

KEBUTUHAN DASAR MANUSIA ELIMINASI B.A.B

CHOLINA TRISA SIREGAR

**Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Sumatera Utara**

Eliminasi yang teratur dari sisa-sisa produksi usus penting untuk fungsi tubuh yang normal. Perubahan pada eliminasi dapat menyebabkan masalah pada gastrointestinal dan bagian tubuh yang lain. Karena fungsi usus tergantung pada keseimbangan beberapa faktor, pola eliminasi dan kebiasaan masing-masing orang berbeda.

Klien sering meminta pertolongan dari perawat untuk memelihara kebiasaan eliminasi yang normal. Keadaan sakit dapat menghindari mereka sesuai dengan program yang teratur. Mereka menjadi tidak mempunyai kemampuan fisik untuk menggunakan fasilitas toilet yang normal ; lingkungan rumah bisa menghadirkan hambatan untuk klien dengan perubahan mobilitas, perubahan kebutuhan peralatan kamar mandi.

Untuk menangani masalah eliminasi klien, perawata harus mengerti proses eliminasi yang normal dan faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi.

PENCERNAAN DAN ELIMINASI YANG NORMAL

Saluran gastrointestinal adalah sebuah rentetan saluran membran mukosa. Tujuan organ ini adalah untuk mengabsorpsi cairan dan nutrisi, menyiapkan makanan untuk absorpsi dan digunakan oleh sel-sel tubuh, dan merupakan tempat feses sementara. Volume dari cairan yang diabsorpsi oleh gastrointestinal banyak, membuat keseimbangan cairan sebagai fungsi utama dari sistem gastrointestinal. Pada pencernaan cairan dan makanan saluran gastrointestinal juga banyak mendapat sekresi dari organ-organ seperti kandung empedu dan pankreas.

Penyakit yang serius dapat mengganggu absorpsi dan sekresi yang normal dari saluran gastrointestinal, disebabkan karena ketidakseimbangan cairan.

MULUT

Saluran pencernaan merubah zat-zat makanan secara mekanik dan kimiawi. Semua organ pencernaan bekerja sama untuk memastikan massa atau bolus dari makanan dapat menjangkau daerah, penyerapan makanan dengan aman dan efektif.

Pencernaan secara mekanik dan kimiawi dimulai dari mulut. Gigi mengunyah makanan, memecahnya menjadi ukuran tertentu untuk ditelan. Sekresi saliva mengandung enzim seperti : ptialin yang memulai mencerna elemen makanan tertentu. Saliva mencairkan dan melembutkan bolus makanan yang ada di mulut agar lebih mudah ditelan.

<u>Keseimbangan cairan pada saluran pencernaan</u>		
	Pemasukan & sekresi(ml)	Absorpsi(ml)
Makanan & minuman	1500	
Saliva	1500	
Cairan lambung	3000	
Cairan pankreas	2000	
Empedu	500	
Cairan usus halus		5850
Kolon		2500
Feses		150
TOTAL	8500	8500

ESOPHAGUS

Ketika makanan memasuki esophagus bagian atas ia berjalan melewati spinkter esophagus bagian atas dimana ada sebuah otot sirkular yang mencegah udara masuk ke esophagus dan makanan dari refluks ke tenggorokan. Bolus dari makanan mengadakan perjalanan sepanjang 25cm di esophagus. Makanan didorong oleh kontraksi otot polos. Sebagian dari esophagus berkontraksi di belakang bolus makanan, otot sirkular di depan bolus. Gerakan peristaltik mendorong makanan ke gelombang berikutnya. Peristaltik menggerakkan makanan sepanjang saluran gastrointestinal. Dalam 15 detik bolus makanan berpindah dari esophagus bagian bawah. Spinkter esophagus bagian bawah terletak antara esophagus dan lambung, dan perbedaan tekanan ada di bagian akhir esophagus. Tekanan esophagus bagian bawah 10-40 mmHg, sedangkan tekanan lambung 5-10 mmHg. Tingginya tekanan biasanya menyebabkan refluks dari isi lambung ke esophagus. Faktor-faktor yang mempengaruhi tekanan spinkter bagian bawah antara lain ; antasid yang menurunkan refluks ,dan makanan berlemak dan nikotin yang meninggikan refluks.

LAMBUNG

Dalam lambung, makanan disimpan sementara dan dipecahkan secara mekanik dan kimiawi untuk pencernaan dan absorpsi. Lambung mensekresi HCl, mukus, enzim pepsin, dan faktor intrinsik. Konsentrasi HCl mempengaruhi keasaman lambung dan keseimbangan asam dalam tubuh. Setiap molekul HCl yang disekresi di lambung, sebuah molekul bicarbonat memasuki plasma darah. HCl membantu pencampuran dan pemecahan makanan di lambung, mukus melindungi mukosa lambung dari keasaman dan aktivitas enzim. Pepsin mencerna protein, walaupun tidak banyak pencernaan yang terjadi di lambung. Faktor intrinsik merupakan komponen penting yang dibutuhkan untuk penyerapan vitamin B12 di usus dan pembentukan sel darah merah. Kekurangan faktor intrinsik menyebabkan anemia.

Sebelum makanan meninggalkan lambung ia diubah menjadi bahan yang semifluid yang disebut **CHYME**. Chyme lebih mudah dicerna dan diabsorpsi daripada makanan yang padat. Klien yang sebagian lambungnya hilang atau menderita gastritis mempunyai masalah pencernaan yang serius karena makanan tidak diubah menjadi chyme. Makanan memasuki usus halus sebelum dipecah menjadi makanan yang benar-benar semifluid.

USUS HALUS

Selama proses pencernaan chyme meninggalkan lambung dan memasuki usus halus. Usus halus merupakan suatu saluran yang diameternya 2,5 cm dan panjangnya 6 m. Ia terdiri dari 3 bagian : duodenum, jejunum, ileum. Chyme

tercampur dengan enzim pencernaan (seperti empedu dan amilase) ketika berjalan melewati usus halus. Segmentasi (berganti-gantinya kontraksi dan relaksasi dari otot polos) mengaduk chyme untuk selanjutnya memecah makanan untuk dicerna ketika chyme diaduk, gerakan peristaltik berhenti sementara agar absorpsi terjadi. Chyme berjalan dengan lambat di saluran cerna untuk diabsorpsi. Banyak makanan dan elektrolit yang diabsorpsi di usus halus. Enzim dari pankreas (amilase) dan empedu dari kandung empedu. Usus memecah lemak, protein dan karbohidrat menjadi elemen-elemen dasar. Hampir seluruh makanan diabsorpsi oleh duodenum dan jejunum. Ileum mengabsorpsi beberapa vitamin, zat besi dan garam empedu. Jika fungsinya terganggu, proses pencernaan berubah secara drastis. Contoh : inflamasi, bedah caesar, atau obstruksi dapat mengganggu peristaltik, mengurangi area absorpsi, atau memblok jalan chyme.

USUS BESAR

Bagian bawah dari saluran gastrointestinal adalah usus besar (kolon) karena diameternya lebih besar dari usus halus. Bagaimanapun panjangnya antara 1,5-1,8 cm adalah lebih pendek. Usus besar terbagi atas caecum, kolon, dan rektum. Ini adalah organ penting dari eliminasi b.a.b.

CAECUM

Chyme yang diabsorpsi memasuki usus besar pada caecum melalui katup ileocecal, dimana lapisan otot sirkular mencegah regurgitasi (makanan kembali ke usus halus).

KOLON

Chyme yang halus ketika memasuki kolon volume airnya berkurang. Kolon terdiri dari *ascending, transverse, descending, & sigmoid*.

Kolon mempunyai 4 fungsi : absorpsi, proteksi, sekresi, dan eliminasi.

Sejumlah besar air dan sejumlah natrium dan klorida diabsorpsi setiap hari. Ketika makanan berjalan melalui kolon, terjadi kontraksi **HAUSTRAL**. Ini sama dengan kontraksi segmental dari usus halus, tetapi lebih lama hingga mencapai 5 menit. Kontraksi menghasilkan pundi-pundi besar di dinding kolon yang merupakan area untuk absorpsi.

Air dapat diabsorpsi oleh kolon dalam 24jam, rata-rata 55mEq dari natrium dan 23mEq dari klorida diabsorpsi setiap hari. Sejumlah air yang diabsorpsi dari chyme tergantung dari kecepatan pergerakan kolon. Chyme biasanya lembut, berbentuk massa. Jika kecepatan kontraksi peristaltik cepat (abnormal) berarti ada kekurangan waktu untuk mengabsorpsi air dan feses menjadi encer. Jika kontraksi peristaltik lambat, banyak air yang diabsorpsi dan terbentuk feses yang keras sehingga menyebabkan konstipasi.

Kolon memproteksi dirinya sendiri dengan mengeluarkan sejumlah mucous. Mucous biasanya bersih sampai buram dengan konsistensi berserabut. Mucous melumasi kolon, mencegah trauma pada dinding dalam. Pelumas adalah sesuatu yang penting di dekat distal dari kolon dimana bagiannya menjadi kering dan keras.

Fungsi sekresi dari kolon membantu dalam keseimbangan elektrolit. Bicarbonat disekresi untuk pertukaran klorida. Sekitar 4-9 mEq natrium dikeluarkan setiap hari oleh usus besar. Berubahnya fungsi kolon dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit.

Akhirnya kolon memindahkan sisa produk dan gas (flatus). Flatus dihasilkan dari tertelannya udara, difusi gas dari pembuluh darah ke usus dan kerja bakteri pada karbohidrat yang tidak bisa diserap. Fermentasi dari karbohidrat (seperti kol dan bawang) menghasilkan gas pada usus yang dapat merangsang peristaltik. Orang dewasa biasanya membentuk 400-700 ml flatus setiap hari.

