeriksaan ini tidak dilakukan pada pasien yang memiliki tanda dan gejala aktif

- b. *Penyakit Crohn*

- Ronsen usus halus menunjukkan penebalan dan ulserasi mukosa yang ireguler
- Enema barium menunjukkan tanda *untail/string sign* (segmen striktur dipisahkan oleh usus normal) dan juga dapat menunjukkan fisura serta penyempitan lumen

- *Prosedur diagnostik*

- a. *Kolitis ulseratif*

- Sigmoidoskopi menunjukkan keterlibatan rektum pada kebanyakan kasus dengan memperlihatkan peningkatan kerapuhan lapisan mukosa, penurunan rincian mukosa, dan eksudat inflamasi yang kental, edema, dan erosi
- Kolonoskopi dapat digunakan untuk menentukan luas penyakit dan mengevaluasi area striktur dan pseudopolip; pemeriksaan ini tidak dilakukan jika pasien memiliki tanda dan gejala aktif
- Biopsi, dilakukan selama kolonoskopi, membantu megakkan diagnosis

- b. *Penyakit Crohn*

- Sigmoidoskopi dan kolonoskopi menunjukkan area bercak inflamasi dan juga dapat menunjukkan karakteristik permukaan mukosa yang kasar dan tidak teratur (gambaran *cobblestone*)
- Biopsi menunjukkan granuloma pada hingga setengah dari semua spesimen

Diagnosis, Hasil, dan Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ⁴	Intervensi (NIC) ⁴
Diare³ yang berhubungan dengan ⁴ : - Adanya toksin - Ansietas - Inflamasi, iritasi, atau malabsorpsi Definisi³: Pengeluaran feses yang lunak dan tidak berbentuk.	Defekasi: - Melaporkan penurunan frekuensi defekasi dan kembali ke konsistensi feses yang lebih normal. - Mengidentifikasi dan menghindari faktor pendukung.	Manajemen Diare: <i>Independen</i> - Observasi dan dokumentasikan frekuensi, karakteristik, jumlah, dan faktor pencetus feses. - Tingkatkan tirah baring, jika diindikasikan, dan sediakan <i>commode</i> di sisi tempat tidur. - Buang feses dengan cepat. Berikan pewangi ruangan. - Diskusikan diet biasa klien. Minta klien/orang terdekat mengidentifikasi makanan dan cairan (jika ada) yang mencetuskan diare klien dan/atau nyeri kram. - Mulai kembali asupan cairan oral secara bertahap, jika klien dipuaskan (NPO) selama terapi. Berikan cairan jernih per jam dan hindari cairan dingin. - Beri kesempatan untuk melepaskan frustrasi yang berhubungan dengan proses penyakit. - Observasi adanya demam, takikardia, letargi, leukositosis, penurunan protein serum, ansietas, dan prostrasi. <i>Kolaboratif</i> - Beri medikasi, sesuai indikasi: - Aminosalisilat (5-ASA), seperti olsalazin dan balsalazida, sulfasalazin, mesalamin, dan olsalazin - Steroid, seperti hormon adrenokortikotropik (ACTH), hidrokortison, prednison, dan prednison - Tiopurin, mis., azatioprin, 6-merkaptopurin, tioguanin - Pemodifikasi respons biologis (juga disebut imunomodulator), seperti infliksimab, adalimumab, sertolizumab, natalizumab - Antiinfeksi, seperti metronidazol, siprofloksasin, ampicilin, dan lain-lain. - Pilihan medikasi untuk klien pediatrik: - Agens 5-ASA: balsalazida dan sulfasalazin - Biologis: infliksimab - Kortikosteroid - Budonida - Metotreksat. - Siapkan intervensi bedah, seperti kolektomi, proktokolektomi, atau ileostomi.
Risiko kekurangan volume cairan³ Faktor risiko⁴: - Faktor yang memengaruhi kebutuhan cairan (status hipermetabolik—inflamasi, demam) - Kehilangan berlebihan melalui rute normal—diare, muntah - Penyimpangan yang memengaruhi asupan—mual, anoreksia	Hidrasi: Mempertahankan volume cairan adekuat yang ditandai dengan membran mukosa lembap, turgor kulit dan pengisian kapiler baik; tanda-tanda vital stabil; dan asupan dan haluaran yang seimbang dengan urine yang konsentrasi dan jumlahnya normal.	Manajemen Cairan/Elektrolit: <i>Independen</i> - Pantau asupan dan haluaran. Catat jumlah, karakter, dan jumlah feses; perkiraan kehilangan cairan yang tidak disadari (mis., diaforesis). Ukur berat jenis urine dan observasi adanya oliguria. - Kaji tanda-tanda vital (tekanan darah [TD], denyut nadi, suhu tubuh). - Observasi adanya kulit dan membran mukosa yang kering berlebihan, penurunan turgor kulit, dan pengisian kapiler yang lambat. - Timbang berat badan setiap hari atau sesuai protokol.

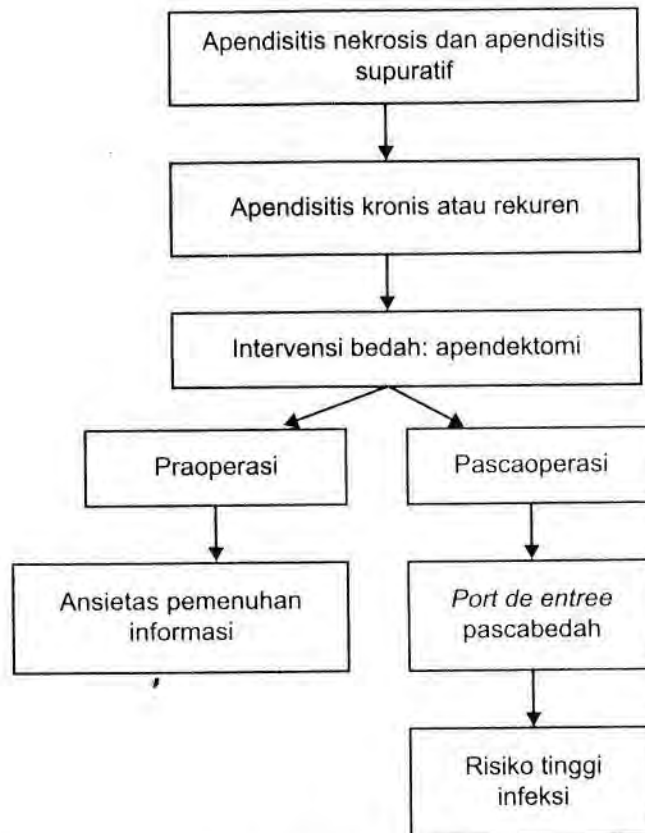
Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ⁴	Intervensi (NIC) ⁴
<i>Definisi³:</i> Kerentanan mengalami penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraseluler, yang dapat mengganggu kesehatan.		<i>Kolaboratif</i> - Pantau pemeriksaan metabolik dan elektrolit serial. - Berikan cairan IV dan elektrolit, sesuai indikasi.
Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh³ yang berhubungan dengan⁴: - Faktor biologis (status hipermetabolik) - Faktor psikologis (ketakutan bahwa makan dapat menyebabkan diare) - Ketidakmampuan mencerna makanan (pembatasan asupan secara medis) - Perubahan absorpsi nutrisi <i>Definisi³:</i> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik.	Status Nutrisi: Menunjukkan berat badan stabil atau kenaikan yang progresif sesuai tujuan dengan normalisasi nilai laboratorium dan tidak ada tanda malnutrisi.	Terapi Nutrisi: <i>Independen</i> - Kaji berat badan, usia, massa tubuh, kekuatan, dan tingkat aktivitas serta istirahat. Pastikan stadium proses penyakit dan efeknya pada status nutrisi klien. - Inspeksi mukosa oral. - Evaluasi nafsu makan klien. - Timbang berat badan dengan sering. - Dorong periode istirahat siang hari dan batasi aktivitas selama fase akut penyakit. - Rekomendasikan istirahat sebelum makan. - Beri higiene oral. - Sajikan makanan dalam lingkungan yang menyenangkan dan berventilasi baik, dengan suasana yang tidak terburu-buru dan teman yang cocok. - Dorong klien untuk makan makanan yang sehat dan bervariasi sebanyak mungkin, dengan memadukan beberapa makanan: porsi kecil dan kudapan per hari. - Dorong klien untuk menghindari atau membatasi makanan yang dapat menyebabkan atau memperparah kram abdomen dan gejala ketidaknyamanan lain, seperti produk susu (jika klien mengalami intoleransi laktosa), makanan tinggi serat (mis., sayuran mentah) atau lemak (mis., makanan gorengan, kacang-kacangan, es krim), alkohol, atau makanan dan minuman yang mengandung kafein (Byer, 2008). - Diskusikan masalah makanan khusus dengan anak/remaja/pengasuh. Tawarkan pilihan, jika mungkin, yang mungkin dapat diterima anak/remaja sebagai selera personal dan dalam tatanan sosial. - Catat asupan dan perubahan dalam simptomatologi. - Tingkatkan partisipasi klien dalam merencanakan diet jika mungkin. - Dorong klien untuk menyatakan perasaan terkait melanjutkan diet, ketika klien dipuaskan (NPO). <i>Kolaboratif</i> - Pertahankan status NPO klien, sesuai indikasi. - Lanjutkan atau tingkatkan diet sesuai indikasi — cairan jernih yang meningkat menjadi lunak, rendah ampas, dan kemudian tinggi protein, tinggi kalori, bebas kafein, tidak pedas, dan rendah serat, sesuai indikasi. - Beri dukungan nutrisi, sebagai contoh: - Pemberian makan enteral via slang nasogastrik (NG), gastrostomi endoskopik perkutan (PEG), atau J-tube - Nutrisi parenteral total (TPN) intravena. - Pantau pemeriksaan nutrisi dan gejala klien untuk defisit dan berikan vitamin dan mineral sesuai indikasi individual.

