

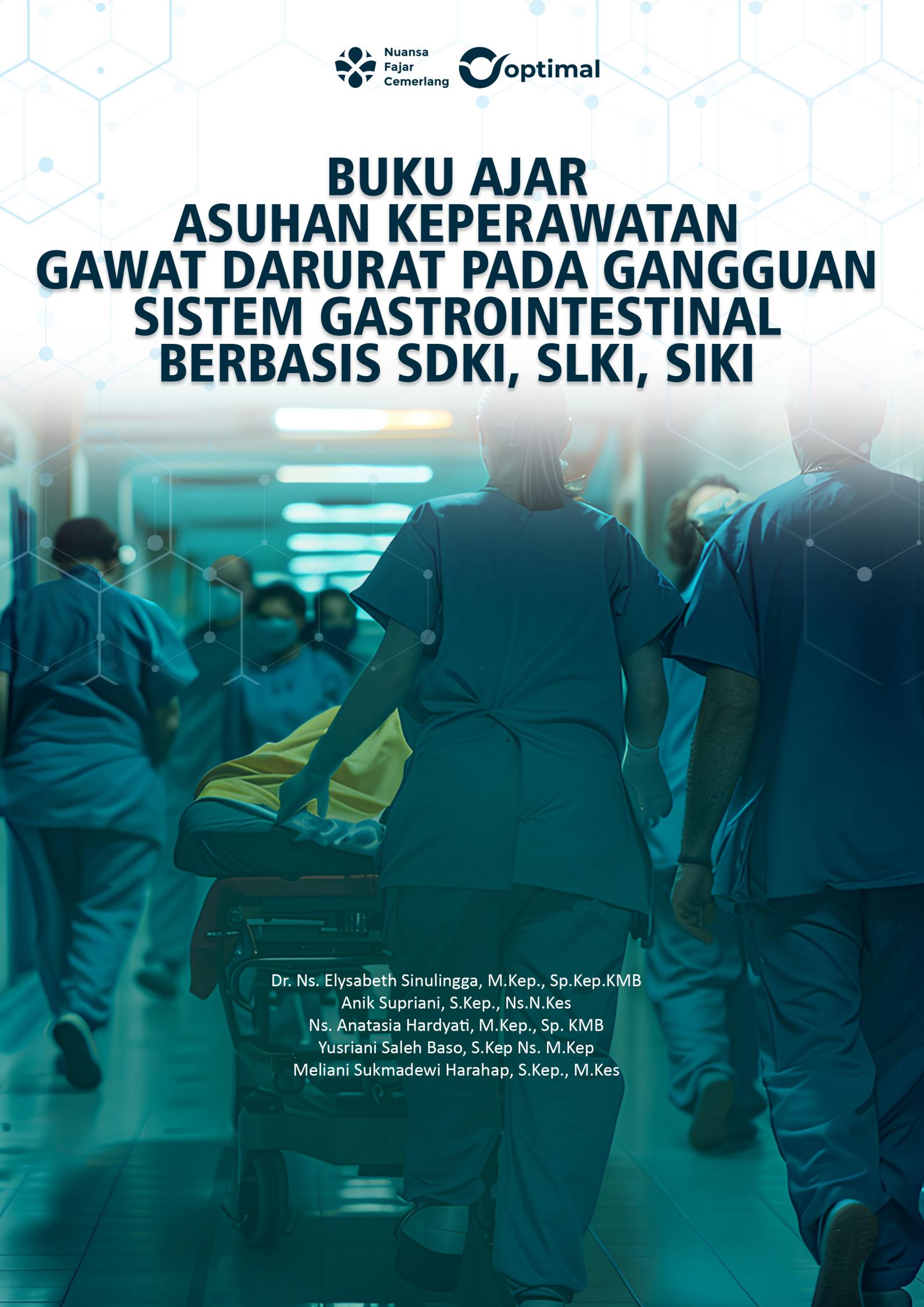
BUKU AJAR

ASUHAN KEPERAWATAN

GAWAT DARURAT PADA GANGGUAN

SISTEM GASTROINTESTINAL

BERBASIS SDKI, SLKI, SIKI



Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.KMB
Anik Supriani, S.Kep., Ns.N.Kes
Ns. Anatasia Hardyati, M.Kep., Sp. KMB
Yusriani Saleh Basso, S.Kep Ns. M.Kep
Meliani Sukmadewi Harahap, S.Kep., M.Kes

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

PADA GANGGUAN SISTEM GASTROINTESTINAL

BERBASIS SDKI, SLKI, SIKI

Penulis:

Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB
Anik Supriani, S.Kep., Ns.N.Kes
Ns. Anatasia Hardyati, M.Kep., Sp. KMB
Yusriani Saleh Baso, S.Kep Ns. M.Kep
Meliani Sukmadewi Harahap, S.Kep., M.Kes



ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA GANGGUAN SISTEM GASTROINTESTINAL BERBASIS SDKI, SLKI, SIKI

Penulis: Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB

Anik Supriani, S.Kep., Ns.N.Kes

Ns. Anatasia Hardyati, M.Kep., Sp. KMB

Yusriani Saleh Baso, S.Kep Ns. M.Kep

Meliani Sukmadewi Harahap, S.Kep., M.Kes

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Penata Letak: Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8549-27-6

Cetakan Pertama: April, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji dan Syukur kehadiran Tuhan yang maha Esa atas berkat rahmat dan kurnia-Nya sehingga penulisan Buku Ajar mata kuliah Asuhan Keperawatan Gawat darurat ini dapat diselesaikan dan diterbitkan sehingga buku ini dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakaran masing-masing. Buku ini diharapkan dapat memberikan distribusi positif dalam pengetahuan khususnya terkait dengan asuhan keperawatan gawat darurat pada gangguan sistem gastrointestinal.

Dalam penyusunan buku ajar ini penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar – besar kepada semua pihak yang membantu dalam penyusunan buku ajar ini serta kepada Pihak Optimal yang telah memfasilitasi kegiatan penulisan buku ajar sehingga penulis dapat membuat buku dengan target dan waktu yang telah ditentukan.

Buku ajar adalah bagian awal yang ditulis oleh penulis atau penyusun buku ajar dengan tujuan untuk menyampaikan pesan kepada pembaca khususnya pendidik agar sudi kiranya membantu untuk memanfaatkan buku ini sebagai bahan ajar pada pembelajaran dikelas, sehingga buku ini dapat memberi manfaat bagi peserta didik baik dalam proses belajar maupun dalam pelaksanaan tindakan kasus gawat darurat. Selain itu tujuan pembelajaran, di antaranya: Membantu pembaca untuk memahami apa yang diharapkan dari hasil pembelajaran dan memberikan arahan yang jelas dalam proses belajar.

Penulisan buku ini menggunakan sumber referensi menggunakan buku SDKI, SLKI dan SIKI serta buku Lainnya yang akan dituang dalam Daftar Pustaka.

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GERD)	1
A. Konsep Penyakit Gastroesophageal Reflux Disease (GERD)	3
1. Definisi	3
2. Etiologi.....	3
3. Patofisiologi.....	4
4. Tanda dan Gejala	4
5. Penatalaksanaan Medik	5
B. Asuhan Keperawatan dengan GERD.....	6
1. Pengkajian.....	6
2. Diagnosa Keperawatan	9
3. Perencanaan	9
4. Pelaksanaan Keperawatan	12
5. Evaluasi	12
C. Latihan.....	12
D. Rangkuman Materi	13
Daftar Pustaka.....	14
BAB 2 ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA GASTROENTERITIS	17
A. Pengertian Gastroenteritis	19
B. Etiologi Gastroenteritis.....	19
C. Tanda dan Gejala Gastroenteritis.....	20
D. Patofisiologi.....	20
E. Pathway	22
F. Pemeriksaan Penunjang.....	23
G. Penatalaksanaan Gastroenteritis	23
H. Konsep Asuhan Keperawatan	24
I. Latihan.....	47
J. Glosarium.....	49
K. Rangkuman Materi	50
Daftar Pustaka.....	53

BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TRAUMA	
ABDOMEN	55
A. Konsep Dasar Medik Trauma Abdomen	57
1. Definisi	57
2. Etiologi.....	57
3. Patofisiologi.....	57
4. Tanda dan Gejala	59
5. Penatalaksanaan Medis.....	59
6. Pemeriksaan Penunjang.....	61
7. Komplikasi	61
B. Konsep Dasar Keperawatan Trauma Abdomen	62
1. Pengkajian Keperawatan	62
2. Diagnosa Keperawatan	63
3. Luaran Keperawatan.....	63
4. Intervensi Keperawatan.....	64
5. Evaluasi	66
C. Latihan.....	66
D. Rangkuman Materi	67
Daftar Pustaka.....	68
BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT APENDICITIS	69
A. Anatomi dan Fisiologi Appendix	71
1. Anatomi Appendix.....	71
2. Fisiologi Appendix.....	72
3. Definisi Apendicitis	72
4. Klasifikasi Apendicitis.....	72
5. Etiologi Apendicitis	74
6. Patofisiologi dan Pathway Apendicitis.....	74
7. Manifestasi Klinik Apendicitis	76
8. Mengetahui Penatalaksanaan Apendicitis	76
B. Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Apendicitis dengan Pendekatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI)	82
C. Latihan.....	91
D. Rangkuman Materi	92
Daftar Pustaka.....	93
BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA PERITONITIS ..	97
A. Definisi	99

B. Etiologi	100
C. Patofisiologi	103
D. Tanda dan Gejala	104
E. Pemeriksaan Penunjang	105
F. Pemeriksaan Radiologi	105
G. Penatalaksanaan	106
H. Asuhan Keperawatan Peritonitis menurut SDKI, SLKI, SIKI	108
I. Latihan	115
J. Rangkuman Materi	117
Daftar Pustaka	118
PROFIL PENULIS	121

BAB 1

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA GASTROESOPHAGEAL REFLUKS DISEASE (GERD)

Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp. Kep. MB

Deskripsi Pembelajaran

Pembaca yang budiman, selamat memulai materi pertama Anda. Saat ini Anda sedang familiar dengan topik "Pelayanan keperawatan pada pasien penyakit gastroesophageal reflux (GERD)". Pada topik ini, Anda akan mempelajari konsep perawatan gangguan kesehatan yang umum terjadi pada pasien dewasa dengan gangguan fungsi fisik akibat kondisi patologis akibat penyakit gastroesophageal reflux (GERD). Topik ini juga mencakup konsep dan prinsip pengobatan padapasien penyakit gastroesophageal reflux (GERD), meliputi: definisi, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, pengujian suportif, beban perawatan, dan manajemen proses.

Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan materi rencana asuhan perawatan ini, diharapkan Anda akan dapat:

1. Memahami patofisiologi Gastroesophageal Refluks Disease (GERD) termasuk gangguan fungsi saluran pencernaan dan perubahan hemodinamik yang diakibatkannya.
2. Melakukan pengkajian keperawatan yang komprehensif, mengintegrasikan tanda dan gejala Gastroesophageal Refluks Disease (GERD), faktor risiko, dan potensi komplikasi.
3. Merumuskan dan memprioritaskan diagnosis keperawatan, menangani aspek fisiologis dan psikososial manajemen Gastroesophageal Refluks Disease (GERD).
4. Mengembangkan intervensi keperawatan berbasis bukti, dengan fokus pada optimalisasi fungsi saluran pencernaan, menurunkan keseimbangan cairan, dan mencegah deficit nutrisi.
5. Mendidik pasien tentang strategi manajemen mandiri, termasuk kepatuhan pengobatan, pertimbangan pola makan, dan pemantauan gejala untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi rawat inap kembali di rumah sakit.

6. Melakukan evaluasi keperawatan pada setiap masalah keperawatan yang muncul pada pasien Gastroesophageal Refluks Disease (GERD).

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

1. Mampu melakukan/menerapkan prinsip etika, perspektif budaya dan hukum dalam keperawatan (CP.PK.01)
2. Dapat memahami ilmu asuhan keperawatan bidang pemberian pelayanan berdasarkan proses keperawatan (CP.PK.02)
3. Mampu memberikan bantuan asuhan keperawatan profesional di laboratorium dan di lapangan (klinis dan komunitas) untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pengguna (CP.PK.03)
4. Mampu menerapkan keterampilan dalam berkomunikasi pada informasi keperawatan dan ilmiah (CP.PK.04)uk membantu pencapaian pembelajaran yang maksimal.

URAIAN MATERI

A. Konsep Penyakit Gastroesophageal Refluks Disease (GERD)

1. Definisi

GERD (Gastroesophageal Reflux Disease) merupakan penyakit yang jarang didiagnosis oleh dokter Indonesia. Oleh karena itu, jika tidak menimbulkan keluhan yang serius seperti refluks esofagitis, dokter tidak dapat mendiagnosinya. Refluks gastroesofagus merupakan refluks isi lambung ke kerongkongan yang terjadi secara berkala pada manusia terutama setelah makan, dan merupakan suatu masalah pencernaan dimana asam lambung terus meningkat di kerongkongan sehingga menyebabkan iritasi (Karina et al., 2016; Kuswono, Yuriza, & Akbar, 2021). Penyakit refluks gastroesophageal (GERD) merupakan suatu keadaan patologis yang disebabkan oleh refluks isi lambung ke kerongkongan sehingga menimbulkan berbagai gejala yang mengganggu (ketidaknyamanan) dan/atau komplikasi di dalam dan di luar kerongkongan (Syam et al., 2016); Makmun, D.dkk., 2019). GERD terjadi ketika asam lambung meningkat dan menimbulkan sensasi asam dan pahit di mulut, disertai rasa perih (burning) di ulu hati dan dada. Dalam keadaan ini dapat menimbulkan kondisi psikologis berupa kecemasan, panik bahkan depresi. Gejala GERD yang dialami pasien jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan gangguan psikologis yang lebih serius (Hernisawati dan Kushendar, 2021). GERD (Gastroesophageal Reflux Disease) merupakan penyakit umum yang prevalensinya meningkat setiap tahun sehingga menjadi masalah bagi sistem pelayanan kesehatan. Sebagai refluks isi lambung ke dalam esofagus yang terjadi secara tidak sengaja yang terjadi secara berulang sehingga menyebabkan komplikasi dan menurunnya kualitas hidup. GERD adalah suatu penyakit yang jarang terdiagnosis oleh dokter di Indonesia karena bila belum menimbulkan keluhan yang berat seperti refluks esofagitis, dokter belum bisa mendiagnosa. Refluks gastroesofagus adalah masuknya isi lambung ke dalam esofagus yang terjadi secara intermiten pada orang, terutama setelah makan (Hafizh, 2021).

2. Etiologi

Hal-hal yang mempercepat berkembangnya GERD, antara lain obesitas atau berat badan berlebih di atas usia 40 tahun yang biasa dialami oleh wanita, beberapa ras juga dapat menjadi faktor risiko GERD, asma, merokok, hernia hiatus, dan diabetes. Riwayat keluarga GERD, kehamilan, status ekonomi, pola makan, pengobatan tertentu, dan skleroderma. (Tarigan dan Pratomo, 2019).

3. Patofisiologi

Kunci patofisiologi GERD adalah adanya refluks lambung yang tidak normal dari lambung ke kerongkongan. Dalam beberapa kasus, naiknya asam lambung seringkali dianggap normal, namun bisa jadi merupakan tanda gejala GERD. Dalam keadaan normal, refluks dapat dicegah dengan penghalang anti-refluks yang disebut zona anatomi komposit, yang berisi beberapa komponen termasuk sfingter esofagus bagian bawah (LES), diafragma karotis eksternal, dan struktur pendukung katup. Neighbor . Gastroesofagus (Pusmarani, 2019). Jika terdapat masalah pada bahan ini, kemungkinan akan menyebabkan refluks lebih sering dan peningkatan paparan asam lambung pada kerongkongan. Jika hal ini terus berlanjut maka dapat menimbulkan masalah yang lebih serius seperti erosi, peradangan, bahkan perforasi pada esofagus (Surya, 2020). Sementara itu, masalah pada sfingter esofagus bagian bawah (LES) biasanya menjadi penyebab utama GERD. Meski ada faktor lain yang menjadi penyebab GERD, namun relaksasi dasar esofagus atau relaksasi sementara sfingter esofagus bagian bawah (TSLER) adalah yang paling umum terjadi (Surya, 2020). Sfingter esofagus bagian bawah (LES) merupakan lapisan otot pada bagian distal esofagus yang mencegah tekanan pada esofagus menjadi lebih besar dibandingkan tekanan pada rongga perut, sehingga mencegah terjadinya refluks isi lambung. Pada periode postprandial, hal ini dapat menyebabkan peningkatan frekuensi refluks lambung. Selain itu, faktor fisiologis dapat memperburuk refluks, seperti: B. Masalah pada mekanisme pengosongan esofagus, hernia hiatus dan pengosongan lambung yang tertunda (Surya, 2020).

Masalah pengosongan kerongkongan mungkin disebabkan oleh gerakan peristaltik yang tidak normal, sehingga isi lambung sulit mengalir kembali akibat pembengkakan akibat refluks. Jika pada saat yang sama kandungan bikarbonat dan faktor pertumbuhan pada air liur menurun, hal ini akan mengganggu fungsi netralisasi pH dan pengosongan esofagus yang biasanya terjadi pada saat tidur malam (Surya, 2020).

4. Tanda dan Gejala

Beberapa gejala GERD yaitu nyeri ulu hati (rasa hangat dan terbakar di dada), nyeri perut, sendawa, mual juga karena nyeri ulu hati atau sendawa atau kedua-duanya dapat membuat sulit tidur (Saraswati dan Garianto, 2021). Menurut penelitian Leiman dkk. (2017), gejala umum GERD antara lain nyeri ulu hati, bersendawa, dispepsia (ketidaknyamanan pada perut bagian atas seperti kembung, begah, perih, rasa kenyang saat mulai makan, rasa tidak nyaman dan mual), dan nyeri dada retrosternal (perasaan tertekan pada perut). kembali).

tulang dada bagian tengah). Gejala paling penting dan umum pada pasien GERD adalah nyeri ulu hati (Clarrett dan Hachem, 2018). Ardhan dkk. (2022) menyatakan bahwa penderita GERD mengalami beberapa tanda gejala, seperti rasa hangat dan terbakar di dada (mulus), kembung, dan mual. Penderita juga biasanya mengeluhkan rasa cepat kenyang, sering bersendawa, dan kesulitan menelan akibat nyeri saat menelan.

5. Penatalaksanaan Medik

Rafsanjani dkk. (2021) menunjukkan bahwa pengobatan GERD dibagi menjadi dua tahap, yaitu:

a. Penatalaksanaan medik

- 1) Antasida digunakan untuk menetralkan isi asam lambung dengan cara meningkatkan pH isi lambung.
- 2) Antagonis reseptor H₂ digunakan untuk mengurangi sekresi asam lambung.
- 3) Pompa proton untuk mengurangi refluks asam lambung.
- 4) Metoklopramid, digunakan untuk memperbesar LES dan meningkatkan pengosongan Lambung

Rafsanjani, Hanifa, Mustofa, dan Mulyanto (2021) menyatakan bahwa ada berbagai tes yang dapat dilakukan pada pasien penyakit gastroesophageal reflux.

- 1) Inhibitor pompa proton (PPI) untuk memastikan diagnosis bahkan tanpa adanya bukti Barrett's esofagus.
- 2) Endoskopi untuk mendiagnosis penyakit refluks gastroesofagus seiring dengan ditemukannya refluks esofagitis.
- 3) Kaji tingkat keparahan refluks esofagitis menggunakan klasifikasi Los Angeles yang dimodifikasi atau klasifikasi Sabally-Miller.
- 4) Sampel biopsi bila dicurigai Barrett's esofagus.
- 5) Tes barium esofagus untuk mengevaluasi saluran pencernaan untuk tujuan diagnosis.

b. Manajemen Bedah

Prosedur pembedahan yang dilakukan adalah pembedahan antirefluks. Jika operasi antireflux dilakukan dengan benar, efektivitasnya sebanding dengan pengobatan obat.

Menurut Genval Konsensus Asia Pasifik tentang penatalaksanaan GERD (2003) dalam Hafizh (2021) telah disepakati bahwa terapi lini pertama untuk GERD adalah golongan PPI dan digunakan pendekatan terapi step down. Pada umumnya studi pengobatan memperlihatkan hasil tingkat kesembuhan diatas 80% dalam waktu 6-8 minggu. Untuk selanjutnya dapat diteruskan dengan terapi pemeliharaan (maintenance therapy) atau bahkan terapi "bila perlu" (ondemand therapy) yaitu pemberian obatobatan selama beberapa hari sampai dua minggu jika ada kekambuhan sampai gejala hilang.

B. Asuhan Keperawatan dengan GERD

1. Pengkajian

- a. Pada pasien dengan GERD biasanya mengalami keluhan nyeri seperti terbakar pada ulu hati, mual, muntah.
- b. Primary Survey
 - 1) Airway
 - a) Jaga jalan napas tetap bersih. Penderita GERD mungkin mengalami penyumbatan jalan napas akibat muntah.
 - b) Kaji bunyi pernafasan pasien. Adanya suara melepuh, mendengkur, gemicik, atau berdiri diam. Bunyi gemicik terdengar pada pasien GERD dengan obstruksi jalan napas akibat cairan.
 - 2) Breathing
 - a) Kaji pergerakan dada pasien. Penderita GERD umumnya tidak mengalami gangguan pergerakan toraks.
 - b) Kaji frekuensi pernapasan pasien. Pasien GERD yang mengalami obstruksi jalan napas mungkin akan terpengaruh pada laju pernapasannya.
 - c) Kaji frekuensi pernapasan pasien. teratur atau tidak.
 - d) Apakah terjadi retraksi otot dada atau tidak.
 - e) Apakah pasien sesak nafas atau tidak.
 - 3) Circulation
 - a) Hitung nadi pasien. Teraba atau tidak teraba.
 - b) Ada sianosos pada pasien atau tidak
 - c) Hitung CRT pasien
 - d) Kaji akral pada pasien
 - e) Hitung tekanan darah pada pasien.
 - 4) Disability
Kaji respon pasien terhadap AVPU, tingkat kesadaran pasien, GCS, serta refleks pupil dan cahaya. Singkatan dari AVPU adalah:

- A (Alert): Periksa kondisi kesadaran pasien. Jika tidak sadarkan diri, lanjutkan ke poin Verbal (V).
- V (Verbal): Panggil pasien dengan berbicara keras-keras di telinganya (jangan menggoyang atau menyentuh pasien), jika tidak merespon, lanjutkan ke poin Pain (P).
- P (Pain/Nyeri): Usahakan menimbulkan rasa sakit pada pasien, misalnya dengan menekan bagian putih kuku (bisa juga menekan bagian tengah tulang atau area tersebut di atas mata).
- U (Unresponsive/Tidak Responsif): Jika pasien masih tidak responsif, berarti pasien tidak responsif. Dalam situasi seperti itu, segera dapatkan bantuan medis.

Pengkajian merupakan bagian dari proses keperawatan terorganisir yang mencakup tiga kegiatan dasar: pengumpulan data secara sistematis, pemilihan dan pengorganisasian data yang akan diperiksa, dan dokumentasi data (Melliany, 2019).

a. Anamnesa

- 1) Pengkajian Identitas
 - a) Identifikasi pasien berupa nama depan dan belakang, tanggal lahir, umur, jenis Jenis kelamin, status, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor MRI, diagnosis dokter.
 - b) Identitas penanggung jawab, termasuk nama, jenis kelamin, status, agama, pendidikan, lokasi, alamat, hubungan pasien.
- 2) Keluhan utama

Pada pasien dengan GERD biasanya mengalami keluhan nyeri seperti terbakar pada ulu hati, mual, muntah.
- 3) Riwayat kesehatan yang sekarang

Apa yang pasien rasakan sekarang
- 4) Riwayat kesehatan yang lalu

Apakah pasien memiliki penyakit lain yang berhubungan dengan saluran pencernaan atau belum pernah sakit seperti ini atau sudah pernah
- 5) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang turun temurun atau penyakit tidak menular
- 6) Pola fungsi kesehatan
 - a) Pola manajemen kesehatan-persepsi kesehatan

Bagaimana perilaku seseorang dalam menghadapi gangguan Kesehatan terkait cairan, adanya factor risiko Kesehatan terkait cairan.

b) Pola metabolism

Kebiasaan makan yang buruk (rendah dan tinggi lemak, bahan pengawet), anoreksia, mual, muntah, intoleransi makanan dan minuman, perubahan berat badan, penurunan berat badan, frekuensi makan dan minuman, adanya hal-hal yang dapat mempengaruhi makanan dan minuman (agama), budaya , ekonomi). Apakah kondisi fisik seseorang mempengaruhi apa yang dimakan dan diminumnya?

c) Pola eliminasi

Perubahan pola buang air besar (ada darah pada tinja, nyeri saat buang air besar), perubahan buang air kecil (perubahan warna, jumlah, frekuensi)

d) Aktivitas-latihan

Apakah ada kelemahan atau kelelahan, aktivitas yang mempengaruhi sistem air seseorang.

e) Pola istirahat-tidur

Perubahan pola istirahat dan jam kebiasaan tidur, adanya faktor-faktor yang mempengaruhi tidur (nyeri, bangun malam untuk minum)

f) Pola persepsi-kognitif

Rasa kecap lidah berfungsi atau tidak, gambaran indera pasien terganggu atau tidak, penggunaan alat bantu dalam penginderaan pasien.

g) Pola konsep diri-persepsi diri

Keadaan sosial yang mempengaruhi cairan seseorang (pekerjaan, situasi keluarga, kelompok sosial), penilaian terhadap diri sendiri (gemuk/kurus).

h) Pola hubungan dan peran

Kebiasaan berkumpul dengan orang-orang terdekat ketika makan, adanya ketegangan dan ansietas saat terjadi gangguan cairan dalam tubuh.

i) Pola reproduksi-seksual

Perilaku seksual setelah terjadi gangguan dikaji

j) Pola toleransi coping-stress

Adanya stress yang mempengaruhi ke minum.

k) Keyakinan dan nilai

Status ekonomi dan budaya yang mempengaruhi nutrisi, adanya pantangan atau larangan minuman tertentu dalam agama pasien.

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dari kepala hingga ujung kaki akan dilakukan: 1) Kondisi fisik: apatis, lesu, disorientasi; 2) Penurunan berat badan.; 3)

Kepala: pusing; 4) Mata: konjungtiva cekung dan kering, aliran air mata berkurang atau tidak ada; 5) Sistem saraf: refleks terbakar, melemah; 6) Fungsi sistem pencernaan : relaksasi perut, muntah, peningkatan gerak peristaltik, disertai diare atau hipoperistaltik; 7) Sistem ginjal: Oliguria atau anuria, peningkatan kepadatan urin; 8) Sistem kardiovaskular: vena leher dangkal, pengisian vena lambat, peningkatan denyut jantung. Denyut jantung berkurang, denyut nadi lemah, tekanan darah rendah; 9) Kulit: kulit kering, ketegangan kulit buruk, kulit dingin, suhu tubuh menurun; 10) Bibir : selaput lendir kering, pecah-pecah dan pucat; dan 11) Kuku: Mudah patah.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penentuan status kesehatan pasien secara akurat dengan tujuan mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi atau menghilangkan masalah kesehatan (Melliany, 2019). Menurut Pokja PPNI (2019), mual adalah rasa tidak nyaman pada tenggorokan atau lambung yang dapat menimbulkan muntah. Diagnosa keperawatan yang mungkin terjadi pada pasien GERD adalah (Tim Pokja DPP PPNI SDKI, 2018): 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d benda asing dalam jalan nafas (cairan) d.d pasien mengatakan sesak, adanya suara gurgling, RR meningkat; 2). Nausea b.d gangguan pada esofagus d.d pasien mengeluh mual, merasa ingin muntah, sensasi asam pada mulut; 3) Nyeri akut b.d agen cidera fisiologis (inflamasi) d.d adanya keluhan nyeri dari pasien, pasien tampak meringis, nadi meningkat; 4). Disfungsi motilitas gastrointestinal b.d intoleransi makanan d.d pasien merasa mual, nyeri pada abdomen, muntah, residu lambung meningkat/menurun; 5) Risiko perdarahan berhubungan dengan penyakit saluran cerna; 6) Risiko infeksi berhubungan dengan tidak memadainya pertahanan primer organisme (gangguan peristaltik esofagus); 7) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, yaitu: nafsu makan menurun, penurunan berat badan minimal 10% di bawah kisaran ideal, kelemahan otot menelan.

3. Perencanaan

Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah segala bentuk tindakan yang dilakukan oleh pemberi perawatan, pasien, keluarga dan orang terdekat pasien untuk mengatasi atau mengurangi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien (Lingga, 2019). Perencanaan pengobatan mual pada pasien GERD menurut Standar Kinerja Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

(SIKI) adalah sebagai berikut: SLKI yang digunakan penulis adalah derajat mual (L.08065) dengan kriteria hasil yang diharapkan: pengurangan rasa tidak nyaman berhubungan dengan mual, pengurangan rasa muntah, pengurangan rasa asam pada tubuh. mulut, penurunan rasa panas, penurunan rasa dingin, penurunan frekuensi menelan, penurunan keringat, dan penurunan air liur.