REKTUM DAN KANAL ANAL

Rektum pada orang dewasa biasanya mempunyai panjang 10-15 cm. Bagian distal yang panjangnya 2,5-5 cm adalah kanal anus. Panjang rektum bervariasi menurut umur :

1. infant : 2,4-8 cm
2. toddler : 4 cm
3. prasekolah : 7,6 cm
4. sekolah : 10 cm

Pada rektum terdapat 3 lapisan jaringan yang bentuknya saling berseberangan terhadap rektum dan beberapa lipatan letaknya vertikal. Setiap lipatan yang vertikal terdiri dari sebuah vena dan arteri. Dipercaya bahwa lipatan-lipatan ini membantu pergerakan feses pada rektum. Ketika vena dilatasi dapat terjadi dengan tekanan yang berulang-ulang, kondisi ini dikenal dengan **HEMORROID**.

Kanal anal dikelilingi oleh otot spinkter internal dan eksternal. Internal spinkter berada di bawah kontrol syaraf involunter, dan spinkter eksternal secara normal dipengaruhi syaraf volunter. Kerja dari spinkter eksterna diperbesar oleh otot levator ani pada dasar pelvik. Spinkter internal dapat dipengaruhi oleh sistem syaraf otonom, syaraf eksternal dipengaruhi oleh sistem syaraf somatik

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DEFEKASI

1. Umur
2. Diet
3. Cairan (fluid)
4. Tonus otot
5. Faktor psikologi
6. Gaya hidup
7. Obat-obatan (medikasi)
8. Prosedur diagnostik
9. Anastesi dan pembedahan
10. Nyeri
11. Iritasi
12. Gangguan syaraf sensorik dan motorik

1. UMUR

Umur tidak hanya mempengaruhi karakteristik feses, tapi juga pengontrolannya. Anak-anak tidak mampu mengontrol eliminasinya sampai sistem neuromuskular berkembang, biasanya antara umur 2 – 3 tahun. Orang dewasa juga mengalami perubahan pengalaman yang dapat mempengaruhi proses pengosongan lambung. Di antaranya adalah *atony* (berkurangnya tonus otot yang normal) dari otot-otot polos colon yang dapat berakibat pada melambatnya peristaltik dan mengerasnya (mengering) feses, dan menurunnya tonus dari otot-otot perut yang juga menurunkan tekanan selama proses pengosongan lambung. Beberapa orang dewasa juga mengalami penurunan kontrol terhadap muskulus spinkter ani yang dapat berdampak pada proses defekasi.

2. DIET

Makanan adalah faktor utama yang mempengaruhi eliminasi feses. Cukupnya selulosa, serat pada makanan, penting untuk memperbesar volume feses. Makanan tertentu pada beberapa orang sulit atau tidak bisa dicerna. Ketidakkampuan ini berdampak pada gangguan pencernaan, di beberapa bagian jalur dari pengairan feses. Makanan yang teratur mempengaruhi defekasi. Makanan yang tidak teratur dapat mengganggu keteraturan pola defekasi. Individu yang makan pada waktu yang sama

setiap hari mempunyai suatu keteraturan waktu, respon fisiologi pada pemasukan makanan dan keteraturan pola aktivitas peristaltik di colon.

3. CAIRAN

Pemasukan cairan juga mempengaruhi eliminasi feses. Ketika pemasukan cairan yang adekuat ataupun pengeluaran (cth: urine, muntah) yang berlebihan untuk beberapa alasan, tubuh melanjutkan untuk mereabsorpsi air dari chyme ketika ia lewat di sepanjang colon. Dampaknya chyme menjadi lebih kering dari normal, menghasilkan feses yang keras. Ditambah lagi berkurangnya pemasukan cairan memperlambat perjalanan chyme di sepanjang intestinal, sehingga meningkatkan reabsorpsi cairan dari chyme.

4. TONUS OTOT

Tonus perut, otot pelvik dan diafragma yang baik penting untuk defekasi. Aktivasinya juga merangsang peristaltik yang memfasilitasi pergerakan chyme sepanjang colon. Otot-otot yang lemah sering tidak efektif pada peningkatan tekanan intraabdominal selama proses defekasi atau pada pengontrolan defekasi. Otot-otot yang lemah merupakan akibat dari berkurangnya latihan (exercise), imobilitas atau gangguan fungsi syaraf.

5. FAKTOR PSIKOLOGI

Dapat dilihat bahwa stres dapat mempengaruhi defekasi. Penyakit-penyakit tertentu termasuk diare kronik, seperti ulcus pada collitis, bisa jadi mempunyai komponen psikologi. Diketahui juga bahwa beberapa orang yang cemas atau marah dapat meningkatkan aktivitas peristaltik dan frekuensi diare. Ditambah lagi orang yang depresi bisa memperlambat motilitas intestinal, yang berdampak pada konstipasi.

6. GAYA HIDUP

Gaya hidup mempengaruhi eliminasi feses pada beberapa cara. Pelathan buang air besar pada waktu dini dapat memupuk kebiasaan defekasi pada waktu yang teratur, seperti setiap hari setelah sarapan, atau bisa juga digunakan pada pola defekasi yang ireguler. Ketersediaan dari fasilitas toilet, kegelisahan tentang bau, dan kebutuhan akan privacy juga mempengaruhi pola eliminasi feses. Klien yang berbagi satu ruangan dengan orang lain pada suatu rumah sakit mungkin tidak ingin menggunakan bedpan karena privacy dan kegelisahan akan baunya.

7. OBAT-OBATAN

Beberapa obat memiliki efek samping yang dapat berpengaruh terhadap eliminasi yang normal. Beberapa menyebabkan diare; yang lain seperti dosis yang besar dari tranquilizer tertentu dan diikuti dengan prosedur pemberian morphin dan codein, menyebabkan konstipasi.

Beberapa obat secara langsung mempengaruhi eliminasi. Laxative adalah obat yang merangsang aktivitas usus dan memudahkan eliminasi feses. Obat-obatan ini melunakkan feses, mempermudah defekasi. Obat-obatan tertentu seperti dicyclomine hydrochloride (Bentyl), menekan aktivitas peristaltik dan kadang-kadang digunakan untuk mengobati diare.

8. PROSEDUR DIAGNOSTIK

Prosedur diagnostik tertentu, seperti sigmoidoscopy, membutuhkan agar tidak ada makanan dan cairan setelah tengah malam sebagai persiapan pada

pemeriksaan, dan sering melibatkan enema sebelum pemeriksaan. Pada tindakan ini klien biasanya tidak akan defekasi secara normal sampai ia diizinkan makan.

Barium (digunakan pada pemeriksaan radiologi) menghasilkan masalah yang lebih jauh. Barium mengeraskan feses jika tetap berada di colon, akan mengakibatkan konstipasi dan kadang-kadang suatu impaksi.

9. ANESTESI DAN PEMBEDAHAN

Anestesi umum menyebabkan pergerakan colon yang normal menurun dengan penghambatan stimulus parasimpatis pada otot colon. Klien yang mendapat anestesi lokal akan mengalami hal seperti itu juga.

Pembedahan yang langsung melibatkan intestinal dapat menyebabkan penghentian dari pergerakan intestinal sementara. Hal ini disebut *paralytic ileus*, suatu kondisi yang biasanya berakhir 24 – 48 jam. Mendengar suara usus yang mencerminkan otilitas intestinal adalah suatu hal yang penting pada manajemen keperawatan pasca bedah.

10. NYERI

Klien yang mengalami ketidaknyamanan defekasi seperti pasca bedah hemorroid biasanya sering menekan keinginan untuk defekasi guna menghindari nyeri. Klien seperti ini akan mengalami konstipasi sebagai akibatnya.

11. IRITAN

Zat seperti makanan pedas, toxin bakteri dan racun dapat mengiritasi saluran intestinal dan menyebabkan diare dan sering menyebabkan flatus

12. GANGGUAN SYARAF SENSORIK DAN MOTORIK

Cedera pada sumsum tulang belakang dan kepala dapat menurunkan stimulus sensori untuk defekasi. Gangguan mobilitas bisa membatasi kemampuan klien untuk merespon terhadap keinginan defekasi ketika dia tidak dapat menemukan toilet atau mendapat bantuan. Akibatnya, klien bisa mengalami konstipasi. Atau seorang klien bisa mengalami *fecal inkontinentia* karena sangat berkurangnya fungsi dari spinkter ani.

MASALAH-MASALAH UMUM PADA ELIMINASI FESES

1. Konstipasi
2. Impaksi feses
3. Diare
4. Fecal inkontinentia
5. Flatulence
6. Hemorroid

KONSTIPASI

Konstipasi berhubungan dengan jalan yang kecil, kering, kotoran yang keras, atau tidak ada lewatnya kotoran di usus untuk beberapa waktu. Ini terjadi ketika pergerakan feses melalui usus besar lambat, hal ini ditambah lagi dengan reabsorpsi cairan di usus besar. Konstipasi berhubungan dengan pengosongan kotoran yang sulit dan meningkatnya usaha atau tegangan dari otot-otot volunter pada proses defekasi.