Ansietas¹ yang berhubungan dengan⁴: - Ancaman terhadap konsep diri - Ancaman terhadap, atau perubahan, status kesehatan, status ekonomi, fungsi peran, pola interaksi - Stres, krisis situasi Definis²: Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memampukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.	Kontrol Ansietas: - Tampak relaks dan melaporkan ansietas berkurang ke tingkat yang dapat ditangani. - Menyatakan menyadari perasaan ansietas dan cara sehat menghadapinya.	Penurunan Ansietas: <i>Independen</i> - Perhatikan isyarat perilaku—gelisah, iritabilitas, menarik diri, kurang kontak mata, dan perilaku memaksa. - Dorong menyatakan perasaan. Berikan umpan balik. - Akui bahwa ansietas dan masalah klien mirip dengan yang dirasakan oleh orang lain. Dengarkan dengan aktif kekhawatiran klien. - Beri informasi yang akurat dan konkret tentang apa yang dilakukan, seperti alasan tirah baring, pembatasan asupan oral, dan prosedur. - Beri lingkungan yang tenang dan nyaman. - Dorong staf/orang terdekat untuk menunjukkan sikap peduli dan perhatian. - Bantu klien mengidentifikasi dan memulai perilaku koping positif yang digunakan di masa lalu. - Bantu klien mempelajari mekanisme koping baru, seperti teknik manajemen stres dan ketrampilan organisasi. <i>Kolaboratif</i> - Beri medikasi, sesuai indikasi, sebagai contoh, agens antiansietas, seperti diazepam dan alprazolam. - Rujuk ke perawat klinik spesialis psikiatri, layanan sosial, atau penasihat spiritual.
Nyeri akut³ yang berhubungan dengan⁴: Agens fisik—hiperperistalsis, diare yang lama, iritasi kulit dan jaringan, ekskoriasi perirektal, fisura, fistula Definis²: Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.	Level Nyeri: - Melaporkan nyeri mereda atau terkontrol. - Tampak relaks dan mampu tidur dan istirahat dengan baik.	Manajemen Nyeri: <i>Independen</i> - Dorong klien untuk melaporkan nyeri. - Kaji laporan tentang kram atau nyeri abdomen, dengan mencatat lokasi, durasi, dan intensitas (menggunakan skala 0–10 atau skala yang mirip). Periksa dan laporkan perubahan karakteristik nyeri. - Perhatikan isyarat nonverbal, seperti gelisah, enggan bergerak, menahan abdomen, menarik diri, dan depresi. Periksa ketidakcocokan antara isyarat verbal dan nonverbal. - Tinjau faktor yang memperparah atau mengurangi nyeri. - Beri tindakan kenyamanan (mis., mengusap punggung, reposisi) dan aktivitas pengalihan. - Bersihkan area rektal dengan sabun ringan dan air (atau usap) setelah setiap defekasi dan berikan perawatan kulit dengan salep barrier lembap. - Sediakan <i>sitz bath</i> (mandi rendam duduk), jika tepat. - Observasi adanya ulserasi atau fistula perianal. - Observasi dan catat distensi abdomen, peningkatan suhu tubuh, dan penurunan TD. <i>Kolaboratif</i> - Implementasikan modifikasi diet yang diprogramkan; sebagai contoh, mulai dengan cairan dan tingkatkan ke makanan padat sesuai toleransi. - Beri medikasi sesuai indikasi, sebagai contoh: Analgesik Antikolinergik Supositoria anodin.
Ketidakefektifan koping³ yang berhubungan dengan⁴: - Ketidakpastian—sifat proses penyakit yang tidak terduga	Koping: - Mengkaji situasi saat ini secara akurat.	Pengembangan Koping: <i>Independen</i> - Kaji pemahaman klien/orang terdekat dan metode sebelumnya dalam menghadapi proses penyakit.

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ⁴	Intervensi (NIC) ⁴
- Krisis situasi; ketidakadekuatan kesempatan untuk bersiap terhadap stresor - Nyeri hebat/kronis - Tingkat kepercayaan diri yang tidak adekuat dalam kemampuan koping <i>Definisi³:</i> Ketidakmampuan untuk membentuk penilaian valid tentang stresor, ketidakadekuatan pilihan respons yang dilakukan, dan/atau ketidakmampuan untuk menggunakan sumber daya yang tersedia.	- Mengidentifikasi perilaku koping tidak efektif dan akibatnya. - Mengakui kemampuan koping sendiri. - Mendemonstrasikan perubahan gaya hidup yang diperlukan untuk membatasi atau mencegah episode kekambuhan.	- Tentukan stresor luar, seperti keluarga, hubungan, dan lingkungan sosial atau pekerjaan. - Berikan kesempatan kepada klien untuk mendiskusikan bagaimana penyakit memengaruhi hubungan, termasuk masalah seksual. - Tentukan kesejahteraan umum anak terkait fungsi sosial dan efek penyakit (mis., tidak berpartisipasi dalam olahraga, bolos sekolah, menolak bermain). Rujuk ke konseling dan/atau kelompok dukungan yang tepat, sesuai indikasi. - Bantu klien mengidentifikasi keterampilan koping efektif individual. - Beri dukungan emosional: - Mendengar aktif dengan sikap yang tidak menghakimi. - Pertahankan bahasa tubuh yang tidak menghakimi ketika merawat klien. - Tugaskan staf yang sama sedapat mungkin. - Beri periode tidur atau istirahat yang tidak terganggu. - Dorong penggunaan keterampilan manajemen stres, seperti teknik relaksasi, visualisasi, imajinasi terbimbing, dan latihan napas dalam. <i>Kolaboratif</i> - Libatkan klien/orang terdekat dalam konferensi tim untuk mengembangkan program individual. - Beri medikasi sesuai indikasi, sebagai contoh, agens antiansietas, seperti lorazepam dan alprazolam. - Rujuk ke sumber, sesuai indikasi, seperti kelompok dukungan setempat, pekerja sosial, perawat klinik spesialis psikiatri, atau penasihat spiritual.
Ketidakefektifan manajemen kesehatan³ <i>yang berhubungan dengan⁴:</i> - Ketidakberdayaan; kurang dukungan sosial - Kompleksitas regimen terapeutik - Persepsi keuntungan/hambatan <i>Definisi³:</i> Pola pengaturan dan pengintegrasian ke dalam kebiasaan terapeutik hidup sehari-hari untuk pengobatan penyakit dan sekuelanya yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan spesifik.	Pengetahuan: Manajemen Penyakit Radang Usus - Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit dan kemungkinan komplikasi. - Mengidentifikasi situasi stres dan tindakan spesifik untuk menghadapinya. - Menyatakan pemahaman tentang regimen terapeutik. - Berpartisipasi dalam regimen terapi. - Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan.	Penyuluhan: Proses Penyakit <i>Independen</i> - Tentukan persepsi klien tentang proses penyakit. - Tinjau proses penyakit, hubungan sebab dan akibat faktor yang mencetuskan gejala, dan identifikasi cara mengurangi faktor pendukung. Dorong untuk bertanya. - Tinjau medikasi, tujuan, frekuensi, dosis, dan kemungkinan efek samping. - Ingatkan klien untuk mengobservasi efek samping steroid (seperti ulkus, edema wajah, dan kelemahan otot) jika digunakan dalam jangka panjang. - Tekankan pentingnya perawatan kulit yang baik, termasuk mencuci tangan yang benar dan perawatan kulit perineal. - Rekomendasikan untuk berhenti merokok. Rujuk ke sumber antirokok, jika klien menginginkan dukungan dan bantuan. - Tekankan perlunya tindak lanjut jangka panjang dan reevaluasi berkala. - Rekomendasikan dan rujuk ke pemantauan ketat pemeriksaan laboratorium (mis., HDL, SDP, trombosit, enzim hati) untuk efek merugikan obat pada sistem tubuh.