Adapun diagnosa keperawatan, luaran dan kriteria hasil, dan intervensi nausea bisa dilihat ditabel ini sesuai buku SDKI, SLKI dan SIKI PPNI.

Tabel 1.1 Intervensi Keperawatan GERD

No	Diagnosa Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nausea (D.0076)	<p>Tingkat Nausea (L.08065) Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nausea menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Nafsu makan meningkat 2) Keluhan mual menurun 3) Perasaan ingin muntah menurun 4) Perasaan asam dimulut menurun 5) Sensasi panas menurun 6) Sensasi dingin menurun 7) Frekuensi menelan menurun 8) Diaphoresis menurun 9) Jumlah saliva menurun 10) Pucat membaik 	<p>Manajemen mual (I.03117) Observasi penyebab mual</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi antiemetic untuk mencegah mual 2) Monitor mual 3) Monitor asupan nutrisi dan kalori <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 2) Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual 3) Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 4) Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan istirahat dan tidur cukup 2) Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 3) Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu <p>Manajemen Muntah (I.03118) Observasi</p>

		<p>1) Identifikasi karakteristik muntah</p> <p>2) Periksa volume muntah</p> <p>3) Identifikasi riwayat diet</p> <p>4) Identifikasi faktor penyebab muntah</p> <p>5) Identifikasi kerusakan esophagus dan faring posterior jika muntah terlalu lama</p> <p>6) Monitor efek manajemen muntah secara menyeluruh</p> <p>7) Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Kontrol faktor lingkungan penyebab muntah</p> <p>2) Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah</p> <p>3) Atur posisi untuk mencegah aspirasi</p> <p>4) Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>5) Bersihkan mulut dan hidung</p> <p>6) Berikan dukungan fisik saat muntah</p> <p>7) Berikan kenyamanan selama muntah</p> <p>8) Berikan cairan yang tidak mendukung karbonasi minimal 30 menit sebelum muntah</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah</p> <p>2) Anjurkan memperbanyak istirahat</p> <p>3) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi untuk mengelola muntah</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p>
--	--	---

4. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi atau disebut juga dengan tahap pelaksanaan adalah tindakan yang sudah direncanakan dalam asuhan keperawatan. Pada tindakan keperawatan terdiri dari tindakan mandiri dan juga kolaborasi antar tim medis (Melliany, 2019). Dalam menangani mual dapat dilakukan dengan manajemen mual atau dengan pemberian obat seperti Identifikasi faktor penyebab mual, monitor mual, berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, anjurkan membersihkan mulut dan kolaborasi pemberian aniemetik.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan perubahan status kesehatan pasien yang dapat diamati berdasarkan hasil penilaian pasien yang dimaksudkan untuk memberikan umpan balik terhadap pelayanan yang diberikan (Melliany, 2019). Diharapkan setelah dilakukan upaya keperawatan pengendalian mual dan pemberian obat, mual pasien akan mereda, awalnya meningkat, kemudian menurun.

C. Latihan

Soal-soal:

1. Perawat memberikan perawatan kepada klien yang menunjukkan gejala GERD. Klien menyatakan bahwa petugas kesehatan akan melakukan prosedur yang memerlukan penggunaan elektroda yang dimasukkan melalui hidung ke kerongkongan untuk tujuan merekam data tentang aktifitas kandungan asam disaluran esofagus. Prosedur diagnostik manakah yang dimaksud sesuai kasus diatas?
 - A. Endoskopi bagian atas
 - B. Menelan cairan barium

C. Pemantauan pH esophagus 24 jam

 - D. Tes Bernstein
2. Laki-laki usia 50 tahun, sudah 4 hari dirawat dengan GERD. Keluhan awal yang dirasakan sudah jauh berkurang dan lebih nyaman. Perawat menyiapkan discharge planning untuk pasien ini. Selain aturan minum obat, pasien juga diedukasi mengenai pengaturan makanan yang harus dihindari oleh penderita GERD untuk meringankan keluhan atau gejala. Manakah pernyataan berikut yang dimaksud mengenai jenis makanan yang harus dihindari?
 - A. Hindari makanan tinggi rendah lemak

B. Hindari ngemil / makan terlalu larut malam (2 jam sebelum waktu

tidur)

- C. Minum cairan di antara waktu makan, bukan dengan waktu makan
 - D. Diperbolehkan konsumsi kopi, coklat dan susu.
 - E. Makan dalam porsi kecil tapi sering.
3. Seorang perempuan berumur 40 tahun yang mengalami GERD yang parah. Saat pengkajian pada pasien, perawat mencatat pasien sering batuk-batuk dan suara serak/parau. Auskultasi paru : suara nafas bersih , bronchovesikuler. Diagnosa keperawatan manakah yang paling tepat untuk klien tersebut?
- A. Gangguan kemampuan untuk berbicara secara normal
 - B. Potensial untuk meningkatkan pengetahuan tentang nutrisi
 - C. Tidak efektif bersihan jalan nafas.**
 - D. Defisit Nutrisi.

Tugas

Buatlah konsep map pada pasien GERD

D. Rangkuman Materi

GERD (Gastroesophageal Reflux Disease) merupakan penyakit yang jarang didiagnosis oleh dokter Indonesia. Oleh karena itu, jika tidak menimbulkan keluhan yang serius seperti refluks esofagitis, dokter tidak dapat mendiagnosinya. Refluks gastroesofagus merupakan refluks isi lambung ke kerongkongan yang terjadi secara berkala pada manusia terutama setelah makan, dan merupakan suatu masalah pencernaan dimana asam lambung terus meningkat di kerongkongan sehingga menyebabkan iritasi (Karina et al., 2016; Kuswono, Yuriza, & Akbar, 2021).

Beberapa gejala GERD yaitu nyeri ulu hati (rasa hangat dan terbakar di dada), nyeri perut, sendawa, mual juga karena nyeri ulu hati atau sendawa atau kedua-duanya dapat membuat sulit tidur Kunci patofisiologi GERD adalah adanya refluks lambung yang tidak normal dari lambung ke kerongkongan. Dalam beberapa kasus, naiknya asam lambung seringkali dianggap normal, namun bisa jadi merupakan tanda gejala GERD.

Daftar Pustaka

- Clarrett, D. M., & Hachem, C. (2018). Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). Missouri medicine, 115(3), 214.
- Hafizh. (2021). Hubungan Gastroesophageal Reflux Disease dengan kualitas tidur pada mahasiswa fakultas kedokteran universitas muhammadiyah sumatera utara.
- Hernisawati, H., & Kushendar, K. (2021). Identifikasi dan Analisa Psikoterapi terhadap Motivasi Penyembuhan Pasien Gerd (Gastroesophageal Reflux Disease) Ditinjau Menggunakan Layanan Konseling Individual. *Guidance: Jurnal Bimbingan dan Konseling*, 18(01), 31-39.
- Karina, R., Yulianto, F. A., & Astuti, R. D. I. (2016). Karakteristik Penderita Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) berdasarkan Usia, Jenis Kelamin dan Keluhan Utama di Poli Penyakit dalam
- Leiman, D. A., Riff, B. P., Morgan, S., Metz, D. C., Falk, G. W., French, B., ... & Lewis, J. D. (2017). Alginate Therapy is Effective Treatment for GERD Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Diseases of the Esophagus*, 30(5), 1
- Makmun D, Fauzi A, Maulahela H, Rangga P R, Pitarini U A, Nanda M V, et al. Konsensus Nasional Penatalaksanaan Penyakit Refluks Gastroesofageal (Gastroesophageal Reflux Disease/GERD) di Indonesia (Revisi 2019). 2019. 12 hal.
- Melliany, O. (2019). Konsep dasar proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan (Askep) Pendahuluan.
- PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Purthana, I., & Somayana G. Hubungan Antara Berat Badan Lebih dengan Penyakit Refluksgastroesophageal di RSUP Sanglah Denpasar Periode Juli – Desember 2018. E-Jurnal Medika Udayana. 2020;9 (6).
- Rafsanjani, I., Hanifa, S. F., Mustofa, D. H., & Mulyanto, A. (2021). Imaging pada Gastroesogafagial Reflux Disease. Proceeding Book National Symposium and Workshop Continuing Medical Education XIV
- Saraswati AP, Garianto E, Mulyarjo. Hubungan Antara Konsumsi Kopi dengan Gejala Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). CoMPHI Journal: Community Medicine and Public Health of Indonesia Journal. 2021;2(1):177–84.

Surya, H. (2020) 'Tatalaksana Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) dalam Masa Pandemi Covid-19', Medicinus, 33(3), pp. 74–80.

Syam, A. F., Hapsari, P. F., & Makmun, D. (2016). The Prevalence and Risk Factors of GERD among Indonesian Medical Doctors. Makara Journal of Health Research, 20(2).
<https://doi.org/10.7454/msk.v20i2.5740>

Tarigan, R., & Pratomo, B. (2019). Analisis Faktor Risiko Gastroesophageal Refluks di RSUD Saiful Anwar Malang. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 6(2), 78.
<https://doi.org/10.7454/jpdi.v6i2.306>

BAB 2

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA GASTROENTERITIS

Anik Supriani, S.Kep., Ns., M.Kes

Deskripsi Pembelajaran

Pada bab ini akan dibahas mengenai asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien gastroenteritis. Gastroenteritis Akut (GEA) merupakan masalah yang sering terjadi baik di negara berkembang maupun negara maju (1) (Sudoyo et al., 2014). Jutaan kasus dilaporkan setiap tahunnya dan diperkirakan 4-5 juta orang meninggal karena GEA. World Health Organization (WHO) memperkirakan 4 miliar kasus terjadi di dunia pada tahun 2000 dan 2,2 juta diantaranya meninggal, sebagian besar merupakan anak-anak dibawah usia 5 tahun(2). (Dehi, 2015). Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun 2013, bila dilihat per kelompok umur GEA tersebar di semua kelompok umur dengan prevalensi tertinggi pada balita yaitu (6,7%) sedangkan pada semua kelompok umur sebesar (3,5%). Selain itu, GEA merupakan penyakit urutan pertama yang menyebabkan pasien rawat inap di rumah sakit berdasarkan tabel sepuluh peringkat utama pasien rawat inap di rumah sakit (3)(Kemenkes RI, 2011).

Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan materi rencana asuhan perawatan secara kedaruratan ini, diharapkan dapat:

1. Memahami patofisiologi Gastro enteritis, termasuk gangguan system secara sistemik dan perubahan hemodinamik yang diakibatkannya.
2. Melakukan pengkajian keperawatan yang komprehensif, mengintegrasikan tanda dan gejala Gastro enteritis, faktor risiko, dan potensi komplikasi.
3. Merumuskan dan memprioritaskan diagnosis keperawatan, menangani aspek fisiologis dan psikososial manajemen Gastro enteritis.
4. Mengembangkan intervensi keperawatan berbasis bukti, dengan fokus pada optimalisasi fungsi saluran pencernaan khusunya Gastro enteritis, meningkatkan keseimbangan cairan, dan mencegah risiko infeksi seluruh tubuh.
5. Mendidik pasien tentang strategi manajemen mandiri, termasuk kepatuhan

pengobatan, pertimbangan pola makan, dan pemantauan gejala untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi rawat inap kembali di rumah sakit.

6. Melakukan evaluasi keperawatan secara kedaruratan pada setiap masalah keperawatan yang muncul pada pasien Gastro enteritis.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

1. Mampu menerapkan prinsip etik, perspektif hukum dan budaya dalam keperawatan (CP.PK.01)
2. Mampu memahami ilmu keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan proses keperawatan (CP.PK.02)
3. Mampu memberikan asuhan keperawatan secara professional pada tatanan laboratorium dan lapangan (klinik dan komunitas) untuk meningkatkan dan kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan klien (CP.PK.03)
4. Mampu melaksanakan keterampilan komunikasi dalam asuhan keperawatan dan informasi ilmiah (CP.PK.04)

URAIAN MATERI

A. Pengertian Gastroenteritis

Menurut Speer (2013), gastroenteritis adalah suatu fase feses yang encer dalam jumlah besar, yang juga terjadi pada banyak gangguan, termasuk infeksi bakteri dan virus, penyakit radang usus, sindroma malabsorbsi, dan alergi makanan.

B. Etiologi Gastroenteritis

Menurut Mardalena (2018), penyebab gastroenteritis akut adalah:

1) Faktor infeksi

Infeksi enteral, ialah infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama gastroenteritis akut pada anak, meliputi:

- a) Infeksi bakteri, meliputi (*Vibrio, E. coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Aeromonas*, dan sebagainya).
- b) Infeksi virus, meliputi *Enterovirus, Adenovirus, Rotavirus, Astrovirus*, dan lain-lain.
- c) Infeksi parasit, meliputi cacing (*Ascaris, Trichuris, Oxyuris, Strongyloides*), protozoa (*Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Trichomonas hominis*), dan jamur (*Candida albicans*).

2) Faktor Malabsorbsi

a) Malabsorbsi karbohidrat: disakarida (intoleransi laktosa, maltosadan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa, fruktosa dan galaktosa). Intoleransi laktosa merupakan penyebab *Gastroenteritis Akut* yang terpenting pada anak.

3) Faktor Makanan

Gastroenteritis Akut dapat terjadi karena mengkonsumsi makanan basi, beracun dan alergi terhadap jenis makanan tertentu.

4) Faktor Psikologis

Gastroenteritis Akut juga dapat terjadi karena faktor psikologis (rasa takut dan cemas), hal ini jarang tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar.

Sedangkan Gastroenteritis Akut yang terjadi pada anak sering disebabkan oleh:

a) Perubahan yang spesifik menurut usia pada kerentanan terhadap mikroorganisme patogen (imunitas masih lemah) sehingga bayi tidak memiliki antibodi pelindung yang didapat.

Selain itu bayi mudah alergi terhadap zat makanan tertentu. Keadaan ini terjadi akibat usus bayi masih permeabel, sehingga mudah dilalui oleh

protein asing(4).

- b) Pada masa bayi (usia 1-12 bulan), bayi berada pada fase oral, sehingga segala sesuatu yang dipegangnya cenderung dimasukkan ke dalam mulut. Oleh karena itu orang tua harus memperhatikan keamanan dan kebersihan makanan maupun permainan anaknya.
- c) Penularan penyakit ditentukan oleh faktor pejamu (terutama umur anak) dan lingkungan. Anak yang belum bisa buang air kecil maupun buang air besar di toilet (khususnya pada bayi), belum mampu cebok atau cuci tangan dengan baik dan benar beresiko tinggi menularkan atau tertular infeksi saluran cerna.
- d) Setiap bayi menghabiskan sebagian besar waktunya untuk tidur.
- e) Kondisi banyak berbaring jika alas tidur kurang bersih dapat menjadi sumber infeksi untuk bayi, termas

C. Tanda dan Gejala Gastroenteritis

Tabel 2.1 Tanda dan Gejala Gastroenteritis

Tanda dan Gejala yang Tampak	Klasifikasi
Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: 1. Letargis atau tidak sadar 2. Mata cekung 3. Tidak bisa minum atau malas minum 4. Cubitan kulit perut kembalinya sangat lambat	Gastroenteritis dengan Dehidrasi Berat
Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: 1. Gelisah, rewel, atau mudah marah 2. Mata cekung 3. Haus, minum dengan lahap	Gastroenteritis dengan Dehidrasi Ringan atau Sedang
Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai dehidrasi berat atau ringan atau sedang	Gastroenteritis tanpa Dehidrasi
Gastroenteritis selama 14 hari atau lebih disertai dengan dehidrasi	Gastroenteritis persisten berat
Gastroenteritis selama 14 hari atau lebih tanpa disertai tanda dehidrasi	Gastroenteritis persisten
Terdapat darah dalam feses (berak campur darah)	Disentri

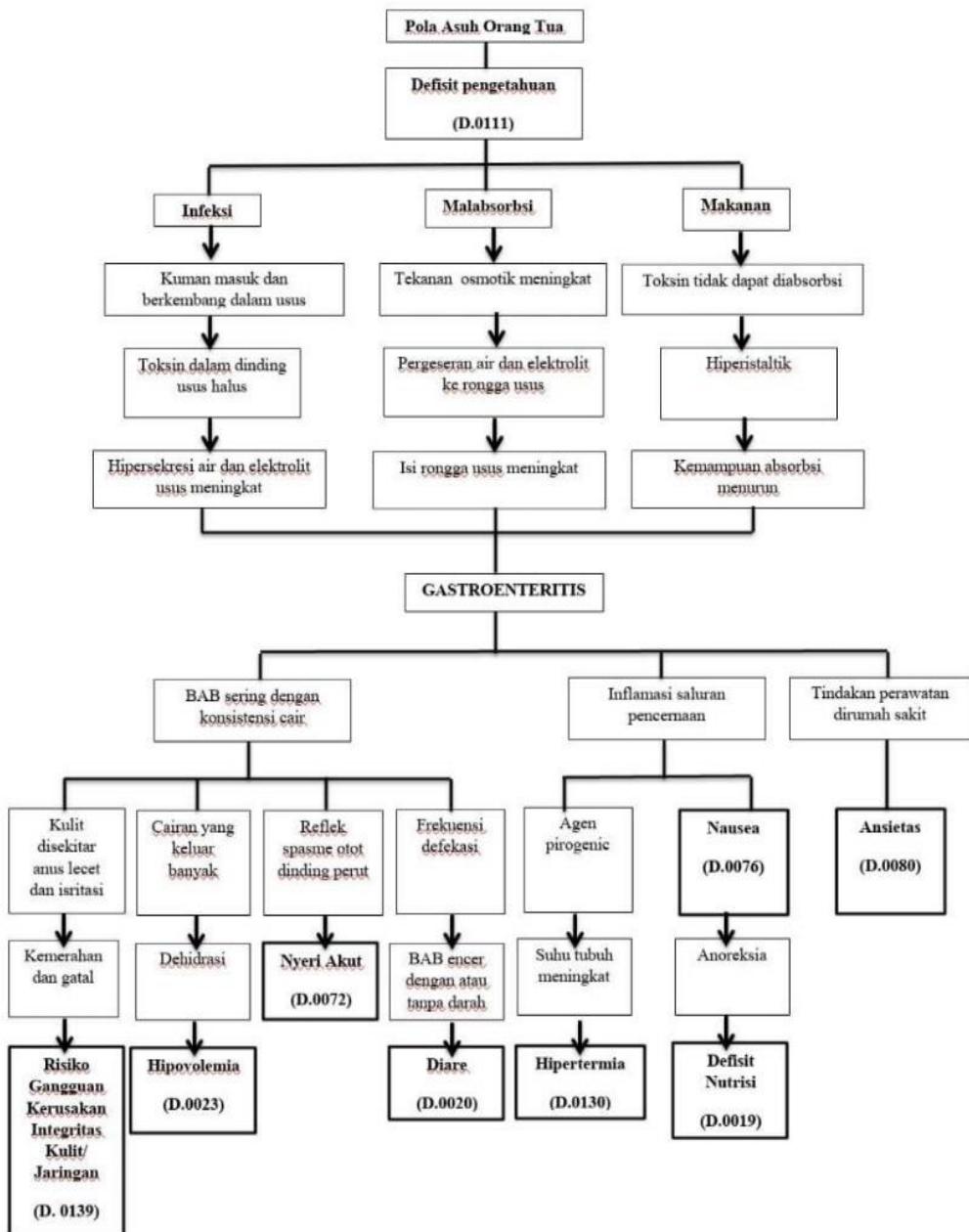
D. Patofisiologi

Gastroenteritis menurut Mardalena (2018), disebabkan oleh masuknya virus, bakteri dan parasit yang kemudian menyebabkan terjadinya infeksi pada sel-sel serta memproduksi *Enterotoksin* atau *Cytotoksin* dimana akan merusak sel dan melekat pada dinding usus. Penularan gastroenteritis biasa melalui fekal dan

juga makanan atau minuman yang terkontaminasi yang biasa disebut gangguan *osmotic* atau mekanisme dasar penyebab gastroenteritis timbul. Makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan *osmotic* dalam rongga usus meningkat, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit kedalam rongga usus yang kemudian akan menyebabkan diare jika isi dalam rongga usus berlebihan. Selain itu muncul juga gangguan sekresi akibat toksin di dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat, serta gangguan motilitas usus berupa hiperistaltik yang berarti berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan dan air hingga terjadi diare dan hipoperistaltik yang mengakibatkan bakteri tumbuh berlebih dan memunculkan diare.

Dasarnya makanan atau fases bergerak sepanjang usus dengan bantuan gerakan paristaltik dan segmentasi usus. Namun pada kasus gastroenteritis, mikroorganisme yang masuk kedalam usus dan berkembang biak dapat meningkatkan gerakan paristaltik di usus. Kemudian usus akan kehilangan cairan dan elektrolit maka terjadilah dehidrasi. Pada gastroenteritis dehidrasi menjadi komplikasi yang sering terjadi. Dehidrasi ini dapat mengganggu keseimbangan asam basa berupa asidosis metabolik dan hipokalemia, serta gangguan gizi, hipoglikemia dan gangguan sirkulasi darah.

E. Pathway



Sumber: Muttaqin 2011, TIM POKJA DPP SDKI PPNI 2017

F. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang penting dilakukan dalam menegakkan diagnosis (kausal) penyakit yang tepat, sehingga dapat memudahkan dalam pemberian terapi yang tepat. pemeriksaan penunjang pada bayi atau anak dengan gastroenteritis adalah:

- a. Pemeriksaan feses, secara makroskopis dan mikroskopis, pH dan kadar gula jika diduga ada intoleransi gula (*sugar intolerance*), biakan kuman untuk mencari kuman penyebab dan uji resistensi terhadap berbagai antibiotika (pada gastroenteritis persisten).
- b. Pemeriksaan darah, meliputi pemeriksaan darah perifer lengkap, analisa gas darah (terutama Na, K, Ca, dan serum pada gastroenteritis yang disertai kejang). Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin darah untuk mengetahui faal ginjal.

G. Penatalaksanaan Gastroenteritis

Penatalaksanaan Gastroenteritis Akut pada anak-anak, akibat infeksi saluran cerna terdiri dari:

- a. Rehidrasi sebagai prioritas utama pengobatan. Empat hal penting yang perlu diperhatikan:
- b. Jenis cairan. Pada gastroenteritis Akut yang ringan dapat diberikan oralit. Dapat juga diberikan cairan Ringer Laktat, bila tidak dapat diberikan cairan NaCl isotonik ditambah 1 ampul Natrium Bicarbonat 7,5% 50 ml.
- c. Jumlah cairan. Jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan jumlah cairan yang dikeluarkan.
- d. Jalan masuk atau cara pemberian cairan. Rute pemberian cairan dapat dipilih oral maupun intravena
- e. Jadwal pemberian cairan. Dehidrasi dengan perhitungan kebutuhan cairan berdasarkan metode Daldiyono diberikan pada 2 jam pertama. Selanjutnya kebutuhan cairan rehidrasi diharapkan terpenuhi lengkap pada jam ketiga.
- f. Identifikasi penyebab Gastroenteritis Akut
Secara klinis, tentukan jenis gastroenteritis-nya. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan penunjang yang terarah.
- g. Terapi simptomatis

Obat anti gastroenteritis bersifat simptomatis dan diberikan sangat hati-hati atas pertimbangan yang rasional. Antimotilitas dan sekresi usus seperti Loperamide, sebaiknya jangan dipakai pada infeksi *Salmonella*, *Shigella*, dan *Koletis Pseudomembran*, karena akan memperburuk gastroenteritis.

H. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Primer

a. Airway

Klien dengan gastroenteritis biasanya didapatkan kondisi dengan karakteristik adanya mual dan muntah dan diare yang disebabkan oleh infeksi, alergi atau keracunan zat makanan.

Emergency treatment:

- 1) Pastikan kepatenan jalan napas
 - Kaji adanya penyumbatan jalan napas seperti air ludah, muntahan, dan secret.
 - Pasien dimiringkan ke kanan untuk mencegah aspirasi ludah atau muntahan.
 - Lidah dijaga agar tidak menghalangi jalan nafas atau tergigit.
- 2) Siapkan alat bantu untuk menolong jalan napas jika perlu
- 3) Jika terjadi perburukan jalan napas segera hubungi ahli anestesi dan bawa ke ICU

b. Breathing

Pada klien GED dapat ditemukan abnormalitas metabolismik atau ketidak seimbangan asam basa yang dapat menimbulkan gangguan pernapasan.

Emergency treatment:

- 1) Kaji respiratory rate
- 2) Kaji saturasi oksigen
- 3) Berikan oksigen jika ada hypoksia untuk mempertahankan saturasi > 92%
- 4) Auskultasi dada
- 5) Lakukan pemeriksaan rontgen

c. Circulation

Pada klien GED ditemukan penurunan kadar kalium darah di bawah 3,0 mEq / liter (SI : 3 mmol / L) sehingga menyebabkan disritmia jantung (talukardio atrium dan ventrikel, febrilasi ventrikel dan kontraksi ventrikel prematur).

Emergency treatment:

- 1) Kaji denyut jantung
- 2) Monitor tekanan darah Kaji lama pengisian kapiller

- 3) Pasang infuse, berikan cairan jika pasien dehidrasi
- 4) Periksakan dara lengkap, urin dan elektrolit
- 5) Catat temperature
- 6) Lakukan kultur jika pyreksia
- 7) Lakukan monitoring ketat
- 8) Berikan cairan per oral
- 9) Jika ada mual dan muntah, berikan antiemetik IV.

d. Disability

Pada klien GED terjadi penurunan tingkat kesadaran karena dehidrasi dengan gejala seperti gelisah, kulit yang lembab, lengket dan dingin dan berkeringat tidak muncul sampai total volume darah yang hilang sebesar 10-20% sehingga dapat menyebabkan terjadinya syok hipovolemik.

Emergency treatment :

- 1) Pantau tanda-tanda vital, tingkat kesadaran, curah jantung, refleks korneal, batuk dan muntah, tonus otot dan pergerakan motorik.
- 2) Perhatikan perubahan pasien sebagai respon terhadap stimulus.
- 3) Tinggikan bagian kepala sampai 45 derajat, bergantung pada kondisi pasien.

e. Exposure

Klien GED biasanya mengalami dehidrasi akibatnya dapat terjadi peningkatan suhu tubuh karena proses infeksi sekunder.

Emergency treatment:

- 1) Kaji riwayat sedetil mungkin
- 2) Kaji makanan dan minuman yang dikonsumsi sebelumnya
- 3) Kaji tentang waktu sampai adanya gejala
- 4) Kaji apakah ada anggota keluarga atau teman yang terkena
- 5) Apakah sebelumnya baru mengadakan perjalanan?
- 6) Lakukan pemeriksaan abdomen
- 7) Lakukan pemeriksaan roentgen abdominal
- 8) Ambil sampel feses untuk pemeriksaan mikroskopi, kultur dan sensitivitas
- 9) Berikan anti diare seperti codein atau loperamide sampai hasil kultur diketahui
- 10) Jangan dulu berikan antibiotic sampai dengan hasil kultur diketahui
- 11) Laporkan jika mengalami keracunan makanan

2. Pengkajian Sekunder

a. Identitas

Perlu diperhatikan adalah usia. Episode diare terjadi pada 2 tahun pertama kehidupan. Insiden paling tinggi adalah golongan umur 6-11 bulan. Kebanyakan kuman usus merangsang kekebalan terhadap infeksi, hal ini membantu menjelaskan penurunan insidence penyakit pada anak yang lebih besar. Pada umur 2 tahun atau lebih imunitas aktif mulai terbentuk. Kebanyakan kasus karena infeksi usus asimptomatik dan kuman enteric menyebar terutama klien tidak menyadari adanya infeksi. Status ekonomi juga berpengaruh terutama dilihat dari pola makan dan perawatannya .

b. Keluhan Utama

BAB lebih dari 3 x

c. Riwayat Penyakit Sekarang

BAB warna kuning kehijauan, bercamour lendir dan darah atau lendir saja. Konsistensi encer, frekuensi lebih dari 3 kali, waktu pengeluaran : 3-5 hari (diare akut), lebih dari 7 hari (diare berkepanjangan), lebih dari 14 hari (diare kronis).