Ada banyak penyebab konstipasi :

1. Kebiasaan buang air besar (b.a.b) yang tidak teratur
Salah satu penyebab yang paling sering menyebabkan konstipasi adalah kebiasaan b.a.b yang tidak teratur. Refleks defekasi yang normal dihambat atau diabaikan, refleks-refleks ini terkondisi untuk menjadi semakin melemah. Ketika kebiasaan diabaikan, keinginan untuk defekasi habis.
Anak pada masa bermain bisa mengabaikan refleks-refleks ini ; orang dewasa mengabaikannya karena tekanan waktu dan pekerjaan.
Klien yang dirawat inap bisa menekan keinginan buang air besar karena malu menggunakan bedpan atau karena proses defekasi yang sangat tidak nyaman.
Perubahan rutinitas dan diet juga dapat berperan dalam konstipasi. Jalan terbaik untuk menghindari konstipasi adalah membiasakan b.a.b teratur dalam kehidupan.
2. Penggunaan laxative yang berlebihan
Laxative sering digunakan untuk menghilangkan ketidakteraturan buang air besar. Penggunaan laxative yang berlebihan mempunyai efek yang sama dengan mengabaikan keinginan b.a.b – refleks pada proses defekasi yang alami dihambat. Kebiasaan pengguna laxative bahkan memerlukan dosis yang lebih besar dan kuat, sejak mereka mengalami efek yang semakin berkurang dengan penggunaan yang terus-menerus (toleransi obat).
3. Peningkatan stres psikologi
Emosi yang kuat diperkirakan menyebabkan konstipasi dengan menghambat gerak peristaltik usus melalui kerja dari epinefrin dan sistem syaraf simpatis. Stres juga dapat menyebabkan usus spastik (spastik/konstipasi hipertonic atau iritasi colon). Yang berhubungan dengan konstipasi tipe ini adalah kram pada abdominal, meningkatnya jumlah mukus dan periode bertukar-tukarnya antara diare dan konstipasi.
4. Ketidaksesuaian diet
Makanan lunak dan rendah serat yang berkurang pada feses sehingga menghasilkan produk sisa yang tidak cukup untuk merangsang refleks pada proses defekasi. Makan rendah serat seperti; beras, telur dan daging segar bergerak lebih lambat di saluran cerna. Meningkatnya asupan cairan dengan makanan seperti itu meningkatkan pergerakan makanan tersebut.
5. Obat-obatan
Banyak obat menyebabkan efek samping konstipasi. Beberapa di antaranya seperti ; morfiin, codein, sama halnya dengan obat-obatan adrenergik dan antikolinergik, melambatkan pergerakan dari colon melalui kerja mereka pada sistem syaraf pusat. Kemudian, menyebabkan konstipasi yang lainnya seperti: zat besi, mempunyai efek menciutkan dan kerja yang lebih secara lokal pada mukosa usus untuk menyebabkan konstipasi. Zat besi juga mempunyai efek mengiritasi dan dapat menyebabkan diare pada sebagian orang.
6. Latihan yang tidak cukup
Pada klien yang pada waktu yang lama otot secara umum melemah, termasuk otot abdomen, diafragma, dasar pelvik, yang digunakan pada proses defekasi. Secara tidak langsung kurangnya latihan dihubungkan dengan kurangnya nafsu

makan dan kemungkinan kurangnya jumlah serat, yang penting untuk merangsang refleks pada proses defekasi.

7. Umur

Otot semakin melemah dan melemahnya tonus spinkter yang terjadi pada orang tua turut berperan menyebabkan defekasi.

8. Proses penyakit

Beberapa penyakit pada usus dapat menyebabkan konstipasi, beberapa di antaranya obstruksi usus, nyeri ketika defekasi berhubungan dengan hemorroid, yang membuat orang menghindari defekasi; paralisis, yang menghambat kemampuan klien untuk buang air besar; terjadinya peradangan pelvik yang menghasilkan paralisis atau atoni pada usus.

Konstipasi bisa jadi beresiko pada klien, regangan ketika b.a.b dapat menyebabkan stres pada abdomen atau luka pada perineum (post operasi). Ruptur merusak mereka jika tekanan cukup besar. Ditambah lagi peregangannya sering bersamaan dengan tertahannya napas. Gerakan ini dapat menciptakan masalah yang serius pada orang dengan sakit jantung, trauma otak, atau penyakit pada pernapasan. Tertahannya napas meningkatkan tekanan intratorakan dan intrakranial. Pada beberapa tingkatan, tingkatan ini dapat dikurangi jika seseorang mengeluarkan napas melalui mulut ketika regangan terjadi. Bagaimanapun, menghindari regangan merupakan pencegahan yang terbaik.

IMPAKSI FESES (tertahannya feses)

Impaksi feses dapat didefinisikan sebagai suatu massa atau kumpulan yang mengeras, feses seperti dempul pada lipatan rektum. Impaksi terjadi pada retensi yang lama dan akumulasi dari bahan-bahan feses. Pada impaksi yang gawat feses terkumpul dan ada di dalam colon sigmoid. Impaksi feses ditandai dengan adanya diare dan kotoran yang tidak normal. Cairan merembes keluar feses sekeliling dari massa yang tertahan. Impaksi dapat juga dinilai dengan pemeriksaan digital pada rektum, selama impaksi massa yang mengeras sering juga dapat dipalpasi.

Diare yang gbersama dengan konstipasi, termasuk gejala yang sering tetapi tidak ada keinginan untuk defekasi dan nyeri pada rektum. Hadirnya tanda-tanda umum dari terjadinya penyakit ; klien menjadi anoreksia, abdomen menjadi regang dan bisa juga terjadi muntah.

Penyebab dari impaksi feses biasanya kebiasaan buang air besar yang jarang dan konstipasi. Obat-obat tertentu juga berperan serta pada impaksi. Barium digunakan pada pemeriksaan radiologi pada saluran gastrointestinal bagian atas dan bawah dapat menjadi faktor penyebab, sehingga setelah pemeriksaan ini hasil pengukuran diperoleh untuk memastikan pergerakan barium.

Pada orang yang lebih tua faktor-faktor yang beragam dapat menyebabkan impaksi ; asupan cairan yang kurang, diet yang kurang serat, rendahnya aktivitas, melemahnya tonus otot.

Pemeriksaan digital harus dilakukan dengan lembut dan hati-hati karena perangsangan pada nervus vagus di dinding rektum dapat memperlambat kerja jantung pasien.

DIARE

Diare berhubungan dengan pengeluaran feses yang cair dan meningkatnya frekuensi dari proses defekasi. Ini adalah lawan dari konstipasi dan dampak dari cepatnya perjalanan feses melalui usus besar. Cepatnya perjalanan chyme mengurangi waktu untuk usus besar mereabsorpsi air dan elektrolit. Sebagian orang mengeluarkan kotoran dengan frekuensi yang meningkat, tetapi bukan diare, dikatakan diare jika kotoran tidak berbentuk dan cair sekali. Pada orang dengan diare dijumpai kesulitan dan ketidakmungkinan untuk mengontrol keinginan defekasi dalam waktu yang lama.

Diare dengan ancaman tidak terkontrolnya buang air besar merupakan sumber dari perhatian dan rasa malu. Sering, spasmodik dan kram abdomen yang sangat sakit berhubungan dengan diare. Kadang-kadang klien mengeluarkan darah dan lendir yang banyak ; mual dan muntah juga bisa terjadi. Pada diare persisten, secara umum bisa terjadi perluasan iritasi pada daerah anus ke daerah perineum dan bokong. Fatigue, kelemahan, malaise dan berat badan yang berkurang merupakan dampak dari diare yang berkepanjangan.

Ketika penyebab diare adalah iritasi pada saluran intestinal, diare diperkirakan sebagai mekanisme pembilasan sebagai perlindungan. Itu bisa menyebabkan hilangnya cairan dan elektrolit dalam tubuh, bagaimanapun, itu bisa berkembang menjadi sesuatu yang menakutkan dalam waktu yang singkat, terutama pada bayi dan anak kecil.

Tabel: penyebab yang sering menyebabkan diare

Penyebab	Respon fisiologi
Stres psikologi	Peningkatan pergerakan intestinal dan sekresi mukus
Obat-obatan Antibiotik	Inflamasi dan infeksi pada mukosa mengarah pada pertumbuhan yang berlebih dari mikroorganisme yang normal pada intestinal
Zat besi	Iritasi pada mukosa intestinal
Zat katartik	Iritasi pada mukosa intestinal
Alergi pada makanan atau minuman	Pencernaan makan dan minuman yang inkomplit
Intoleransi pada makanan atau minuman	Peningkatan pergerakan intestinal dan sekresi mukus
Penyakit pada kolon Sindrom malabsorpsi Penyakit Chron	Mengurangi absorpsi cairan Inflamasi mukosa sering mengarah pada bentuk luka

FECAL INKONTINEN

Inkontinen berhubungan dengan berkurangnya kemampuan volunter untuk mengontrol feses dan keluarnya gas melalui spinkter ani. Inkontinen bisa juga terjadi pada waktu yang spesifik, seperti setelah makan, atau bisa juga terjadi ireguler.

Fecal inkontinen secara umum berhubungan dengan terganggunya fungsi spinkter ani atau suplai syarafnya, seperti pada beberapa penyakit neuromuskular, trauma sumsum tulang belakang, dan tumor pada otot spinkter ani external.

Fecal inkontinen merupakan suatu masalah distress emosional yang akhirnya dapat mengarah pada isolasi sosial.

Orang-orang yang menderita ini menarik diri ke dalam rumah mereka atau jika di rumah sakit mereka menarik diri ke batas dari ruangan mereka untuk meminimalkan ras amalu berhubungan dengan ketidakbersihan diri. Fecal inkontinen asam mengandung enzim-enzim pencernaan yang sangat mengiritasi kulit, sehingga daerah di sekitar anus harus dilindungi dengan zinc oksida atau beberapa salap pelindung lainnya. Area ini juga harus dijaga tetap bersih dan kering.