		- Diskusikan mekanika udara yang ditelan sebagai faktor dalam pembentukan flatus dan beberapa cara agar klien dapat melatih pengendalian. - Diskusikan penggunaan kantong dengan filter untuk membantu manajemen gas. <i>Kolaboratif</i> - Konsultasikan dengan ahli gizi dan spesialis nutrisi. - Tingkatkan diet dari cairan ke makanan rendah ampas ketika asupan oral dilanjutkan kembali. - Lakukan pemberian makan enteral atau parenteral jika diindikasikan.
Insomnia³ yang berhubungan dengan⁴: - Gangguan tidur—kebutuhan perawatan ostomi, flatus atau efluen ostomi yang berlebihan - Ketidaknyamanan fisik/nyeri - Stres, ansietas <i>Definisi³:</i> Gangguan pada kuantitas dan kualitas tidur yang menghambat fungsi.	Tidur: - Tidur atau istirahat di antara gangguan. - Melaporkan peningkatan perasaan sejahtera dan merasa beristirahat.	Peningkatan Tidur: <i>Independen</i> - Jelaskan perlunya memantau fungsi usus pada periode pascaoperasi dini. - Beri sistem kantong yang adekuat. Kosongkan kantong sebelum beristirahat dan, jika perlu, sesuai jadwal yang disetujui, atau ketika setengah penuh. - Beri tahu klien bahwa stoma tidak tercederai ketika tidur. - Batasi asupan makanan dan minuman yang mengandung kafein. - Dukung kelanjutan rutinitas waktu tidur yang biasa. <i>Kolaboratif</i> - Tentukan penyebab flatus atau efluen yang berlebihan dan kemungkinan tindakan, seperti berunding dengan ahli gizi mengenai pembatasan makanan jika terkait diet. - Beri analgesik atau sedatif pada waktu tidur, sesuai indikasi.
Risiko konstipasi/diare³ <i>Faktor risiko⁴:</i> - Asupan serat atau cairan tidak cukup - Pemasangan ostomi di kolon desenden atau sigmoid - Stres, ansietas <i>Definisi³:</i> - Risiko konstipasi: Rentan mengalami penurunan frekuensi defekasi normal yang disertai dengan kesulitan atau tidak lamplasnya pengeluaran feses dan/atau pengeluaran feses yang keras, kering, dan banyak, yang dapat mengganggu kesehatan. - Diare: Pengeluaran feses yang lunak dan tidak berbentuk.	Defekasi: Menetapkan pola eliminasi yang sesuai dengan kebutuhan fisik dan gaya hidup dengan efluen dengan jumlah dan konsistensi yang tepat.	Manajemen Defekasi: <i>Independen</i> - Periksa awitan lambat atau tidak adanya efluen. Auskultasi bising usus. - Informasikan kepada klien dengan ileostomi bahwa pada awalnya efluen berbentuk cair. Jika konstipasi terjadi, harus dilaporkan segera kepada perawat ostomi atau dokter. - Tinjau pola diet dan jumlah serta tipe asupan cairan. - Tekankan pentingnya mengunyah makanan dengan baik, asupan cairan yang adekuat saat makan dan setelah makan, hanya konsumsi tingkat sedang makanan tinggi serat, dan menghindari selulosa. - Tinjau makanan yang memang, atau mungkin, merupakan sumber flatus, seperti minuman bersoda, bir, kacang-kacangan, kubis, bawang merah, ikan, dan makanan berbunga banyak; atau bau, seperti bawang merah, kubis, telur, ikan, dan kacang-kacangan. - Tinjau fisiologi kolon dan diskusikan irigasi jika diindikasikan. - Pastikan gaya hidup dan kebiasaan defekasi klien sebelumnya.

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ¹	Intervensi (NIC) ¹
		- Diskusikan dan/atau demonstrasikan penggunaan peralatan irigasi jika tepat. Rujuk klien/orang terdekat ke dokter atau perawat ostomi untuk bimbingan. - Informasikan klien tentang penggunaan koyok (<i>patch</i>), penutup stoma, balutan, atau setrip perekat saat pengendalian defekasi berhasil dicapai.
Disfungsi seksual¹ <i>yang berhubungan dengan⁴:</i> - Gangguan pola respons seksual, seperti kesulitan ereksi - Kerentanan, [masalah psikologis tentang respons orang terdekat] - Perubahan struktur dan fungsi tubuh <i>Definisi¹:</i> Suatu kondisi ketika individu mengalami suatu perubahan fungsi seksual selama fase respons seksual berupa hasrat, terangsang, dan/atau orgasme, yang dipandang tidak memuaskan, tidak bermakna, atau tidak adekuat.	Fungsi Seksual: - Menyatakan pemahaman tentang hubungan kondisi fisik dengan masalah seksual. - Mengidentifikasi praktik seksual yang memuaskan dan dapat diterima dan menggali metode alternatif. - Melanjutkan kembali hubungan seksual dengan baik.	Konseling Seksual: <i>Independen</i> - Tentukan hubungan seksual klien dan orang terdekat sebelum penyakit atau pembedahan dan apakah mereka mengantisipasi masalah yang berhubungan dengan adanya ostomi. - Tinjau fungsi seksual klien dan orang terdekat dalam hubungannya dengan situasi dirinya sendiri. - Kuatkan informasi yang diberikan oleh dokter. - Dorong untuk bertanya. Berikan informasi tambahan sesuai kebutuhan. - Diskusikan kemungkinan melanjutkan kembali aktivitas seksual kira-kira dalam 6 minggu setelah pemulihan, dengan memulai secara perlahan dan bertahap, seperti berpelukan dan mengusap hingga kedua pasangan merasa nyaman dengan perubahan citra tubuh dan fungsi. Masukkan metode alternatif stimulasi jika tepat. - Dorong dialog di antara pasangan, dengan mengakui bahwa situasinya sulit, tetapi pemulihan keintiman seksual sangat memungkinkan setelah beberapa waktu. - Anjurkan memakai kantong mini, atau penutup kantong, <i>T-shirt</i>, piama pendek, atau pakaian dalam khusus untuk kontak seksual. - Tekankan kesadaran tentang faktor yang mungkin mengganggu—takut menyakiti stoma, atau bau tidak sedap, dan kebocoran kantong. - Dorong penggunaan rasa humor. - Selesaikan masalah posisi alternatif untuk koitus. - Diskusikan dan bermain peran tentang kemungkinan intervensi atau pendekatan ketika menghadapi pasangan seksual baru. - Tawarkan daftar bacaan dan sumber lainnya (mis., profesional layanan kesehatan, organisasi ostomi lokal dan nasional, <i>website/blog</i>, kelompok dukungan ostomi), sesuai indikasi. - Beri informasi pengendalian kelahiran jika tepat dan tekankan bahwa impotensi tidak selalu berarti bahwa klien menjadi steril. <i>Kolaboratif</i> - Atur pertemuan dengan penilik ostomi jika tepat. - Rujuk ke konseling atau terapi seks, sesuai indikasi.
Defisiensi pengetahuan¹ <i>yang berhubungan dengan⁴:</i> - Kurang paparan, mengingat; salah pengertian terhadap informasi - Tidak mengetahui sumber informasi	Pengetahuan: Perawatan Ostomi - Menyatakan pemahaman tentang kondisi, proses penyakit, prognosis, dan komplikasi potensial. - Menyatakan pemahaman tentang kebutuhan terapeutik.	Fasilitasi Pembelajaran: <i>Independen</i> - Evaluasi kemampuan emosional, kognitif, dan fisik klien. - Masukkan sumber pembelajaran berupa tulisan dan gambar (foto, video, Internet).



Gambar 4.5 Proses yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan apendektomi.

- Anoreksia
- Mual, muntah

Temuan pemeriksaan fisik

- Demam ringan, takikardia
- Menyesuaikan postur untuk menurunkan nyeri
- Meringis
- Bising usus normoaktif, dengan kemungkinan konstipasi atau diare
- Nyeri tekan memantul and spasme otot abdomen
- Tanda Rovsing (nyeri pada kuadran kanan bawah yang muncul bersamaan dengan palpasi kuadran kiri bawah)
- Tanda Psoas (nyeri abdomen yang terjadi ketika pasien menekuk pinggulnya disertai tekanan pada lutut)

- Tanda Obturator (nyeri abdomen yang muncul ketika pinggul dirotasi)
- Tidak ada nyeri tekan abdomen atau nyeri tekan panggul dengan retrokel atau apendiks panggul

Pemeriksaan diagnostik

- *Laboratorium*
Hitung leukosit cukup meninggi (normal: 4.500–10.000 μL)², dengan peningkatan jumlah sel-sel imatur
- *Pencitraan*
 - Ultrasonografi transvaginal atau abdomen menunjukkan inflamasi apendiks
 - Enema barium menunjukkan apendiks *nonfilling*
 - CT scan abdomen menunjukkan hasil yang dicurigai perforasi atau abses

