

BAB II

KONSEP DASAR

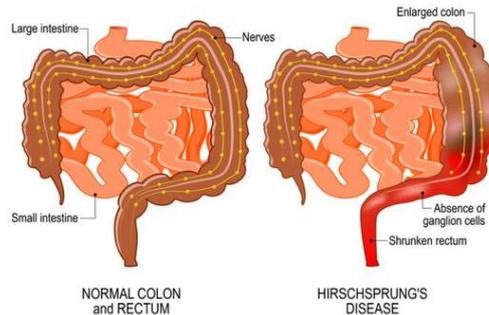
A. Konsep Dasar Hisprung

1. Definisi

Hirschprung merupakan salah satu kelainan kongenital yang ditandai dengan tidak adanya sel ganglion (aganglionosis) di pleksus menterik (*Auerbach*) dan submukosa (*Meissner*) dari usus bagian distal sehingga dapat menyebabkan penumpukan feses di kolon. Yang diperkirakan timbul karena kegagalan kolonisasi usus distal oleh prekursor sistem saraf enterik (ENS) selama perkembangan embrionik (Silambi A dkk, 2020). Segmen aganglionik pada HSCR dimulai dari sfingter ani internal (IAS) hingga dapat meluas secara proksimal ke usus dengan panjang yang bervariasi (Ambartsumyan et al., 2020).

Penyakit Hirschprung atau megacolon kongenital adalah penyakit yang ditandai dengan tidak adanya sel ganglion pada plexus myentericus (Aurbach) dan plexus submucosa (Meissner) dari usus sehingga menjadi penyebab obstruksi terbanyak pada neonates (Palissei, Wirawan, & Faruk, 2021) sel ganglion berfungsi untuk mengontrol kontraksi dan relaksasi dari otot polos dalam usus distal, tanpa adanya sel-sel ganglion (aganglionosis) otot-otot dibagian usus besar tidak dapat melakukan gerak peristaltik (gerak mendorong keluar feses) (Radeanty, Ilawanda, & Anjarwati, 2020).

Hisprung merupakan kelainan bawaan yang disebabkan oleh tidak adanya sel ganglion sehingga terjadi penumpukan feses di kolon karena hilangnya kemampuan dilatasi dan gerakan peristaltik usus.



Gambar 1 Hisprung (Dr. Alex Cho and Adam Bonfield, 2020)

2. Etiologi

- a. Presipitasi : penyakit kongenital, faktor genetik dan faktor lingkungan
- b. Presdiposisi : disebabkan oleh aganglionosis *meissner* dan *aurbach* dalam lapisan dinding usus, mulai dari spingter ani sampai seluruh kolon dan sekitarnya, dapat mengenai seluruh usus dan pylorus (Nabiel, 2014)