FLATULENCE

Udara atau gas di saluran gastrointestinal disebut *flatus*.

Ada 3 sebab utama flatus :

1. Kerja dari bakteri dalam chyme di usus besar
2. Udara yang tertelan
3. Gas yang berdifusi dari pembuluh darah ke dalam intestinal

Ketiga hal di atas normal, tapi 0,6 liter dari gas ini diabsorpsi ke dalam kapiler kapiler intestinal.

Flatulence adanya flatus yang banyak pada intestinal mengarah pada peregangan dan pemompaan pada intestinal. Kondisi ini disebut juga *timpanites*. Jumlah udara yang besar dan gas-gas lainnya juga dapat berkumpul di perut, dampaknya pada distensi gaster.

Pada orang dewasa biasanya terbentuk 7-10 liter flatus pada usus besar setiap 24 jam. Gas-gas tersebut termasuk ; CO₂, H₂, N₂. Beberapa gas yang ditelan sebagian besar dihembuskan melalui mulut dengan *erutcation* (bersendawa). Gas-gas yang terbentuk pada usus besar sangat sedikit diabsorpsi, melalui kapiler-kapiler intestinal ke dalam sirkulasi. Flatulence dapat terjadi pada colon, bagaimanapun bisa juga dari beragam penyebab yang lain seperti ; pembedahan abdomen, anastesi dan narkotika. Jika gas tidak dapat dikeluarkan dari anus mungkin penting untuk memasukkan sebuah rectal tube atau menyediakan suatu enema yang dapat mengalirkan kembali untuk menggerakkan gas tersebut.

Penyebab umum dari flatulence dan distensi adalah konstipasi. Codein, barbiturat dan obat-obat lain yang dapat menurunkan motilitas intestinal dan tingkat kecemasan sehubungan dengan besarnya jumlah udara yang tertelan. Sebagian besar orang mempunyai pengalaman dengan flatilence dan distensi setelah memakan makanan tertentu yang mengandung gas seperti kacang buncis, kol.

Distensi post operasi setelah pembedahan abdomen sering secara umum dijumpai di rumah sakit. Tipe distensi ini secara umum terjadi sekitar 3 hari post operasi dan disebabkan oleh efek dari anastesi, narkotika, perubahan diet, dan berkurangnya aktifitas.

HEMORROID

Hemorhoid sering juga disebut *wasir*, yaitu adanya pelebaran pembuluh darah vena di anus, dapat terjadi secara internal dan eksternal. Internal terjadi pada canal anus, dimana venanya berada. Eksternal hemorhoid prolapsus melalui pembukaan anus dan dapat dilihat di sana. Hemorhoid dapat terjadi dari dampak meningkatnya tekanan pada daerah anus, sering terjadi karena konstipasi kronik, peregangan selama defekasi, kehamilan dan obesitas.

Beberapa hemorhoid tidak mempunyai gejala, pada lainnya dapat juga menyebabkan nyeri, gatal-gatal, dan kadang-kadang perdarahan. Hemorhoid sering diobati secara konservatif dengan **astringent** (menciutkan jaringan) dan anastesi lokal (untuk mengurangi nyeri). Kotoran yang lebih lunak bisa mengurangi iritasi selama defekasi. Pada beberapa kasus hemorhoid dibuang dengan pembedahan.

PENGAJIAN

Pengkajian eliminasi feses termasuk pengambilan suatu riwayat keperawatan yang menetapkan pola defekasi dan termasuk pemeriksaan fisik pada abdomen, dengan referensi khusus pada daerah saluran intestinal. Feses juga dikaji adanya flatus. Perawat juga harus mengulang beberapa data yang didapat dari tes diagnosa yang relevan.

RIWAYAT KEPERAWATAN

Suatu riwayat keperawatan untuk eliminasi feses akan membantu perawat memastikan pola b.a.b pasien yang normal. Sebagian besar riwayat keperawatan terdiri dari :

1. Pola defekasi
Frekuensi dan waktu klien mengalami defekasi, apakah pola b.a.b berubah baru-baru ini, apakah pola b.a.b pernah berubah. Jika iya, apakah klien mengetahui faktor-faktor penyebabnya.
2. Pola tingkah laku
Penggunaan laksatif, dan bahan-bahan yang sama yang mempertahankan pola b.a.b yang normal. Apa rutinitas yang dilakukan klien untuk mempertahankan pola defekasi yang biasa (contoh; segelas jus lemon panas ketika sarapan pagi atau jalan pagi sebelum sarapan)
3. Deskripsi feses
Bagaimana klien mendeskripsikan fesesnya, termasuk warna, teratur (keras, lembut, berair), bentuk, bau
4. Diet
Makanan apa yang dipercayai oleh klien yang dapat mempengaruhi proses defekasi,; makanan dengan jenis apa dan tipe apa? Klien makan? Makanan apa yang selalu dia hindari? Apakah makanan dimakan secara teratur
5. Cairan
Berapa jumlah jenis cairan yang diasup setiap hari (contoh: 6 gelas air, 5 cangkir kopi)
6. Latihan
Pola latihan seperti apa yang dilakukan klien setiap hari?
7. Obat-obatan
Apakah klien mengkonsumsi obat-obatan yang dapat mempengaruhi saluran intestinal (contoh: zat besi, antibiotika)
8. Stres
Apakah klien mengalami stres dalam jangka waktu yang lama atau singkat? Tetapkan stres seperti apa yang dialami klien dan bagaimana dia menerimanya
9. Pembedahan
Apakah klien mengalami pembedahan atau penyakit yang berpengaruh terhadap saluran cerna?. Keberadaan ostomi harus diperhatikan.

PEMERIKSAAN FISIK PADA ABDOMEN

Intestinal

Selama pengkajian pada abdomen, dengan rujukan khusus pada saluran intestinal, klien dianjurkan dalam posisi supine dan diselimuti sehingga hanya bagian abdomen yang terlihat. Perawat harus mengidentifikasi batasan-batasan yang digunakan sebagai nilai-nilai rujukan untuk mendeskripsikan hasil yang dijumpai.

Inspeksi

Perawat mengobservasi dinding abdomen untuk gelombang yang dapat dilihat yang mengidentifikasi peristaltik. Kecuali pada orang-orang khusus kadang-kadang tidak dapat diobservasi secara normal. Ketika gelombang dapat dilihat, mereka sering mulai pada kuadran kanan atas dan bergerak ke bawah dan bagian medial abdomen. Peristaltik yang dapat diobservasi dapat menunjukkan adanya suatu obstruksi intestinal.

Mengobservasi bentuk, kesimetrisan, dan tekanan abdomen harusnya bentuknya rata tanpa adanya tonjolan. Tonjolan seperti massa akan kelihatan suatu bengkak.

Suatu kelainan abdomen seharusnya dapat diukur pada daerah umbilikal dengan menempatkan suatu tip pengukur sekeliling tubuh. Pengukuran berulang akan menunjukkan apakah tekanan meningkat atau menurun.

Auskultasi

Suara usus dikaji dengan stetoskop. Suara usus mencerminkan peristaltik usus kecil, mereka dideskripsikan menurut intensitas, keteraturan, dan frekuensi atau tingkat aktivitasnya. Intensitas menunjukkan kekuatan dari suara atau rata-rata dari peristaltik. Kuat lemahnya (dentum) dari dinding intestinal sebagai hasil dari gelombang peristaltik, pada peningkatan tekanan intestinal akan ada kemungkinan peningkatan dentuman. Tingkat aktivitas atau frekuensi dari suara usus juga dikaji. Peningkatan atau penurunan peristaltik dapat terjadi karena beberapa alasan; penayangan ekstensif pada intestinal selama proses pembedahan; ketidakseimbangan elektrolit, seperti ketidak normalan kadar rendahnya tingkat potasium serum dan peritonitis. Intensitas dan frekuensi yang abnormal pada suara usus (**borborygmi**) terjadi pada enteritis dan pada obstruksi usus kecil.

Perkusi

Daerah abdomen diketuk untuk mendeteksi cairan pada rongga abdomen, tekanan intestinalnya berhubungan dengan flatus, dan pembentukan massa seperti pembesaran kantung empedu dan lever.

Daerah seluruh abdomen siperkusi pertama pada daerah kuadran kanan atas menurut arah jarum jam. Flatus menghasilkan resonansi (tympani), sementara cairan dan massa menghasilkan bunyi "dull" (tumpul).

Ketika ada cairan di abdominal, ketukan menghasilkan suara tumpul diantara cairan. ketika klien berada pada satu sisi, cairan ascites mengalir ke sisi tersebut. Ketukan memperlihatkan sebuah garis damartasi di antara dulnes dan tympani; garis ini menandai adanya tingkat cairan. sebuah garis ditarik di atas abdomen sehingga perawat dapat mengukur apakah jumlahnya meningkat atau menurun, ketika dilakukan ketukan selanjutnya.

Palpasi

Baik palpasi ringan atau dalam keduanya digunakan, biasanya untuk mendeteksi dan mengetahui adanya daerah lunak dan massa. Keempat kuadran pada abdomen dipalpasi otot-otot abdomen harus reliks untuk memperoleh palpaso yang sukses. Perawat seharusnya melakukan palpasi ringan kemudian dalam. Daerah yang sensitif seharusnya dipalpasi terakhir karena eratnya otot-otot (pelindung abdomen) yang sering terjadi ketika daerah yang nyeri tersentuh.