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Pernah mengalami diare sebelumnya, pemakian antibiotik atau kortikosteroid jangka panjang (perubahan candida albicans dari saprofit menjadi parasit), alergi makanan, ISPA, ISK, OMA campak.

e. Riwayat Nutrisi

Pada anak usia toddler makanan yang diberikan seperti pada orang dewasa, porsi yang diberikan 3 kali setiap hari dengan tambahan buah dan susu. kekurangan gizi pada anak usia toddler sangat rentan,. Cara pengelolahan makanan yang baik, menjaga kebersihan dan sanitasi makanan, kebiasaan cuci tangan,

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ada salah satu keluarga yang mengalami diare.

g. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Penyimpanan makanan pada suhu kamar, kurang menjaga kebersihan, lingkungan tempat tinggal.

h. Pemeriksaan Fisik

- 1) Pengukuran panjang badan, berat badan menurun, lingkar lengan mengecil, lingkar kepala, lingkar abdomen membesar,
- 2) Keadaan umum : klien lemah, gelisah, rewel, lesu, kesadaran menurun.
- 3) Kepala : ubun-ubun tak teraba cekung karena sudah menutup pada anak umur 1 tahun lebih
- 4) Mata : cekung, kering, sangat cekung

- 5) Sistem pencernaan : mukosa mulut kering, distensi abdomen, peristaltic meningkat > 35 x/mnt, nafsu makan menurun, mual muntah, minum normal atau tidak haus, minum lahap dan kelihatan haus, minum sedikit atau kelihatan bisa minum
- 6) Sistem Pernafasan : dispnea, pernafasan cepat > 40 x/mnt karena asidosis metabolic (kontraksi otot pernafasan)
- 7) Sistem kardiovaskuler : nadi cepat > 120 x/mnt dan lemah, tensi menurun pada diare sedang .
- 8) Sistem integumen : warna kulit pucat, turgor menurun > 2 dt, suhu meningkat > $37^{\circ}0$ c, akral hangat, akral dingin (waspada syok), capillary refill time memajang > 2 dt, kemerahan pada daerah perianal.
- 9) Sistem perkemihan : urin produksi oliguria sampai anuria (200-400 ml/ 24 jam), frekuensi berkurang dari sebelum sakit.
- 10) Dampak hospitalisasi : semua anak sakit yang MRS bisa mengalami stress yang berupa perpisahan, kehilangan waktu bermain, terhadap tindakan invasive respon yang ditunjukan adalah protes, putus asa, dan kemudian menerima.

i. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Laboratorium:
 - a) feses kultur : Bakteri, virus, parasit, candida
 - b) Serum elektrolit : Hiponatremi, Hipernatremi, hipokalemi
 - c) AGD : asidosis metabolic (Ph menurun, pO₂ meningkat, pcO₂ meningkat, HCO₃ menurun)
 - d) Faal ginjal : UC meningkat (GGA)
- 2) Radiologi : mungkin ditemukan bronchopemoni

j. Terapi

Rehidrasi

Jenis cairan

Cara rehidrasi oral :

- 1) Formula lengkap (NaCl, NaHCO₃, KCl dan Glukosa) seperti orali, pedyalit setiap kali diare.
- 2) Formula sederhana (NaCl dan sukrosa)

Cara parenteral

- 1) Cairan I : RL dan NS
- 2) Cairan II : D₅ ¼ salin,nabic. KCL

D5 : RL = 4 : 1 + KCL

D5 + 6 cc NaCl 15 % + Nabic (7 mEq/l) + KCL

- 3) HSD (half strength darrow) D ½ 2,5 NS cairan khusus pada diare usia > 3 bulan.

Jalan pemberian

- 1) Oral (dehidrasi sedang, anak mau minum, kesadaran baik)
- 2) Intra gastric (bila anak tak mau minum,makan, kesadaran menurun)
- 3) Jumlah Cairan ; tergantung pada :
 - a) Defisit (derajat dehidrasi)
 - b) Kehilangan sesaat (concurrent less)
 - c) Rumatan (maintenance).
 - d) Jadwal / kecepatan cairan
 - e) Pada anak usia 1- 5 tahun dengan pemberian 3 gelas bila berat badanya kurang lebih 13 kg : maka pemberianya adalah :

BB (kg) x 50 cc

BB (kg) x 10 – 20 = 130 – 260 cc setiap diare = 1 gls.

Terapi standar pada anak dengan diare sedang : + 50 cc/kg/3 jam atau 5 tetes/kg/mnt

3. Diagnosa Keperawatan

Tahap kedua pada proses dokumentasi keperawatan adalah diagnosa yang merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas kepada masalah kesehatan, risiko masalah kesehatan atau proses kehidupan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa Keperawatan Gastroenteritis

No	Diagnosa Keperawatan	Penyebab	Kondisi Klinis Terkait
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001) Definisi : ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. Gejala dan tanda mayor : Subjektif : tidak tersedia.	Fisiologis : <ol style="list-style-type: none">1. Spasme jalan napas.2. Hipersekresi jalan napas.3. Disfungsi neuromuskuler.4. Benda asing dalam jalan napas.5. Adanya jalan	1. Gullian barre syndrome. 2. Sklerosis multipel. 3. Myasthenia gravis. 4. Prosedur diagnostik (mis. bronkoskopi, transesophageal

	<p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> batuk tidak efektif tidak mampu batuk. sputum berlebih. Mengi, wheezing dan / atau ronchi kering Mekonium di jalan nafas pada Neonatus. <p>Gejala dan Tanda Minor.</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dispnea. Sulit bicara. Ortopnea. <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Gelisah. Sianosis. Bunyi napas menurun. Frekuensi napas berubah. Pola napas berubah. 	<p>napas buatan.</p> <ol style="list-style-type: none"> Sekresi yang tertahan. Hiperplasia dingding jalan napas. Proses infeksi . Respon alergi. Efek agen farmakologis (mis. Anastes <p>Situasional :</p> <ol style="list-style-type: none"> Merokok aktif. Merokok pasif. Terpajan polutan. 	<p>echocardiograph y [TEE]).</p> <ol style="list-style-type: none"> Depresi sistem saraf pusat. Cedera Kepala Stroke Kuadriplegia Sindrom aspirasi mekonium Infeksi saluran Napas.
2	<p>Penuruanan curah jantung (D.0008)</p> <p>Definisi:</p> <p>ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan irama jantung: Palpitasi. Perubahan preload : lelah. Perubahan afterload: Dispnea. Perubahan kontraktilitas: Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND); Ortopnea; Batuk. <p>Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan irama jantung : – Bradikardial / Takikardia. 	<ol style="list-style-type: none"> Perubahan irama jantung. Perubahan frekuensi jantung. Perubahan kontraktilitas. Perubahan preload. Perubahan afterload. 	<ol style="list-style-type: none"> Gagal jantung kongestif. Sindrom koroner akut. Stenosis mitral. Regurgitasi mitral. Stenosis aorta. Regurgitasi aorta. Stenosis pulmonal. Regurgitasi trikuspidal. Stenosis pulmonal. REgurgitasi pulmonal. Aritmia. Penyakit jantung bawaan.

	<ul style="list-style-type: none"> – Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi. <p>2. Perubahan preload :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Edema, – Distensi vena jugularis, – Central venous pressure (CVP) meningkat/menurun – Hepatomegali. <p>3. Perubahan afterload.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tekanan darah meningkat / menurun. – Nadi perifer teraba lemah. – Capillary refill time > 3 detik – Oliguria. – Warna kulit pucat dan / atau sianosis. <p>4. Perubahan kontraktilitas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Terdengar suara jantung S3 dan /atau S4. – Ejection fraction (EF) menurun. 		
3	<p>Diare (D.0020)</p> <p>Definisi: pengeluaran fases yang sering, lunak dan tidak berbentuk</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif: - Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam b) Fases lembek atau cair <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Urgency</i> b) Nyeri/kram abdomen <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Frekuensi peristaltik meningkat b) Bising usus hiperaktif 	<p>Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Inflamasi gastrointestinal b) Iritasi gastrointestinal c) Proses infeksi d) Malabsorpsi <p>Psikologis</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kecemasan b) Tingkat stress tinggi <p>Situasional</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Terpapar kontaminan b) Terpapar toksin c) Penyalahgunaan laksatif d) Penyalahgunaan zat e) Program 	<ul style="list-style-type: none"> a) Kanker kolon b) <i>Diverticulitis</i> c) Iritasi usus d) <i>Chorn's disease</i> e) Ulkus peptikum f) Gastritis g) Spasme kolon h) Colitis ulseratif i) <i>Hipertiroidisme</i> j) Demam typoid k) Malaria l) Sigelosis m) Kolera n) Disentri o) Hepatitis

		<p>pengobatan</p> <p>f) Perubahan air dan makanan</p> <p>g) Bakteri pada air</p>	
4	<p>Nyeri akut (D.0077)</p> <p>Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Mengeluh nyeri <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tampak meringis b) Bersikap protektif (mis. Waspada, menghindari posisi nyeri) c) Gelisah d) Frekuensi nadi meningkat e) Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif: - Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tekanan darah meningkat b) Pola napas berubah c) Nafsu makan berubah d) Proses berpikir terganggu e) Menarik diri f) Berfokus pada diri sendiri <p>Diaphoresis</p>	<p>a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)</p> <p>b) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)</p> <p>c) Agen pencedera fisik (mis Abses, amputasi,terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</p>	<p>a) Kondisi pembedahan</p> <p>b) Cedera traumatis</p> <p>c) Infeksi</p> <p>d) Sindrom coroner akut</p> <p>e) Glaucoma</p>
5	<p>Nausea (D.0076)</p> <p>Definisi: perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif:</p>	<p>a) Gangguan biokimiawi (mis. uremia, ketosidosis diabetik)</p> <p>b) Gangguan pada esophagus</p> <p>c) Distensi lambung</p> <p>d) Iritasi lambung</p>	<p>a) Meningitis</p> <p>b) Labirinitis</p> <p>c) Uremia</p> <p>d) Ketoasidosis</p> <p>e) Ulkus peptikum</p> <p>f) Penyakit esophagus</p>

	<p>a) Mengeluh mual b) Merasa ingin muntah c) Tidak berminat makan</p> <p>Objektif: -</p> <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif:</p> <p>a) Merasa asam dimulut b) Sensasi panas / dingin c) Sering menelan</p> <p>Objektif:</p> <p>a) Saliva meningkat b) Pucat c) Diaphoresis d) Takikardia e) Pupil dilatasi</p>	<p>e) Gangguan pancreas f) Peregangan kapsul limpa g) Tumor terlokalisasi (mis. neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis</p> <p>Tulang di dasar tengkorak)</p> <p>a) Peningkatan tekanan intraabdominal (mis. keganasan intraabdomen) b) Peningkatan tekanan intracranial c) Peningkatan tekanan intraorbital (mis. glukoma) d) Mabuk perjalanan e) Kehamilan f) Aroma tidak sedap g) Rasa makanan / minuman yang tidak enak h) Stimulus penglihatan tidak menyenangkan i) Faktor psikologis (mis. kecemasan, ketakutan, stress) j) Efek agen farmakologis k) Efek toksin</p>	<p>g) Tumor intraabdominal h) Penyakit meniere i) Neuroma akustik j) Tumor otak k) Kanker f) Glaucoma</p>
6	<p>Hipovolemia (D.0023)</p> <p>Definisi: penurunan Volume cairan intravaskuler, interstisial dan/ intraseluler</p>	<p>a) Kehilangan cairan aktif b) Kegagalan mekanisme regulasi</p>	<p>a) Penyakit addison b) Trauma / perdarahan c) Luka bakar d) AIDS</p>

	<p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Frekuensi nadi meningkat b) Nadi teraba lemah c) Tekanan darah menurun d) Tekanan nadi menyempit e) Turgor kulit menurun f) Membran mukosa kering g) Volume urin menurun h) Hematokrit meningkat <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Merasa lemah b) Mengeluh haus <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pengisian vena menurun b) Status mental berubah c) Suhu tubuh meningkat d) Konsentrasi urin meningkat e) Berat badan turun tiba-tiba 	<ul style="list-style-type: none"> c) Peningkatan permeabilitas kapiler d) Kekurangan intake cairan e) Evaporasi e) Penyakit <i>crohn</i> f) Muntah g) Diare h) Kolitis ulseratif g) Hipoalbu minemia 	
7	<p>Hipertermia (D.0130)</p> <p>Definisi: suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Suhu tubuh normal diatas nilai normal <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif: - Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kulit merah b) Kejang c) Takikardi d) Takipnea <p>Kulit terasa hangat</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Dehidrasi b) Terpapar lingkungan panas c) Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) d) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan e) Peningkatan laju metabolism f) Respon trauma g) Aktivitas berlebihan e) Penggunaan incubator 	<ul style="list-style-type: none"> a) Proses infeksi b) Hipertiroid c) Stroke d) Dehidrasi e) Trauma f) Prematuritas

8	<p>Defisit nutrisi (D.0019)</p> <p>Definisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif:</p> <p>Cepat kenyang</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Ketidakmampuan menelan makanan b) Ketidakmampuan mencerna makanan c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien d) Peningkatan kebutuhan metabolism e) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi) f) Faktor psikologis (mis. Stress, Keengaman untuk makan) 	<ul style="list-style-type: none"> a) Stroke b) Parkinson c) <i>Mobius syndrome</i> d) <i>Cerebral palsy</i> e) <i>Cleft lip</i> f) <i>Cleft palate</i> g) <i>Amytropic lateral sclerosis</i> h) Kerusakan neuromuscular i) Luka bakar j) Infeksi k) AIDS l) Penyakit Crhon's m) Enterokolitis i) Fluorosis kistik.
8	<p>Defisit nutrisi (D.0019)</p> <p>Definisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif:</p> <p>Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal</p> <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cepat kenyang setelah makan b) Kram nyeri abdomen c) Nafsu makan menurun <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Bising usus hiperaktif b) Otot pengunyah kemah c) Otot menelah lemah d) Membrane mukosa pucat e) Sariawan f) Serum albumin turun g) Rambut rontok berlebihan 	<ul style="list-style-type: none"> b) Ketidakmampuan menelan makanan c) Ketidakmampuan mencerna makanan d) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien e) Peningkatan kebutuhan metabolism f) Faktor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi) g) Faktor psikologis (mis. Stress, Keengaman untuk makan) 	<ul style="list-style-type: none"> a) Stroke b) Parkinson c) <i>Mobius syndrome</i> d) <i>Cerebral palsy</i> e) <i>Cleft lip</i> f) <i>Cleft palate</i> g) <i>Amytropic lateral sclerosis</i> h) Kerusakan neuromuscular i) Luka bakar j) Infeksi k) AIDS l) Penyakit Crhon's m) Enterokolitis j) Fluorosis kistik.

	Diare		
9	<p>Ansietas (D.0080)</p> <p>Definisi: kondisi emosi dan pengetahuan subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Merasa bingung b) Merasa khawatir akibat kondisi yang dihadapi c) Sulit berkonsentrasi <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tampak gelisah b) Tampak tegang c) Sulit tidur <p>Tanda dan Gejala Minor :</p> <p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Mengeluh pusing b) Anoreksia c) Palpitasi d) Merasa tidak berdaya <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Frekuensi napas meningkat b) Frekuensi nadi meningkat c) Tekanan darah meningkat d) Diaphoresis e) Tremor f) Muka tampak pucat g) Suara bergetar h) Kontak mata buruk i) Sering berkemih j) Berorientasi pada masa lalu 	<ul style="list-style-type: none"> a) Krisis situasional b) Kebutuhan tidak terpenuhi c) Krisis maturasional d) Krisis situasional e) Ancaman terhadap kematian f) Kekhawatiran menghadapi kegagalan g) Disfungsi sistem keluarga h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan i) Faktor keturunan (tempramen teragitasi sejak lahir) j) Penyalahgunaan zat k) Terpapar bahaya lingkungan l) Kurang terpapar informasi 	<ul style="list-style-type: none"> a) Penyakit kronis progresif b) Penyakit akut c) Hospitalisasi d) Rencana operasi e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas f) Penyakit neurologis g) Tahap tumbuh kembang

10	<p>Defisit Pengetahuan (D.0111)</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menanyakan masalah yang dihadapi <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran b) Menunjukkan presepsi yang keliru terhadap masalah <p>Gejala Dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Menjalani Pemeriksaan yang tidak tepat b) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis.apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria) 	<ul style="list-style-type: none"> a) Keretasan kognitif b) Gangguan fungsi kognitif c) Kekeliruan terpapar informasi d) Kurang terpapar informasi e) Kurang minat dalam belajar f) Kurang mampu mengingat g) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi 	<p>a) Diagnosis ini dispesifikkan berdasarkan topic tertentu.</p>
11	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0139)</p> <p>Definisi: berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/ligament.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Perubahan sirkulasi b) Perubahan status nutrisi c) Kekurangan/kelebihan volume cairan d) Penurunan mobilitas e) Bahan kimia iritatif f) Suhu lingkungan yang ekstrem g) Faktor mekanis h) Terapi radiasi i) Kelembapan j) Proses penuaan k) Neuropati perifer l) Perubahan pigmentasi m) Perubahan hormonal n) Penekanan pada tonjolan 	<ul style="list-style-type: none"> a) Imobilisasi b) Gagal jantung kongestif c) Gagal ginjal d) Diabetes mellitus e) Imunodefisiensi (mis. AIDS) f) Katerisasi jantung

		<ul style="list-style-type: none"> o) tulang o) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan /melindungi integritas jaringan. 	
--	--	---	--

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dari diagnosis yang sudah ditegakkan, maka akan terbentuk intervensi yang akan dilakukan, beberapa intervensi yang dapat dilakukan pada anak dengan gastroenteritis, yaitu:

Intervensi Keperawatan Gastroenteritis

No.	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001)	Bersihkan Jalan Napas (L.01001) Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan bersihkan jalan napas membaik Kriteria Hasil: <ul style="list-style-type: none"> 1) Batuk efektif 2) Produksi sputum 3) Mengi 4) Wheezing 5) Mekonium (pada neonatus) 6) Dispnea 7) Orthopnea 8) Sulit bicara 9) Sianosis 10) Gelisah 11) Frekuensi nafas 	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Tindakan: Observasi: <ul style="list-style-type: none"> 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>gurgling</i>, mengi, <i>wheezing</i>, ronchi kering) 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma servikal) 2) Posisikan semi-fowler atau fowler 3) Berikan minum hangat 4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

		<p>12) Pola nafas</p> <p>6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</p> <p>7) Keluarkan sumbatan benda pada dengan forsep McGill</p> <p>8) Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2) Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran,mukolitik, jika perlu <p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Tindakan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor frekuensi, irama, kedalam dan upaya napas 2) Monitor pola napas 3) Monitor kemampuan batuk efektif 4) Monitor adanya produksi sputum 5) Monitor adanya sumbatan jalan napas 6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7) Auskultasi bunyi napas 8) Monitor saturasi oksigen 9) Monitor AGD 10) Monitor x-ray thoraks <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Atur internal pemantau respiration sesuai kondisi pasien 2) Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 3) Benda pada dengan forsep McGill 4) Berikan oksigen, jika perlu
--	--	--

			<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2) Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran,mukolitik, jika perlu <p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Tindakan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor frekuensi, irama, kedalam dan upaya napas 2) Monitor pola napas 3) Monitor kemampuan batuk efektif 4) Monitor adanya produksi sputum 5) Monitor adanya sumbatan jalan napas 6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7) Auskultasi bunyi napas 8) Monitor saturasi oksigen 9) Monitor AGD 10) Monitor x-ray thoraks <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Atur internal pemantau respiration sesuai kondisi pasien
2	Penurunan curah jantung (D0008)	<p>Curah Jantung (L02008)</p> <p>Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan curah jantung meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer 2. <i>Ejection fraction (EF)</i> 3. <i>Cardiac index (CI)</i> 	<p>1) Tindakan Obeservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis. Dipsnea, kelelahan, edema, orthopnea, proxysmal nocturnal dyspnea, peningkatan CVP) b) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (mis. Peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitas, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) c) Monitor tekanan darah d) Monitor intake dan output cairan e) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama

		<p>4. <i>Left Ventricular stroke work index (LVSWI)</i></p> <p>5. <i>Stroke volume index (SVI)</i></p> <p>6. Palpitasi</p> <p>7. Bradikardia</p> <p>8. Takikardia</p> <p>9. Gambaran EKG aritmia</p> <p>10. Lelah</p> <p>11. Edema</p> <p>12. Distensi vena Jugularis</p> <p>13. Dispnea</p> <p>14. Oliguria</p> <p>15. Pucat/sianosis</p> <p>16. <i>Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND)</i></p> <p>17. Orthopnea</p> <p>18. Batuk</p> <p>19. Suara jantung S3</p> <p>20. Suara jantung S4</p> <p>21. Murmur jantung</p> <p>22. Berat badan</p> <p>23. Hepatomegali</p> <p>24. <i>Pulmonary vascular resistance (PVR)</i></p> <p>25. <i>Systemic vascular resistance</i></p> <p>26. Tekanan darah</p> <p>27. <i>Capillary refill time (CPT)</i></p> <p>28. <i>Pulmonary artery wedge pressure (PAWP)</i></p> <p>29. <i>Central venous pressure</i></p>	<p>f) Monitor saturasi oksigen</p> <p>g) Monitor EKG 12 sedapan</p> <p>h) Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>i) Monitor nilai laboratorium jantung 9mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, Ntpro-BNP)</p> <p>j) Monitor fungsi alat jantung</p> <p>k) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas</p> <p>l) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah pemberian obat</p> <p>2) Tindakan Terapeutik</p> <p>a) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</p> <p>b) Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolestrol, dan makanan tinggi lemak)</p> <p>c) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi setres, jika perlu</p> <p>d) Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>e) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p>3) Tindakan edukasi</p> <p>a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>b) Anjurkan aktivitas fisik secara bertahap</p> <p>c) Tindakan kolaborasi</p> <p>d) Kolaborasi pemberian anti aritmia, jika perlu</p> <p>e) Rujuk ke program rehabilitasi jantung</p>
3.	Diare (D.0020)	<p>Eliminasi Fekal (L.04033)</p> <p>Tujuan: setelah</p>	<p>Manajemen Diare (I.03101)</p> <p>Observasi</p> <p>a) Identifikasi penyebab diare</p>

		<p>dilakukan intervensi keperawatan diharapkan eliminasi fekal membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kontrol pengeluaran fases meningkat b) <i>Urgency</i> menurun c) Nyeri abdomen menurun d) Kram abdomen e) Konsistensi fases membaik f) Frekuensi defekasi membaik g) Peristaltik usus membaik 	<p>b) Identifikasi riwayat pemberian makanan</p> <p>c) Identifikasi gejala invaginasi (mis. Tangisan keras, keputusan pada bayi)</p> <p>d) Monitor warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja</p> <p>e) Monitor tanda dan gejala hipovolemia</p> <p>f) Monitor iritasi dan ulserasi kulit didaerah perineal</p> <p>g) Monitor jumlah pengeluaran diare</p> <p>h) Monitor keamanan penyiapan makanan</p> <p>Terapuetik</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Berikan asupan cairan oral b) Pasang jalur intravena c) Berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat), jika perlu d) Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit e) Ambil sampel fases untuk kultur, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Anjurkan makan porsi kecil dan sering secara bertahap b) Anjurkan melanjutkan pemberian ASI <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi pemberian obat antimotilitas (mis. loperamide, difenoksilat) b) Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (mis. papaverin, ekstak belladonna, mebeverine) c) Kolaborasi pemberian obat pengeras fases (mis. atapulgit, smektit, kaolin-pektin)
4.	Nyeri akut (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066)	Manajemen Nyeri (I.08238)

	<p>Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2) Keluhan nyeri menurun 3) Meringis menurun 4) Sikap protektif menurun 5) Gelisah menurun 6) Kesulitan tidur menurun 7) Menarik diri menurun 8) Perineum terasa tertekan menurun 9) Ketegangan otot menurun 10) Muntah menurun 11) Mual menurun 12) Frekuensi nadi membaik 13) Tekanan darah membaik 14) Nafsu makan membaik 15) Pola tidur membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang Memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan terapi nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3) Fasilitas istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	---	---

5.	Nausea (D.0076)	Tingkat Nausea (L.08065) Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nausea menurun Kriteria hasil: 1) Nafsu makan meningkat 2) Keluhan mual menurun 3) Perasaan ingin muntah	Manajemen mual (I.03117) Observasi 1) Identifikasi pengalaman mual 2) Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan 3) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 4) Identifikasi faktor
6.	Hipertermia (D.0130)	Termogulasi (L.14134) Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan termogulasi membaik Kriteria hasil: a. Kulit merah menurun b. Kejang menurun c. Akrosianosis menurun d. Konsumsi oksigen menurun e. Pucat menurun f. Suhu tubuh membaik g. Suhu kulit membaik h. Pengisian kapiler membaik i. Tekanan darah membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1) Identifikasi penyebab hipertermia 2) Monitor suhu tubuh 3) Monitor kadar elektrolit 4) Monitor haluan urine 5) Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 1) Sediakan lingkungan yang dingin 2) Longgarkan lingkungannya yang dingin 3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4) Berikan cairan oral 5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis 6) Lakukan pendinginan eksternal 7) Berikan pemberian antipiretik atau aspirin Edukasi Ajurkan tirah baring Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian Cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

<p>7. Defisit nutrisi (D.0019)</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan status nutrisi membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2) Keinginan untuk Meningkatkan nutrisi meningkat 3) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 4) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 5) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat 6) Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat 7) Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat 8) Sikap terhadap makanan/ minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 9) Nyeri abdomen menurun Diare menurun 10) Berat badan membaik 	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi makanan yang disukai 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis natrium 5) Identifikasi perlunya Penggunaan selang nasogastric 6) Monitor asupan makanan 7) Monitor berat badan 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 2) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang tepat 3) Berikan makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein 4) Berikan suplemen makanan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2) Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
---	--

		11)Indeks Masa Tubuh membaik 12)Frekuensi makan membaik Bising usus membaik 13)Membrane mukosa membaik	
8.	Ansietas (D.0080)	Tingkat Ansietas (L.09093) Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun Kriteria Hasil: 1) Konsentrasi membaik 2) Pola tidur membaik 3) Perilaku gelisah menurun 4) Verbalisasi kebingungan menurun 5) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 6) Perilaku tegang menurun	<p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang menganggu kemampuan kognitif 2) Identifikasi teknik relaksasi yang mampu digunakan 3) Monitor respons terhadap teknik relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gunakan pakaian longgar 2) Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia 2) Anjurkan mengambil posisi nyamna 3) Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 4) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi
9.	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Tingkat Pengetahuan (L.12111) Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat pengetahuan membaik Kriteria Hasil: 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Kemampuan	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

		<p>menjelaskan pengetahuan suatu topik meningkat</p> <p>3) Pernyataan tentang masalah yang dihadapi menurun</p> <p>4) Presepsi yang keliru terhadap masalah menurun</p>	<p>2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>3) Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan faktor dan risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
9.	Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0139)	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat</p> <p>Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Elastisitas meningkat 2) Kerusakan jaringan menurun 3) Kerusakan lapisan kulit menurun 4) Nyeri menurun 5) Kemerahan menurun 6) Suhu kulit membaik 7) Sensasi membaik 8) Tekstur membaik 	<p>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>2) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</p> <p>3) Gunakan produk berbahan ringan/alamai dan hipoalergenik pada kulit sensitive</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>2) Anjurkan meningkatkan nutrisi</p> <p>3) Anjurkan meningkatkan buah dan sayur</p>

Sumber: Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019 dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018

5. Implementasi Keperawatan

Pangkey (2021), menuturkan tahap yang keempat pada proses dokumentasi keperawatan adalah implementasi yaitu pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dalam fase perencanaan. Hal ini terdiri dari aktivitas perawat dalam membantu pasien mengatasi masalah kesehatan dan juga untuk mencapai hasil yang diharapkan dari pasien. Perawat juga mendelegasikan beberapa intervensi keperawatan kepada pasien. Implementasi keperawatan harus focus kepada kebutuhan pasien, komunikasi terapeutik, faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan perawatan.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dimana pada dokumentasi ini akan membandingkan secara sistematis dan tidak terencana tentang kesehatan pada pasien dengan tujuan yang telah diformulasikan dengan kenyataan yang dialami oleh pasien dan melibatkan tenaga kesehatan lainnya. Diagnose keperawatan, masalah kolaborasi, prioritas, intervensi keperawatan dan kriteria hasil merupakan pedoman khusus yang menentukan fokus pada evaluasi (Pangkey, 2021).

I. Latihan

1. Seorang laki-laki usia 58 tahun merasakan keluhan BAB encer lebih dari 7x/ hari, mual, nafsu makan turun, badan terasa lemas, dan perut terasa sebab dan nyeri. Hasil pemeriksaan : TD 110/70 mmHg, frekuensi nadi 100 x/mnt, frekuensi nafas 22x/mnt, suhu 36,8°C, BB: 60 kg, TB: 165 cm, konjungtiva anemis, turgor kulit menurun.

Apakah masalah keperawatan prioritas pasien diatas?

Pilihan jawaban:

- a. Diare
- b. Nyeri akut
- c. Intoleransi aktifitas
- d. Nutrisi kurang dari kebutuhan

Kunci Jawaban: A

2. Seorang laki-laki usia 19 tahun dirawat di ruang penyakit dalam dengan keluhan buang air besar > 5 X sehari, feses tidak ada darah, muntah sudah 2 kali dan badan lemas. Hasil pengkajian: suhu 38 0C, frekuensi nafas 23X/mnt, CRT 3 dtk, turgor kulit jelek, mukosa bibir kering dan konjungtiva anemis.

Apakah intervensi keperawatan yang segera dilakukan pada pasien diatas?