Diagnosis, Hasil, dan Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC)¹	Intervensi (NIC)¹
Risiko Infeksi² <i>Faktor risiko⁴:</i> - Peningkatan paparan lingkungan terhadap patogen—prosedur invasif, insisi bedah - Pertahanan primer tidak adekuat, destruksi jaringan—perforasi atau ruptur apendiks, peritonitis, pembentukan abses <i>Definisi³:</i> Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan.	Penyembuhan Luka: Intens Primer Mencapai penyembuhan luka tepat waktu, bebas dari tanda infeksi dan inflamasi, drainase purulen, eritema, dan demam.	Pencegahan Infeksi: <i>Independen</i> - Praktikkan dan instruksikan mencuci tangan yang baik dan perawatan luka aseptik. - Inspeksi insisi dan balutan. Perhatikan karakteristik drainase dari luka atau drain (jika dipasang) dan adanya eritema. - Pantau tanda-tanda vital. Perhatikan awitan demam, menggigil, diaforesis, perubahan mental, dan laporan peningkatan nyeri abdomen. - Dapatkan spesimen drainase jika diindikasikan. <i>Kolaboratif</i> - Beri antibiotik jika tepat. - Siapkan dan bantu dengan insisi dan drainase (I&D) jika diindikasikan.
Risiko kekurangan volume cairan³ <i>Faktor risiko⁴:</i> - [Inflamasi peritoneum dengan sekuestrasi cairan] - Faktor yang memengaruhi kebutuhan cairan—status hipermetabolik (demam, proses penyembuhan) - Kehilangan cairan aktif melalui rute normal—muntah praoperasi - Penyimpangan yang memengaruhi asupan—pembatasan pascaoperasi (puasa [NPO]) <i>Definisi³:</i> Kerentanan mengalami penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraseluler, yang dapat mengganggu kesehatan.	Hidrasi: Mempertahankan keseimbangan cairan adekuat yang ditandai dengan membran mukosa lembap, turgor kulit baik, tanda-tanda vital stabil, dan haluaran urine adekuat secara individual.	Pemantauan Cairan: <i>Independen</i> - Pantau tanda-tanda vital. - Inspeksi membran mukosa; kaji turgor kulit dan pengisian kapiler. - Pantau asupan dan haluaran (I&O); perhatikan warna dan kepekatan serta berat jenis urine. - Auskultasi bising usus. Perhatikan pengeluaran flatus dan defekasi. - Beri cairan jernih dalam jumlah kecil ketika asupan oral dilanjutkan kembali, dan lanjutkan diet sesuai toleransi. - Beri perawatan mulut yang sering dengan perhatian khusus pada perlindungan bibir. <i>Kolaboratif</i> - Pantau pemeriksaan laboratorium (mis., elektrolit, BUN/kreatinin). - Pertahankan pengisapan nasogastrik (NG) dan usus, sesuai indikasi. - Beri cairan dan elektrolit intravena (IV).
Nyeri akut³ <i>yang berhubungan dengan⁴:</i> Agens fisik—adanya insisi bedah, distensi jaringan usus (inflamasi) <i>Definisi³:</i> Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas	Level Nyeri: - Melaporkan nyeri mereda atau terkontrol. - Tampak relaks, mampu tidur, dan istirahat dengan baik.	Manajemen Nyeri: <i>Independen</i> - Catat usia klien, tingkat perkembangan, dan kondisi saat ini (bayi/anak, sakit kritis, menggunakan ventilator, tersedasi, atau mengalami gangguan kognitif). - Kaji laporan nyeri, dengan mencatat lokasi, karakteristik, dan keparahan (skala 0–10 [atau skala yang mirip]). Investigasi dan laporkan perubahan nyeri jika tepat. - Observasi isyarat nonverbal dan perilaku nyeri (mis., bagaimana klien memegang tubuhnya, ekspresi wajah seperti meringis, menarik diri, fokus menyempit, menangis).

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ⁴	Intervensi (NIC) ⁴
ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.		- Pantau warna kulit dan suhu tubuh serta tanda-tanda vital (mis., frekuensi jantung, tekanan darah, pernapasan). - Pertahankan istirahat dalam posisi semi-Fowler. - Dorong ambulasi dini. - Beri tindakan kenyamanan (mis., sentuhan, reposisi, lingkungan yang tenang, bernapas terfokus). - Beri aktivitas pengalih. <i>Kolaboratif</i> - Pertahankan NPO dan pertahankan pengisapan NG awal. - Beri analgesik, sesuai indikasi, hingga dosis maksimum yang diperlukan untuk mempertahankan kenyamanan. - Letakkan kantong es pada abdomen secara berkala selama 24–48 jam pertama jika tepat.
Defisiensi pengetahuan¹ <i>yang berhubungan dengan⁴:</i> - Kurang paparan atau mengingat; salah pengertian terhadap informasi - Tidak mengetahui sumber informasi <i>Definisi³:</i> Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.	Pengetahuan: Manajemen Penyakit Akut - Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit dan komplikasi potensial. - Menyatakan pemahaman tentang kebutuhan terapeutik. - Berpartisipasi dalam regimen terapi.	Penyuluhan: Proses Penyakit <i>Independen</i> - Identifikasi gejala yang memerlukan evaluasi medis—peningkatan nyeri, edema dan eritema pada luka, adanya drainase, dan demam. - Tinjau pembatasan aktivitas pascaoperasi—mengangkat beban, latihan, aktivitas seksual, olahraga, dan mengemudi. - Dorong aktivitas progresif sesuai toleransi dengan periode istirahat berkala. - Rekomendasikan penggunaan laksatif ringan atau pelunak feses jika perlu dan hindari enema. - Diskusikan perawatan insisi, termasuk mengganti balutan, pembatasan mandi, dan kembali ke dokter untuk pelepasan jahitan dan stapel.

» PERITONITIS

Deskripsi

Peradangan pada peritoneum (lapisan membran serosa rongga abdomen) dan organ di dalamnya. Inflamasi peritoneum (lapisan membran serosa rongga abdomen) dan meliputi visera.

Patofisiologi

Patofisiologi peritonitis dapat dilihat pada Gambar 4-6.

Etiologi

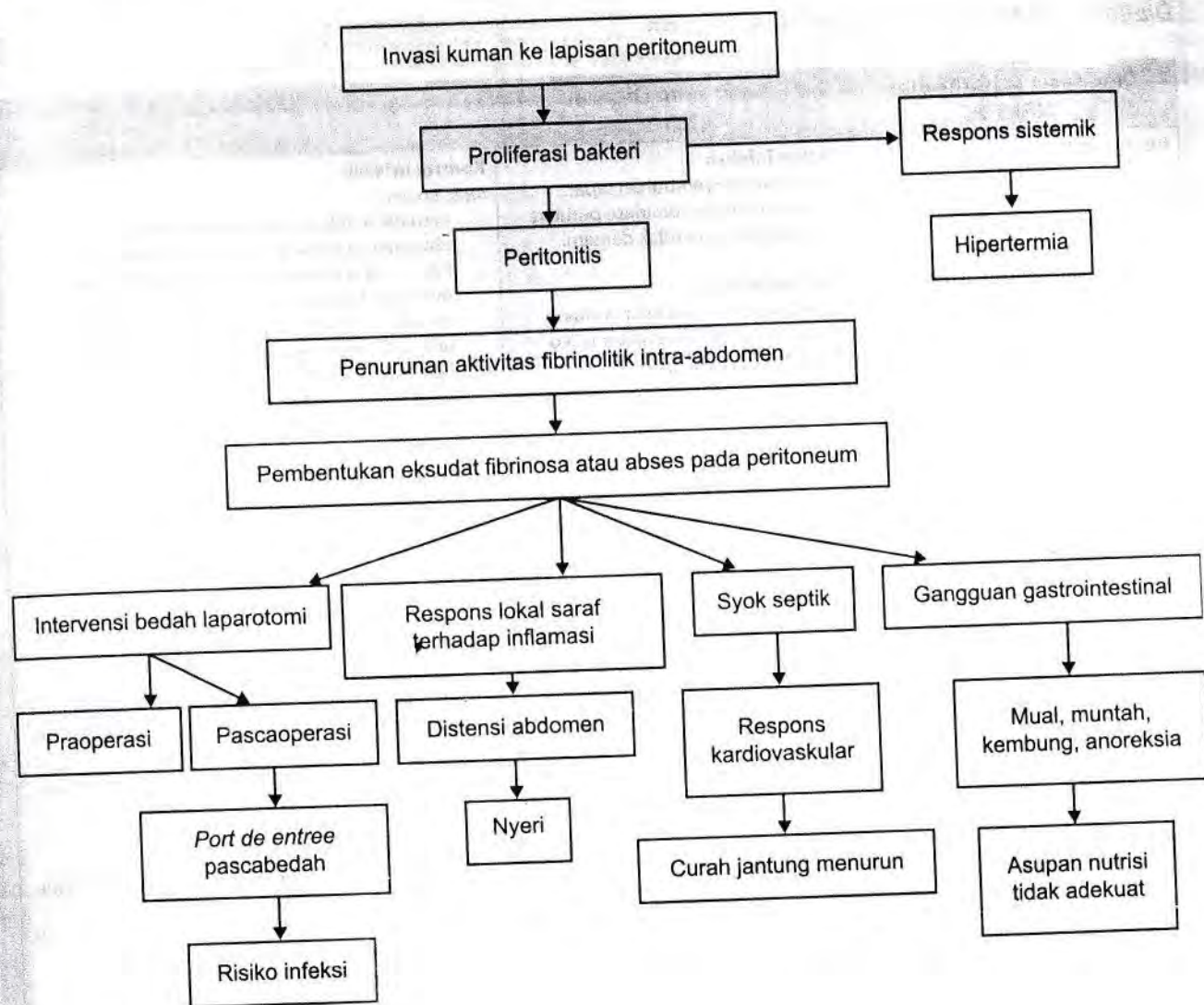
- Infeksi bakteri; organisme berasal dari penyakit saluran gastrointestinal atau pada wanita dari organ reproduktif internal.
- Peritonitis dapat juga terjadi akibat sumber eksternal, seperti cedera atau trauma (mis., luka tembak) atau inflamasi luas yang berasal dari organ di luar area peritoneum (mis., ginjal).