Rektum dan anus

Pada pemeriksaan anorektal klien biasanya dianjurkan dalam posisi sim ke kiri atau genupectoral. Klien wanita juga disarankan dalam posisi litotomi.

Inspeksi

Daerah perianal dikaji warnanya, peradangan, scar, lesi, fisura, fistula atau hemorroid. Warna, ukuran, lokasi dan kepadatan dari lesi dicatat.

Palpasi

Selama pemeriksaan rektal sangat penting bahwa palpasi harus lembut sehingga tidak merangsang refleks dari nervus vagus, yang dapat menekan denyut jantung.

POLA B.A.B

Waktu b.a.b dan jumlahnya serta frekuensinya bersifat individu. Sebagian prang b.a.b secara normal 1 kali sehari, sementara lainnya hanya 3-4 kali seminggu, sebagian lagi b.a.b setelah sarapan pagi, yang lainnya juga pada sore hari, sering pola b.a.b individu pada waktu yang sempat. Sebagian besar orang membiasakan b.a.b setelah sarapan pagi, ketika refleks gastrocolon dan duodenocolon menyebabkan massa pada usus besar. Adanya flatus juga dikaji.

FESES

Wadah khusus harus disediakan untuk sampel feses. Sangat penting bagi perawat mengetahui mengapa spesimen diambil dan wadah yang digunakan tepat. Kadang-kadang wadah memakai zat pengawet khusus untuk menunjukkan hasil tes. Petunjuk khusus harus ditulis dan dilampirkan ketika penyediaan spesimen.

Klien dapat menyediakan spesimennya setelah diberi informasi yang adekuat. Feses tidak boleh bercampur dengan urin atau air, karenanya klien klien b.a.b di bedpan.

Sebuah tongue spatel kayu atau plastik digunakan untuk memindahkan spesimen, dan sekitar 2,5cm ditempatkan di dalam wadah. Jika kotoran berbentuk cair, dikumpulkan 15-30ml. Wadah kemudian ditutup dengan aman dan tepat, keperluan dilengkapi. Pada kenyataannya bahwa spesimen yang telah diperoleh harus dimasukkan sebagai rahasia klien.

Untuk tes tertentu diperlukan feses segar. Jika harus seperti itu spesimen dibawa segera ke lab. Spesimen kotoran jangan ditinggalkan pada suhu ruangan dalam waktu yang lama karena bakteri dapat mengubahnya. Wadah spesimen biasanya memiliki petunjuk penyimpanan, hal ini harus diikuti jika spesimen tidak dapat dikirim segera ke lab. Pada beberapa instansi digunakan pendingin.

Untuk mengamankan spesimen dari bayi atau anak-anak yang tidak terlatih di toilet, spesimen diambil dari feses yang baru. Ketika feses dikultur untuk memperoleh mikroorganisme, feses dipindahkan ke wadah dengan aplikator steril.

Feses normal berwarna coklat, hal ini berhubungan dengan adanya bilirubin dan turunannya yaitu stercobilin dan urotilin dan kegiatan dari bakteri normal yang terdapat pada intestinal. Bilirubin merupakan pigmen berwarna kuning pada empedu. Feses dapat berwarna lain, khususnya ketika ada hal-hal yang abnormal. Misalnya; hitam feses seperti tir, ini menunjukkan adanya perdarahan dari lambung atau usus halus; warna tanah liat (acholic) menunjukkan adanya penurunan fungsi empedu; hijau atau orange menunjukkan adanya infeksi pada intestinal. Makanan juga dapat mempengaruhi warna feses, misalnya: gula bit merubah feses menjadi warna merah, kadang-kadang hijau. Obat-obatan juga dapat merubah warna feses, misalnya zat besi, dapat membuat feses berwarna hitam.

Konsistensi

Secara normal feses berbentuk tetapi lembut dan mengandung air sebanyak 75% jika seseorang mendapat intake cairan yang cukup, sedangkan 25% lagi adalah bagian padat.

Feses yang biasa mengandung air lebih dari 75%. Feses bergerak lebih cepat dari normal melalui intestinal, sehingga hanya sedikit air dan ion yang direabsorpsi ke dalam tubuh.

Feses yang keras mengandung lebih sedikit air daripada normal dan pada beberapa kasus mungkin sulit atau nyeri sekali saat dikeluarkan. Beberapa orang, bayi dan anak-anak yang khusus mungkin mengeluarkan feses yang berisi makanan yang tidak dicerna.

Bentuk

Feses normal berbentuk rektum

Bau

Bau feses merupakan hasil kerja bakteri pada intestinal, dan bervariasi pada seseorang dengan orang lain. Bau feses yang sangat bau(tajam) dapat menunjukkan adanya gangguan saluran cerna.

Darah

Darah yang terdapat pada feses adalah abnormal. Darah dapat berwarna terang atau merah terang, hal ini berarti darah mewarnai feses pada proses eliminasi akhir. Feses berwarna hitam, tir bearti darah memasuki chyme pada lambung atau usus halus. Beberapa obat-obatan dan makanan juga dapat membuat feses berwarna merah atau hitam. Oleh karena itu adanya darah harus dikonfirmasi melalui sebuah test. Perdarahan pada feses kadang tidak terlihat, ini dikenal *occult bleeding*(perdarahan tersembunyi).

Test untuk mengetahui adanya darah pada feses secara riutin dilakukan di klinik.hemotest menggunakan tablet sebagai reagen; sementara guaiac dan hemoccult test menggunakan reagen berbentuk solusion(larutan), setiap test memerlukan spesimen feses. Guaiac test secara umum digunakan. Feses yang sedikit diletakkan pada kertas saring atau kertas usap. Reagen selanjutnya diletakkan dan warna dicatat; warna biru menunjukkan adanya darah.

Bahan-bahan abnormal

Kadang-kadang feses mengandung bahan-bahan asing yang dicerna secara kebetulan, pencernaan benda-benda asing secara kebetulan banyak ditemukan pada anak-anak. Bahan-bahan abnormal lain termasuk pus, mukus, parasit, lemak dalam jumlah banyak dan bakteri patogen. Test untuk mengetahui keberadaan bahan-bahan asing biasanya ditunjukkan di lab.

TEST DIAGNOSA

Pandangan langsung

Yaitu tehnik pandangan secara langsung ; anoscopy, pandangan dari saluran anus; proctoscopy, pandangan pada rektum; proctosigmoidoscopy, pandangan pada rektum dan kolon sigmoid.

Roentgenography

Roentgenography dari usus besar dengan memasukkan barium ke dalam kolon.

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan berasal dari pengikisan data yang konkrit dari perawat, contoh-contoh diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan eliminasi b.a.b sehingga benar.

Contoh – contoh diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan alternatif b.a.b :

1. Konstipasi yang berhubungan dengan barium.
2. Konstipasi yang berhubungan dengan immobilitas
3. Konstipasi yang berhubungan dengan trauma pada sumsum tulang belakang
4. Diare yang berhubungan dengan stress
5. Diare yang berhubungan dengan perjalanan
6. Diare yang berhubungan dengan kelebihan mengkonsumsi kopi

PERENCANAAN

Tujuan utama klien dalam perencanaan intervensi adalah :

1. mengerti tentang eliminasi yang normal
2. mengerti akan makanan dan cairan yang dibutuhkan secara wajar
3. memelihara integritas kulit
4. mengikuti program latihan secara teratur
5. memelihara kestabilan dalam pengeluaran BAB
6. mengerti tentang pengukuran untuk menghilangkan stress

INTERVENSI

DEFEKASI NORMAL

Defekasi yang normal bisa ditolong dengan memberikan angka intervensi keperawatan, termasuk memberikan privacy pada klien, membantu klien mengatur posisi yang baik, dan karakteristik administrasi atau pengobatan anti diare sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan seperti penyediaan enema.

Hal-hal pribadi adalah suatu yang sangat penting untuk banyak orang sehingga mereka bebas. Jika ini benar bagi klien maka perawat seharusnya memberikan hak pribadi sebanyak mereka bisa, setelah memberikan beberapa kebebasan pasien dibiarkan membersihkan mencuci dan mengeringkan sendiri. dalam hal ini perawat mungkin memerlukan air dan handuk.

Pasien ditempat tidur memerlukan bantuan untuk duduk pada bedpan. jongkok merupakan posisi yang optimal bagi defekasi. Ada dua type dari bedpan : Regular high back pan dan slipper atau fractur pan. Slipper pan bentuk yang rendah di belakang di gunakan pada klien yang tidak dapat mengangkat bokongnya karena masalah fisik atau kontraindikasi dari terapi seperti bergerak. Klien wanita bedpan untuk BAB dan BAK, klien laki-laki menggunakan bedpan untuk BAB dan urinal untuk BAK.

Sebuah commode kadang-kadang bisa sebagai pengganti dari bedpan ketika klien yang dapattidur pada tempat tidur dan tidak bisa ke kamar mandi sendiri. Commode seperti kursi ketika dibuka, toilet seperti tempat duduk dan wadah untuk menampung urin dan feses. Wadah ini cocok untuk commode atau hanya sebuah bedpan. Karena cocok untuk diletakkan dibawah tempat duduk toilet. Commode boleh atau tidak boleh ada dibawah roda dan bebas dari morable. Beberapa commode ada yang sederhana, jadi bisa digabung dengan kursi yang menetap.

Jika pasien sukar bangun dari toilet, tingginya toilet bias menggunakan toilet yang menetap, jadi toilet bisa dinaik turunkan sehingga pasien tak perlu meninggi rendahkan posisi duduknya.