Pilihan jawaban:

- a. Memberikan makanan porsi sedikit tapi sering
- b. Mengajurkan pasien istirahat yang cukup
- c. Mengobservasi tanda-tanda dehidrasi
- d. Memberikan terapi cairan parenteral

Kunci Jawaban: D

3. Seorang perempuan usia 20 tahun dirawat diruang penyakit dalam dengan keluhan diare lebih dari 5x sehari, muntah dan demam. Hasil pengkajian: akral teraba dingin, membran mukosa mulut kering, turgor kulit jelek, TD 100/70 mmHg, suhu 38 0C. Pasien mendapatkan terapi infus NaCl 0,9 % sebanyak 2000 ml selama 24 jam (faktor tetesan= 20 tts/menit)

Berapakah jumlah tetesan permenit yang diberikan kepada pasien?

Pilihan jawaban:

- a. 7 tetesan per menit
- b. 14 tetesan per menit
- c. 21 tetesan per menit
- d. 28 tetesan per menit

Kunci jawaban: D

Tugas

1. Buatlah resume tentang asuhan keperawatan gawat darurat ganstoenteritis
2. Lakukan asuhan keperawatan gawat darurat gastroenteritis ke pasien yang ada di rumah sakit dan buat laporannya.

J. Glosarium

- Gastroenteritis: peradangan pada saluran pencernaan (termasuk lambung dan usus) yang umumnya disebabkan karena infeksi virus atau bakteri, dan pada kasus yang lebih jarang karena parasit dan jamur.
- Malabsroksi: Kondisi yang membuat tubuh kesulitan menyerap nutrisi dari makanan
- Rehidrasi: menggantikan cairan yang hilang dan elektrolit
- Enterotoksin: zat yang berbahaya bagi sistem pencernaan
- Terapi simtomatik: Pengobatan yang bertujuan untuk mengurangi keluhan tanpa melihat penyakit utama yang menyebabkan keluhan tersebut
- ICU (intensif Care Unit): ruang khusus untuk pasien krisis yang memerlukan perawatan intensif dan observasi berkelanjutan.
- Airway: Jalan nafas
- Breathing: Pernafasan
- Circulation: peredaran
- Exposure: pengkajian terhadap suhu serta adanya injury atau kelainan lain, kondisi lingkungan yang ada di sekitar klien.
- BAB: Buang Air Besar
- ISPA: kepanjangan dari Infeksi Saluran Pernapasan Akut, yaitu infeksi yang menyerang saluran pernapasan
- ISK: kondisi ketika sistem kemih mengalami infeksi.
- OMA: infeksi telinga tengah
- AGD: Analisis gas darah atau arterial blood gas (ABG) test adalah tes untuk mengukur kadar oksigen, karbon dioksida, dan tingkat asam basa (pH) di dalam darah.

K. Rangkuman Materi

1. Pengertian Gastroenteritis

Suatu fase feses yang encer dalam jumlah besar, yang juga terjadi pada banyak gangguan, termasuk infeksi bakteri dan virus, penyakit radang usus, sindroma malabsorbsi, dan alergi makanan.

2. Etiologi Gastroenteritis

- a. Faktor infeksi
- b. Faktor malabsorbsi
- c. Faktor makanan
- d. Faktor psikologis

3. Tanda dan gejala gastroenteritis

- a. Diare atau sering buang air besar dengan tinja yang lebih cair dari biasanya dan bisa berlangsung selama beberapa hari
- b. Mual dan muntah yang bisa menyebabkan dehidrasi karena kehilangan terlalu banyak cairan
- c. Nyeri atau rasa tidak nyaman pada perut
- d. Demam ringan hingga tinggi, tergantung tingkat keparahannya
- e. Merasa lemah dan letih lesu
- f. Kram perut
- g. Merasa tidak enak badan
- h. Penurunan nafsu makan

4. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan feses
- b. Pemeriksaan darah
- c. Penatalaksanaan gastroenteritis

5. Penatalaksanaan Gastroenteritis, akibat infeksi saluran cerna terdiri dari:

- a. Rehidrasi sebagai prioritas utama pengobatan.

Empat hal penting yang perlu diperhatikan:

- b. Jenis cairan.

Pada gastroenteritis Akut yang ringan dapat diberikan oralit. Dapat juga diberikan cairan Ringer Laktat, bila tidak dapat diberikan cairan NaCl isotonik ditambah 1 ampul Natrium Bicarbonat 7,5% 50 ml.

- c. Jumlah cairan.

Jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan jumlah cairan yang dikeluarkan.

- d. Jalan masuk atau cara pemberian cairan.

- Rute pemberian cairan dapat dipilih oral maupun intravena.
- e. Jadwal pemberian cairan. Dehidrasi dengan perhitungan kebutuhan cairan berdasarkan metode Daldiyono diberikan pada 2 jam pertama. Selanjutnya kebutuhan cairan rehidrasi diharapkan terpenuhi lengkap pada jam ketiga.
 - f. Identifikasi penyebab Gastroenteritis Akut
Secara klinis, tentukan jenis gastroenteritisnya. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan penunjang yang terarah.
 - g. Terapi simptomatis
Obat anti gastroenteritis bersifat simptomatis dan diberikan sangat hati-hati atas pertimbangan yang rasional. Antimotilitas dan sekresi usus seperti Loperamide, sebaiknya jangan dipakai pada infeksi *Salmonella*, *Shigella*, dan *Koletis Pseudomembran*, karena akan memperburuk gastroenteritis.

6. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Primer

1) Airway

Klien dengan gastroenteritis biasanya didapatkan kondisi dengan karakteristik adanya mual dan muntah dan diare yang disebabkan oleh infeksi, alergi atau keracunan zat makanan

2) Breathing

Pada klien GED dapat ditemukan abnormalitas metabolismik atau ketidakseimbangan asam basa yang dapat menimbulkan gangguan pernapasan.

3) Circulation

Pada klien GED ditemukan penurunan kadar kalium darah di bawah 3,0 mEq / liter (SI: 3 mmol / L) sehingga menyebabkan disritmia jantung (talukardio atrium dan ventrikel, febrilasi ventrikel dan kontraksi ventrikel prematur).

4) Disability

Pada klien GED terjadi penurunan tingkat kesadaran karena dehidrasi dengan gejala seperti gelisah, kulit yang lembab, lengket dan dingin dan berkeringat tidak muncul sampai total volume darah yang hilang sebesar 10-20% sehingga dapat menyebabkan terjadinya syok hipovolemik.

5) Exposure

Klien GED biasanya mengalami dehidrasi akibatnya dapat terjadi peningkatan suhu tubuh karena proses infeksi sekunder.

b. Pengkajian sekunder

- 1) Identitas pasien, keluhan utama, riwayat pasien
- 2) Pemeriksaan fisik

c. Diagnosa keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

- 1) Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)
- 2) Penuruanan curah jantung (D.0008)
- 3) Diare (D.0020)
- 4) Nyeri akut (D.0077)
- 5) Nausea (D.0076)
- 6) Hipovolemia (D.0023)
- 7) Hipertermia (D.0130)
- 8) Defisit nutrisi (D.0019)
- 9) Ansietas (D.0080)
- 10) Defisit Pengetahuan (D.0111)
- 11) Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0139)

7. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihian kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

8. Implementasi Keperawatan

Tahap yang keempat pada proses dokumentasi keperawatan adalah implementasi yaitu pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dalam fase perencanaan.

9. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Diagnose keperawatan, masalah kolaborasi, prioritas, intervensi keperawatan dan kriteria hasil merupakan pedoman

Daftar Pustaka

- Arsi R, Wisudawati ERS, Miranti D. Hubungan Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Dini Dengan Status Gizi Dan Kejadian Diare Pada Bayi Usia 0-6 Bulan Di Puskesmas 7 Ulu Palembang. J Kesehat. 2023;12(3).
- Kimbran SP. ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. H DENGAN GASTROENTERITIS AKUT (GEA) DI RUANG PERAWATAN INTERNA RSUD KOTA MAKASSAR= NURSING CARE IN NY. H WITH ACUTE GASTROENTERITIS (GEA) IN THE INTERNAL TREATMENT ROOM OF MAKASSAR CITY HOSPITAL. Universitas Hasanuddin; 2021
- Kriswantoro A. STUDI LITERATUR: ASUHAN KEPERAWATAN GASTROENTERITIS PADA ANAK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HIPOVOLEMIA. Universitas Muhammadiyah Ponorogo; 2021.
- Nari J. Asuhan Keperawatan pada Anak Dengan Gastroenteritis Akut Dalam Upaya Pemenuhan Kebutuhan Cairan dan Elektrolit di Ruangan Anak RSUD dr. M. Haulussy. Glob Heal Sci. 2019;4(3):159–64.
- NURHIDAYATUN A. EFEKTIVITAS PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA PASIEN GASTROENTERITIS AKUT (GEA) DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD KOTA MADIUN. STIKES BHAKTI HUSADA MULIA; 2021.
- SYAFIRA N. ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN ELIMINASI FEKAL PADA KELUARGA BP. I KHUSUSNYA AN. R (ANAK USIA SEKOLAH) DENGAN DIARE DI DESA TALANG PADANG TANGGAMUS LAMPUNG TAHUN 2021. Poltekkes Tanjungkarang; 2021.

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TRAUMA ABDOMEN

Ns. Anatasia Hardyati, M.Kep., Sp. KMB

Deskripsi Pembelajaran

Materi yang dijabarkan dalam bab "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Trauma Abdomen" berikut ini fokus pada penatalaksanaan asuhan keperawatan pada kegawatdaruratan pasien dengan trauma abdomen. Pembahasan meliputi dari tinjauan teoritis pada konsep dasar medik dan konsep dasar keperawatan gawat darurat.

Adapun konsep dasar medik pada kasus trauma abdomen meliputi definisi, penyebab, tanda gejala, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi pada trauma abdomen. Sedangkan konsep dasar keperawatan trauma abdomen mulai dari pengkajian keperawatan, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan dan implementasi serta evaluasi asuhan keperawatan.

Bab ini bertujuan agar dapat menjadi referensi bagi peserta didik/ mahasiswa keperawatan dalam mempelajari kasus trauma abdomen, sehingga mahasiswa dapat belajar lebih optimal secara mandiri tanpa tergantung dengan dosen yang sebagai satu-satu nya sumber informasi. Bab ini juga dapat membantu dosen dalam proses pembelajaran sehingga memudahkan menyampaikan materi kepada mahasiswa mengenai topik trauma abdomen.

Tujuan Pembelajaran

1. Menerapkan filosofi, konsep holistic dan proses keperawatan kegawat daruratan
2. Mampu menerapkan proses Keperawatan pada pasien di area Keperawatan gawat darurat
3. Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus kegawatan, kedaruratan dan kegawat daruratan terkait gangguan berbagai sistem pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis.

4. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus kegawatan, kedaruratan dan kegawatdaruratan terkait multi sistem pada individu dengan berbagai tingkat usia dengan memperhatikan aspek legal dan etis
5. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan kegawatan, kedaruratan dan kegawat daruratan terkait berbagai sistem
6. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada individu dengan kegawatan, kedaruratan dan kegawatdaruratan terkait berbagai sistem dengan memperhatikan aspek legal dan etis
7. Melaksanakan fungsi advokasi dan komunikasi pada kasus kegawatan, kedaruratan karena gangguan berbagai sistem
8. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kegawatdaruratan sesuai dengan standar yang berlaku dengan berpikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Setelah menyelesaikan topik mengenai "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Trauma Abdomen" peserta didik diharapkan mampu:

1. Memahami konsep dasar medik trauma abdomen
 - a. Defisini trauma abdomen
 - b. Etiologi trauma abdomen
 - c. Patofisiologi trauma abdomen
 - d. Tanda dan gejala trauma abdomen
 - e. Penatalaksanaan medis trauma abdomen
 - f. Pemeriksaan penunjang trauma abdomen
 - g. Komplikasi trauma abdomen
2. Memahami konsep dasar keperawatan trauma abdomen.
 - a. Pengkajian Keperawatan pasien trauma abdomen
 - b. Diagnosa keperawatan pasien trauma abdomen
 - c. Perencanaan asuhan keperawatan pasien trauma abdomen
 - d. Implementasi asuhan keperawatan pasien trauma abdomen
 - e. Evaluasi asuhan keperawatan pasien trauma abdomen

URAIAN MATERI

A. Konsep Dasar Medik Trauma Abdomen

1. Definisi

Trauma abdomen adalah adanya kerusakan organ abdomen, dapat berupa trauma tumpul, trauma tajam atau trauma penetrasi seperti tertembak atau tertusuk benda tajam di rongga abdomen.

2. Etiologi

Trauma pada abdomen dapat disebabkan oleh berbagai faktor penyebab seperti luka tumpul dan tajam. Kondisi ini dapat membahayakan pasien karena dapat menimbulkan perdarahan abdomen, syok, sepsis bahkan kematian. Trauma tumpul pada abdomen akan lebih berbahaya daripada trauma tajam karena akan menimbulkan perdarahan yang tidak kasat mata.

Kecelakaan kendaraan bermotor, benturan pada perut, dan jatuh merupakan penyebab sebagian besar cedera perut. Kecelakaan ini seringkali menimbulkan trauma tumpul pada abdomen dan disertai dengan multiple trauma.

Penyebab trauma perut yang kurang umum adalah luka tembus, kecelakaan rumah, dan kondisi iatrogenic. Luka tembus dapat disebabkan oleh luka tusuk atau luka tembak.

3. Patofisiologi

Sahin et all (2002) menjelaskan bahwa pasien yang mengalami trauma abdomen dapat mengalami trauma tumpul dan trauma tembus. Mekanisme cedera trauma tumpul berupa pukulan langsung (pressure), kompresi atau deselerasi (ruptur). Organ yang paling sering mengalami cedera adalah limpa, usus halus dan hepar.

Trauma tembus diantaranya berupa trauma dengan luka tusuk atau luka tembak. Luka tusuk terjadi karena adanya alat tembus yang menyebabkan luka tembus energi rendah. Mekanisme cederanya sangat sederhana, dan hati, usus kecil, diafragma, dan usus besar paling terkena.

Luka tembak adalah cedera berenergi tinggi sehingga menimbulkan trauma tembus. Mekanisme terjadinya cedera berupa kavitas (adanya lubang),

kerusakan, dan fragmentasi. Struktur usus kecil, usus besar, hati, dan pembuluh darah merupakan yang paling sering terkena cedera karena luka tembak.

Cedera akibat trauma abdomen dibagi menjadi tiga wilayah yaitu cedera rongga peritoneum, cedera panggul, dan cedera pada ruang retroperitoneal. Rongga peritoneum bagian atas berisi diafragma, hati, limpa, lambung, dan usus besar, sedangkan rongga peritoneum bawah berisi usus halus dan usus besar. Ruang retroperitoneal berisi aorta, vena cava, pankreas, duodenum, dan ureter. Ada struktur seperti rektum, kandung kemih, rahim, dan pembuluh iliaka di panggul.

Cedera organ padat pada abdomen dapat menimbulkan cedera pada hati, limpa, pankreas, ginjal, diafragma, dan dinding perut. Trauma pada organ padat dapat menimbulkan pendarahan. Pasien ditandai dengan adanya hipotensi yang terjadi secara cepat. Akibat kehilangan darah yang progresif, takikardia, perubahan kulit, dan perubahan kesadaran dapat terlihat. Akibat adanya kerusakan intra-abdomen yang parah, pasien akan mengalami nyeri tekan perut, distensi, dan timpanisme. Hal ini akan meningkatkan risiko terjadinya kematian akibat kehilangan darah.

Cedera abdomen juga dapat terjadi pada organ berongga seperti sedera pada lambung, duodenum, usus kecil, usus besar, rektum, kandung empedu, saluran empedu, dan sistem genitourinari. Kerusakan pada usus dimana terdapat bakteri di usus kecil dan usus besar, dapat menimbulkan peradangan pada pasien dalam beberapa jam setelah terjadi cedera. Hal ini dapat menyebabkan kondisi septik akibat perdarahan dan kontaminasi peritoneum.

Cedera retroperitoneal seringkali tidak menunjukkan gejala pada awalnya. Diagnosis mungkin sulit karena lokasinya dan keterbatasan gejalanya. Mual, muntah, sakit perut, dan demam dapat terjadi pada cedera duodenum. Diagnosis sulit pada cedera pankreas, peningkatan amilase mendukung diagnosis. Awalnya mungkin tampak normal pada pencitraan CT. Cedera retroperitoneal lebih sering terjadi setelah tertabrak kendaraan berkecepatan tinggi atau jatuh dari ketinggian.

Cedera esophagus Trauma tumpul atau tembus pada esofagus jarang terjadi. Ada gejala seperti nyeri dada parah dan demam, muntah berdarah, disfagia, dan gangguan pernapasan setelah berjam-jam.

Cedera usus halus akibat trauma tembus perut mencapai 50%. Angka ini adalah 5-15% pada trauma tumpul. Dalam kebanyakan kasus, dapat terjadi adanya tanda-tanda iritasi peritoneum. Dalam beberapa kasus dapat terjadi kerusakan struktur pembuluh darah, gejala yang mungkin timbul adalah adanya iskemia usus.

Cedera usus besar dapat berisiko terjadi infeksi karena usus besar terdapat bakteri, sehingga seringkali terjadi peritonitis supuratif dalam waktu 6 hingga 8 jam setelah cedera. Isi dari usus bocor ke dalam rongga peritoneum dan mengkontaminasi rongga peritoneum. Cedera rectum yang merupakan organ retroperitoneal, umumnya sulit untuk diagnosis karena gejalanya tidak jelas. Pasien dengan cedera rektum perlu dicurigai adanya fraktur panggul.

4. Tanda dan Gejala

Pasien mungkin tidak menunjukkan gejala sampai mereka kehilangan 50-60% volume darahnya. Melalui inspeksi, auskultasi, dan palpasi, organ yang rusak dan adanya perdarahan harus diperiksa selama pemeriksaan fisik. Pemeriksaan penunjang dapat menunjang adanya nya kerusakan pada organ abdomen akibat adanya cedera.

Tanda dan gejala yang timbul akibat cedera tumpul abdomen diantaranya adalah:

- Perdarahan pada organ intraabdominal ditandai dengan turunnya kadar hemoglobin dan hematokrit.
- Turunnya suara bising usus, pada kasus peritonitis pasien dapat mengalami demam, nyeri abdomen, muntah dan disfagia, serta kemungkinan terjadinya melena
- Adanya tanda – tanda memar di abdomen

Tanda dan gejala pada cedera tembus atau penetrasi pada abdomen adalah:

- Adanya perdarahan yang terjadi karena adanya penetrasi pada abdomen
- Isi abdomen yang keluar dari luka yang terbuka
- Penurunan kesadaran karena kehilangan darah yang besar

5. Penatalaksanaan Medis

Pembedahan abdomen pada pasien dengan cedera dilakukan karena dua alasan yaitu karena adanya perdarahan akibat cedera pada struktur pembuluh darah

atau organ padat (misalnya limpa, hati, ginjal) atau cedera akibat perforasi organ berongga (lambung, usus halus, usus besar, kandung empedu).

Indikasi laparotomi emergensi dilakukan ketika status hemodinamik pasien tidak membaik dengan resusitasi awal, ditemukan adanya iritasi peritoneum, penetrasi cedera pada rongga peritoneum seperti luka tembak, dan pasien mengalami kondisi dimana isi perut keluar dari abdomen.

Laparotomi dilakukan jika ditemukan adanya tanda-tanda vital yang abnormal seperti takikardia dan hipotensi setelah terjadi trauma tumpul perut, adanya tanda-tanda syok tanpa kehilangan darah, tanda-tanda peritonitis, dan adanya cedera tambahan (seperti patah tulang rusuk bagian bawah).

Pembedahan darurat harus dilakukan jika terjadi perdarahan luar yang disertai hipotensi dan syok setelah luka tembus, bilas peritoneum positif, penurunan kesadaran selanjutnya, dan distensi perut yang terjadi secara mendadak.

Laparotomi darurat harus dilakukan jika pada sinar radiologi ditemukan adanya ruptur diafragma, peningkatan amilase disertai temuan pemeriksaan fisik positif di perut, ruptur kandung kemih intraperitoneal, darah pada drainase nasogastrik atau pemeriksaan rektal ditemukan adanya perdarahan. Selain itu ditemukan adanya fraktur panggul berat, ruptur kandung kemih pada sistogram kontras, atau hematuria berat.

Laparoskopi dapat digunakan untuk penegakkan diagnosa dan pengobatan trauma tumpul dan tembus abdomen. Laparoskopi diagnostik dan terapeutik direkomendasikan pada trauma tumpul perut pada pasien yang mengalami cedera diafragma, cedera mesenterika, cedera organ berongga, dan dalam kondisi klinis pasien yang tidak stabil.

Pembuatan colostomy dilakukan pada cedera usus besar kanan dengan kontaminasi minimal atau pada cedera usus besar kiri yang parah. Infeksi lokasi operasi akibat cedera usus merupakan komplikasi pasca operasi yang paling umum. Karena pada usus besar terdapat bakteri, gejala peritonitis supuratif dapat terjadi 6 hingga 8 jam setelah cedera.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pada luka penetrasi ke dalam rongga peritoneum diperlukan pemeriksaan diagnostik peritoneal lavage (DPL). Pemeriksaan urine untuk mengetahui adanya hematuria berat. Pemeriksaan tanda – tanda vital untuk mengetahui adanya hipotensi. Pemeriksaan golongan darah pasien dan cross check, kadar hemoglobin dan hematokrit, PT, aPTT, dan INR harus dilakukan untuk mengidentifikasi secara dini adanya risiko perdarahan.

Pemeriksaan Radiologi perlu dilakukan untuk melihat adanya patah tulang rusuk bagian bawah, hemotoraks atau pneumotoraks, laserasi pada perut, atau hematoma untuk memberikan gambaran tentang organ yang mungkin mengalami cedera. Oleh karena itu, perlu dilakukan pemeriksaan ultrasonografi (USG), computerized tomography (CT), diagnostik peritoneal lavage (DPL), laparoskopi diagnostik, angiografi, dan diagnostik peritoneal lavage.

Pemeriksaan radiologi diperlukan untuk melihat apakah adanya fraktur pada tulang panggul. Pemeriksaan USG untuk melihat adanya perdarahan intra-abdomen dan adanya cedera pada organ padat. Pemeriksaan CT Scan dengan kontras intravena untuk mengevaluasi rongga peritoneum dan retroperitoneum. Hal ini juga memungkinkan penilaian kondisi duodenum dan pankreas, ekstravasasi dari ureter, dan jumlah darah di abdomen. Namun, kadangkala penggunaan kontras dapat menimbulkan komplikasi pada pasien. Pemeriksaan CT Scan diperlukan untuk menentukan apakah seorang pasien memerlukan tindakan pembedahan atau tidak.

7. Komplikasi

Intervensi pertama pada pasien trauma sebelum tiba di rumah sakit sangat penting. Keterlambatan penanganan pasien trauma abdomen dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas.

Resiko terbesar setelah terjadi trauma adalah timbulnya kejadian shock hipovolemik akibat adanya perdarahan yang tidak terdeteksi atau tidak tampak. Kematian yang disebabkan oleh trauma tumpul seringkali disebabkan oleh kesulitan diagnostik dan keterlambatan pengobatan.

B. Konsep Dasar Keperawatan Trauma Abdomen

1. Pengkajian Keperawatan

Pasien dengan cedera abdomen, perlu dilakukan pemeriksaan secara menyeluruh untuk mengetahui adanya tanda-tanda lain akibat adanya cedera. Cedera juga dapat terjadi pada kepala, cedera tulang belakang, multi-trauma, dan adanya penurunan tingkat kesadaran. Adanya masalah keterbelakangan mental, kehamilan, dan usia tua dapat berkontribusi pada kondisi pasien yang dapat memperberat keadaan umum pasien. Oleh karena itu, perlu dilakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh untuk menilai kondisi pasien dengan cedera abdomen. Pemeriksaan fisik secara menyeluruh pada pasien harus dilakukan setiap 30 menit selama empat jam pertama, kemudian setiap dua hingga empat jam setelahnya.

Pemeriksaan fisik dilakukan melalui inspeksi, auskultasi, dan palpasi, untuk menilai apakah adanya organ yang mengalami kerusakan dan adanya perdarahan baik internal maupun external. Adanya temuan iritasi pada peritoneum menjadikan temuan sangatlah penting bagi pasien. Pemeriksaan fisik: Inspeksi dapat dilakukan dengan menggunakan algoritma MLAP (CLAP): Memar, Laserasi, Abrasi, Dan Penetrasi (CLAP = *Contusion, Laceration, Abrasion, Penetration*)

Suara usus harus didengarkan setidaknya satu menit selama auskultasi. Jika terdapat ketegangan dan iritasi peritoneal, ada atau tidaknya suara bising usus atau melemah. Pemeriksaan palpasi abdomen dengan menilai apakah ada nyeri abdomen, abdomen yang tegang, dan nyeri rebound. Lakukan pula pengkajian pada panggul, pemeriksaan genital, pemeriksaan dubur, serta pemeriksaan punggung dan tulang belakang.

Pengkajian Awal:

- a. Airway: Kaji kepatenan jalan napas, apakah terdapat obstruksi akibat perdarahan atau obstruksi akibat lidah yang menutup jalan napas pada pasien dengan penurunan kesadaran. Kaji adanya kemungkinan aspirasi akibat adanya muntah. Bila diperlukan dapat dilakukan penghisapan lendir atau darah atau muntahan serta pemasangan pipa lambung untuk mengurangi risiko aspirasi.
- b. Breathing: Kaji pola napas pasien, suara napas, laju pernapasan dan saturasi oksigen. Amati pula gerakan dinding dada pasien.