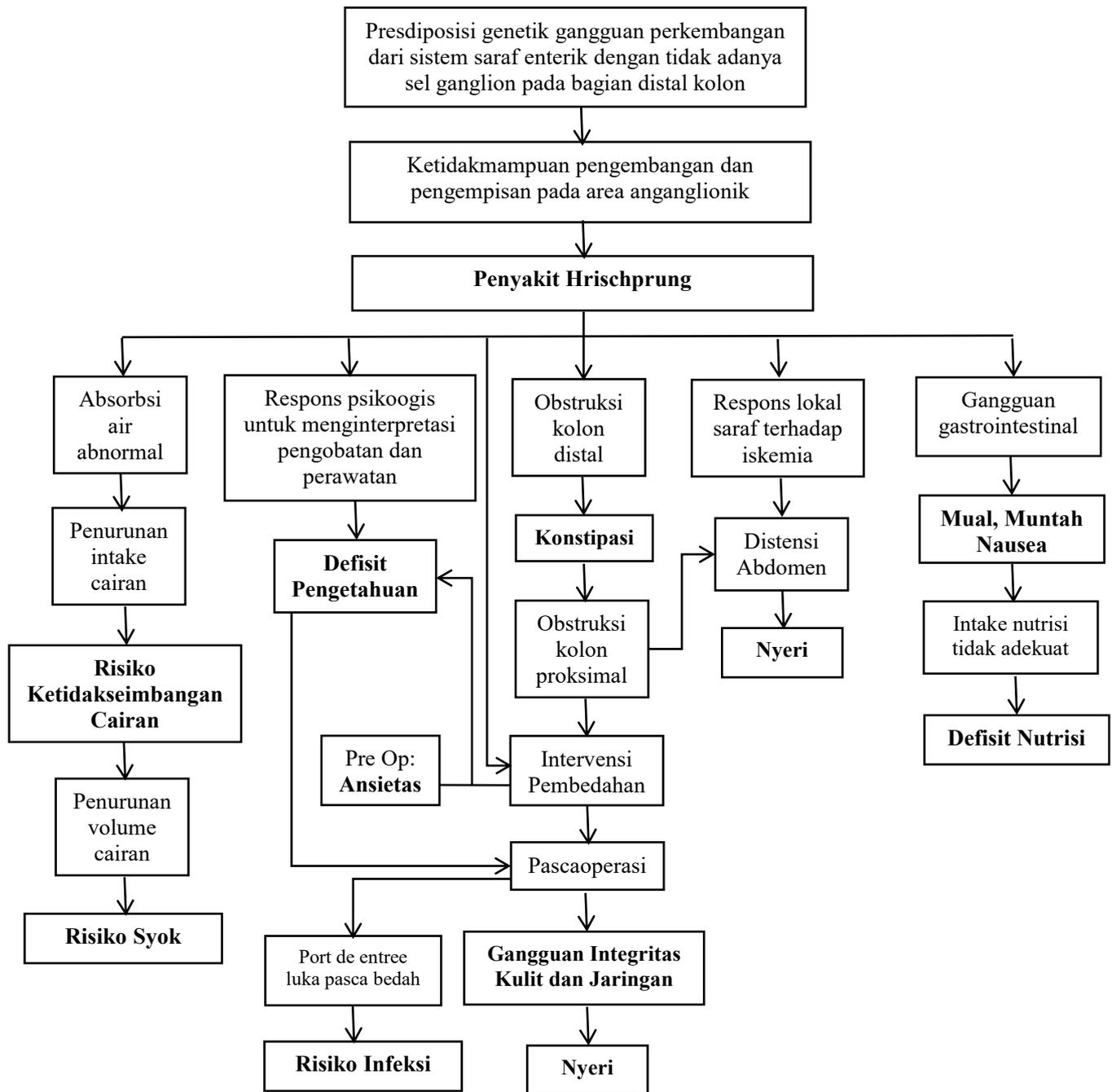
3. Patofisiologi

Megakolon aganglionik merupakan istilah yang menggambarkan adanya kerusakan primer dengan tidak adanya sel-sel ganglion parasimpatic otonom pada pleksus submucosa (Meissner) dan myenteric (Auerbach) pada satu segmen kolon atau lebih. Keadaan ini

menimbulkan keabnormalan atau tidak adanya gerakan peristaltik yang menyebabkan penumpukkan isi usus dan distensi usus yang berdekatan dengan kerusakan (megacolon). Selain itu, kegagalan sfingter anus internal untuk berelaksasi berkontribusi terhadap gejala klinis adanya obstruksi, karena dapat mempersulit evakuasi zat padat (feses), cairan dan gas.

Kegagalan migrasi *kraniokaudal* pada *precursor* sel ganglion sepanjang saluran gastrointestinal antara usia kehamilan minggu ke-5 dan ke-12 merupakan penyebab penyakit hirschsprung. Distensi dan iskemia pada usus bisa terjadi sebagai akibat distensi pada dinding usus, yang berkontribusi menyebabkan enterokolitis (inflamasi pada usus halus dan kolon), yang merupakan penyebab kematian pada bayi atau anak dengan penyakit hirschsprung (Radeanty, Ilawanda, & Anjarwati, 2020)

4. Pathway Hirschprung



Tabel 2.2 Pathway Hirschprung (Nurarif & Kusuma, 2015)

5. Klasifikasi

Berdasarkan Damayanti, et all (2023) hirschsprung dibagi menjadi beberapa jenis berdasarkan panjang segmen yang terkena yaitu :