Pasien memerlukan seseorang untuk membantu ia bangun dan tidur di tempat tidur. Perawat harus benar-benar mengingat bahwa pasien yang menggunakan badpan harus lebih banyak bergerak, oleh karena itu perawat harus membantu sementara pasien duduk dipispot untuk menghindari tegang otot.

Bagi pasien yang dapat mengangkat bokongnya sendiri, perawat dapat meletakkan pispot dibawah klien setelah klien melekukkan lututnya dan mengangkat pantatnya. Pergerakan ini klien dibantu oleh perawat dengan menempatkan tangan dibagian punggung bawah pasien Mengistirahatkan siku pasien pada matras dan menggunakan tangan bawahnya sebagai pengangkat kemudian perawat dapat menempatkan pispot dibawah bokong pasien, mengarahkan kekaki tempat tidur sehingga bokong pasien merasa nyaman disekeliling pinggiran pispot. Untuk pispot yang telah rusak haruslah diletakkan mendatar dibawah bokong pasien. Untuk pasien yang tidak berdaya yang tidak dapat diangkat bokongnya sebelum dan sesudah ke dan dari pispot lakukan hal-hal berikut :

1. Bantu klien untuk posisi setengah duduk. Bagin belakang kearah perawat.
2. Letakkan kedepan berlawanan dengan punggung klien. Dengan bagian yang terbuka kearah kaki tempat tidur.
3. Pegang pinggul dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang kedepan. Putar dengan lembut klien kearah kita dan kearah belakangnya. Dengan badpan di tempat. Badpan jangan diletakkan dibawah klien, karna akan menimbulkan injuri pada kulit pasien.
4. Naikkan kepala tempat tidur keposisi semi fowler. Posisi itu membantu menegakkan punggung pasien supaya mudah eliminasi.
5. Jika pasien tidak biss semio fowler maka letakkan bantal dibelakang punggungnya untuk membantu.

Setelah meletakkan tisu dan bel didekatnya perawat meninggalkan pasien kemudian kembali ketika klien menekan belnya. Jika asisten sudah membersihkan daerah parineal, perawat harus membungkus tangannya sendiri dengan tisu toilet dan membersihkan dari daerah pubis ke anal. Bersihan dari daerah yang sedikit kotornya kedaerah yang banyak kotornya untuk mencegah pencemaran infeksi organisme. Pasiendimiringkan kearah perawat. Bersihkan bokongnya secara keseluruhan denga cara seperti tadi. Daerah anal harus dicuci dengan sabun dan air kemudian dikeringkan. Pencucian dan pengeringan yang bagus mencegah iritasi kulit dan pengumpulan mikroorganisme. Untuk klien yang tidak butuh bantuan lakukanlah :

1. Kembalikan kasur keposisi datar , jika kesehatannya memungkinkan
2. Lipat bagian atas spre
3. pegang kedepan dengan satu tangan , kemudian miringkan klien, muka menghadap perawat.

Jika kamu sendiri lebih aman membalikkan pasien kearah kamu lebih bagus dari pada membelakangimu. Jika kamu ingin pasien membelakangimu buat posisi rail atau panggil perawat lain untuk menjaga pasien agar tak jatuh. Bersihkan daerah anal dengan cara tadi. Jika tempat tidur kotor, ganti sebelum badpan dikosongkan isinya, harus diobservasi atau diperikasa. Kebanyakan rumah sakit punya spre untuk membersihkan badpan secara keseluruhan

OBAT-OBATAN CHATARTIC DAN ANTIDIARE

Cathartics adalah obat yang mendorong defekasi. Obat ini berubah-ubah pada tingkatan dan metode dari aksinya. Obat ini dapat mempunyai efek lacsatif atau purgatif efek. Efek lacsatif adalah sesuatu yang sebanding dengan efek purgatif

yang menghasilkan pergerakan usus yang sering, pengeluaran feses yang lembek, kadang kadang terjadi penegangan perut. Cathartics yang berbeda punya efek yang berbeda juga tapi walaupun cathartics yang sama, tergantung dosis. Dosis purgatif yang banyak bisa mempunyai efek purgatif sedangkan dosis yang sedikit dari cathartics yang sama bisa mempunyai efek lacsatif dan menghasilkan gerakan usus normal.

Cathartics mendorong defekasi dalam beberapa cara :

1. Bulk-forming cathartic
Yaitu dengan meningkatkan cairan ,gas dan sampah-sampah, bagian keras yang besar dari isi usus. Peningkatan bagian besar tersebut merangsang peristaltic dan merangsang defekasi.
2. Emollient cathartics
Seperti cairan petrolatum, bekerja melembutkan, menunda pengeringan dari massa feses. Penggunaan yang berkepanjangan dari cairan petrolatum menyebabkan kontraindikasi, setelah ia menghambat vitamin larut lemak.
3. Chemical irritan
Ia mengiritasi mukosa usus dan menyebabkan dorongan dari isi usus halus. Cairan penting dilewatkan dengan feses karena pergerakan cepat dari feses yang tidak mengizinkan absorpsi air dari usus.

Pemberian cathartics dijelaskan dengan sebab dan beberapa instansi lain oleh dokter. Konstipasi bukan cuma alasan untuk pemberian obat ini contohnya cathartics direpson pada pemeriksaan radiology dan pembedahan dimana isi perut harus dikosongkan.

Perawat seharusnya selalu memberitahukan untuk tidak membuang cathartics tapi untuk mempergunakan secara efektif. Beberapa pasien tidak percaya dalam penggunaan cathartics dan membutuhkan pertolongan untuk belajar bagaimana merubah prilaku ini. Pasien lainnya harus menggunakan cathartics secara teratur dan berkala. Sebagai contoh adalah orang lanjut usia yang mengalami kesulitan untuk meningkatkan bagian terpenting dalam diet atau pada pasien yang memiliki kesehatan fisik yang harus dicegah dengan melakukan latihan fisik.

Sebelum pemberian cathartics perawat juga harus memperhatikan kondisi patologi yang dimiliki pasien. Contoh yang sering terjadi adalah pasien dengan apendik, pemberian cathartics pada orang seperti ini dapat menyebabkan ruptur apendik sebagai akibat dari peningkatan aksi peristaltic isi perut. Kontra indikasi lain adalah ulserasi usus halus, kerusakan patologi atau mengurangi tenaga secara akut atau tiba-tiba dari penggunaan cairan yang besar dari ketidak seimbangan elektrolit.

Supposituria

Beberapa cathartics diberikan dalam bentuk suppositoria ini bekerja dalam beberapa cara : Dengan Menstimulasi ujung saraf di mukosa rectal. Suppossitoria seharusnya dimasukkan melalui spincter anal internus.

Untuk dewasa suppossitoria dimasukkan sekitar 7,5-10 cm (3-4 in), klien dinstruksikan untuk bernafas melalui mulut, karena pernafasan mulut dapat merelaksasikan spincteranal. Untuk lebih efektif supossitoria harus ditempatkan sepanjang dinding rectum. Secepatnya setelah memasukkan obat suppositoria, perawat membantu menekan punggung klien supaya obat tidak keluar.

Buka sarung tangan, dibalikkan, kemudian dicuci dengan air dan sabun. Secara umum suppossitoria efektif selama 30 menit. Hasil terbaik didapatkan dengan memasukkan supossitoria 30 menit sebelum defikasi atau pada saat makan ketika peristaltic usus sedang bekerja.

Obat antidiare

Klien dengan diare bisa diberikan antidiare. Beberapa mekanismenya melapisi usus yang teriritasi dan bekerja sebagai protektif (**demulcents**). Kerja yang lain mengabsorpsi substansi yang toxic dari usus (**adsorbents**) atau menyusutkan gembung atau jaringan yang meradang (**astrigent**). Pada situasi tertentu, sedatif dan antispasmodik bisa diberikan.

ENEMA / HUKNAH

Enema adalah suatu solusio(n) (larutan) yang dimasukkan ke dalam rektum dan kolon sigmoid. Fungsinya adalah untuk mengeluarkan feses dan flatus.

Tipe-tipe enema

Enema dapat diklasifikasikan ke dalam 4 golongan menurut cara kerjanya ; cleansing (membersihkan), carminative (untuk mengobati flatulence), retensi (menahan), dan mengembalikan aliran.

Cleansing enema merangsang peristaltik dengan mengiritasi kolon dan rektum dan atau dengan merenggangkan intestinal dengan memasuki volume cairan. 2 jenis dari cleansing enema adalah ; high enema (huknah tinggi) dan low enema (huknah rendah). High enema diberikan untuk membersihkan kolon sebanyak mungkin, sering diberikan sekitar 1000ml larutan untuk orang dewasa, dan posisi klien berubah dari posisi lateral kiri ke posisi dorsal recumbent dan kemudian ke posisi lateral kanan selama pemberian ini agar cairan dapat turun ke usus besar. Cairan diberikan pada tekanan yang tinggi daripada low enema. ; oleh karena itu wadah dari larutan ditahan lebih tinggi. Cleansing enema paling efektif jika diberikan dalam waktu 5-10 menit.

Low enema diberikan hanya untuk membersihkan rektum dan kolon sigmoid. Sekitar 500ml larutan diberikan pada orang dewasa, dan klien dipertahankan pada posisi sim ke kiri selama pemberian.

Carminative enema terutama diberikan untuk mengeluarkan flatus. Larutan dimasukkan ke dalam rektum untuk mengeluarkan gas dimana ia merenggangkan rektum dan kolon, kemudian merangsang peristaltik. Untuk orang dewasa dimasukkan 60-180ml.