- c. Circulation: kaji adanya tanda – tanda perdaharan dan syok serta tanda – tanda dehidrasi. Pemberian cairan sangat penting pada kasus perdaharan dan syok. Pertahankan tekanan darah pasien 90 – 100 mmHg. Cari sumber perdaharan dan segera hentikan sumber perdaharan.
- d. Disability: kaji tingkat kesadaran pasien. Apakah pasien mengalami penurunan kesadaran akibat kehilangan darah yang cukup banyak. Pemberian obat – obatan vasoaktif dapat diberikan pada pasien yang mengalami syok berat untuk membantu menaikkan tekanan darah.
- e. Exposure: kaji adanya luka pada abdomen, tanda memar, perdaharan abdomen, luka eviserasi atau luka tembus pada abdomen. Bila ada benda menancap di abdomen, maka benda tersebut tidak dicabut dan apabila ada isi abdomen keluar maka tidak dimasukkan kembali kedalam abdomen

Pekajian Sekunder:

- a. Pemeriksaan Laboratorium meliputi hemoglobin, hematocrit, urine lengkap, amilasi dan laktat
- b. Pemeriksaan Penunjang: meliputi pemeriksaan radiologi, USG, CT Scan abdomen

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko Syok b.d Sepsis, sindrom respon inflamasi sistemik
- b. Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif
- c. Nyeri akut b.d. agen pencendera fisiologis (inflamasi), agen pencedera kimiawi (zat iritan enzim pencernaan)

3. Luaran Keperawatan

a. Syok

Dalam 1 jam tingkat syok menurun dengan kriteria:

- Frekwensi nadi 60 – 10 x/ menit
- Kekuatan nadi meningkat
- Pengisian kapiler < 2 ditei
- Map membaik
- Tekanan darah systole membaik
- Tekanan darah diastole membaik
- Output urine meningkat
- Tekanan nadi membaik
- Tingkat kesadaran meningkat
- Saturasi oksigen meningkat

- Frekwensi napas 12 – 20 x/ menit
- Pucat menurun
- Haus menurun
- Konfusi menurun

b. Hipovolemia

Dalam 8 jam, Status cairan membaik dengan kriteria:

- Tekanan darah > 100 mmHg
- HR : 60 – 100x per menit
- output urine > 0,5 mL/KgBB/Jam
- Hematokrit > 24 %
- Platelet > 50.000/mm³
- Protombine Time < 15 detik

c. Nyeri akut

Dalam 2 jam, tingkat nyeri menurun dengan kriteria:

- Keluhan nyeri menurun (Skor <4)
- Meringis menurun
- Gelisah menurun

4. Intervensi Keperawatan

a. Pencegahan Syok

- Monitor status kardiopulmonal (frekwensi dan kekuatan nadi, tekanan darah, MAP) untuk mengidentifikasi penurunan volume sistemik
- Monitor status cairan (input dan output, turgor kulit, CRT) untuk mengetahui keadekuatan volume cairan sistemik dan kebutuhan cairan
- Pasang jalur IV sebagai akses untuk mengkoreksi atau mencegah deficit cairan
- Jelaskan penyebab, faktor risiko, tanda/ gejala syok untuk meningkatkan pemahaman kondisi yang dialami pasien
- Kolaborasi pemberian cairan intravena untuk mengoptimalkan perfusi jaringan dan mengkoreksi deficit cairan

b. Manajemen Syok Sepsis

- Monitor status kardiopulmonal (frekwensi dan kekuatan nadi, tekanan darah, MAP) untuk mengidentifikasi penurunan volume sistemik
- Monitor status cairan (input dan output, turgor kulit, CRT) untuk mengetahui keadekuatan volume cairan sistemik dan kebutuhan cairan

- Monitor tingkat kesadaran untuk mendeteksi hiposia serebral
- Monitor kadar laktat untuk menilai terjadinya hipoperfusi sistemik dan respon terhadap resusitasi carian
- Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >90%
- Pasang kateter urine untuk menilai perfusi ginjal dari produksi urine
- Kolaborasi pemberian kristaloid 30 mL/KgBB untuk mengoptimalkan perfusi jaringan dan mengoreksi deficit cairan
- Kolaborasi pemberian antibiotika dalam waktu 1 jam jika sepsis dicurigai infeksi bakteri
- Kolaborasi pemberian vasopressor (nonepinefrin) untuk mempertahankan MAP \geq 65 mmHg

c. Manajemen Hipovolemia

- Monitor tanda dan gejala hypovolemia
- Monitor ouput urine tiap 1 jam, waspada jika output $< 0,5 \text{ mL/KgBB/jam}$ selama 2 jam
- Pasang jalur IV dengan lumen besar (no. 18)
- Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine
- Pasang pipa lambung untuk mengosongkan dan dekompresi lambung, identifikasi aspirasi (warna merah terang atau gelap). Jika merah terang lakukan gentle gastric lavage
- Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak untuk mencegah hipotensi ortostatik
- Kolaborasi pemberian:
 - 1) Cairan IV Isotonis (NaCl, RL) 1 – 2 liter untuk mengembalikan volume sirkulasi
 - 2) Proton Pump inhibitor (pantoprazole) 80 mg bolus dilanjutkan 8 mg/ jam untuk menghambat produksi asam lambung
 - 3) Vitamin K untuk peningkatan produksi faktor pembekuan darah
 - 4) Produk darah PRC jika Hb $< 7 \text{ g/dL}$
 - 5) Produk darah Platelet jika platelet $< 50.000/\text{dL}$
 - 6) Pembedahan emergensi jika perdarahan tetap berlanjut setelah pemberian 5 unit darah dalam 4 – 6 jam pertama

d. Manajemen Nyeri

- Monitor lokasi, durasi, frekwensi, kualitas dan intensitas
- Monitor skor nyeri untuk mengukur intensitas nyeri dan efektifitas intervensi

- Monitor faktor memperberat dan memperingan nyeri
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) untuk meminimalkan stimulasi simpatis
- Berikan posisi nyaman seperti tinggikan kepala tempat tidur untuk menurunkan refluks gaster
- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri untuk memperlambat atau memblok respon nyeri
- Kolaborasi pemberian analgesic

5. Evaluasi

- a. Output urine : 0,5 mL/Kg BB/ Jam
- b. Tekanan darah : MAP \geq 65 mmHg, Tekanan nadi 30 – 40 mmHg
- c. Kadar laktat : < 2 mmol/ L
- d. Frekwensi nadi : 60 – 100 kali/ menit

C. Latihan

- 1) Seorang pria, usia: 48 tahun masuk IGD dengan kecelakaan lalu lintas. Dari pemeriksaan fisik ditemukan kesadaran menurun, GCS: respon membuka mata: 4, respon verbal: 4, respon motoric: 5. Abdomen tampak memar kebiruan, teraba tegang, pasien mengeluh nyeri abdomen dengan intensitas 7 – 8 dari skala 10, nyeri terus menerus tidak hilang dengan posisi tidur tertentu, terutama bila disentuh. Pasien tampak keringat dingin, TD: 90/ 50 mmHg, Nadi: 120x/ menit teraba kecil, P: 23x/ menit akral dingin dan pasien tampak pucat. Suara bising usus lemah, terdengar 3 – 5x/ menit. Dari pengkajian tersebut, maka prioritas masalah keperawatan pasien tersebut adalah:
 - a. Nyeri akut
 - b. Syok hipovolemik
 - c. Gangguan Pola napas
 - d. Gangguan pencernaan
 - e. Penurunan kesadaran

Jawaban: B (Syok Hipovolemik)

Kondisi yang paling mengancam nyawa pasien tersebut adalah syok hipovolemik yang didukung dengan tanda TD: 90/50. Nadi: 120/menit kecil. Akral dingin, penurunan kesadaran yang disebabkan karena adanya perdarahan internal pada organ abdomen.

- 2) Seorang wanita usia 28 tahun korban kecelakaan lalu lintas, masuk ke IGD dengan kesadaran kompos mentis. Tampak darah merembes keluar dari baju pasien bagian perut. Setelah dilakukan Pengkajian ditemukan data bahwa usus pasien terburai keluar. TD: 80/ 50 mmHg, N: 112x/menit, P: 23x/ menit. Akral dingin dan pasien tampak anemik. Pasien mengeluh nyeri hebat di abdomen dengan intensitas 8 dari skala 10. Pasien tampak cemas dengan kondisi ususnya yang terburai. Berdasarkan masalah tersebut, prioritas yang harus dilakukan pada pasien tersebut adalah:
- Masukkan kembali usus tersebut ke dalam perut
 - Segera dilakukan pembedahan untuk memasukkan usus kembali
 - Tutup usus tersebut dengan kasa steril yang dibasahkan NaCl 0,9 %
 - Segera dilakukan pengambilan contoh darah dan pemberian transfuse darah
 - Diamkan saja usus yang terburai tersebut sampai nanti dokter datang memeriksa pasien

Jawaban : C

Usus bersifat steril dan lembab. Bila dimasukkan kembali akan menyebakan usus yang terkontaminasi akan membawa bakteri ke dalam rongga abdomen, kompres ditujukan agar suasana usus tetap lembab sampai tiba saat nya nanti dilakukan pembedahan

D. Rangkuman Materi

Pasien dengan trauma perut mungkin juga akan mengalami multi-trauma. Tanda-tanda vital pasien, pemeriksaan abdomen, dan hematokrit harus diperiksa secara berkala. Tindakan pembedahan perlu dilakukan karena adanya sumber utama pendarahan dan syok mungkin berasal dari cedera abdomen.

Perawatan nonoperatif dapat diterapkan pada pasien trauma tumpul perut yang hemodinamiknya stabil dengan temuan pemeriksaan fisik normal. Demikian pula, pasien dengan hemodinamik stabil dengan luka tembus dapat diobati secara non-operatif tanpa adanya gejala peritonitis. Pasien-pasien ini harus ditindaklanjuti dengan observasi klinis yang ketat dan pemeriksaan USG dan CT Scan. Ketika timbul gejala ketidakstabilan hemodinamik dan/atau peritonitis diketahui, maka tindakan pembedahan darurat harus dilakukan.

Daftar Pustaka

- Makic, M. B. F. (2019). Trauma Nursing E-Book: From Resuscitation Through Rehabilitation. Elsevier Health Sciences.
- PPNI, T. P. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia . Jakarta : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Şahin E, Bali I, Dalkılıç M. S, Gençtürk M, Yilmaz M, Kanat B.H. and Sözen S., (2023). Abdominal Trauma. <https://www.intechopen.com/chapters/85663>. 05 December 2022 Reviewed: 20 December 2022 Published: 11 January 2023. DOI: 10.5772/intechopen.109615

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT APENDICITIS

Yusriani Saleh Baso.,S. Kep, Ns., M.Kep

Pendahuluan

Apendicitis adalah penyakit abdomen akut dengan kasus kegawatdaruratan bedah (*surgical emergency*) yang bisa terjadi pada semua kelompok usia meskipun tidak umum pada anak sebelum usia sekolah . Apendicitis merupakan peradangan yang terjadi pada lapisan dari dalam usus buntu (umbai cacing) dan bisa menyebar kebagian lainnya, penyebabnya biasanya karena adanya obstruksi atau sumbatan pada lumen appendix, terdapat sekitar 250.000 kasus appendicitis yang terjadi di Amerika Serikat setiap tahunnya dengan risiko 8,6% pada pria dan 6,9% pada wanita (Sarraf et al., 2023).

Keluhan appendicitis biasanya berawal dari nyeri di daerah umbilikus atau periumbilikus yang disertai dengan muntah. Dalam 2-12 jam nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, yang akan menetap dan diperberat bila berjalan. Terdapat juga keluhan tidak nafsu makan, lemas , dan terjadi peningkatan suhu tubuh walaupun tidak signifikan. Biasanya juga terdapat konstipasi, tetapi kadang-kadang terjadi diare, mual, bahkan bisa sampai muntah. Awal timbulnya penyakit belum ada keluhan pada perut yang menetap, akan tetapi dalam beberapa jam nyeri pada abdomen bawah akan semakin progresif, hasil pemeriksaan ditunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal, perkusi ringan pada kuadran kanan bawah dapat membantu menentukan lokasi nyeri, Nyeri tekan dan spasme biasanya juga muncul (Uribe et al., 2022).

Apendicitis jika tidak segera ditatalaksana akan menimbulkan komplikasi, salah satu komplikasi yang sering muncul dan membahayakan adalah perforasi. Perforasi muncul 24 jam pasca timbul nyeri, gejala yang sering muncul adalah adanya nyeri tekan pada kuadran kanan abdomen secara terus menerus, peningkatan suhu tubuh bahkan pasien bisa mengalami pingsan dan tidak sadar diri (Anderson et al., 2021). Sebagai seorang perawat haruslah bijak dalam memahami gejala yang terjadi, dan mampu melakukan tindakan keperawatan dalam kondisi emergency termasuk pasien yang mengalami kegawatdaruratan bedah termasuk

penyakit appendicitis. Buku ini membahas tentang Asuhan keperawatan kegawat darurat pasien Apendicitis dengan pendekatan 3S (SDKI, SIKI dan SLKI).

Deskripsi Pembelajaran

Buku ini kami susun disertai dengan gambar untuk memudahkan pembacanya dalam memahami sehingga dapat menambah ilmu pengetahuan. Buku ini kami peruntukkan untuk semua perawat, dan atau mahasiswa keperawatan. Harapannya, setelah membaca buku ini dengan baik, dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien appendicitis dengan baik dan benar.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional Umum: Memahami konsep asuhan keperawatan Gawat Darurat Apendicitis dengan pendekatan 3S (SDKI, SIKI, SKLI).

Tujuan Instruksional Khusus:

1. Dapat memahami konsep asuhan keperawatan Gawat Darurat Apendicitis dengan pendekatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI)
2. Dapat menerapkan asuhan keperawatan Gawat Darurat Apendicitis dengan pendekatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI).

Capaian Pembelajaran:

1. Mengetahui Anatomi dan Fisiologi Apendix
2. Mengetahui Definisi dan klasifikasi Apendicitis
3. Mengetahui Etiologi Apendicitis
4. Mengetahui Patofisiologi dan Pathway Apendicitis
5. Mengetahui Manifestasi klinik Apendicitis
6. Mengetahui Penatalaksanaan Apendisitis
7. Mengetahui Asuhan Keperawatan Appendicitis dengan pendekatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI).

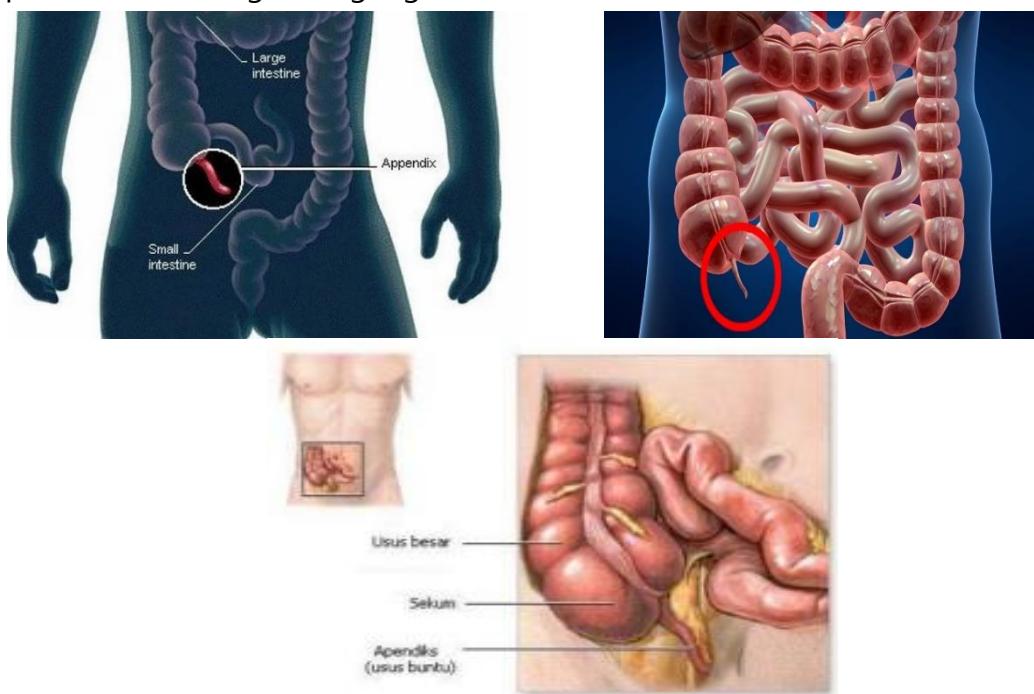
URAIAN MATERI

A. Anatomi dan Fisiologi Appendix

1. Anatomi Appendix

Appendix merupakan organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10cm (kisaran 3- 15cm), dan berpangkal di caecum. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar di bagian distal. Namun demikian, pada bayi, appendix berbentuk kerucut, lebar pada pangkalnya dan menyempit ke arah ujungnya. Keadaan ini mungkin menjadi sebab rendahnya insiden appendicitis pada usia itu. Pada 65% kasus, appendix terletak intraperitoneal. Kedudukan itu memungkinkan appendix bergerak dan ruang geraknya bergantung pada panjang meso appendix penggantungnya.

Pada kasus selebihnya, appendix terletak retroperitoneal, yaitu di belakang caecum, di belakang colon ascendens, atau di tepi lateral colon ascendens. Gejala klinis appendicitis ditentukan oleh letak appendix. Persarafan parasimpatis berasal dari cabang nervus vagus yang mengikuti mesenterica superior dan arteri apendikularis, sedangkan persarafan simpatis berasal dari torakalis sepuluh (X). Oleh karena itu, nyeri visceral pada appendicitis bermula di sekitar umbilicus. Pendarahan appendix berasal dari arteri apendikularis yang merupakan arteri tanpa kolateral. Jika arteri ini tersumbat, misalnya karena thrombosis pada infeksi appendix akan mengalami gangrene.



Gambar 4.1 Anatomi Apendiks

2. Fisiologi Appendix

Appendix menghasilkan lendir 1-2ml per hari. Lendir itu normalnya dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke caecum. Hambatan aliran lendir di muara appendix tampaknya berperan pada pathogenesis appendicitis. Immunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh GALT (gut associated lymphoid tissue) yang terdapat di sepanjang saluran cerna termasuk appendix, ialah IgA. Immunoglobulin itu sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun demikian, pengangkatan appendix tidak mempengaruhi sistem imun tubuh karena jumlah jaringan limfe disini kecil sekali jika dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan di seluruh tubuh (Board et al., 2023)

3. Definisi Apendicitis

Appendicitis adalah peradangan pada appendix vermicularis dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini menyerang semua usia baik laki-laki maupun perempuan, walaupun jarang pada anak-anak usia sebelum sekolah. Penyakit ini lebih sering menyerang laki-laki berusia 12 sampai 30 tahun dan merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada quadrant bawah kanan dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah darurat abdomen (Touati et al., 2024).

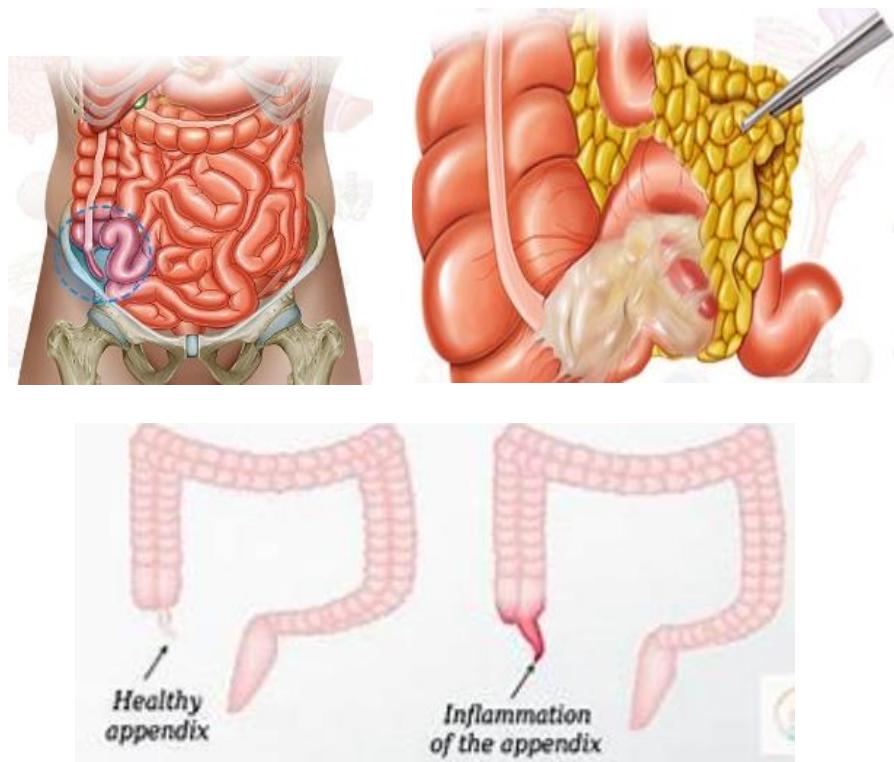
Menurut Uribe, et al, 2022 Apendicitis atau usus buntu adalah suatu kondisi dimana terjadi infeksi pada umbi cacing. Apendicitis yang ringan dapat sembuh dengan perawatan dan tata laksana yang baik, akan tetapi Apendicitis dengan kategori berat memerlukan pembedahan. Morbiditas penyakit ini cukup signifikan dan meningkat jika keterlambatan diagnostik.

4. Klasifikasi Apendicitis

Klasifikasi appendicitis terbagi menjadi dua yaitu, appendicitis akut dan appendicitis kronik (Rodríguez et al., 2019)

a. Apendicitis Akut

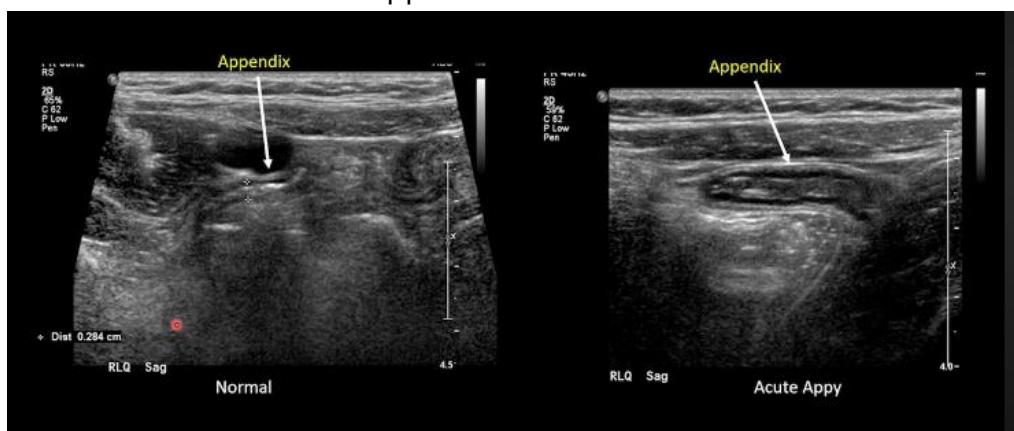
Appendicitis akut sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak umbi cacing yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang peritonium lokal. Gejala appendicitis akut adalah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral didaerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual dan kadang muntah. Umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ketitik McBurney. Disini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.



Gambar 4.2 Apendicitis Akut

b. Apendicitis Kronik

Diagnosa appendisitis kronis baru dapat ditegakkan jika ditemukan adanya: riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik appendix secara makroskopik dan mikroskopik. Kriteria mikroskopik appendisitis kronik adalah fibrosis menyeluruh dinding appendix, sumbatan parsial atau total lumen appendix, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa, dan adanya sel inflamasi kronik. Insiden appendisitis kronik antara 1-5%.



Gambar 4.3 Apendicitis Ultrasound Criteria

5. Etiologi Apendicitis

Rodriguest, 2019 mengatakan appendicitis disebabkan karena adanya obstruksi pada lumen appendix sehingga terjadi kongesti vaskuler, iskemik nekrosis dan akibatnya terjadi infeksi. Appendicitis umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Penyebab obstruksi yang paling sering adalah fekalit. Fekalit ditemukan pada sekitar 20% anak dengan appendicitis. Penyebab lain dari obstruksi appendiks meliputi: hiperplasia limfe atau tumor appendix, benda asing (pin, biji-bijian), cacing askaris dan dapat pula penyebab lainnya yang menyebabkan sumbatan.

6. Patofisiologi dan Pathway Apendicitis

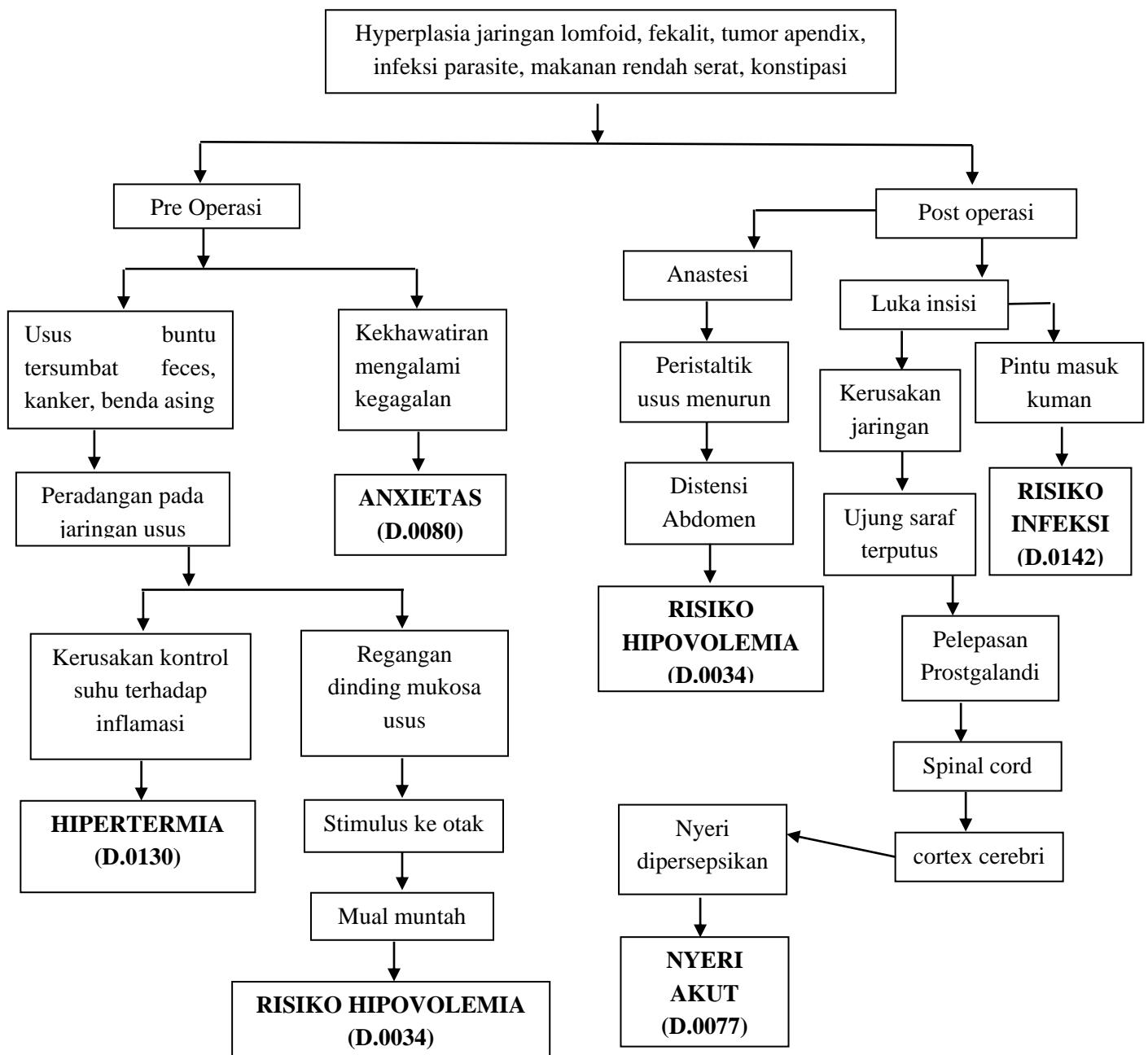
a. Patofisiologi Apendicitis

Patofisiologi apendisitis kemungkinan berasal dari obstruksi lumen appendix dengan penyebab obstruksi mungkin berbeda pada kelompok usia yang berbeda. Obstruksi ini dapat disebabkan oleh hiperplasia limfoid, infeksi (parasit), fekalit, atau tumor baik bersifat jinak atau ganas (Espín et al., 2021).

Pada stadium awal dari appendicitis, terlebih dahulu terjadi inflamasi mukosa. Inflamasi ini kemudian berlanjut ke submukosa dan melibatkan lapisan muskular dan serosa (peritoneal). Cairan eksudat fibrinopurulenta terbentuk pada permukaan serosa dan berlanjut ke beberapa permukaan peritoneal yang bersebelahan, seperti usus atau dinding abdomen, menyebabkan peritonitis local.

Dalam stadium ini mukosa glandular yang nekrosis terkelupas ke dalam lumen, yang menjadi distensi dengan pus. Akhirnya, arteri yang menyuplai appendix menjadi bertrombosit dan appendix yang kurang suplai darah menjadi nekrosis atau gangren. Perforasi akan segera terjadi dan 12 menyebar ke rongga peritoneal. Jika perforasi yang terjadi dibungkus oleh omentum, abses lokal akan terjadi (Middlesex & Way, 2021).

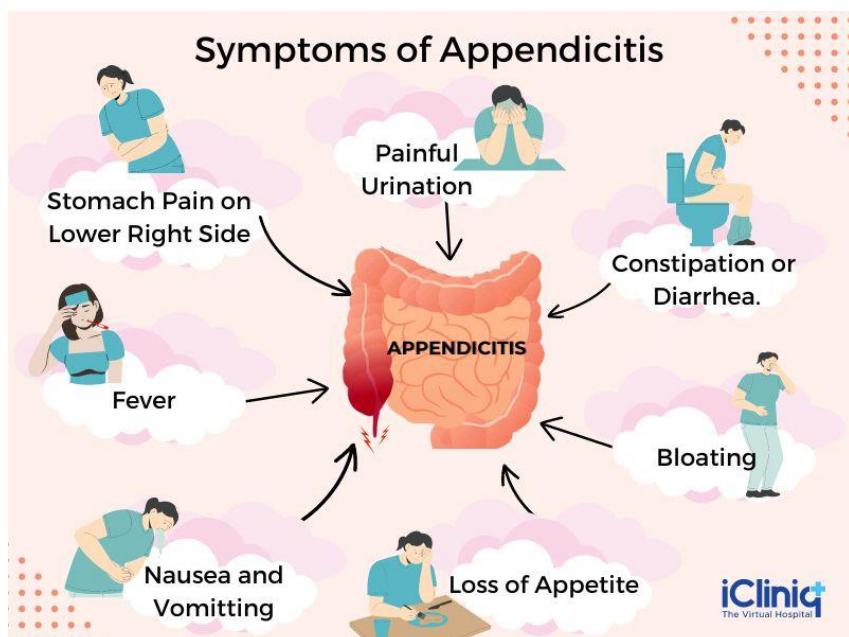
b. Pathway Apendicitis



Gambar 4.4 Pathway Apendicitis

7. Manifestasi Klinik Apendicitis

Manifestasi klinik apendisitis biasanya muncul sebagai nyeri perut umum atau periumbilikal yang kemudian terlokalisasi ke kuadran kanan bawah. Saat peradangan appendix menjadi lebih parah dan peritoneum parietal yang berdekatan teriritasi, rasa sakit menjadi lebih terlokalisasi ke kuadran kanan bawah sekitar 2/3 jarak umbilikus ke SIAS (titik McBurney). Nyeri juga mungkin disertai dengan salah satu gejala berikut ; nafsu makan berkurang, mual muntah, demam tinggi (bisa mencapai 40°C), diare atau mungkin konstipasi, generalisasi malaise, frekuensi atau urgensi berkemih, spasme otot (Aber et al., 2022).



Gambar 4.5 Symptoms of Apendicitis

8. Mengetahui Penatalaksanaan Apendicitis

a. Penatalaksanaan Medis

Menurut Aber et al., 2022, penatalaksanaan medis pada appendisitis meliputi:

1) Sebelum Operasi

a) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala appendisitis seringkali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilaksanakan. Pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuaskan.

Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada

kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

b) Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dan abses intra abdominal luka operasi pada klien apendiktomi. Antibiotik diberikan sebelum, saat, hingga 24 jam pasca operasi dan melalui cara pemberian intravena (IV).

2) Operasi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan adalah apendiktomi. Apendiktomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang appendix (Britcliffe et al., 2023). Indikasi dilakukannya operasi apendiktomi yaitu bila diagnosa appendisitis telah ditegakkan berdasarkan gejala klinis. Pada keadaan yang meragukan diperlukan pemeriksaan penunjang USG atau CT scan.

Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anastesi umum atau spinal dengan insisi pada abdomen bawah. Anastesi diberikan untuk memblokir sensasi rasa sakit. Efek dari anastesi yang sering terjadi pada klien post operasi adalah termanipulasinya organ abdomen sehingga terjadi distensi abdomen dan menurunnya peristaltik usus. Hal ini mengakibatkan belum munculnya peristaltik usus (Aleq et al., 2024).

Operasi apendiktomi dapat dilakukan dengan dua teknik, yaitu operasi apendiktomi terbuka dan laparaskopi apendiktomi. Apendiktomi terbuka dilakukan dengan cara membuat sebuah sayatan dengan panjang sekitar 2 – 4 inci pada kuadran kanan bawah abdomen dan appendix dipotong melalui lapisan lemak dan otot apendiks. Kemudian appendix diangkat atau dipisahkan dari usus (Aleq et al., 2024).

Sedangkan pada laparaskopi apendiktomi dilakukan dengan membuat 3 sayatan kecil di perut sebagai akses, lubang pertama dibuat dibawah pusar, fungsinya untuk memasukkan kamera super mini yang terhubung ke monitor ke dalam tubuh, melalui lubang ini pula sumber cahaya dimasukkan. Sementara dua lubang lain di posisikan sebagai jalan masuk peralatan bedah seperti penjepit atau gunting. Ahli bedah mengamati organ abdominal secara visual dan mengidentifikasi apendiks. Appendix dipisahkan dari semua jaringan yang melekat, kemudian appendix diangkat dan dikeluarkan melalui salah satu sayatan (Fritson et al., 2023).

Jika appendix mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika. Tindakan pembedahan dapat menimbulkan

luka insisi sehingga pada klien post operatif apendiktomi dapat terjadi risiko infeksi luka operasi.

3) Pasca Operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernapasan. Pasien dibaringkan dalam posisi terlentang. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal (Andr et al., 2023).

b. Konsep Masalah Keperawatan

1) Definisi

Masalah keperawatan merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya (PPNI, 2017).

2) Kriteria mayor dan minor

Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakan diagnosis (PPNI, 2017).

3) Faktor yang berhubungan

Kondisi atau situasi yang berkaitan dengan suatu masalah yang dapat menunjang kelengkapan data untuk menegakkan suatu diagnosis atau masalah keperawatan (PPNI, 2017).

c. Masalah keperawatan pada kasus pre operatif appendicitis yaitu:

No	Masalah Keperawatan	Penyebab	Gejala dan Kriteria
1	Nyeri Akut (D.0077) Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan gingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan	1. Agen pencidera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencidera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencidera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan)	1. Mayor a) Subyektif : mengeluh nyeri b) Obyektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur 2. Minor a) Subyektif : - b) Obyektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri,
No	Masalah Keperawatan	Penyebab	Gejala dan Kriteria
			berfokus pada diri sendiri, diaphoresis
2	Hipertermia (D.0130) Suhu tubuh meningkat di atas rentang tubuh normal	1. Dehidrasi 2. Terpapar lingkungan panas 3. Proses penyakitnya (mis; infeksi, kanker) 4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan 5. Peningkatan laju metabolisme 6. Respon trauma. 7. Aktivitas berlebihan. 8. Penggunaan incubator	1. Mayor a) Subyektif : - b) Obyektif : Suhu tubuh diatas nilai normal 2. Minor a) Subyektif : - b) Obyektif : Kulit memerah, kejang, takikardi, takpnea, kulit terasa hangat.
3	Risiko Hipovolemia (D.0034) Berasiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan atau intraseluler	Faktor Risiko : 1. Kehilangan cairan secara aktif.	

No	Masalah Keperawatan	Penyebab	Gejala dan Kriteria
		2. Gangguan absorpsi cairan 3. Usia lanjut. 4. Kelebihan berat badan. 5. Status hipermetabolik. 6. Kegagalan mekanisme regulasi. 7. Evaporasi 8. Kekurangan intake dan output cairan 9. Efek agen farmakologis	
4	Ansietas (D.0080) Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman	1. Krisis situasional 2. Kebutuhan tidak terpenuhi. 3. Krisis maturasional 4. Ancaman terhadap konsep diri. 5. Ancaman terhadap kematian. 6. Kekwatirahan mengalami kegagalan. 7. Disfungsi sistem keluarga. 8. Hubungan orang tua anak tidak memuaskan. 9. Faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir). 10. Penyalahgunaan zat. 11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin, polutan, dan lain lain). 12. Kurang terpapar informasi	1. Mayor a) Subyektif : Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi b) Obyektif : Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur. 2. Minor a) Subyektif : Mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya. b) Obyektif : Frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu

d. Masalah keperawatan pada kasus post operatif appendicitis yaitu

No	Masalah Keperawatan	Penyebab	Gejala & Kriteria
1	Nyeri Akut (D.0077) Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan gingga berat yang berlangsung kurang dari 3bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencidera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencidera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencidera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mayor <ol style="list-style-type: none"> a) Subyektif : mengeluh nyeri b) Obyektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur 2. Minor <ol style="list-style-type: none"> a) Subyektif : - b) Obyektif : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri,
No	Masalah Keperawatan	Penyebab	Gejala dan Kriteria
2	Risiko hypovolemia (D.0034) Berasiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan atau intraseluler	<p>Faktor Risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehilangan cairan secara aktif 2. Gangguan aborsi cairan 3. Usia lanjut 4. Kelebihan BB 5. Status hypermetabolik 6. Kegagalan mekanisme regulasi 7. Evaporasi 8. Kekuangan intake dan output cairan 9. Efek agen farmakologis 	berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis

No	Masalah Keperawatan	Penyebab	Gejala dan Kriteria
3	Risiko Infeksi (D.0142) Berasiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	Faktor risiko <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus). 2. Efek prosedur infasif. 3. Malnutrisi. 4. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan. 5. Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: <ol style="list-style-type: none"> a) Gangguan peristaltic b) krusakan integritas kulit c) Merokok 6. Ketidak adekuatan pertahanan pertahanan tubuh sekunder 	
No	Masalah Keperawatan	Penyebab	Gejala dan Kriteria
		a) Penurunan HB b) Imunosupresi c) Leukopenia d) Supresi respon Inflamasi e) Vaksinasi tidak adekuat	

B. Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Appendicitis dengan Pendekatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI)

1. Pengkajian Keperawatan

Data Pasien

a. Data demografi

Identitas pasien : nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor Rekam Medik.

Primary Survey

- 1) Waktu kedatangan (tuliskan tanggal dan jam kedatangan), transportasi yang digunakan, kondisi pada saat pasien datang.
- 2) Tindakan *pre hospital* yang telah dilakukan (misalnya : CPR, pemberian infus, pemasangan balut bidai, kateter urine dll).

Triage

- 1) Tingkat kesadaran pasien (AVPU ; *Alert, Verbal, Pain, Unrespon*). nilai GCS (Eye Motorik Verbal/EMV).
- 2) Pengkajian ABC :
 - Airway ; apakah ada sumbatan jalan napas (jalan napas paten atau ada obstruksi, tindakan apa yang dilakukan).
 - Breathing ; lihat pergerakan dada (simetris atau tidak), irama pernapasan (regular atau irregular), apakah ada suara napas tambahan, nilai SPO2.
 - Circulation ; irama jantung (regular atau irregular), akral (dingin, basah, pucat), membrane mukosa (sianosis, jaundice, normal), CRT (> 2 detik atau < 2 detik), turgor kulit (baik atau jelek), apakah ada perdarahan atau oedema.
- 3) Pengkajian klasifikasi Triage (P1, P2, P3/merah, kuning, hijau, hitam).
- 4) Pengkajian klasifikasi kasus (trauma atau non trauma).
- 5) Keluhan utama : keluhan utama (satu keluhan saja) yang dirasakan atau dialami, yang menyebabkan pasien atau keluarga mencari bantuan kesehatan/ masuk rumah sakit.
- 6) Riwayat kesehatan sekarang : kronologis dari penyakit yang diderita saat ini mulai awal hingga di bawa ke RS secara lengkap. Tindakan apa saja yang sudah dilakukan oleh pasien untuk mengobati sakitnya sebelum ke RS.
- 7) Riwayat Kesehatan dahulu : apakah pasien pernah mengalami operasi sebelumnya, apakah ada penyakit yang pernah diderita selain appendicitis.
- 8) Riwayat Kesehatan keluarga : apakah ada anggota keluarga yang mengalami jenis penyakit yang sama.

Secondary survey

Pemeriksaan fisik ROS (Review of System).

- 1) Sistem kardiovaskuler : lakukan pemeriksaan Inspeksi, Perkusi, Palpasi dan Auskultasi (apakah ada distensi pada vena jugularis, apakah pasien pucat, apakah pasien mengalami oedema atau hipertermi), tuliskan juga TD pasien.
- 2) Sistem Respirasi : lakukan pemeriksaan Inspeksi, Perkusi, Palpasi dan Auskultasi (catat frekuensi nafas normal apakah dada simetris atau tidak, ada tidaknya sumbatan jalan napas, apakah ada gerakan cuping hidung, apakah terpasang O2, apakah ada ronchi, wheezing, dan stridor).

- 3) Sistem Hematologi : apakah terjadi peningkatan Leukosit atau tidak ada.
- 4) Sistem Urogenitalia : apakah ada distensi kandung kemih, apakah ada keluhan sakit pinggang, atau tidak bisa mengeluarkan urine secara lancar.
- 5) Sistem Muskuloskeletal : apakah ada kesulitan dalam pergerakan karena proses penyakitnya.
- 6) Sistem Integumen : apakah terdapat oedema, lihat juga turgor kulit.
- 7) Abdomen : terdapat nyeri lepas, peristaltik pada usus ditandai dengan distensi abdomen.

Pola fungsi Kesehatan menurut Gordon

- 1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat
Adakah ada kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olahraga (lama frekwensinya), karena dapat mempengaruhi lamanya penyembuhan luka.
- 2) Pola nutrisi dan metabolisme
Pasien biasanya akan mengalami gangguan pemenuhan nutrisi akibat pembatasan intake makanan atau minuman sampai peristaltik usus kembali normal.
- 3) Pola Eliminasi.
Pada pola eliminasi urine akibat penurunan daya konstraksi kandung kemih, rasa nyeri atau karena tidak biasa BAK ditempat tidur akan mempengaruhi pola eliminasi urine. Pola eliminasi alvi akan mengalami gangguan yang sifatnya sementara karena pengaruh anastesi sehingga terjadi penurunan fungsi.
- 4) Pola aktifitas
Aktifitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri, aktifitas biasanya terbatas karena harus *bedrest* berapa waktu lamanya setelah pembedahan.
- 5) Pola sensorik dan kognitif.
Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan serta pendengaran, kemampuan berfikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu dan tempat.
- 6) Pola Tidur dan Istirahat.
Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur pasien.

7) Pola Persepsi dan konsep diri.

Pasien menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak dan segala kebutuhan harus dibantu. Pasien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga mengalami emosi yang tidak stabil.

8) Pola hubungan

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan pasien tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat, pasien mengalami emosi yang tidak stabil.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada appendicitis adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidra fisiologis (inflamasi appendicitis) (D.00077).
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidra fisik (Prosedur operasi) (D.0077).
- c. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (Infeksi pada appendicitis) (D.0130).
- d. Risiko Hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif (muntah) (D.0034)
- e. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)
- f. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasive (D.0142)

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Oka et al., 1980).

Nyeri Akut (D.0077)	
Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan	
SLKI	SIKI
<p>Tingkat nyeri menurun ((L.08066))</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam Tingkat nyeri menurun, kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Meringis menurun • Sikap protektif menurun • Gelisah dan kesulitan tidur menurun • Anoreksia, mual, muntah menurun • Ketegangan otot dan pupil dilatasi menurun • Pola napas dan tekanan darah membaik 	<p>a. Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri • Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri • Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri • Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup • Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. • Monitor efek samping penggunaan analgetic. <p>Terapiutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya : TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian analgetic, ***jika perlu***

b. Pemberian analgetic (I.08243)

Observasi :

- Identifikasi karakteristik nyeri (misalnya : pencetus, Pereda, kualitas, lokasi, intensitas , frekuensi, durasi)
- Identifikasi riwayat alergi obat
- Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri
- Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic
- Monitor efektifitas analgesic

Terapiutik :

- Diskusikan analgetic yang disukai untuk mencapai analgetic optimal, ***jika perlu***
- Pertimbangkan penggunaan infus kontinyu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
- Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien
- Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan.

Edukasi :

- Jelaskan efek terapi dan efek samping obat.

	<p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik, <i>sesuai indikasi</i>. 			
<p>Anxetas (D.0080)</p> <p>Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapiancaman.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">SLKI</th> <th style="text-align: center;">SIKI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Tingkat anxetas menurun (L.09093)</p> <p>Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan indivisu melakukan tindakan untuk menghadapi nacaman</p> <p>Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam Tingkat anxetas menurun, kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalisasi kebingungan dan kekhawatiran akibat kondisi yang dihadapi • Perilaku gelisah dan tegang menurun • Palpitasi, tremor, dan pucat menurun • Konsentrasi dan pola tidur membaik • Orientasi membaik </td><td> <p>Reduksi anxetas (I.09314)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi saat tingkat ansietas berubah seperti Kondisi, waktu, dan stressor. • Identifikasi kemampuan mengambil keputusan • Monitor tanda anxetas baik verbal dan non verbal <p>Terapiutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan • Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan • Pahami situasi yang membuat anxetas • Dengarkan dengan penuh perhatian • Gunakan pedekatan yang tenang dan meyakinkan • Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan • Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami • Informasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis • Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> • Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan </td></tr> </tbody> </table>	SLKI	SIKI	<p>Tingkat anxetas menurun (L.09093)</p> <p>Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan indivisu melakukan tindakan untuk menghadapi nacaman</p> <p>Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam Tingkat anxetas menurun, kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalisasi kebingungan dan kekhawatiran akibat kondisi yang dihadapi • Perilaku gelisah dan tegang menurun • Palpitasi, tremor, dan pucat menurun • Konsentrasi dan pola tidur membaik • Orientasi membaik 	<p>Reduksi anxetas (I.09314)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi saat tingkat ansietas berubah seperti Kondisi, waktu, dan stressor. • Identifikasi kemampuan mengambil keputusan • Monitor tanda anxetas baik verbal dan non verbal <p>Terapiutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan • Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan • Pahami situasi yang membuat anxetas • Dengarkan dengan penuh perhatian • Gunakan pedekatan yang tenang dan meyakinkan • Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan • Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami • Informasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis • Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> • Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
SLKI	SIKI			
<p>Tingkat anxetas menurun (L.09093)</p> <p>Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan indivisu melakukan tindakan untuk menghadapi nacaman</p> <p>Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam Tingkat anxetas menurun, kriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalisasi kebingungan dan kekhawatiran akibat kondisi yang dihadapi • Perilaku gelisah dan tegang menurun • Palpitasi, tremor, dan pucat menurun • Konsentrasi dan pola tidur membaik • Orientasi membaik 	<p>Reduksi anxetas (I.09314)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi saat tingkat ansietas berubah seperti Kondisi, waktu, dan stressor. • Identifikasi kemampuan mengambil keputusan • Monitor tanda anxetas baik verbal dan non verbal <p>Terapiutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan • Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan • Pahami situasi yang membuat anxetas • Dengarkan dengan penuh perhatian • Gunakan pedekatan yang tenang dan meyakinkan • Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan • Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami • Informasikan secara aktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis • Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> • Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi • Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan • Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat • Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat anti anxieta, jika perlu 				
Hipertermia (D.0130)					
	Definisi : Suhu tubuh meningkat di atas rentang tubuh normal				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th><th>SIKI</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>Definisi : Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal.</p> <p>Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam, termoregulasi membaik, kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menggilir menurun • Tanda vital normal • Konsumsi oksigen meningkat • Pucat menurun • vasokonstriksi perifer menurun </td><td> <p>Pemantauan tanda vital (I.02060)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tekanan darah • Monitor nadi (frekuensi, kedalaman) • Monitor suhu tubuh • Monitor oksimetri nadi • Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) • Identifikasi perubahan penyebab perubahan vital sign <p>Terapiutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien • Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan • Informasikan hasil pemantauan, jika perlu </td></tr> </tbody> </table>		SLKI	SIKI	<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>Definisi : Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal.</p> <p>Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam, termoregulasi membaik, kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menggilir menurun • Tanda vital normal • Konsumsi oksigen meningkat • Pucat menurun • vasokonstriksi perifer menurun 	<p>Pemantauan tanda vital (I.02060)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tekanan darah • Monitor nadi (frekuensi, kedalaman) • Monitor suhu tubuh • Monitor oksimetri nadi • Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) • Identifikasi perubahan penyebab perubahan vital sign <p>Terapiutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien • Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan • Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
SLKI	SIKI				
<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>Definisi : Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal.</p> <p>Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam, termoregulasi membaik, kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menggilir menurun • Tanda vital normal • Konsumsi oksigen meningkat • Pucat menurun • vasokonstriksi perifer menurun 	<p>Pemantauan tanda vital (I.02060)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tekanan darah • Monitor nadi (frekuensi, kedalaman) • Monitor suhu tubuh • Monitor oksimetri nadi • Monitor tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) • Identifikasi perubahan penyebab perubahan vital sign <p>Terapiutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien • Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan • Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 				
Risiko Infeksi (D.0142)					
	Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SLKI</th><th>SIKI</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Tingkat Infeksi Menurun (L.14137)</p> <p>Definisi : Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi</p> <p>Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam, infeksi tidak terjadi, kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebersihan tangan dan badan meningkat • Demam, kemerahan, nyeri, dan bengkak menurun • Periode malaise menurun </td><td> <p>Pencegahan ineksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala local dan sistemik <p>Terapiutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada daerah oedema </td></tr> </tbody> </table>		SLKI	SIKI	<p>Tingkat Infeksi Menurun (L.14137)</p> <p>Definisi : Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi</p> <p>Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam, infeksi tidak terjadi, kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebersihan tangan dan badan meningkat • Demam, kemerahan, nyeri, dan bengkak menurun • Periode malaise menurun 	<p>Pencegahan ineksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala local dan sistemik <p>Terapiutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada daerah oedema
SLKI	SIKI				
<p>Tingkat Infeksi Menurun (L.14137)</p> <p>Definisi : Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi</p> <p>Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam, infeksi tidak terjadi, kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebersihan tangan dan badan meningkat • Demam, kemerahan, nyeri, dan bengkak menurun • Periode malaise menurun 	<p>Pencegahan ineksi (I.14539)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala local dan sistemik <p>Terapiutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada daerah oedema 				

<ul style="list-style-type: none"> • Periode menggigil, letargi, dan gangguan kognitif menurun • Kadar sel darah putih membaik 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan etika batuk • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.
--	---

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan Keperawatan / implementasi adalah katagori dari prilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang dipekirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan (Sdki et al., 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramat dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, pasien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (*reassessment*). Secara umum, evaluasi ditujukan untuk:

- a. Melihat dan menilai kemampuan pasien dalam mencapai tujuan.
- b. Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum.
- c. Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai (Sdki et al., 2022).

C. Latihan

1. Seorang laki-laki 47 tahun datang ke IGD dengan keluhan nyeri perut. Hasil pengkajian: nyeri dirasakan pada kuadran kanan bawah, skala nyeri 4, mual dan muntah 5 kali dirumah, TD 130/90 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu tubuh 38,5°C
Apa masalah keperawatan pada pasien tersebut?
 - a. Nyeri akut
 - b. Hypotermia
 - c. Hipertermia
 - d. Nyeri kronik
 - e. Risiko Infeksi
2. Seorang Perempuan 35 tahun post operasi apendiktomi hari 1. Hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri pada daerah luka post operasi, skala nyeri 7, pusing dan mual, perut terasa kembung dan merasa lemas, TD 145/85mmHg, frekuensi nadi 88x/menit, frekuensi napas 20x/menit, Suhu tubuh 37,3°C.
Apakah masalah keperawatan utama yang muncul pada pasien tersebut?
 - a. Nausea
 - b. Nyeri akut
 - c. Hipertermia
 - d. Risiko cidera
 - e. Intoleransi aktifitas
3. Seorang perempuan 30 tahun datang ke IGD diagnosis suspect apendisitis. Hasil pengkajian, pasien mengeluh nyeri perut kanan bawah, skala nyeri 8, mual, muntah, serta tidak nafsu makan, TD 130/80 mmHg, frekuensi nadi 88 x/menit frekuensi napas 26x/menit.
Apakah pengkajian selanjutnya yang dilakukan perawat?
 - a. Auskultasi bising usus
 - b. Observasi status nutrisi
 - c. Pemeriksaan laboratorium
 - d. Palpasi pada titik Mc. Burney
 - e. Observasi tanda-tanda dehidrasi

4. Seorang laki-laki post op apendiktomi hari ke 4. Hasil pengkajian: terdapat luka operasi pada bagian perut kanan bawah, luka tampak merah TD 120/85mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu tubuh 37,2°C.

Apa masalah keperawatan pada pasien tersebut?

- a. Risiko Infeksi
- b. Risiko hypotermia
- c. Risiko hypertermia
- d. Kerusakan integritas kulit
- e. Risiko Keusakan integritas kulit

Setelah mempelajari materi diatas, Asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan Apendicitis, mahasiswa diharapkan dapat melakukan latihan soal dibawah ini:

1. Review dan jelaskan anatomi fisiologi appendix.
2. Sebutkan dan jelaskan klasifikasi appendicitis.
3. Sebutkan manifestasi klinik apaappendicitis akut.
4. Sebutkan diagnosis keperawatan yang sering muncul pada kasus appendicitis akut
5. Gambarkan pathwat appendicitis.
6. Jelaskan penatalaksanaan appendicitis.

D. Rangkuman Materi

Appenditis adalah peradangan pada appendix vermicularis dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini menyerang semua usia baik laki-laki maupun perempuan, walaupun jarang pada anak-anak usia sebelum sekolah. Penyakit ini lebih sering menyerang laki-laki berusia 12 sampai 30 tahun dan merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah darurat abdomen (Touati et al., 2024).

Manifestasi klinik appendicitis biasanya muncul sebagai nyeri perut umum atau periumbilikal yang kemudian terlokalisasi ke kuadran kanan bawah. Saat peradangan appendix menjadi lebih parah dan peritoneum parietal yang berdekatan teriritasi, rasa sakit menjadi lebih terlokalisasi ke kuadran kanan bawah sekitar 2/3 jarak umbilikus ke SIAS (titik McBurney). Nyeri juga mungkin disertai dengan salah satu gejala berikut ; nafsu makan berkurang, mual muntah, demam tinggi (bisa mencapai 40°C), diare atau mungkin konstipasi,

generalisasi malaise, frekuensi atau urgensi berkemih, spasme otot (Aber et al., 2022).

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosis keperawatan yang sering muncul pada appendicitis adalah :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis (inflamasi appendicitis) (D.00077).
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (Prosedur operasi) (D.0077).
- 3) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (Infeksi pada appendicitis) (D.0130).
- 4) Risiko Hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif (muntah) (D.0034)
- 5) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)
- 6) Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasive (D.0142)

Daftar Pustaka

- Aber, R., Becker, G., Anafy, A., Ben-tov, A., Greenberg, A., & Sukhotnik, I. (2022). Journal of Pediatric Surgery Case Reports Isolated Crohn ' s disease of the appendix presenting as growth delay in an adolescent male. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*, 78(January), 102204. <https://doi.org/10.1016/j.epsc.2022.102204>
- Aleq, M., Yudha, P., & Putra, P. (2024). Gastroenterology & Endoscopy Comparison of pain between laparoscopic appendectomy vs open appendectomy in patients with acute appendicitis. *Gastroenterology & Endoscopy*, 2(1), 56–59. <https://doi.org/10.1016/j.gande.2024.01.004>
- Anderson, J. E., Campbell, J. A., Durowoju, L., Greenberg, S. L. M., Rice-townsend, S. E., Gow, K. W., & Avansino, J. (2021). Journal of Pediatric Surgery Case Reports COVID-19-associated multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) presenting as appendicitis with shock. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*, 71, 101913. <https://doi.org/10.1016/j.epsc.2021.101913>
- Andr, J., Pedraza, M., Padilla, L., Lozada-martinez, I. D., Narvaez-rojas, A. R., & Cabrera-vargas, L. F. (2023). *Heliyon Single incision laparoscopic appendectomy with surgical-glove port is cost-effective and reliable in complicated acute appendicitis: A casecontrol multicenter study in Colombia*. 9(January).

<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e12972>

Board, A., Harrison, N., Sokolove, P. E., & Anderson, J. D. (2023). *Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Emergency Department Patients With Suspected Appendicitis*. 81(6), 2023.

Britcliffe, A., Spittle, A., & Rathnayake, S. (2023). Does an acute care surgery model decrease the rate of negative appendicectomy in the Australian experience : A systematic review and. *Health Sciences Review*, 8(July), 100106. <https://doi.org/10.1016/j.hsr.2023.100106>

Espín, I. M., Gallardo, M. P., Cáceres, C. D. M., & Barriocanal, M. B. (2021). *Apendicitis aguda en ni~nos con síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS). Una complicación a considerar* Acute appendicitis in children with multisystemic inflammatory syndrome. 95, 479–482. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.05.015>

Fritson, C., Holloway, M., Thomas, P., & Zarroug, A. (2023). Journal of Pediatric Surgery Case Reports Post - operative volvulus following laparoscopic appendectomy: A case series. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*, 99(October), 102733. <https://doi.org/10.1016/j.epsc.2023.102733>

Middlesex, N., & Way, S. (2021). Case report Acute appendicitis and retroperitoneal abscess : rare complications of sigmoid diverticulitis ☆ Case report. *Radiology Case Reports*, 16(8), 1961–1964. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2021.04.075>

Oka, P., Nurhesti, Y., Ketut, N., Prapti, G., Oka, M., Kamayani, A., & Suryawan, P. A. (1980). Analisis Penggunaan Diagnosis Keperawatan Berbasis SDKI dan NANDA Pendahuluan Asuhan keperawatan merupakan suatu metode ilmiah

PPNI (2017)., Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

PPNI (2017)., Standar Intervensi Keperawatam Indonesia (SIKI)

PPNI (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

Rodríguez, E., Valero, J., Jaramillo, L., Vallejo-ortega, M. T., & Lagos, L. (2019). Evaluation of concordance among surgeons and pathologists regarding the diagnosis and classification of acute appendicitis in children. *Journal of Pediatric Surgery*, xxxx. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2019.09.025>

Sarraf, P., Prabhu, A., Love, J., Mbbs, R. A., Ghoulam, E., & Villa, E. (2023). Endoscopic retrograde appendicitis therapy in adults with uncomplicated acute appendicitis: a systematic review and. *IGIE*, 2(4), 522-528.e3. <https://doi.org/10.1016/j.igie.2023.10.004>

Sdki, P., Keperawatan, A., Kusumaningrum, P. R., & Sulistyowati, A. D. (2022). *Penerapan 3S (SDKI, SLKI, SIKI) dalam Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit.* 2(2), 577–582.

Touati, M. D., Raouf, M., Othmane, B., Belhadj, A., Saïdi, A., Saidani, A., & Chebbi, F. (2024). International Journal of Surgery Case Reports A rare case report of an appendico-sigmoid fistula complicating untreated acute appendicitis : Unraveling complexity in diagnosis and treatment. *International Journal of Surgery Case Reports*, 116(January), 109298. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.109298>

Uribe, A. F., P, J. P., & Alberto, J. (2022). *International Journal of Surgery Case Reports Diagnosis and surgical intervention of acute appendicitis secondary to enterobius vermicularis: case report.* 99 (September), 10–12. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107678>

BAB 5

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA PERITONITIS

Meliani Sukmadewi Harahap, S.Kep., M.Kes

Deskripsi Pembelajaran

Pembaca yang budiman, selamat Anda telah menyelesaikan materi sebelumnya. Saat ini Anda akan belajar tentang "Asuhan keperawatan pada pasien Peritonitis". Pada topik ini Anda akan mendalami tentang konsep asuhan keperawatan pada masalah-masalah kesehatan yang lazim terjadi pada pasien usia dewasa dengan gangguan fungsi tubuh akibat kondisi patologis akibat mengalami gangguan saluran pencernaan dengan pasien Peritonitis. Topik ini juga membahas tentang konsep dan prinsip pengelolaan pasien Peritonitis yang meliputi: definisi, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, dan proses asuhan keperawatannya dengan menggunakan SDKI, SLKI dan SIKI.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

A. Tujuan Pembelajaran:

Setelah menyelesaikan materi rencana asuhan perawatan secara kedaruratan ini, diharapkan Anda akan dapat:

1. Memahami patofisiologi Peritonitis, termasuk gangguan sistem secara sistemik dan perubahan hemodinamik yang diakibatkannya.
2. Melakukan pengkajian keperawatan yang komprehensif, mengintegrasikan tanda dan gejala Peritonitis, faktor risiko, dan potensi komplikasi.
3. Merumuskan dan memprioritaskan diagnosis keperawatan, menangani aspek fisiologis dan psikososial manajemen Peritonitis.
4. Mengembangkan intervensi keperawatan berbasis bukti, dengan fokus pada optimalisasi fungsi saluran pencernaan khusunya Peritonitis, meningkatkan keseimbangan cairan, dan mencegah risiko infeksi seluruh tubuh.
5. Mendidik pasien tentang strategi manajemen mandiri, termasuk kepatuhan pengobatan, pertimbangan pola makan, dan pemantauan gejala untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi rawat inap kembali di rumah sakit.
6. Melakukan evaluasi keperawatan secara kedaruratan pada setiap masalah

keperawatan yang muncul pada pasien Peritonitis.