Rencana Asuhan Keperawatan

Pengkajian¹

Riwayat

- *Fase awal*
 - Nyeri abdomen umum dan tidak jelas
 - Jika setempat: nyeri pada area khusus (biasanya pada area inflamasi)
 - Jika umum: nyeri difus pada abdomen
- *Dengan progresi*
 - Nyeri abdomen yang semakin hebat dan konstan, yang meningkat saat bergerak dan bernapas
 - Kemungkinan nyeri menyebar ke bahu atau area torakal
 - Anoreksia, mual, dan muntah
 - Ketidakmampuan defekasi dan flatus
 - Cegukan



Gambar 4.6 Patofisiologi peritonitis.

Temuan pemeriksaan fisik

- Demam
- Takikardia
- Hipotensi
- Napas dangkal
- Tanda dehidrasi
- Bising usus positif (awal); bising usus tidak ada (lanjut)
- Kekakuan abdomen
- Nyeri tekan umum pada abdomen
- Nyeri tekan memantul
- Posisi khas pasien: berbaring sangat tenang dengan lutut fleksi

Pemeriksaan diagnostik

- *Laboratorium*
 - Hitung darah lengkap menunjukkan leukositosis (normal: $4.500-10.000 \mu\text{L}$)²
- *Pencitraan*
 - Ronsen pada abdomen menunjukkan distensi gas dan edema pada usus halus dan usus besar. Dengan perforasi organ visera, ronsen menunjukkan udara di rongga abdomen.
 - Foto toraks dapat menunjukkan elevasi diafragma
 - CT scan menunjukkan cairan dan inflamasi
- *Prosedur diagnostik*
 - Paracentesis menunjukkan sifat eksudat dan menunjukkan uji kultur bakteri

Diagnosis, Hasil, dan Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ¹	Intervensi (NIC) ¹
Risiko Infeksi¹ <i>Faktor risiko⁴:</i> - Pertahanan primer tidak adekuat—kulit robek, trauma jaringan, perubahan peristalsis - Pertahanan sekunder tidak adekuat—imunosupresi - Prosedur invasif <i>Definisi¹:</i> Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan.	Status Infeksi: Mencapai penyembuhan tepat waktu, bebas dari drainase purulen atau eritema, dan tidak demam. Kontrol Risiko: Menyatakan pemahaman tentang faktor penyebab atau faktor risiko individual.	Kontrol Infeksi: <i>Independen</i> - Perhatikan faktor risiko individual: trauma abdomen, apendisitis akut, dan dialisis peritoneal. - Kaji tanda-tanda vital dengan sering, dengan mencatat hipotensi yang tidak tertangani atau semakin bertambah, penurunan tekanan nadi, takikardia, demam, dan takipnea. - Perhatikan perubahan status mental, seperti konfusi awitan baru dan stupor. - Perhatikan warna kulit, suhu tubuh, dan kelembapan. - Pantau haluaran urine. - Pertahankan teknik aseptik ketat dalam merawat drain abdomen, insisi atau luka terbuka, balutan, dan area invasif. Bersihkan dengan larutan yang tepat. - Lakukan dan peragakan teknik mencuci tangan yang baik. Pantau kepatuhan staf dan klien dalam mencuci tangan. - Observasi drainase dari luka atau drain. - Pertahankan teknik steril ketika memasang kateter pada klien, berikan perawatan kateter, dan dorong membersihkan perineal secara rutin. - Pantau atau batasi pengunjung dan staf jika tepat. Beri isolasi protektif jika diindikasikan. <i>Kolaboratif</i> - Dapatkan spesimen untuk kultur dan pantau hasil kultur darah, urine, dan luka serial. - Bantu dengan aspirasi peritoneal jika diindikasikan. - Beri antimikroba, mis., sefalosporin, seperti sefotetan; penisilin spektrum luas, seperti piperasilin/tazobaktam; karbapenem, seperti meropenem; fluorokuinolon, seperti norfloksasin; makrolida, seperti klindamisin; antijamur, seperti metronidazol; aminoglikosida, seperti gentamisin. - Siapkan intervensi bedah, sesuai indikasi: - Insisi terbuka, debridemen laparoskopi, dan lavase - Prosedur ostomi.
Kekurangan volume cairan¹ <i>yang berhubungan dengan⁴:</i> - Kegagalan mekanisme regulasi—demam, status hipermetabolik, cairan berpindah dari kompartemen ekstraselular, intravaskular, dan interstisial ke dalam usus dan/atau ruang peritoneal - Kehilangan volume cairan aktif—muntah; asupan yang dibatasi secara medis; aspirasi nasogastrik (NG) atau usus	Keseimbangan Cairan: Menunjukkan perbaikan keseimbangan cairan yang ditandai dengan haluaran urine adekuat dengan berat jenis normal, tanda-tanda vital stabil, membran mukosa lembap, turgor kulit baik, pengisian kapiler cepat, dan berat badan dalam rentang yang dapat diterima.	Manajemen Cairan/Elektrolit: <i>Independen</i> - Pantau tanda-tanda vital, dengan memperhatikan adanya hipotensi (termasuk perubahan postur), takikardia, takipnea, dan demam. Ukur tekanan vena sentral jika tersedia. - Pertahankan asupan dan haluaran (I&O) yang akurat dan korelasikan dengan berat badan harian. Masukkan kehilangan cairan yang terukur dan diperkirakan, seperti pada pengisapan lambung, drain, balutan, diaforesis, dan lingkaran abdomen untuk ruang ketiga cairan. - Ukur berat jenis urine. - Observasi kekeringan dan turgor kulit dan membran mukosa. Perhatikan edema perifer dan sakral.

Definisi¹: Penurunan cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraseluler. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saja tanpa perubahan kadar natrium.		- Hilangkan bau atau pandangan berbahaya dari lingkungan. Batasi asupan es batu. - Ubah posisi dengan sering, berikan perawatan kulit yang sering, dan pertahankan selimut yang kering dan bebas kusut. Kolaboratif - Pantau pemeriksaan laboratorium: Hb/Ht, elektrolit, protein, albumin, BUN, dan kreatinin (Cr). - Beri plasma, darah, cairan, elektrolit, dan diuretik, sesuai indikasi. - Pertahankan status NPO dengan aspirasi nasogastrik (NG) atau usus.
Nyeri akut³ yang berhubungan dengan⁴: - Agens fisik—trauma jaringan, akumulasi cairan dalam rongga abdomen dan peritoneal (distensi abdomen) - Agens kimia—iritasi peritoneum parietal (toksin) Definisi³: Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.	Kontrol Nyeri: - Melaporkan nyeri mereda atau terkontrol. - Mendemonstrasikan penggunaan keterampilan relaksasi atau metode lain untuk meningkatkan kenyamanan.	Manajemen Nyeri: <i>Independen</i> - Catat usia klien, tingkat perkembangan, dan kondisi saat ini (bayi/anak, sakit kritis, menggunakan ventilator, tersedasi, atau mengalami gangguan kognitif). - Investigasi laporan nyeri, dengan mencatat lokasi, durasi, intensitas (skala 0–10 [atau skala yang mirip]), dan karakteristik seperti tumpul, tajam, atau konstan. - Observasi isyarat nonverbal dan perilaku nyeri (mis., bagaimana klien memegang tubuhnya, ekspresi wajah seperti meringis, menarik diri, fokus menyempit, menangis). - Pertahankan posisi semi-Fowler sesuai indikasi. - Gerakkan klien secara perlahan dan hati-hati, dengan membidai area yang nyeri. - Beri tindakan kenyamanan, seperti masase, mengusap punggung, dan napas dalam. - Instruksikan latihan relaksasi dan visualisasi. - Beri perawatan mulut yang sering. Hilangkan stimulus lingkungan yang berbahaya. Kolaboratif - Beri medikasi, sesuai indikasi, seperti: Analgesik dan opioid Antiemetik, seperti dolasetron, metoklopramid Antipiretik, seperti asetaminofen.
Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh³ yang berhubungan dengan⁴: - [Peningkatan kebutuhan metabolik] - Ketidakmampuan mencerna makanan/mengabsorpsi nutrisi—disfungsi usus, abnormalitas metabolik - Ketidakmampuan menelan—mual, muntah Definisi³: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik.	Status Nutrisi: Mempertahankan berat badan yang biasa dan keseimbangan nitrogen positif.	Manajemen Nutrisi: <i>Independen</i> - Auskultasi bising usus, dengan memperhatikan ketiadaan bising usus dan bising usus hiperaktif. - Pantau haluaran slang NG. Catat adanya muntah dan diare. - Ukur lingkar abdomen. - Kaji abdomen dengan sering untuk mengetahui kembalinya kelunakan, muncul kembalinya bising usus normal, dan pengeluaran flatus. - Timbang berat badan secara teratur. Kolaboratif - Pantau BUN, protein, prealbumin atau albumin, glukosa, dan keseimbangan nitrogen, sesuai indikasi. - Beri makan enteral atau parenteral, sesuai indikasi. - Tingkatkan diet sesuai toleransi—cairan jernih ke makanan lunak.