Retention enema : dimasukkan oil (pelumas) ke dalam rektum dan kolon sigmoid, pelumas tersebut tertahan untuk suatu waktu yang lama (1-3 jam). Ia bekerja untuk melumasi rektum dan kanal anal, yang akhirnya memudahkan jalannya feses.

Enema yang mengembalikan aliran, kadang –kadang mengarah pada pembilasan kolon, digunakan untuk mengeluarkan flatus. Ini adalah pemasukan cairan yang berulang ke dalam rektum dan pengaliran cairan dari rektum. Pertama-tama larutan (100-200ml untuk orang dewasa) dimasukkan ke rektum dan kolon sigmoid klien, kemudian wadah larutan direndahkan sehingga cairan turun kembali keluar melalui rectal tube ke dalam wadah. Pertukaran aliran cairan ke dalam dan keluar ini berulang 5-6 kali, sampai (perut) gembung hilang atau abdomen merenggang dan rasa tidak nyaman berkurang atau hilang. Larutan ini mungkin perlu dipindahkan beberapa kali selama pemberian prosedur jika ia padat dengan feses. Karena larutan dipindahkan, jumlah total 1000ml merupakan hal yang biasa diberikan pada orang dewasa.

Banyak macam larutan yang digunakan untuk enema. Larutan khusus mungkin diminta oleh dokter atau praktek agency.

Pemberian enema merupakan prosedur yang relatif mudah untuk klien. Bahaya utamanya adalah iritasi sabun dan efek negatif dari larutan hipertonic atau

hipotonik. Pada cairan tubuh dan elektrolit, larutan hipertonik seperti larutan phosphate dari beberapa enema siap pakai menyebabkan sedikit iritasi pada membran mukosa, dan yang menyebabkan cairan tertarim ke dalam kolon dari jaringan sekitar. Proses ini disebut *osmosis*. Karena hanya sebagian kecil cairan yang diambil, rasa nyaman tertahan untuk 5-7 menit dan secara umum di luar dari manfaat ini. Bagaimanapun, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit dapat terjadi, terutama pada anak di bawah 2 tahun . larutan bisa menyebabkan hypokalsemia dan hyperphosphatemia.

Pemberian hipotonik yang berulang seperti enema berbentuk kran, dapat mengakibatkan absorpsi volume darah dan dapat mengakibatkan intoksikasi air. Untuk aliran ini, beberapa agency kesehatan membatasi pemberian enema berbentuk kran. Ini adalah perhatian yang istimewa ketika permintaan pemasangan enema sampai kembali bersih harus jelas, contohnya pemeriksaan pendahuluan visual usus besar. Larutan hipotonik juga dapat mengakibatkan ketidaknyamanan pada klien dengan penurunan fungsi ginjal atau gagal jantung akut.

Pedoman pemberian enema

1. Gunakan rectal tube dengan ukuran yang tepat, untuk orang dewasa biasanya no.22-30, anak-anak menggunakan tube yang kecil, seperti no.12 untuk bayi, dan no.14-18 untuk anak toddler atau anak usia sekolah.
2. Rectal tube harus licin dan fleksibel, dengan 1 atau 2 pembuka pada ujung dimana larutan mengalir. Biasanya terbuat dari karet atau plastik. Beberapa tube yang ujungnya tajam dan kasar seharusnya tidak digunakan, karena kemungkinan rusaknya membran mukosa pada rektum. Rectal tube dilumasi dengan larutan water-oil untuk memudahkan pemasukannya dan mengurangi iritasi pada mukosa rektum.
3. Enema untuk orang dewasa biasanya diberikan pada suhu 40,5-43 C, untuk anak-anak 37,7C. Beberapa retention enema diberikan pada suhu 33C. Suhu yang tinggi bisa berbahaya untuk mukosa usus ; suhu yang dingin tidak nyaman untuk klien dan dapat menyebabkan spasme pada otot spinkter.
4. Jalan larutan yang diberikan tergantung pada jenis enema, usia dan ukuran tubuh klien dan jumlah cairan yang bisa disimpan :
 - a. bayi, >=250ml
 - b. toddler atau preschool, >-250-350ml
 - c. anak usia sekolah, 300-500ml
 - d. adolescent, 500-750ml
 - e. adult, 750-1000ml
5. Ketika enema diberikan, klien biasanya mengambil posisi lateral kiri, sehingga kolon sigmoid berada di bawah rektum sehingga memudahkan pemasukan cairan. Selamahigh enema, klien mengubah posisinya dari lateral kiri ke dorsal recumbent, kemudian lateral kanan. Pada posisi ini seluruh kolon dijangkau oleh air.
6. Perlengkapan pada tube tergantung pada usia dan ukuran klien. Pada oran g dewasa, biasanya dimasukkan 7,5-10cm,pada anak-anak 5-7,5cm dan pada bayi hanya 2,5-3,75cm. Jika obstruksi dianjurkan ketika tube dimasukkan, tube harus ditarik dan obstruksi terjadi.
7. Kekuatan aliran larutan ditentukan oleh :
 - a. tingginya wadah larutan
 - b. ukuran tube
 - c. kekentalan cairan
 - d. tahanan rektum

Wadah larutan yang lebih tinggi adalah di atas rektum, aliran yang lebih cepat dan kekuatan yang lebih besar pada rektum. Enema pada sebagian orang dewasa, wadah larutan tidak boleh lebih tinggi dari 30cm di atas rektum. Selama high enema, wadah larutan biasanya 30-45cm di atas rektum, karena cairan dimasukkan lebih jauh untuk membersihkan seluruh usus. Untuk bayi, wadah larutan tidak boleh lebih dari 7,5cm di atas rektum.

8. Waktu yang diperlukan untuk memasukkan enema sebagian besar tergantung pada jumlah cairan yang dimasukkan dan toleransi klien. Volume yang banyak seperti 1000ml, mungkin membutuhkan waktu 10-15 menit. Untuk membantu klien menahan larutan, perawat dapat menekan bokongnya, agar terjadi tekanan di luar area anal.
9. Ketika larutan enema berada di dalam tubuh, klien mungkin merasa gembung, dan rasa tidak nyaman pada abdomen.
10. Ketika klien b.a.b, perawat bisa membantunya ke kamar kecil, tergantung pada pilihan klien dan kondisi fisik.
11. Pada pemberian enema yang dilakukan sendiri, orang dewasa dapat diatur posisi litotomi
12. Ketika pemberian enema pada bayi, kaki bayi bisa ditahan dengan popok.

Prosedur pemberian enema

Peralatan

1. disposable enema set
2. 1 set enema berisi
 - a. wadah untuk tempat larutan
 - b. pipa untuk menghubungkan wadah ke rectal tube
 - c. klem untuk menjepit pipa, untuk mengontrol aliran larutan ke pasien
 - d. rectal tube dengan ukuran yang tepat
 - e. pelumas yang digunakan untuk rectal tube sebelum dimasukkna
 - f. termometer untuk mengukur suhu larutan
 - g. sabun, garam
 - h. sejumlah larutan yang dibutuhkan dengan suhu yang tepat. Larutan ditempatkan di wadahnya, diperiksa suhunya, kemudian menambahkan sabun, garam
3. selimut mandi untuk menutupi klien
4. pernak agar tempat tidur tidak basah
5. bedpan

Intervensi

1. menjelaskan prosedur kepada klien. Menjelaskan bahwa ia mungkin akan merasakan gembung ketika larutan dimasukkna.
2. Bantu klien orang dewasa atau usi atoddle untuk mengambil posisi lateral kiri, dengan kaki kanan fleksi dan beri selimut mandi.
Rasional: posisi ini memudahkan aliran larutan sesuai dengan gravitasi ke dalam sigmoid dan kolon descenden yang berada pada sisi kiri. Kaki kanan fleksi agar anus lebih tampak.
3. letakkan pernak di bawah bokong klien agar spreng tidak basah
4. beri pelumasrectal tube 5cm jika untuk orang dewasa. Untuk anak-anak beberapa sediaan enema yang dijual sudah mempunyai tube yang sudah dilumasi.
Rasional: pelumas memudahkan masuknya melalui spinkter ani dan meminimalisir trauma.

5. buka klem lewatkan beberapa larutan melalui pipa penghubung dan rectal tube, kemudian tutup klem.
Rasional: pipa diisi dengan larutan untuk mengeluarkan udara di dalamnya. Udara yang masuk ke dalam rektum menyebabkan perenggangan yang tidak perlu
6. inspeksi darah anal untuk melihat apakah ada hemorroid
7. masukkan rectal tube dengan lembut dan perlahan ke dalam rektum, tujuannya ke umbilikus. Masukkan tube dengan jarak yang tepat.
Rasional: pemasukan pipa ke umbilikus memandu pipa di sepanjang rektum. Rectal tube dimasukkan melewati spinkter internal
8. jika tahanan ditemui di spinkter internal, suruh klien untuk bernapas dalam dan lewatkan sedikit larutan melalui pipa. Jika tahanan berlangsung lama, tarik pipa dan laporkan pada perawat yang bertanggung jawab
rasional: bernapas dalam dan memasukkan sedikit larutan bisa membuat spinkter rileks.
9. jika tidak ada tahanan, bukalah klem, dan angkat wadah larutan ke atas rektum pada ketinggian yang tepat ; 30-45cm untuk dewasa dan 7,5 untuk bayi
rasional: pada ketinggian ini, larutan tidak mendesak tekanan yang cukup untuk mengganti kerusakan lapisan pada rektum
10. tekan wadah yang lunak dengan tangan
11. memasukkan cairan dengan perlahan. Jika klien mengeluh merasa gembung atau nyeri, gunakan klem untuk menghentikan aliran selama 30 detik, dan buka kembali alirannya dengan kecepatan yang rendah.
Rasional: memasukkan cairan dengan perlahan dan menghentikan aliran untuk sementara menurunkan kemungkinan spasme intestinal dan pengeluaran yang dini pada larutan.
12. nilai klien : warna kulit, keringat, dyspnoe
13. setelah semua larutan dimasukkan atau ketika klien tidak bisa menerima lagi dan ingin b.a.b, tutup klem dan pindahkan rectal tube dari anus
rasional: keinginan untuk b.a.b biasanya mengindikasikan bahwa cairan yang masuk sudah cukup
14. gunakan tekanan yang tetap pada anus dengan tissue, atau tekan bokong untuk membantu menahan enema. Biarkan klien dalam posisi berbaring.
Rasional: beberapa enema lebih efektif jika ditahan 5-10 menit. Waktunya tergantung pada jenis enema. Klien lebih mudah menahannya pada posisi berbaring daripada ketika duduk atau berdiri, karena gravitasi membantu pengaliran peristaltik.
15. bantu klien untuk duduk pada bedpan atau toilet. Jika spesimen feses dibutuhkan anjurkan klien menggunakan bedpan
rasional: posisi duduk lebih dianjurkan karena membantu proses defekasi
16. suruh klien agar tidak menyiram toilet jika ia selesai menggunakannya
17. catat pemasukan enema ; jumlah, warna, konsistensi dan pengeluaran flatus dan perenggangan abdomen