B. Capaian Pembelajaran :

1. Mampu menerapkan prinsip etik, perspektif hukum dan budaya dalam keperawatan (CP.PK.01)
2. Mampu memahami ilmu keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan proses keperawatan (CP.PK.02)
3. Mampu memberikan asuhan keperawatan secara professional pada tatanan laboratorium dan lapangan (klinik dan komunitas) untuk meningkatkan dan kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan klien (CP.PK.03)
4. Mampu melaksanakan keterampilan komunikasi dalam asuhan keperawatan dan informasi ilmiah (CP.PK.04)

URAIAN MATERI

A. Definisi

Peritonitis adalah peradangan dan lapisan peritoneum, pada membrane serosa, pada bagian rongga perut. Peritonitis dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronik dan memiliki berbagai gejala, termasuk nyeri tekan dan nyeri lepas pada palpasi, defans otot, dan tanda-tanda inflamasi umum. Peritonitis adalah Peradangan yang biasanya disebabkan oleh infeksi pada lapisan membrane serosa rongga abdomen dan dinding perut bagian dalam.

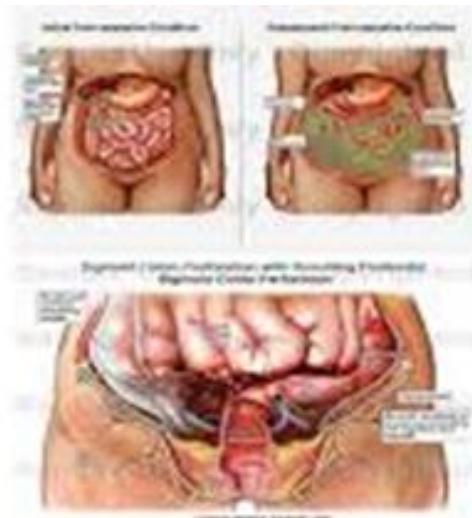
Pembentukan abses di dalam abdomen adalah tanda peritonitis terlokalisasi. Infeksi bakteri biasanya menyebabkan peradangan peritoneum, peradangan ini dapat disebabkan oleh iritasi kimiawi atau, disebabkan karena gangguan autoimun (pada kasus yang jarang terjadi).

Peritonitis, suatu kondisi serius, disebabkan oleh inflamasi umum atau lokal pada peritoneum (selaput yang melapisi rongga perut). Inflamasi peritoneum, lapisan membrane serosa rongga abdomen yang meliputi visera. Penyulit berbahaya ini dapat muncul dalam bentuk akut maupun kronis dan dapat disertai dengan kumpulan tanda dan gejala, seperti nyeri tekan dan nyeri lepas pada palpasi, kelelahan otot, dan gejala inflamasi umum. Pasien yang menderita peritonitis dapat mengalami gejala akut, penyakit yang ringan dan terbatas, atau penyakit yang parah dan sistemik sepsis.

Peritonitis adalah inflamasi peritoneum, lapisan membran serosa rongga perut yang meliputi viresela. Biasanya karena infeksi bakteri: bakteri dari penyakit saluran gastrointestinal atau, pada wanita, dari organ reproduksi internal (Nurarif, Kusuma, 2015).

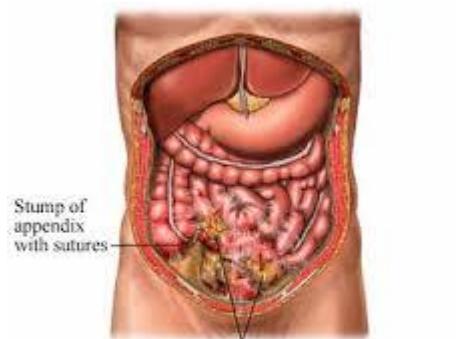
Peradangan rongga peritoneum yang disebabkan oleh penyebaran infeksi dari organ abdomen seperti appendik, pancreatitis, rupture appendiks, perforasi atau trauma lambung, dan kebocoran anastomosis dikenal sebagai peritonitis. (Padila, 2012).

Dapat disimpulkan bahwa peritonitis adalah peradangan pada lapisan rongga abdomen akibat infeksi bakteri dari saluran gastrointestinal.



Gambar 5.1 Peritonitis

ln.run/3MD1- dikutip tanggal 7 Maret 2024



Gambar 5.2 Peritonitis

<https://ln.run/TJRu0> dikutip tanggal 7 Maret 2024

B. Etiologi

1. Infeksi bakteri
 - a. Mikroorganisme berasal dari penyakit saluran gastrointestinal
 - b. Appendisitis yang meradang dan perforasi
 - c. Tukak peptik (lambung/dudenum)
 - d. Tukak thypoid
 - e. Tukan disentri amuba/colitis
 - f. Tukak pada tumor
 - g. Salpingitis
 - h. Divertikulitis

Bakteri Coli, streptokokus alpha dan beta hemolitik, staphylococcus aureus, enterokokus, dan clostridium welchii adalah kuman yang paling umum. Menginvasi melalui:

- a. Secara langsung dari luar:
 - 1) Operasi yang tidak steril;
 - 2) Terkontaminasi dengan talcum venetum, lycopodium, dan sulfonamida; dan
 - 3) Peritonitis yang disertai dengan pembentukan jaringan granulomatosa sebagai reaksi terhadap benda asing, juga disebut sebagai peritonitis granulomatosa atau peritonitis lokal; dan
 - 4) Terjadi melalui tuba fallopius seperti cacing enterobius vermicularis.

2. Secara hematogen sebagai komplikasi dari beberapa penyakit akut seperti radang saluran pernapasan bagian atas, otitis media, mastoiditis, dan glomerulonephritis. Streptokokus atau pneumokokus adalah penyebab utama.

3. Peritonitis Kimiawi

Akibat oleh Enzim Pankreas, asam lambung atau empedu sebagai akibat cedera/farporasi usus/saluran empedu.

Etiologi peritonitis bisa sangat bervariasi tergantung pada jenisnya, baik itu primer atau sekunder. Berikut adalah beberapa penyebab umum lain dari peritonitis:

1. Perforasi Usus: Salah satu penyebab paling umum dari peritonitis adalah perforasi (robekan) pada usus. Ini bisa disebabkan oleh kondisi seperti ulkus peptikum yang pecah, divertikulitis, radang usus, atau cedera perut akibat kecelakaan atau trauma.
2. Radang Usus Buntu yang Pecah: Jika radang usus buntu (appendicitis) tidak diobati, bisa pecah dan menyebabkan peritonitis. Ini adalah penyebab yang umum dari peritonitis sekunder.
3. Infeksi Organ Panggul pada Wanita: Infeksi pada organ reproduksi wanita seperti salpingitis (radang pada saluran tuba), endometritis (radang pada lapisan dalam rahim), atau kista ovarium yang pecah dapat menyebabkan peritonitis.
4. Cedera Perut: Cedera atau trauma pada perut yang parah, seperti ditusuk atau tertabrak, dapat menyebabkan peritonitis jika peritoneum rusak dan bakteri masuk ke dalam rongga perut.

5. Pembedahan Abdomen: Cedera pada peritoneum selama prosedur bedah abdomen, terutama jika terjadi kontaminasi bakteri, dapat menyebabkan peritonitis.
6. Peritonitis Primer: Peritonitis primer dapat terjadi tanpa adanya infeksi sekunder dari organ dalam perut. Ini dapat disebabkan oleh bakteremia (infeksi bakteri dalam darah), peritonitis tuberkulosis, atau peritonitis yang berkembang sebagai komplikasi dari penyakit perut kronis.

Peritonitis dapat juga disebabkan Sbb:

1. Gangguan Saluran Cerna: Beberapa gangguan pada saluran cerna seperti penyakit Crohn atau kolitis ulserativa dapat menyebabkan peradangan dan kerusakan pada dinding usus, yang pada gilirannya dapat memicu peritonitis jika terjadi perforasi atau pecahnya dinding usus.
2. Penyakit Batu Empedu: Jika batu empedu terjebak di saluran empedu dan menyebabkan sumbatan, dapat menyebabkan radang dan infeksi pada kandung empedu atau saluran empedu, yang pada gilirannya dapat menyebabkan peritonitis.
3. Kerusakan atau Infeksi Organ Abdominal: Kerusakan atau infeksi pada organ-organ lain dalam rongga perut seperti pankreas (pankreatitis), hati (abses hati), atau ginjal (abses ginjal) dapat menyebabkan peritonitis jika infeksi menyebar ke peritoneum.
4. Komplikasi dari Dialisis Peritoneal: Pada beberapa kasus, peritonitis dapat terjadi sebagai komplikasi dari prosedur dialisis peritoneal, di mana cairan dialisis yang dimasukkan ke dalam rongga perut menjadi terkontaminasi dan menyebabkan infeksi.
5. Kehamilan Ektopik: Kehamilan ektopik, di mana janin berkembang di luar rahim, dapat menyebabkan perdarahan internal dan pecahnya tuba falopi, yang dapat menyebabkan peritonitis.
6. Infeksi Parasetamol: Konsumsi overdosis parasetamol (asetaminofen) dapat menyebabkan kerusakan hati dan peritonitis sebagai komplikasi dari kerusakan hati yang parah.
7. Infeksi Bakteri dalam Darah: Bakteremia, di mana bakteri masuk ke dalam aliran darah, dapat menyebabkan peritonitis jika bakteri menyebar ke rongga perut melalui aliran darah.

C. Patofisiologi

Patofisiologi peritonitis terjadi sebagai respons terhadap peradangan atau infeksi pada peritoneum, lapisan tipis jaringan yang melapisi dinding dalam rongga perut dan melapisi organ di dalamnya.

Proses patofisiologi peritonitis dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Infeksi atau Peradangan: Peritonitis dapat terjadi ketika bakteri atau bahan lainnya memasuki rongga perut melalui berbagai cara, seperti perforasi usus, radang usus buntu yang pecah, cedera perut, atau infeksi organ panggul pada wanita. Bakteri ini menginfeksi atau merusak peritoneum, yang menyebabkan peradangan dan respons imun tubuh.
2. Respon Inflamasi: Peradangan pada peritoneum memicu respon inflamasi oleh sistem kekebalan tubuh. Sel darah putih seperti neutrofil dan makrofag bermigrasi ke daerah yang terinfeksi untuk melawan infeksi dan membersihkan bakteri yang ada.
3. Produksi Cairan Peritoneal: Peritoneum biasanya memproduksi cairan peritoneal yang membantu melumasi organ-organ dalam rongga perut dan melindungi dari gesekan. Namun, selama peritonitis, produksi cairan ini dapat meningkat sebagai respons terhadap peradangan.
4. Akumulasi Cairan dan Eksudat: Akibat peradangan, cairan dan eksudat (zat yang berasal dari pembuluh darah dan jaringan yang meradang) dapat berkumpul dalam rongga perut. Hal ini dapat menyebabkan perut menjadi bengkak dan terasa kaku.
5. Gangguan Motilitas Usus: Peradangan yang terjadi dalam rongga perut juga dapat memengaruhi motilitas usus, mengakibatkan gangguan dalam gerakan peristaltik usus. Ini bisa menyebabkan gejala seperti gangguan pencernaan, mual, muntah, dan konstipasi.
6. Sepsis: Jika infeksi tidak dikendalikan dengan baik, peritonitis dapat berkembang menjadi sepsis, yaitu respons tubuh yang berlebihan terhadap infeksi, yang dapat menyebabkan peradangan sistemik, gangguan sirkulasi, dan bahkan kegagalan organ.
7. Kerusakan Organ: Pada kasus yang parah, peritonitis dapat menyebabkan kerusakan organ dalam rongga perut seperti kerusakan usus, hati, atau ginjal akibat infeksi dan peradangan yang meluas.

D. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala peritonitis dapat bervariasi tergantung pada penyebabnya dan tingkat keparahannya. Namun, beberapa tanda dan gejala umum yang sering terjadi pada peritonitis meliputi:

1. Nyeri Perut yang Parah: Nyeri perut adalah gejala utama peritonitis. Nyeri biasanya terasa tajam, tiba-tiba, dan terlokalisasi di daerah perut yang terkena. Nyeri ini sering kali menjadi lebih buruk dengan pergerakan atau sentuhan.
2. Perut Kaku dan Mengencang: Peritonitis sering disertai dengan perut yang terasa kaku dan mengencang. Ini disebabkan oleh peradangan dan penumpukan cairan dalam rongga perut.
3. Nausea dan Muntah: Banyak orang dengan peritonitis juga mengalami mual dan muntah. Hal ini dapat disebabkan oleh peradangan peritoneum yang merangsang pusat muntah di otak.
4. Demam dan Menggil: Infeksi yang menyebabkan peritonitis dapat menyebabkan demam dan menggil sebagai respons alami tubuh terhadap infeksi.
5. Gangguan Pencernaan: Peradangan dalam rongga perut dapat menyebabkan gangguan pencernaan, termasuk perubahan dalam gerakan usus, diare, atau konstipasi.
6. Nadi Cepat (Tachycardia): Seseorang dengan peritonitis mungkin mengalami peningkatan denyut jantung (tachycardia) karena tubuhnya mencoba untuk mengatasi infeksi dan peradangan.
7. Pernapasan Cepat (Tachypnea): Kondisi peradangan dalam rongga perut juga dapat menyebabkan pernapasan yang cepat atau dangkal.
8. Distensi Abdomen: Peradangan dan penumpukan cairan dalam rongga perut dapat menyebabkan distensi abdomen, di mana perut terlihat lebih besar dari biasanya.
9. Perubahan Mental atau Keadaan Kesadaran: Pada kasus yang parah, peritonitis dapat menyebabkan perubahan mental atau penurunan kesadaran karena efek toksin dari infeksi yang menyebar ke dalam darah.
10. Hilangnya Selera Makan: Banyak pasien dengan peritonitis juga mengalami hilangnya selera makan atau ketidakmampuan untuk makan.

E. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang sangat penting dalam diagnosis peritonitis untuk mengonfirmasi diagnosis, mengevaluasi keparahan kondisi, dan membantu merencanakan pengobatan yang tepat.

Beberapa pemeriksaan penunjang yang umum dilakukan untuk pasien dengan peritonitis meliputi:

1. Pemeriksaan Darah Lengkap (Complete Blood Count/CBC): CBC dilakukan untuk mengevaluasi jumlah sel darah putih (leukosit) yang meningkat, yang merupakan tanda infeksi. Perubahan dalam jumlah sel darah merah dan trombosit juga dapat memberikan petunjuk tentang keparahan infeksi atau perdarahan.
2. Analisis Cairan Perut (Peritoneal Fluid Analysis): Jika peritonitis diduga, dokter dapat melakukan paracentesis perut untuk mengambil sampel cairan perut. Analisis cairan perut dapat memberikan informasi tentang jenis dan jumlah sel darah putih, bakteri, dan kandungan kimia lainnya yang dapat membantu mengkonfirmasi diagnosis peritonitis dan menentukan penyebabnya.
3. Pemeriksaan Urine: Pemeriksaan urine dapat dilakukan untuk menyingkirkan infeksi saluran kemih atau ginjal yang mungkin menjadi penyebab atau faktor yang memperburuk peritonitis.
4. Kultur dan Uji Kepekaan: Jika cairan perut atau darah dianggap positif untuk bakteri, kultur bakteri dapat dilakukan untuk mengidentifikasi jenis bakteri yang menyebabkan infeksi. Uji kepekaan juga dapat dilakukan untuk menentukan antibiotik mana yang paling efektif dalam mengobati infeksi tersebut.

F. Pemeriksaan Radiologi

Rontgen Perut (Abdominal X-ray): Rontgen perut dapat membantu mengidentifikasi adanya cairan, udara bebas, atau obstruksi usus yang dapat menjadi petunjuk tentang peritonitis.

- Ultrasonografi Abdomen: Membantu mendeteksi adanya peradangan, cairan, atau abses dalam rongga perut.
- Computed Tomography (CT) Scan Abdomen: Merupakan pemeriksaan yang sangat berguna untuk menilai keparahan peritonitis, mengidentifikasi penyebabnya, dan memandu perencanaan perawatan lebih lanjut.
- Elektrokardiogram (ECG): Dapat dilakukan untuk menilai fungsi jantung, terutama jika pasien mengalami tanda-tanda syok atau perburukan kondisi kardiovaskular sebagai komplikasi dari peritonitis.

G. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan peritonitis bertujuan untuk mengatasi infeksi, mengurangi peradangan, mengontrol gejala, mencegah komplikasi, dan mendukung pemulihan pasien. Pengelolaan peritonitis sering melibatkan kombinasi terapi medis dan, dalam beberapa kasus, intervensi bedah.

Berikut adalah beberapa langkah dalam penatalaksanaan peritonitis:

1. Stabilisasi Pasien: Langkah pertama dalam penatalaksanaan, terutama jika pasien mengalami gejala syok atau kondisi klinis yang mengancam jiwa lainnya. Ini mungkin melibatkan resusitasi cairan intravena, dukungan oksigen, dan pengelolaan gejala akut lainnya.
2. Terapi Antibiotik: Merupakan langkah penting untuk mengatasi infeksi bakteri. Pemilihan antibiotik yang tepat biasanya didasarkan pada jenis bakteri yang diduga menjadi penyebab peritonitis, yang ditentukan melalui pemeriksaan cairan perut atau berdasarkan faktor risiko dan penyebab yang mungkin dari riwayat pasien.
3. Drainase Cairan atau Abses: Jika peritonitis disebabkan oleh abses dalam rongga perut, prosedur drainase mungkin diperlukan untuk mengeluarkan cairan yang terakumulasi dan mengurangi tekanan pada organ-organ di sekitarnya, dapat dilakukan melalui paracentesis, pemasangan kateter drainase, atau intervensi bedah.
4. Manajemen Cairan dan Elektrolit: Pasien dengan peritonitis sering mengalami kehilangan cairan dan ketidakseimbangan elektrolit akibat muntah, diare, atau perdarahan internal. Penggantian cairan intravena dan pemantauan elektrolit yang tepat penting untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit yang optimal.
5. Manajemen Nyeri: Pengobatan nyeri adalah bagian penting dari penatalaksanaan peritonitis. Analgesik seperti obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS) atau opiat dapat diberikan untuk mengurangi nyeri perut dan meningkatkan kenyamanan pasien.
6. Monitorisasi Klinis dan Laboratorium: Pasien dengan peritonitis perlu dimonitor dengan cermat untuk mengevaluasi respons terhadap pengobatan, memantau perkembangan kondisi, dan mendeteksi komplikasi potensial. Pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemantauan tanda-tanda vital secara teratur diperlukan.
7. Evaluasi Bedah: Dalam beberapa kasus, intervensi bedah dapat dilakukan untuk mengatasi penyebab yang mendasari peritonitis, seperti perforasi usus, abses intra-abdominal, atau kondisi bedah lainnya. Operasi dilakukan untuk

- membersihkan infeksi, memperbaiki kerusakan organ, atau menghilangkan sumber infeksi.
8. Perawatan Suportif: Selain pengobatan langsung terhadap peritonitis, perawatan suportif seperti nutrisi yang adekuat, mobilisasi dini, dan perhatian psikososial juga penting untuk mendukung pemulihan pasien.

Beberapa aspek tambahan dalam penatalaksanaan peritonitis:

- Pemantauan Infeksi dan Sepsis: Pasien harus dipantau dengan cermat untuk tanda-tanda perburukan infeksi atau perkembangan sepsis, meliputi peningkatan demam, peningkatan denyut jantung, perubahan dalam kultur cairan perut atau darah, dan penurunan respons terhadap terapi antibiotik. Sepsis adalah kondisi serius yang membutuhkan perawatan intensif dan pengobatan segera.
- Edukasi Pasien: Penting bagi pasien dan keluarganya untuk memahami kondisi peritonitis, rencana pengobatan, dan tanda-tanda perburukan yang perlu diperhatikan. Edukasi tentang pentingnya mengikuti rekomendasi pengobatan, mengenali gejala yang memerlukan perhatian medis segera, dan menjaga kesehatan umum juga penting untuk meningkatkan hasil pengobatan.
- Konsultasi Spesialis: Dalam beberapa kasus, konsultasi dengan spesialis tertentu mungkin diperlukan untuk manajemen yang optimal. Misalnya, konsultasi dengan ahli bedah, gastroenterolog, atau spesialis infeksi dapat membantu dalam evaluasi lebih lanjut dan perencanaan perawatan yang tepat.
- Pemulihan dan Rehabilitasi: Setelah pengobatan akut, pemulihan dan rehabilitasi pasien menjadi fokus penting. Ini termasuk pemantauan status kesehatan jangka panjang, pengelolaan komplikasi yang mungkin timbul, rehabilitasi fisik jika diperlukan, dan dukungan emosional bagi pasien dan keluarganya selama proses pemulihan.
- Pencegahan Kambuh: Untuk mencegah kambuhnya peritonitis, penting untuk mengidentifikasi dan mengelola faktor risiko yang mungkin, seperti penyakit radang usus, infeksi organ panggul, atau penyakit batu empedu. Pemantauan teratur oleh profesional medis dan kepatuhan terhadap

perawatan medis yang diresepkan juga dapat membantu mencegah kambuhnya peritonitis.

- Penatalaksanaan peritonitis harus bersifat holistik dan individual, dengan mempertimbangkan kondisi klinis pasien secara menyeluruh. Setiap langkah dalam penatalaksanaan harus diarahkan untuk memaksimalkan hasil klinis, meningkatkan kualitas hidup pasien, dan mencegah komplikasi yang berpotensi mengancam jiwa.

H. Asuhan Keperawatan Peritonitis menurut SDKI, SLKI, SIKI

1. Diagnosa

- a. Nyeri akut berhubungan dengan peradangan peritoneum dan penumpukan cairan dalam rongga perut:
 - Tujuan: Mengurangi atau menghilangkan nyeri pasien agar nyaman dan dapat berpartisipasi dalam aktivitas perawatan dan pemulihan.
 - Intervensi: Pemberian analgesik sesuai resep atau sesuai kebutuhan, penggunaan teknik non-farmakologis seperti relaksasi atau distraksi, pemantauan dan dokumentasi respon pasien terhadap pengobatan nyeri.
- b. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan perforasi usus atau lapisan peritoneum yang rusak:
 - Tujuan: Mengurangi risiko infeksi dan mencegah perkembangan peritonitis lebih lanjut.
 - Intervensi: Memantau tanda-tanda dan gejala infeksi secara cermat, mempromosikan kebersihan perut dengan melakukan perawatan luka yang bersih dan steril, memberikan terapi antibiotik sesuai rekomendasi dokter, memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang tanda-tanda infeksi yang perlu diperhatikan.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri perut yang persisten dan kecemasan terkait kondisi medis:
 - Tujuan: Meningkatkan kualitas tidur pasien dan memfasilitasi pemulihan yang optimal.
 - Intervensi: Menerapkan strategi untuk meningkatkan kualitas tidur, seperti menciptakan lingkungan tidur yang tenang dan nyaman, memberikan analgesik sesuai kebutuhan untuk mengurangi nyeri yang

mengganggu tidur, memberikan dukungan emosional dan konseling untuk mengatasi kecemasan pasien yang dapat mengganggu tidur.

Dengan memahami tujuan dari setiap diagnosa keperawatan, perawat dapat merencanakan dan melaksanakan intervensi yang sesuai untuk mencapai tujuan perawatan yang diinginkan, sehingga meningkatkan kualitas perawatan pasien dan hasil keseluruhan.

- d. Gangguan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan mual, muntah, dan penurunan nafsu makan:
 - Tujuan: Mencegah atau mengatasi defisiensi nutrisi dan meningkatkan status gizi pasien.
 - Intervensi: Menganalisis asupan makanan pasien dan memberikan dukungan nutrisi yang sesuai seperti pengaturan diet rendah serat untuk mengurangi iritasi pada saluran pencernaan, memberikan suplemen nutrisi jika diperlukan, mengatasi faktor yang dapat mengganggu asupan makanan seperti mual atau muntah dengan pemberian antiemetik atau teknik relaksasi.
- e. Resiko tinggi peningkatan cairan berhubungan dengan respon inflamasi dan peningkatan kehilangan cairan:
 - Tujuan: Mencegah dehidrasi dan menjaga keseimbangan cairan yang optimal.
 - Intervensi: Memantau tanda-tanda dehidrasi dan status hidrasi pasien, memberikan cairan intravena sesuai kebutuhan untuk menggantikan kehilangan cairan dan memperbaiki perfusi jaringan, memantau asupan dan produksi urin, dan memberikan edukasi kepada pasien tentang pentingnya hidrasi yang adekuat.
- f. Resiko tinggi gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelemahan fisik, mobilitas terbatas, dan kelembaban kulit yang berlebihan:
 - Tujuan: Mencegah atau mengurangi risiko terjadinya kerusakan kulit dan luka tekan.
 - Intervensi: Membantu pasien untuk mengubah posisi secara teratur, memberikan perawatan kulit yang baik dan menjaga kebersihan, menggunakan alat bantu seperti bantal anti-dekubitus, melakukan pemeriksaan kulit secara teratur untuk mendeteksi tanda-tanda perubahan atau kerusakan.

- g. Ketidakseimbangan Kebutuhan Cairan berhubungan dengan gangguan penyerapan dan eliminasi cairan:
- Tujuan: Mencapai keseimbangan cairan yang optimal dan mencegah komplikasi terkait gangguan keseimbangan cairan.
 - Intervensi: Memantau tanda-tanda ketidakseimbangan cairan seperti edema, perubahan berat badan, dan turgor kulit, memantau keseimbangan antara asupan dan output cairan, memberikan cairan intravena sesuai kebutuhan dengan memperhatikan elektrolit dan keseimbangan asam-basa.

Setiap diagnosa keperawatan memiliki tujuan dan intervensi spesifik yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan memaksimalkan proses pemulihan. Dengan pendekatan yang komprehensif dan individual, perawat dapat memberikan perawatan yang holistik dan efektif bagi pasien dengan peritonitis.

Intervensi lain yang dapat dilakukan untuk setiap diagnosa keperawatan:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan peradangan peritoneum dan penumpukan cairan dalam rongga perut:

Intervensi:

- a. Pemberian analgesik sesuai resep atau sesuai kebutuhan untuk mengurangi nyeri pasien.
- b. Penggunaan teknik non-farmakologis seperti relaksasi, distraksi, atau terapi panas/dingin untuk mengurangi rasa nyeri.
- c. Memberikan posisi tubuh yang nyaman untuk mengurangi tekanan pada daerah perut yang sakit.
- d. Pemantauan dan dokumentasi respon pasien terhadap pengobatan nyeri untuk mengevaluasi keefektifan intervensi.

2. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan perforasi usus atau lapisan peritoneum yang rusak:

Intervensi:

- a. Memantau tanda-tanda dan gejala infeksi seperti demam, kemerahan, pembengkakan, atau peningkatan nyeri.
- b. Memastikan kebersihan perut dengan melakukan perawatan luka yang bersih dan steril, termasuk perawatan dari kateter atau luka bedah.
- c. Memberikan terapi antibiotik sesuai rekomendasi dokter dan memastikan pasien mematuhi jadwal pengobatan yang diresepkan.

- d. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang tanda-tanda infeksi yang perlu diperhatikan dan langkah-langkah pencegahan infeksi.
- 3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri perut yang persisten dan kecemasan terkait kondisi medis:

Intervensi:

- a. Memberikan lingkungan tidur yang tenang dan nyaman, seperti mengatur pencahayaan yang redup dan suhu ruangan yang nyaman.
- b. Memfasilitasi posisi tidur yang nyaman dengan menggunakan bantal atau alas tidur yang sesuai.
- c. Menggunakan teknik relaksasi atau meditasi untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kualitas tidur.
- d. Memberikan obat tidur sesuai resep jika diperlukan, dengan memperhatikan potensi efek samping dan kecanduan.