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ⁴	Intervensi (NIC) ⁴
Ansietas¹ yang berhubungan dengan ⁴ : - Ancaman kematian; perubahan status kesehatan - Krisis situasi Definisi¹: Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.	Kontrol Diri Terhadap Ansietas: - Menyatakan menyadari perasaan ansietas dan cara sehat menghadapinya. - Melaporkan ansietas berkurang ke tingkat yang dapat ditangani. - Tampak relaks.	Penurunan Ansietas: <i>Independen</i> - Evaluasi tingkat ansietas, dengan memperhatikan persepsi klien tentang situasi serta respons verbal dan nonverbal. Dorong mengekspresikan emosi secara bebas. - Tinjau faktor fisiologis yang ada, seperti sepsis atau toksin terkait infeksi, medikasi, dan ketidakseimbangan metabolik. - Beri informasi yang berkelanjutan tentang proses penyakit dan terapi yang diantisipasi. - Selalu hadir. Akui ansietas dan ketakutan. Jangan menyangkal atau yakinkan klien bahwa semua akan baik-baik saja. Berikan informasi secara akurat dan faktual. Koreksi kesalahpahaman tentang proses penyakit dan kemungkinan terapi. - Jadwalkan istirahat yang adekuat dan periode tidur tanpa gangguan. - Beri tindakan kenyamanan: kehadiran keluarga, lingkungan yang tenang, musik yang lembut, mengusap punggung, dan sentuhan terapeutik.
Defisiensi pengetahuan¹ yang berhubungan dengan ⁴ : - Kurang paparan, mengingat - Salah pengertian terhadap informasi - Tidak mengetahui sumber informasi Definisi¹: Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.	Pengetahuan: Manajemen Penyakit Akut - Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit dan komplikasi potensial. - Mengidentifikasi hubungan tanda dan gejala dengan proses penyakit dan menghubungkan gejala dengan faktor penyebab. - Menyatakan pemahaman tentang kebutuhan terapeutik. - Melakukan prosedur yang diperlukan dengan benar dan menjelaskan alasan tindakan tersebut.	Penyuluhan: Proses Penyakit <i>Independen</i> - Tinjau proses penyakit yang mendasari dan harapan pemulihan. - Identifikasi tanda dan gejala yang memerlukan evaluasi medis, seperti nyeri atau distensi abdomen berulang, muntah, demam, menggigil, atau adanya drainase purulen, pembengkakan, dan eritema pada insisi bedah (jika ada). - Diskusikan regimen medikasi, jadwal, dan kemungkinan efek samping. - Rekomendasikan untuk melanjutkan kembali aktivitas yang biasa secara bertahap sehingga memungkinkan istirahat yang adekuat. - Tinjau pembatasan aktivitas, seperti menghindari mengangkat beban. - Demonstrasikan mengganti balutan steril atau bersih jika tepat. Minta klien/orang terdekat mendemonstrasikan kemampuan menangani prosedur ini. - Tekankan pentingnya perawatan tindak lanjut medis. - Rujuk ke sumber komunitas, sesuai kebutuhan atau keinginan, seperti perawat kunjungan, layanan kesehatan di rumah, dan penyuplai peralatan medis yang tahan lama.

» KOLESISTITIS DENGAN KOLELITIASIS

Deskripsi

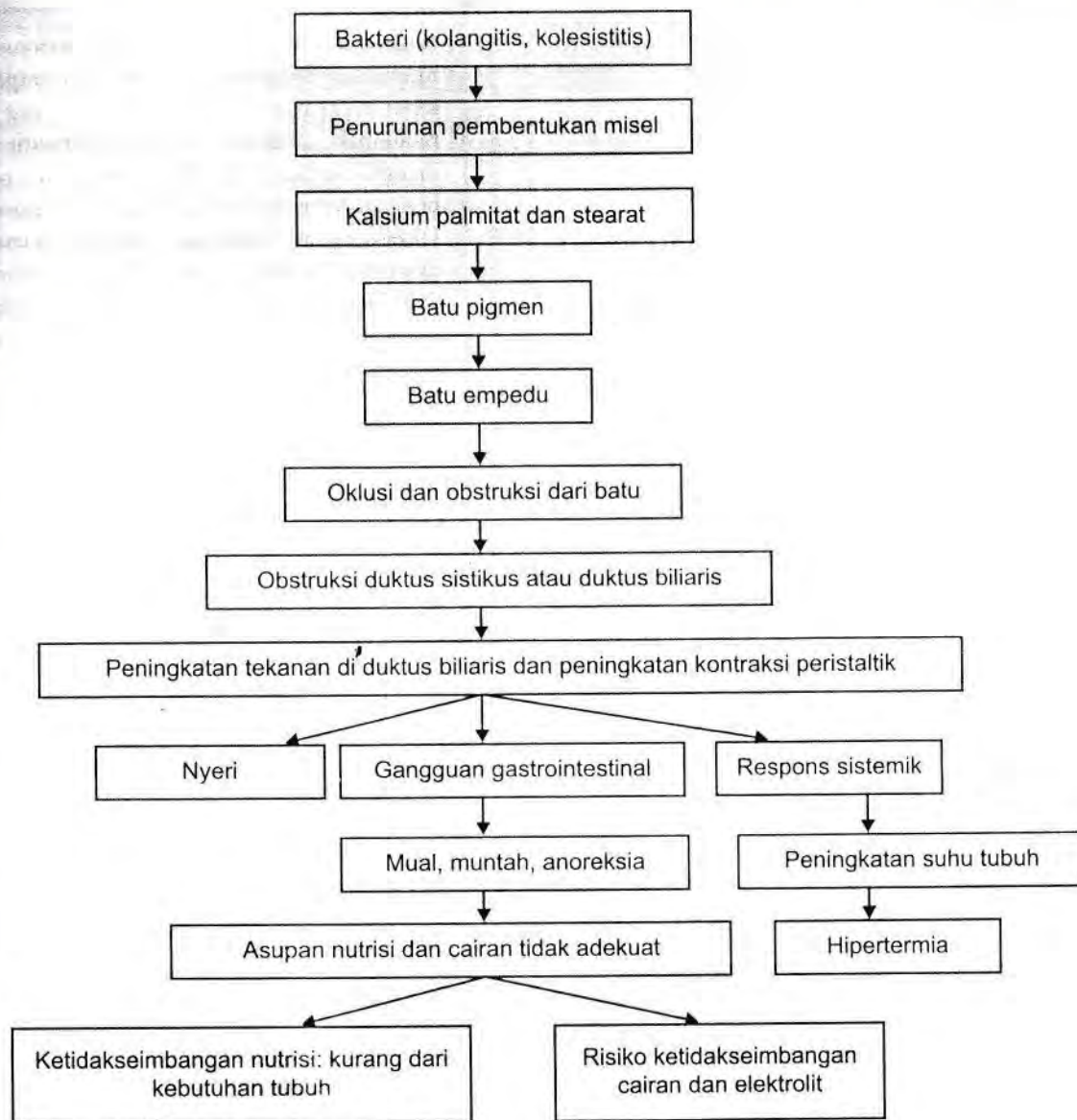
- Kolesistitis adalah peradangan saluran empedu.
- Kolelitiasis yang terdapat pada lebih dari 90% pasien kolesistitis akut, yaitu gabungan beberapa unsur yang membentuk suatu material mirip batu di dalam kandung empedu atau di dalam saluran empedu atau pada keduanya.

Patofisiologi

Patofisiologi kolesistitis dengan kolelitiasis dapat dilihat pada Gambar 4-7.

Etiologi

Etiologi kolesistitis dengan kolelitiasis adalah gangguan metabolisme yang disebabkan oleh perubahan susunan empedu, stasis empedu, dan infeksi kandung empedu.



Gambar 4.7 Patofisiologi kolesistitis dengan kolesistoliasis.