- a. *Hirschsprung* segmen pendek atau *short segment hirschsprung Short segment Hirschsprung* adalah segmen pada usus besar yang *aganglionik* sampai batas kolon sigmoid. Pada pemeriksaan barium enema tidak ditemukan adanya penyempitan pada segmen, zona transisi, dan tidak ada segmen yang dilatasi. Selain itu, pada pemeriksaan manometri juga ditemukan adanya reflek rektorsfingter anal. Sehingga Tindakan yang dapat dilakukan pada Hirschsprung pada klasifikasi ini yaitu *miektomi anorectal* atau pengupasan mukosa pada otot di rectum termasuk didalamnya pengupasan mukosa sfingter anus interna. Total 70% yang terkena *hirschsprung* tipe ini.
- b. *Hirschsprung* segmen panjang atau *long segment hirschsprung*, Daerah aganglionosis dapat melebihi sigmoid bahkan dapat mengenai seluruh kolon dan sampai usus halus.
- c. *Total Colonis Aganglionosis Hirschsprung* dikatakan berjenis total *colonic angalionosis* jika terdapat 5-11% segmen *aganglionik* di seluruh kolon

6. Manifestasi Klinis

Gejala penyakit hirschsprung terbagi menjadi dua periode, yaitu periode neonatal dan anak-anak.

- a. Periode Neonatal gejala klinis yang sering ditemukan yaitu, pengeluaran mekonium yang terlambat , muntah hijau, dan distensi abdomen. Muntah hijau dan distensi abdomen biasanya dapat dikeluarkan segera. Pengeluaran mekonium yang terlambat lebih dari 24 jam merupakan tanda klinis yang signifikan pada HSCR. Namun, pengeluaran normal mekonium dalam 24 jam pertama kehidupan didapatkan pada sebagian besar kasus TCA, yang mana tidak menunjukkan gejala klasik seperti seharusnya sesuai dengan jenis HSCR lainnya (Setiadi, Haikal, & Sunanto, 2021).
- b. Periode anak yang lebih besar, gejala klinis yang menonjol adalah konstipasi kronis dan gizi buruk (failure to thrive). Dapat pula terlihat gerakan peristaltik usus di dinding abdomen, jika dilakukan pemeriksaan colok dubur, maka feses biasanya keluar menyemprot, konsistensi semi-liquid dan berbau busuk, penderita biasanya buang air besar tidak teratur, sekali dalam beberapa hari dan biasanya sulit untuk defekasi (Setiadi, Haikal, & Sunanto, 2021)

7. Pemeriksaan penunjang

a. Abdominal X-Ray

Salah satu pilihan pemeriksaan diagnostik untuk deteksi dini HSCR pada neonatus yaitu pemeriksaan foto polos abdomen dan kontras enema (colon in loop).

b. Anorectal Manometry (ARM)

Anorektal manometri (ARM) adalah alat skrining non-invasif yang membawa sedikit risiko atau tidak sama sekali. Skrining ini dilakukan dengan melebarkan balon pada rektal dan mengukur respons dari tekanan sfingter anal. Individu yang sehat, stimulasi balon rektal diikuti oleh refleks kontraktile rektoanal dan refleks penghambatan rektoanal. Pasien dengan HSCR, tidak terdapat refleks penghambatan rektoanal. Jika sebuah refleks penghambatan rektoanal ditemukan dengan menggunakan ARM maka tidak di butuhkan rektal biopsi.

c. Rectal Suction Biopsy

Kelemahan dari teknik imaging adalah ketidakmampuan deteksi pada anak di bawah usia 3 bulan, pada kasus TCA dan HSCR gambar radiologi terlihat normal. Kelemahan lain dari teknik tersebut adalah risiko perforasi selama pemberian kontras pada pasien dengan enteritis akut. Rectal Suction biopsy memiliki akurasi 95% dalam diagnosis hirschsprung disease. terlebih, apabila pemeriksaan imunohistokimia dilakukan, diagnosis terbukti memiliki sensitivitas

yang sangat tinggi, hingga 99,7%. Diagnosis yang akurat tergantung pada lokasi biopsi, lokasi sampel yang diambil, jumlah spesimen, dan keterampilan ahli patologi. Rectal Suction Biopsy diyakini sebagai metode yang sederhana, aman, cepat, dan murah. Teknik ini tidak memerlukan anestesi atau jahitan bedah. Hal ini memungkinkan untuk menghindari berbagai komplikasi lain juga. Karena kesederhanaan dan kurangnya efek samping, suction biopsy menjadi metode pilihan dalam diagnosis hirschsprung disease (Ambartsumyan et al., 2020).