Pemberian enema pada pasien yang tidak bisa mengontrol diri

Kadang-kadang perawat perlu memberikan enema untuk klien yang tidak bisa mengontrol otot spinkter eksternalnya dan lalu tidak bisa menahan larutan enema untuk beberapa menit. Pada kasus ini klien dianjurkan pada posisi supine di atas bedpan. Bagian kepala dari bedpan bisa sedikit disudut, misal 30 derajat jika perlu, dan kepala dan punggung klien ditahan dengan guling. Perawat mengenakan sarung tangan untuk memegang rectal tube, untuk mencegah kontak langsung dengan

larutan dan feses yang dikeluarkan dengan tangan ke dalam bedpan selama pemberian enema.

DIGITAL REMOVAL OF FECAL IMPACTION

Digital removal of fecal impaction kadang-kadang perlu. Perawat memecahkan massa feses dengan jari dan kemudian mengeluarkannya. Prosedur ini menyusahkan dan tidak menyenangkan dan klien boleh menginginkan kehadiran perawat atau dukungan keluarga. Perhatian harus diberikan untuk menghindari cedera mukosa usus untuk mencegah perdarahan. Stimulasi rectal tidak diinginkan oleh beberapa pasien, selama itu penyebabnya mungkin respon exercise vagal dilanjutkan aritmia jantung. Setelah disimpaction, lanjutkan pengukuran untuk memastikan defekasi normal. Begitu juga pemberian enema atau suppositoria adalah implementasi untuk beberapa hari.

Prosedur digital removal fecal impaction adalah:

1. Bantu klien untuk mengatur posisi berbaring ke samping dengan lutut fleksi dan membelakangi perawat. Walaupun beberapa klien boleh memilih untuk berdiri di toilet, posisi tidur lebih dianjurkan karena disimpaction dapat menghabiskan tenaga.
2. Letakkan waterproof badpan dibawah bokong klien dan sebuah badpan tak seberapa jauh dari kursi.
3. Ambil plastik yang terpasang atau sarung tangan karet dan oleskan pelumas di jari telunjuk untuk dioleskan di sisipan rectal.
4. Oleskan perlahan dari jari telunjuk kerectum dan gerakkan ke arah usus umbilicus, digerakkan sepanjang rectum.
5. Lepaskan dan keluarkan feses dengan pijatan yang lembut di sekitarnya. Pecahkan feses dengan memasukkan jari ke massa yang keras. Hindari cedera pada mukosa rektum.
6. Hati-hati ketika mengeluarkan feses sampai ujung rectum dan keluarkan sedikit demi sedikit. Teruskan pengeluaran feses sebanyak mungkin. Perhatikan pasien secara pada tanda fatigue seperti kecapatan wajah, diaporesis atau perubahan denyut nadi. Stimulasi manual seharusnya seminimal mungkin jangan sampai merangsang ambang batas nerves vagal yang dapat menyebabkan aritmia.
7. Teruskan disimpaction, bantu klien untuk membersihkan area anus dan bokong.
Kemudian bantu ia menaiki badpan atau kamar kecil untuk sebentar sebab stimulasi jari kerectum sering menyebabkan defekasi.

Makanan dan cairan

Pola makan klien dibutuhkan untuk eliminasi yang normal, tergantung jenis feses klien saat ini, frekuensi BAB dan type makanan yang klien makan untuk membantu defekasi yang normal.

Pada klien konstipasi :

1. Tingkatkan intake cairan harian dan suruh klien minum air hangat setiap bangun pagi jika kesehatan memungkinkan.
2. Masukkan serat pada pola makan misalnya makanan prunes, buah mentah dan produk sereal.

Untuk klien yang diare, dorong dengan intake cairan oral dan makanan, sebab pencernaan makanan dan cairan merangsang reflek lambung dan

duodenum. Kemudian menyebabkan banyak feses, klien bisa jadi enggan untuk makan atau minum. Makan makanan kecil dalam jumlah sedikit dapat sangat membantu selama itu mudah diabsorpsi. Kehilangan potassium bisa lebih banyak jika diare, dan pencernaan makanan atau cairan yang mengandung potassium harus lebih banyak. Untuk klien yang flatulence, minuman soda dibatasi.

Integritas kulit

Klien yang diare yang b.a.b- nya tak terkendali adalah penyebab iritasi kulit ketika selumlah feses tertinggal dikulit.

Latihan

Latihan yang teratur untuk klien konstipasi akan membantunya mengembangkan aturan bab yang lebih normal dan feses. Berjalan dan berenang contohnya, dapat membantu motilitas usus yang normal.

Jika klien lemah perut dan otot pelvic nya tidak mampu menguatkannya dengan latihan yang sama terus menerus:

1. Dalam posisi terlentang klien merapatkan otot-otot perut seperti menariknya kedalam. Pegang mereka selama 10 detik dan kemudian rilex, lakukan berulang ulang 5 sampai 10 kali, 4kali sehari tergantung kesehatan klien.
2. Masih dalam posisi terlentang, klien dapat mengerutkan otot paha dan pegang erat selama 10 detik, ulang latihan 5 sampai 10 kali selama 4 kali sehari. Bantuan ini dibatasi untuk klien untuk menguatkan otot-otot paha, karena itu membuatnya mudah untuk menggunakan badpan.

Flatulence

Ada beberapa cara untuk melemahkan atau mencegah flatulence, hindari makanan yang mengandung gas, latihan dan anjurkan klien berposisi seperti semula. Cara lain melibatkan penyisipan selang rectal ke rectum dan tinggalkan di rectum tersebut selama-lamanya kira-kira 30 menit untuk mencegah iritasi yang tak sepiantasnya di jalan rectal. Selang tersebut dapat kemudian dipakai lagi jika dibutuhkan setiap 2-3 jam.

Sebelum dimasukkan selang kerectal perawat harus memperkiraka flatulence pada aturan berikut:

1. Palpasi perut klien untuk menentukan jumlah pembesaran.
2. Auskultasi perut untuk bunyi usus
3. Tentukan apakah klien mengalami perut tidak enak.
4. Perkirakan pernafasan rata-rata. Flatulence dapat menyebabkan penekanan bahagian atas dinding diafragma yang dapat mengakibatkan pernafasan yang sulit.
5. Perkirakan penggabungan isyarat dengan flatulence, seperti sendawa dan frekuencinya dan jalan flatus dengan rectum.

Bantu klien untuk posisi miring ke kiri dan membuka anus. Kemudian oleskan salap di sekeliling rectal kira-kira 5cm (2 in). Masukkan selang perlahan-lahan kerectum kira-kira 10 sampai 15 cm (4-6 in). Untuk anak-anak 5-10 cm (2-4 in) tergantung umur anak anak tersebut.

Selang rectal dapat dimasukkan lebih dalam selama prosedur ini diberikan untu enema. Sejak diberikan cairan tidak boleh diberikan tape pada selang rectal ke bokong klien untuk mencegah tergesernya selang. Pindahkan ujung pembuka dari rectal tube ke dalam lipatan lapisan absorbent untuk mencegah merembesnya cairan feses ke pipa, atau ikatkan ujung pembuka dari rectal tube

ke pipa penghubung dan wadah pengaliran akan terisi air. Pindahkan ujung distal dari pipa ke tempat terkumpulnya air.

EVALUASI

Beberapa kriteria hasil dari eliminasi fekal :

Klien akan :

- ✧ Menetapkan waktu yang teratur untuk defekasi
- ✧ Berpartisipasi dalam program latihan yang teratur
- ✧ Memakan makanan sesuai dengan diet yang ditentukan
- ✧ B.A.B dengan nyaman
- ✧ Mencerna 2000 ml cairan / hari

DAFTAR PUSTAKA

Fundamental Of Nursing, Carol Taylor Et All, 1997, Lippincott Raven Washington.

Fundamental Of Nursing, Concepts Process & Practice, Patricia A. Potter Et All. Third Edition, 1992, Mosby Year Book Washington.

Medical Surgical Nursing, Critical Thinking In Client Care, Priscilla Lemone, 1996. Addison Wesley Nursing

Manual Of Nursing Practice, Sandra M. Nettina, 6 Th Edition, 1996 , Lippincott Raven Publishers.