Rencana Asuhan Keperawatan

Pengkajian¹

Riwayat

Penyakit kandung empedu mungkin tidak menunjukkan gejala (walaupun pemeriksaan ronsen menunjukkan adanya batu empedu)

• Kolesistitis akut

- Awitan nyeri hebat atau menetap di regio midepigastrik atau kuadran kanan atas abdomen yang muncul tiba-tiba

- Nyeri yang menyebar ke punggung, di antara bilah bahu atau di seluruh bilah bahu kanan (skapula) atau hanya di area bahu
- Serangan terjadi setelah makan makanan berlemak atau berjumlah banyak setelah puasa untuk waktu yang lama
- Serangan terjadi di tengah malam
- Mual, muntah, dan menggigil
- Demam derajat rendah
- Riwayat gejala saluran cerna lebih ringan yang mendahului serangan akut; indigestif, rasa tidak nyaman yang samar di abdomen, bersedawa, dan flatulen setelah makan makanan atau kudapan kaya lemak

Temuan pemeriksaan fisik

- Nyeri hebat
- Pucat
- Diaforesis
- Demam derajat rendah
- Kelelahan
- Ikterus (kronis)
- Urine berwarna gelap dan warna feses seperti tanah liat
- Takikardia
- Nyeri tekan pada kantung empedu, yang meningkat saat inspirasi (tanda Murphy)
- Massa seperti sosis, yang teraba dan tidak nyeri (kantung empedu dipenuhi kalkulus tanpa obstruksi duktus)
- Bising usus yang hipoaktif

Pemeriksaan diagnostik

- *Laboratorium*

Pemeriksaan darah menunjukkan peningkatan kadar alkali fosfatase serum (normal: 20–90 U/L pada 30°C)², laktat dehidrogenase (normal: 100–190 IU/L)², aspartat aminotransferase (normal: 5–40 U/mL)², indeks ikterus (normal: bilirubin terkonjugasi 0,0–0,3 mg/dL; bilirubin takterkonjugasi 0,1–1,0 mg/dL)², dan bilirubin total (normal: 0,1–1,2 mg/dL)²; hitung leukosit sedikit meningkat (normal: 4.500–10.000 μ L)² selama serangan kolesistitis

- *Pencitraan*

- Radiografi ronsen foto polos abdomen menunjukkan batu empedu jika batu empedu tersebut mengandung cukup kalsium yang bersifat radioopak. Ronsen juga membantu dalam mengidentifikasi kantung empedu porselen, pengapuran empedu, dan ileus batu empedu
- Ultrasonografi kantung empedu menegaskan diagnosis kolesistitis pada sebagian besar pasien dan membedakan antara ikterus obstruktif dan nonobstruktif; kalkuli berdiameter 0,2 cm dapat dideteksi
- Kolesistografi oral menunjukkan adanya batu empedu walaupun uji ini secara berkala digantikan oleh ultrasonografi
- *Scan* kantung empedu dengan asam iminodiasetik berlabel Technetium menunjukkan obstruksi duktus sistikus dan kolesistitis akut atau kronis jika kantung empedu tidak dapat dilihat

- *Prosedur diagnostik*

Kolangiografi transhepatik perkutan, yakni pencitraan yang dilakukan dengan panduan fluoroskopik, mendukung diagnosis ikterus obstruktif dan digunakan untuk melihat kalkuli di dalam duktus

Diagnosis, Hasil, dan Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ⁴	Intervensi (NIC) ⁴
Nyeri akut³ yang berhubungan dengan ⁴ : Agen biologis—obstruksi atau spasme duktus, proses inflamasi, iskemia jaringan <i>Definis³:</i> Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the Study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.	Kontrol Nyeri: - Melaporkan nyeri mereda atau terkontrol. - Mendemonstrasikan penggunaan keterampilan relaksasi dan aktivitas pengalih sesuai indikasi untuk situasi individual.	Manajemen Nyeri: <i>Independen</i> - Observasi dan dokumentasikan lokasi, keparahan (skala 0–10 [atau skala yang mirip]), dan karakter nyeri, seperti tetap, intermiten, atau kolik. - Perhatikan respons terhadap medikasi, dan laporkan kepada dokter jika nyeri tidak mereda. - Tingkatkan tirah baring sehingga memungkinkan klien mengambil posisi yang nyaman. - Gunakan seprai katun lembut; losion kalamini; minyak mandi; dan kompres dingin lembap, sesuai indikasi. - Kontrol suhu lingkungan. - Dorong penggunaan teknik relaksasi seperti imajinasi terbimbing, visualisasi, dan latihan napas dalam. Sediakan aktivitas pengalih. - Luangkan waktu untuk mendengarkan dan pertahankan kontak yang sering dengan klien.

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ⁴	Intervensi (NIC) ⁴
		Mulai diet cairan rendah lemak setelah slang NG dilepaskan. Tingkatkan diet sesuai toleransi, biasanya rendah lemak, tidak pedas, tinggi serat. Batasi makanan dan cairan tinggi lemak seperti mentega, makanan yang digoreng, dan kacang-kacangan. Pantau pemeriksaan laboratorium: nitrogen urea darah (BUN), prealbumin, albumin, protein total, dan kadar transferin. Lakukan pemberian makan parenteral atau enteral sesuai indikasi.
Defisiensi pengetahuan¹ <i>yang berhubungan dengan⁴:</i> - Kurang pengetahuan atau mengingat - Salah pengertian terhadap informasi - Tidak mengetahui sumber informasi <i>Definisi¹:</i> Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.	Pengetahuan: Manajemen Penyakit Akut - Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit, prognosis, dan komplikasi potensial. - Menyatakan pemahaman tentang kebutuhan terapeutik. - Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan dan berpartisipasi dalam regimen terapi.	Penyuluhan: Proses Penyakit <i>Independen</i> - Beri penjelasan tentang dan alasan untuk prosedur pemeriksaan dan persiapan yang diperlukan. - Tinjau proses penyakit dan prognosis. Diskusikan hospitalisasi dan terapi yang diharapkan sesuai indikasi. Dorong untuk bertanya dan mengekspresikan kekhawatiran. - Tinjau regimen obat jika pelarutan batu kimia dipilih atau obat digunakan untuk profilaksis. - Diskusikan program penurunan berat badan jika diindikasikan. - Instruksikan klien untuk menghindari makanan dan cairan tinggi lemak. - Tinjau tanda dan gejala yang memerlukan intervensi medis, seperti demam berulang; mual dan muntah persisten; nyeri; ikterus pada kulit atau mata; gatal; urine gelap; feses berwarna seperti tanah liat; darah dalam urine, feses, atau muntah; atau perdarahan dari membran mukosa.

» KOLESISTEKTOMI

Deskripsi

- Pengangkatan kandung empedu melalui proses pembedahan, yang tekniknya dapat dilakukan dengan laparoskopi atau bedah terbuka.
 - Kolesistektomi laparoskopik adalah tindakan pengangkatan kandung empedu dengan cara invasif minimal melalui endoskopik (laparoskopik).
 - Kolesistektomi terbuka adalah tindakan pengangkatan kandung empedu dan salurannya dengan cara pembedahan (membuka dinding perut).

Patofisiologi

Proses yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan kolesistektomi dapat dilihat pada Gambar 4-8.

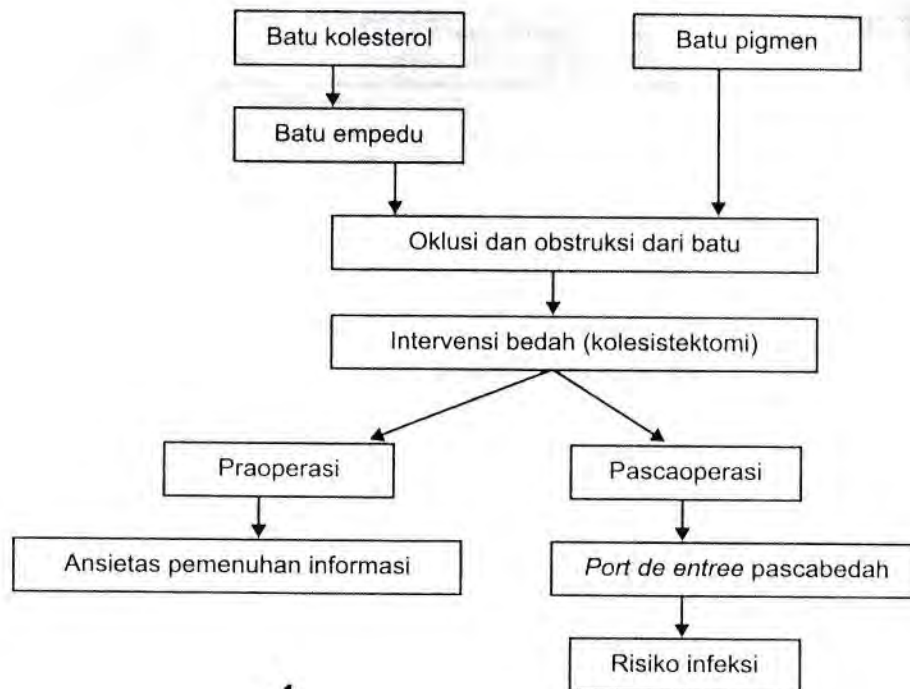
Indikasi

- Penderita dengan batu empedu simptomatik yang dibuktikan melalui pencitraan diagnostik, terutama melalui USG abdomen.
- Penderita kolesterosis simptomatik yang dibuktikan melalui USG abdomen.
- Adenomatosis kandung empedu simptomatik.