8. Komplikasi

Komplikasi penyakit hirschsprung dibedakan atas komplikasi praoperatif dan pasca operatif. Pada pra operatif sering terjadi perburukan karena HAEC (*Hirschsprung Associated Entero colitis*). HAEC merupakan kondisi dimana terjadi inflamasi pada usus yang ditandai secara klinis dengan adanya demam, distensi abdomen, diare dan sepsis. Saat ini HAEC merupakan penyebab morbiditas tertinggi dan bertanggung jawab atas 50% mortalitas terkait HD. Secara garis besar, komplikasi yang timbul akibat tindakan bedah yang dilakukan dapat digolongkan atas : kebocoran anastomose, stenosis, enterokolitis dan gangguan fungsi sfingter.

9. Penatalaksanaan Medis

a. Dekompresi

Dekompresi dilakukan bila terdapat perut kembung dan muntah berwarna hijau dengan pemasangan pipa orogaster/nasogaster dan pipa rektum serta dilakukan irigasi feces dengan menggunakan NaCl 0.9% 10-20 cc/kgBB, bila irigasi efektif dapat dilanjutkan sampai cairan yang keluar relatif bersih. Tujuan dari dekomposisi yaitu mengurangi tekanan udara yang ada di dalam tubuh (Damayanti et al, 2023)

b. Perbaiki Keadaan Umum

1) Rehidrasi cairan dan elektrolit

2) Antibiotik broad spectrum. pemberian antibiotic broad spectrum ini didasarkan pada gejala demam dan leukositosis yang diharapkan dapat menekan pertumbuhan yang berlebih serta translokasi bakteri-bakteri di usus menuju pembuluh darah melewati dinding usus. Pemberian antibiotic broad spektrum yang biasa digunakan yaitu gentamisin, ampicilin, dan metronidazole. Antibiotic broad spectrum digunakan karena penggunaan antibiotic profilaksis yang awalnya ditujukan sebagai pencegahan penyakit hirschprung berulang ternyata tidak terbukti efektif dan justru meningkatkan risiko terjadi resistensi antibiotic (Damayanti et al,2023)

c. Tindakan Pembedahan

Penyembuhan hirschsprung yang dinilai paling efektif adalah tindakan pembedahan meliputi pengangkatan segmen usus yang tidak memiliki ganglion yang dilanjutkan dengan pengembalian usus secara kontinuitas. Tindakan ini bertujuan untuk memperbaiki aganglionik di kolon agar tidak terjadi obstruksi dan mengembalikan motilitas kolon dengan tujuan utama yaitu dapat berfungsi secara normal baik pada kolon ataupun sfingter ani internalnya.

1) Tindakan bedah sementara (pembuatan stoma)

2) Tindakan bedah definitive

a) Prosedur Transanal endorectal pull-through

Prosedur ini banyak digunakan saat ini karena prosedurnya dilakukan tanpa kolostomi yaitu pembuatan lubang pada abdomen, tanpa membuka perut, dan dinilai memiliki angka morbiditas yang kecil. Pada prosedur ini pasien diminta berbaring atau posisi litotomi dilanjutkan dengan membuka anal canal dan menginsisi mukosanya sedalam 5mm diatas dentate line. Kemudian dilakukan mukosektomi distal rectum dari anus hingga segmen kolon yang normal dan dianastomosis ke anus (Damayanti et al, 2023)

b) Prosedur Soave

Teknik utama pada prosedur ini adalah pembuangan mukosa rectum aganglionik yang kemudian ditarik kolon proksimal ganglionik masuk ke rectum dengan mukosa yang sudah dilepas. Pelepasan tersebut dilakukan dengan bantuan laparoskopi sedalam 0,5-1 cm diatas dentate line rectum hingga mencapai lipatan retroperitoneal yang nantinya akan dipasangkan pipa kecil berukuran 10 cm di anus sebagai pipa pembuangan selama 3-7 hari

c) Prosedur Swenson

Prosedur ini dilakukan dengan cara rektosigmoidektomi dengan preservasi pada sfingter ani dan meninggalkan 2 cm rectum anterior dan 0,5-1 cm rectum posterior