Setiap intervensi direncanakan dan dilaksanakan secara individual sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pasien, dengan tujuan meningkatkan kenyamanan, meminimalkan risiko komplikasi, dan memfasilitasi pemulihan. Perawat juga perlu terus memantau respons pasien terhadap intervensi yang dilakukan dan menyesuaikan rencana perawatan sesuai dengan perubahan kondisi pasien.

2. Pengkajian

Pada peritonitis, terutama dalam asuhan keperawatan, merupakan langkah penting dalam mengevaluasi kondisi pasien dan merencanakan perawatan yang sesuai.

Berikut adalah beberapa teknik pengkajian yang relevan dalam kasus peritonitis:

a. Riwayat Kesehatan:

- 1) Mengumpulkan riwayat medis lengkap pasien, termasuk riwayat penyakit yang mendasari, riwayat perawatan medis sebelumnya, dan riwayat obat-obatan yang dikonsumsi.
- 2) Menanyakan tentang gejala yang mungkin dirasakan pasien, seperti nyeri perut, demam, mual, muntah, atau perubahan pola buang air besar.

b. Pemeriksaan Fisik:

- 1) Menilai tanda-tanda vital pasien, termasuk suhu tubuh, tekanan darah, nadi, dan frekuensi pernapasan.
- 2) Melakukan pemeriksaan fisik menyeluruh pada abdomen untuk mencari tanda-tanda peradangan, seperti nyeri tekan, perut kembung, atau distensi abdomen.

- 3) Memeriksa kulit pasien untuk tanda-tanda infeksi, seperti eritema, edema, atau drainase yang abnormal.

c. Pemeriksaan Laboratorium:

- 1) Melakukan pemeriksaan darah lengkap untuk menilai jumlah sel darah putih (leukosit) yang dapat menunjukkan adanya infeksi.
- 2) Memeriksa tingkat elektrolit, fungsi ginjal, dan fungsi hati untuk mengevaluasi dampak peritonitis pada organ-organ tersebut.
- 3) Melakukan tes pencitraan seperti CT scan atau USG abdomen untuk membantu menegakkan diagnosis dan menilai tingkat keparahan peritonitis.

d. Pengkajian Nyeri:

- 1) Menilai intensitas dan lokasi nyeri perut pasien menggunakan skala nyeri yang diakui secara klinis.
- 2) Menanyakan faktor-faktor yang memperburuk atau meredakan nyeri, serta respons pasien terhadap pengobatan yang diberikan.

e. Evaluasi Cairan:

- 1) Memeriksa tanda-tanda dehidrasi atau kehilangan cairan yang signifikan, seperti kulit kering, membran mukosa kering, atau penurunan turgor kulit.
- 2) Memantau tanda-tanda perdarahan internal, seperti perubahan warna atau konsistensi tinja, serta tanda-tanda syok, seperti tekanan darah rendah atau nadi lemah.

f. Pengkajian Psikososial:

- 1) Menilai dampak emosional dan psikologis dari kondisi peritonitis pada pasien dan keluarga, serta memberikan dukungan dan informasi yang diperlukan.
- 2) Mengidentifikasi faktor-faktor sosial atau lingkungan yang dapat mempengaruhi pemulihan pasien, seperti dukungan keluarga atau aksesibilitas terhadap perawatan medis.

Pengkajian yang cermat dan komprehensif merupakan langkah awal yang penting dalam manajemen peritonitis, karena dapat membantu identifikasi komplikasi dan perluasan penyakit serta memandu perawatan yang tepat untuk memaksimalkan pemulihan pasien.

Berikut adalah beberapa teknik lain pengkajian dalam kasus peritonitis:

1. *Keluhan (K):*

- a. Nyeri perut yang hebat, terutama pada bagian bawah abdomen.
- b. Perut terasa kembung dan nyeri saat disentuh.
- c. Mual dan muntah.
- d. Demam dengan suhu tubuh tinggi.
- e. Perubahan pola buang air besar, mungkin diare atau konstipasi.

2. *Riwayat Penyakit Sekarang (RPS):*

- a. Pasien mengeluhkan nyeri perut yang semakin parah selama beberapa hari terakhir.
- b. Riwayat mual, muntah, dan demam yang berlangsung sejak munculnya nyeri perut.
- c. Tidak ada riwayat cedera atau trauma pada abdomen sebelumnya.
- d. Tidak ada riwayat operasi abdomen baru-baru ini.

3. *Riwayat Penyakit Terdahulu (RPT):*

- a. Riwayat penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, atau penyakit ginjal yang dapat mempengaruhi respons tubuh terhadap infeksi.
- b. Riwayat penyakit gastrointestinal seperti ulkus lambung atau penyakit radang usus sebelumnya.

4. *Pemeriksaan Fisik (PF):*

- a. Tekanan darah: 110/70 mmHg, nadi: 100 bpm, suhu: 38,5°C.
- b. Abdomen terlihat kembung dengan distensi, terutama pada bagian bawah abdomen.
- c. Terdapat nyeri tekan pada palpasi abdomen di kuadran kanan bawah.
- d. Tidak ada tanda-tanda perdarahan eksternal atau distensi vena pada dinding abdomen.
- e. Tidak ada tanda-tanda eviserasi atau peritonitis lokal.

5. *Pemeriksaan Penunjang (PP):*

- a. Darah lengkap: Leukosit meningkat ($15.000/\text{mm}^3$) dengan pergeseran ke kiri.
- b. Elektrolit: Normal.
- c. Tes fungsi hati: Normal.
- d. CT scan abdomen: Memperlihatkan tanda-tanda peritonitis difus dengan cairan intraperitoneal yang signifikan.

Pengkajian ini memberikan gambaran lengkap tentang kondisi pasien dengan peritonitis, termasuk keluhan, riwayat penyakit, temuan pemeriksaan fisik, dan hasil pemeriksaan penunjang. Hal ini penting untuk merencanakan intervensi perawatan yang sesuai dan memantau respons pasien terhadap perawatan yang diberikan.

Beberapa pemeriksaan fisik yang penting dilakukan dalam evaluasi peritonitis:

1. Inspeksi Abdomen:
 - a. Memeriksa bentuk dan simetri abdomen.
 - b. Mengamati adanya distensi atau kembung abdomen.
 - c. Memerhatikan adanya peristaltik usus yang meningkat (obstruksi usus).
 - d. Mencari tanda-tanda perdarahan atau ekimosis pada dinding abdomen.
2. Auskultasi Abdomen:
 - a. Mendengarkan suara bising usus untuk mengevaluasi peristaltik.
 - b. Memeriksa adanya tanda-tanda obstruksi usus, seperti suara bising usus yang berkurang atau tidak ada sama sekali.
3. Palpasi Abdomen:
 - a. Menilai nyeri tekan pada berbagai bagian abdomen, khususnya pada kuadran kanan bawah (tempat umum terjadinya peritonitis).
 - b. Mencari adanya massa atau pembengkakan abnormal.
 - c. Memeriksa adanya reaksi defensif (perut kaku) yang merupakan tanda peritonitis.
 - d. Memeriksa tanda-tanda radang peritonium pada titik McBurney (tanda appendisitis).
4. Perkusi Abdomen:
 - a. Melakukan perkusi abdomen untuk mengevaluasi adanya distensi atau gas di dalam abdomen.
 - b. Memeriksa adanya ketidaknyamanan atau nyeri saat melakukan perkusi.
5. Pemeriksaan Tanda-tanda Khusus:
 - a. Pemeriksaan tanda-tanda Cullen (ekimosis pada daerah perumbilikal) dan Grey Turner (ekimosis pada daerah pinggang) yang dapat menunjukkan perdarahan intraperitoneal.
 - b. Pemeriksaan tanda-tanda Murphy pada kasus peritonitis akibat kolesistitis, yaitu nyeri pada palpasi pada daerah kandung empedu.
6. Evaluasi Tanda-tanda Vital:
 - a. Mengukur suhu tubuh untuk mengevaluasi adanya demam.
 - b. Mencatat tekanan darah, nadi, dan frekuensi pernapasan untuk menilai stabilitas hemodinamik pasien.

Pemeriksaan fisik yang cermat akan membantu mengidentifikasi tanda-tanda klinis peritonitis serta memantau perkembangan pasien selama perawatan. Jika terdapat temuan yang mencurigakan atau komplikasi yang mungkin berkembang, penilaian lebih lanjut atau intervensi medis segera mungkin diperlukan.

I. Latihan

1. Apa yang dimaksud dengan peritonitis?
 - a. Peradangan pada paru-paru
 - b. Peradangan pada peritoneum
 - c. Peradangan pada hati
 - d. Peradangan pada ginjal
2. Penyebab utama peritonitis adalah...
 - a. Infeksi bakteri pada paru-paru
 - b. Perdarahan pada peritoneum
 - c. Trauma pada dinding perut
 - d. Infeksi bakteri pada peritoneum akibat perforasi usus atau organ dalam perut
3. Gejala yang TIDAK biasa muncul pada pasien dengan peritonitis adalah...
 - a. Nyeri perut yang hebat
 - b. Perut kaku atau tegang
 - c. Demam
 - d. Kesemutan pada tangan dan kaki
4. Tindakan pertama dalam penanganan gawat darurat pada peritonitis adalah...
 - a. Pemberian obat penenang
 - b. Pemberian antibiotik
 - c. Stabilisasi pasien
 - d. Melakukan pemeriksaan pencitraan seperti CT scan abdomen
5. Apa yang menjadi peran utama perawat dalam asuhan keperawatan pasien dengan peritonitis?
 - a. Memberikan pemberian obat-obatan tanpa resep
 - b. Memantau tanda-tanda vital secara berkala, manajemen nyeri, dan pendampingan psikologis
 - c. Melakukan tindakan bedah darurat
 - d. Memberikan saran tentang program latihan fisik pasca operasi
6. Pencegahan peritonitis meliputi...
 - a. Menghindari trauma pada perut dan mengobati kondisi yang berisiko

- b. Melakukan pemeriksaan rutin tanpa adanya keluhan
 - c. Mengonsumsi obat penenang secara teratur
 - d. Tidak memperhatikan gejala-gejala yang timbul pada perut
7. Tindakan bedah mendesak pada peritonitis biasanya dilakukan untuk...
- a. Merapikan rambut pasien
 - b. Menghilangkan rasa sakit
 - c. Mengobati luka bakar
 - d. Memperbaiki perforasi usus atau kondisi yang memerlukan tindakan bedah segera
8. Apa yang menjadi salah satu komplikasi yang mungkin terjadi pada pasien dengan peritonitis?
- a. Peningkatan nafsu makan
 - b. Penurunan tekanan darah
 - c. Penurunan suhu tubuh
 - d. Penglihatan yang lebih baik

Jawaban

- 1. Jawaban: b. Peradangan pada peritoneum
- 2. Jawaban: d. Infeksi bakteri pada peritoneum akibat perforasi usus atau organ dalam perut
- 3. Jawaban: d. Kesemutan pada tangan dan kaki
- 4. Jawaban: c. Stabilisasi pasien
- 5. Jawaban: b. Memantau tanda-tanda vital secara berkala, manajemen nyeri, dan pendampingan psikologis
- 6. Jawaban: a. Menghindari trauma pada perut dan mengobati kondisi yang berisiko
- 7. Jawaban: d. Memperbaiki perforasi usus atau kondisi yang memerlukan tindakan bedah segera
- 8. Jawaban: b. Penurunan tekanan darah

Dengan demikian, latihan dalam buku ajar berperan penting dalam mendukung proses pembelajaran aktif dan pembentukan pemahaman yang kuat pada pembaca.

J. Rangkuman Materi

Peritonitis adalah peradangan pada lapisan peritoneum, yaitu selaput tipis yang melapisi bagian dalam dinding perut dan melapisi organ di dalamnya. Penyebab utama peritonitis adalah infeksi bakteri, terutama berasal dari usus yang bocor atau terjadi akibat cedera atau perforasi organ di dalam perut. Tanda dan Gejala adalah Rasa sakit perut yang hebat dan tiba-tiba, Perut kaku atau terasa tegang, Demam dan menggigil, Mual dan muntah, Gangguan pencernaan seperti diare atau sembelit, Berkurangnya nafsu makan, Peningkatan denyut jantung dan pernapasan.

Asuhan Keperawatan Gawat Darurat dimulai dengan mengevaluasi cepat dan akurat terhadap kondisi pasien untuk menentukan tingkat keparahan peritonitis, Stabilisasi pasien dengan menjaga jalan nafas, memberikan oksigenasi yang adekuat, dan mengatasi syok jika diperlukan, Pemberian cairan intravena untuk mengatasi dehidrasi dan menjaga tekanan darah yang adekuat, Pemberian antibiotik secara intravena untuk mengatasi infeksi bakteri yang menjadi penyebab peritonitis, Pemberian analgesik untuk mengurangi rasa sakit yang dialami pasien, Pemantauan tanda vital secara berkala untuk memonitor respons pasien terhadap intervensi yang dilakukan, Persiapan pasien untuk tindakan bedah jika diperlukan, seperti drainase abses atau pembersihan perut. Selain itu diperlukan adanya Pendidikan Pasien dan Keluarga meliputi, Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang penyebab, gejala, dan pengelolaan peritonitis, Menjelaskan tanda-tanda perburukan yang harus segera dilaporkan kepada petugas medis, Mendorong pasien untuk mengikuti rencana perawatan yang telah ditetapkan dan mematuhi anjuran pengobatan dan perawatan.

Tindak Lanjut Pasca Perawatansagat penting yaitu, Memantau perkembangan pasien setelah perawatan untuk memastikan pemulihan yang optimal, Mengatasi komplikasi yang mungkin terjadi, seperti abses atau perdarahan, Melakukan konseling pasien dan keluarga tentang pentingnya pemeliharaan kesehatan yang baik untuk mencegah terulangnya peritonitis. Asuhan keperawatan gawat darurat yang tepat dan tepat waktu, serta melakukan tindak lanjut yang adekuat sangat diperlukan agar pasien dengan peritonitis dapat pulih dengan baik dan terhindar dari komplikasi yang lebih serius.

Daftar Pustaka

- Afifah, R., Wintoko, R., & Ismunandar, H. (2022). Peritonitis Bakterialis Spontan Pada Pasien Sirosis Hepatik: Literatur Review. *Medical Profession Journal Of Lampung*, 12(3), 495-499.
- Arianta, Ip (2021). Keperawatan Perioperative Pada Pasien Peritonitis Dengan Laparotomi Di Ruang Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Menga Bone (Disertasi Doktor, Poltekkes Tanjungkarang).
- Blevrakis, Evangelos Et Al. (2016) 'Primary Bacterial Peritonitis In A Previously Healthy Adolescent Female: A Case Report', International Journal Of Surgery Case Reports, 28, Pp. 111–113. Available At: <Https://Doi.Org/10.1016/J.Ijscr.2016.09.009>.
- Ismiyati, T. (2022). Laporan Studi Kasus Pada Pasien Dengan Peritonitis Di Ugd Rsiy Pdhi Kalasan Sleman Yogyakarta (Doctoral Dissertation, Stikes Muhammadiyah Klaten).
- Manara, M. M. (2021). Asuhan Keperawatan Perioperatif Pada Pasien Peritonitis Atas Indikasi Appendik Perforasi Dengan Tindakan Laparotomi Eksplorasi Di Ruang Ok Rumah Sakit Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2021 (Doctoral Dissertation, Poltekkes Tanjungkarang).
- Mastura, R., Nurhidayah, I. And Fikriyanti (2022) 'Asuhan Keperawatan Post Operasi Laparotomi Peritonitis Perforasi Gaster Di Icu', Jurnal Keperawatan, I(1), Pp. 110–117. Available At: <Https://Jim.Usk.Ac.Id/Fkep/Article/Viewfile/19795/9856>.
- Muja, R. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparotomi Eksplorasi Ai Peritonitis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Topaz Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Slamet Garut.
- Nabila, Selandia Baru (2022). Pengobatan Keperawatan Gangguan Nyeri Dan Kebutuhan Kenyamanan Pada Pasien Peritonitis Pasca Operasi Di Rs Metro Jendral Ahmad Yani Tahun 2022 (Disertasi Doktor, Poltekkes Tanjungkarang).
- Putri, R. T. (2022). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn. R Dengan Peritonitis Difus Atas Indikasi Post Laparotomi Dengan Terapi Suction Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Di Ruangan Icu Rsup Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022 (Doctoral Dissertation, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Alifah Padang).
- Rahadiyan Muja (2020) 'Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparotomi Eksplorasi A.I Peritonitis Dengan Nyeri Akut Di Ruang Topaz Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Samet Garut', Kesehatan, I. Available At: Program Studi

Diploma Iii Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung 2020.

Swann, H., & Hughes, D. (2000). Diagnosis And Management Of Peritonitis. Veterinary Clinics Of North America: Small Animal Practice, 30(3), 603-615.

Seri Rezki Fauziah (2019) Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada An. R Dengan Post Operasi Apendiktomi Di Rs Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2019.

Ulandari, I. P. (2023). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Pasien Dengan Post Laparotomi Ec Peritonitis Diruang Icu Raden Mattaher Kota Jambi (Doctoral Dissertation, Universitas Jambi).

PROFIL PENULIS



Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB., lahir di Kabanjahe, 14 Maret 1973. Lulus Akademi Keperawatan DepKes RI Jakarta tahun 1994. Tahun 2003 menyelesaikan Sarjana & Ners Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) Universitas Indonesia. Tahun 2013 menyelesaikan Master Keperawatan dan tahun 2014 menyelesaikan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di FIK UI. Penulis mengikuti Pendidikan Doktoral Keperawatan FIK UI mulai tahun 2019 sampai 2022. Penulis berdomisili di Karawaci, Kabupaten Tangerang, Banten.

Sejak tahun 1994 hingga tahun 1995 penulis adalah staf keperawatan di RS Ongko Mulyo Jakarta dan tahun 1995 sampai 2019 di Siloam Hospital Lippo Karawaci International sebagai perawat pelaksana, incharge dan berkarir sebagai pembimbing klinik dan terakhir asisten Manager Keperawatan Head Office Siloam Hospitals di Tangerang. Penulis juga dari tahun 2015 sampai 2022 adalah pengajar tidak tetap UPH dan pengajar Fulltime di FIK Universitas Pelita Harapan Tangerang sejak tahun 2022 sampai sekarang. Penulis membimbing mahasiswa profesi dengan mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatana Gawat Darurat, dan Managemen Keperawatan untuk program Ners di FIK Universitas Pelita Harapan. Penulis mengikuti Tenaga Pelatih Program Kesehatan (TPPK), Pekerti, Pelatihan Edukator Diabetes dan Pelatihan Perawatan Luka Dasar dan juga sebagai narasumber Preceptor di Rumah Sakit dan Pendidikan Perawat. Penulis juga ikut sebagai anggota Pengurus Pusat Himpunan Perawat Medikal Bedah Indonesia (HIPMEBI) Periode 2022-2027 dan sebagai anggota pengurus InWocna Wilayah Banten Periode 2019-2024, serta anggota pengurus PPNI Wilayah Kabupaten Tangerang 2023-2028. Email: Elysabeth.sinulingga2021@gmail.com



Anik Supriani, S.Kep., Ns., M.Kes

Penulis lahir di Trenggalek 04 Maret 1976. Jenjang akademik penulis dimulai di Akademi Keperawatan Kosgoro Mojokerto lulus tahun 1998, dan melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan sekaligus pendidikan profesi Ners di program Studi Ilmu Keperawatan PSIK Unari Surabaya lulus tahun 2007. Dan melanjutkan

pendidikan S2 di Universitas Sebelas Maret Surakarta lulus tahun 2011. Sejak tahun 1999 penulis menjadi staf dosen Keperawatan di Akademi

Keperawatan Kosgoro Mojokerto. Penulis pernah menjabat sebagai Pembantu Direktur III tahun 2010. Pada tahun 2013 penulis berpindah kerja di STIKES Dian Husada Mojokerto dan pada tahun 2014 penulis mendapat tugas tambahan sebagai Ketua LPPM (Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat) sampai sekarang ini. Dengan tugas tambahan tersebut penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat baik yang dinai internal Perguruan Tinggi maupun eksternal Perguruan Tinggi. Aktif mempublikasikan artikel penelitian pengabdian masyarakat di jurnal Nasional terakreditasi maupun International terindex. Penulis juga aktif bergabung dalam relawan BSMI (Bulan Sabit Merah Indonesia) Mojokerto serta menjadi pengurus Ikatan Perawat Gerontik Indonesia (IPEGERI) Jawa Timur.

Email Penulis: aniksupriani76@gmail.com

PROFIL PENULIS



Ns. Anastasia Hardyati., M.Kep., Sp.KMB. Lahir di Jakarta, 23 November 1967. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan, Universitas Indonesia tahun 2002, dan Program Profesi Nurse lulus tahun 2003. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan pada Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2007 dan Program Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Indonesia pada tahun 2007.

Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1989 sebagai perawat pelaksana di sebuah RS swasta di Jakarta, lalu sebagai Dosen Keperawatan di Universitas MH Thamrin, Fakultas Ilmu Kesehatan Prodi S1 Keperawatan - Ners sampai dengan saat ini. Saat ini penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Gawat Darurat, Keperawatan Kritis, Keperawatan Bencana, dan Keperawatan Medikal Bedah. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dan juga sebagai narasumber dalam berbagai kegiatan seminar, webinar dan workshop. Penulis juga menjadi Instruktur/ Pelatih dibidang Pelatihan Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: anastasiahardyati@gmail.com

Motto: "*Life will be meaningful if we are useful to others*"



Yusriani Saleh Baso, S.Kep Ns., M.Kep lahir di Soppeng, Makassar pada tanggal Januari 1983. Lulus SPK Polri Bhayangkara tahun 1998, kemudian melanjutkan di Akper Tidung Makassar dan lulus tahun 2001, melanjutkan S1 di Stikes Bhamada Slawi Jateng dan lulus tahun 2014, melanjutkan profesi Ners di Stikes Cirebon Jawa Barat lulus tahun 2015. Kemudian melanjutkan S2 di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan lulus tahun 2020. Saat ini beliau adalah dosen di Akper Al Hikmah 2 Brebes. Penulis rutin melakukan penelitian dan kegiatan pengabdian kepada masyarakat. Hasil riset juga telah dipublikasi di jurnal, sehingga dapat dimanfaatkan oleh para pembaca. Penulis aktif menulis beberapa buku dalam bidang keperawatan, kesehatan dan monografi. Penulis akan terus berkarya untuk menghasilkan tenaga keperawatan profesional melalui tulisan dan profesi yang dijalankan saat ini.

Email : yusigd4@gmail.com.

PROFIL PENULIS



Meliani Sukmadewi Harahap, S.Kep. M.Kes,

Lahir di Alur Merbau Tanggal 01 Mei 1972. Riwayat pendidikan: Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Depkes Langsa lulus tahun 1991, Sekolah Program Pendidikan Bidan (PBB) lulus tahun 1992. Melanjutkan pendidikan pada AKPER Mona Banda Aceh dan lulus tahun 2000, Tuga belajar tingkat Sarjana Keperawatan pada PSIK USU lulus tahun 2003, Tugas Belajar pada Program Magister Fasca Sarjana USU lulus tahun 2009. Mengikuti Pendidikan D-III Kebidanan pada AKBID Nusantara 2000 lulus tahun 2014. Sejak Tahun 1992 penulis bertugas sebagai Bidan. Pada tahun 2000 Mutasi dan bekerja di Akper Depkes Langsa yang saat ini konversi menjadi Program Studi D-III Keperawatan Langsa Poltekkes Kemenkes Aceh sampai tahun 2010, Tahun 2011 penulis mutasi ke Program Studi D-III Kebidanan Langsa sampai tahun 2021. Tahun 2021 sampai sekarang penulis kembali mutasi ke Program Studi D-III Keperawatan Langsa Poltekkes Kemenkes Aceh.

Email Penulis: melianisukmadewi@gmail.com

SINOPSIS

Buku ajar "Asuhan keperawatan Gawat Darurat pada Gangguan Sistem Gastrointestinal Berbasis SDKI, SLKI, SIKI" adalah panduan mahasiswa perawat dan perawat yang bekerja di pelayanan Kesehatan. Buku ini mengulas tindakan awal perawat menangani pasien gawat darurat, khususnya sistem gastrostinal baik pasien dikomunitas maupun pasien gawat darurat yang datang ke rumah sakit. Buku ini juga disusun untuk memandu calon perawat dan perawat melakukan tindakan penyelamatan yang terarah, cepat, tepat, dan komprehensif. Dunia medis, terutama dunia keperawatan merupakan pekerjaan yang cukup berat. Peran seorang perawat memiliki tugas sama besar dengan dokter.

Perawat dan dokter hanya dibedakan berdasarkan spesifikasi dan keterampilan dalam penanganan pasien. Jika tugas dokter lebih spesifik dan terfokus, maka perawat bertugas melakukan perawatan secara umum. Bekerja di dunia medis, membuat perawat sering mengalami masa-masa tidak terduga. Perawat akan sering mengalami kejadian dan menghadapi kondisi pasien di luar dugaan, misalnya kejadian yang mengancam nyawa pasien. Oleh karena itu, buku ini juga membahas poin-poin penting yang perlu dilakukan perawat untuk menangani pasien yang terancam jiwanya karena masalah system gastrointestinal. Buku keperawatan gawat darurat ini diharapkan mampu memberikan input pengetahuan dasar bagi mahasiswa perawat dan perawat.

Buku ini akan memaparkan dasar tindakan merawat pasien dengan menggunakan proses keperawatan dan melakukan Tindakan dengan menggunakan SDKI, SLKI dan SIKI. Adapun setelah diagnosa keperawatan ditentukan, maka sebagai perawat menentukan luaran keperawatan atau tujuan yang mau dicapai dengan kriteria hasil dan intervensi keperawatan dengan menetukan observasi, therapy keperawatan, edukasi dan kolaborasi dengan dokter. Bila ada kode-kode yang ada di buku ini disesuaikan dengan buku SDKI, SLKI, SIKI yang telah ditentukan dari Persatuan Perawat Nasional Indonesia agar semua kita seragam dan menjadi kode yang bisa digunakan untuk e-dokumentasi. Harapannya, buku ini dapat menambah pengetahuan dan keterampilan mengenai tindakan keperawatan yang harus dilakukan saat berhadapan dengan pasien dalam beragam kondisi Gawat Darurat pada Gangguan Sistem Gastrointestinal.



Buku ajar "Asuhan keperawatan Gawat Darurat pada Gangguan Sistem Gastrointestinal Berbasis SDKI, SLKI, SIKI" adalah panduan mahasiswa perawat dan perawat yang bekerja di pelayanan Kesehatan. Buku ini mengulas tindakan awal perawat menangani pasien gawat darurat, khususnya sistem gastrostinal baik pasien dikomunitas maupun pasien gawat darurat yang datang ke rumah sakit. Buku ini juga disusun untuk memandu calon perawat dan perawat melakukan tindakan penyelamatan yang terarah, cepat, tepat, dan komprehensif. Dunia medis, terutama dunia keperawatan merupakan pekerjaan yang cukup berat. Peran seorang perawat memiliki tugas sama besar dengan dokter.

Perawat dan dokter hanya dibedakan berdasarkan spesifikasi dan keterampilan dalam penanganan pasien. Jika tugas dokter lebih spesifik dan terfokus, maka perawat bertugas melakukan perawatan secara umum. Bekerja di dunia medis, membuat perawat sering mengalami masa-masa tidak terduga. Perawat akan sering mengalami kejadian dan menghadapi kondisi pasien di luar dugaan, misalnya kejadian yang mengancam nyawa pasien. Oleh karena itu, buku ini juga membahas poin-poin penting yang perlu dilakukan perawat untuk menangani pasien yang terancam jiwanya karena masalah system gastrointestinal. Buku keperawatan gawat darurat ini diharapkan mampu memberikan input pengetahuan dasar bagi mahasiswa perawat dan perawat.

Buku ini akan memaparkan dasar tindakan merawat pasien dengan menggunakan proses keperawatan dan melakukan Tindakan dengan menggunakan SDKI, SLKI dan SIKI. Adapun setelah diagnosa keperawatan ditentukan, maka sebagai perawat menentukan luaran keperawatan atau tujuan yang mau dicapai dengan kriteria hasil dan intervensi keperawatan dengan menetukan observasi, therapy keperawatan, edukasi dan kolaborasi dengan dokter. Bila ada kode-kode yang ada di buku ini disesuaikan dengan buku SDKI, SLKI, SIKI yang telah ditentukan dari Persatuan Perawat Nasional Indonesia agar semua kita seragam dan menjadi kode yang bisa digunakan untuk e-dokumentasi. Harapannya, buku ini dapat menambah pengetahuan dan keterampilan mengenai tindakan keperawatan yang harus dilakukan saat berhadapan dengan pasien dalam baragam kondisi Gawat Darurat pada Gangguan Sistem Gastrointestinal.

Penerbit :
PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919



Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022

ISBN 978-623-8549-27-6

9 786238 549276