Rencana Asuhan Keperawatan

Pengkajian

Rujuk ke pengkajian Kolesistitis dengan Kolelitiasis.



Gambar 4.8 Proses yang terjadi sebelum dan sesudah dilakukan kolesistektomi.

Diagnosis, Hasil, dan Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ⁴	Intervensi (NIC) ⁴
Ketidakefektifan pola napas³ <i>yang berhubungan dengan⁴:</i> - Gangguan muskular - Keletihan - Nyeri <i>Definisi³:</i> Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat.	Status Pernapasan: Ventilasi - Menunjukkan pola napas efektif. - Tidak mengalami tanda gangguan pernapasan atau komplikasi.	Pemantauan Pernapasan: <i>Independen</i> - Observasi frekuensi dan kedalaman pernapasan. - Auskultasi suara napas. - Bantu klien mengubah posisi, batuk, dan napas dalam secara berkala. Demonstrasikan bagaimana membida insisi. Instruksikan teknik bernapas efektif. - Tinggikan kepala tempat tidur; pertahankan posisi Fowler rendah. Sangga abdomen ketika batuk atau ambulasi. <i>Kolaboratif</i> - Bantu dengan terapi pernapasan, seperti spirometer insentif. - Beri analgesik secara teratur atau berkelanjutan sesuai indikasi.
Risiko kekurangan volume cairan³ <i>Faktor risiko⁴:</i> - Kehilangan melalui rute abnormal—aspirasi nasogastrik (NG), muntah; perubahan koagulasi - Penyimpangan yang memengaruhi asupan—asupan yang dibatasi secara medis	Hidrasi: Menunjukkan keseimbangan cairan adekuat yang ditandai dengan tanda-tanda vital stabil, membran mukosa lembap, turgor kulit baik, pengisian kapiler baik, dan haluaran urine individual sesuai.	Manajemen Cairan/Elektrolit: <i>Independen</i> - Pantau asupan dan haluaran (I&O), termasuk drainase dari slang NG, slang T, dan luka. Timbang berat badan klien secara berkala. - Pantau tanda-tanda vital. Kaji membran mukosa, turgor kulit, denyut nadi perifer, dan pengisian kapiler. - Observasi adanya tanda perdarahan, seperti hematemesis, melena, petekia, ekimosis, epistaksis, dan merembes dari area insisi dan injeksi.

Diagnosis Keperawatan NANDA	Hasil yang Dicapai (NOC) ⁴	Intervensi (NIC) ⁴
Definisi¹: Kerentanan mengalami penurunan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraseluler, yang dapat mengganggu kesehatan.		Gunakan jarum injeksi berlubang kecil, dan berikan tekanan yang kuat lebih lama dari biasa setelah pungsi vena. Minta klien menggunakan sikat gigi lembut atau katun atau <i>sponge swab</i>, dan obat kumur bebas alkohol daripada sikat gigi jika perdarahan menjadi masalah. <i>Kolaboratif</i> Pantau pemeriksaan laboratorium, seperti hitung darah lengkap (HDL), elektrolit, masa protrombin dan pembekuan, dan amilase. Beri berikut ini, sesuai indikasi: Cairan intravena (IV), produk darah, dan vitamin K Elektrolit (seperti kalium, natrium, dan klorida).
Kerusakan integritas kulit/jaringan¹ <i>yang berhubungan dengan⁴:</i> - Ketidakseimbangan status nutrisi (obesitas); gangguan status metabolik - Zat kimia—empedu, stasis sekresi Definisi¹: - Kerusakan integritas kulit: Kerusakan pada epidermis dan/atau dermis. - Kerusakan integritas jaringan: Cedera pada membran mukosa, kornea, sistem integumen, fascia muskular, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen.	Penyembuhan Luka: Intensi Primer/Sekunder - Mencapai penyembuhan luka tepat waktu tanpa komplikasi. - Menunjukkan perilaku untuk meningkatkan penyembuhan dan mencegah kerusakan kulit.	Perawatan Luka: <i>Independen</i> - Observasi warna dan karakter slang NG dan slang T (drainase empedu). - Pertahankan slang T dalam sistem penampungan tertutup. - Periksa slang T dan drain insisi; pastikan keduanya mengalir dengan baik. - Sangkutkan slang drainase, yang memungkinkan slang yang cukup bebas bergerak dan hindari tekukan dan gulungan. - Ganti balutan dengan sering pada awalnya, kemudian jika diperlukan. Bersihkan kulit dengan sabun dan air. Gunakan kasa jeli petroleum steril, zink oksida, atau pelindung kulit lain di sekitar insisi. - Pasang pengikat (<i>strap</i>) Montgomery untuk klien yang menjalani kolesistektomi terbuka. - Gunakan kantong ostomi sekali pakai pada drain luka tikam. - Tempatkan klien dalam posisi Fowler rendah atau semi-Fowler, dan dorong ambulasi dini. - Pantau area pungsi abdomen (3 hingga 5) jika prosedur laparoskopik dilakukan. - Observasi adanya cegukan, distensi abdomen, atau tanda lain peritonitis seperti abdomen kaku, demam, dan nyeri hebat pada abdomen kuadran atas kanan yang menunjukkan pankreatitis. - Observasi kulit untuk mengetahui adanya rasa gatal, sklera untuk mengetahui adanya ikterus, dan urine untuk mengetahui adanya perubahan warna menjadi cokelat tua. - Catat warna dan konsistensi feses. - Investigasi laporan peningkatan atau nyeri kuadran atas kanan yang tidak mereda, perkembangan demam dan takikardia, dan kebocoran drainase empedu di sekitar slang atau dari luka. <i>Kolaboratif</i> - Beri antibiotik, sesuai indikasi. - Klem slang T sesuai jadwal. - Siapkan intervensi bedah, sesuai indikasi. - Pantau pemeriksaan laboratorium, mis., hitung SDP.

Defisiensi pengetahuan yang berhubungan dengan: - Kurang mengingat - Kurang paparan, salah pengertian terhadap informasi - Tidak mengetahui sumber informasi Defisit: Kecukupan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.	Pengetahuan: Manajemen Penyakit Akut - Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit, prosedur pembedahan dan prognosis, dan komplikasi potensial. - Menyatakan pemahaman tentang kebutuhan terapeutik. - Melakukan prosedur yang diperlukan dengan benar dan menjelaskan alasan untuk tindakan tersebut. - Memulai perubahan gaya hidup yang diperlukan dan berpartisipasi dalam regimen terapeutik.	Penyuluhan: Proses Penyakit Independen - Tinjau proses penyakit, prosedur pembedahan, dan prognosis. - Demonstrasikan perawatan insisi dan balutan serta drain. - Instruksikan drainase berkala pada kantong penampung slang T dan pencatatan haluaran jika diindikasikan. - Tekankan pentingnya mempertahankan diet rendah lemak, makan makanan sedikit dan sering, dan memulai kembali secara bertahap makan makanan dan cairan yang mengandung lemak setelah 4–6 bulan. - Diskusikan penggunaan medikasi seperti asam dehidrokolat. - Diskusikan tentang menghindari atau membatasi konsumsi minuman beralkohol. - Beri tahu klien bahwa feses encer dapat terjadi selama beberapa bulan. - Anjurkan klien untuk mencatat dan menghindari makanan yang tampak memperparah diare. - Identifikasi tanda dan gejala yang perlu diberitahukan kepada penyedia layanan kesehatan, seperti urine gelap, sklera dan kulit ikterus, feses berwarna seperti tanah liat, feses berlebihan, atau nyeri ulu hati berulang, dan kembung. - Tinjau pembatasan aktivitas, yang bergantung pada situasi individual.
--	---	---

Bibliografi

- Ester, M. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hadi, S. (1999). *Gastroenterologi*. Bandung: PT Alumni.
- Inayah, I. (2004). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sari, K., & Muttaqin, A. (2013). *Gangguan Gastrointestinal: Aplikasi asuhan keperawatan medikal bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Smeltzer, S. C. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Brunner & suddarth*, ed. 12. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Referensi

1. Springhouse Corporation. (2011). *Kapita Selekta Penyakit dengan Implikasi Keperawatan*, ed. 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
2. Kee, J. L. (1997). *Pemeriksaan Laboratorium & Diagnostik dengan Implikasi Keperawatan*, ed. 2. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
3. NANDA-I. (2015). *Diagnosis Keperawatan: Definisi & klasifikasi 2015-2017*, ed. 10. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
4. Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2014). *Nursing Care Plans: Guidelines for individualizing client care across the life span*, 9th ed. Philadelphia: FA Davis.