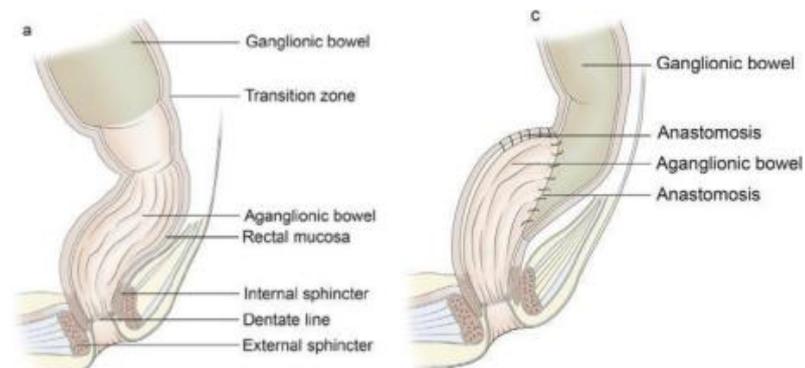
d) Prosedur Reihbein

Prosedur ini dilakukan dengan cara pengangkatan Sebagian rectum dan dilanjutkan dengan anastomose ent to end diantara usus ganglionick dengan rectum sebesar 2-3 cm di atas anal verge. Kemudian dilakukan penjahitan satu lapis secara intraabdominal ekstrapertoneal

e) Prosedur Duhamel

Prosedur ini biasa dilakukan pada bayi kurang dari 1 tahun. Dilakukan dengan cara menarik kolon bagian proksimal ganglionik ke arah anal lewati posterior rectum aganglionik

dan menyatukan dinding posterior rectum aganglionik dengan dinding anterior kolom proksimal ganglionic sampai membentuk rongga baru



Gambar 2 A. Anatomi Pre-operatif B. Prosedur Duhamel usus aganglion dikeluarkan melalui insisi pada bagian posterior rektum aganglion (chhabra et all, 2019)

B. Konsep Dasar Tindakan

Prosedur Duhamel merupakan salah satu penatalaksanaan penyakit hisprung yang berupa tindakan operatif. Dilakukan dengan cara menarik kolon bagian proksimal ganglionic ke arah anal lewati posterior rectum aganglionik dan menyatukan dinding posterior rectum aganglionik dengan dinding anterior kolom proksimal ganglionic sampai membentuk rongga baru (Damayanti et al, 2023).

Prosedur Duhamel memiliki hasil yang sangat baik pada pasien dewasa dengan insiden komplikasi pasca operasi yang jauh lebih rendah. Komplikasi utama adalah kebocoran anastomosis, yang menyebabkan pembentukan fistula atau abses. Prosedur ini dapat dilakukan dengan laparoskopi atau laparotomi. Prinsip operasi duhamel yaitu diseksi pelvis yang minimal,

pendekatan retrorektal dengan menarik kolon melalui rektal, sedikit gangguan pada sfingter anal interna bagian posterior, eliminasi septum kolo-rektal dengan anastomosis sisi ke sisi (stapler) antara kolon aganglion dengan kolon ganglion yang ditarik. (Chhabra and Kenny, 2016).

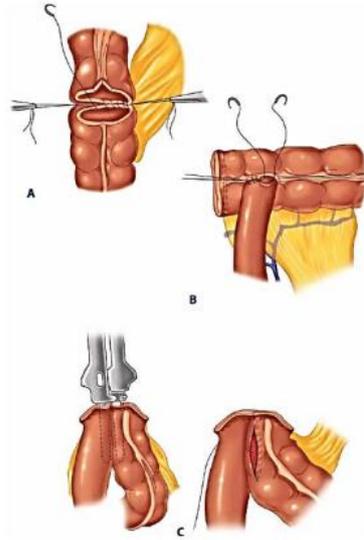
Indikasi untuk operasi bila ada bagian usus yang tidak memiliki sel ganglion. Kontraindikasi untuk prosedur operasi satu tahap berupa kondisi usus proksimal yang sangat melebar, enterokolitis parah, perforasi, malnutrisi, dan ketidakmampuan dalam menentukan secara akurat zona transisi antara usus yang sehat dan aganglionik. Prosedur Duhamel asli memiliki beberapa kelemahan, diantaranya sering terjadi stenosis, inkontinensia dan pembentukan fekaloma di dalam puntung rektum yang ditinggalkan apabila terlalu panjang. Oleh sebab itu dilakukan beberapa modifikasi prosedur Duhamel, diantaranya:

1. Modifikasi Grob: Anastomose dengan pemasangan 2 buah klem melalui sayatan endoanal setinggi 1,5-2,5 cm, untuk mencegah inkontinensia
2. Modifikasi Talbert dan Ravitch: Modifikasi berupa pemakaian stapler untuk melakukan anastomose *side to side* yang panjang
3. Modifikasi Ikeda: Ikeda membuat klem khusus untuk melakukan anastomose, yang terjadi setelah 6-8 hari kemudian
4. Modifikasi Adang. Pada modifikasi ini, kolon yang ditarik transanal dibiarkan prolaps sementara. Anastomose dikerjakan secara tidak langsung, yakni pada hari ke-7-14 pasca bedah dengan memotong kolon yang prolaps dan pemasangan 2 buah klem; kedua klem dilepas 5 hari

berikutnya. Pemasangan klem disini lebih dititik beratkan pada fungsi hemostasis.

Reseksi usus adalah memotong dan mengambil sebagian atau seluruh segmen usus yang sudah tidak *viable*. Anastomosis usus adalah prosedur pembentukan hubungan antara dua segmen usus *viable* yang terpisah karena pembedahan, trauma, atau perforasi. Indikasi operasi reseksi dan anastomosis usus adalah restorasi kontinuitas usus viable dan mengangkat bagian usus yang menghalangi kontinuitas usus. Reseksi usus dan anastomosis diindikasikan pada kondisi jinak, maligna, trauma, perforasi, pendarahan, gangrene, dan *inflammatory bowel disease*. Secara konvensional, reseksi usus dilakukan secara laparotomi (Basuki Isa, 2020).

Teknik operasi anastomosis dapat dilakukan secara *handsewn* atau *stapled*. Saat ini, teknik anastomosis menggunakan staple sudah banyak digunakan selain penggunaan teknik konvensional dengan suture tangan. Selain itu, studi pada anastomosis ileokolik membuktikan bahwa penggunaan staple terasosiasi dengan kejadian kebocoran anastomosis lebih rendah. Jenis anastomosis usus meliputi end-to-end, side-to-end, -end-to-side, side-to-side (Liang et al, 2015 dan Matthews et al 2013).



Gambar 3 A. End to end B. End to side C. Side to side (Liang et al, 2015)

Komplikasi Pembedahan Laparatomi

Permasalahan yang sering dihadapi pada post operasi adalah terjadinya komplikasi pada luka operasi terutama infeksi, yaitu suatu keadaan masuknya kuman dan menetap. Infeksi Luka Operasi (ILO) adalah kondisi yang ditandai dengan adanya pus, inflamasi, bengkak nyeri dan panas. Kuman tersebut masuk dan mengakibatkan berbagai gejala ringan seperti peningkatan suhu tubuh sampai yang berat yaitu sepsis. Penyebaran mikroorganisme dapat melalui manusia (yaitu: kontak dengan luka operasi); benda mati (yaitu: instrument, benang jahit, sprei, kain kassa dan cairan); udara (yaitu: debu, droplet udara dari orang yang merawat luka, serta teknik desinfeksi yang kurang baik (Utami R.A, dkk, 2019).

Proses Penyembuhan Luka

Luka adalah terputusnya kontinuitas jaringan akibat adanya substansi jaringan yang rusak atau hilang akibat cedera atau pembedahan. Luka merupakan degradasi integritas jaringan epitel. Gangguan keutuhan kulit, permukaan mukosa atau jaringan organ dapat menyebabkan terbentuknya luka. Penyembuhan luka adalah suatu proses perbaikan jaringan kulit atau organ lainnya setelah terjadi luka. Terdapat tiga fase penyembuhan luka, yaitu fase inflamasi, fase proliferasi atau fibroplasia, dan fase remodelling atau maturasi.

1. Fase inflamasi terjadi segera setelah terjadinya luka sampai hari kelima. Proses kontriksi dan retriksi pembuluh darah yang putus disertai dengan reaksi hemostasis berupa agregasi trombosit dan jala fibrin yang melakukan pembekuan darah untuk mencegah kehilangan darah. Karakteristik fase inflamasi yaitu tumor, rubor, dolor, color, dan functio lesa.
2. Fase proliferasi atau fibroplasia berlangsung selama tiga minggu. Fase ini disebut juga sebagai fase granulasi karena terdapat pembentukan jaringan granulasi sehingga luka tampak berwarna merah segar dan mengkilat. Jaringan granulasi terdiri dari fibroblas, sel inflamasi, pembuluh darah baru, fibronektin, dan asam hialuronat.
3. Fase remodelling atau maturasi yang berlangsung dari beberapa minggu sampai dua tahun berupaya memulihkan struktur jaringan normal. Pada fase ini, tanda inflamasi menghilang, terjadi penyerapan sel radang, pematangan sel muda, serta penutupan dan penyerapan kembali kapiler baru. Proses penyembuhan luka diakhiri oleh terbentuknya parut (scar tissue) 50-80%

memiliki kekuatan yang sama dengan jaringan sebelumnya Naziyah, dkk 2022).

C. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan pertama dari proses keperawatan. Sebelum memulai seluruh proses, tenaga keperawatan akan melakukan pengkajian awal terhadap kondisi klien. Klien akan diberikan pertanyaan serta diberikan sejumlah tes baik fisik maupun psikis. Pengkajian ini merupakan titik yang paling penting untuk menghasilkan diagnosa keperawatan yang tepat (Prabowo, 2017).

1. Identitas pasien

Yang perlu dikaji adalah nama, umur, jenis kelamin, suku agama, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat, diagnosis medis, tanggal masuk, tanggal penmgkajian.

2. Keluhan utama

Keluhan utama pada pasien post operasi adalah nyeri karena adanya tindakan pembuatan luka yang disengaja pada daerah abdomen

3. Riwayat penyakit sekarang

Yang perlu dikaji adalah keluhan pada abdomen seperti kembung, distensi abdomen. Kemudian perlu dikaji mengenai gejala infeksi seperti pembengkakan, suhu tubuh meningkat, adanya nanah, kemerahan disekitar luka dan adanya nyeri disekitar luka yang merupakan salah satu komplikasi pada tindakan post operasi.

P: Provokatus paliatif: Apa yang menyebabkan gejala? Apa yang biasa memperberat dan mengurangi nyeri?

Q: Quality quantity: Bagaimana gejala dirasakan, sejauh mana gejala dirasakan?

R: Region radiasi: Dimana gejala dirasakan dan apakah gejala yang dirasakan menyebar?

S: Skala severity: Berapa tingkat keparahan dirasakan?

T: Time: Kapan gejala mulai timbul? Seberapa sering gejala dirasakan?

4. Riwayat penyakit dahulu

Apakah sebelumnya ada riwayat operasi laparatomi dan penyakit yang menyebabkan pemberian tindakan laparatomi

5. Pola nutrisi

Bagaimana kebiasaan makan, minum sehari-hari, jenis makanan apa saja yang sering dikonsumsi, makanan yang paling disukai, frekuensi makanannya

6. Pola eliminasi

Kebiasaan BAB, BAK, frekuensi, warna BAB, BAK, adakah keluar darah atau tidak, keras, lembek, cair.

7. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum : lemah (compos mentis)

b. Tanda-tanda vital

- Tekanan Darah pada pasien post operasi meningkat 20-30 mmHg karena nyeri luka, tekanan darah naik setelah operasi.

- Nadi pada pasien post operasi nadi meningkat lebih dari 100x/mnt
 - RR: pada pasien post operasi peningkatan frekuensi nafas dapat terjadi karena nyeri luka post operasi 25x/mnt
 - Suhu pada pasien post operasi terkadang demam dengan suhu sekitar 37,5°C - 38,5°C
- c. Pemeriksaan Fisik Abdomen
- Inspeksi : bentuk abdomen dan observasi area luka operasi
 - Auskultasi : bising usus
 - Perkusi : timpani
 - Palpasi : ada tidaknya nyeri tekan

D. Diagnosa

1. Pre Operasi (SDKI,2017)
 - a. Konstipasi Berhubungan Dengan Colonic Aganglionosis
 - b. Resiko Defisit Nutrisi Dibuktikan Dengan Ketidakmampuan Mencerna Dan Mengabsorbsi Nutrien
 - c. Risiko Hipovolemia Dibuktikan Dengan Gangguan Absorpsi Cairan
2. Post Operasi (SDKI,2017)
 - a. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Insisi Pembedahan.
 - b. Gangguan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Tindakan Pembedahan Ileostom

E. Rencana Intervensi

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Hirsprung (PPNI,2018)

| No | Diagnosa | Tujuan | Rencana Intervensi |
|----|---|--|---|
| 1. | Konstipasi b.d colonic aganglionosis (TCA) D.0049 | <p>Setelah dilakukan intervensi diharapkan gangguan eliminasi fekal (konstipasi) membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Eliminasi fekal (L. 04033)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defekasi teratur yang 2. Berkurangnya distensi abdomen 3. Rasa tidak nyaman berkurang 4. Aliran balik enema atau irigasi rektum jernih | <p>Manajemen Konstipasi (I.04155)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi bising usus dan periksa adanya distensi abdomen pasien. 2. Pantau dan catat frekuensi dan karakteristik feses. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Dorong pasien untuk mengonsumsi cairan 2,5 L setiap hari, bila tidak ada kontraindikasi 4. Ajarkan cara mengatasi konstipasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Lakukan program defekasi. Letakkan pasien di atas pispot atau commode pada saat tertentu setiap hari, sedekat mungkin sewaktu bisa defekasi (bila diketahui). 6. Lakukan masase abdomen <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian laksatif, enema atau supositoria sesuai instruksi. |

| | | | |
|----|---|---|---|
| 2. | Resiko defisit nutrisi d.d ketidakmampuan mencerna dan mengabsorbsi nutrient D.0032 | <p>Setelah dilakukan intervensi diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan pasien meningkat 2. IMT membaik 3. Frekuensi makan membaik 4. Konjungtiva tidak anemis | <p>Manajemen Nutrisi I.12396</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji riwayat jumlah makanan/ masukan nutrisi yang biasa dimakan dan kebiasaan makan 2. Monitor turgor kulit 3. Monitor mual dan muntah 4. Pantau / Timbang berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi menentukan pedoman diet (piramida makanan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan |
| 3. | Resiko hipovolemia d.d gangguan absorpsi cairan, D.0034 | <p>Setelah dilakukan intervensi diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Status Cairan (L.03208)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Turgor kulit elastic dan normal, CRT < 3 detik 2. Membrane mukosa lembab 3. Hemoglobin dan | <p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor intake dan output cairan 2. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, TD menurun, |

| | | | |
|----|---|--|---|
| | | hematokrit membaik | <p>hematokrit meningkat)</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hitung kebutuhan cairan 4. Berikan modifikais trendelenburg 5. Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan memperbanyak cairan oral 7. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonik, hipotonik, cairan albumin atau produk darah |
| 4. | Nyeri Akut b.d insisi pembedahan D.0077 | <p>Setelah dilakukan intervensi diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat nyeri (L. 08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri berkurang 2. Skala nyeri berkurang menjadi 1-2 (0-10) 3. Vital sign dalam batas normal | <p>Manajemen Nyeri (L. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualiti tas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 7. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 11. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |
|--|--|--|--|

| | | | |
|----|--|--|--|
| 5. | Gangguan integritas kulit b.d tindakan pembedahan ileostomy D.0129 | <p>Setelah dilakukan intervensi diharapkan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak memperlihatkan tanda-tanda kerusakan kulit yang ditandai oleh kulit tetap utuh sekitar tempat kolostomi yang bebas dari kemerahan dan iritasi 2. Nyeri berkurang 3. Tekstur membaik | <p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 4. Berikan salep yang sesuai ke kulit atau lesi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein dan kalori <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi pemberian antibiotik |
|----|--|--|--|